

Sjuksköterskors interaktion med personer med demens

- som vårdas inom akutsjukvård

FÖRFATTARE	Rakel Hector Rebecka Lyche
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Susann Strang
EXAMINATOR	Harshida Patel

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Sjuksköterskors interaktion med personer som har demens - som vårdas inom akutsjukvård
Titel (engelsk):	Nurses interaction with people who have dementia - who are receiving care in emergency medical service
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad
Kursbeteckning:	OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	27 sidor
Författare:	Rakel Hector Rebecka Lyche
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Harshida Patel

SAMMANFATTNING

Under de senaste åren har levnadsåldern ökat i Sverige och medellivslängden antas öka ännu mer. Antalet människor med demenssjukdom kommer att öka och fler patienter med demens kommer att vårdas inom akutsjukvården framöver. Stora krav kommer ställas på vårdpersonalen för att tillgodose denna patientgrupps vårdbehov. Kunskap som vi menar inte finns idag. Ungefär 140 000 personer i Sverige har någon form av demenssjukdom och risken att drabbas ökar med åldern. För att som sjuksköterska kunna identifiera symtom, tillvarata den demenssjukes resurser samt kommunicera med personen med demens krävs kunskap. Socialstyrelsen skriver att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde och se till personens integritet och självbestämmande. Vi tror att kunskapsbrist har konsekvenser i interaktionen mellan sjuksköterskan och personen med demens och det är aspekter som kan påverka interaktionen vi vill belysa. Syftet är att undersöka sjuksköterskors interaktion med personer med demens som vårdas inom akutsjukvård. Rapporten är en litteraturstudie där vi granskat tidigare forskningsresultat. Resultatet utmynnade i tre kategorier: interaktion, sjuksköterskans yrkesroll och yttre begränsningar. I var och en av dessa kategorier har subteman tagits fram vilka är aspekter som påverkar interaktionen mellan sjuksköterskan och personen med demens i akutsjukvården. Under interaktion är subteman kommunikation, autonomi, beteenden, etiketter och anhöriga. Under sjuksköterskans yrkesroll sågs kunskap, prioriteringar och känslor och under kategorin yttre begränsningar togs, organisation, fysiska miljön samt säkerhet fram. Avslutningsvis menar vi att personer med demens alltid kommer behöva akutsjukvård men i dagsläget har akutsjukvården eller dess sjuksköterskor inte redskap för att uppnå god interaktion och kan därmed inte tillgodose den demenssjukes behov. Vi tror det är nödvändigt med en större medvetenhet om demens gällande akutsjukvårdsmiljön och framförallt efterfrågar vi en ökad kunskap gällande detta viktiga ämne hos sjuksköterskor.

Nyckelord: dementia, nurses knowledge, acute, nurse-patient relations.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Demens	2
Interaktion	3
Anhöriga	4
Akutsjukvård	5
Sjuksköterskans professionella ansvar	5
Teoretisk referensram	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	7
VALD METOD	7
URVAL	7
DATAINSAMLING	7
DATAANALYS	7
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
INTERAKTION	9
Kommunikation	9
Autonomi	10
Beteenden	11
Etiketter	12
Anhöriga	13
SJUKSKÖTERSKANS YRKESROLL	14
Kunskap	14
Prioriteringar	15
Känslor	16
YTTRER BEGRÄNSNINGAR	17
Organisation	17
Fysiska miljön	18
Säkerhet	18
DISKUSSION	20
METODDISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	21
KONKLUSION	24
REFERENSER	25
BILAGOR	
Bilaga I Artikelsökning	
Bilaga II Analyserad litteratur	

INTRODUKTION

INLEDNING

Under de senaste åren har levnadsåldern ökat i Sverige och medellivslängden antas i framtiden öka ännu mer. Medellivslängden år 2010 var för män 79,5 år och för kvinnor 83,5 år och antalet människor med demenssjukdom kommer att öka och fler patienter med demens kommer att vårdas inom akutsjukvården framöver (Statistiska centralbyrån [SCB], 2011). Efter arbetslivserfarenhet som vårdbiträden på demensboende har vi båda en uppfattning om att en person med demens behöver en speciell omvårdnad, bemötande och kunskap. För att tillgodose omvårdnadsbehoven hos denna patientgrupp bör det också sättas högre krav på sjuksköterskans kunskap. Vår upplevelse av sjuksköterskeutbildning från två svenska lärosäten är att utbildningen ger en begränsad förberedelse i att bemöta patienter med demens. Detta reagerar vi på då möte med denna patientgrupp är vanligt förekommande vid ett arbete som sjuksköterska inom hälso- och sjukvård.

Även genom vår erfarenhet från praktik och arbete inom akutsjukvård upplever vi att det råder en stor brist på kunskap hos sjuksköterskor om demens och att denna patientgrupp inte får adekvat vård på en akutmiljö. Vi anser därför att det föreligger ett behov av att utöka sjuksköterskans kunskap om demens på akutmiljöer då denna brist innebär onödigt lidande för den demenssjuka patienten.

Vi kommer i denna litteraturstudie att undersöka sjuksköterskors kunskap om patienter med demens i en akutmiljö och hur olika faktorer i den akuta vårdmiljön påverkar sjuksköterskans interaktion med denna patientgrupp.

BAKGRUND

DEMENS

Ordet demens är en sammansättning av de latinska orden ”de” som betyder från och ”mens” som betyder förnuft, sinne eller själ. Alltså betyder ordet demens ungefär ”från sinne” eller ”utan själ” och det säger lite om hur synen på den dementa personen varit. Demens har även använts synonymt med sinnessjukdom och galenskap (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2006). Ibland används också begreppet senil som egentligen betyder gammal. ”Senilitet” sågs fram till slutet av 1800-talet som en del av åldrandet och fram till 1970-talet sågs det på en person med demens som objekt och ”levande döda” (Skog, 2009).

I Sverige har cirka 140 000 personer någon form av demenssjukdom och vid 65 års ålder är förekomsten av demenssjukdom cirka en procent. Det är ovanligt att demenssjukdom förekommer före 60 års ålder men efter 65 års ålder ökar prevalensen och det sker en dubbling av incidenser vart femte år. Cirka två-tredjedelar av de som drabbas av demenssjukdom är kvinnor relaterat till att de lever längre än män (SBU, 2006). Den största riskfaktorn att drabbas av demenssjukdom är hög ålder. Andra faktorer som ökar risken är ärftlighet, högt blodtryck och/eller högt kolesterol och åldersrelaterad diabetes. Faktorer som kan minska risken att drabbas är hög utbildning, intellektuella och sociala aktiviteter och måttligt alkoholintag (Skog, 2009).

Demenssjukdomar brukar delas in i två delar: primära och sekundära demenssjukdomar. Primära demenssjukdomar orsakas av fortlöpande nedbrytning i hjärnan av neuron och celler vilket gör att hjärnvävnaden förtvinar successivt. Sekundära orsakas av många olika sjukdomar t.ex. vitamin B12-brist, hjärnblödning, alkohol- och drogmissbruk, där utvecklingen av demens sker sekundärt till dessa tillstånd. Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom som hör till de primära (Gustafsson, 2004). Sjukdomen utgör cirka 70 % av alla demenssjukdomar. Vaskulära demenssjukdomar utgör cirka 20 % av sjukdomarna inom demens och hör till de sekundära demenssjukdomarna och resterande 10 % orsakas av andra sjukdomstillstånd. Många sjukdomar med demens har en blandning av både primära och sekundära inslag och kallas blanddemens (Skog, 2009). Vi väljer att i denna rapport inkludera alla demenssjukdomar när vi använder begreppet demens.

Demens är ett samlingsnamn för många olika demensdiagnoser som innebär kognitiva nedsättningar (Gustafsson, 2004). I World Health Organizations internationella klassificering av sjukdomar (2010) beskrivs demens som kronisk eller fortskridande sjukliga förändringar i hjärnan som medför störningar av minnesfunktionen. För demensskitering skall vidare ett av följande symtom ses: afasi apraxi, agnosi och/eller anomi, nedsatt förmåga att planera, tänka och utföra handlingar, nedsatt arbets- och social förmåga och att symtomen inte enbart uppstår i samband med konfusion (Skog, 2009). Afasi innebär talstörningar, apraxi är oförmåga att utföra rörelser som man tidigare klarat av, agnosi innebär en oförmåga att känna igen syn-, känsel- och hörseltryck. Anomi innebär ett tillstånd av desorientering och förvirring (Nationalencyklopedin, 2012). Glömska eller förvirring är inte tillräckligt för att ställa en demensdiagnos utan kan vara tecken på ett normalt åldrande. För en person med demenssjukdom förkortas livet påtagligt och i

genomsnitt lever en person med demens i fyra år efter att diagnosen ställts (Skog, 2009).

Vanliga kognitiva symtom är nedsättning av minne, tanke- och inlärningsförmåga, nedsättning av språk, räkne- och orienteringsförmåga. Psykologiska symtom yttrar sig ofta i funktionsnedsättningar såsom depression, förvirring, aggressivitet, ångest, vanföreställningar, hallucinationer, vandrande, plockighet, upprepande beteenden och rop och skrik. Vanliga fysiska symtom är stelhet, inkontinens, kontrakturer och kramper. Symtomen yttrar sig på mycket olika sätt beroende på individ och typ av demenssjukdom och varierar också inom samma demenssjukdom. Ofta börjar sjukdomen flera år innan tillståndet för omgivningen är märkbart och successivt medför sjukdomen omfattande försämringar för kognitiva, psykologiska och fysiska funktioner (Skog, 2009).

Demens är inte en del av det naturliga åldrandet, utan en sjukdom eller skada på hjärnan som påverkar dess funktion och är en diagnos som skall föregås av en utredning. Det är vanligt att demenssjukdomar inte utreds och att de inte diagnostiseras korrekt men alla personer med misstänkt demenssjukdom ska utredas så snart som möjligt. I ett tidigt stadie av sjukdomen kan symtomen ofta förväxlas med vanliga symtom som förekommer hos äldre. Diagnos bör därför ställas och andra sjukdomar behöver uteslutas (Wahlund, 2004). Personen och anhöriga har rätt att få veta vad som hänt och för att kunna behandla sjukdomen med läkemedel krävs det en diagnos. Det är också viktigt att ställa diagnos så att behandling av svåra symtom kan sättas in (Skog, 2009).

INTERAKTION

Enligt Nationalencyklopedin (2012) är interaktion en samverkan eller en process mellan individer eller grupper som ömsesidigt påverkar varandra genom sitt handlande. Förmedling kan ske genom olika kommunikativa samspel såsom språk, symboler och gester.

Det är viktigt att först och främst se den demenssjuke som en unik person. Förr talade man om den ”dementa” men idag sätts människan först och man brukar istället säga ”demenssjuk” eller ”person med demens”. Fokus ska ligga på att sträva efter att se personen snarare än diagnosen. När detta sker ökar förutsättningarna för att den demenssjuke får ett gott bemötande och upplever välbefinnande. God omvårdnad av en person med demens har visat sig förhindra uppkommande av avvikande beteenden såsom skrik, plockighet, vandring (Skog, 2009). God omvårdnad är enligt Skog (2009) att hjälpa den demenssjuke att bibehålla sina funktioner och vara aktiv, få leva i en stimulerande och trygg miljö och ge möjlighet till goda relationer trots sjukdomen. Målet med god omvårdnad för personer med demens är hög livskvalitet och förstärkning av den demenssjukes självkänsla. Vårdaren har i uppgift att försöka förstå och hjälpa den demenssjuke på bästa sätt och för att uppnå detta krävs kunskap, erfarenhet och inlevelseförmåga. Att vårda demenssjuka innebär ett tolkningsarbete som är beroende av den aktuella situationen. Utifrån egen tolkning handlar vi och observerar den demenssjukes reaktion på vår handling och viktigt är att ständigt ompröva denna tolkning (Skog, 2009).

