



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PERSONER MED DEMENS I DEN AKUTA VÅRDMILJÖN

Sjuksköterskans upplevelser och attityder

Anja Björkman & Linnea Heldmer

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Handledare:	Christina Melin-Johansson
Examinator:	Zahra Ebrahimi

Förord

Vi vill tacka vår handledare Titti för att ha hållit oss på rätt spår, och gett oss uppmuntran när det behövdes som bäst. Vi vill också tacka varandra för ett gott samarbete!

Titel	Personer med demens i den akuta vårdmiljön – sjuksköterskans upplevelser och attityder
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Författare	Anja Björkman & Linnea Heldmer
Handledare:	Christina Melin-Johansson
Examinator:	Zahra Ebrahimi

Sammanfattning:

Bakgrund: Idag lever 160 000 personer med demens i Sverige. Antalet kommer i det närmaste att fördubblas till år 2050. Hos äldre personer som läggs in på sjukhus för somatisk sjukdom är demens en vanlig samsjuklighet. Dessa har ofta längre vårdtid och får fler komplikationer än andra grupper. Vikten av en anpassad miljö och en personcentrerad omvårdnad betonas för personer med demens. Sjuksköterskan kan ha svårt att tillgodose dessa behov på somatiska akuta vårdavdelningar. **Syfte:** Att beskriva hur sjuksköterskan upplever omvårdnaden av patienter med demens på akuta somatiska vårdavdelningar, och deras attityder gentemot patienter med demens. **Metod:** Litteraturoversikt baserad på tretton artiklar med huvudsakligen kvalitativ ansats varav två med kvantitativ. Datan har insamlats från Cinahl och PubMed. De insamlade artiklarna har granskats och analyserats och ur detta har tre kategorier tagits fram. **Resultat:** Sjuksköterskor anser sig inte ha kunskap eller kompetens nog att vårda personer med demens i denna miljö. Sjuksköterskorna beskriver omvårdnaden av patienter med demens som icke optimal i den somatiska akuta vårdmiljön, och vårdavdelningen som fysisk och organisatorisk miljö ses som en stor faktor i detta. Hur sjuksköterskorna tycker att patienterna borde behandlas skiljer sig från hur de faktiskt bemöter patienter med demens. Sjuksköterskans arbete är uppgiftsorienterat där psykiska behov riskerar att förbises. Fokus ligger på patientsäkerheten, somatiska diagnoser och att ha kontroll över situationen vilket riskerar patienternas personhood. **Slutsats:** Sjuksköterskor upplever vården av personer med demens som konfliktfylld. Både inre och yttre faktorer påverkar omvårdnadens möjligheter. Att införa ett personcentrerat arbetssätt skulle göra sjuksköterskan bättre rustad i mötet med personer med demens och ge en ökad kvalitet på omvårdnaden. Vidare forskning på området behövs.

Nyckelord: Demens, vård av äldre, personhood, sjuksköterskor, akutsjukvård, slutenvård, erfarenheter, attityder, omvårdnad

Innehållsförteckning

Förord.....	2
Sammanfattning:	3
Innehållsförteckning.....	4
Inledning.....	1
Bakgrund	1
Vad är demenssjukdom?	1
Symtom vid demenssjukdom	1
Sjukdomsspecifika symtom.....	1
Omvårdnad vid demenssjukdom	2
Vård på sjukhus vid demens.....	3
Vårdlidande	3
Idén om den “besvärliga” patienten	4
Etisk stress.....	4
Personcentrerad omvårdnad	5
Sjuksköterskans ansvar.....	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Resultat.....	10
En motsägelsefull bild av personen med demens.....	10
Upplevda hinder för god omvårdnad.....	12
Sjuksköterskans behov av kontroll.....	15
Diskussion	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	19
Slutsats	22
Referenslista	24
Bilagor	

Inledning

Ungefär 160 000 människor lever idag med demenssjukdom i Sverige, och antalet nyinsjuknade per år är 25 000 personer (Socialstyrelsen, 2014). Detta antal kommer i det närmaste fördubblas till år 2050, i och med att gruppen personer över 65 år kommer att utgöra en allt större del av befolkningen. Denna utveckling ses även globalt (Wimo, Winblad, Augero-Torres & von Strauss, 2003). Andelen personer med demenssjukdom kommer således att öka inom de flesta av sjukvårdens olika områden, och vårdpersonal bör uppleva sig kompetent att möta personer med demens var de än befinner sig. Intresset för detta ämne kom av en självupplevd problematik kring personer med demens i den akuta vårdmiljön, som har uppmärksammats under den verksamhetsförlagda utbildningen. Vi har upplevt att personer med demens är särskilt utsatta i denna miljö, och att en tillfredställande omvårdnad är svår att uppnå. Anledningen till att det är så ter sig mångfacetterat och komplext. Därför ville vi få bättre kunskap kring hur sjuksköterskan upplever omvårdnaden av personer med demens och vilka attityder som finns gentemot personer med demens på akuta somatiska vårdavdelningar.

Bakgrund

Vad är demenssjukdom?

Demens är en diagnos som kan ha många olika orsaker, men som i samtliga fall kännetecknas av minnesnedsättningar och kognitiva funktionsnedsättningar orsakade av en förlust av nervceller i hjärnan (Socialstyrelsen, 2010). Gränsen mellan demens och det naturliga åldrandet är diffus, och bedöms genom funktionella tester. Sjukdomar som ger demens delas in i tre kategorier: Degenerativa demenssjukdomar, vaskulära demenssjukdomar och sekundära demenssjukdomar. Till de vanligaste degenerativa demenssjukdomarna hör Alzheimers sjukdom, frontotemporal demens och Lewybody-demens (Drivdal Berentsen, 2008). Alzheimers sjukdom är den bakomliggande orsaken till cirka 60 procent av all demens, och är således den vanligaste demenssjukdomen (SBU, 2006).

Symtom vid demenssjukdom

Sjukdomsspecifika symtom

En demenssjukdom kan yttra sig på många olika sätt, och symtomen skiljer sig till viss del åt beroende på vilken typ av demenssjukdom det handlar om, då hjärnan engageras på olika sätt vid de olika sjukdomstillstånden (Socialstyrelsen, 2010). Enligt det internationella klassifikationssystemet ICD-10 ges följande symtombild för demenssjukdom:

- 1) Nedsatt minne, framförallt gällande nyinlärning, samt försämring av kognitiva funktioner så som språkstörningar, apraxi, agnosi, påverkan på exekutiv förmåga och abstraktionsförmåga, vilket ger en påverkan på personens dagliga liv.
- 2) Klart medvetande.

- 3) Emotionell påverkan, såsom försämrad kontroll, känslsvängningar, apati, och försämrad social förmåga.
- 4) Kvarstående symtom i minst 6 månader (Drivdal Berentsen, 2008).

Demenssjukdomens förlopp ser mycket olika ut beroende på den bakomliggande orsaken, och kan både vara hastigt och intensivt och sträcka sig över tiotals år. Risken för depression ökar vid demenssjukdom, och även tillstånd av ångest och oro, och som vårdpersonal är det viktigt att kunna fånga upp symtom och tecken på detta (Socialstyrelsen, 2010).

BPSD

Beteendemässiga och psykologiska symtom vid demens, BPSD, är ett begrepp som tagits fram för att beskriva de beteendeförändringar som kan förekomma hos personer med demens. Det är ett samlingsbegrepp med vilket man vill fånga både psykologiska symtom, som oro, ångest, nedstämdhet, hallucinationer och sömnstörningar, och beteendemässiga symtom, som vandrande, aggressivitet, ropande och rastlöshet. Tidigare sågs BPSD enbart som symtom för sjukdomen och som således borde behandlas. Idag har synen på BPSD förändrats till att betraktas som ett kommunikativt beteende exempelvis kring negativa miljöfaktorer. Ett skifte från att farmakologiskt behandla symtomen till att om möjligt förändra de bakomliggande orsakerna kan därför ses (Skovdal & Kihlgren, 2011).

Konfusion

Konfusion är ett tillfälligt, akut förvirringstillstånd med psykotiska symtom så som hallucinationer och vanföreställningar (Internetmedicin, 2015). Konfusion kan beskrivas som en överbelastning av hjärnan, vanligtvis på grund av bakomliggande somatiska orsaker, till exempel infektion, stroke, elektrolytrubbningar, uttorkning eller narkos. Sociala faktorer och miljöfaktorer spelar också in. Hjärnans förmåga att klara av påfrestningar minskar med åldern, vilket gör att risken för konfusion ökar. Hos äldre, ineliggande patienter är konfusion ett vanligt tillstånd (Insel & Badger, 2002). Hos personer med demenssjukdom är hjärnan mycket känslig för påfrestningar, och risken att drabbas av konfusion vid somatisk sjukdom eller miljöombyte är därför särskilt hög. Samförekomsten av konfusion och demens är således vanlig. Det är dock av vikt att de inte likställs, konfusion är ett tillstånd med bakomliggande orsaker som bör åtgärdas, även för personer med demens (Insel et al., 2002). Flera studier gjorda i sjukhusmiljö pekar på att personer med konfusion upplevs svåra att ge en tillfredsställande omvårdnad, och att det för den enskilda sjuksköterskan innebär både en ökad arbetsbelastning och en ökad psykisk stress (Lou & Dai, 2002, Rogers & Gibson, 2002; Stenwall, Sandberg, Jönhagen & Fagerberg, 2007). Att rätt omvårdnadsåtgärder sätts är av stor betydelse, och har visat sig minska risken för att konfusion uppstår hos personer med kognitiva nedsättningar (Wisten & Larsson, 2013).

Omvårdnad vid demenssjukdom

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2010) betonas personer med demens som särskilt sårbara, och vikten av personcentrerad omvårdnad och multiprofessionellt teambaserat arbete understryks.

Att skapa en god vårdrelation, både i det långa och i det korta mötet, betonas. Som vårdpersonal är en av de viktigaste omvårdnadsåtgärderna anpassning, både av aktiviteter, miljö och dagligt liv, för personen med demens, så att dessa svarar mot dennes aktuella funktionsförmåga. Att kunna individanpassa omvårdnaden är av extra stor vikt, då symtombilden och behoven skiftar stort mellan olika personer, och också över tid. (Drivdal Berentsen, 2008).

Demens och konfusionstillstånd behöver kunna bedömas tidigt i vårdförloppet för att rätt behandling skall kunna ges. Bedömningen kan ske genom observation och/eller samtal, för att upptäcka beteendeförändringar och akut försämrad kognitiv status. Kommunikation med personer med demens behöver alltid anpassas till individens förmåga. All kommunikation tar sig inte verbala uttryck, utan även kroppsliga och beteendemässiga signaler behöver kunna tolkas. Tillfälliga eller plötsliga beteendeförändringarna kan tyda på förekomst av smärta eller andra fysiska och psykosociala symtom och känslor (Moyle, Olorenshaw, Wallis & Borbasi, 2008).

Vård på sjukhus vid demens

Hos äldre som läggs in på sjukhus för somatisk sjukdom är demens en vanlig samsjuklighet. En engelsk kohortstudie från 2009 kunde visa att förekomsten av demens hos personer över 70 år vid inläggningstillfället på sjukhus var 42,4 procent. Av dessa hade hälften en demensdiagnos sedan tidigare (Sampson, Blanchard, Jones, Tookman, & King, 2009). Flera studier visar att patienter som vårdas på sjukhus och som har en samtidig demenssjukdom har längre vårdtider än patienter utan demens (Guijarro et al, 2010; King, Jones & Brand, 2006; Mukadam & Sampson, 2011). Patienter med demens har också en högre grad av mortalitet (Blanchard, Jones, & King, 2013; Sampson et al, 2009; Sampson, Leurent, Mukadam et al, 2011).

För personer med demens kan sjukhusmiljön vara problematisk då både graden av välbefinnande och funktionsförmåga påverkas av hur miljön ser ut. På samma sätt kan omflyttningar till okända miljöer hota funktionsförmågan. Det kan ta lång tid att lokalisera sig och störningsmoment som nya ljud och okända människor att förhålla sig till kan skapa en känsla av osäkerhet och ensamhet, och risken för att utveckla konfusion ökar. Vid en omflyttning till ett annat rum eller annan avdelning kan personen med demens känna oro över vad som ska hända härnäst. Personalen har en stor roll i upplevelsen av sjukhusvistelsen (Wijk, 2011).

