



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Grundnivå

Sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med demenssjukdom på sjukhus En litteraturöversikt

**Nurses' Experiences of Caring for Patients with Dementia in
Hospitals - A Literature Review**

Författare: Maud Karlsson
Institution: Institutionen för hälsa och välfärd
Handledare: Gabriela Armuand
Examinator: Jan Florin
Ämne/huvudområde: Examensarbete i omvårdnad
Kurskod: GVÅ36W
Högskolepoäng: 15 hp
Examinationsdatum: 2024-05-30

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker Open Access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open Access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten Open Access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (öppet tillgänglig på nätet, Open Access):

Ja

Nej

SAMMANFATTNING

Bakgrund

I dagsläget lever cirka 160 000 personer med demenssjukdom i Sverige. Demenssjukdom åtföljs inte sällan av beteendemässiga och psykiska symtom och det kan ibland vara svårt att avläsa symtom och få korrekt information från denna patientgrupp. I och med detta ökar risken för att dessa patienter inte får relevant vård.

Syfte

Syftet är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med demenssjukdom på sjukhus.

Metod

Metoden är en kvalitativ litteraturoversikt. Sökningar har genomförts i tre vetenskapliga och omvårdnadsinriktade databaser. Artiklar som ingår har kvalitativ ansats och genomförts med individuella intervjuer och fokusgruppintervjuer. Kvalitetsgranskningen har genomförts efter en mall för kvalitativa studier. Analysmetoden som användes var Fribergs 5-steps-metod.

Resultat

Resultatet visar på brister i stöd, samarbete, tid, resurser, kunskap och ansvar samt att sjukhus har en opassande vårdmiljö. Det finns svårigheter att tolka och förstå demenssjuka patienter vilket begränsar möjligheterna att genomföra behandlingar. Sjuksköterskorna försökte individanpassa och säkerställa kontinuitet i omvårdnaden. Begränsningsåtgärder, tvång och våld förekom och sjuksköterskor kunde objektifiera samt uttrycka negativa attityder mot patientgruppen.

Slutsats

Resultatet visar en komplexitet i omvårdnaden som styrs av begränsningar i tid, resurser och kunskap om demenssjukdomar. Sjuksköterskorna upplever skuld och otillräcklighet att inte kunna utföra omvårdnaden av patienter med demens på ett adekvat och hjälpsamt sätt.

Nyckelord: demenssjukdom, erfarenheter, sjukhus, sjuksköterska, upplevelser

ABSTRACT

Background

Approximately 160 000 people are living with dementia in Sweden. Dementia is often accompanied by behavioural and psychological symptoms, and it can be difficult to read symptoms and collect information from this group of patients. With this, the risk increases that these patients don't get relevant care.

Aim

The aim was to study nurses' experiences of caring for patients with dementia in hospitals.

Method

The method used is a qualitative literature review. Searches have been conducted in three scientific and nursing-oriented databases. The articles included in this review have all a qualitative design and have been conducted with individual interviews and focus group interviews. The audit used is a templet for qualitative studies. The analysis has followed Friberg's five-step-analysis.

Results

The results show limitations in support, cooperation, time, resources, knowledge and responsibility. Hospitals have an inappropriate care environment for people with dementia. There are difficulties to interpretate and understand these patients which limits the possibilities to carry out treatment. Nurses tried to individualize and ensure continuity in caring. Use of restraints and physical force were common, and nurses would objectify and express negative attitudes towards these patients.

Conclusions

The results show a complexity of caring that is strongly influenced of limitations in time, resources and knowledge of dementia. The nurses describe feelings of guilt and inadequacy for not being able to conduct nursing care to patients with dementia in an adequate and helpful way.

Keywords: dementia, experiences, hospital, nurse, perceptions

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Demenssjukdomar	2
Utredning och klassificering.....	2
Vård, behandling och sjuksköterskans ansvar	3
Sjukhusvård är förknippat med risker för patienter med demenssjukdom ..	5
Reaktioner och beteenden hos personer med demenssjukdom	5
Teoretisk referensram	6
Problemformulering	8
Syfte och frågeställningar	8
METOD	9
Design	9
Urval och datainsamling	9
Manuell sökning	12
Kvalitetsgranskning	12
Dataanalys	12
Etiska överväganden	13
RESULTAT	14
Utmaningar på organisationsnivå	14
Kommunikationssvårigheter i omvårdnaden	18
Det personcentrerade mötet	22
Att vara i gränslandet mellan etiska och oetiska förhållningssätt	26
DISKUSSION	30
Resultatdiskussion	30
Metoddiskussion	35
Slutsats	36
Klinisk betydelse	36
Vidare forskning	37
REFERENSER	38
BILAGA	

INLEDNING

- En positiv sak var i alla fall att min psykolog inte tror att jag behöver någon demensutredning. Man kan tydligen få liknande symtom vid PTSD.
- Ja, du sa det nyss. Har du glömt det?
- Jaså, oj, ja, det har jag glömt.

Ordväxlingen skedde för några år sedan mellan undertecknad och sambon och vi kan skratta åt koncentrationssvårigheter och glömskan en stund men behöver inte fundera mer på det där vi är just nu. Hos många finns en oro för att drabbas av demenssjukdom. Vad som verkar mest oroande är förlusten av den personliga integriteten. De fruktar att förlora sin autonomi och bli beroende av andra, vilket inkluderar rädsla för att förlora personliga relationer och att bli beroende av vårdpersonalens välvilja. Befolkningen lever allt längre och med det ökar risken att drabbas av kognitiva svikter som demenssjukdomar. Det innebär att behovet av sjukhusvård kommer öka. Många sjuksköterskor syns i media där de bland annat uttrycker att ökad arbetsbelastning och att upplevelser av att inte räckta till leder till att man överväger lämna yrket. Jag har mött personal som uttrycker att det är extra påfrestande att vårda patienter med demenssjukdom (PmD) och även observerat att vårdpersonalens inställning till sjukdomen tycks påverka kommunikationen mellan personal och patient. Utfallet avseende patientens följsamhet till vården tycks även det påverkas av personalens attityder och kommunikation. Jag vill därför undersöka hur sjuksköterskor som arbetar på sjukhus upplever att det är att vårda patienter som har drabbats av demenssjukdomar.

BAKGRUND

Enligt Statistiska centralbyrån [SCB] (2023) har medellivslängden i Sverige ökat från 75 år 1980 till 83 år 2022 (SCB, 2023). Enligt Socialstyrelsen (2017a) ökar risken för att drabbas av demenssjukdomar med stigande ålder. Bland personer över 65 år ligger andelen drabbade av demenssjukdomar vid 8 procent, medan nästan hälften av individer över 90 år har en demenssjukdom. Varje år insjuknar ungefär 24 000 människor i Sverige och i dagsläget lever cirka 160 000 personer med demenssjukdom här (Socialstyrelsen, 2017a). Även globala siffror visar att antalet människor med demenssjukdom kommer att tredubblas över världen, från 50 miljoner människor till 152 miljoner år 2050 (Patterson,

2018). Enligt World Health Organisation [WHO] (2023) ökar antalet drabbade runt om i världen med 10 miljoner människor varje år (WHO, 2023).

Demenssjukdomar

Demenssjukdom påverkar inte endast den drabbade individen, även dess familj, vänner, ekonomiska situation och vårdgivare påverkas. Det finns mycket okunskap kring demenssjukdomar vilket bland annat ökar risken för stigmatisering av patientgruppen och kan bli ett hinder i diagnostisering och vård (WHO, 2023). Fler än 100 sjukdomar och tillstånd har en sviktande kognitiv förmåga som symtom, utan att det är en demenssjukdom. Demenssjukdom är en typ av kognitiv svikt som uppstår i samband med ett flertal olika sjukdomar och skador som påverkar hjärnan och kännetecknas av att förmågan att bearbeta tankar. Den kognitiva funktionen försämras i högre grad utöver vad som förväntas som en del av normalt åldrande (Socialstyrelsen, 2017b; WHO, 2023). Riskfaktorer för att drabbas av demenssjukdom är bland annat hög ålder, vaskulära faktorer, ärftlighet, depression, skalltrauma och psykiska trauman (Alzheimer fonden, u.å,a). Då det finns en relativt klar bild över riskfaktorer och differentialdiagnoser så görs förebyggande arbete för att försena eller förhindra symtom som kan uppkomma i medelålder. Risken för neuropatologisk skada går att reducera genom exempelvis en välreglerad diabetes, behandling av högt blodtryck, förhindrande av skalltrauma och rökstopp. Risken kan också reduceras genom att bibehålla eller till och med öka den kognitiva förmågan genom exempelvis fysisk träning, minska depression, minska alkoholbruk, behandla hörselnedsättning (Livingston et al., 2020; Ngandu et al., 2015).

Utredning och klassificering

Behandling ska föregås av en medicinsk utredning för att utesluta andra tillstånd då det finns många liknande symtom vid kognitiva sjukdomar som kan misstas för demenssjukdom. Det är exempelvis vanligt att vid depression drabbas av glömska, apati och vilshenhet. Även exempelvis normaltryckshydrocefalus, psykisk stress, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), infektion, B12 brist, och olämplig medicinering kan misstas för demenssjukdom om symtomen varar under en längre tid (Alzheimer fonden, u.å,b; Bruneau, Desmarais & Pokrzywko, 2020). Forskningen har gjort framsteg i diagnostik och när det gäller Alzheimers sjukdom går det upptäcka sjukdomen tidigt genom biomarkörer av proteinet tau i blodet (Maruszak et al., 2023). I en studie definieras en

nyligen konstaterad demenssjukdom, *Limbic-predominant age-associated TDP-43 encephalopathy (LATE)*, som misstas för Alzheimer. Dessa påminner om varandra då de har liknade spridningsväg i hjärnan. Det som skiljer är de proteiner som skadas. I LATE är det TDP-43 och inte tau som förändras (Nelson et al., 2019).

Socialstyrelsen (2017b) rekommenderar en basal demensutredning för hälso- och sjukvården. En utvidgad utredning kan användas för att fastställa en diagnos samt där det är försvårande omständigheter. För att kunna ge en god och riktig prognos och behandling är det av vikt att veta vilken typ av kognitiv sjukdom patienten har (Socialstyrelsen, 2017b). WHO:s (2019) sida för diagnoskriterier, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)*, har ett nytt klassificeringssystem där demenssjukdomar ligger under 8:e domänen *Diseases of the nervous system*, sedan delas de in under olika underdomäner som exempelvis *Disorders with neurocognitive impairment as a major feature* där till exempel Alzheimers sjukdom återfinns (WHO, u.å). Även Mini-D 5, diagnostiska kriterier enligt DSM-5-TR [Mini-D5] (Herlofson, 2017) har ett nytt klassificeringssystem och vad som tidigare gick under samlingsnamnet *Demenssjukdom* har ersatts med *Kognitiva sjukdomar och lindrig kognitiv funktionsnedsättning* (Westlander, 2015). De kognitiva svikterna delas in efter typer, exempelvis *Kognitiv sjukdom eller lindrig kognitiv funktionsnedsättning, Alzheimerstyp*. Vid kognitiv sjukdom specificeras tillståndet till lindrig, medelsvår eller svår samt om sjukdomen ger beteendestörning eller inte (Herlofson, 2017). I denna litteraturstudie används det gamla begreppet *demenssjukdom*, då detta är ett invariant begrepp som de flesta kan relatera till.

Vård, behandling och sjuksköterskans ansvar

Det finns idag inget bot mot demenssjukdomar men sjukdomen kan behandlas med icke-farmakologiska åtgärder, exempelvis personcentrerad vård, bemötandepaner och musikterapi samt farmakologiska åtgärder. Behandling riktas mot symtomlindring för att mildra besvär och för att kompensera förlorade förmågor. Syftet är att underlätta vardagen och bidra till en så god livskvalitet som möjligt för den drabbade (Socialstyrelsen, 2017ab). De vanligaste farmakologiska åtgärderna är behandling med kolinesterashämmare (Donepezil, Galantamin, Rivastigmin) och Memantin. Dessa ges idag för att lindra symtom, sakta ner sjukdomsförloppet samt för att upprätthålla och

förbättra kognitiva och funktionella förmågor vid Alzheimers sjukdom. Läkemedel kan även ges för att behandla BPSD och konfusion (Socialstyrelsen, 2017b). Nya läkemedel för Alzheimer kan komma att godkännas i Sverige. Det handlar om svenskutvecklade Lekanemab (i USA Leqembi), en antikropp som minskar amyloida plack i hjärnan och bromsar symtomen på sjukdomen. Även ett vaccin håller på att framställas, *ALZ-101*. Vaccinet ska göra det möjligt för kroppen att immunologiskt bilda antikroppar och därmed bilda ett skydd i hjärnan (Alzheimerfonden, 2024; Bäsén, 2023).

Icke-farmakologisk behandling ingår i ett personcentrerat förhållningssätt. För att säkerställa att personcentrerad vård tillgodoses och utförs med hänsyn till den demenssjuka individen, har Socialstyrelsen tagit fram riktlinjer som beskriver fundamentala principer för vård och omsorg av demenssjuka personer. Personal inom hälso- och sjukvård bör iakttä den demenssjuka patientens självkänsla och egna upplevelser samt tillmötesgå patientens rättigheter trots en försämrad kognitiv funktion. Vårdpersonal bör också sträva efter förståelse av den demenssjukes perspektiv och upplevelse av världen för att kunna ta hänsyn till dennes självbestämmande samt möjliggöra delaktighet i omvårdnaden (Socialstyrelsen 2017a). Tre nyckelbegrepp beskrivs inom personcentrerad vård; *partnerskapet* mellan patienten/närstående och dennes/deras kunskap samt vårdpersonalen med dennes kunskap om vård och behandling, *patientberättelsen* med fokus på patientens upplevelse och tolkning av sitt tillstånd och slutligen *dokumentationen* som innehåller patientberättelsen och en levande hälsoplan, det vill säga att hälsoplanen vara aktuell och tillgänglig för patienten. Planen ska följa patienten genom vårdkedjan (Ekman et al., 2011).