En god kommunikation mellan vårdaren och personen med demens är viktig och en god kommunikation kräver kunskap hos vårdaren om demens. För att få en god relation krävs det också att vårdaren avsätter tid till att lära känna personen bakom demenssjukdomen. Vårdarens syn på personen med demens påverkar deras kommunikation och vilken relation de får till varandra. Bemötandet av en person med demens är avgörande för hur mycket han eller hon klarar av och en positiv och nära relation till vårdaren kan få personen med demens att fungera bättre (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2007).

Kunskap hos vårdaren krävs för att kunna se, identifiera symtom och för att kunna tillvarata den demenssjukes resurser. Finns det inte tillräckligt med kunskap leder det till att vårdaren inte ser och förstår eller bryr sig, ger ett felaktigt bemötande, förmedlar stress och otålighet. Ökad kunskap gör att intresse och engagemang väcks hos vårdaren, vilket bidrar till lösningar i svåra situationer, trygghet och självförtroende. Den egna människosynen är avgörande för våra etiska ställningstaganden och dessa värden påverkar det praktiska handlandet. Därför är det viktigt att som vårdare göra sig medveten om sin egen grundläggande människosyn och tillsammans diskutera värderingar och tankar på vårdenheten. Att arbeta med demenssjuka är krävande både fysiskt och psykiskt och påverkas av synen på den demenssjuke. Ser vårdaren den demenssjukes liv som meningslöst blir också hans/hennes arbetsuppgifter meningslösa. För att uppleva sitt arbete som meningsfullt och utvecklande krävs det framförallt kunskap men också en uppfattning av att se sina arbetsuppgifter som viktiga och meningsfulla (Skog, 2009).

ANHÖRIGA

I vårt land utför anhöriga en viktig och stor del av vården av personer med demens (SBU, 2007). Det uppskattas att anhöriga sköter ungefär 70 % av vården för personer med demens och två tredjedelar av vård för äldre utförs av kvinnor. Vanligast är att döttrar tar hand om sina föräldrar eller makar som vårdar varandra (Skog, 2009). När det talas om anhörigvårdare är insatsen så betydande att kommunen annars skulle behöva gå in och göra detta, men det är förhållandevis få av anhörigvårdarna som har ersättning (SBU, 2007).

För den anhörige upplevs vården oftast svårast under en tidig, mild fas av sjukdomen då denne inte vet hur symtom och beteendeförändringar skall hanteras. Att vara anhörigvårdare är många gånger fysiskt och psykiskt påfrestande. Svårigheter som förändring i relationen, brist på tid för sig själv och irritation på den demenssjukes sviktande minne förekommer. Vanligt är också att känna skuldkänslor som en följd av ”otillåtna” känslor som väcks hos den anhörige om den demenssjuke uppför sig hotfullt eller agiterat. Vidare är det inte ovanligt med en skepsis till att söka hjälp genom avlastning eller korttidsboenden då den anhörige tvivlar på att den demenssjuke får lika bra vård från samhället som den anhörige ger (Skog, 2009). I 60 % av våra kommuner finns särskild verksamhet för anhörig till demenssjuk och bland dessa är anhöriggrupper, växelvård eller enskilda stödsamtal. Det är forskat mycket i stöd till anhöriga och där är det framförallt program för känslomässigt stöd samt program för att utbilda den anhörige i vård och kommunikation med den demenssjuke som har stöd i evidens (SBU, 2007).

AKUTSJUKVÅRD

Enligt socialstyrelsen används begreppet akutsjukvård utan bestämd definition. Socialstyrelsen menar att nytillkommen, hastigt förlöpande sjukdom eller plötsligt uppkommen skada kan definiera akut sjukdom eller skada. En patient som kräver omedelbar behandling ses som akut omhändertagande. Med ovanstående definition av dessa begrepp är akut sjukvård åtgärder som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn. Vidare menar dock socialstyrelsen att akutsjukvård också kan omfatta hela vårdkedjan och börja vid skada eller insjuknande till och med definitiv behandling på sjukhus (Socialstyrelsen, 1994).

Som för andra medborgare i samhället så blir också personer med demens fysiskt sjuka och i behov av akutsjukvård (Cunningham & Archibald, 2006). Beräknat på att de flesta personer med demens är över 65 år så är det i genomsnitt fler personer med demens inneliggande på sjukhus jämfört med genomsnitt personer med demenssjukdom i befolkningen. Akutvårdsmiljö kan vara en av de mest utmanande platserna för en demenssjuk person och dennes vårdare. Det är viktigt att personal som arbetar på akutvårdsavdelningar helt förstår hur man kan stödja personer med demens (Cunningham & McWilliam, 2006). Dålig förståelse för behoven hos personer med demens och kraven på att dessa behov skall uppfyllas kan resultera i att det upplevs krävande att ha personer med demens på akutvårdsavdelningar (Cunningham & Archibald, 2006).

SJUKSKÖTERSANS PROFESSIONELLA ANSVAR

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och att utföra vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare ska vård ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Respekt ska också ges för patientens integritet och självbestämmande (Socialstyrelsen, 1982). Sjuksköterskan ska i vårdarbetet verka för en miljö där respekt tas till mänskliga rättigheter, värderingar, familj och samhälle, traditioner och trosuppfattningar hos individen (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2007). Även om vårdaren och patienten har lika värde är vårdrelationen alltid asymmetrisk på grund av att mötet uppkommer på patientens behov av vård. Patienten befinner sig då i en beroendeställning och det är av stor vikt att vårdaren behärskar praktiska färdigheter, har god kunskap och har en inställning som möjliggör patientens utveckling (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) ska sjuksköterskan hålla sig uppdaterad med aktuell forskning och utföra omvårdnaden på vetenskaplig grund.

TEORETISK REFERENSRAM

Orlandos omvårdnadsteori grundar sig på interaktionsprocessen där fokus ligger på det unika hos varje patient, dennes situation och på det unika i sjuksköterskans arbetsprocess. Varje människa befinner sig i en kontinuerlig utveckling och tillväxt och det gör alla omvårdnadssituationer unika. Sjuksköterskans uppgift är att främja patientens psykiska och fysiska hälsa under vårdtiden (Orlando, 1990).

Interaktionsprocessen belyser samspelet mellan sjuksköterskan och patienten i en omedelbar situation och har tre centrala faktorer: patientens beteende, sjuksköterskans reaktion och sjuksköterskans handling. Processen grundar sig på att

sjuksköterskan observerar patientens beteenden. Beteenden kan både vara verbala som frågor och uttryck eller icke-verbala såsom kroppsliga reaktioner. Observation av beteenden för att identifiera patientens behov sker genom sjuksköterskans fem sinnen. Patientens beteende är uttryck för behov av hjälp men det är viktigt att sjuksköterskan har en medvetenhet om att beteendet kan ha en annan mening än vad som uppfattas. Observationen skapar reaktioner hos sjuksköterskan och tillsammans med sin erfarenhet och kunskap leder det till identifiering av patientens omvårdnadsbehov. Reaktionen påverkas av vad sjuksköterskan känner, tänker och uppfattar. I situationer där starka känslor väcks hos sjuksköterskan är det centralt att bearbeta känslorna för att de inte ska påverka omvårdnaden av patienten. Reaktionen bör användas till att utforska patientens beteende och handling är resultatet av sjuksköterskans reaktion som bör anpassas efter den enskildes omedelbara vårdbehov. Åtgärderna som tillgodoser patientens behov ska bestämmas i samråd med patienten. Slutligen är det viktigt att utvärdera sjuksköterskans handlingar och omvärdera dem i relation till den enskilde patientens omedelbara behov (Orlando, 1990).

Sjuksköterskans arbete bygger på en personlig kontakt med patienten där delaktighet och tillit ligger till grund för vården och där patientens upplevelser styr omvårdnaden. Orlando betonar vikten av att se det unika hos varje enskild patient och lyfter kunskap som ett betydelsefullt redskap för att kunna ge god individuell vård. Det krävs både utbildning och träning för att sjuksköterskor ska kunna utföra och tillgodose patientens behov (Orlando, 1990).

En god relation mellan sjuksköterskan och patienten är avgörande för mottagandet av den vård som ges och en öppen dialog minskar risken för missförstånd och underlättar för patienten att uttrycka sina behov (Orlando, 1990).

PROBLEMFÖRMULERING

Vår erfarenhet är att det finns en kunskapsbrist hos sjuksköterskor gällande personer med demens i akutsjukvården. Vi antar att denna brist har konsekvenser i sjuksköterskans interaktion med denna patientgrupp och det är aspekter på detta vi söker efter i våra resultatartiklar. Vi vill undersöka interaktion i sig men vill också belysa faktorer som påverkar detta möte såsom sjuksköterskans yrkesroll och praktiska begränsningar.

SYFTE

Syftet är att undersöka sjuksköterskors interaktion med personer med demens som vårdas inom akutsjukvård.

Frågeställningen är att undersöka:

- Interaktion mellan sjuksköterskor och personer med demens.
- Faktorer i sjuksköterskans yrkesroll som kan påverka interaktionen.
- Faktorer gällande praktiska begränsningar som kan påverka interaktionen.

METOD

VALD METOD

Litteraturöversikt är lämplig att använda för att få fram en översikt över ett kunskapsläge inom ett avgränsat vårdvetenskapligt område och valdes därför som metod. Att göra en litteraturöversikt innebär att undersöka tidigare forskning inom valt område och detta görs genom att analysera redan analyserat material (Friberg, 2006).

URVAL

Artiklar söktes främst i databaserna Cinahl och PubMed men även i Summon och Scopus. Cinahl är en databas för ämnesområdet omvårdnad och användes därför främst vid artikelsökningen. Sökorden som användes var: dementia, acute, emergency, acute setting, knowledge, nurses knowledge, communication, Nurse-Patient Relations, hospital admission, care, family och interaction i olika kombinationer. Några av dessa sökord togs fram genom Mesh-termer. Två av artiklarna, Rundqvist och Severinsson (1999) samt Tolson, Smith och Knight (1999), återfanns i referenslistan i en av artiklarna och söktes fram genom manuell sökning i databasen Cinahl. En översikt av artikelsökningen redovisas i bilaga I.