Vårdlidande

Lidande är en sammansatt allmänmänsklig upplevelse, som har definierats i termer av en sammansatt smärtupplevelse (Nationalencyklopedin, 2015), eller en upplevelse av främlingskap till sig själv, till andra och/eller sin omvärld (Norberg & Zingmark, 2011). I begreppet lidande finns både fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter. På senare år har sjukvården gått från att ha sett lidande som något entydigt negativt, till att uppfatta lidande som något som kan vara funktionellt för individen, som en del i en process till en ökad förståelse för sig själv (Wiklund, 2009). Det finns i omvårdnadsteorin också något som benämns som vårdlidande, som är ett lidande sjukvården skapar. I vissa situationer kan ett visst mått av vårdlidande tillåtas,

exempelvis oundvikliga smärtsamma ingrepp som är patienten till gagn i ett längre perspektiv. Detta är dock något som bör accepteras med stor försiktighet, och det finns områden där inte något lindande alls bör accepteras, exempelvis inom den palliativa vården (Lindseth & Rasmussen, 2009).

Idén om den “besvärliga” patienten

Femton procent av alla vårdmöten har upplevts som “besvärliga” av vårdpersonalen (Jackson & Kroenke, 1999). Personer med demens upplevs ibland som mycket krävande och “besvärliga” (McKay, O’Niel & McMonigle, 2008). Föreställningen om den “besvärliga” patienten är något som ibland förekommer i tal vårdpersonal emellan. I litteraturen finns denna patient beskriven, som den “korrekta” patientens motsats. Den “korrekta” patienten söker vård för en somatisk sjukdom som lätt diagnosticeras och behandlas. Den “korrekta” patienten har inga psykosociala problem att ta hänsyn till och är mån om att tillfriskna snabbt (Lorber, 1975).

Den “besvärliga” patienten tillskrivs egenskaper som vårdpersonalen upplever kan förhindra behandling och omvårdnad. Till exempel kan diffusa symtom, psykiska eller sociala problem eller saker som ängslan och oro över sin situation upplevas som “besvärliga” egenskaper av vårdpersonalen (Koekkoekk, Hutschemaekers, van Meijel & Schene, 2011). Att tala om patienter som “besvärliga” får ses som mycket problematiskt, då det är nedvärderande gentemot patienten. Det kan också inverka direkt negativt på patientens vård, på grund av personalens negativa attityder gentemot personen i fråga (Macdonald, 2003). Vårdpersonal upplever ofta frustration i samband med möten som karaktäriseras som “besvärliga”, då de inte tycker att patienten tar emot det man ger. Att patienten är “besvärlig” blir då en förklaring till varför kommunikationen inte fungerade mellan parterna istället för att kritiskt granska sitt eget bemötande. Patienterna i sin tur beskriver ofta en känsla av att inte ha blivit hörda och tagna på allvar under samma möte (Hinchey & Jacksons, 2011). Det är därför av vikt att sjuksköterskan förhåller sig kritiskt till sina egna föreställningar om patienter, och i möjligaste mån strävar efter att anpassa sig till patientens förutsättningar (Macdonald, 2003).

Etisk stress

Att som sjuksköterska hindras från att handla i enlighet med vad man anser är etiskt rätt kan leda till etisk stress. Det kan bero på yttre omständigheter, till exempel en för stor tidspress eller brist på vårdplatser eller personal på en vårdavdelning. Andra saker som kan hindra ett etiskt korrekt arbete är olika maktstrukturer eller att man själv upplever ohälsa. Att uppleva etisk stress är påfrestande, och om det förekommer under en tid och hindret ses som oöverkomligt kan det leda till att man antar olika negativa copingmekanismer i form av ovanor i sitt arbete (Öresland & Lütznén, 2011). Att beskriva patienter som “besvärliga” kan ses som en copingmekanism vid etisk stress, där patienten upplevs vara ett hinder för sin egen vård (Koekkoekk et al, 2011). Om många i en personalgrupp känner en maktlöshet inför att kunna ge god omvårdnad sjunker engagemanget inför arbetsuppgifterna och vården försämras (Mason, Leslie, Clark, Lyons, Walke, Butler & Griffin, 2014). Etisk stress har länkats till en sämre patientsäkerhet, osäkerhet i rollen som sjuksköterska och psykisk ohälsa i form av bland annat depression. Patienter kan

komma att ses som en belastning och inte behandlas utifrån principen om jämlik vård (Chana, Kennedy & Chessell, 2015).

Personcentrerad omvårdnad

Den personcentrerade omvårdnadens teori

Föreställningen om och innebörden av personcentrerad omvårdnad har under senare år utvecklats och lyfts fram som en väsentlig del av vad god omvårdnad bör innefatta. Personcentrerad vård beskrivs som en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Leksell & Lepp, 2013).

Personcentrering är ett förhållningssätt till omvårdnaden och patienten där sjuksköterskan ska sträva efter att se patienten i sitt sammanhang och respektera personens resurser och behov, då likväl psykiska och existentiella som fysiska. Den personcentrerade omvårdnaden ska grunda sig på patientens upplevelse av hälsa och ohälsa för att på så sätt ge likvärdig, inte samma, omvårdnad till alla patienter. Det personcentrerade förhållningssättet är på många sätt ett försök att länka samman livsvärlden och den naturvetenskapliga synen på människan och hennes hälsa. Dessa bör ses som komplement till varandra, för att förhindra att patienten hamnar i ett underläge i mötet med vården (Kristensson Ugglå, 2014). Den personcentrerade omvårdnaden innebär i praktiken att ett partnerskap mellan patienten och professionella inom vård och omsorg, baserat på respekt, etableras. Patientens berättelse används som bas och utgångspunkt för utformandet av en hälsoplan tillsammans med patienten. Mål och strategier beskrivs för att kunna följas upp på kort och lång sikt (Centrum för personcentrerad vård, 2015).

Tom Kitwood kritiserade på 1980-talet den biomedicinska inställningen till personer med demens. Deras beteenden förklarades genom demenssjukdomens patologi och var alltså helt avhängiga neurologiska förändringar hos patienten. Kitwood föreslog istället ett synsätt där upplevelsen av demens och dess uttryck påverkades av ett dialektiskt förhållande mellan neurologisk status och psykosociala faktorer. Detta synsätt beskrivs som en början till en personcentrerad omvårdnad då man tillskriver patienten ett värde utanför sin sjukdom (Adams, 2008). För att beskriva detta använder Kitwood begreppet *personhood*, begreppet är svårt att direkt översätta, det kan definieras som: *“a standing or a status that is bestowed on one human being, by another in the context of relationship or social being”* (Kitwood, 1997 s. 8). *Personhood* beskriver ett värde som alla människor i egenskap av att vara människa har, vilket sjuksköterskan i mötet med patienten måste förhålla sig till. Kitwoods idéer har präglat omvårdnaden av personer med demens vad gäller vikten av att verka personcentrerat trots kognitiva förändringar hos patienten (Adams, 2008).

Den personcentrerade omvårdnadens praktik

För att kunna arbeta personcentrerat krävs vissa ramar eller förutsättningar. McCane & McCormack (2013) lyfter fram vårdmiljön, det sammanhang där omvårdnaden ges, som en faktor som påverkar det personcentrerade förhållningssättet. Det sammanhang i vilket omvårdnaden sker bör innehålla en avvägd andel av olika sorters kompetenser för att skapa ett balanserat team med olika professioner och parter, samt ha ett fungerande ledarskap. Ett gott multiprofessionellt teamarbete är en

förutsättning för att personcentrerad omvårdnad skall kunna utföras, då det underlättar formulerandet av ett gemensamt mål, och på så sätt undviks konkurrens om patienten mellan professionerna. För att underlätta dialogen mellan parterna krävs att det finns processer och ramar, som stöttar teamet i utformandet av ett partnerskap med patienten och samverkan mellan olika vårdprofessioner. Det blir enligt detta synsätt viktigt att fortlöpande arbeta för en jämn maktfördelning mellan olika parter, både mellan kollegor och mellan sjuksköterska och patient, för att ytterligare stärka partnerskapet (McCane & McCormack, 2013).

Kring det direkta teamarbetet bör det finnas ett stöttande organisatoriskt system, som samtidigt är positivt inställt till förbättringsarbete och nya arbetssätt. Vid införandet av nya arbetssätt kan konflikter uppstå, därför blir det viktigt att det i organisationen finns ett forum för att bemöta meningsskiljaktigheter, till exempel med processhandledning för personalen (McCane & McCormack, 2013).

Sjuksköterskans ansvar

Socialstyrelsen (2005) skriver att sjuksköterskans arbete ska utgå från en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt som vilar på en humanistisk människosyn. Omsorg och respekt ska visas för patientens autonomi, integritet och värdighet. Sjuksköterskan ska även verka för att ta till vara patientens och anhörigas kunskaper och erfarenheter. Sjuksköterskan ska visa respekt för olika värderingar och trosuppfattningar för att utifrån patientens och anhörigas önskemål föra patientens talan. Sjuksköterskan ska även kunna tillämpa forskningsetiska konventioner och tillvarata kompetensen hos sina kollegor och genom teamsamverkan bidra till en helhetssyn på patienten.

Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor är uppdelad i tre huvudområden: Omvårdnads teori och praktik, Forskning, utveckling och utbildning samt Ledarskap. Kompetens inom dessa områden ska finnas oavsett vilken verksamhet man arbetar inom som sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005).

Omvårdnads teori och praktik

Området berör kompetenser i den direkta omvårdnaden. Sjuksköterskan ska kunna arbeta självständigt enligt omvårdnadsprocessen för att tillvarata det friska hos patienten och för att tillgodose patientens behov av fysisk, psykisk och social, såväl som existentiell, art. För att göra detta krävs förmågan till kritisk granskning av sina egna handlingar och dokumentation, förmåga till teamsamverkan och prioriteringar. Sjuksköterskan ska ha förmågan att ifrågasätta oklara instruktioner och kunna tillgodose en känsla av trygghet och välbefinnande vid undersökningar och behandlingar och följa upp patienten efter dessa. Sjuksköterskan ska kunna följa författningar och riktlinjer för att säkra vårdkvaliteten och patientsäkerheten samt ha förmåga att reflektera över vårdmiljön och medverka till att utveckla en god vårdmiljö (Socialstyrelsen, 2005).

Forskning, utveckling och utbildning

Sjuksköterskan ska ha förmåga att kritiskt granska rutiner inom sin verksamhet och vid behov söka, analysera och införa nya rutiner i enlighet med evidensbaserad omvårdnad. Kritisk granskning ska även användas för att kunna analysera sitt eget handlande och sin personliga och professionella utveckling. Området omfattar även

förmågan till att handleda studenter och utbilda medarbetare ur sin egen eller andra professioner för att stärka vårdkvaliteten (Socialstyrelsen, 2005).

Ledarskap

Det tredje området omfattar sjuksköterskans förmåga att leda omvårdnadsarbetet genom att prioritera, samordna och fördela arbetsuppgifter utifrån gruppmedlemmarnas individuella kompetens. Området innefattar också ett ansvar för samverkan på ett högre plan där sjuksköterskan ska arbeta för en god informationsöverföring mellan vårdaktörer i vårdkedjan (Socialstyrelsen, 2005).

Problemformulering

Personer med demens har ett stort vårdbehov och vårdas på många olika enheter inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det är därför av vikt att vårdpersonal känner sig kompetent att kunna vårda personer med demens utifrån deras speciella behov. Vid vård av patienter med demens krävs kunskap om och kompetens kring personcentrerad vård och multiprofessionellt teamarbete. Personer med demens är en extra sårbar grupp i den somatiska sjukhusmiljön. Mortaliteten är högre, vårdtiderna är längre och sjukhusmiljön kan i sig utgöra en faktor för ohälsa. Den akuta vårdavdelningen är en hårt pressad miljö, där patienter med demens riskerar att upplevas som "besvärliga". Brist på strategier för att hantera patienter med demens ökar risker för etisk stress hos sjuksköterskorna, och som i sin tur kan inverka på omvårdnaden.

Hur sjuksköterskan och annan sjukvårdspersonal förhåller sig till patienter med demens inom den somatiska slutenvården kunde vid en första inläsning på ämnet konstateras vara ett avgränsat forskningsområde. Behovet av att sammanfatta forskningen på området är därför relevant för att få en överblick. En samlad bild av hur sjuksköterskan upplever omvårdnaden av personer med demens och vilka attityder som finns gentemot personer med demens behöver belysas för att positiva förändringar ska kunna göras.