I *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (2024) framgår det ansvar som föreligger på sjuksköterskan där omvårdnad är sjuksköterskans specifika kompetens. Han, hon eller hen ansvarar självständigt för kliniska beslut kring omvårdnad som leder till ökade möjligheter för människor att hantera hälsoproblem, sjukdom och funktionsnedsättningar för att uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet. Det är viktigt att sjuksköterskan har nödvändig medicinsk kunskap samt kunnande om beteendevetenskap som är relevant i omvårdnaden av patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Sjukhusvård är förknippat med risker för patienter med demenssjukdom

I boken *Jämlig vård – Normmedvetna perspektiv* (2015) tas upp hur den ideala patienten förhåller sig i vården. Den ideala patienten delar vårdpersonalens planering och vården kompliceras sällan (Dahlborg Lyckhage, Lau & Tengelin (2015)). Slutenvårdsmiljön är dåligt anpassad till de specifika vårdbehov PmD har vilket kan påverka omvårdnaden negativt. Risken är hög att den demenssjuka patientens kognitiva förmåga till och med försämras under vårdtiden (Svenskt Demenscentrum [SDC], 2017). PmD kan vara svåra att tolka på grund av den kognitiva svikten. Det kan vara svårt att avläsa symtom och få korrekt information av denna patientgrupp. I och med detta ökar risken för att dessa patienter inte får relevant vård (Edberg, 2014). Studier visar att PmD har längre vårdtider än patienter utan demenssjukdom (Möllers et al., 2019). Denna patientgrupp drabbas också i högre grad av vårdkomplikationer i samband med sjukhusvistelser, exempelvis urinvägsinfektioner, trycksår och lunginflammation (Bail et al., 2013). *Säker vård* är en av sjuksköterskans kärnkompetenser och tillsammans med de övriga kärnkompetenserna, *personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling* och *informatik* säkerställs vården. Sjuksköterskan arbetar för en god och säker vård och ska kunna arbeta förebyggande, riskmedvetet, patientsäkert och följa lagar och regler i omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Reaktioner och beteenden hos personer med demenssjukdom

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) är ett begrepp som används för att beskriva förändringar hos personer med demenssjukdom som kan uttryckas i hallucinationer, vanföreställningar, rop, skrik och störd nattsömn (SDC, 2020). Rodhner (2014) skriver på Viss.nu om flera symtom som är vanliga vid BPSD samt att beteendesymtomen kan förvärras av bristande omvårdnad, flytt till nytt boende och överaktivitet (Rodhner, 2014). Länge har beteendestörningar ansetts problematiska och blivit bedömt som ett biologiskt problem som framför allt tillskrivits den demenssjuka personen. Att bara bedöma personen utifrån BPSD glasögon kan dock beröva denne sina mänskliga rättigheter och livskvaliteten kan minska (Macaulay, 2017). Caspi (2013) bekräftar Macaulay och menar att uteslutande använda begrepp som *symtom* kan antyda att dessa beteenden är oundvikliga och en direkt konsekvens av demenssjukdomen, när det i många fall beror på omständigheter i miljö och social interaktion med personen. Caspi menar att det är dags att se över hur begreppen används och föreslår nya begrepp,

exempelvis *reactive behavior*, *responsive behavior* och *expressive behavior* (vidare kallat *reaktionsbeteenden*) där man önskar skilja på vad som är en patologisk förändring och vad som är reaktionsbeteenden på yttre omständigheter (Caspi, 2013). Ett beteende går inte bedömas som rimligt eller orimligt utan sammanhanget av sociala och psykologiska behov (Macaulay, 2017). Reaktionsbeteenden kan orsakas av fysiologiska, psykologiska eller sociala behov som inte blivit tillgodosedda. Aggressiva reaktioner kan visa sig i fysiska och verbala uttryck, exempelvis att motsätta sig vård, kasta saker, riva, nypa, slå, sparka, skrika, uttrycka svordomar och använda grovt språk (Alzheimer Society, 2021). I *Shifting focus - a guide to understanding dementia behaviour* finns tips på hur det går att ställa sig olika frågor som kan hjälpa till att förstå en reaktion exempelvis *Kan det vara så att personen med demens har större förmåga än jag tror? Eller är det för mycket ljud och stimuli runt personen?* (Alzheimer Society Ontario, Alzheimer Knowledge Exchange, & Behavioural Supports Ontario, 2013).

Teoretisk referensram

Som referensram har Katie Erikssons *Caritativa vårdteori* valts, vilken utgår från den lidande människan.

Begreppet *caritas* står för barmhärtighet och kärlek vilket är grunden för vårdande. Kunskap om lidande och hälsa är kärnan i omvårdanden och motivationen för vårdandet är att lindra lidande. Eriksson belyser fem kärnbegrepp för vårdandet; *Den unika människan*, *Den mångdimensionella hälsan*, *Lidande - en del av hälsan*, *Vårdande - att lindra patientens lidande* samt *Vårdkulturen-vårdandets värld*. Det finns ett perspektiv av att söka kunskap och vikten av att patienten får kunskapen till sig på ett sätt som gynnar honom eller henne. Det krävs mod hos sjuksköterskor och vårdpersonal både att våga gå in och dela det lidande patienterna kan bära på, men även att stå upp för patienten vid oegentligheter i vårdandet. Vårdandet har ett samband till hälsa och lidande men också till individen i olika livssituationer. Den lidande personen kommer fortsätta lida om den inte finner någon som ser lidandet och vill hjälpa. Sjuksköterskan är visserligen en yrkesroll men han, hon eller hen är också en människa som från patientens perspektiv finns nära som en person. Sjuksköterskan bör bjuda in patienten till en mellanmänsklig samvaro, där hon, han eller hen får utrymme att lida och att försonas med lidandet. Detta

mellanmänskliga och vårdande möte utgör grunden för en relation som individen och sjuksköterskan bygger tillsammans (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Hälsa och lidande är ofta närvarande samtidigt och den upplevda hälsan förändras med den livssituation individen befinner sig i. Eriksson tar upp hälsohinder och hälsoresurser som en del i omvårdnaden av en person. Varje lidande människa begränsas av hälsohinder, det vill säga, det som hindrar personen att uppbringa mod, ork eller kunskap att hantera svårigheterna. Hälsohindret utgörs alltså inte av diagnosen i sig, utan det som berövar personen att möta sjukdomen. Hälsoresurser blir alltså de tillgångar personen har som i stället ger kraft, tro, hopp och som personen kan finna tröst till. En människa som ensam eller med stöd av andra vågar möta lidandet kan samtidigt uppleva hälsa (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Den lidande människan har svårt att uttrycka sina behov, önskningar och att se några möjligheter ut ur lidandet kan upplevas omöjligt. Lidandet skapar något hos människan som gör att denne kanske inte känner igen sig och kan uppleva sig främmande för sig själv. I vårdandet delar vi den andres lidande och går en stund vid dennes sida. Ibland behöver vi stötta och bära personen när dennes kraft inte räcker till. I vårdandet kan något som vi själva ser som en liten handling ha stor betydelse och bli något speciellt för den andre. Vårdhandlingen utgår från en vilja uppnå något lindrande med det. Handlingen kan riktas mot andligt, själsligt och/eller kroppslig hälsa. Smärtlindring är exempelvis en vårdhandling som sjuksköterskan genomför på ett korrekt och patientsäkert sätt efter läkarens ordination. Sedan observerar sjuksköterskan effekten och följer upp patientens upplevelse av smärtlindringen. Eriksson beskriver tre nivåer av vård, *naturlig vård*, *grundvård* och *specialvård*. Tillsammans utgör delarna den professionella vården, vilket även innefattar medicinsk vård och själavård (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Eriksson belyser vårdmiljön och vårdkultur i omsorgen. Människan påverkas av den miljö, den kultur som hon befinner sig i därför har vårdkulturen betydelse för hennes hälsa. Vårdkulturen byggs upp av traditioner, ritualer och grundläggande värden. Kulturen innefattas av den *yttre världen* som miljön, möbler, färger, information, *mellanvärlden* som speglar relationen mellan människor och den egna *inre världen* som är det mest privata. I en vårdande kultur finns en öppenhet som inte finns i icke-vårdande kulturer

inom hälso- och sjukvården. Det kan upplevas som att en negativ atmosfär sitter i väggarna. När vi exempelvis upplever stark oro inom oss så har det betydelse för hur vi ser på världen omkring oss och hur vi samspelar med andra. När det finns ett glapp mellan patientens behov och sjuksköterskans kunskap, attityd och hållning till den lidande människan kan ett vårdlidande uppkomma (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Problemformulering

Forskning visar att bemötande och omvårdnad av PmD kräver mycket kunskap och förståelse av vårdpersonalen. Demenssjuka patienter är ofta svåra att avläsa och tyda. Reaktionsbeteenden är ett vanligt kommunikationsmedel hos PmD, vilket ytterligare kan försvåra omvårdnaden av denna patientgrupp. Compassion/barmhärtighet och lyhördhet hos vårdpersonal samt kunskap om demenssjukdomar och reaktionsbeteenden är viktiga komponenter för att kunna erbjuda anpassad vård där fokus ligger på att förutse och tillgodose vårdbehov hos PmD. I dagens samhälle finns det en stor press på sjukhusen och för en patientgrupp som redan behöver tid för att kunna bli förstådda ökar risken att PmD inte får relevant vård. Det förväntas också en påtaglig ökning av antalet demenssjuka personer framöver, inte minst när den stora generationsgruppen född på 1940-talet når hög ålder. Det är därför viktigt att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda PmD. Ökad kunskap om detta kan öka medvetenheten om vilka utmaningar sjuksköterskan kan ställas inför i omvårdnaden av PmD.

Syfte och frågeställningar

Syftet är att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med demenssjukdom på sjukhus.

- Vad påverkar sjuksköterskans upplevelse i omvårdnaden av patienter med demenssjukdom?
- Finns det skäl att oroa sig för omvårdnaden av demenssjuka patienter?

METOD

Design

En litteraturöversikt valdes som metod då den enligt Friberg (2017) har stora likheter med det som också kallas för resumé och inte är lika omfattande som en systematisk litteraturstudie. Litteraturöversikten har ett strukturerat arbetssätt som ger en god bild av vad som finns publicerat och är en relevant metod för ett examensarbete (Friberg, 2017a). Genomförandet av litteraturöversikten följer den analysgång som beskrivs av Friberg i fem steg, val av fenomen, val av sammanhang, söka vetenskapliga artiklar, granska studiernas kvalitet och slutligen analys av studierna (Friberg, 2017b).

Urval och datainsamling

Ramverket PEO (Population, Exposure & Outcome) är en bra metod att bryta ner sökfrågan strukturerat. PEO användes för att identifiera sökord och strukturera sökblock för att underlätta vid sökning i (Karolinska Institutet, 2023). Populationen, den grupp som studerades, riktades till sjuksköterskor på sjukhus. Exposure, det sammanhang som lyftes var att vårda patienter med demenssjukdom på sjukhus. Outcome, det som belystes var sjuksköterskornas upplevelser av att vårda PmD. Sökblock I innehöll sökorden *nurs* OR healthcare personnel*. Sökblock II innehöll sökordet *dementia*. Sökblock III innehöll sökorden *acute care setting OR hospital*. Sökblock IV innehöll sökorden *experiences OR perceptions*. För att hitta relevanta vetenskapliga artiklar gjordes sökningar i tre akademiska databaser, American Psychological Association Psychological Information Database (APA PsycInfo), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och Web of Science. Dessa databaser valdes då de enligt Östlundh (2017) innehåller kvalitetsgranskad forskning och vetenskapliga publikationer inom området omvårdnad.

Databaserna söker inte automatiskt böjda ord, därför har trunkering (*) använts vid sökordet *nurse*. Enligt Östlundh (2017) är boolesk söklogik en bra metod för att få fram ett bra material till sin litteraturöversikt. Boolesk söklogik används för att sätta samman och kombinera sökorden. De vanligaste booleska termerna är AND, OR och NOT. Med söktermen OR sätts en rad synonyma sökord samman för att ringa in ord som exempelvis inte kan böjas, vilket resulterar i ett bra urval. Sökningen kan på detta sätt breddas. Med hjälp av söktermen AND kopplas sökblock samman för att fokusera sökningen (Östlundh,

2017). I översikten har booleska termerna AND och OR använts. Tidsperioden begränsades till de senaste 10 åren för att hitta aktuell forskning i ämnet. Språket avgränsades till engelska. Vid typ av dokument valdes journal article. Inklusionskriterier för litteraturoversikten var att studierna hade kvalitativ karaktär, beskrev sjuksköterskornas erfarenheter, fokuserade på vård av patienter med demenssjukdom samt att studiernas område var sjukhus. Sökstrategi redovisas i (Tabell 1). Antal träffar med sökstrategins sökblock presenteras i (Tabell 2). Urvalsprocessen redovisas i (Figur 1)

Tabell 1. Översiktlig beskrivning av sökstrategi.

Databas	Sökblock1		Sökblock 2		Sökblock 3		Sökblock 4
PsycInfo	Nurs* (fritextord) OR Healthcare personnel (fritextord)	AND	Dementia (fritextord)	AND	Acute care setting (fritextord) OR Hospital (fritextord)	AND	Experiences (fritextord) OR Perceptions (fritextord)
Cinahl	Nurs* (fritextord) OR Healthcare personnel (fritextord)	AND	Dementia (fritextord)	AND	Acute care setting (fritextord) OR Hospital (fritextord)	AND	Experiences (fritextord) OR Perceptions (fritextord)
Web of Science	Nurs* (fritextord) OR Healthcare personnel (fritextord)	AND	Dementia (fritextord)	AND	Acute care setting (fritextord) OR Hospital (fritextord)	AND	Experiences (fritextord) OR Perceptions (fritextord)

Begränsningar i PsycInfo: academic journal, engelska samt 2014–2024

Begränsningar i CINAHL: academic journal, engelska samt 2014–2024

Begränsningar i Web of Science: academic journal, engelska, 2014–2024 samt området nursing

Sökdatum: samtliga databaser 240128

Tabell 2. Översikt av antal träffar med sökstrategins sökblock.