DATAINSAMLINGSMETOD

För att få fram vetenskapliga artiklar användes "Peer Reviewed" i samtliga databaser och endast artiklar på engelska inkluderades. Fanns det inte tillgång till artikeln i fulltext i databaserna så valdes den bort. Målet var att hitta artiklar som belyste sjuksköterskans interaktion med personer med demens som vårdas inlagda i akutsjukvård. Artiklar utförda på akutmottagningar exkluderades därför. Eftersom tidigare forskning är mycket begränsad inom området eftersöktes även artiklar som omfattade övrig vårdpersonal och anhörigas upplevelser av vård av dementa på sjukhus. Därför begränsade vi oss inte gällande år, varifrån studierna kom eller om det var kvalitativa/kvantitativa studier. Först lästes titlarna på artiklarna och var titeln relevant till vårt syfte lästes abstraktet. Var abstraktet relevant lästes hela artikeln. Slutligen resulterade sökningen i tolv artiklar varav tio kvalitativa, en kvantitativa och en som är mixed-methods. Artiklarnas kvalitet bedömdes efter Fribergs (2006) checklista för kvalitativa och kvantitativa artiklar. En översikt av analyserad litteratur redovisas i bilaga II.

DATAANALYS

Valda artiklar lästes ett flertal gånger. Induktiv forskningsansats användes vid analyserandet av de kvalitativa artiklarna vilket innebär att vi förutsättningslöst kondenserade resultatet till meningsbärande enheter. Likheter och skillnader i resultatet identifierades och slutligen togs tre kategorier fram, som visas i tabell 1 nedan, som presenterar resultatet.

Tabell. 1

Kategorier	Subteman
INTERAKTION	Kommunikation
	Autonomi
	Beteenden
	Etiketter
	Anhöriga
SJUKSKÖTERS KANS YRKESROLL	Kunskap
	Prioriteringar
	Känslor
YTTRE BEGRÄNSNINGAR	Organisation
	Fysiska miljön
	Säkerhet

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDE

Vi vill betona vikten av att forskning tas fram på ett etiskt korrekt sätt. Det framkommer i artiklarna att tio av dem har godkänts av en etisk forskningskommitté. De två återstående artiklarna är Armstrong-Esther, Browne och McAfee, (1994) samt Rundqvist och Severinssons (1999) vilka båda har fört en etisk diskussion eller reflektion. Sammanlagt nio artiklar diskuterade etiska aspekter. Texterna i alla inkluderade artiklar översattes från engelska till svenska vilket medfört en risk för feltolkningar i resultatet. Vi har försökt förhålla oss objektiva och neutrala till artiklarnas innehåll och analyserat förutsättningslöst men dock finns det en risk att vår egen förförståelse kan ha påverkat resultatet. Texterna i artiklarnas resultat har tagits med om relevans funnits för litteraturstudiens syfte. I två av artiklarna har personer med demens intervjuats och i två artiklar har observationer gjorts av personer med demens. Vi anser att det är viktigt med en etisk medvetenhet hos forskaren om att personer med demens inte till fullo kan ge sitt medgivande för deltagande i studier relaterat till deras kognitiva nedsättning.

RESULTAT

INTERAKTION

Kommunikation

Många sjuksköterskor upplevde enligt Nolan (2006) svårigheter med att etablera en relation i den akuta vårdmiljön där den demenssjuke patienten inte kunde ge information om sin livssituation och bakgrund. Om en vårdrelation baserades på vänskap och tillit ansåg sjuksköterskorna att givandet och mottagandet av vården underlättades. Sjuksköterskorna förklarade vikten av att skapa en vänskaplig relation till patienten i syfte att bygga upp ett förtroende och för att kunna ge god vård. Andra sjuksköterskor ansåg att utvecklandet av en god relation ökade välbefinnandet framförallt hos patienten men också hos dem själva (Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007) och för att få en god relation till patienten var det viktigt att ge bekräftelse, vara lyhörd och bjuda in till delaktighet och samtal (Rundqvist & Severinsson, 1999). Omsorg beskrevs som att ge 100 %, få patienten att känna förtroende för sjuksköterskan och att vara tillgänglig för patienten (Nolan, 2007). Vårdgivarna i Rundqvist och Severinssons (1999) studie uppgav beröring som ett effektivt sätt att kommunicera och som ledde till en bättre relation till patienten. De hade alla testat att använda sig av beröring i olika patientsituationer och upplevt att det hade gett ett gott resultat.

En studie som jämförde interaktionen mellan personal, patienter med demens och patienter som är klara, visar att vårdpersonalen på avdelningen vistades mer med de patienter som har demens än med övriga patienter. Dock visade studien på att demenssjuka patienter spenderade nästan hälften av sin tid ensamma medan övriga patienter spenderade cirka en tiondel av sin tid ensamma. Detta relaterat till att övriga patienter integrerade med andra personer på avdelningen två tredjedelar av sin tid, vilket patienter med demens gjorde i mycket mindre utsträckning (Armstrong-Esther et al. 1994).

Sjuksköterskorna i Berg, Hallberg och Norbergs (1998) studie skiljer på ”making”, som i det närmaste kan beskrivas som omvårdnadsuppgifter som alltid utförs, och ”doing” som speglar uppgifter som utvecklar relationen mellan sjuksköterskan och patienten t.ex. en personlig närvaro, empati och lyhördhet för patientens behov. De demenssjuka patienternas beteenden och handlingar tolkades här av sjuksköterskorna efter vad de trodde var avsikten och orsaken till deras handling eller beteende och satte det i relation till patientens personlighet, livshistoria och sjukdomsbild. Både Berg et al. (1998) och Rundqvist och Severinsson (1999) beskrev att lära känna patienten och dennes bakgrund var en viktig faktor för att skapa mening och för att kunna förstå den demenssjukes situation och beteenden. I Normans (2006) studie fanns det stora skillnader mellan praktisk vård och känslomässig vård. Den praktiska vården definierades som minimalt samarbete med patienten och den känslomässiga vården som en hög samverkan med patienten. Flera studier visade att interaktionen mellan vårdare och patient dominerades av patientens fysiska behov, särskilt hygien och nutrition. Psykosocial omvårdnad var minimal och sjuksköterskorna beskrev själva att det berodde på att det var lättare att ge fysisk vård än psykisk vård (Cowdell, 2010 b; Moyle, Borbasi, Wallis, Olorenshaw, & Gracia, 2011).

Vården av patienter med demens beskrevs många gånger som komplex, utmanande och mer krävande än vården av andra patienter. Denna patientgrupp kunde uppvisa mycket utmanade beteenden och behöva konstant uppmärksamhet vilket ibland ledde till omprioriteringar i personalens arbete. Patienter med demens var benägna att förbises av sjuksköterskor som inte kunde förstå deras tillstånd speciellt om situationen blev stressig (Borbasi, Jones, Lockwood, & Emden, 2006). Något som upplevdes som ett stort problem av vårdpersonalen var den dementes svårighet att kommunicera med dem (Borbasi et al. 2006; Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2006). Det var svårt för sjuksköterskan att förstå patientens önskemål eller att veta om patienten upplevde smärta, eftersom de inte kunde kommunicera om de hade smärta eller var smärtan upplevdes. Brist på tid sågs också som ett hinder för att lära känna patienten och lära sig att tolka deras olika sätt att kommunicera, verbalt och/eller icke verbalt, och på detta sätt förstå patientens behov (Eriksson & Saveman, 2002). I Tolsons et al. (1999) studie betonar patienter med demens som intervjuats särskilt vikten av att känna sig förstådd av sjuksköterskan.

Information om patienten sågs som en förutsättning för att kunna ge individuell vård (Nolan, 2006). Patienternas oförmåga att ge en fullständig bakgrundsbild och historik om dem själva gjorde vården mer komplex och svår. Denna oförmåga kunde också göra att deras demensrelaterade symtom förvärrades vilket i sin tur kunde leda till ett mer agiterat beteende hos patienten (Borbasi et al., 2006; Nolan, 2006). Det ansågs vara svårt att hantera patienters svårigheter i att förstå vad sjuksköterskorna försökte att kommunicera (Berg et al., 1998; Eriksson & Saveman, 2002). Patienterna förstod ibland inte vem sjuksköterskan var och betraktade istället denne som ett hot (Eriksson & Saveman, 2002). Normans (2006) studie visade att patienter med demens använde en mängd olika sätt att definiera och uttrycka sig. Genom handlingar, ord, passivitet eller försök till att visa sig oberoende, försökte de styra vården och visa upp sin identitet inom vårdmiljön. Berg et al. (1998) förklarar att i en bräcklig kommunikationsprocess försökte sjuksköterskorna nå förståelse för patienten. Sjuksköterskorna tolkade genom patientens ögon och ansiktsuttryck, kroppsrörelser och det övergripande fysiska uttrycket, om patienten var nöjd eller inte. Om patienten fortfarande hade verbal kommunikation, upprepade eller omformulerade sjuksköterskorna sina meddelanden tills ömsesidig förståelse uppnåddes. De såg patienten som en unik människa med individuella behov och hade en medvetenhet om att patienter uttryckte känslor på olika sätt. Borbasi et al. (2006) menade att sjuksköterskornas närvaro vara en särskilt viktig faktor för patienter med demens.

Autonomi

I flera studier framkom att personer med demens var i en beroendeställning till andra människor och att de var extra sårbara då de hade svårt att fatta egna beslut (Berg et al., 1998; Borbasi et al., 2006; Cowdell, 2010 b; Nolan, 2006). Beroendet innebar många gånger att patienten själv inte kunde utföra vanliga handlingar såsom toalettbesök eller att äta (Berg et al., 1998). Sjuksköterskor kunde känna skuld om de på grund av tidsbrist inte gav patienterna möjlighet att slutföra sådana aktiviteter (Nolan, 2006). Patienterna i en studie upplevde det jobbigt, svårt och obekvämt att bli assisterade vid måltider och associerade detta till när de var barn och matades (Cowdell, 2010 b) och enligt Berg et al. (1998) kunde ibland någon matas även om

de egentligen kunde äta själva. Även Nolan (2006) talade om infantilisering men då kopplat till att genom grindar begränsa patienten till sin säng eller att berätta för dem att de inte fick ta choklad innan maten. Berg et al. (1998) menade att sjuksköterskans tolkning av patienten egentligen innebar att sjuksköterskan bestämde och styrde över patientens liv. Cowdell (2010 b) beskrev att många patienter upplevdes ha en oro inför framtiden eftersom de inte visste hur länge de skulle vara på sjukhus eller om och när de skulle få komma hem.

Sjuksköterskorna i Nolans (2007) studie upplevde ingen skillnad på att vårda personer med demens jämfört med personer utan demens och såg det som en viktig innebörd i sitt uppdrag att ge vård efter individuella behov. Enligt Berg et al. (1998) verkade det för vissa patienter viktigt att vara klädd på ett speciellt sätt och andra patienter uttryckte en vilja att få äta sin favoritmat. I Nolans (2006) studie uttryckte sjuksköterskor en önskan att vårda äldre patienter med demens som en autonom varelse och sjuksköterskorna försökte anstränga sig för att optimera patientens oberoende. De kopplade patienters rättigheter såsom integritet och värdighet till sjuksköterskornas beskrivning av att vårda. Samtidigt konstaterade andra sjuksköterskor att det var enklare att se till patientens autonomi när den akuta sjukdomen var färdigbehandlad (Nolan, 2007). Några sjuksköterskor sa att det måste vara fruktansvärt att behöva be någon annan om hjälp med saker som du själv lyckats göra tidigare och att du inte längre kunde bestämma när, var och i vilken takt alla dessa saker skulle hända (Berg et al., 1998).