Syfte

Syftet var att belysa sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med demens och deras attityder gentemot personer med demens, på akuta somatiska vårdavdelningar.

Metod

Metoden som använts är en litteraturoversikt. Genom att ha sökt litteratur i form av vetenskapliga artiklar som svarade mot syftet kunde en sammanfattad bild av det specifika problemområdet beskrivas. Artiklarna analyserades utifrån tydliga inklusions- och kvalitetskriterier för att ge en representativ bild av området. Litteraturoversikt som metod lämpar sig väl vid insamling av både kvantitativ och, som i denna studie, kvalitativ data för att på så sätt ge underlag för evidensbaserad

vård och belysa områden där mer forskning behövs (Rosén, 2012).

Litteratursökning

Sökningarna utgick från databaserna Cinahl och PubMed. Kompletterande sökningar gjordes även i databasen PsychInfo, men detta genererade inget nytt material. Genom att använda sig av flera olika databaser kan man i större utsträckning försäkra sig om att forskningsområdet har ringats in (Friberg, 2012). Datasökningen började med vida sökningar på problemområdet för att införskaffa en bild av forskningsområdet. Syftet har efter upprepade litteratursökningar förändrats. Initialt var målet att beskriva upplevelsen av somatisk sjukhusvård hos personer med demens. Detta upptäcktes vara ett mycket avgränsat forskningsområde och det knappa materialet gjorde att syftet omformulerades för att istället behandla sjuksköterskans attityder till och upplevelse av personer med demens i akutsjukvården.

Efter en inledande sökning påbörjades en mer systematisk datasökning för att hitta artiklar som svarade specifikt mot det formulerade syftet. Många av de valda artiklarna påträffades i både PubMed och Cinahl. Den första av dessa två databaser är mer medicinskt inriktad medan den andra är en databas för omvårdnadsforskning. I Cinahl hittades de flesta artiklarna. Sökord togs fram med hjälp av svensk MESH och Cinahl Headings. Allt eftersom nytt material hittades förfinades sökorden, och fler kunde läggas till. Sökorden som har används under litteratursökningen var följande: *acute care, attitudes, acute settings, Alzheimer's Disease, confusion, dementia, emergency care, emergency settings, experience, hospitals, nurs*, nurse, nurses, nurse-patient relations, nursing staff*. Sökorden användes i de två databaserna i olika kombinationer, se bilaga 1.

Efter ett antal sökningar började samma relevanta artiklar återkomma, det kan tolkas som att en viss mättnad inom området uppnåts. Artiklarnas referenslistor granskades för att se om ytterligare relevant litteratur fanns att inhämta. Då det även kunde konstateras att de redan valda artiklarna återkom i varandras referenslistor, gav detta ge en indikation på att mättnad uppnåts (Friberg, 2012).

Urvalskriterier

Artiklarna skulle behandla sjuksköterskans attityder till och upplevelse av patienter med demens på akuta somatiska sjukhusavdelningar, de skulle vara från år 2000 och framåt, samt ha blivit granskade enligt peer review-systemet i de aktuella databaserna. Det var för att säkerställa att aktuell forskning användes som en årtalsbegränsning gjordes till de senaste femton åren i sökningarna. Att endast inkludera artiklar som blivit peer review-granskade säkerställer att icke-vetenskapliga artiklar utesluts. En annan begränsning var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska.

Exklusionskriterier var litteraturöversikter, artiklar som hade låg kvalitet, samt artiklar som behandlade öppenvård, akutmottagningar, prehospital vård, hemsjukvård, vård på särskilt boende, rehabilitering och psykiatrisk vård. Artiklar som enbart behandlade akut konfusion exkluderades också då dessa ansågs inte svara

direkt mot syftet. Ett annat exklusionskriterium var artiklar som även beskrev andra professioners upplevelser av personer med demens inom slutenvården, och som inte i tillräckligt hög grad beskrev sjuksköterskans specifika upplevelser. Artiklar vars fokus var på olika interventioner för att förbättra omvårdnaden av personer med demens inom slutenvården uteslöts också. På grund av ekonomiska skäl uteslöts alla artiklar som behövde beställas mot betalning, förutom en.

Granskning av artiklar

Ett första urval gjordes genom att granska hur artiklarnas titlar svarade mot syftet, om de svarade mot syftet lästes också abstrakten. Om även abstraktet svarade mot syftet lästes hela artikeln, och en första kvalitetsvärdering gjordes. Kvaliteten granskades med hjälp av en granskningsmall (Röda korsets högskola, 2005). Då majoriteten av artiklarna var kvalitativa användes även av en granskningsmall specifik för kvalitativa artiklar där detta var aktuellt (SBU, 2014). Tretton artiklar inkluderades i studien, elva kvalitativa och två kvantitativa (se bilaga 2). De kvalitativa artiklarna byggde på intervjustudier, observationsstudier, eller en kombination av dessa. Samtliga artiklar ansågs svara mot syftet och bedömdes med hjälp av granskningskriterierna att hålla hög eller medelhög kvalitet. De som inte valdes ansågs ej relevanta för syftet på grund av att de inte svarade mot angivna urvalskriterier, en del bedömdes även vara av låg kvalitet.

Analys

Artiklarna lästes först igenom i sin helhet och sedan lästes respektive artikels resultat igenom och analyserades. Artiklarna studerades först isolerat från varandra och lästes ett flertal gånger för att författarna skulle få en bild av innehållet. Därefter sammanställdes artiklarna i en tabell (se bilaga 2). Texten i artiklarnas resultat analyserades sedan genom att dess innehåll jämfördes utifrån skillnader och likheter och sorterades utifrån denna analys in i mindre meningsbärande enheter för att sedan grupperas till kategorier, totalt 3 stycken, och 7 subkategorier (se tabell 1). Under analysprocessen jämfördes innehållet i de fem kategorierna med artiklarnas resultat för att försäkra att analysen gett en trovärdig, om än syntetiserad och omformulerad text en ny förståelse. Detta sätt att analysera och sortera text, där man utgår från textens helhet, bryter ned den tills dess meningsbärande delar, för att sedan skapa en ny helhet beskrivs av Friberg (2012).

Resultat

Utifrån analysen har följande 3 kategorier och 7 subkategorier skapats (se tabell 1).

Tabell 1, kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
En motsägelsefull bild av personen med demens	Att vilja se individen framför diagnosen
	Ett inkonsekvent och grupperande bemötande
Upplevda hinder för god omvårdnad	En brist på kunskap
	Icke anpassad fysisk vårdmiljö
	Vårdavdelningens rutiner och organisation som ett hinder
Sjuksköterskans behov av kontroll	Fokus på fysiska behov
	Att välja fysisk säkerhet framför personhood

En motsägelsefull bild av personen med demens

Att vilja se individen framför diagnosen

I flera studier gav sjuksköterskorna uttryck för att vikten av samarbete och kommunikation var extra stor vid omvårdnad av personer med demens (Chater et al, 2012, Hynninen et al, 2014, Nilsson et al, 2013). För att kunna ge patienterna en god omvårdnad utifrån deras särskilda behov krävs också ett stort mått av flexibilitet hos verksamheten de befinner sig i (Nilsson et al, 2013), och det är av vikt att de får ett snabbt omhändertagande (Clissett, Porock, Harwood & Gladman, 2013).

Sjuksköterskorna beskrev att patienter med demens under sin sjukhusvistelse utsattes för alltför många undersökningar och behandlingar, som inte alltid upplevdes som nödvändiga. Antalet undersökningar och behandlingar borde istället minimeras, då de ökar lidandet för patienterna och risken för att tvång används i högre grad (Fukuda et al, 2015; Eriksson et al, 2002). Sjuksköterskorna jämförde behandling av personer med demens med cancerbehandling i palliativt syfte, och att det även inom demensvården borde finnas en högre grad av restriktion gällande att utsätta dem för onödiga behandlingar och inläggning på sjukhus så att patienterna hellre kan leva sin

sista tid i sin hemmiljö (Fukuda et al, 2015).

I flera studier betonade sjuksköterskorna vikten av att ta hjälp av anhöriga i vården av patienter med demens, och att detta till och med kan vara nödvändigt för att alls kunna uppnå en god omvårdnad (Fukuda et al, 2015, Hynninen et al, 2015, Moyle et al, 2011). Att på detta sätt lämna över en del av ansvaret för omvårdnaden till anhöriga kunde vara ett dilemma för sjuksköterskorna, då de upplevde att det var deras ansvar att vara ett stöd för de anhöriga (Fukuda et al, 2015).

Det beskrevs två huvudlinjer i tänkandet kring vad sjuksköterskorna uppfattade som nödvändigt för att säkerställa en god omvårdnad kring patienter med demens. Den första betonade betydelsen av teoretisk kunskap, den andra vikten av ett empatiskt, individanpassat arbetssätt. Chater et al. (2012) beskrev att sjuksköterskorna såg ett tydligt samband mellan en vetenskapligt grundad teoretisk förståelse av demenssjukdom och ett gott praktiskt handhavande av patienterna i omvårdnadssituationen.

Enligt det andra synsättet slog sjuksköterskorna istället till viss del ifrån sig idén att patienter med demens på något övergripande sätt skiljde ut sig från avdelningens andra patienter. Individualiteten var viktig och att inte behandla patienter med demens annorlunda än andra patienter (Nolan, 2007). Att fokusera på den enskilda individens behov, snarare än att diskutera patientgruppens helhetsbehov, sågs också som viktigare ur ett omvårdnadsperspektiv (Nolan, 2007; Cowdell, 2010; Chater et al, 2012). Sjuksköterskorna ansåg att personer med demens, i ett tidigt stadiet av sin sjukdom, hade viktiga erfarenheter att dela med sig av som sjuksköterskan behövde ta fasta på. Personer med demens var ibland föremål för stor sympati hos sjuksköterskorna. De beskrev patienterna som tragiska då deras demenssjukdom upplevdes ha reducerat deras personlighet (Clissett et al. 2013).

Strategier som beskrevs av sjuksköterskorna för att säkerställa en god omvårdnad var till exempel att ge den vård de själva skulle vilja erhålla (Cowdell, 2010), och att ge sitt allt i omvårdnaden av personer med demens (Nolan, 2007).

Ett inkonsekvent och grupperande bemötande

I flertalet studier tenderade sjuksköterskorna att gruppera patienter med demens utifrån deras beteende (Eriksson et al, 2002; Cowdell, 2010; Moyle et al, 2011; Nolan, 2007; Norman, 2006) Sjuksköterskorna talade om patienterna som agiterade eller lugna, och att dessa grupper ansågs behöva hanteras på olika sätt (Nolan, 2007). I intervjuerna fokuserade sjuksköterskorna på de patienter med demens som var agiterade, och de ansåg sig inte ha några verktyg för att hantera denna grupp (Eriksson et al., 2002). Sjuksköterskorna kopplade patienternas aggressivitet till deras demenssjukdoms progression, oavsett i vilka sammanhang beteendet framstött (Moyle et al, 2011). Patienter som upplevdes agiterade ansågs samtidigt utgöra en risk för personalsäkerheten (Hynninen et al, 2015; Moyle et al, 2011).

I en observationsstudie framkom att sjuksköterskorna talade infantiliserande till patienter med demens. Sjuksköterskorna observerades också tala om patienterna som

“besvärliga” eller “rara”. De sistnämnda var de patienter som inte tog mycket tid eller engagemang av personalen i anspråk. De “besvärliga” var motsatsen, alltså de patienter som hade större fysiska och psykiska omvårdnadsbehov (Cowdell, 2010). Vidare observerades att patienterna grupperades genom att de antingen sågs som “positiva och acceptabla” eller “negativa och oacceptabla”. Den förstnämnda gruppen bestod av relativt självständiga och följsamma patienter. De tenderade att i större utsträckning bli sedda som hela individer av personalen. Den andra gruppen reducerades till sina separata delar, och de olika behov som förknippades med dessa. De benämndes även med begrepp som “*the heavies*” och blev ibland fysiskt och känslomässigt avskärmade eller begränsade (Norman, 2006). Hur patienterna grupperats var inte beständigt och det fanns en stor variation mellan olika sjuksköterskors förhållningssätt (Cowdell; 2010; Norman, 2006).