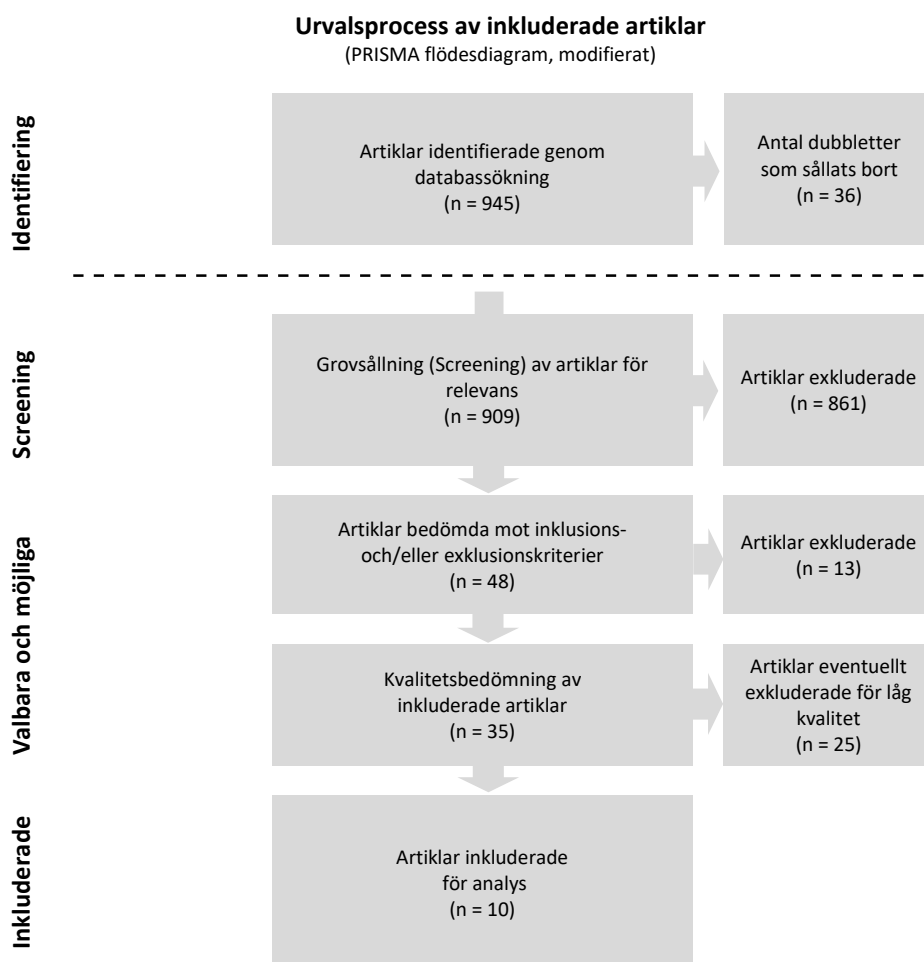
Databas	Sökblock	Sökord	Antal träffar
PsycInfo	#1	Nurs* OR Healthcare personnel	247,398
	#2	Dementia	95,052
	#3	Acute care setting OR Hospital	484,085
	#4	Experiences OR Perceptions	643,428
	#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	334
CINAHL	#1	Nurs* OR Healthcare personnel	1,023,222
	#2	Dementia	79,191
	#3	Acute care setting OR Hospital	597,645
	#4	Experiences OR Perceptions	620,567
	#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	284
Web of Science	#1	Nurs* OR Healthcare personnel	858,680
	#2	Dementia	232,626
	#3	Acute care setting OR Hospital	9,746,688
	#4	Experiences OR Perceptions	3,095,299
	#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	327

Begränsningar i PsycInfo: academic journal, engelska samt 2014–2024

Begränsningar i CINAHL: academic journal, engelska samt 2014–2024

Begränsningar i Web of Science: academic journal, engelska, 2014–2024 samt området nursing

Sökdatum: samtliga databaser 240128



Figur 1. Översikt över urvalsprocessen av inkluderade artiklar

Manuell sökning

Enligt Östlundh (2017) kan manuella sökningar användas bland annat när man har fastnat i sökandet efter passande artiklar (Östlundh, 2017). För att få ett bra underlag till litteraturöversikten gjordes en manuell sökning av referenslistor från inkluderade studier där fyra artiklar återfanns. Artiklarna är Borbasi et al., (2006), Eriksson & Saveman, (2002), Moyle et al., (2011), Nolan, (2007). Dessa återfanns i referenslistorna från Dookhy & Daly, (2021), Fukuda et al., (2015), Pinkert et al., (2017). Dessa artiklar är äldre än de 10 år som sattes som avgränsning i databassökningarna, de sågs som ändå relevanta att ta med i litteraturöversikten.

Kvalitetsgranskning

Granskningen är baserad på *Bedömningsmall för studier med kvalitativ metod* (Olsson & Sörensen, 2011). I mallen bedöms samtliga delar i den vetenskapliga artikeln, det vill säga, abstrakt, metod, resultat, diskussion, och slutsatser. Bedömningen görs med poängangivelse mellan noll och tre poäng per kontrollerad frågeställning. För max uppnås 45 poäng och 80% av maxpoäng ger hög trovärdighet, 70% av max ger medel i trovärdighet och 60% eller lägre betyder att artikeln inte kan ses som tillförlitlig. Samtliga inkluderade studier fick ett granskningsresultat på hög nivå, det vill säga, Grad I (poäng >80%), därmed ansågs dessa studier som tillförlitliga. En artikelöversikt upprättades en med information om studiernas område, upplägg, resultat, deltagare och kvalitet. Artiklar och resultat av granskningen redovisas i (Bilaga 2, Tabell 2).

Dataanalys

Analysen av det granskade materialet följer Fribergs 5-steps metod. Friberg (2017) beskriver metoden som att gå från helheten av samtliga studier till delar av dessa och slutligen ett sammanställande av delarna till en ny helhet. Första steget innebar att studierna lästes igenom flera gånger med fokus på resultaten för att öka förståelsen av innehållet. I andra steget identifierades nyckelfynd i varje studies resultat som relaterade till syftet för denna översikt. Fyndet markerades med överstrykningspenna. Vid tredje steget upprättades en sammanställning av vardera studiernas resultat i ett separat dokument med teman, subteman och texterna som byggde upp subteman. Sedan relaterades studiernas resultat till varandra i det fjärde steget. Fyndet klipptes ut och grupperades tillsammans med liknande resultat. På så vis kunde nya underkategorier

skapas. I femte och sista steget samlades underkategorier som relaterade till varandra och nya huvudkategorier bildades (Friberg, 2017). Resultatet av analysen presenteras i litteraturstudiens resultatdel med huvudkategorier och underkategorier i text.

Etiska överväganden

ALL European Academies (ALLEA) grundades 1994 och är ett förbund för akademisk forskning med mer än 50 anslutna forskningscenter från 40 länder. ALLEA är en icke-vinstdrivande sammanslutning som är politiskt, religiöst, kommersiellt och ideologiskt obundet. Förbundet förespråkar forskning som en global nytta för befolkningen och möjliggör samarbeten över gränserna och discipliner. De vill förbättra förutsättningarna för forskare att lägga fram oberoende och interdisciplinär forskning för att stärka forskningens roll i samhället. I ALL European Academies (ALLEA) anges fyra principer för att upprätthålla forskningsintegritet, *tillförlitlighet*, *ärlighet*, *respekt* och *ansvar* (ALLEA, 2018). I Belmontrapporten (Ryan et al., 1979) preciseras tre övergripande principer vid forskning; *respekt* för den deltagande individen, *göra-gott-principen* för att minimera risker, väga risk mot nytta och skydda konfidentialitet samt *rättvisa för likvärdig behandling* och för att skydda sårbara grupper (Kjellström, 2017; Ryan et al., 1979). *Helsingforsdeklarationen* är vägledande inom medicinsk klinisk forskning som involverar forskning på människor med sina etiska riktlinjer. I forskning som involverar människor är det av största vikt att bemöta deltagarna med respekt, att man inte bedömer svar från deltagarna och att dessa är fria att avsluta sitt deltagande utan påföljd (Sandman & Kjellström, 2013; World Medical Association, 2013). En litteraturstudie räknas inte som forskning och författaren behöver inte genomgå en etisk prövning för arbetet (Kjellström, 2017). Däremot finns en medvetenhet om att arbetet med litteraturöversikten medför en risk för feltolkningar och orättvisa bedömningar av litteraturen på grund av författarens begränsade språkfärdigheter och kunskap i forskningsmetodik. I de studier som ingår har etiska aspekter angivits samt om det krävts godkännande av etisk prövning. Viss text har varit känslomässigt påfrestande och svåra att läsa, tolka samt bearbeta. Författaren fått överlägga med sig själv att följa de råd som gäller och inte dölja svar som kan kännas svåra att lyfta fram. Här presenteras således alla resultat även de obekväma. Det har funnits en strävan efter objektivitet och att presentera allt som motsvarar syftet, även om tolkningar färgas av förståelsen hos författaren.

RESULTAT

Resultatet i litteraturöversikten grundas på 14 artiklar av kvalitativ design. Artiklarna var från Australien (n=3), Danmark (n=1), Finland (n=1), Irland (n=2), Japan (n=1), Kanada (n=1), Malta (n=1), Spanien (n=1), Sverige (n=2), Tyskland/Österrike (n=1). Analysen resulterade i fyra huvudkategorier och 13 underkategorier (Tabell 3). Resultatet presenteras i löpande text med referenser. I de studier där flera yrkeskategorier uttalar sig används enbart resultat som avser sjuksköterskornas svar.

Tabell 3. Översikt över huvud- och underkategorier

Utmaningar på organisationsnivå	Att uppleva samarbetssvårigheter med andra professioner
	Att uppleva bristande resurser
	Brist på kunskap och ansvar
	Att uppleva vårdmiljön bristfällig
Kommunikationssvårigheter i omvårdnaden	Svårigheter att tolka och förstå PmD
	Svårigheter att ge omvårdnad och genomföra behandlingar
	Svårigheter att bemöta reaktionsbeteenden
Det personcentrerade mötet	Att individanpassa omvårdnaden och normalisera vårdmiljön
	Att säkerställa kontinuitet i omvårdnaden och att arbeta i multiprofessionella team
	Att involvera anhöriga och vänner
Att vara i gränslandet mellan etiska och oetiska förhållningssätt	Att vidta begränsningsåtgärder
	Stigmatisering, objektifiering och att uttrycka negativa attityder
	Känslor av skuld och konflikt över begränsningar, tvång och våld i omvårdnaden

Utmaningar på organisationsnivå

Att uppleva samarbetssvårigheter med andra professioner

Samarbetet mellan vårdpersonal fungerade inte optimalt. Ofta saknades information om patientens normaltillstånd, situation och bakgrund, och sjuksköterskorna blev lämnade att lösa situationer själva (Borbasi et al., 2006; Eriksson & Saveman, 2002; Fukuda et al., 2015). Sjuksköterskor beskrev att de saknade stöd och uppmuntran i ett stressande arbete, vilket ledde till konflikter med bland annat läkare och att de fick bråka med dessa för att få läkemedel utskrivet till PmD eller för att få konsultera psykiatrin (Pinkert et al., 2018; Fukuda et al., 2015). Sjuksköterskor hade också en känsla av att de inte kunde säga till om något eftersom läkare hade företräde vad gäller beslut kring omvårdnaden av PmD (Pinkert et al., 2017; Scerri et al., 2020). En sjuksköterska föreslog att specialisterna borde dela ansvar och samarbeta med geriatriken och psykiatrin när det gällde vård av PmD

(Scerri et al., 2020). Sjuksköterskor upplevde även att läkare och annan vårdpersonal ofta gav dem skulden när en patient till exempel ramlade (Fukuda et al., 2015). En copingstrategi som sjuksköterskor använde sig av var delat ansvar för PmD och avbyten mellan varandra för att orka nästa pass (Hynninen et al., 2014). Det fanns en besvikelse över bristen på stöd från ledningen när vårdpersonal hanterat aggressiva patienter och detta inte följts upp (Moyle et al., 2010; Yous et al., 2019). Det fanns ett underliggande missnöje med nuvarande metoder att vårda PmD och ett behov av bättre utförande av vård till PmD (Moyle et al., 2011). Bättre samarbete med primärvård önskades. De gav viktig information kring patientens tillstånd. Primärvården ansågs också vara mest bekant med patienten och dennes symtom (Minaya-Freire et al., 2020). Sjuksköterskor upplevde att PmD skrevs in akut utan tydligt behov av vård och att underliggande sociala behov var anledningen till inläggning. De upplevde att kommunen fördröjde utskrivningen för att de var oförberedda vilket ledde till fördröjd vårdtid (Borbasi et al., 2006; Eriksson & Saveman, 2002).

Att uppleva bristande resurser

Brist på tid och personal var en stark barriär för att utföra god vård till och förstå PmD (Borbasi et al., 2006; Hynninen et al., 2014; Krupic et al., 2016; Nolan, 2007; Pinkert et al., 2018; Yous et al., 2019). Många sjuksköterskor beskrev känslor av frustration över otillräcklighet, maktlöshet och misslyckande att inte kunna ta hand om PmD på ett adekvat sätt och att de ofta inte hann med sitt arbete utan måste vidare till nästa uppgift. Det fanns inte tid att lösa konflikter eller lära sig hur man bäst bemöter PmD (Eriksson & Saveman, 2002; Yous et al., 2019). Tidsbrist och hög arbetsbelastning gjorde att symtomskattningar av PmD inte genomfördes och risken var högre att icke-farmakologiska interventioner inte prioriterades (Minaya-Freire et al., 2020). PmD krävde mycket resurser och ett team utöver sjuksköterskor som involverade läkare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, socialarbetare samt ibland volontärer och väktare (Borbasi et al., 2006). PmD hade ett utmanande beteende vilket upplevdes kräva ständig övervakning. Det påverkade personalbehovet som ökade och det kunde inte alltid tillgodoses. Sjuksköterskorna hade prioriteringar och hade inte alltid möjlighet se efter PmD (Borbasi et al., 2006; Yous et al., 2019). De uttryckte att det inte fanns tid till att lära känna patienten och dennes livshistoria men att det skulle vara lättare att utföra vård om de visste mer om PmD. Många sjuksköterskor uppgav att de ville spendera mer

tid med patienterna och skapa relationer men de upplevde att sjukhusledningen var inriktad på kostnader (Pinkert et al., 2017).