Olika former av tvångsåtgärder eller begränsningar sågs som en utväg att hantera den demenssjuka patienten om denne inte samarbetade (Eriksson & Saveman, 2002; Moyle et al., 2011; Norman, 2006). Exempelvis kunde personal hålla fast patienten vid en provtagning om patienten inte ville och då motiverades övergreppet med att det var för patientens bästa eftersom proverna var viktiga men samtidigt sågs detta kränka patientens värdighet (Eriksson & Saveman, 2002). En studie beskriver begränsning som vårdåtgärd som en möjlighet att hantera en patient som hade nått en punkt där de var "utom kontroll". Detta sågs diskutabelt men motiverades med personal- och patientsäkerhet. En begränsning som användes ofta var lugnande mediciner till svårhanterade patienter. Några i vårdpersonalen upplevde det som en dålig åtgärd och tyckte istället att man skulle gå till källan av problemet. Säkerheten runt patienten sågs ofta viktigare än personcentrerad vård och bevarandet av värdighet. Resurser fördelades efter risknivå snarare än efter individuella behov (Moyle et al., 2011).

Beteenden

Många talar om svårigheter och frustration kring att vårda en patient som blir upprörd eller agiterad (Cowdell, 2010 b; Eriksson & Saveman, 2002; Moyle et al., 2011; Nolan, 2006; Nolan, 2007). Enligt Nolan (2007) kände sig sjuksköterskorna inte säkra när de arbetade med en agiterad patient och i Eriksson och Savemans (2002) studie kunde både sjuksköterskorna och medpatienterna känna sig rädda för de demenssjuka patienternas aggressiva beteende. Ibland kunde patienter använda fysiskt våld mot personalen eller anklaga dem för att stjäla. När patienten var arg kunde de inte genomföra exempelvis behandlingar och då kände sjuksköterskorna frustration över att målet med ett samarbete med patienten inte kunde nås (Eriksson

& Saveman 2002). Personal uttryckte också frustration över att inte kunna göra något åt störande beteenden och uppvisade av aggression på avdelningen (Eriksson & Saveman, 2002; Moyle et al., 2011). Sjuksköterskor var ibland tvungna att gissa sig fram till vad problemet var och misslyckades de med det hände det att de var tvungna att tillgripa våld eller helt enkelt ignorera den demenssjuke patienten (Eriksson & Saveman, 2002).

Moyle et al (2011) menade att några i vårdpersonalen såg på de agiterade demenssjuka patienterna som att de upptog deras tid eftersom de menade att det fanns andra viktiga saker som de kunde göra. Det resulterade i att de visade negativa attityder gentemot patienten med demens och det tenderade att patienten skuldbelades för sitt beteende. Sjuksköterskorna i Nolans (2006) studie uttryckte däremot att det var väsentligt för dem att inte lägga skuld på en patient som var aggressiv eller agiterad och menade att deras beteende istället kunde säga något om patienten. I flertalet studier sågs den för patienten nya eller hektiska omgivningen som en anledning till att patienten kunde jaga upp sig (Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2006; Nolan, 2007; Tolson et al., 1999). God omvårdnad ansågs kunna leda till mindre aggressivitet (Moyle et al., 2011).

I en observationsstudie genomförd av Armstrong-Esther et al. (1994) tillbringade alla patienter, oberoende av deras kognitiva tillstånd, 95 % av sin vakna tid sittandes. Borbasi et al. (2006) menade vidare att vårdpersonalen kunde uppleva att den demenssjukes rörlighet minskade under sjukhusvistelsen på grund av att de inte kunde uttrycka sitt behov av att komma upp och gå. Även andra sjuksköterskor beskrev de demenssjuka patienternas aktivitet i form av att de spenderade mycket tid på att sitta och göra ingenting eller det motsatta, såsom vandra runt (Berg et al., 1998). Sjuksköterskor upplevde ibland att den akuta sjukvårdsmiljön kunde överstimulera patienter med demens (Nolan, 2007).

Etiketter

I flera artiklar beskrevs olika sätt att sätta etiketter på eller märka patienter med demenssjukdom (Cowdell, 2010 b; Nolan, 2006; Norman, 2006; Tolson et al., 1999) och personalen kunde i Cowdells (2010 b) studie se annorlunda på patienter med demens än övriga patienter. I en kvantitativ del av Tolson et al. (1999) studie dokumenterades ofta patienter som ”behagligt förvirrade” i deras journal. Vårdpersonalen i Cowdells (2010 b) studie delade upp patienterna med demens i kategorier som ”bara social”, ”söt” och ”svår”. Vanligast var att patienter fick etiketten ”bara social” och dessa tenderade att ockupera bottenhierarkin på avdelningarna. Patienter som var mindre krävande av både tid och känslor hos personalen märktes som ”söt”. De tenderade att vara förenliga, milda och tacksamma för den vård de fått.

En annan studie delade upp patienter med demens i antingen ”positiv och acceptabel patient” eller ”negativ och oacceptabel patient”. Positiva acceptabla patienter tenderade att ses som ”hela individer”, och var kompatibla och relativt oberoende. Dessa patienter upplevde små förverkliganden av sin person genom att de underhölls i sina identiteter, upplevde självständighet, hade en högre nivå av jämlik interaktion med vårdaren samt visades respekt för sina val. De som identifierades som negativa

fick i mindre utsträckning sina behov tillfredsställda. Dessa patienter utsattes också ofta av känslomässig och fysisk begränsning, såsom användning av sängvagnar för att begränsa deras rörelse eller olika former av infantilisering (Norman, 2006). Både gällande etiketterna "bara social" och "negativ och oacceptabel patient" talades det om att dessa många gånger förbisågs av personalen (Cowdell, 2010 b; Norman, 2006). I en annan studie ansågs vårdpersonalen inte var fördömande mot den demenssjuke patienten dock ansåg personalen här att sjuksköterskor inom operation eller kirurgi var mindre sympatiska till patienter med demens (Borbasi et al., 2006).

Sjuksköterskorna i Nolans (2006) studie påpekade en risk att en patient med demens kunde bli stigmatiserad och märkt av andra patienter på grund av uppvisande av störande beteenden. Sjuksköterskorna uttryckte att det fanns ett behov att skydda patienten från detta och de menade sig då ha en roll som advokat i vårdrelationen till patienten.

Anhöriga

I interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten med demens var information om patientens bakgrund och livssituation nödvändig för att kunna ge en individuell vård. Sjuksköterskorna betonade därför att det var av stor vikt att utveckla en god relation till anhöriga. Anhöriga utgjorde en stor resurs för vårdpersonal (Borbasi et al., 2006; Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007; Eriksson & Saveman, 2002; Moyle et al., 2011). Genom att skapa ett band till de anhöriga och göra dem delaktiga i vården upplevdes vården mer meningsfull och välbefinnandet hos patienten och vårdpersonalen ökade. Genom anhörigas information om patienten ökade möjligheten för patienten att delta i dagliga aktiviteter och sjuksköterskans relation till patienten vidareutvecklades på ett autentiskt sätt (Moyle et al., 2011).

Trots att många sjuksköterskor betonade vikten av en god relation till anhöriga och såg dess positiva konsekvenser fanns det inga tydliga riktlinjer eller strategier för att involvera anhöriga i vården vilket ofta ledde till att de själva fick ta initiativet om de ville vara delaktiga i vården (Moyle et al., 2011). Enligt Douglas-Dunbar och Gardiner (2007) utnyttjade inte vårdpersonalen expertisen från anhöriga som känner patienten bäst och beskrev själva att de inte var tillfredsställda med samarbetet med de anhöriga. Anhöriga i studien genomförd av Borbasi et al. (2006) tog ofta beslut som i vanliga fall patienten själv skulle ha tagit men inte klarade av på grund av sin kognitiva nedsättning, vilket kunde bli komplicerat. Vårdpersonalen uppgav också här att anhöriga kunde öka patientens förvirring genom att de insisterade på att patienten skulle vara i sin sjukdomsroll istället för att försöka bevara normaliteten i situationen. Anhöriga upplevdes i denna studie som tidskrävande då de hade många frågor och funderingar runt patientens vård.

Anhöriga ville gärna vara delaktiga eller åtminstone informerade kring patientens vård (Tolson et al., 1999) och i en studie som intervjuat anhöriga beskrevs det att deras upplevelser av kommunikationen till vårdpersonalen ofta var dålig och hade stora brister. De kände sig ofta ignorerade och utestängda från diskussioner och beslutsfattande runt patientens prognos och diagnos. Möjligheten att få reda på information genom patienten var mycket begränsad relaterad till deras kognitiva nedsättning. De upplevde också att de var tvungna att vara patientens språkrör för att

se till så att patientens behov uppfylldes (Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007). En sjuksköterska i en studie upplevde att relationen med anhöriga inte var särskilt viktig utan att hennes huvudansvar var att vårda patienten. Hennes yrkeserfarenhet sa att anhörigas delaktighet i vården inte alltid uppskattades av patienten (Nolan, 2006).

SJUKSKÖTERSKANS YRKESROLL

Kunskap

Nyanställda sjuksköterskor kände sig oförberedda och ovetande om vad de skulle möta i vården av patienter med demens. Arbetslivserfarenhet gjorde att denna osäkerhet stegvis försvann och sjuksköterskornas självsäkerhet ökade med tiden. Sjuksköterskor använde sig av tolkningsarbete som grundades på kunskap om patientens personlighet, sjukdom och livshistoria och genom patientens ansiktsuttryck och kroppsspråk tolkades dennes beteenden och handlingar (Berg et al., 1998). Brist på kunskap gjorde att sjuksköterskor inte gjorde någon bedömning vid tecken och symtom på tidigt debuterad demens hos patienter (Moyle et al., 2011). I en studie ansåg en i vårdpersonalen att många patienter med kognitiv nedsättning fick en otillräcklig behandling. Det påpekades att demens bör identifieras tidigt för bästa behandling men istället ignorerades medicinering för tidigt debuterad demens på grund av brist på tid och kunskap. Vanligtvis ringde patienter på klockan när de behövde gå på toaletten eller var hungriga men patienter med demens gjorde oftast inte detta relaterat till deras kognitiva nedsättning. Detta resulterade i att sjuksköterskan fick vara extra uppmärksam på dessa patienters dagliga behov men samtidigt framkom i studien att sjuksköterskorna inte hade kunskap om detta (Borbasi et al., 2006). En av studierna visade att vårdpersonalen inte visste skillnaderna mellan delirium och demens eller kände till skillnaden i behandlingen (Moyle et al., 2011).

Närvaro av sjuksköterskor ansågs vara extra viktig för patienter med demens men många sjuksköterskor beskrev en kunskapsbrist om demensvård vilket upplevdes som en begränsning för att kunna ge patienten god vård (Borbasi et al., 2006; Cowdell, 2010 b). Sjuksköterskor ansåg att de hade en mycket liten kunskap om demens och att det var svårt att tillämpa den i praktiken och särskilt på en akut vårdavdelning. De uppgav att deras begränsade kompetens inte var tillräcklig för att vårda patienter med demens (Norman, 2006) och detta var många gånger frustrerande för sjuksköterskorna. De fick ofta be om hjälp och i värsta fall överföra patienten till en psykiatrisk klinik (Eriksson & Saveman, 2002). En av studierna beskrev vårdarens upplevelser av vård av dementa på sjukhus och i studien uppgav sjuksköterskorna att de hade tillräcklig kunskap och förståelse om demensvård men vårdarna upplevde att sjuksköterskorna saknade både kunskap och förståelse (Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007). Sjuksköterskor i en studie menade att demensvården baserades på egna åsikter och värderingar snarare än utbildning och kunskap. Sjuksköterskors begränsade kunskap om demensvård gjorde att de fokuserade mer på den fysiska vården än den psykiska vården (Cowdell, 2010 b). I Borbasis et al. (2006) studie ansåg vårdpersonalen att det var bättre att inte försöka orientera patienter med demens eftersom det ökade deras förvirring och agitation. Däremot sattes det upp skyltar med patienters namn på deras dörr för att få dem att hitta till rätt rum.