En gemensam nämnare för patienter med demens var att de beskrevs som mer tidskrävande än andra patienter (Eriksson et al, 2002; Hynninen et al, 2013; Moyle et al, 2011; Nilsson et al, 2013; Nolan, 2007). Omvårdnad av personer med demens var både fysiskt och psykiskt utmattande (Hynninen et al, 2015), och tog mycket tid i anspråk samt upplevdes vara ett problem då sjuksköterskorna ansåg att de borde prioritera andra, mer akuta patienter (Moyle et al, 2011).

Patienter med demens upplevdes utgöra ett avbrott i det vanliga arbetet på avdelningen t.ex. när patienterna uppvisade symtom relaterade till sin demenssjukdom, så som oro och agitation. Patienter som inte upplevdes som ett avbrott gavs ingen särskild uppmärksamhet förrän de började upplevas som ett avbrott (Nilsson et al, 2013). Sjuksköterskorna observerades beskriva patienter med demens som “endast sociala”, vilket innebar att sjuksköterskorna tolkade dem som inskrivna på grund av sociala förhållanden, till exempel en ohållbar hemsituation (Cowdell, 2010). Dessa patienter prioriterades inte till skillnad från de med en somatisk akut inskrivningsorsak. Denna tolkning stämde inte alltid med verkligheten. Somatisk orsak kunde finnas men ansågs inte tillräcklig för att patienten med demens skulle vara på avdelningen (Cowdell, 2010; Eriksson et al, 2002).

Upplevda hinder för god omvårdnad

En brist på kunskap

I flera intervjustudier beskrev sjuksköterskor på akutvårdsavdelningar att de upplevde att de hade en formell kunskapsbrist kring omvårdnaden av patienter med demenssjukdom. Sjuksköterskorna upplevde bristande kompetens i vården av patienter med demens, och att demens och omvårdnad vid demens inte berörts i någon större utsträckning under deras grundutbildning (Cowdell, 2010; Hynninen, Saarnio, & Isola, 2015).

Det verkar finnas ett positivt samband mellan yrkeserfarenhet och kunskapsnivå, som i sin tur var starkare än sambandet mellan längden på den vårdutbildning sjuksköterskorna läst och kunskapsnivån. Det fanns också en kunskapsbrist kring att arbeta personcentrerat (Pei-Chao, Mei-Hui & Li-Chan, 2012). Sjuksköterskorna

försökte lära sig av erfarna kollegor och ta lärdom av möten med patienter för att kompensera den kunskapsbrist man ansåg sig ha (Fukuda, Shimizu, & Seto, 2015).

I en enkätstudie skattade sjuksköterskorna sin kunskap inom tretton kunskapsområden kring demens och demensvård. Inom sju områden skattade över 50 procent av sjuksköterskorna sin kunskap som otillräcklig. Till dessa hörde: smärtbedömning, att hantera beteendemässiga och psykiska symtom, att bedöma kognitiv förmåga och kommunikationsförmåga. Den sammanlagda upplevelsen av kunskapen som tillräcklig på alla tretton områden var 51 procent (Gandesha, Souza, Chaplin & Hood, 2012). Sjuksköterskor i flera studier berör problemet att kunskapsbrist kring demenssjukdomar och deras omvårdnad leder till att symtom och uttryck för ohälsa fångas upp i ett senare skede än önskvärt (Eriksson & Saveman, 2002; Fukuda et al, 2015; Nilsson, Rasmussen, & Edvardsson, 2013). Sjuksköterskorna uppgav att de hade svårt att smärtbedöma patienter med demens (Eriksson et al, 2002), och att de upplevde det svårt att arbeta med fallprevention för dessa patienter (Fukuda et al, 2015).

Det fanns även områden där kunskapsbristen inte var lika reflekterad. I en taiwanesisk enkätstudie där sjuksköterskorna fick ta ställning kring olika påståenden kring demens och omvårdnad vid demens, hade 81,5 procent av deltagarna svårt att skilja mellan konfusion och demens (Pei-Chao et al, 2012). Tendensen att inte kunna skilja på konfusion och demens framkom även i en australiensisk intervjustudie (Moyle, Borbasi, Wallis, Olorenshaw & Gracia, 2011). Sjuksköterskorna uttryckte en önskan om att vidareutbilda sig kring demens som kunskapsområde och öka sina kunskaper (Chater et al, 2012; Cowdell, 2010; Fukuda et al, 2015), men de såg få möjligheter till utrymme för detta i de verksamheter där de arbetade (Fukuda et al, 2015). De hade också svårt att se hur nya kunskaper skulle kunna implementeras i verksamheterna, som upplevdes alltför rigida (Cowdell, 2010).

En icke anpassad fysisk vårdmiljö

Sjukhusavdelningens fysiska landskap beskrevs av sjuksköterskorna som ett direkt hinder i strävan efter att uppnå en god omvårdnad av patienten med demens (Cowdell, 2010; Moyle et al, 2011, Fukuda et al, 2015, Eriksson et al, 2002). Miljön i sig upplevdes skapa oro hos patienterna genom att vara alltför rik på intryck (Fukuda et al, 2015, Eriksson et al, 2002; Nolan, 2007). I observationsstudien av Cowdell (2010) bekräftades denna bild, där patienter reagerade med oro på sådant som larm och telefonljud, och också när deras sal rondades. På grund av sjukhusavdelningens öppna miljö hade sjuksköterskorna svårt att hantera patienter som uppvisade beteendemässiga och psykiska symtom, vilket ledde till frustration (Eriksson & Saveman, 2002). Andra miljöfaktorer som upplevdes inverka negativt var att sjuksköterskorna var tvungna att ofta flytta runt patienterna på avdelningen, och att patienten var tvungen att transporteras till andra delar av sjukhuset för undersökningar (Nilsson et al, 2013, Eriksson et al, 2002).

Sjuksköterskorna beskrev att då patienter med demens placerades på flerbäddssalar kunde detta leda till konflikter mellan patienterna och deras sänggrannar, vilket tog tid från annat arbete (Fukuda et al, 2015). Att dela rum ledde till otrygghet både för

patienten med demens och för sänggrannen. Även i studien av Clissett et al. (2013) beskrev sjuksköterskorna att det var svårt att matcha patienter med demens med andra patienter, något de ofta var tvungna att göra då det fanns få enkelrum.

Sjuksköterskorna ansåg dock att flerbäddsalar kunde fungera både positivt och negativt. I de fall då matchningen mellan sänggrannar fungerade bra, kunde detta ge trygghet till patienten med demens, och sänggrannen kunde hjälpa till att avlasta sjuksköterskan (Goldberg et al, 2014). Sjuksköterskorna och patienterna uppfattade vårdavdelningen som fysisk plats på två vitt skilda sätt. För sjuksköterskan var det en arbetsmiljö, med tydliga rutiner och förhållningssätt, medan det för patienten var en boendemiljö, som fick utforskas och/eller lämnas. Dessa två olika sätt att uppfatta den fysiska platsen på gav upphov till konflikter och kommunikationssvårigheter mellan sjuksköterskan och patienten (Norman, 2006).

Vårdavdelningens rutiner och organisation som ett hinder

Arbetet på akuta somatiska vårdavdelningar upplevdes av sjuksköterskorna som hårt rutinstyrda, och att patienter med demens hade svårt att passa in i dessa rutiner (Eriksson et al, 2002; Cowdell, 2010, Nilsson et al, 2013). Sjuksköterskorna arbetade strikt rutinmässigt kring patienternas dagliga omvårdnad, till exempel förväntades alla patienter tvätta sig innan frukost, detta ledde till att situationer av tvång uppstod (Cowdell, 2010).

Då patienterna sågs som ett avbrott från det som ansågs vara sjuksköterskans vanliga arbetsuppgifter, lades mycket tid på att försöka flytta patienter med demens till andra avdelningar som ansågs mer passande (Moyle et al, 2011). Patienterna behövde ofta anpassa sig efter sjuksköterskans behov för att arbetet i sin helhet skulle fungera på avdelningen. Avdelningens rutiner prioriterades framför patienternas individuella behov (Eriksson et al, 2002; Fukuda et al, 2015).

I flera studier beskrev sjuksköterskorna att det saknades tydliga riktlinjer för hur demenssymtom och kognitiva nedsättningar skulle dokumenteras, ibland gjorde det endast muntligen och ibland inte alls, och ett konsekvent språkbruk saknades (Nilsson et al, 2013, Hynninen et al, 2013, Eriksson et al, 2002).

Sjuksköterskorna beskrev att kommunikation var ett problem på organisatorisk nivå, både inom sjukhuset och mellan övriga delar av vårdkedjan (Fukuda et al, 2015, Eriksson et al, 2002). Detta ledde till att patienter med demens blev kvar på vårdavdelningarna längre än de behövde. Sjuksköterskorna beskrev också sjukhusmiljön som stressig och oförutsägbar, och att detta tedde sig oförenligt med att kunna ge patienter med demens en god omvårdnad. (Fukuda et al, 2015 ; Eriksson et al, 2002 ; Nilsson et al, 2013 ; Nolan, 2007). Rotationen på personal var hög, vilket gjorde det svårt att lära känna sina patienter och kunna göra sig en uppfattning kring de kognitiva nedsättningarna (Eriksson et al, 2002, Nilsson et al, 2013).

Sjuksköterskans behov av kontroll

Fokus på fysiska behov

Arbetet beskrevs av sjuksköterskorna som uppgiftsorienterat och fokuserat på fysiska behov framför psykiska (Clissett, 2013; Cowdell, 2010; Goldberg et al, 2014; Moyle et al, 2011; Norman, 2006). Därför undveks situationer då psykiska behov behövde åtgärdas, som ett resultat av bristande självförtroende, då de ej upplevde sig vara kompetenta att hantera dessa behov (Cowdell, 2010). Patienten kunde ibland ges möjlighet till delaktighet i interaktionen med sjuksköterskan, men ofta dominerades mötena av sjuksköterskan som fokuserade på praktiska uppgifter till skillnad från känslomässiga (Norman, 2006). Patienterna gavs lite uppmärksamhet så länge de var lugna, först om de blev oroliga fick de uppmärksamhet och eventuell symtomlindring (Nilsson et al, 2013). Psykiska behov kunde ignoreras av sjuksköterskan. Om både psykiska och fysiska behov förelåg fokuserade de på de fysiska behoven. Genom att fokusera på det fysiska hoppades sjuksköterskan kunna avleda patienten från de psykiska symtomen (Goldberg et al, 2014).

Det fanns en känsla hos sjuksköterskorna av att alltid ligga steget efter och att inte ha kontroll över situationen i vården av personer med demens (Clissett et al, 2013; Nilsson et al, 2013). För att etablera en känsla av kontroll försökte vissa sjuksköterskor tillgodose patientens behov och lägga tid på kommunikationen med patient och anhöriga. Detta var inte alltid möjligt då andra patienter och uppgifter behövde prioriteras vilket gjorde att individens omvårdningskvalitet utsattes för kompromisser. En annan strategi för att få en känsla av kontroll som sjuksköterska var, menar Clissett et al. (2013), att bortse från att se patienterna som personer. Fokus lades på att göra samtalen så korta som möjligt och sjuksköterskorna började även undvika att gå in till patienterna med demens i samma utsträckning som till andra (Clissett et al, 2013; Eriksson et al, 2002; Moyle et al, 2011).

Den somatiska akuta sjukvården upplevdes av sjuksköterskorna många gånger oförenlig med god omvårdnad för personer med demens (Eriksson et al, 2002; Moyle et al, 2011; Nilsson et al, 2013). Sjuksköterskorna ansåg att fokuseringen på somatiska diagnoser på avdelningen inte var gynnsam för patienter med demens. De sågs som en grupp med stora omvårdningsbehov vilka inte kartlades optimalt. Sjuksköterskorna beskrev att det akuta synsättet inte överensstämde med de behov som personer med demens hade. Eftersom det var det akuta som måste prioriteras gick detta ut över patienter med demens vars stora omvårdningsbehov inte kunde tillgodoses (Nilsson et al, 2013). Att det akuta somatiska synsättet dominerade kunde medföra att patienter med demens försämrades kognitivt på avdelningen. På en kirurgisk avdelning fanns det alltid risk för postoperativ konfusion, vilket sjuksköterskorna behövde vara särskilt observanta på (Hynninen et al, 2015). Sjuksköterskorna ville snabbt utreda om en eventuell konfusion var akut och hade somatiska orsaker, eller inte. De fokuserade sedan på de som bedömts ha akut konfusion, med bakomliggande somatiska orsaker. För patienter som istället bedömdes ha en demenssjukdom antogs åtgärder för att värna om patientsäkerheten under vårdtillfället (Moyle et al, 2011).