Brist på kunskap och ansvar

Sjuksköterskorna rapporterade ofta att de saknade demensspecifik utbildning och träning. En sjuksköterska uppgav sig aldrig ha vårdat PmD i sitt yrkesliv eftersom patientgruppen var ovanlig i hemlandet (Dookhy & Daly, 2021; Hynninen et al., 2014; Scerri et al., 2020; Pinkert et al., 2018). Kunskapsbrist var en faktor till frustration och svårigheterna att vårda PmD. Det ledde till utmattning bland sjuksköterskorna, att ansvara för PmD ansågs särskilt utmanande (Hynninen et al., 2014; Jensen et al., 2019). Brist på utbildning gjorde att mer erfarna sjuksköterskor blev förebilder för hur de hanterade PmD (Fukuda et al., 2015; Minaya-Freire et al., 2020). Vissa sjuksköterskor kunde beskriva olika typer av förvirrade äldre patienter inom akutvården, men verkade ändå inte kunna skilja på akut och kronisk konfusion (Moyle et al., 2011). Det fanns en osäkerhet kring bedömning och vård av PmD och delirium (Moyle et al., 2010; Scerri et al., 2020). Det kommenterades att det inte fanns några protokoll för att bedöma patienter man misstänkte hade kognitiva svårigheter. Därför sattes inte heller några differentialdiagnoser (Scerri et al., 2020). De beskrev att vårdmissar skedde på grund av okunskap, till exempel beskrev en sjuksköterska att de missat cancermetastaser hos en PmD då de trodde att patienten tappat sin matlust till följd av demenssjukdomen (Fukuda et al., 2015).

Sjuksköterskorna kände att utbildning och träningstillfällen borde erbjudas regelbundet för att vara uppdaterade i vård för att bemöta reaktionsbeteenden (Dookhy & Daly, 2021; Scerri et al., 2020; Pinkert et al., 2018; Yous et al., 2019). De efterfrågade utbildningar i smärta och smärtskattning hos PmD samt farmakologi. När det gällde demenssjukdom och smärta uttryckte deltagare att de låg långt efter i kunskap, både hur läkemedel interagerar med varandra och att PmD inte får förebyggande smärtlindring om de inte ger uttryck för smärta (Minaya-Freire et al., 2020). Samtliga sjuksköterskor i en studie ansåg att mer kunskap borde möjliggöra samarbete mellan olika vårdgivare och förkorta sjukhusvistelsen för PmD (Krupic et al., 2016). I en studie kritiserade sjuksköterskorna utbildningar för att vara fokuserade på patologiska förändringar i hjärnan snarare än personcentrerad vård (Dookhy & Daly, 2021). Vissa sjuksköterskor uttryckte en tveksamhet till att utbildning och träning behövdes (Pinkert et al., 2018; Scerri et al.,

2020). Demenssjukdom uppfattades som obotlig och sjuksköterskorna vill inte lägga kraft på fortbildning när sjukdomen inte går behandla. De inte tyckte att det gav något (Pinkert et al., 2017). För att minska ålderism föreslog en sjuksköterska fortbildning i empatiskt förhållningssätt mot PmD (Scerri et al., 2020).

En sjuksköterska beskrev att extra vårdpersonal kallades in för att sitta hos en PmD och att dessa i flera dagar missat att patienten kunde vara förstoppad. Samtidigt uttryckte sjuksköterskan att det inte var deras ansvar att ta hand om PmD då dessa hade övervakning (Moyle et al., 2010). Deltagarna tenderar att tänka att sjukhuset inte är en passande plats för PmD. Därför känner de sig inte heller ansvariga för att ändra deras dagliga rutiner eller anpassa vården till de behov PmD har (Pinkert et al., 2018). Sjuksköterskor beskrev att PmD var stämplade som ohjälpliga och att ingen ville ta ansvar för att hjälpa dem. De var lågprioriterade och delirium var en anledning till att patienten inte fick rehabilitering (Moyle et al., 2010).

Att uppleva vårdmiljön bristfällig

Sjukhusets strategi jobbade inte mot att vårda PmD. Det var starkt fokus på att hantera akuta problem i sjukhusmiljön vilket ledde till att PmD prioriterades ner (Moyle et al., 2011; Pinkert et al., 2018; Scerri et al., 2020). Fokus på att påskynda utskrivningar gjorde arbetet utmanande och blev en barriär för att utföra optimal omvårdnad till PmD (Yous et al., 2019). Några sjuksköterskor såg att PmD sällan kunde anpassa sig till miljön men konstaterade att sjukhuset var fel plats och olämplig för att vårda denna patientgrupp (Eriksson & Saveman, 2002; Jensen et al., 2019; Pinkert et al., 2018). Att vårda PmD gav upphov till konflikt mellan standardiserade vårdplaner som var behandlingsinriktade och en holistisk personcentrerad vård. Vissa sjuksköterskor föreslog en lösning till den rigida följsamheten till standardiserade vårdplanerna, där individuella vårdplaner borde införas för PmD. En flexibel behandlingsplan borde vara en hjälp till att ge optimal vård till PmD (Jensen et al., 2019). Den akuta miljön sågs som en barriär till optimal vård (Moyle et al., 2011). Sjuksköterskorna beskrev akutmiljön som okänd och överstimulerande för PmD. Den är högljudd, instabil och kaotisk med stökiga genomfartskorridorer, mycket människor vistas i lokalerna och transporter av utrustning i och mellan avdelningar. Sammantaget beskrevs sjukhusmiljön öka förvirringen hos PmD (Eriksson & Saveman, 2002; Dookhy & Daly, 2021; Jensen et al., 2019; Nolan, 2007; Scerri et al., 2020; Yous et

al., 2019). Miljön ansågs dessutom vara osäker, till och med en farlig plats för PmD att vistas i, särskilt nattetid för patienter med vandringsbeteende eftersom det var en korridorliknande layout (Borbasi et al., 2006; Dookhy & Daly, 2021; Nolan, 2007; Pinkert et al., 2018; Scerri et al., 2020). Detta skapade oro och överdriven vaksamhet hos sjuksköterskorna för att inte tappa bort patienten (Moyle et al., 2011; Nolan, 2007; Pinkert et al., 2018). De beskrev en frustration över att PmD hade svårt att hitta rätt på avdelningen (Eriksson & Saveman, 2002; Scerri et al., 2020). Toaletter låg för långt från rummen och PmD hade svårt att hitta dessa eller inte hittade tillbaka (Borbasi et al., 2006). Sjuksköterskorna insåg att det var viktigt att identifiera akut delirium för att kunna planera vården men när patienten var bedömd lida av kronisk konfusion skiftade prioriteringen från vård till att minimera risker för skador på patienten, andra patienter eller personal (Moyle et al., 2011). Stressig miljö gav upphov till frustration hos sjuksköterskorna över att inte kunna bemöta behoven hos PmD hela tiden (Yous et al., 2019). Den oförutsägbara arbetsmiljön komplicerades av de kontinuerligt ändrade behov som PmD har (Nolan, 2007). Prioriteten blev att skriva ut PmD så fort som möjligt (Borbasi et al., 2006).

Förslag för att minska användande av begränsningsåtgärder lämnades, exempelvis att färgkoda avdelningen, skylta toaletter, använda larm och sensorer samt använda låga sängar till PmD för att minska risker för fall (Scerri et al., 2020). Sjuksköterskorna gjorde sitt bästa för att skapa en trygg miljö för PmD. De informerade varandra om en patient exempelvis är ostadig på benen vilket ökade säkerheten (Hynninen et al., 2014). Deltagare förespråkade skapandet av en demensvänlig miljö avsedd för att minska risker och att en miljö med rätt stimuli och adekvat bemanning skulle ha potential att återge PmD full värdighet (Borbasi et al., 2006; Dookhy & Daly, 2021). Sjuksköterskor föreslog att man borde anställa en sjuksköterska med spetskompetens i demenssjukdomar (Scerri et al., 2020).

Kommunikationssvårigheter i omvårdnaden

Svårigheter att tolka och förstå PmD

Den kommunikativa förmågan hos PmD är nedsatt vilket gjorde det svårt med samspelet mellan patienten och sjuksköterskan. Det var svårt för sjuksköterskorna att tolka beteenden få en fullständig uppfattning och förståelse för att kunna utföra

riskbedömningar (Hynninen et al., 2014; Fukuda et al., 2015). De flesta PmD kunde inte komma ihåg vad de lider av, förklara sin situation, deras nuvarande behov eller deras medicinska historia vilket ökade komplexiteten i omvårdnaden (Borbasi et al., 2006; Krupic et al., 2016). Tålmod var en viktig egenskap hos sjuksköterskan. Det hjälper till exempel inte att påpeka att patienten ska ligga stilla när han eller hon inte minns det sedan. Deltagarna uttryckte att den första kontakten med PmD skulle innehålla en introduktion anpassad till patientens kognitiva förmåga medan sjuksköterskorna försökte göra sig en bild av patientens nuvarande miljö och behov (Krupic et al., 2016).

Svårigheterna hos PmD att uttrycka och beskriva smärta gjorde det svårt för sjuksköterskorna att veta om denne hade ont och i så fall var (Eriksson & Saveman, 2002; Minaya-Freire et al., 2020; Tsai et al., 2023). Det upplevdes vara svårt för PmD att förstå och tolka smärtskalor. Den delade uppfattningen mellan sjuksköterskorna var att skattningarna ofta misstämde på denna patientgrupp. Vissa sjuksköterskor upplevde att det var onödigt att använda smärtskalor i dagliga omvårdnaden eftersom de kunde observera patienten och göra en klinisk bedömning. Ibland ändrade sjuksköterskorna patientens självskattade siffra eller valde att inte använda smärtskattningsinstrument (Tsai et al., 2023). Sjuksköterskorna tittade efter fysiska uttryck som exempelvis grimaser och motorisk orolighet hos patienten för att förstå om patienterna hade ont (Minaya-Freire et al., 2020; Tsai et al., 2023). När de frågade PmD om smärta så använde de kroppsspråk och pekade på olika kroppsdelar för att möjliggöra att patienten förstår frågan (Minaya-Freire et al., 2020). Både verbal och icke-verbal kommunikation ansågs viktig och borde hela tiden kombineras. Den icke-verbala kommunikationen ansågs som viktigare för att PmD skulle få en trygg upplevelse (Krupic et al., 2016). Ofta använde sjuksköterskor trial-and-error när det gällde smärtlindring. Det hände att smärtlindring inte administrerades eller att PmD fick smärtlindring och sedan visade det sig vara något annat fel (Eriksson & Saveman, 2002; Tsai et al., 2023). Ogyynnsamma läkemedelsreaktioner och inadekvat smärtlindring gjorde att sjuksköterskorna upplevde en ytterligare förlust i kommunikationen. Under stress kunde sjuksköterskorna glömma att frakturerade PmD förmodligen behövde mer smärtlindring och ångestdämpande innan transporter. De uttryckte att det skulle kunna påverka samarbetet mellan sjuksköterskan och patienten positivt om PmD var gott smärtlindrad (Krupic et al., 2016).

Trots alla uppenbara svårigheter nämnde deltagarna vikten av att ha tålamod och ge specifik information för att möjliggöra för PmD att delta i omvårdnaden. En sjuksköterska uttryckte att det var viktigt att hela tiden vara försiktig i mötet med PmD. Det kunde innebära att man tänkte på röstläge, hur sjuksköterskan berörde eller förflyttade patienten eller till och med hur man tog på patienten operationsmössan (Krupic et al., 2016).

Svårigheter att ge omvårdnad och genomföra behandlingar

Sjuksköterskorna beskrev att det var svårt när PmD inte förstod varför de låg på sjukhus eller vad som hade hänt (Eriksson & Saveman, 2002; Hynninen et al., 2014; Krupic et al., 2016). De upplevde att PmD kunde se personalen som hotfulla vid smärtsamma kontroller och att beteenden kunde förvärras när patienterna trodde att vårdpersonalen ville skada dem, vilket ledde till felvärden i parametrar. Det gjorde det svårt att utföra grundläggande vård (Eriksson & Saveman 2002; Krupic et al., 2016; Yous et al., 2019). PmD krävde mer tid, kraft och kunnande än normalt i ett flertal aspekter kring omvårdnaden, till exempel att äta och vid hjälp med personlig hygien på grund av kommunikationsnedsättningar (Hynninen et al., 2014; Pinkert et al., 2018; Yous et al., 2019). Administrering av läkemedel till PmD kunde ta tre gånger så lång tid som till en annan patient (Borbasi et al., 2006).

Sjuksköterskor beskrev en känsla av hjälplöshet i att inte kunna kommunicera att de ville hjälpa patienten att bli frisk (Yous et al., 2019). Det gav upphov till frustration över att målet med samarbete mellan patient och vårdpersonal inte kunde uppfyllas (Eriksson & Saveman, 2002). De beskrev att PmD hade en stark egen vilja och kunde vägra såromläggningar och mediciner eftersom de kanske inte förstod fördelarna med behandlingarna (Hynninen et al., 2014; Yous et al., 2019). PmD hade svårt att ansluta sig till restriktioner av medicinsk behandling (Fukuda et al., 2015). Sjuksköterskorna uttryckte oro för hur de tekniska aspekterna i vården påverkades när PmD till exempel drog ut en perifer venkateter, infusion eller slet av såromläggningar (Hynninen et al., 2014; Moyle et al. 2010). Även om vårdpersonal exempelvis försökte gömma infusionsslangen i bandage eller långärmade tröjor så uppgavs att patienter ha dragit bort dessa vid nästa omvårdnadstillfälle (Fukuda et al., 2015). En sjuksköterska beskrev att en patient slitit av såromläggningen och ersatt det med pappershanddukar (Hynninen et al., 2014). Den inneboende osäkerheten hos sjuksköterskor att vårda PmD ökade

engagemanget hos vissa av sjuksköterskorna. De försökte lära känna patienterna och bygga goda relationer genom att samla in biografisk kunskap från patienterna eller deras anhöriga (Pinkert et al., 2018).