För att undersöka sjuksköterskors förmåga att identifiera demens granskades sjuksköterskejournaler i en kvantitativ studie. Resultatet visade att inga formella bedömningar eller utredningar om demens var genomförda. Vidare undersöktes om det fanns uppgifter i journalerna som tydde på att patienter led av demens. För dem som var kognitivt nedsatta sågs detta i ungefär hälften av journalerna på den medicinska avdelningen och i två tredjedelar på geriatrikavdelningen. Intressant var att drygt hälften av de på den medicinska avdelningen och ungefär hälften av de på geriatrikavdelningen som hade normal kognitiv funktion hade också detta journalfört. Patienter med normal eller allvarligt avvikande kognitiv funktion var mer benägna att ha denna journalförd än de patienterna med mild till måttlig grad av kognitiv försämring (Tolson et al., 1999). En studie som gjordes på tre sjukhus visade att det är ovanligt med fortbildning inom demens (Borbasi et al., 2006).

Prioriteringar

Sjuksköterskorna ombads i en studie att prioritera vad de ansåg vara mest viktigt i vården av äldre personer. De fick svara utifrån tre olika kategorier: den första om vad som var viktigast för avdelningen, den andra vad de ansåg vara mest glädjande och den tredje kategorin utifrån vad de hade för mål i framtiden. ”Tala med patienten” prioriterades högst och efter det ”ge basal omvårdnad” och på tredje plats kom ”distribuera mat”. Sist rankades att ”utföra behandlingar”. Svaren visade ingen skillnad gällande prioriteringar mellan de tre olika kategorierna och var oberoende av patienters kognitiva funktion (Armstrong-Esther et al., 1994).

Sjuksköterskor prioriterade att få patienten utskriven så fort som möjligt och tillbaka till hemmiljön eftersom det är där patienten mår bäst. Trots att sjuksköterskorna upptäckte patienter med förvirring prioriterade de inte att göra en grundlig bedömning för att ta reda på varför (Borbasi et al., 2006). En journalgranskning undersökte sjuksköterskors dokumenterande av olika kategorier av vården. Resultatet visade att kategorin fysiskt var mest dokumenterat, hade flest bedömningar och flest vårdplaner. Övriga kategorier; kognitivt, beteende och emotionellt var journalfört i mycket mindre utsträckning, bedömningen av dem låg oftast lägre och vårdplaner till dessa fanns endast i enstaka fall. Endast 15 % av patienterna med demens hade nedskrivna omvårdnadsåtgärder gällande sin kroniska förvirring. Studien menade sig också komma fram det inte fanns något samband mellan upptäckandet av problemet och planeringen av det (Tolson et al., 1999).

Sjuksköterskor lade fokus på att vårda patientens akuta tillstånd och prioriterade bort patientens demenssjukdom (Borbasi et al., 2006; Moyle et al., 2011). I en studie framkom det att patienterna också såg sitt akuta tillstånd som sitt största bekymmer. När de återhämtat sig från det akuta tillståndet sågs en medvetenhet och ibland ambivalens mot att deras förvirring kom i fokus. I intervjuerna som också omfattade besökarna till patienterna konstaterades att det behövs en balans mellan demensvård och akutsjukvård för uppnå bästa vårdkvalitet (Tolson et al., 1999).

I en studie beskrevs en medvetenhet hos personalen om resurs- och tidsbrist för patienter med demens och det gjordes försök till förbättringar men intresset från vårdpersonalen var svalt för denna process (Borbasi et al., 2006). Det fanns inte någon möjlighet att tillfredsställa behoven hos en patient med demens relaterat till

den stressiga miljön på en akuvårdsavdelning och det var svårt för patienten att bli prioriterad före något mer livshotande tillstånd hos någon annan patient. Sjuksköterskor ansåg det viktigt att tala med patienterna men först efter att detta specifikt efterfrågats i en intervju, vilket enligt artikelförfattaren kan indikera på att det inte är högprioriterat av sjuksköterskorna. Däremot betonade sjuksköterskor ofta vikten av att vakta patienterna vilket prioriterades framför givandet av god vård. Utrymme fanns för personalen att ta promenader med patienterna men istället för att gå ut satt personalen och läste tidningar (Moyle et al., 2011).

Sjuksköterskor upplevde det svårt att prioritera när det gällde att balansera behov hos personer med eller utan demens på en akuvårdsavdelning (Nolan, 2006). I en studie prioriterade sjuksköterskorna att spendera mer tid med lugna patienter med demens än med patienter med demens som var aggressiva eller agiterade. Artikelförfattaren hade förväntat sig att sjuksköterskorna prioriterade motsatsen (Nolan, 2007).

Känslor

Sjuksköterskor som var nyanställda upplevde sig överväldigande, oförberdda, chockade och ovetandes om vad de skulle möta och vad som förväntades av dem beträffande vård av patienter med demens. Många sjuksköterskor tyckte det var tålamodsprövande att vårda patienter med demens, speciellt vid beteenden som aggressivitet och oförståelse (Berg et al., 1998). De kände ofta en känsla av maktlöshet när patienten utsattes för obekant miljö och människor, vilket ledde till känslor av sorg (Berg et al., 1998; Eriksson & Saveman, 2002). Sorg upplevdes också av att inte kunna hjälpa patienten och frustration över etiskt svåra situationer t.ex. vid administrering av läkemedel mot patientens vilja. Sjuksköterskorna ansåg det problematiskt att kränka patientens värdighet vid t.ex. provtagning mot patientens vilja. Frustration och otillräcklighet upplevdes när ett gott samarbete mellan patient och sjuksköterska inte kunde nås eller när sjuksköterskan inte kunde hantera patientens störande beteenden. Vid sammanstötningar mellan patient och sjuksköterska var situationen ofta mycket laddad och genererade starka känslor som sjuksköterskan ofta bar med sig länge (Eriksson & Saveman, 2002).

Många sjuksköterskor upplevde en oro över patientens säkerhet (Eriksson & Saveman, 2002; Moyle et al., 2011; Nolan, 2006) och en oro över att övriga patienter på avdelningen inte bemötte dem väl på grund av att de inte hade tillräcklig kunskap och förståelse om demenssjukdom. När patienten inte hade möjlighet att slutföra sin aktivitet vid t.ex. påklädning på grund av tidsbrist resulterade det i känslor av skuld hos sjuksköterskorna (Nolan, 2006). Skuld-känslor upplevdes också över att patienten inte hade möjlighet att röra sig fritt på avdelningen utan bevakades av personalen på avdelningen (Norman, 2006). Sjuksköterskorna tyckte det var svårt att uppnå delaktighet med agiterade patienter och att det var lättare med lugna patienter (Nolan, 2007). Dock var det alltid krävande att utveckla en relation till patienter med demens, men när ett band skapats till patienten och patienten uppfattade sjuksköterskan som bekant resulterade det i känslor av glädje, lycka, värde och professionell prestation för sjuksköterskan (Berg et al., 1998; Nolan, 2006; Rundqvist & Severinsson, 1999). Det beskrevs i en studie att all vårdpersonal upplevde ökat välbefinnande och tillfredsställelse när de spenderade tid med patienter med demens (Borbasi et al., 2006). Rundqvist och Severinsson (1999)

beskrev att patientens handling och ögonkontakt kunde ge sjuksköterskan en känsla av värme och kärlek. I Bergs et al. (1998) studie menade majoriteten av sjuksköterskorna att vården av patienter med demens gav dem en ökad förståelse och uthållighet i sin yrkesroll. De uppgav att de mognat och utvecklats som människor och erfarenheten hade gett dem mer respekt och förståelse för äldre människor. Några sjuksköterskor i denna studie angav dock att de upplevde att erfarenheten av att vårda patienter med demens gjort dem mer känslökalla.

I en studie beskrev sjuksköterskorna att människor runt omkring såg dem som utbildade och mindre prestigefyllda när de vårdar personer med demens. Sjuksköterskorna upplevde själva att de hade ett gott självförtroende vid att ge fysisk vård men kände sig osäkra och obekväma vid att ge psykisk vård (Cowdell, 2010 b). Sjuksköterskorna i Bergs et al. (1998) studie skildrade två huvudsakliga strategier för hantering av svåra känslor, nämligen att slå ifrån sig problemet eller att söka stöd. Sjuksköterskorna försökte att inte ta med sitt arbete hem utan pratade av sig med sina kollegor eller reflekterade för sig själv en stund innan de gick hem och detta fungerade oftast bra. Vidare menade de att humor, interna dialoger och samtal med kollegor var ett stort stöd för att kunna förstå sitt eget och patientens handlande.

YTTRE BEGRÄNSNINGAR

Organisation

I Normans (2006) studie beskrev sjuksköterskorna att det från sjukhusens sida inte gavs redskap för att vårda patienter med demens. Flera studier talade om att det var ett högt tryck på akutvårdsavdelningarna och det fanns en stor tidsbrist för personalen att utföra den grundläggande vården, ge individuellt anpassad vård och tillgodose patienternas behov (Borbasi et al., 2006; Douglas-Dunbar & Gardiner, 2007; Eriksson & Saveman, 2002). Att vårda patienter med demens krävde mycket extra tid för sjuksköterskorna och störde det löpande arbetet på en akutvårdsavdelning (Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2006). Detta berodde bland annat på att patienterna med demens gärna vandrade runt på avdelningen och lätt förvillade bort sig. För sjuksköterskan innebar demenssjuka patienter ofta mer administrativa åtgärder då dessa patienter hade större behov av olika former av samhällsstöd. Tidsbrist bidrog till att sjuksköterskorna inte satte sig ner och planerade kring bästa möjliga behandling för patienten (Eriksson & Saveman, 2002). Det bidrog också till att de inte hann lära känna patienten så att de kunde se deras behov, få förståelse för deras beteenden och lära sig tolka deras olika sätt att kommunicera (Eriksson & Saveman, 2002; Rundqvist & Severinsson, 1999).

Personalbrist resulterade i att patienter med demens placerades ute i korridoren så att personalen kunde hålla dem under uppsikt eller gjorde det möjligt för andra patienter att sova (Eriksson & Saveman, 2002). I en studie upplevde sjuksköterskorna att sjukhusledningen inte visade något intresse för personalens situation vid hantering av aggressiva patienter med demens. Sjuksköterskorna upplevde en brist hos ledningen då sällan uppföljning eller utredning skedde med personal efter en situation med en aggressiv patient. Förbättrad arbetsbelastning och ett ändrat fokus från budget till vårdkvalitet ansågs kunna förbättra vården (Moyle et al., 2011).