Att välja fysisk säkerhet framför personhood

Att ständigt behöva välja mellan att värna om patientens fysiska säkerhet eller dennas personhood var ett tema som var frekvent återkommande. Patienternas säkerhet är i fokus, ibland på bekostnad av deras personhood (Goldberg et al, 2014; Hynninen et al, 2015; Moyle et al, 2011; Nolan, 2007). Den främsta risken var att patienterna skulle råka ut för ett fall om de utan tillsyn rörde sig utanför sin säng. Patienternas integritet kom i andra hand vid aktiviteter så som toalettbesök (Goldberg et al, 2014). Patienterna ansågs inte kunna lämnas ensamma på grund av fallrisken. Vidare blev det svårt att respektera personhood inne på patientsalarna. Draperier kunde dras för kring sängarna om patienten behövde sitta på en toalettstol, dock kunde personal som inte var involverade i aktiviteten plötsligt titta in för att se om kollegan behövde assistans (Moyle et al, 2011).

Om det ansågs nödvändigt kunde tvång komma att användas i form av begränsning av patientens frihet på avdelningen genom till exempel sänggrindar eller administrering av sederande läkemedel (Eriksson et al, 2002; Hynninen et al, 2014; Moyle et al, 2011). Ibland behövde väktare komma till avdelningen för att kunna genomföra läkemedelsadministrering (Moyle et al, 2011). Tvånget motiverades med att vara nödvändigt för patientens bästa och användes inför undersökningar och medicinering eller för att direkt säkerställa fysisk säkerhet, exempelvis att ge lugnande läkemedel för patienten inte skulle gå upp ur sängen och ramla eller dra ur intravenösa infarter (Moyle et al, 2011; Nolan, 2007).

Om patienter med demens som var mobila vårdades på avdelningen så hölls dörrarna till avdelningen låsta. Detta för att patienten inte skulle försvinna från avdelningen. Detta kunde skapa irritation hos medpatienterna, dock upplevde sjuksköterskorna att de inte hade möjlighet att istället punktmarkera patienterna med demens (Eriksson et al, 2002). Sjuksköterskorna beskrev hur de nedprioriterade patienternas personhood i förmån för säkerheten. Åtgärder sattes in för att bevara säkerheten och patientens lugn, till exempel kunde vårdpersonalen övervaka patienten, ibland användes extrainsatta vak. Denna personal var obenägen att interagera med patienterna utan övervakade på avstånd om riskfyllt beteende skulle uppstå eller oro tillkomma och då tillkalla hjälp för att avstyra situationen (Moyle et al, 2011).

För att försäkra sig om patienternas säkerhet kunde sjuksköterskorna använda sig av strategisk placering, en patient med demenssjukdom kunde sättas nära sjuksköterskeexpeditionen så att personalen kunde övervaka och hindra patienten från att gå runt på avdelningen utan tillsyn (Clisett et al, 2013). Eriksson et al. (2002) beskrev liknande säkerhetsåtgärder då patienter med demenssjukdom natttid sov ute i korridorerna. Detta för att kunna ha kontinuerlig tillsyn, även om personalstyrkan var färre, samt att se till att andra patienter inte fick en störd nattsömn. Personer med demens lades helst aldrig på egna rum utan i mindre flerbäddssalar, då kunde patientens sänggrannar användas till att tillkalla personal om säkerheten riskerades. Detta kunde även bidra till att användandet av tvång minskade (Hynninen et al, 2015).

Diskussion

Metoddiskussion

Litteratursökning

Att göra en litteraturoversikt med hjälp av främst kvalitativ data kan bidra till en ökad eller fördjupad förståelse för ett fenomen. En litteraturoversikt ger överskådlighet över ett forskningsområde, och kan fungera som evidensunderlag för det praktiska omvårdnadsarbetet. Den kan också bidra till att synliggöra vad inom området som behöver studeras ytterligare, och/eller med andra metoder. Ett problem med litteraturoversikter gjorda med kvalitativ data är att analysen kan vara svår att följa, därför är det viktigt att analysprocessen är väl beskriven. Analysprocessen kan även komma att färgas av författarnas förförståelse inom området, vilket kan påverka hur de närmar sig data (Rosén, 2014).

Efter ett antal sökningar i relevanta databaser med sökord i ett flertal kombinationer konstaterades att forskningsområdet var begränsat. Ett begränsat sökresultat kan ibland bero på att fel sökord används som inte är anpassade till ämnet, eller att man av misstag stavat fel (Friberg, 2012). Detta har varit i åtanke under sökprocessen, något som talar mot att det är själva sökningarna som inte varit optimala är att många av de funna artiklarna nämner att forskningsområdet är begränsat.

Urvalskriterier

Sökningarna begränsades till de senaste femton åren efter en initial sökning. En sådan typ av exkludering riskerar att utesluta artiklar med relevant data enkom på grund av deras ålder. Men då de flesta studier var utförda under tjugohundratalet eller byggde vidare på tidigare studier, ansågs det inte relevant att inkludera äldre artiklar. Genom denna begränsning gavs också en tydligare bild av det aktuella forskningsläget. Alla artiklar hade sökt och erhållit etiskt godkännande, vilket kan ses som en god kvalitetsmarkör. Dock går det att ifrågasätta om det alls är etiskt försvarbart att observera patienter med demens, trots att ett etiskt godkännande givits. Två artiklar i resultatet är kvantitativa enkätstudier, som stärkte kvalitativa data. Forskningsområdet upptäcktes vara begränsat och flera av studierna som inkluderades var mindre till sin omfattning, särskilt intervjustudierna. Studier med kvalitativ ansats har ofta ett mindre urval, vilket stämmer även här. Detta kan argumenteras vara till deras nackdel, då det går att ifrågasätta en mindre studies överförbarhet till andra sammanhang än där fenomenet i fråga har studerats. Det är därför av vikt att artiklarna svarar väl mot uppställt syfte. Det bedömdes de inkluderade artiklarna göra. Det är också av vikt att syftet är välformulerat och väl avgränsat. Genom att ha riktat in syftet på akuta somatiska vårdavdelningar ansågs en sådan avgränsning vara gjord.

En enhetlig definition av akutsjukvård har varit svår att finna. Här har begreppet akuta somatiska vårdavdelningar använts för att urskilja vården på de akuta avdelningarna från akutmottagningar och prehospital akutsjukvård. Artiklar som var inriktade på vårdavdelningar med fokus på rehabilitering eller psykiatrisk vård exkluderades. I Sverige är sjuksköterska en skyddad yrkestitel, de som legitimeras som sjuksköterskor idag är de som genomgått tre års studier på högskola eller

universitet. Detta är dock inte en internationell standard, och även om samtliga artiklar uttalat behandlar sjuksköterskor (*nurses*), finns det skäl att anta att den yrkesroll som åsyftas, och de uppgifter och ansvarsområden som hör till denna, skiljer sig något åt, både mellan varandra och med den svenska standarden. Dessa skillnader bedömdes dock inte vara signifikanta. Oavsett skillnader i sjuksköterskans ansvarsgrad och arbetsuppgifter beskrivs liknande upplevelser i de olika studierna. Internationella skillnader till trots delar de som benämns som sjuksköterskor (*nurses*) en gemensam erfarenhet, då de utgör vårdavdelningens ständiga bemanning och är de som arbetar närmast patienten i omvårdnadsarbetet.

Granskning av artiklar

Flera artiklar som studerade vårdpersonalens attityder kring personer med demens i den akuta vårdavdelningsmiljön inorporerade ett flertal professioner i resultatet. Om inte sjuksköterskans perspektiv tydligt gick att skilja ut ur resultatet sållades dessa bort, då deras resultat inte svarade mot denna studies syfte. I och med detta exkluderades artiklar med god kvalitet och med resultat som kan argumenteras varit intressanta för syftet. Dock var det relevant att lyfta ut sjuksköterskan, då huvudområdet av intresse är omvårdnad. Olika professioner möter inte patienter på samma villkor eller med samma perspektiv, om fler professioner hade inorporerats finns en risk att sjuksköterskans unika perspektiv inte fångats.

Artiklarna i denna studie har en viss geografisk spridning, se bilaga 2. Flest artiklar kommer från Storbritannien. Betoningen ligger på ett västerländskt kulturområde, med undantag för två studier från Taiwan respektive Japan. Denna betoning skulle kunna begränsa resultatets relevans, hade fler artiklar funnits från andra kulturområden kanske deras resultat blivit annorlunda, och således förändrat litteraturöversiktens resultat. Men med artiklarnas likartade fynd i åtanke, finns det skäl att anta att resultatet har en viss allmängiltighet. Det går dock inte att utesluta att faktorer som vårdpersonalens socioekonomiska förhållanden, samt hur de lagar sjukvården styrs av varierar och kan komma att påverka sjuksköterskors attityder i omvårdnadsarbetet och gentemot personer med demens.

Analys

Temana som redovisas i resultatet är en produkt av tolkningar av de inkluderade artiklarnas resultat av två författare med en viss förförståelse på området, vilket kan ha kommit att påverka dess utformning. Författarnas strävan har varit att under hela arbetet medvetandegöra förförståelsen och kritiskt granska arbetet utifrån denna. Båda författarna hade en gemensam erfarenhet av att personer med demens inte fick en god omvårdnad och att deras behov inte tillgodosågs i verksamheter författarna tagit del av. Genom att systematiskt diskutera denna föreställning försökte hänsyn tas till andra perspektiv som materialet kunde visa på. Andra faktorer som kan ha påverkat arbetet är den bestämda tidsramen, i början av arbetet ägnades mycket tid åt att formulera frågeställning och syfte vilket gjorde att mindre tid fanns för den senare delen av arbetet. Det här är första gången som författarna till uppsatsen företar sig ett sådant omfattande arbete vilket också kan ha kommit att påverkat resultatet.

Resultatdiskussion

Syftet var att belysa sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med demens och deras attityder gentemot personer med demens, på akuta somatiska vårdavdelningar.

Huvudfynden är att sjuksköterskor på akuta somatiska vårdavdelningar inte upplever sig ha kunskap eller kompetens nog att vårda personer med demens i denna miljö. I samtliga intervjustudier beskriver sjuksköterskorna omvårdnaden av patienter med demens som icke optimal i den somatiska akuta vårdmiljön, och vårdavdelningen som fysisk och organisatorisk miljö ses som en stor faktor i detta. Sjuksköterskorna verkar ha fokus på patienternas individualitet, men i praktiken grupperar sjuksköterskorna patienterna utifrån deras beteende, och att som grupp nedprioriteras ofta patienter med demens på grund av att de inte uppfattas vara akut somatiskt sjuka. Sjuksköterskans arbete är uppgiftsorienterat vilket innebär att patienters psykiska behov riskerar att förbises. Fokus är i huvudsak på patientsäkerheten, somatiska diagnoser och att ha kontroll över situationen vilket riskerar patienternas personhood.

Resultatet i denna studie visar att ett personcentrerat arbetssätt inte används på de somatiska akutvårdsavdelningarna, och visar vidare på vilka konsekvenser en avsaknad av en personcentrerad omvårdnad kan leda till. Ett personcentrerat förhållningssätt hade gynnat både sjuksköterska och patient.

Det finns både en upplevd och en formell kunskapsbrist hos sjuksköterskorna om personer med demens. Detta är uppenbart problematiskt, då patienter som har en demenssjukdom förekommer frekvent i sjukhusmiljön, och har ofta stor samsjuklighet samt ett omfattande omvårdnadsbehov (Socialstyrelsen, 2010). Det finns en medvetenhet hos sjuksköterskorna om sin kunskapsbrist på en generell nivå, dock inte i alla lägen. Detta framträder i den syn sjuksköterskorna har på vad som är god omvårdnad, där att värna om det individuella ibland blir en motsats till att se personer med demens som en avgränsad patientgrupp med specifika behov. Att se detta som ett motsatspar ter sig som en missuppfattning kring vad ett personcentrerat arbetssätt faktiskt innebär. Att betona att varje individ har unika behov är bra, men blir problematiskt när det leder till ett underkännande av generella kunskaper om demens och omvårdnad vid demens. Det är som att säga att standardiserade vårdplaner skulle leda till att de individuella behoven bortses från, när tanken istället är att de ska hjälpa personalen att tänka strukturerat kring varje individ. Forskning visar också att standardisera vården kring en patientgrupp kan höja vårdkvalitén (Vickrey et al, 2006) och stöttar ett personcenterat arbetssätt (Wolf & Carlström, 2014).