Svårigheter att bemöta reaktionsbeteenden

Även om sjuksköterskor generellt försökte förstå anledningen till reaktionsbeteenden, så upplevde de sig utmanade av miljö, organisatoriska, känslomässiga och kunskapsmässiga brister. Dessa brister ökade komplexiteten av att vårda PmD (Borbasi et al., 2006; Dookhy & Daly, 2021). Sjuksköterskorna kände osäkerhet gällande att jobba mot PmD eftersom denna patientgrupp kunde reagera på väldigt olika sätt och kunde uppvisa mycket utmanande beteenden (Borbasi et al., 2006; Pinkert et al., 2018). Flera miljöombyten, oro när patienten inte känner igen andra på sjukhuset, smärtsamma behandlingar och olika begränsningsåtgärder orsakar problematiska beteenden som att falla och vandra. PmD hade ofta svårt att förstå omständigheterna och kunde bli utåtagerande och irrationella (Fukuda et al., 2015; Hynninen et al., 2014). Att vistas på sjukhus verkade vara en svår upplevelse för dessa patienter och reaktionsbeteendena förstärktes också av ökad ångest hos patienten (Eriksson & Saveman, 2002; Hynninen et al., 2014). En sjuksköterska upplevde att tristess kunde öka på konfusion hos PmD när de bara kunde vistas på rummet (Yous et al., 2019). Sjuksköterskorna förstod att de måste notera små tecken på beteendeförändringar så tidigt som möjligt. De förstod dock ofta inte sambandet mellan en händelse och en reaktion förrän efteråt exempelvis att patienter kunde falla när de snubblade över möbler (Fukuda., 2015). Det upplevdes svårt att att se på medan PmD blev alltmer oroliga och konfysa (Eriksson & Saveman, 2002). Sjuksköterskorna var frustrerade över att de inte kunde göra något åt att PmD vandrade omkring, plockade på andra patienter, deras saker och drog upp draperier mellan sängarna (Eriksson & Saveman, 2002; Fukuda et al., 2015). Skrikbeteenden, gråt och repetitiva frågor upplevdes som svårast att bemöta men sjuksköterskorna uttryckte förståelse för att det var den kommunikativa barriären som yttrade sig i att PmD tog till reaktioner som exempelvis sparkar, skrik och bett (Yous et al., 2019).

PmD som uppvisade irritation och aggression behövde mer tid för att försäkra att hans eller hennes individuella behov blev tillsedda med respekt för personen (Nolan, 2007). Irriterade och förvirrade PmD ledde ofta till kritiska situationer där sjuksköterskorna

upplevde sig hjälplösa (Pinkert et al., 2018). De upplevde att det var omöjligt att gå nära och utföra kontroller när PmD hade aggressiva utbrott eftersom patienterna kunde bli extremt starka vid sådana tillfällen. PmD kunde även anklaga personal för att stjäla (Eriksson & Saveman, 2002; Hynninen et al., 2014). Sjuksköterskorna tenderade backa undan om en patient blev aggressiv (Nolan, 2007). De upplevde att andra patienter och annan personal var rädda för PmD och behövde omsorg i många sådana situationer (Eriksson & Saveman, 2002; Fukuda et al., 2015). Sjuksköterskorna upplevde att organisationen inte gjorde något för att bemöta och förhindra händelserna (Yous et al., 2019). Samtidigt uttryckte vissa sjuksköterskor att de försökte kontrollera sina egna känslor av ilska och frustration när de råkat ut för våldsamma fysiska reaktionsbeteenden hos PmD (Yous et al., 2019). De upplevde en sorgsenhet över att tänka att det var något som utlöste beteendet, inte att patienten varit elak eller velat slå. Sjuksköterskorna delade uppfattningen att agitation och rädsla hos PmD kunde utspringa från en osäkerhet om vad som skulle hända den närmaste tiden (Krupic et al., 2016; Yous et al., 2019).

Sjuksköterskorna upplevde sig tryggare i närvaro av en PmD som inte var aggressiv och upplevde att det var lättare att uppnå samarbete i de fallen (Nolan, 2007). Det upplevdes viktigt att vårdpersonalen respekterade och såg personen bakom beteendet (Krupic et al., 2016). Att formulera individuella vårdplaner till varje person upplevdes som en central strategi i att aktivt lösa reaktionsbeteenden (Dookhy & Daly, 2021). Andra strategier som upplevdes underlätta i omvårdnaden av PmD var ett autentiskt engagemang till PmD exempelvis med meningsfulla samtal och att genom olika minnesmetoder försöka ta reda på patientens tidigare upplevelser samt att bejaka patientens uppfattning av tid och rum (Dookhy & Daly, 2021; Jensen et al., 2019).

Det personcentrerade mötet

Att individanpassa omvårdnaden och normalisera vårdmiljön

I flera studier beskrev sjuksköterskorna hur de på olika sätt försökte individanpassa omvårdnaden för PmD (Eriksson & Saveman, 2002; Borbasi et al., 2006; Nolan, 2007; Hynninen et al., 2014; Pinkert et al., 2017; Yous et al., 2019). Kreativitet och kritisk reflektion hjälpte till i processen att förstå och anpassa omsorgen till varje individ vilket upplevdes göra omvårdnadssituationerna mer givande (Pinkert et al., 2017). För en PmD som är förvirrad eller ångestfylld kunde det vara mer passande att sitta ner och samtala

med denne istället för att följa dagliga rutiner kring personlig omvårdnad (Pinkert et al., 2018). En aggressiv patient kunde må bättre av att vara ifred en stund medan en ångestfylld patient kunde behöva försäkras om att det fanns flera personer som var redo att hjälpa patienten (Krupic et al., 2016). Sjuksköterskans personlighet upplevdes vara en faktor som ökade patientens villighet till samarbete (Jensen et al., 2019). De sjuksköterskor som hade ett lugnt sätt, lyssnade till patienten och talade med en mjuk röst upplevdes mer respektfulla och förstående i sitt bemötande. De var även mer benägna att uppnå samarbete med PmD (Hynninen et al., 2014; Jensen et al., 2019; Minaya-Freire et al., 2020; Tsai et al., 2023; Yous et al., 2019). Sjuksköterskorna försökte ge PmD högre prioritet, mer tid planerades för vård av PmD så att personalen kunde respektera patientens integritet och person (Nolan, 2007; Pinkert et al., 2017; Yous et al., 2019). Det upplevdes att tid som spenderades med PmD utgjorde en stor positiv påverkan på deras välmående (Borbasi et al., 2006; Hynninen et al., 2014).

Att bygga trygga relationer ansågs vara en nödvändig förutsättning för att lära känna PmD (Dookhy & Daly, 2021; Pinkert et al., 2018). Relationen till PmD möjliggör att sjuksköterskan fokuserar mer på patientens välmående än att utföra uppgifter och att bryta rutiner flyttar perspektivet från sjukdomsorienterad vård till personcentrerad vård (Pinkert et al., 2018). Att etablera en sund kommunikation med dessa patienter upplevdes öppna dörrar för både patientens sinnesnärvaro och att PmD kunde ge uttryck för sina behov. Tonvikten lades på att vårdpersonal inte avpersonifierade PmD. En sjuksköterska beskrev att det för denna innebar att bemöta PmD på samma sätt som med andra patienter, det vill säga, att presentera sig själv, kontrollera patientens identitet och att fråga om allergier för att få en viss uppfattning om patientens tillstånd (Krupic et al., 2016). En sjuksköterska upplevde att de vunnit mycket i kommunikationen genom att bemöta patienten lugnt och börjat med att skapa en relation, men uttryckte också att det kunde kännas ovant och svårt att be någon sitta ner och titta i fotoalbum tillsammans (Pinkert et al., 2017).

Sjuksköterskorna använde sig av mentala övningar, fysisk närvaro och mild beröring i omvårdnaden av PmD (Hynninen et al., 2014). Ofta kunde det räcka med att sträcka till sänglakan, lägga på patienten en varm filt eller följa patienten till toaletten för att lugna denne (Tsai et al., 2023). Ibland räckte det med en lugn hand på patientens axel för att

PmD skulle bli lugn (Krupic et al., 2016). Vissa åtgärder krävde ingen insats, exempelvis att lägga fram en tidning till patienten som denne kunde läsa själv (Yous et al., 2019). En positiv atmosfär upplevdes välgörande för att få ett samspel med patienterna. Sjuksköterskorna försökte skapa en lugn miljö och använde sång eller samtal om gamla tider för att avleda patienterna vid behandlingar (Hynninen et al., 2014). Sjuksköterskorna försökte hitta saker från patienternas historia som var glädjefyllda och gav positivt gensvar hos PmD, exempelvis namn, rutiner, sång och musik (Yous et al., 2019). De försökte anpassa omvårdnaden efter patientens kommunikativa förmåga och använde icke-farmakologiska åtgärder och strategier i omvårdnaden, till exempel upplevdes det att PmD inte alltid kunde hantera larmet och därför placerades de inte ensamma i ett stort rum och de fick tillsyn oftare än andra patienter (Hynninen et al., 2014). Ofta placerades PmD i enkelrum för att minska stressen som andra patienter kunde utgöra (Jensen et al., 2019).

Genom att sätta upp skyltar, en klocka på väggen och ställa fram foton på familjen försökte vårdpersonal normalisera och tydliggöra miljön (Borbasi et al., 2006). En hel avdelning renoverades för att skapa en mer hemma liknande och igenkännande miljö för att förbättra orienteringen (Pinkert et al., 2018). Anestesisjuksköterskor upplevde att det i operationsproceduren kan vara svårare att nå fram till PmD. De uppmuntrade därför sjuksköterskorna att ta med saker som PmD kände igen till operationssalen, exempelvis en kudde, en kopp de nyss druckit kaffe ur eller en hatt (Krupic et al., 2016).

Att säkerställa kontinuitet i omvårdnaden och att arbeta i multiprofessionella team

Sjuksköterskorna upplevde att kontinuitet i arbetet var till stor hjälp. Kontinuiteten säkerställde att PmD blev vårdad av personal som kände till deras rutiner och uppmuntrade till kommunikation kring rutiner mellan olika vårdare. Det innebar att vårdpersonalen tog hänsyn till förändrade förutsättningar hos PmD och omvärderade deras behov. De försökte se till att så få personal som möjligt tog hand om PmD (Eriksson & Saveman, 2002; Yous et al., 2019). Några sjuksköterskor upplevde att det var lätt att arbeta med PmD. De sjuksköterskor som hade en positiv attityd mot PmD indikerade att det var givande att möta personen snarare än att fokusera på det dementa beteendet. Dessa sjuksköterskor upplevde omvårdnaden mot PmD som en positiv utmaning (Jensen et al.,

2019). Ett sjukhus hade nyligen infört en sjuksköterskeroll med spetskompetens mot PmD. Denna sjuksköterska sågs som en stark förebild och arbetade utifrån patientens perspektiv. Sjuksköterskan själv upplevde en känsla av glädje att se kollegor använda strategier och interagera i möten med PmD (Borbasi et al., 2006).

Om det var möjligt så kallades extra personal in vid omvårdnaden av PmD. Dessa kunde erbjuda personliga möten med PmD och upplevdes av vissa sjuksköterskor som en bra intervention om en patient var orolig. Biträdena frigjorde tid till sjuksköterskor att kunna möta andra patienter (Dookhy & Daly, 2021; Hynninen et al., 2014). Sjuksköterskor upplevdes till stor del påverka om kollegorna var stöttande mot PmD och att få ihop samarbetet med det multiprofessionella teamet (Borbasi et al., 2006). De professionella rollerna i teamet upplevdes som överlappande, där varje profession gav sitt perspektiv och hade en specialitet som inte gick att deligera (Borbasi et al., 2006; Eriksson & Saveman, 2002). Det multiprofessionella samarbetet upplevdes välgörande vad gällde helhetssynen i vården av PmD. Det öppnade upp vid informationsöverföring vilket underlättade vårdplaneringen kring PmD och sjuksköterskorna fick en vidare bild av patienten när fysioterapeuter och arbetsterapeuter delade sin syn på patienten. De flesta sjuksköterskorna upplevde att det blev enklare att vårda och hantera PmD när andra kollegor och professioner hjälpte till kring vården. Att se patienten interagera med andra gav bra information kring vad som fungerade i bemötande (Yous et al., 2019). Sjuksköterskorna samarbetade också med exempelvis musikerapeuter och konstterapeuter vilket upplevdes vara stimulerande och minska tristess hos PmD (Dookhy & Daly, 2021). Sjuksköterskorna upplevde att rondmöten var till stor hjälp. Under rondmötena fokuserade de på reaktionsbeteenden hos PmD, vilket upplevdes säkerställa att information om patienten kom fram och att bästa bemötande mot PmD kommunicerades mellan vårdpersonal. De ansåg att rondmötena hade bäst effekt när det gällde att se om vårdplanen behövde ändras för PmD med reaktionsbeteenden under sjukhustiden (Yous et al., 2019). Sjuksköterskorna såg både fördelar med och behov av att smärtbehandling borde ske multidisciplinärt (Minaya-Freire et al., 2020).

Att involvera anhöriga och vänner

Anhöriga sågs som nyckelpersoner i patientens vårdprocess och de deltog i beslut kring omvårdnaden (Hynninen et al., 2014). Sjuksköterskorna beskrev att genom att involvera

anhöriga i vården skapades också ett igenkännande hos patienten. De beskrev anhöriga som ett av det bästa och största tillgången som var välgörande för PmD (Borbasi et al., 2006; Yous et al., 2019). PmD kände sig trygga och lugnade ofta ner sig när de spenderat tid med sina anhöriga. Anhöriga även kunde kallas in nattetid när patienterna blev så aggressiva att sjuksköterskan inte kunde se till andra patienter (Fukuda et al., 2015). Sjuksköterskorna uppgav att de antog olika perspektiv och att prata med vänner och anhöriga till PmD var den lättaste och mest användbara resursen eftersom de kände personen bäst. Många problem uppstår under medicinsk behandling så sjuksköterskorna lyssnade till anhörigas åsikter och diskuterade med dem om prioriteringar kring omvårdnaden av PmD med reaktionsbeteenden (Fukuda et al., 2015; Yous et al., 2019). Sjuksköterskorna vände sig även till anhöriga för att få informerats samtycke till vård och behandling. Anhörigas förförståelse kunde bli ett hinder i patientens omvårdnad till exempel vid kost- och vätskerestriktioner. Ibland kunde det vara svårt att få anhöriga att involvera sig, oftast då för att de själva var gamla. I de fall där patienten inte hade anhöriga var det svårt att få samtycke till vård och behandling (Fukuda et al., 2015).