Fysiska miljön

Den akuta vårdmiljön upplevdes opassande för patienter med demens (Borbasi et al., 2006; Nolan, 2006; Nolan, 2007; Norman, 2006; Rundqvist & Severinsson, 1999; Tolson et al., 1999) och som ett hinder och begränsning för att ge god vård (Moyle et al., 2011; Nolan, 2006; Nolan, 2007). Sjuksköterskorna beskrev den akuta vårdmiljön som en mycket annorlunda, en osäker och farlig plats för patienter med demens. Miljön ansågs vara farlig på grund av att den var obekant för patienten och tillsammans med faktorn att patienten träffade obekant vårdpersonal och ställdes inför ovana situationer och rutiner bidrog det till ökning av patientens förvirring och skapade oro (Moyle et al., 2011). Både patienter och besökare såg den stressande akutvårdsmiljön som potentiellt hotfull och den framkallade känslor av värdelöshet (Tolson et al., 1999). Vid uppvisande av besvärliga beteenden hos patienter med demens, uppfattade sjuksköterskorna att det var en effekt av att vårdas i en akut miljö (Nolan, 2006) och inläggning till en akut avdelning bör undvikas i största möjliga mån för demenssjuka patienter. Sjuksköterskorna ansåg att utformningen av de akuta vårdavdelningarna inte var anpassad till patienter med demens. Till exempel så var toaletterna ofta placerade långt bort från patientens rum och patienterna hade ofta svårigheter att hitta och blev desorienterade (Borbasi et al., 2006). Sjuksköterskorna försökte begränsa antalet involverad personal runt patienten men det var svårt att uppnå och sjuksköterskorna upplevde det jobbigt att se hur patientens oro och förvirring ökade när obekant personal gick in och ut ur dennes rum (Eriksson & Saveman, 2002). Vid besökstider på avdelningen tillkom det ytterligare nya ansikten för patienten vilket bidrog till ökad aktivitet på avdelningen som i sin tur ökade patientens förvirring (Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2007).

Den akuta miljön innebar en oförutsägbarhet och komplicerades av ständigt föränderliga behov en patient med demens hade vilket ledde till omprioriteringar. Även om det var erkänt att den akuta miljön i allmänhet inte var lämplig för att tillgodose särskilda behov hos personer med demens så upplevdes avdelningen mer lämplig för personer med demens som inte var upprörda eller aggressiva (Nolan, 2007). En artikel beskrev att patienter upplevde den akuta vårdmiljön som hotfull. Många patienter önskade att lämna avdelningen och ville åka hem till sin trygga hemmiljö (Tolson et al., 1999). Patienterna kunde ibland definiera avdelningen som sitt hem vilket personalen betraktade som problematiskt och olämpligt (Norman, 2006).

Säkerhet

Vårdpersonal oroades ofta över säkerheten för patienter med demens vilket ledde till en onaturlig övervakning av dessa patienter, mindre tid till att ge god omvårdnad till dem och mindre tid till övriga patienter på avdelningen. Ofta var avdelningen inte utformad för patienter med demens att röra sig fritt på ett säkert sätt (Eriksson & Saveman, 2002; Moyle et al., 2011; Nolan, 2007). Det framkom i Nolans (2007) studie att patientens säkerhet ansågs vara viktigare än personcentrerad vård och bevarande av patientens värdighet. För dessa sjuksköterskorna innebar säkerhet en ökad medvetenhet om miljöfaror, särskilt i förhållande till patienter som vandrade runt, och ständig vaksamhet så att patienten inte gick ut från avdelningen.

Sjuksköterskorna ansåg i en studie att deras viktigaste uppgift var att hålla ett extra öga på patienterna med demens (Cowdell, 2010 b). En vanlig åtgärd gällande patienter med demens var i Moyles et al. (2011) studie att tillsätta en "specialling". En "specialling" var en personal, vanligtvis den nyaste, som hade i uppgift att observera patienten. Både för patientens egen säkerhet men även för övriga patienters säkerhet på avdelningen. Denna arbetsuppgift kallades ofta "barnvakt" och gjorde det möjligt för övriga sjuksköterskor att utföra sina arbetsuppgifter och ta hand om patienter som var högre prioriterade.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

I de valda studierna där sjuksköterskor intervjuats och som har redovisat fördelningen mellan kvinnor och män är det en majoritet av kvinnliga deltagare. Detta skulle kunna påverka studiens resultat jämfört med om det hade varit en annan fördelning. En förklaring till att fördelningen ser ut så här tror vi är att en stor andel av sjuksköterskorna inom vården är kvinnor och av den orsaken tror vi att urvalet är representativt för verkligheten och därför trovärdigt.

Studierna som ligger till grund för våra artiklar är alla västerländska; tre från England, två från Irland, två från Sverige, två från Australien, en från Kanada, en från Skottland samt en från Finland. Med andra ord speglar resultatet i vår rapport endast denna spridning. Borbasi et al. (2006) beskriver forskningsläget som mest från Storbritannien, USA, Kanada och Australien. Kanske hade resultatet blivit annorlunda om det funnits studier från andra länder, exempelvis länder som inte är västerländska. Möjligtvis finns det en likhet länderna emellan, då resultatet är förhållandevis likartat.

Vi upptäckte under sökningen att vi inte fick så många relevanta träffar som vi önskade. Östlundh (2006) skriver angående detta att om sökningen resulterar i ett snävt antal artiklar kan orsaker vara fel sökord, felstavningar eller användandet av fel databas. Detta har vi diskuterat men trots upprepade sökningar i olika databaser och med variation i sökord upptäckte vi att det i stort sätt återkom samma artiklar. Vår slutsats var därför att ämnet inte är så beforskat vilket bekräftades av flera av våra artiklar. Vidare finns det få studier som undersökt upplevelsen av vårdandet utifrån både ett patientperspektiv och ur ett sjuksköterskeperspektiv (Coddell, 2010 a).

Syftet med studien inledningsvis var att skriva om sjuksköterskors kunskap om personer med demens. Därför sökte vi till en början inte på ordet interaktion i artikelsökningen. Vi upptäckte emellertid under sökningsprocessen och vid granskning av artiklarnas resultat att kunskap var för snävt och vi började då tala om vad kunskapsbrist har för konsekvenser. I problemformuleringen antogs därför att brist på kunskap påverkar sjuksköterskans interaktion med personer med demens och följaktligen valdes interaktion som ett bredare begrepp där både kunskap och kommunikation ingick. I de artiklar vi fått fram med de i metoden använda sökorden, eftersöktes därför aspekter på denna interaktion. Vi gjorde även kompletterande sökningar i Cinahl och Pubmed som inte gav några nya artiklar som var aktuella för vårt syfte, dock återkom en artikel.

Det begränsade forskningsläget har gjort att vi ibland valt att ta med artiklar som har med flera yrkeskategorier än sjuksköterskan om vi ansett dem aktuella för vårt syfte. I resultatet har vi valt att skriva vårdpersonal alternativt sjuksköterska när vi tagit det ur artiklarna som vi vet handlat om sjuksköterskor. Det är av samma anledning vi inte valt att begränsa oss med tanke på åldern på studierna. Vidare har vi några studier med återkommande författare. Nolan har genomfört två av studierna i våra artiklar och Borbasi är medförfattare tillsammans med tre och fyra andra författare i två studier. Att det är samma forskare i flera studier skulle kunna vara en svaghet då det finns en risk att forskarnas egna uppfattningar har speglat studien och i vårt fall

riskerar flera artiklar vara ”styrda” åt ett håll. Vi är medvetna om detta men har ändå valt att ta med dessa studier då vi menar att de ger svar på vårt syfte och vår problemformulering. Vi har valt att begränsa oss till de artiklar som finns i fulltext eller som vi har tillgång till genom skolan. En risk med detta är att vi kan missa relevanta artiklar.

I vårt resultat har vi använt oss av tio artiklar som bygger på kvalitativ ansats, en artikel som bygger på kvantitativ ansats samt en artikel som är mixed-methods. Enligt Forsberg och Wengström (2008) är kvalitativa studier värdefulla eftersom det gör deltagarnas röster hörda vilket ofta gör det trovärdigt för den som tar del av studien. Vidare skriver de att en kvalitativ studie utmynnar i en variation av fenomenet och klargör strukturer och inre relationer medan en kvantitativ studie kan ge mätbara resultat och samband mellan olika företeelser. Vi vill därför förtydliga att vi utifrån vårt resultat inte kan dra några generella slutsatser då större delen av våra artiklar bygger på kvalitativa studier.

Gällande de två studier som genomförde intervjuer med personer som har en demenssjukdom menar vi att detta material skulle kunna vara svåranalyserat. Personer med demens kan ha en annorlunda uppfattning om verkligheten, vilket förvisso är intressant då det är deras syn, men det är inte säkert att det säger så mycket om sjuksköterskan. Vidare händer det också att en deltagare i en studie, exempelvis vårdpersonal och anhöriga, uttryckt sig om personen med demens uppfattning eller känslor. Detta menar vi då blir antingen en andrahandskälla alternativt en tolkning av personen som har demens.

Då det enligt Socialstyrelsen inte finns en enhetlig definition på akutsjukvård finns det en risk att de olika studierna också har olika syn på detta. Detta skulle kunna medföra att resultaten blir svårare att jämföra. Vi ville hålla oss till den bredare definitionen där hela vårdkedjan räknas med och vi har därför valt artiklar som handlar om akutsjukvård på avdelningar och inte på akutmottagningar.

RESULTATDISKUSSION

Denna litteraturstudie har undersökt sjuksköterskans interaktion med personer med demens inom akutsjukvården och belyst faktorer som kunde påverka detta möte. Tre olika kategorier framkom i resultatet: interaktion, sjuksköterskans yrkesroll och yttre begränsningar.

Ett flertal studier beskrev vikten av att skapa en god relation mellan sjuksköterska och patient som en förutsättning för att kunna ge god vård. En god relation ansågs öka välbefinnandet hos både patienten och personalen. Orlando (1990) skriver att relationen mellan sjuksköterskan och patienten är avgörande för patientens vård och en god relation alltid ska eftersträvas av sjuksköterskan. En relation måste bygga på tillit för att patienten ska kunna uttrycka sina behov och få dem tillgodosedda. Vidare beskriver Orlando (1990) att relationen skapas i möten med patienten och ska utgöras av tvåvägskommunikation. Vi anser att vikten av en god relation ibland glöms bort och särskilt inom akutsjukvård där fokus ofta ligger på det medicinska. Vi tror att genom ett ökat välbefinnande hos personen med demens, som fås genom en god relation, kan tiden för tillfrisknande förkortas vilket minskar dennes lidande

och vårdkostnaderna. Ett ökat välbefinnande hos personalen tror vi kan leda till en högre arbetstillfredsställelse, färre sjukskrivningar och bättre samarbete med såväl kollegor som patienter.

Vården av patienter med demens beskrevs många gånger i studierna som komplex, utmanade och krävande, detta bland annat för att patienten inte hade förmåga att ge information. För att skapa mening och för att få förståelse för patientens situation och beteenden framkom det i resultatet att det var viktigt att lära känna patienten och dennes bakgrund. Många sjuksköterskor upplevde det svårt att etablera en god relation när en patient med demens inte kunde ge information om sin livssituation och bakgrund. Fessey (2007) och Orlando (1990) beskriver också att vård av personer med demens är komplext och innebär stora utmaningar för både ledningen och vårdpersonalen. Orlando skriver även att sjuksköterskan ska iaktta patientens beteenden genom sina sinnen för att sedan kunna interagera med patienten. Vi anser att kommunikationssvårigheterna försvårar arbetet för sjuksköterskan men tror att det finns andra sätt att få förståelse för och lära känna en demenssjuk person. Vi tror att det är viktigt att sjuksköterskan har en flexibilitet i sitt bemötande och i sin kommunikation med personer som har demens. Då de inte kan kommunicera sina behov menar vi att det är särskilt viktigt att som sjuksköterska vara närvarande med sina fem sinnen för att underlätta denna process.