Själva kunskapsbristen skulle kunna vara en förklaring till denna uppfattning hos sjuksköterskorna, och de ger uttryck för en vilja att lära sig mer om demens och demensvård. Som ledare av en arbetsgrupp är en sådan vilja något att fånga upp och en positiv grund till förändring (Wolf & Carlström, 2014). Det har också gått att visa att mer utbildning leder till mer positiva attityder hos personalen inför patienter med demens (Eggenberger, Heimerl, Bennet, 2013). Det går att se att ju mer erfarenhet och kompetens vårdpersonal har, desto mindre benägna är de att benämna möten med patienter med demens som "besvärliga" (Hinchey & Jacksons, 2011). Det är

dock viktigt att ansvarbörda av att förbättra demensvården i den akuta miljön inte endast läggs på personalens axlar. Utan organisatoriska och strukturella förändringar kommer de positiva effekterna av utbildningssatsningar troligen bli begränsade.

Det finns ett glapp i hur sjuksköterskorna beskriver patienten med demens och hur de i praktiken behandlar dem. De betonar att patienterna måste ses utifrån sin individualitet, i praktiken sker dock grupperingar efter patienternas beteende. Patienternas demensdiagnos kan, trots att sjuksköterskorna inte uppgav sig se dem som en homogen grupp, leda till att de generellt tolkas som inskrivna av icke akuta orsaker utan av sociala skäl, till exempel en ohållbar hemsituation, vilket gör att de inte prioriteras. Sjuksköterskorna betonar att patienter med demens inte passar in på avdelningen. De beskriver att de måste prioritera mellan personer med demens och andra patienter med akuta somatiska symtom, till exempel att göra hjärtkompressioner på akut sjuka patienter innan de hjälper patienten med demens. Detta kan mycket väl förekomma, dock kan det ifrågasättas om det ger en representativ bild av sjuksköterskornas dagliga arbete. En förklaring skulle kunna vara den upplevda kunskapsbristen, som leder till att sjuksköterskorna undviker situationer de upplever att de inte klarar av. Detta kan då leda till att sjuksköterskorna undviker patienterna som en strategi. Att inte kunna svara an på sina egna och andras förväntningar på sig själv kan öka förekomst och risken för etisk stress. För att motverka den etiska stressen används olika typer av bortförklaringar som en strategi för att skydda sig själv (Öresland & Lützén, 2011). Känslan av att inte kunna göra ett bra arbete minskar engagemanget, och fler bortförklaringar och undvikande strategier krävs. På så sätt har en negativ spiral uppstått, och arbetsplatsens redan existerande arbetssätt och strukturer ses som omöjliga att förändra (Hinchey & Jacksons, 2011).

Resultatet visar att sjuksköterskornas arbete styrs av ett "säkerhetstänk". Patienterna definieras utifrån vilka risker de med sitt beteende utgör, exempelvis fallrisk och tvångsåtgärder upplevs som nödvändiga för patientens eget bästa. En studie av Schofield, Tolson och Fleming (2012) visar hur patienter med en akut konfusion fråntas sin autonomi genom olika typer av begränsningar av sitt handlingsutrymme i form av tvång. Tvångsåtgärderna beskrivs som nödvändiga för patientens säkerhet. Dock återupprättas och respekteras autonomi då patienten återhämtar sig. Då demens inte är ett tillfälligt tillstånd, även om akut försämring kan ske, riskerar patienter med demens att ha ett mycket litet handlingsutrymme relaterat till sjuksköterskornas uppfattningar om vad patientsäkerhet innebär. Sjuksköterskornas fokus på patientsäkerheten aktualiserar också ett etiskt dilemma. De ville trygga säkerheten, något som inte gick att göra utan att inkräkta på patienternas autonomi och personhood. I arbetet med personer med demens är detta ett dilemma som alltid kommer vara särskilt aktuellt, och där avvägningar mellan autonomi och säkerhet hela tiden kommer behöva göras (Edberg, 2013).

Konflikten mellan patientsäkerhet och autonomi, eller personhood, förekommer i många vårdsammanhang och man kan anta att de flesta sjuksköterskor kommer att ställas inför liknande dilemman någon gång under sitt yrkesliv. I detta dilemma ses också rester av ett mer paternalistiskt synsätt i förhållandet till patienten, där patientens säkerhet premieras framför allt, och där patientens egen uppskattning av

den egna förmågan underkänns. Detta går emot ett personcentrerat synsätt. Men konflikten kan också tydligt ses i socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor. I sjuksköterskeprofessionen ingår förmågan att visa omsorg och respekt för patientens autonomi, men även kunna upprätthålla patientens säkerhet i den fysiska miljön (Socialstyrelsen, 2005).

Målet för sjuksköterskan behöver inte tolkas som att man ska kunna överbrygga konflikten mellan patientsäkerhet och personhood. Istället bör målet vara att alltid aktivt reflektera kring denna konflikt, och verka för en balanserad avvägning mellan autonomi och säkerhet utifrån situationen och att hela tiden utvärdera sin bedömning. Resultatet visar istället att sjuksköterskor oreflekterat låter säkerhetsaspekter gå före patientens autonomi. En förklaring till detta skulle kunna vara att den akuta sjukhusmiljön upplevs som en riskfylld miljö, där patienten är tryggast i sin säng. Det kan tolkas som att den fysiska miljön och organisationen upplevs som statiska företeelser av sjuksköterskan, som hen inte upplever sig kunna påverka. Istället försöker de kontrollera patientens beteende för att passa dessa ramar. Sjuksköterskans kompetensområden innefattar också reflektion kring, och utveckling av, vårdmiljön och arbetssätt (Socialstyrelsen, 2005). För att ta tillvara på denna kompetens måste organisationen arbeta aktivt för att ge utrymme för sådant arbete riktat mot miljön och som inte är direkt patientnära.

Akutsjukvården är kostsam och vårdtiden på sjukhus blir allt kortare idag och patienter med stora behov av omvårdnad och medicinska åtgärder skrivs ofta ut snabbt för att sedan vårdas i hemmet eller av personal på särskilda boenden (Liden, 2009). Detta gör att vårdpersonal måste kunna argumentera för att en patient är berättigad en plats. Den akuta sjukhusmiljön är en miljö där det finns en tydlig hierarki mellan olika professionella perspektiv. Det medicinska perspektivet ses som viktigare och har högre status än omvårdnadsperspektivet (Liden, 2009). Patienter med demens riskerar att ses som medicinskt hopplösa, och ses som omvårdnadspatienter. I en miljö där ett omvårdnadsperspektiv inte priorieras riskerar de att falla utanför ramarna. Samtidigt är det just en god helhetsomvårdnad som är den viktigaste åtgärden för att uppnå en god hälsa för personer med demens (Socialstyrelsen, 2010). Sjuksköterskor i den akuta miljön verkar dock ha svårigheter att se endast omvårdnadsåtgärder som adekvat behandling (Schofield et al, 2012). För att undvika många av de situationer där säkerhet och autonomi ställs mot varandra skulle fler förebyggande omvårdnadsåtgärder och bedömningar behövas. Till exempel att tidigt få en bild av patientens behov och resurser genom en patientberättelse, och med hjälp av denna utforma en plan för omvårdnaden tillsammans med patienten och dennes anhöriga. Detta är också en del av ett personcentrerat arbetssätt (Dudas, Kaczynski & Olsson, 2014).

Forskning om implementeringen och effekterna av personcentrerad omvårdnad i akutsjukvården är ett avgränsat fält (Alharbi, Ekman, Olsson, Dudas, & Carlström, 2012). Dock visar den forskning som har gjorts på positiva resultat, och således också att även slutenvården går att förändra i en mer personcentrerad riktning. Ett personcentrerat arbetssätt har setts korta vårdtiderna, som också gagnar patienten, och att personalen upplevde en större tillfredsställelse i sitt arbete (Dudas et al, 2014). Patienterna upplever att personalen lyssnar på dem i högre utsträckning än i ett mer

traditionellt förhållningssätt samt att de ges möjligheten till delaktighet i beslut som gäller deras vidare behandling och vård. Det har också visats att om patienters delaktighet ökar i beslut kring den egna vården, och om omvårdnaden anpassas efter patientens unika behov, ökar patienternas tillfredsställelse med vården och även deras förmåga till egenvård (Poochikian-Sarkissian, Sidani, Ferguson-Pare & Doran, 2010). Stora positiva effekter till trots, går det ibland att se ett ointresse för införandet av personcentrerad vård på en större organisatorisk nivå. Dudas et al (2014) menar att detta kan bero på att personcentrering ses som en motsats till ett naturvetenskapligt perspektiv inom sjukvården och då upplevs som en för stor kulturförändring. Dock bör arbetssättet ses som en kombination av naturvetenskap och humanism där hänsyn tas till att patienten har förmågan att påverka vårdresultatet på ett avgörande sätt.

För att förändringar ska kunna genomföras krävs att medarbetare engageras i arbetet och att de är villiga att medverka. För att uppnå detta måste det finnas utrymme för dialog i verksamheten, för att det ska vara möjligt att utarbeta ett gemensamt mål som kan komma att bli föremål för omvärdering efter hand. Även organisationens utformning har stor betydelse för hur hållbara förändringarna kommer bli (McCane & McCormack, 2013). En vanlig uppfattning är att ett öppet klimat med större grad av flexibilitet och frihet är en god grogrund till förändringsarbete. Detta kan dock ifrågasättas. En organisation med mer styrda ramar och tydliga roller för medarbetarna har visats sig verka mer stöttande vid förändringar, då den tydliga strukturen blir en trygghet för medarbetarna (Wolf & Carlström, 2014).

En risk vid implementering av ett personcentrerat arbetssätt är att förändringen bara kommer halvvägs. Nya rutiner kan ha införts men personalens attityder och värdegrund har inte förändrats. En vanlig orsak till att förändringen inte håller är att personalen upplever tidsbrist, vilket leder till att inget utrymme finns till att föra dialoger och reflektera kring personcentrerad omvårdnad på djupet (Wolf & Carlström, 2014). Att inte tillräckligt med tidsutrymme ges till arbete som inte rör det direkta vårdarbetet är också ett strukturellt problem som behöver diskuteras.

Slutsats

Personen med demens är en vanlig patient i akutsjukvården och är mycket sårbar i den akuta miljön. Trots detta är forskningen kring personer med demens i denna miljö begränsad. Resultatet av denna litteraturöversikt ger en inblick i hur sjuksköterskan upplever omvårdnaden av personer med demens i den akuta sjukhusmiljön och vilka attityder som finns gentemot personer med demens. Den bidrar således till att öka kunskapen inom ett litet forskningsområde. Sjuksköterskorna upplever en bristande kunskap när det kommer till omvårdnaden av personer med demens. Denna kunskapsbrist är både reflekterad och oreflekterad, och påverkar sjuksköterskornas attityd till, och omvårdnad av, personer med demens. Vidare upplever sjuksköterskorna att den akuta sjukhusmiljön är illa lämpad som vårdmiljö för personer med demens, och att organisatoriska och strukturella faktorer påverkar omvårdnaden negativt.

I det kliniska arbetet kan denna litteraturstudie vara sjuksköterskan till gagn på så sätt att den medvetandegör de attityder som påverkar omvårdnaden av personen med demens, och de gemensamma erfarenheter sjuksköterskor har av att vårda denna patientgrupp. Att medvetandegöra omedvetna beteenden gör det lättare för sjuksköterkan att tänka kritiskt kring sitt eget handlande i omvårdnadsarbetet, vilket leder till en bättre, mer kunskapsbaserad omvårdnad. Detta kan i förlängningen minska det vårdlidande patienter med demens upplever.

För att förbättra vården av personer med demens i den akuta sjukhusmiljön vill vi betona vikten av utbildningssatsningar kring demens och omvårdnad vid demens, men framförallt också att påskynda införandet av personcentrerade arbetssätt i den akuta sjukhusmiljön på en organisatorisk nivå. Vidare betonas vikten av fortsatt forskning på området. Särskilt observationsstudier i den akuta vårdmiljön, som bör kunna ge en fördjupad inblick i det interpersonella samspelet mellan sjuksköterska, patient och organisation.