Komplicerade situationer med potentiella konflikter kunde uppstå mellan anhöriga och bemanningen eftersom familjemedlemmarna fick ta många beslut som patienterna vanligtvis skulle ta själva. Anhöriga kunde motsätta sig personalens råd och personalen upplevde att en inläggning ibland gav gav anhöriga lite andrum (Borbasi et al., 2006). Med minskat samarbete med anhöriga minskade också möjligheten till korrekt smärtlindring, då anhöriga ofta gav värdefull information kring patientens smärtupplevelser (Minaya-Freire et al., 2020). Trots att man såg fördelar med att involvera anhöriga i vården så lämnades bollen att ta kontakt ofta till de anhöriga (Moyle et al., 2011).

Att vara i gränslandet mellan etiska och oetiska förhållningssätt

Att vidta begränsningsåtgärder

Det var ett tydligt fokus på akutvård vilket förstärkte sjukdomsorienterad, standardiserad vård och komplicerade patientcentrerad, individanpassad vård. Vissa sjuksköterskor försökte upprätthålla rutiner genom fysiska eller kemiska begränsningsåtgärder (Pinkert et al., 2018). Begränsningsåtgärder sågs som ett alternativ och ibland motiverat att ta till för att hantera PmD som ansågs vara oregerliga, aggressiva eller våldsamma (Moyle et al.,

2011). Typer av begränsningsåtgärder som användes var exempelvis borttagande av gånghjälpmedel, sänggrindar eller administrerade av sederande läkemedel för att lugna patienten. De uttryckte att det var för patientens säkerhet (Borbasi et al., 2006). PmD förskrevs höga doser sederande läkemedel vilket kunde administreras i förväg till patienterna om dessa var kända som oroliga, för att rutinerna skulle flyta på och sjuksköterskorna skulle kunna rapportera i lugn och ro. Det uppfattades också som ett sätt att undvika att PmD skadar sig själv och andra (Eriksson & Saveman, 2002; Hynninen et al., 2014; Pinkert et al., 2017; Yous et al., 2019). Läkemedel sågs som en sista utväg som togs till i desperation när sjuksköterskorna upplevde att icke-farmakologiska åtgärder inte räckte till (Yous et al., 2019). De rapporterade minskat användande av begränsningsåtgärder som läkemedel och fastbindande, men uppgav att det ersatts av överdriven övervakning och att PmD placerades nära expeditionen för att hindra patienten att röra sig fritt. Dock förekom fastbindande av händerna på patienter för att avstyra mobilitet (Hynninen et al., 2014). Det ansågs ibland vara motiverat att kalla in säkerhetsvakter som fysiskt höll fast PmD tills patienten lugnat sig eller tills läkemedel kunde administreras och fick effekt (Hynninen et al., 2014; Moyle et al., 2011). Även extravak hos PmD användes för att förhindra fri rörlighet (Borbasi et al., 2014).

Stigmatisering, objektifiering och att uttrycka negativa attityder

Sjuksköterskor beskrev att objektifiering av PmD förekom. Flertalet sjuksköterskor var bekymrade över ålderism och negativa attityder som vissa sjuksköterskor hade mot PmD. Patienter blev stämplade som förvirrade, dementa eller socialfall. Det ledde till brist på värdighet mot dessa patienter vilket bekräftar att fokus på sjukdomen och dysfunktioner prioriterades före personen och dennes reaktioner till följd av sjukdomen (Jensen et al., 2019; Scerri et al., 2020). Sjuksköterskorna uppfattade PmD som förvirrade och såg inte bortom den förvirringen. De kunde uttrycka negativa attityder som exempelvis 'den här patienten har inte alla hemma' eller 'han är lite borta', men ingen satte sig ner med patienten och genomförde en grundlig kontroll för att finna en orsak till förvirringen (Borbasi et al., 2006). När sjuksköterskor tilldelades en PmD antog de att det skulle innebära svårigheter att utföra omvårdnaden. De uttryckte tankar som att PmD i grunden innebar besvär och hoppades att patienten inte skulle vara någon som ropade eller var förvirrad hela tiden (Jensen et al., 2019).

Sjuksköterskorna beskrev sina uppgifter som standardiserade och uppgiftsorienterade. De patienter som inte klarar anta rutinerna upplevdes som störande. PmD sades kräva för mycket av sjuksköterskornas tid och inkräktade på den tid de behövde för rutinmässigt arbete (Eriksson & Saveman, 2002; Pinkert et al., 2018). En sjuksköterska uttryckte att om en PmD inte kunde ta till sig rutiner, kom ut med en packad väska och hela tiden repeterade samma frågor så var denne störande (Pinkert et al., 2017). En sjuksköterska uttryckte att PmD borde stå åt sidan för de akuta patienterna. Hon tryckte på att det var det enda sjukhuset i området och att syftet var att ta emot akuta patienter (Scerri et al., 2020). Det ifrågasattes om PmD var akuta patienter och åsikter uttrycktes att dessa var mer i behov av aktiviteter i det dagliga livet. De uttryckte att PmD var i 'behov av barnvakter' för att inte dra ut nålar eller slita av omläggningar etcetera (Moyle et al., 2010). Vissa sjuksköterskor försökte därför skapa regler för akutvård till PmD och ville bara skriva in dessa patienter om de samtyckte till att skrivas ut efter senast två veckor eller att anhöriga kunde ta hand om dem efter utskrivning (Fukuda et al., 2015). Personcentrerad vård och att bevara värdigheten hos PmD blev åtsidosatt på grund av strävan efter säkerhet. En sjuksköterska beskrev att hon förklarar för övrig vårdpersonal att säkerhet alltid gick före värdighet när det gäller PmD, då bevarande av värdighet sågs som ett tillfälle för patienten att skada sig (Moyle et al., 2010).

Känslor av skuld och konflikt över begränsningar, tvång och våld i omvårdnaden

Att hjälpa någon som inte ville bli hjälpt upplevdes svårt. Vetskapen om att PmD kan uppleva sig utsatt för övergrepp var svårt att hantera. Sjuksköterskorna upplevde känslor av vanmakt, otillräcklighet och misslyckande över att inte kunna vårda PmD på det sätt de borde med tanke på deras kompetens. De gick ständigt med känslan att även om de hela tiden gav av sig själva så hade de inte varit förmögna att göra tillräckligt. (Eriksson & Saveman, 2002). Sjuksköterskorna upplevde en känslomässig konflikt i möten där PmD påvisade beteenden som uppfattades aggressiva. Den känslomässiga konflikten var mer kopplad till omständigheter i arbetet som hindrade dem från att uppnå maximal personcentrerad vård, snarare än mot PmD (Dookhy & Daly, 2021). Sjuksköterskorna blev ibland tvungna att ta kliniska beslut för PmD för att information om patienten saknades eller för att patienten inte kunde kommunicera. Att inte veta om utgången var god för patienten gjorde att sjuksköterskor gick hem med tankar på om de tagit rätt beslut.

Tankarna kunde följa dem under lång tid (Jensen et al., 2019). De beskrev ett dilemma mellan bristen på tid för att kommunicera med PmD och att vetskapen att tiden med patienten skulle hjälpa till att upprätthålla kognitiva förmågor (Fukuda et al., 2015). Något som bekymrade sjuksköterskor var att andra patienter larmade efter personal och berättar att PmD har gjort olika saker (Hynninen et al., 2014). Deltagare uttryckte att det inte var bra att ta till begränsningsåtgärder men att det upplevdes nödvändigt i vissa situationer (Moyle et al., 2011). Sjuksköterskorna uttryckte frustration över att de ibland var tvungna att administrera läkemedel till PmD mot dennes vilja. De beskrev en maktlöshet över att PmD utsattes för alltför många onödiga undersökningar och att vårdpersonalen ibland var tvungna att bruka våld för att kunna ta prover på patienten. Patientens värdighet gick förlorad eftersom sjuksköterskorna ville att han eller hon skulle bli bättre (Eriksson & Saveman, 2002). Sjuksköterskorna upplevde ibland att vårdpersonalen inte upprätthöll patientens värdighet och autonomi. Särskilt tydligt blev det när man beslutade om fysiska begränsningsåtgärder (Scerri et al., 2020). Ibland låste sjuksköterskorna avdelningens ytterdörr för att inte PmD skulle försvinna. Det ledde till irritation hos övriga patienter (Eriksson & Saveman, 2002). Extravakande vårdbiträden sågs inte som en särskilt god omvårdnad av vissa sjuksköterskor som beskrev känslor av skuld över att patienterna inte fick röra sig fritt på avdelningen (Nolan, 2007). Anhöriga blev frustrerade när patienten drog ut venkatetrar och slangar. Sjuksköterskorna vittnade om anhörigas övergrepp och slag mot PmD. Sjuksköterskorna uttryckte att de borde stå på patientens sida men att de ignorerade övergreppen för att arbetet skulle flyta på (Fukuda et al., 2015).

Att spendera mer tid med PmD som behöver omsorg är inte alltid lätt och utan känslor av moralisk konflikt. Sjuksköterskorna upplevde en konflikt av att slitas mellan PmD och exempelvis cancerpatienter som är mitt i livet och behöver omsorg i sin cancerbehandling (Pinkert et al., 2018). De beskrev också känslomässiga konflikter över medicinska och livsuppehållande behandlingar som genomfördes på PmD trots att det innebar en stor fysisk påfrestning eller rörelsebegränsning för patienten. En sjuksköterska beskrev en känsla av sorg när en PmD i 90 års åldern ordinerades en påfrestande cytostatikabehandling för att förlänga livet med en till två månader. I stället hade patienten kunnat få umgås med familjen sista tiden, äta vad han eller hon ville och göra saker han eller hon tyckte om (Fukuda et al., 2015).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens syfte var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med demenssjukdom på sjukhus. Jag ställde två frågor; *Vad påverkar sjuksköterskans upplevelse i omvårdnaden av patienter med demenssjukdom? Finns det skäl att oro sig för omvårdnaden av demenssjuka patienter?* Resultatet från litteraturöversikten utgjordes av kategorierna: *Utmaningar på organisationsnivå, Kommunikationssvårigheter i omvårdnaden, Det personcentrerade mötet* samt *Att vara i gränslandet mellan etiska och oetiska förhållningssätt*. Resultatet diskuteras mot annan relevant forskning samt mot Katie Erikssons caritativa teori om att lindra lidande (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Vad påverkar sjuksköterskornas upplevelser i vården av PmD?

Litteraturöversikten visar komplexiteten att vårda PmD på sjukhus. Det krävs mer tid, resurser, kunskap och samarbeten i vårdsituationer av PmD än av andra patienter. Det kräver också stöd från ledning, god kommunikation och samarbete med såväl kollegor, andra professioner samt andra vårdgivare. Resultatet i litteraturöversikten visar att multiprofessionella samarbeten gjorde att sjuksköterskorna fick en vidare bild av PmD och dennes förmågor. Sjuksköterskorna såg både fördelar med och behov av att smärtbehandling borde ske multidisciplinärt.

Ekman et al., (2011) tar upp vikten av partnerskap, patientberättelse och dokumentation i vården av PmD, detta för att omvårdnaden ska ske med respekt för individen. En väldokumenterad hälsoplan ligger som grund för ett gott samarbete mellan patienten, dennes anhöriga, sjuksköterskan och olika professioner (Ekman et al., 2011).

Föreliggande studie visar att många sjuksköterskor upplevde sig ensamma i omvårdnaden av PmD i en yrkesroll med mycket krav på sig. De var ofta stressade över att inte hinna med andra arbetsuppgifter. Sjuksköterskorna beskrev att de försökte individanpassa omvårdnaden och att arbeta multiprofessionellt samt att ta hjälp av anhöriga och vänner till PmD underlättade både omvårdnadsmässigt och det innebar också att sjuksköterskorna såg på PmD med andra ögon i positiv bemärkelse. Keuning-Plantinga et al., (2022) bekräftar att den största hjälpen kring omvårdanden av PmD hämtas från professionell kunskap om personen, det specificerat till kollegor och anhöriga. Sjuksköterskorna saknade både kunskaper samt upplevde brister i bemötande, bedömningar och hur man

bäst hanterat reaktionsbeteenden och de efterfrågade mer utbildning och kunskap om demenssjukdomar, delirium, depression, gerontologi samt läkemedel både generell medicinering, och specifikt relaterat till reaktionsbeteenden (Keuning-Plantinga et al., (2022).

Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2024) är det nödvändigt att sjuksköterskan besitter kunskap och kunnande om beteendevetenskap som är relevant i omvårdnaden av PmD (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024). Litteraturöversiktens resultat visade att reaktionsbeteenden skapade oro och rädsla hos såväl, personal som rumskamrater och anhöriga, vilka behövde stöd och omsorg i många sådana situationer. Sjuksköterskorna kände sorg, frustration och uppgivenhet i att inte alltid kunna förmedla omsorg till patienten. Grunden i Erikssons caritativa vårdmodell som bygger på närhet, omtanke och att vara närvarande och dela patientens lidande (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Trots att reaktionsbeteenden som ilska och aggression skapade oro så visar Keuning-Plantinga et al., (2022) att de flesta sjuksköterskor reagerar med vårdhandlingar. Vårdhandlingarna kunde bestå i att vara närvarande, samtala eller erbjuda aktiviteter (Keuning-Plantinga et al., (2022). Caspi (2013) menar att det är viktigt att skilja på vad i beteendet hos patienten som är en patologisk förändring och vad som är betingat av yttre omständigheter (Caspi, 2013). Resultatet i litteraturöversikten visar att PmD hade en stark vilja och om de vägrade undersökningar eller inte var följsamma till behandlingar så sågs patienterna som besvärliga och blev en orsak till sjuksköterskornas arbetsbelastning och upplevda stress. Sjuksköterskorna upplevde känslor av vanmakt, otillräcklighet och misslyckande över att inte kunna vårda PmD på det sätt de borde med tanke på deras kompetens. Bristande resurser utgjorde en stor barriär för att nå målet med delaktighet i vården. Ghafourifard et al., (2022) studerade compassion i en vårdande kontext. De bekräftar den organisatoriska kulturen som en stark faktor som påverkade sjuksköterskornas kapacitet att utföra omvårdnad med compassion (Ghafourifard et al., 2022).