I studierna framkom det att det fanns stora skillnader mellan att ge fysisk och psykosocial vård och interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten i de studerade situationerna dominerades av fysisk vård. Detta tror vi bland annat beror på okunskap och prioritering. Vi tror det är lätt att fokusera på den fysiska vården då ledningen uppifrån trycker på att patienterna ska skickas hem när de är medicinskt färdigbehandlade. Påtryckningen tänker vi beror på att det ofta råder platsbrist på akutvårdsavdelningar och för att sänka hälso- och sjukvårdskostnaderna. Dessutom säger Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska bland annat att sjuksköterskan ska tillgodose patientens fysiska och psykiska omvårdnadsbehov (Socialstyrelsen, 2005). Kombinationen påtryckningar om snabbare utskrivning och Socialstyrelsens föreskrift kan därför innebära att sjuksköterskan inte har möjlighet att ge den vård som personen har rätt till.

Ur artiklarna framkom det att sjuksköterskorna såg patienterna som unika människor med individuella omvårdnadsbehov. Enligt Orlando (1990) ska sjuksköterskan arbeta efter individuella behov, handla därefter och respektera patientens integritet och självbestämmande. Vidare betonar hon vikten av att se varje unik individ i en unik kontext och det krävs en förmåga hos sjuksköterskan att vara anpassningsbar och flexibel vid olika tillfällen. Vi anser detta synsätt vara grundläggande för en god omvårdnad och att det alltid ska präglade sjuksköterskans arbete. Dock tror vi att det ibland låter enklare än vad det är i verkligheten. En person med demens har ofta svårigheter att uttrycka sina behov och det gör att det finns en risk att sjuksköterskan utgår ifrån sina egna förutfattade meningar om vad personens behov är och ger omvårdnad utifrån dem. Att ta reda på behoven hos en demenssjuk person kräver extra tid av sjuksköterskan jämfört med personer som har förmåga att uttrycka sina behov.

Resultatet visade att det var vanligt att sätta etiketter på patienter med demens. Svåra och krävande patienter med demens fick mindre uppmärksamhet av personalen och sina behov tillfredsställda i mindre utsträckning än patienter med demens som var lugna och samarbetsvilliga. Sjuksköterskan ska enligt Socialstyrelsen (2005) visa respekt för patientens integritet, värdighet och autonomi. Att sätta etiketter på patienter upplever vi som mycket oprofessionellt och som en kränkning av personens värdighet och identitet. Kanske beror sjuksköterskornas oprofessionella bemötande på att det råder en viss jargong på avdelningen eller på en osäkerhet som grundas i kunskapsbrist.

Anhöriga ansågs i ett flertal studier vara viktiga resurser på olika sätt för patienten och personalen betonade att relationen till anhöriga var viktig. Vården upplevdes mer meningsfull och välbefinnandet hos patienten och vårdpersonalen ökade när ett band skapades till de anhöriga och de fick vara delaktiga. Dock visade studier att vårdpersonalen inte involverade anhöriga i patientens vård. En studie beskrev att det delvis berodde på att det inte fanns några tydliga riktlinjer eller strategier för att involvera anhöriga. Socialstyrelsen (2005) skriver att sjuksköterskan ska tillvarata närståendes kunskaper och erfarenheter. Då många sjuksköterskor i vårt resultat beskriver svårigheter att förstå och kommunicera med personer med demens menar vi att det vore ypperligt att involvera anhöriga i denna vård. Det finns mycket kunskap hos de anhöriga som vi som sjuksköterskor inte har vilket därför blir värdefullt att nyttja.

Efter granskning av artiklarna kom det fram att sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräckligt med kunskap om demens. Orlando (1990) säger att sjuksköterskans förutsättning för att kunna utföra sitt yrke på bästa sätt ökar ju mer kunskap sjuksköterskan har. Vi menar att ansvaret för utvecklandet av denna kunskap ligger både hos sjuksköterskan själv och hos organisationen. Sjuksköterskan ska enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) hålla sig uppdaterad med aktuell forskning och omvårdnaden skall utföras på vetenskaplig grund. Vidare tänker vi att organisationen bör ta ansvar för att ge personalen möjlighet och motivation till detta. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2010) står det att hälso- och sjukvården bör ge möjligheter till utbildning för personal. Denna utbildning skall vara långsiktig, kombinerad med praktisk träning, handledning samt feedback. Detta tror vi skapar motivation samt från organisationens sida poängterar vikten av kunskap. Med förbättrad kunskap tror vi också att sjuksköterskan skulle prioritera denna patientgrupp på ett annorlunda sätt och även se vikten av att behandla demenssjukdomen.

I vårt resultat talas om känslor som skuld, maktlöshet, glädje, sorg, värdefullhet och så vidare, hos de som vårdar personer med demens. Det framkom att detta hanterades antingen genom reflektion och dialog med kollegor eller att det ignorerades. När sjuksköterskan bär på undertryckta känslor menar Orlando (1990) att patienten ändå kan uppfatta detta och att det på så vis kan påverka omvårdnadssituationen. Hon betonar därför vikten av att bearbeta dessa känslor.

Resultatet visar att akutsjukvårdsmiljön många gånger är olämplig för den demenssjuke patienten och det är exempelvis vanligt att förvirringen ökar eller agitation uppstår. En ny miljö kommer aldrig vara optimal för en person med

demens, menar vi. Vi tror dock att det finns stora möjligheter att förbättra och öka medvetenheten i utformandet av denna miljö och vi vill poängtera att detta sker evidensbaserat. Flera av våra resultatstudier belyste ett behov av fokus på säkerhet vilket hade som konsekvenser att annan vård blev förbisedd. Att det finns faror på akutvårdsavdelningen belyser även Arnold och Hallinan (2000), där de betonar vikten av att skydda patienten med demenssjukdom mot detta. Vi tror att en bättre utformad miljö skulle kunna göras säkrare vilket skulle innebära att sjuksköterskan kan lägga tid och fokus på mer adekvat vård. Exempel på detta tror vi skulle kunna vara att skapa en lugnare miljö personer med demens, som att minimera antal personal,

KONKLUSION

Vi vill lyfta det engagemang HM Drottning Silvia har som ett gott exempel. Efter att Drottningen identifierat brister i demensvården startades en utbildning för vårdpersonal i demens. Idag finns högskolebaserade kurser som riktar sig till undersköterskor och sjuksköterskor (www.silviahemmet.se). Avslutningsvis vill vi poängtera att personer med demens alltid kommer att behöva akutsjukvård men vi tror inte att våra sjukhus och sjuksköterskor idag har redskap för att uppnå god interaktion och därmed inte kan tillgodose behoven hos den demenssjuke. En större medvetenhet om demens gällande akutsjukvårdsmiljön tror vi är nödvändig och framförallt efterfrågar vi en ökad kunskap hos sjuksköterskor gällande detta viktiga ämne. Vi hoppas därför att framtiden kommer att erbjuda fler möjligheter till demensutbildningar för sjuksköterskan.

REFERENSER

* Artikel som använts i resultatet

*Armstrong-Esther, C., Browne, K., & McAfee, J. (1994). Elderly patients: still clean and sitting quietly. *Journal Of Advanced Nursing*, 19(2), 264-271.

Arnold, E., & Hallinan, K. (2000). Mind over matter. *Nursing*, 30(10 part 1), 50-54.

*Berg, A., Hallberg, I., & Norberg, A. (1998). Nurses' reflections about dementia care, the patients, the care and themselves in their daily caregiving. *International Journal Of Nursing Studies*, 35(5), 271-282.

*Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C., & Emden, C. (2006). Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: toward better practice. *Geriatric Nursing*, 27(5), 300-308.

Cowdell, F. (2010 a). Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nursing Standard*, 24(23), 42-48.

*Cowdell, F. (2010 b). The care of older people with dementia in acute hospitals. *International Journal Of Older People Nursing*, 5(2), 83-92.

Cunningham, C., & Archibald, C. (2006). Supporting people with dementia in acute hospital settings... first in a series of five. *Nursing Standard*, 20(43), 51-55.

Cunningham, C., & McWilliam, K. (2006). Caring for people with dementia in A&E. *Emergency Nurse*, 14(6), 12-16.

*Douglas-Dunbar, M., & Gardiner, P. (2007). Support for carers of people with dementia during hospital admission. *Nursing Older People*, 19(8), 27-30.

*Eriksson, C., & Saveman, B. (2002). Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 16(1), 79-85.

Fessey, V. (2007). Patients who present with dementia: exploring the knowledge of hospital nurses. *Nursing Older People*, 19(10), 29-33.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier (2:a uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I: Friberg, F. (red), Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (115-124). Lund: Studentlitteratur.

Gustafsson, L. (2004). Klassifikation av demenssjukdomar. I: Basun, H. (red), Om demens (11-12). Stockholm: Liber AB.

ICN: s etiska kod för sjuksköterskor. (2000). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

*Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R., & Gracia, N. (2011). Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(3/4), 420-428.

Nationalencyklopedin, (2012). Hämtad: 15 april, 2012, från Nationalencyklopedin: <http://www.ne.se/afasi>

Nationalencyklopedin, (2012). Hämtad: 15 april, 2012, från Nationalencyklopedin: <http://www.ne.se/agnosi>

Nationalencyklopedin, (2012). Hämtad: 15 april, 2012, från Nationalencyklopedin: <http://www.ne.se/anomi>

Nationalencyklopedin, (2012). Hämtad: 15 april, 2012, från Nationalencyklopedin: <http://www.ne.se/apraxi>

Nationalencyklopedin, (2012). Hämtad: 3 april, 2012, från Nationalencyklopedin: <http://www.ne.se/lang/interaktion/212337>

*Nolan, L. (2006). Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting -- a hermeneutic interpretation of the staff nurse's experience. *International Journal Of Older People Nursing*, 1(4), 208-215.

*Nolan, L. (2007). Mental health. Caring for people with dementia in the acute setting: study of nurses' views. *British Journal Of Nursing (BJN)*, 16(7), 419-422.

*Norman, R. (2006). Observations of the experiences of people with dementia on general hospital wards. *Journal Of Research In Nursing*, 11(5), 453-465.

Orlando, I-J. (1990). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. New York, NY: National league for Nursing.

*Rundqvist, E., & Severinsson, E. (1999). Caring relationships with patients suffering from dementia -- an interview study. *Journal Of Advanced Nursing*, 29(4), 800-807.

Skog, M. (2009). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.

Socialstyrelsen. (1982). *Hälso- och sjukvårdslagen (1982:/763)*.

Socialstyrelsen. (1994). Tema: Akut omhändertagande. Ett underlag för kompetensutveckling vid omhändertagande av akut sjuka och skadade. Stockholm: Socialstyrelsen. MARS-rapport Nr. 6.

Socialstyrelsen. (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 8 mars, 2012, från Socialstyrelsen: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2010) Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Hämtad 3 april, 2012, från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-5-1>.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2006). Demenssjukdomar - en systematisk litteraturöversikt.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2007). Vård av personer med demenssjukdom – vad vet vi idag?