Referenslista

- Adams, T. (2008). People's experience of having dementia. Trevor Adams (red). *Dementia care nursing- promoting well-being in people with dementia och their families*. (s. 42- 65). Hampshire: Palgrave Macmillan
- Alharbi, T., Ekman, I., Olsson, L., Dudas, K., & Carlström, E. (2012). Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care. *Health Policy*, 108(2/3), 294-301. doi:10.1016/j.healthpol.2012.09.003
- Centrum för personcentrerad vård. (2015). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2015-10-10 från <http://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>
- Chana, N., Kennedy, P. & Chessell, Z. (2015). *Nursing staffs' emotional well-being and caring behaviours*. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.12891
- Chater, K., & Hughes, N. (2013). Strategies to deliver dementia training and education in the acute hospital setting. *Journal of Research In Nursing*, 18(6), 578-593. doi:10.1177/1744987112446242
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R. H., & Gladman, J. R. (2013). The responses of healthcare professionals to the admission of people with cognitive impairment to acute hospital settings: an observational and interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13/14), 1820-1829. doi:10.1111/jocn.12342
- Cowdell, F. (2010). The care of older people with dementia in acute hospitals. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 83-92. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00208.x
- Digby, R., Moss, C., & Bloomer, M. (2012). Transferring from an acute hospital and settling into a subacute facility: the experience of patients with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 7(1), 57-64. doi:10.1111/j.1748-3743.2011.00282.x
- Drivdal Berentsen, V. (2008). Kognitiv svikt och demenssjukdom. Kirkevold M., Brodtkorb, K. & Hysten Ranhoff, A. (Red.) *Geriatrisk omvårdnad – god omsorg till den äldre patienten*. (s 343-375). Stockholm: Liber

- Dudas, K., Kaczynski, J. & Olsson, L-E. (2014). Implementering av personcentrerad vård i slutenvården. Ekman, I. (red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård- Från filosofi till praktik.* (s.172- 206). Stockholm: Liber AB
- Edberg, A-K. (2013). Kognitiv svikt. Edberg, A-K. & Wijk, H. (red) *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa* (s. 645-680). Lund: Studentlitteratur.
- Eggenberger, E., Heimerl, K., & Bennett, M. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 345-358. doi:10.1017/S1041610212001664
- 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.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* Lund: Studentlitteratur
- Fukuda, R., Shimizu, Y., & Seto, N. (2015). Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10 <http://search.proquest.com/docview/1687051279?accountid=11162>
- Gandesha, A., Souza, R., Chaplin, R., & Hood, C. (2012). Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff. *Nursing Older People*, 24(4), 26-31
- Goldberg, S. E., Whittamore, K. H., Pollock, K., Harwood, R. H., & Gladman, J. F. (2014). Caring for cognitively impaired older patients in the general hospital: A qualitative analysis of similarities and differences between a specialist Medical and Mental Health Unit and standard care wards. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1332-1343. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.02.002
- Guijarro, R., San Román, C. M., Gómez-Huelgas, R., Villalobos, A., Martín, M., Guil, M., Martínez-González, M-A., Toledo, J. B. (2010). Impact of dementia on hospitalization. *Neuroepidemiology*. August; 35(2): 101–108. doi: 10.1159/000311032
- Higgins, I., Slater, L., Van der Riet, P., & Peek, C. (2007). The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: a qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 26(2), 225-237. doi:10.5172/conu.2007.26.2.225

- Hinchey, S.A. & Jackson, J.L. (2011). A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. *Journal of General Medicine*. 26(6), 588-94. doi: 10.1007/s11606-010-1620-6
- Hynninen, N., Saarnio, R., & Isola, A. (2015). The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1/2), 192-201. doi:10.1111/jocn.12669
- Insel, K., & Badger, T. (2002). Deciphering the 4 D's: cognitive decline, delirium, depression and dementia - a review. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 360-368
- Internetmedicin (2015). *Konfusion*. Hämtad 2015-10-01 från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2964>
- Jackson, J.L. & Kroenke, K. (1999). A psychometric comparison of military and civilian medical practices. *Military Medicine*. 164(2):112–5
- King, B., Jones, C. & Brand, C. (2006). Relationship between dementia and length of stay of general medical patients admitted to acute care. *Australasian Journal on Ageing*. (25:1), 20-23 DOI: 10.1111/j.1741-6612.2006.00135.x
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press; Buckingham
- Koekkoekk, B., Hutschemaekers, G., van Meijel, B. & Schene, A. (2011). How do patients come to be seen as 'difficult'? a mixed-methods study in community mental health care. *Social Science & Medicine*. 72(4): 504-12. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.11.036
- Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi- filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. Ekman, I. (Red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård- Från filosofi till praktik*. (s.21-68). Stockholm: Liber AB
- Leksell, J. & Lepp, M. (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Repro 8 AB
- Lidén, E. (2009). Omvårdnadens institutionella inramning. Ehrenberg, A. & Wallin, L. (red.) *Omvårdnadens grunder- Ansvar och utveckling*. (s. 147- 180). Lund: Studentlitteratur
- Lindseth, O., & Rasmussen, B. (2009). Omvårdnad i livets slutskede. Edberg A-K. & Wijk H., (red.) *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa* (s. 793-835). Lund: Studentlitteratur.
- Lorber J. (1975). Good patients and problem patients: conformity and deviance in a general hospital. *Journal of Health & Social Behavior*.16:213–225.

- Lou, M., & Dai, Y. (2002). Nurses' experience of caring for delirious patients. *Journal of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)*, 10(4), 279-290.
- Macdonald, M. (2003). Seeing the cage: stigma and its potential to inform the concept of the difficult patient. *Clinical Nurse Specialist: The Journal For Advanced Nursing Practice*, 17(6), 305-312.
- Mason, V.M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C. & Griffin, M (2014). Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimensions of critical care nursing*.2014; 33(4):215-25. doi: 10.1097/DCC.0000000000000056.
- McCane, T. & McCormack, B. (2013). Personcentrerad omvårdnad. Leksell, J. & Lepp, M. (red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Repro 8 AB
- McKay, A, M O'Neil, and A McMonigle. (2008). "Managing challenging patient behaviors." *Journal of Continuing Education In Nursing* 39(9), 390-391.
- 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. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03521.x
- Moyle, W., Olorenshaw, R., Wallis, M., & Borbasi, S. (2008). Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 3(2), 121-130.
- Mukadam, N., & Sampson, E. (2011). A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. *International Psychogeriatrics*, 23(3), 344-355. doi:10.1017/S1041610210001717
- Nationalencyklopedin. (2015). *Lidande*. Hämtad 2015-10-01 från www.ne.se
- Nilsson, A., Rasmussen, B. H., & Edvardsson, D. (2013). Falling behind: a substantive theory of care for older people with cognitive impairment in acute settings. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11/12), 1682-1691. doi:10.1111/jocn.12177
- Nolan, L. (2007). Mental health. Caring for people with dementia in the acute setting: study of nurses' views. *British Journal of Nursing*, 16(7), 419-422
- Norberg, A. & Zingmark, K. (2011). Att leva med en långt framskriden demenssjukdom. Edberg (Red.) *Att möta personer med demens*. (s. 35-48). Lund: Studentlitteratur AB

- Norman, R. (2006). Observations of the experiences of people with dementia on general hospital wards. *Journal of Research In Nursing*, 11(5), 453-465.
- Pei-Chao, L., Mei-Hui, H., & Li-Chan, L. (2012). Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care. *Journal Of Nursing Research (Lippincott Williams & Wilkins)*, 20(3), 197-207. doi:10.1097/jnr.0b013e318263d82e
- Poochikian-Sarkissian, S., Sidani, S., Ferguson-Pare, M., & Doran, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32(4), 14-21.
- Rogers, A., & Gibson, C. (2002). Experiences of orthopaedic nurses caring for elderly patients with acute confusion. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6(1), 9-17.
- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. Henrichson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 429-446). Lund: Studentlitteratur
- Röda Korsets Högskola CF, ÅK, (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 2015-10-21, från http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf
- Sampson, E. L., Blanchard, M. R., Jones, L., Tookman, A., King, M. (2009). Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *Br J Psychiatry*, 195(1), 61-66. doi: 10.1192/bjp.bp.108.055335.
- Sampson, E. L., Leurent, B., Blanchard, M. R., Jones, L., & King, M. (2013). Survival of people with dementia after unplanned acute hospital admission: a prospective cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1015-1022. doi:10.1002/gps.391
- SBU (2006). *Demenssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
- SBU (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
- Schofield, I. Tolson, D. & Fleming, V. (2012). How nurses understand and care for older people with delirium in the acute hospital: a Critical Discourse Analysis. *Nursing Inquiry*; 19(2): 165–176
- Skovdahl, K. & Kihlgren, M. (2011). Beteenden som kan vara svåra att tolka och förstå. Edberg (Red.) *Att möta personer med demens*. (s. 287-303). Lund: Studentlitteratur AB

- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2015-10-19 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 - stöd för styrning och ledning*. Västerås: Edita Västra Aros
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationell utvärdering - vård och omsorg vid demenssjukdom*. Västerås: Edita Västra Aros
- Stenwall, E., Sandberg, J., Jönhagen, M., & Fagerberg, I. (2007). Encountering the older confused patient: professional carers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 515-522.
- Vickrey, B. Mittman, B. Connor, K. Pearson, M. Della Penna, R. Ganiats, T. DeMonte, R. Chodosh, J. Cui, X. Vassar, S. Duan, N. & Lee, M. (2006). The Effect of a Disease Intervention on Quality and Outcomes of Dementia Care. *Annals of Internal Medicine* 145: 713-726.
- Wijk, H. (2011). Den fysiska miljön som stöd för mötet och omvårdnadens genomförande. Edberg (Red.) *Att möta personer med demens*. (s. 189-203). Lund: Studentlitteratur AB
- Wiklund, L. (2009). Lidande - en del av människans liv. Friberg, F. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnadens grunder- Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 295-326). Lund: Studentlitteratur
- Williams K., Kemper S. & Hummert M. (2005). Aging matters. Enhancing communication with older adults: overcoming elder-speak. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 43, 12-19.
- Wimo, W., Winblad, B., Aguero-Torres, H. & von Strauss, E. (2003). The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 17(2) s 63-67.
- Wisten, A. & Larsson, B. (2013). Kroniska tillstånd och deras betydelse vid akut sjukdom. Wisten A., Rundgren, Å. & Larsson, B. (red.) *Akutgeriatrik*.(s 175-213.) Lund: Studentlitteratur
- Wolf, A. & Carlström, E. (2014). Förutsättningar för omställning till personcentrerad vård- ledarskap, medarbetarskap och organisation. Ekman, I. (red.) *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård- Från filosofi till praktik*. (s. 113-128). Stockholm: Liber AB
- Öresland, S. & Lützén, K. (2009). Etiska stigar och moraliska vandringar. Friberg, F. &

Öhlén, J. (red.) *Omvårdnadens grunder- Perspektiv och förhållningssätt.* (s.357-376)
Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1

Tabell 2: Söktabell för Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2015-09-15	Dementia AND acute care AND attitudes	Peer reviewed, 2000-2015	28	10	5	3
2015-09-15	Dementia AND emergency care AND attitudes	Peer reviewed, 2000-2015	9	2	0	0
2015-09-15	Confusion AND acute care AND attitudes	Peer reviewed, 2000-2015	19	2	0	0
2015-09-18	Dementia AND acute care AND nurse-patient relations	Peer reviewed, 2000-2015	16	7	5	3
2015-09-18	Dementia AND hospitals	Peer reviewed, 2000-2015	81	12	7	2

	AND experience AND nurs*					
2015-09-21	Alzheimer's Disease AND hospitals AND nurs*	Peer reviewed, 2000-2015	82	6	1	0
2015-09-21	Cognitive impairment AND acute settings AND nurs*	Peer reviewed, 2000-2015	38	5	2	1
2015-09-21	Cognitive impairment AND emergency care AND nurs*	Peer reviewed, 2000-2015	11	1	0	0
2015-09-30	Dementia AND acute settings AND experience	Peer reviewed, 2000-2015	15	7	5	1
2015-09-30	Dementia AND hospitals AND nurse- patient relations	Peer reviewed, 2000-2015	30	6	4	1