Rodhner (2014) beskriver att reaktionsbeteenden kan förvärras av brister i omvårdnaden och överaktivitet (Rodhner, 2014). Resultatet visar att sjuksköterskorna önskade att de kunde sitta ner med PmD för att skapa en relation och därmed möjliggöra ett samarbete där målet med delaktighet i vården kunde uppfyllas. Det rapporterades att när sjuksköterskan kunde spendera tid med PmD så utgjorde detta en stor positiv påverkan på

välmående hos patienterna eftersom fokus tenderade skifta mot patientens välmående. I studien av Ghafourifard et al., (2022) bekräftar en sjuksköterska att det hjälpte att försöka sätta sig in i ”patientens skor” och att det förhöjde känslan av compassion (Ghafourifard et al., 2022). Om det ställs mot Erikssons caritativa vårdteori så utför sjuksköterskorna vårdhandlingen *bry sig om*. Den vårdaktivitet han, hon eller hen tar till är att *sitta ner, lyssna på* patienten och visa patienten *omtanke*. Effekten blir att patienten kan uppleva att sjuksköterskan bryr sig om denne (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Finns det skäl att oro sig för omvårdnaden av demenssjuka patienter?

Edberg (2014) belyser svårigheten att avläsa symtom och tolka PmD och att detta leder till en ökad risk för att patientgruppen inte får relevant vård (Edberg, 2014). Föreliggande studie fann att sjuksköterskorna upplevde påtryckningar att skriva ut PmD så fort som möjligt. Press från organisationens håll att hålla nere kostnader och öka patientomsättningen samt stress i ett krävande arbete. Symtomskattningar och bedömningar av hälsotillstånd utfördes inte då det upplevdes svårt och tidskrävande att kommunicera med PmD. Nyström et al. (2003) har studerat olika perspektiv av icke-vårdande möten. Enligt patienter i studien upplevde de sig ignorerade av sjuksköterskorna under många timmar i väntan på undersökningar. Det flesta patienterna uttryckte inte sina önskningar och en konsekvens blev att ingen såg till deras omvårdnadsbehov (Nyström et al., 2003). Enligt riktlinjer från Socialstyrelsen (2017ab) syftar behandling till att lindra symtom och mildra besvär för PmD (Socialstyrelsen, 2017 ab). Sjuksköterskornas upplevelser av brister i kunskap, tid, resurser och samarbeten ledde ofta till användande av fysiska och farmakologiska begränsningsåtgärder i vården av PmD. Brister i kunskap och tid minskade även chansen till att sjuksköterskorna i första hand valde farmakologiska metoder i stället för att hjälpa PmD att finna sig till rätta. Detta bekräftas i en studie av Digby et al., (2017) som visar en negativ bild av omvårdnaden av PmD, där en konsekvens av ett tydligt fokus på akut medicinsk vård ledde till att PmD prioriterades ner och sågs som störande i den normala rutinen. Säkerhetsåtgärder fick prioritet över patientens värdighet och det framkom att PmD ofta objektifierades (Digby et al., 2017).

Slutenvårdsmiljön är dåligt anpassad till de specifika behov PmD har (SDC, 2017).

Litteraturöversiktens resultat visar att en del sjuksköterskor verkade bli överväldigad av skuld och ambivalenta känslor mot PmD när man såg att patienternas värdighet gick

förlorad. Det var svårt att hantera vetskapen om att PmD kunde uppleva sig utsatt för övergrepp. Enligt Erikssons caritativa vårdteori så krävs det mod hos all vårdpersonal för att våga dela patientens lidande och att stå upp för patienten vid övergrepp i vården (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Ett tydligt och starkt ekonomiskt fokus från organisation och ledning kan vara en bidragande orsak till den omfattande objektifiering och stigmatisering PmD blev utsatta för, när sjuksköterskor tar till begränsningsåtgärder för att få arbetet att flyta på.

Flera deltagare i föreliggande litteraturstudie beskrev att de ändå försökte individanpassa vården och säkerställa kontinuitet så att så få personer som möjligt var inblandade i vården av PmD. Att bryta rutiner innebär att man byter perspektiv från sjukdomsorienterad till personcentrerad vård. De försökte att ta till olika icke-farmakologiska åtgärder i första hand och beskrev att patienten kunde reagera för att han eller hon frös, låg illa i sängen eller behövde besöka toaletten. För att samla in information beskrevs att sjuksköterskor engagerade sig i meningsfulla samtal och då använde olika minnesmetoder för att försöka närma sig patientens tidigare upplevelser. Resultatet visar att ett lugnt bemötande mot PmD och att börja med att skapa en relation upplevdes bidra till att mycket i kommunikationen vunnits. Enligt Erikssons modell så kan det vi själva ser som en liten handling ha stor betydelse för patienten och att handlingen utgår från att vilja minska patientens lidande (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Det bekräftas av Wiklund Gustin (2015) som beskriver att när en patient möts av en vårdpersonal med medkänsla lämnar det kvar en känsla hos patienten att bli tagen på allvar och att han, hon eller hen faktiskt betyder något (Wiklund Gustin, 2015).

Litteraturöversiktens resultat visar att sjuksköterskorna försökte skapa en positiv atmosfär med en lugn miljö och använde sång eller samtal om gamla tider som avledning vid behandlingar. De försökte normalisera omgivningen och skapa en mer igenkännande miljö för att förbättra orienteringen exempelvis sätta upp en klocka på väggen och ställa fram foton på familjen. Sjuksköterskorna planerade även in mer tid för PmD och prioriterade upp dem när det var möjligt. Dessa patienter placerades i enkelrum för att minska stimuli, och fick oftare tillsyn då PmD inte alltid larmar själva. Ställt mot Smith et al., (2010) som beskriver att när vårdpersonal utgår från compassion i vårdhandlingarna så kommer relationen att stå i centrum. Det kommer handla mer om att i grunden utmana

sina egna föreställningar om vad den demenssjuke önskar, än att enbart behandla andra som man själv vill bli behandlad (Smith et al., 2010). Förslag gavs att minska användande av begränsningsåtgärder med färgkodad avdelning, skyltar för toaletter, använda låga sängar och sensorer för att bland annat minska risker för fall hos PmD. En mer anpassad miljö för personer med demenssjukdom skulle kunna bidra till att PmD kan återges mer värdighet och självständighet.

Vårdmissar skedde på grund av brister i samarbete, utbildning, tid och resurser, då stress var en bidragande faktor till att använda begränsningsåtgärder och att inte kunna göra klart sitt arbete. Enligt McHugh et al., (2021) såg man att införande av lägre patienttal per sjuksköterska gav förkortad sjukhusvistelse hos patienterna och minskad 30 dagar mortalitet (McHugh et al., 2021). Även Bartmess et al., (2021) studerade sjuksköterska-patient-ratio och konstaterar att patienterna drog fördel av att sjuksköterskornas belastning minskade. Här noterades att högre ratio hade samband med högre fallincidenter, vårdrelaterade infektioner och förlängd vårdtid. Det var också 3 procent högre risk att sjuksköterskorna inte slutförde vårdprocessen för varje extra patient. Det var ökad risk för missade vårdmöjligheter, missade dokumentation och inkomplett vårdplanering (Bartmess et al., 2021).

I en studie av Glerean et al., (2019) framkom att sjuksköterskeyrket lockar av bland annat personliga övertygelser och möjligheten att hjälpa patienter och lyfta dessa från en plats av lidande till en annan plats samt möjligheter till vidareutveckling. En bra sjuksköterska ansågs bland annat vara positiv och modig (Glerean et al., 2019). Vad händer då när organisationens tydliga fokus på akutvård förstärker sjukdomsorienterad, standardiserad vård och komplicerar individanpassad vård? Någonstans där verkar sjuksköterskornas upplevelser förr eller senare påverkas negativt. Det är lätt att även här dra paralleller till Erikssons vårdteori. Det beskrivs att lidandet gör något hos människan som gör att denne inte känner igen sig och kan uppleva sig främmande för sig själv (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Det gäller inte minst sjuksköterskorna som antas söka sig till yrket av skäl att utgöra en positiv skillnad hos patienterna men upplever stress och belastning som kan utgöra ett hot mot patientsäkerheten i form av bristande dokumentation, bristande värdighet mot patienter och felbedömningar.

Metoddiskussion

En kvalitativ ansats valdes som metod då kvalitativ forskning riktas mot att undersöka upplevelser och erfarenheter. Sökningarna genomfördes i tre omvårdnadsinriktade databaser, vilket ökar trovärdigheten att hitta tillförlitliga artiklar. Vid sökningarna har fritextord använts. Totalt återfanns 945 artiklar i databaserna varav 10 artiklar ingick i granskningen. En manuell sökning genomfördes av artiklarnas referenslistor där fyra artiklar återfanns. Dessa artiklar var äldre än 10 år, som var den tidsbegränsning som sattes men artiklarna ansågs relevanta. Författaren har också bearbetat dessa fyra artiklar i den tidigare litteraturöversikten som påbörjades och ville gärna ta med dessa i slutförandet av arbetet. Samtliga 14 artiklar fick hög poäng vid granskningen som genomfördes med en granskningsmall för kvalitativ forskning. Dataanalysen följde Fribergs femstegsmodell som ansågs lämplig för examensarbetet. Det är en bra metod som användes för att följa en systematik där helheten från samtliga studier bröts ner och en ny helhet skapades. En kvalitativ studie som detta är innebär att arbetet inte helt går att överföras i liknande studier. Ett systematiskt arbetssätt ökar dock studiens överförbarhet. Urvalsprocessen och datainsamlingen är utförligt beskriven samt med tabeller vilket stärker litteraturöversiktens replicerbarhet. Några studier ingår från länder där exempelvis anhöriga förväntas delta aktivt kring omvårdnaden av patienter med demenssjukdom (Henricsson, 2017). Det är något som kan påverka överförbarheten då vi inte är vana vid detta i Sverige, även om många anhöriga själva vill involveras. Trovärdigheten till arbetet ökar genom att studier med samma design valts till litteraturöversikten samt att sökningen har genomförts i tre databaser med omvårdnadsfokus (Henricsson, 2017). I detta arbete kan författarens språkfärdigheter och begränsade kunskap om analysförfarande missa relevanta resultat som därför inte lyfts med i översikten. Etiska överväganden har beaktats och de artiklar som ingår i studien hade angivna etiska överväganden vilket stärker tillförlitligheten. Författaren är medveten om att den egna förförståelsen kan påverka det egna resultatet och strävan har varit att minska riskerna för detta. I detta arbete har författaren skrivit enskilt då det är ett tidigare arbete som tagits upp igen. Det stöd från handledare och gruppmedlemmar som erhöles författaren genom tankar och frågeställningar har främjat det kritiska tänkandet, genom att olika perspektiv och tolkningar diskuterades. Detta har ökat reliabiliteten (Henricsson, 2017). Inget plagiat föreligger i detta arbete, dock kan likheter förekomma då detta arbete är en omarbetning av ett tidigare examensarbete som författaren en stor del varit delförfattare till.

Slutsats

Litteraturöversiktens resultat visar att sjuksköterskorna upplever stress och otillräcklighet i en yrkesroll som innebär höga förväntningar från sjuksköterskorna själva men även från kollegor och anhöriga till patienter. Komplexiteten i omvårdnaden kräver stöd från ledningen i form av resurser och utbildning samt underlättas av multiprofessionella samarbeten. Negativa attityder och objektivering är vanligt i vården av PmD. Fysiska och farmakologiska begränsningsåtgärder med gränsöverskridande integritetskränkningar upplevdes ibland nödvändiga att ta till för att förhindra att PmD skadar sig själva eller andra. Det framkommer ändå att sjuksköterskorna också strävar efter att uppfylla satta mål samt upplever emotionell stress och skuld över begränsningsåtgärderna. För att orka med det krävande jobbet byter sjuksköterskorna ofta av varandra och det ses som ett sätt att klara av tanken på att komma till jobbet nästa dag. Det beskrivs också att sjuksköterskor upplever glädje och tillfredsställelse när de ser att de nått samförstånd patienter med demenssjukdom. Att anta patientens perspektiv och att förflytta sig mentalt till att ”vara i patientens skor” har varit hjälpsamt för både sjuksköterskan och patienten. Det beskrivs ge energi och som en förutsättning för att klara av ett annars krävande jobb.

Klinisk betydelse

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med demenssjukdom på sjukhus. Det förväntas en påtaglig ökning av antalet demenssjuka personer framöver och att vårda patienter med demenssjukdom är en komplex erfarenhet. Det kräver, tid, resurser, kunskap och tålamod. Att visa omtanke och bygga mellanmänniska relationer med patienterna kan underlätta i arbetet mot PmD eftersom påföljden av att känna sig hörd och att någon bryr sig om blir att följsamheten hos patienterna ökar. Tyvärr överväger många sjuksköterskor att lämna yrkesbanan just på grund av tidsbrist, stress och ökande arbetsbelastning. I *Temarapport - Sjuksköterskor utanför yrket* (2017:3) visar siffror att av de som lämnar är ca 40% mellan 40 och 65 år och de flesta lämnar yrket redan efter 5–10 år. Även här bekräftas att stress och arbetsbelastning samt lön som främsta anledningar (SCB, 2017). Studier har påvisat betydelsen av sjuksköterska-patient-ratio när det gäller patientsäkerhet. Det hade varit önskvärt om Sveriges Kommuner och Regioner [SKR] i sin personalprognos *Välfärdens kompetensförsörjning* (2022) hade tagit hänsyn till patient-sjuksköterska-ratio och kanske

nått koncensus i hur många patienter som är rimligt per sjuksköterska på sjukhus och att detta skulle gälla för alla Sveriges regioner (SKR, 2022). Eftersom det i dagsläget inte finns någon definierad enhetlig riktlinje så varierar antal patienter per sjuksköterska kraftigt från 6 patienter upp till 12 patienter per sjuksköterska enligt författarens jobberfarenheter som undersköterska och sjuksköterskestudent. Ökad kunskap och medvetenheten om vilka utmaningar sjuksköterskan kan ställas inför i omvårdnaden av patienter med demens, varför sjuksköterskor lämnar yrket och hur patientsäkerheten hotas av hög arbetsbelastning borde nyttjas till att påverka politiska beslut att ge förutsättningar till de åtaganden som vården har. Det skulle vara intressant att exempelvis införa 10–15 minuter mindfulness per dag i arbetstiden för att vårdpersonalen ska få tid till reflektion och en möjlighet att komma närmare sig själv.