Statistiska centralbyrån [SCB]. (2011). Livslängden i Sverige 2001-2010. Stockholm. Hämtad 14 mars, 2012, från Statistiska centralbyrån: http://www.scb.se/Pages/PressRelease____321874.aspx.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). Värdegrund för omvårdnad.

*Tolson, D., Smith, M., & Knight, P. (1999). An investigation of the components of best nursing practice in the care of acutely ill hospitalized older patients with coincidental dementia: a multi-method design. *Journal Of Advanced Nursing*, 30(5), 1127-1136.

Wahlund, L-O. (2004). Utredning av demenssjukdomar. I: Basun, H. (red), Om demens (91-100). Stockholm: Liber AB.

World Health Organization [WHO]. (2010). ICD-10 classification. Hämtad 28 feb, 2012, från WHO: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I: Friberg, F. (red), Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (45-70). Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

Bilaga I. Artikelsökning

<i>Databas</i>	<i>Sökord</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>läst abstract</i>	<i>Granskade artiklar</i>	<i>Använda artiklar ref.nr</i>
Cinahl	dementia	19758			
	dementia AND acute	504			
	dementia AND nurses knowledge	27	27	4	Berg et al. (1998), Cowdell (2010 b)
	dementia AND acute AND nurses knowledge	4	4	2	Cowdell (2010 b)
	dementia AND acute AND knowledge	33	33	6	Cowdell (2010 b)
	(MH "Dementia+")	24453			
	(MH "Dementia+") AND (acute OR emergency)	494			
	(MH "Dementia+") AND (acute OR emergency) AND ((MH "Communication+") OR (MM "Nurse-Patient Relations"))	33	33	11	Armstrong-Esther (1994), Eriksson och Saveman (2002)
	(MH "Dementia+") (AND acute OR emergency) AND (MH "Family+")	34	34	6	Moyle et al. (2011), Nolan (2006)
	(MH "Dementia+") AND hospital admission AND care	27	27	4	Douglas-Dunbar och Gardiner (2007), Norman (2006)
(MH "Dementia+") AND (acute OR emergency) AND interaction	5	5	1	Armstrong-Esther (1994)	
PubMed	dementia	128691			
	dementia AND acute	3426			
	dementia AND acute AND knowledge	108			
	dementia AND acute AND nurses knowledge	21	21	8	Cowdell (2010 b), Nolan (2006), Nolan (2007)
	dementia AND acute AND interaction	0			
Summon	dementia AND acute AND nurses knowledge	13	13	6	Borbasi et al. (2006), Cowdell (2010 b), Moyle et al. (2011)
Scopus	dementia AND acute AND nurses knowledge	15	15	7	Cowdell (2010 b), Nolan (2007)

Bilaga II. Analyserad litteratur

Titel, Författare, Tidsskrift, År	Problem och syfte	Metod (urval, analys m.m.)	Resultat
<p>"Elderly patients: still clean and sitting quietly"</p> <p>Armstrong-Ester, C. A. Browne, K. D. McAfee, J. G.</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>1994</p> <p>Kanada</p>	<p>Undersöka aktivitet och interaktion mellan äldre patienter och sjuksköterskor på två akut geriatriska avdelningar och på en psykiatrisk avdelning</p>	<p>Kvantitativa observationer där deltagarna delades in i tre grupper; klara, förvirrade och dementa. Enkäter gjordes med 306 sjuksköterskor.</p>	<p>Resultaten visar mycket låga nivåer av interaktion mellan personal och patient utanför det som var rutinmässiga arbetsuppgifter i patientvården. Sjuksköterskorna ansåg att samtal med patienten i turordning var glädjande, viktigt, givande och objektivt.</p>
<p>"Nurses reflections about dementia care the patients the care and themselves in their daily caregiving"</p> <p>Berg, A. Hallberg, I. R. Norberg, A.</p> <p>International Journal of Nursing Studies</p> <p>1998</p> <p>Sverige</p>	<p>Avslöja sjuksköterskors personliga kunskap om patienterna, sig själva och sjukvård gällande vård av personer med demens.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer med 13 sjuksköterskor på en geriatrisk vårdavdelning. Fenomenologisk hermeneutisk analysmetod användes.</p>	<p>Två teman med underrubriker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sammanflätade liv Making together Doing together - Känsligt tolkningsarbete Meningssökande Vara i händerna på
<p>"Health professionals perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward better practice"</p> <p>Borbasi, S. Jones, J. Lockwood, C. Emden, C.</p> <p>Geriatric Nursing</p> <p>2006</p> <p>Australien</p>	<p>Undersöka, förstå och tolka sjuksköterskors och annan vårdpersonals upplevelser att vårda personer med demens i en akutvårdsmiljö samt förbättra nuvarande kunskap.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer med 25 läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal från tre olika sjukhus.</p>	<p>Resultatet visar att det inte är bra för dementa att vårdas i akuta vårdmiljöer. Personal försökte ge bästa vård, men begränsades av miljö-, sociokulturella och ekonomiska frågor. Fem teman togs fram: Fysiska miljön, organisation, nyckelpersoner, nuvarande demensvård och idealisk demensvård.</p>
<p>"The care of older people with dementia in acute hospitals"</p> <p>Cowdell, F.</p> <p>International Journal of Older People Nursing</p> <p>2010 b</p> <p>England</p>	<p>Undersöka patienter och vårdpersonals upplevelser av äldre personer med demens på ett akutsjukhus.</p>	<p>Kvalitativa observationer och intervjuer med 11 patienter med demens, 25 sjuksköterskor och 33 undersköterskor.</p>	<p>Akutsjukvård är inte en optimal miljö för personer med demens. Personer med demens upplevde oro och ångslan över att vistas på sjukhus och kände sig ofta ignorerade. Sjuksköterskorna strävade efter att ge optimal vård, men detta kunde inte alltid uppnås.</p>

<p>”Support for carers of people with dementia during hospital admission”</p> <p>Douglas-Dunbar, M. Gardinger, P.</p> <p>Nursing Older People</p> <p>2007</p> <p>England</p>	<p>Utveckla stödtjänster för vårdare till personer med demens under intagning på sjukhus.</p>	<p>Kvalitativa, semistrukturerade intervjuer genomfördes med 9 vårdare varav 2 makar, 1 maka, 5 döttrar och 1 svärdotter.</p>	<p>Utveckling av stödtjänster måste ta hänsyn till individuella behov hos varje vårdare. Tre teman identifierades: kommunikation, sårbarheten hos vårdaren och behovet av att utveckla en terapeutisk relation med vårdaren samt personen med demens.</p>
<p>”Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings”</p> <p>Eriksson, C. Saveman, B-I</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Science</p> <p>2002</p> <p>Sverige</p>	<p>Undersöka sjuksköterskors upplevelser av svårigheter i samband med vård av patienter med demens inom akutsjukvård.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer av 12 sjuksköterskor vid 5 akutvårdsavdelningar.</p>	<p>Svårigheter upplevdes och gav upphov till frustration. Brist på tid sågs som orsak och särskilt svårt upplevdes det att hantera utåtagerande beteenden hos patienter med demens. De svåra situationerna kunde leda till övergrepp och försummelse av dessa patienter.</p>
<p>”Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspectiv”</p> <p>Moyle, W. Borbasi, S. Wallis, M. Olorenshaw, R. Gracia, N.</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>2011</p> <p>Australien</p>	<p>Undersöka vården av äldre personer med demens på ett akutsjukhus.</p>	<p>Kvalitativa, semistrukturerade intervjuer med 13vårdpersonal på en akut medicinsk avdelning och på en kirurgisk avdelning.</p>	<p>Övergripande tema ”paradoxal omsorg”, som en inkonsekvent inställning till vård betonas säkerhet på bekostnad av välbefinnande och värdighet. Fem underteman identifierades: konfusion, vardagliga utmaningar, kulturella barriärer, specialling och optimal vårdform.</p>
<p>”Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting – a hermeneutic interpretation of the staff nurse’s experience”</p> <p>Nolan, L.</p> <p>International Journal of Older People Nursing</p> <p>2006</p> <p>Irland</p>	<p>Undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda äldre personer med demens på ett akutsjukhus.</p>	<p>Kvalitativ tematisk innehållsanalys. Intervjuer med 7 sjuksköterskor på en akutsjukvårdsavdelning. Hermeneutisk metod användes.</p>	<p>Övergripande tema ”patienten skall mötas som en person”. Tre underteman identifierades: Omsorg som ett etiskt sätt att vara, omsluta varandra - skapa ett band och arbeta med anhöriga.</p>

<p>”Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses views”</p> <p>Nolan, L</p> <p>British Journal of Nursing</p> <p>2007</p> <p>Irland</p>	<p>Undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda äldre människor med demens på ett akutsjukhus.</p>	<p>Kvalitativ tematisk innehållsanalys. Intervjuer med 7 sjuksköterskor.</p>	<p>Resultatet belyser att det finns stora utmaningar och stor komplexitet i att ge demensvård i den akuta sjukhusmiljön.</p>
<p>”Observations of the experiences of people with dementia on general hospital wards”</p> <p>Norman, R.</p> <p>Journal of Research in Nursing</p> <p>2006</p> <p>England</p>	<p>Undersöka vården av patienter med demens på sjukhus.</p>	<p>Kvalitativa observationer på en kirurgisk och en medicinsk avdelning.</p>	<p>Sjuksköterskors positiva eller negativa tolkning av en person med demens kan leda till "begränsning" eller "förverkligande" av en persons syn på sig själv. Resultatet betonar vikten av en tvåvägskommunikation.</p>
<p>”Caring relationships with patients suffering from dementia – an interview study”</p> <p>Rundquist, E. M. Severinsson, E. I.</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>1999</p> <p>Finland</p>	<p>Beskriva och analysera vårdgivares vårdrelation med personer som lider av demens.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer med 6 sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor på ett sjukhus.</p>	<p>Viktiga faktorer i vårdrelationen är: beröring, ömsesidig bekräftelse och värderingar i vårdkulturen på avdelningen.</p>
<p>”An investigation of the components of best nursing practice in the care of acutely ill hospitalized older patients with coincidental dementia: a multi-method design”</p> <p>Tolson, D. Smith, M. Knight, P</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>1999</p> <p>Skottland</p>	<p>Att ur patienternas perspektiv, undersöka komponenterna i bästa omvårdnad av äldre personer med demens som är inläggande på sjukhus för akutsjukvård samt att använda denna information för att föreslå standarder för omvårdnad.</p>	<p>Mixed-methods. Kvantitativa enkäter med 213 personer över 65 år på två medicin- och två akutvårdsavdelningar på ett sjukhus och kvalitativa intervjuer med 41 patienter och med den personen som besökte dem mest. Studien använde sig av triangulär design.</p>	<p>Patienter med normal eller allvarligt avvikande kognitiv funktion var mer benägna att ha denna journalförd än de med milda till måttliga grader av försämring. Fyra huvudteman återspeglade de högst värderade aspekterna av vård som hade mottagits eller observerats: finna sig till rätta, synlig kärlek, nå mig – nå dig och slutligen mitt tillstånd. De resultaten visar att akut omvårdnad bedöms vara bäst när det levereras parallellt med demensvård.</p>