Tabell 3: Söktabel för PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2015-09-18	Dementia AND acute care AND experience AND nurs*	Peer reviewed, 2000-2015	15	6	4	1
2015-09-18	Dementia AND acute settings AND experience	Peer reviewed, 2000-2015	20	4	1	0
2015-09-21	Dementia AND hospitals AND nursing staff		115	6	1	1
2015-09-21	Dementia AND hospitals AND nurs* AND experience	Peer reviewed, 2000-2015	55	5	0	0

Bilaga 2

Tabell 4: Sammanställning av artiklar

Artikel	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Kvalitet
<p>Titel: Strategies to deliver dementia training and education in the acute hospital setting.</p> <p>Författare: Chater & Hughes.</p> <p>Tidskrift: Journal of Research in Nursing</p> <p>Land: England</p> <p>Årtal: 2012</p>	<p>Att generera ideer kring hur omvårdnaden av personer med demens inom slutenvården kan förbättras.</p>	<p>4 sjuksköterskor och 3 undersköterskor på en akut geriatrisk medicin avdelning på ett engelskt sjukhus.</p>	<p>Fokusgruppsintervjuer om två fokusgrupper i var sin session genomfördes. För dataanalysen användes Grounded theory.</p>	<p>Fyra kategorier beskrivs:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Att lära sig om demenssjukdom 2) Att lära sig om personen med demenssjukdom 3) Lära sig från varandra 4) Lära sig från specialister. 	<p>Hög</p>
<p>Titel: The responses of healthcare professionals to the admission of people with cognitive impairment to acute hospital settings: an observational interview.</p> <p>Författare: Clissett, Porock, Harwood & Gladman</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Land: England</p> <p>Årtal: 2013</p>	<p>Undersöka hur personal reagerar på att personer med demens ska behandlas i en akut sjukhusmiljö.</p>	<p>Personal inom akut medicinsk sjukhusvård. Patienter som oplanerat sökt vård och lagts in på ett sjukhus >70 år som hade kognitiv nedsättning eller psykisk ohälsa. 34 deltagare rekryterades med verbalt medgivande.</p>	<p>Observationer (totalt 72 h) av personalen samt intervjuer med patienter och anhöriga.</p>	<p>Tre huvudteman beskrivs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Respekt och värnande om patientens personhood. 2) Att skydda sig själv genom att riskera patientens personhood. 3) Att sluta ta hänsyn till patientens personhood. 	<p>Medelhög</p>

<p>Titel: The care of older people with dementia in acute hospitals Författare: Cowdell Tidskrift: International Journal of Older People Nursing Land: England Årtal: 2010</p>	<p>Att utforska upplevelserna hos patienter och vårdpersonal av vård av personer med demens i den akuta miljön.</p>	<p>11 personer med demenssjukdom, 25 sjuksköterskor och 33 undersköterskor på tre geriatriska avdelningar på ett akutsjukhus i södra England.</p>	<p>125 timmar observationer av interaktionen mellan personal och patienter genomfördes, samt 18 intervjuer med vårdpersonalen. Som observationsmetod användes en hybrid av deltagande/icke-deltagande metod.</p>	<p>Resultatet ges i två delar, den första relaterar till personerna med demens, den andra relaterar till sjuksköterskorna. I det som rör sjuksköterskorna beskrivs tre teman: 1) Filosofier kring att vårda personer med demens. 2) Värdet personalen gav sitt arbete. 3) Förmågan hos personalen att ge vård.</p>	<p>Medelhög</p>
<p>Titel: Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings Författare: Eriksson & Saveman Tidskrift: Scandinavian Journal Of Caring Sciences Land: Sverige Årtal: 2002</p>	<p>Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av svårigheter som uppstår i samband med vården av patienter med demens i akuta vårdmiljöer.</p>	<p>12 sjuksköterskor från medicinska, kirurgiska och ortopediska avdelningar, på ett mellanstort sjukhus i södra Sverige.</p>	<p>Semistrukturerade djupintervjuer med varje deltagare. För dataanalysen användes fenomenologisk-hermeneutisk metod.</p>	<p>Tre teman beskrivs: 1) Etiskt svåra situationer, vilka kan leda till vanvård. 2) Svårigheter relaterade till beteendestörningar hos patienter med demens. 3) Svårigheter relaterade till organiseringen av akutsjukvården, och hur denna blev ett hinder att ge god omvårdnad</p>	<p>Hög</p>

				till personer med demens.	
<p>Titel: Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews.</p> <p>Författare: Fukuda, Shimizu, Seto</p> <p>Tidskrift: International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</p> <p>Land: Japan</p> <p>Årtal: 2015</p>	<p>Att utforska de svårigheter och problem som japanska sjuksköterskor på akuta vårdavdelningar möter då de vårdar personer med demens.</p>	<p>50 sjuksköterskor från 6 sjukhus i västra Japan, både från medicinska och kirurgiska avdelningar.</p>	<p>Enkät + fokusgruppsintervjuer. För dataanalysen användes kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Två huvudteman beskrivs: 1) Svårigheterna man som sjuksköterska upplever samverkar och skapar en betungande cirkel, och 2) sjuksköterskor försöker hantera konflikten genom olika strategier, men dessa upplevs ej tillfredställande.</p>	Hög
<p>Titel: Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff</p> <p>Författare: Gandesha</p> <p>Tidskrift: Nursing Older People</p> <p>Land: England</p> <p>Årtal: 2012</p>	<p>Att undersöka i vilken utsträckning man som vårdpersonal möter personer med demens på somatiska vårdavdelningar, och hur god de upplevde att deras utbildning varit i fråga om demens och omvårdnad vid demens.</p>	<p>968 sjuksköterskor svarade på enkäten. 55 sjukhus i England och Wales (23 procent av samtliga sjukhus) deltog i studien, sammanlagt 145 vårdavdelningar inom geriatrik, medicin och kirurgi.</p>	<p>Enkätstudie. Enkäten berörde 13 kunskapsområden relaterade till vård av personer med demens, undersökte huruvida sjuksköterskan upplevde sin kunskap kring varje område som 'tillräcklig', 'otillräcklig', eller 'ej förekommande'. Data analyserades med</p>	<p>Jämfört med läkare skattade sjuksköterskor sin utbildning sämre på samtliga 13 områden. På endast 6 områden svarade fler än hälften av sjuksköterskorna att deras utbildning var 'tillräcklig'. Sjuksköterskor på medicinska avdelningar skattade i genomsnitt sin utbildning sämre än</p>	Hög

			statistisk analys.	sjuusköterskor på geriatriska avdelningar, medan sjuusköterskor på kirurgiska avdelningar skattade sin utbildning som sämre än bägge dessa.	
<p>Titel: Caring for cognitively impaired older patients in the general hospital: A qualitative analysis of similarities and differences between a specialist Medical and Mental Health Unit and standard care wards.</p> <p>Författare: Goldberg, Whittamore, Pollock, Harwood & Gladman</p> <p>Tidsskrift: International Journal Of Nursing Studies</p> <p>Land: England</p> <p>Årtal: 2014</p>	Att jämföra personal och patienter med demens på standardiserade somatiska vårdavdelningar med specifik kunskap om demenssjukdomar.	Personal på avdelningarna samt 32 + 28 patienter över 65 år inskrivna för somatisk vård och bedömts som "förvirrade". Nästan alla hade demensdiagnos eller konfusion.	Observationer à 6 timmar (totalt 360 h), på flerbäddssalar, enligt verktyget Dementia Care Mapping.	Båda personalgrupperna var uppgiftsorienterade och prioriterade fysiska behov och var delade mellan att tillfredsställa individens behov och att utföra avdelningens dagliga rutiner. En högre frekvens av personcentrerad vård kunde observeras på avdelningar med specifik kunskap för personer med demens.	Hög
<p>Titel: The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and</p>	Beskriva vården av äldre personer med demens på kirurgavdelningar från sjuusköterskors och	19 sjuusköterskor och 9 läkare från kirurgiska avdelningar med erfarenhet av att ha vårdat patienter med	Individuella intervjuer samt en gruppintervju. För analys användes en induktiv	Fyra teman beskrevs: 1) Specifika egenskaper för personer med demens. 2) Specifika egenskaper	Hög

<p>physicians. Författare: Hynninen, Saarnio & Isola Tidskrift: Journal of Clinical Nursing Land: Finland Årtal: 2014</p>	läkares perspektiv.	demens.	innehållsanalys.	<p>i deras vård. 3) Faktorer som bidrar till god vård. 4) Faktorer som hindrar god vård.</p>	
<p>Titel: Acute management of older people with dementia: a qualitative perspective. Författare: Moyle, Borbasi, Wallis, Olorenshaw & Gracia Tidsskrift: <i>Journal of Clinical Nursing</i> Land: Australien Årtal: 2010</p>	Att beskriva vårdpersonalens perspektiv på vården av patienter med demens på somatiska akutvårdsavdelningar.	13 deltagare, sjuksköterskor och läkare, från kirurgiska och medicinska avdelningar.	Deskriptiv kvalitativ intervjustudie.	<p>Fem teman beskrevs: 1) Att definiera konfusion. 2) Utmaningar i vardagen på avdelningarna. 3) Kulturella hinder. 4) Användningen av vak. 5) Optimala omvårdnadsrutiner för personer med demens.</p>	Hög
<p>Titel: Falling behind: a substantive theory of care for older people with cognitive impairment in acute setting. Författare: Nilsson, Rasmussen & Edvardsson Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p>	Att utveckla en teoretisk förståelse för de processer som hindrar utövandet av personcentrerad vård för äldre med kognitiv nedsättning inom akutsjukvården.	Anhöriga och patienter, som givit medgivande samt personalen på en kardiologiavdelning.	Material samlades under 6 månader genom observationer (totalt 110 h), journalgranskning, policydokument samt intervjuer 100 informella + 11 formella. Som teoretiskt ramverk användes Grounded	<p>Fyra teman beskrevs: 1) Att alltid ligga steget efter. 2) Avsaknad av konsensus kring patienternas behov. 3) Att arbeta i en organisation med fokus på somatisk vård och effektivitet. 4) Att arbeta i en</p>	Hög

Land: Sverige Årtal: 2013			Theory.	tidspressad och icke flexibel miljö.	
Titel: Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views. Författare: Nolan Tidsskrift: British Journal Of Nursing Land: Irland Årtal: 2007	Att utforska sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med demens på somatisk sjukhusavdelning.	7 sjuksköterskor från geriatrik somatisk avdelning.	Djupintervjuer. Tematisk kontextanalys av utskrifter och anteckningar.	Tre teman beskrevs: 1) Hur vården ser ut i verkligheten. 2) Skillnaden i att vårda aggressiva eller agiterade patienter med demens jämfört med de utan sådant beteende. 3) Vad god vård innebär.	Medelhög
Titel: Observations of the experiences of people with dementia on general hospital wards. Författare: Norman Tidsskrift: International Journal of Older People Nursing Land: England Årtal: 2006	Att utforska vården som ges till personer med demens på sjukhus	Observationer genomfördes på tre medicinska och kirurgiska avdelningar på ett sjukhus i sydvästra England. Observationerna gjordes av 8 patienter som godkänt sitt deltagande.	Som observationsmetod användes en hybrid av deltagande/icke-deltagande metod. För dataanalysen användes Grounded theory.	5 teman beskrivs: 1) Personen med demens uttryckande av 'själv'. 2) Sjuksköterskans identifierande och handlande mot personen med demens. 3) Den dynamiska interagerande processen 4) Sjuksköterskans roll och arbete. 5) Sjukhusmiljön.	Medelhög
Titel: Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care.	Att utvärdera sjuksköterskors kunskap om och förhållningssätt till	128 sjuksköterskor från ett sjukhus i Taiwan, med olika nivå av utbildning.	Enkätstudie. Deltagarna svarade på frågor som skulle fastställa deras kunskaper om	Majoriteten hade en god kunskap om demens. Minst kunskap hade de i hur konfusion	Hög

Författare: Pei-Chao, Mei-Hui & Li-Chan Tidsskrift: The Journal of Nursing Research Land: Taiwan Årtal: 2012	patienter med demens på sjukhus.		demenssjukdomar samt frågor där de tog ställning till påståenden för att fastställa rådande attityder till demens. Datan analyserades med statistisk analys.	och delirium skiljer sig åt. Det fanns ett positivt samband mellan erfarenhet och kunskap.	
--	-------------------------------------	--	--	---	--