Vidare forskning

Det finns många studier som belyser sjuksköterskans upplevelser av att utföra vårdhandlingar. Lite forskning har gjorts på demenssjuka patienters upplevelser av vården. Vidare forskning inom detta område rekommenderas, då särskilt outcomes av demenssjuka patienters följsamhet i omvårdnaden när omvårdnaden utförs med medlidande och barmhärtighet i fokus. Mer forskning behövs kring sjuksköterska-patient-ratio inom sjukhusvård och hur det påverkar patientsäkerheten och vårdorganisationens ekonomi.

REFERENSER

* Artiklar som använts i resultatet

ALL European Academies. (2018). Den europeiska kodexen för forskningens integritet. https://allea.org/wp-content/uploads/2018/06/SW_ALLEA_Den_europeiska_kodexen_f%C3%B6r_forskningens_integritet_digital_FINAL.pdf

Alzheimerfonden. (u.å. a). *Orsaker och risker*. <https://www.alzheimerfonden.se/alzheimer-och-demens/alzheimers-sjukdom/orsaker-och-risker/>

Alzheimerfonden. (u.å. b). När minnet sviktar. <https://www.alzheimerfonden.se/alzheimer-och-demens/naer-minnet-sviktar/#nms3>

Alzheimerfonden. (5 februari 2024). *Glädjande besked om vaccinkandidaten ALZ-101*. <https://www.alzheimerfonden.se/nyheter/glaedjande-besked-om-vaccinkandidaten-alz-101/>

Alzheimer's Society. (13 december 2021). *Aggressive behaviour and dementia*. <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and-diagnosis/symptoms/aggressive-behaviour-and-dementia>

Alzheimer Society Ontario, Alzheimer Knowledge Exchange, & Behavioural Supports Ontario. (2013). *Shifting focus - a guide to understanding dementia behaviour*. <https://brainxchange.ca/Public/Files/Behaviour/ShiftingFocusBooklet.aspx>

Bail, K., Barry, H., Grealish, L., Draper, B., Karmel, R., Gibson, D. & Peut, A. (2013). Potentially preventable complications of urinary tract infections, pressure areas, pneumonia and delirium in hospitalized dementia patients: retrospective cohort study. *BMJ Open*, 3(6), p. e002770. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-002770

Bartmess, M., Myers, C.R., & Thomas, S.P. (2021). Nurse staffing legislation: Empirical evidens and policy analysis. *Nursing Forum*, 56(3), 660-675. DOI: 10.1111/nuf.12594

* Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C. & Emden, C. (2006). Health Professionals' Perspectives of Providing Care to People with Dementia in the Acute Setting: Toward Better Practice. *Geriatric Nursing*, 27(5), 300-308. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2006.08.013

Bruneau, M.-A.; Desmarais, P.; Pokrzywko, K. (2020). Post-traumatic stress disorder mistaken for behavioural and psychological symptoms of dementia: case series and recommendations of care. *Psychogeriatrics*, 20(5), 754-759. DOI:10.1111/psyg.12549

Bäsén, A. (12 juni 2023). *FDA-expert ger grönt ljus för Alzheimerläkemedel*.
<https://www.lakemedelsvarlden.se/fda-expert-ger-gront-ljus-for-alzheimerlakemedel/>

Caspi, E. (2013). Time for change: Persons with dementia and "Behavioral Expressions," not "Behavior Symptoms". *Journal of American Medical Directors Association*, 14(10), 768-769. DOI: 10.1016/j.jamda.2013.05.019

Dahlborg Lyckhage, E., Lau, M. & Tengelin, E. (2015). Normer som hinder för jämlik och rättighetsbaserad vård. I E. Dahlborg Lyckhage, G. Lyckhage & E. Tengelin (red.) *Jämlik vård – Normmedvetna perspektiv* (1:3 uppl., s 37-54). Studentlitteratur AB.

Digby, R., Lee, S. & Williams, A. (2017). The experience of people with dementia and nurses in hospital: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1152-1171. DOI: 10.1111/jocn.13429

* Dookhy, J. & Daly, L. (2021). Nurses' experiences of caring for persons with dementia experiencing responsive behaviors in an acute hospital: A qualitative descriptive study. *International Journal of Older People nursing*, 16(4), Artikel e12379
DOI: 10.1111/opn.12379

Edberg, A-K. (2014). Kognitiv svikt. I: Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.) *Omvårdnadens grunder-Hälsa och ohälsa* (2:2 uppl., s 645-686). Studentlitteratur AB.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

* Eriksson, C. & Saveman, B-I. (2002). Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 16(1), 79-85. DOI: org./10.1046/j.1471-6712.2002.00061.x

Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturöversikt. I. F. Friberg. (red.) *Dags för uppsats* (3 uppl., s 141-144). Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2017b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I. F. Friberg. (red.) *Dags för uppsats* (3 uppl., s 129–138). Studentlitteratur AB.

* Fukuda, R., Shimizu, Y. & Seto, N. (2015). Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute hospitals: A study based on focus group interviews. *International Journal of Qualitative Studies om Health and Well-being*. 10(1), Artikel 25828. DOI: 10.3402/qhw.v10.25828

Ghafourifard, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Rahmani, A. (2022). Compassionate Nursing Care Model: Results from a grounded theory study. *Nursing Ethics*, 29(3), 621-635. DOI: 10.1177/0969733021

Glerean, N., Hupli, M., Talman, K., & Elina Haavisto, E. (2019). Perception of nursing profession – focus group interview among applicants to nursing education. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 390-399. DOI: 10.1111/scs.12635

Henricsson, M. (2017). Discussion. I. M. Henricsson (red). *Vetenskaplig teori och metod*. (2 uppl., s. 413-416) . Studentlitteratur AB.

Herlofson, J. (2017). *Mini-D 5, diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press AB

* Hynninen, N., Saarnio, R. & Isola, A. (2014). 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

* Jensen, A.M., Pedersen, B.D., Wilson, R.L, Olsen, R.B. & Hounsgaard, L. (2019). Nurses' experiences of delivering acute orthopaedic care to patients with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 14(4), Artikel e12271. DOI: 10.1111/opn.12271

Karolinska Institutet. (31 oktober 2023). *Systematisk litteraturöversikt som examensarbete*. <https://kib.ki.se/soka-vardera/systematiska-oversikter/systematisk-litteraturoversikt-som-examensarbete>

Keuning-Plantinga, A., Roodbol, P.F., Krijned, W., & Finnema, E.J. (2022). Nurses' perceptions in caring for people with dementia in Dutch acute hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 31(13-14), 1800-1816. DOI: 10.1111/jocn.15458

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (red). *Vetenskaplig teori och metod*. (2 uppl., s. 57-80) . Studentlitteratur AB.

* Krupic, F., Eisler, T., Sköldenberg, O. & Fatahi, N. (2016). Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1) 99-107. DOI: 10.1111/scs.12226

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L.N., Howard, R., Kales, H.C., Kivimäki, M., Larson, E.B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6

Macaulay, S. (2017). The broken lens of BPSD: Why we need to rethink the way we label the behavior of people who live alzheimers disease. *Journal of the American Medical Directors Association, 19*(2), 177-180. DOI: 10.1016/j.jamda.2017.11.009

McHugh, M.D., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nursing staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *The Lancet, 397*(10288), 1905-1913. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00768-6

* Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Fajula-Bonet, M. & Subirana-Casacuberta, M. (2020). Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia. *Pain Management Nursing, 21*(6), 495-501. DOI: 10.1016/j.pmn.2020.03.003

Maruszak, A., Silajdžić, E., Lee, H., Murphy, T., Liu, B., Shi, L., de Lucia, C., Douiri, A., Salta, E., Nevado, A.J., Teunissen, C.E., Visser, P.J., Jack Price, J., Zetterberg, H., Lovestone, S., & Thuret, S. (2023). Predicting progression to Alzheimer's disease with human hippocampal progenitors exposed to serum. *Brain, 146*(5), 2045-2058. DOI: 10.1093/brain/awac472

* 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

Möllers, T., Stocker, H., Wei, W., Perna, L. & Brenner, H. (2019). Length of hospital stay and dementia: A systematic review of observational studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 34*(1), 8-21. DOI: 10.1002/gps.4993

Nelson, P.T., Dickson, D.W., Trojanowski, J.Q., Jack, C.R., Boyle, P.A., Arfanakis, K., Rademakers, R., Alafuzoff, I., Attems, J., Brayne, C., Coyle-Gilchrist, I.T.S., Chui, H.C., Fardo, D.W., Flanagan, M.E., Halliday, G., Hokkanen, S.R.K., Hunter, S., Jicha, G.A., Katsumata, Y., ... Julie A. Schneider, J.A. (2019). Limbic-predominant age-related TDP-

43 encephalopathy (LATE): consensus working group report. *Brain*, 142(6), 1503-1527.
DOI: 10.1093/brain/awz099

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Sandberg, T., Tuomilehto, J., ... Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomized controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255-2263. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60461-5

* Nolan, L. (2007). Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views. *British Journal of Nursing*, 16(7), 419-422. DOI: org.www.bibproxy.du.se/10.12968/bjon.2007.16.7.23245

Nyström, M., Dahlberg, K., & Carlsson, G. Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (7), 761-769. DOI: 10.1016/S0020-7489(03)00053-1

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen* (3 uppl.). Liber AB.

Patterson, C. (September 2018). *World Alzheimer Report 2018*. Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2018.pdf>

* Pinkert, C., Faul, E., Saxer, S., Burgstaller, M., Kamleitner, D. & Mayer, H. (2018). Experiences of nurses with the care of patients with dementia in acute hospitals: A secondary analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 162-172. DOI: 10.1111/jocn.13864

Ryan, K.J., Brady, J.V., Cooke, R.E., Height, D.I., Jonsen, A.R., King, P., Lebacqz, K., Louisell, D.W., Seldin, D.W., Stellar, E., & Turtel, R.H. (1979). The Belmont Report.

Department of Health, Education and Welfare.

https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf

Rodhner, C. (september 2014). Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Region Stockholm. <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/beteendemassiga-och-psykiska-symtom-vid-demens>

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Forskningsetik*. Etikboken – Etik för vårdande yrken. Studentlitteratur AB.

* Scerri, A., Innes, A. & Scerri, C. (2020). Dementia care in acute hospitals – A qualitative study on nurse managers' perceived challenges and solutions. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 399-406. DOI: 10.1111/jonm.12941

Smith, Stephen et al. (2010). Relationship centred outcomes focused on compassionate care for older people within in-patient care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 128-136. DOI: 10.1111/j.1748-3743.2010.00224.x

Socialstyrelsen. (Juni 2017a). *En nationell strategi för demenssjukdom*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2017b). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - Stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>

Socialstyrelsen. (15 september 2023). Statistikbas för hälso- och sjukvårdspersonal. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/resultat.aspx

Statistiska centralbyrån. (2017). Temarapport – Sjuksköterskor utanför yrket. https://www.scb.se/contentassets/a5ea39c65d9b49748834329da112581f/uf0549_2016a01_br_a40br1703.pdf

Statistiska centralbyrån. (21 mars 2023). *Medellivslängden i Sverige*.
https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/#Medellivslangd_over_tid (Hämtad 240115)

Svensk Sjuksköterskeförening. (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska – Reviderad 2024*.
<https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>

Svenskt Demenscentrum. (2017). *Om demenssjukdom på sjukhus. En handbok från Svenskt Demenscentrum*.
https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/publicerat_pdf/sdc_pdf/sjukhus_sv.pdf

Svenskt Demenscentrum. (14 januari 2020). *Beteendemässiga*.
<https://demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Symtom/Beteendemassiga>

Sveriges kommuner och regioner. (13 december 2022). *Välfärdens kompetensförsörjning*.
<https://skr.se/download/18.1eb2584e1850542abfaac29/1670940688212/Valfardens-kompetensforsorjning.pdf>

* Tsai, Y. I-P., Brown, G. & Inder, K.J. (2023). Nurses' perspectives of pain assessment and management in dementia care in hospital. *Australasian Journal on Ageing*, 42(2), 382-391. DOI: [org.www.bibproxy.du.se/10.1111/ajag.13146](https://www.bibproxy.du.se/10.1111/ajag.13146)

Westlander, M. (2015). *Nya diagnoskriterier utan begreppet demens*. Svenskt Demenscentrum. <https://www.demenscentrum.se/forskning/artiklar/begreppet-demens-pa-vag-ut>

Wiklund Gustin, Lena. (2015). Att leva sig in i andras situation. *Psykologi för sjuksköterskor*. Studentlitteratur AB.

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). Katie Erikssons caritativa vårdteori – att lindra lidande. *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & Kultur Läromedel.

World Health Organization. (15 mars 2023). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

World Health Organization. (2019.). *ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision The global standard for diagnostic health information*.
<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

World Medical Association, The. (2013). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

* Yous, M-L., Ploeg, J., Kaasalainen, S. & Schindler Martin, L. (2019). Nurses' experiences in caring for older adults with responsive behaviors of dementia in acute care. *SAGE Open Nursing*. 2019;5, 1–15. DOI: 10.1177/2377960819834127

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I. F. Friberg (red.). *Dags för uppsats* (3 uppl., s. 61–73). Studentlitteratur AB.

BILAGA A

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C. & Emden, C. 2006 Australien	Health professionals' Perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward a better practice	1. To explore, understand and interpret nurses' and health care professionals' experiences of managing patients who have dementia and have been admitted to hospital for treatment of a non-dementia-related illness. 2. To provide a rich description of current practice and perceived better/best practice.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> 25 vårdpersonal från tre utbildningssjukhus deltog. Deltagare ska ha erfarenhet att vårda patienter som har demenssjukdom. <u>Datainsamling:</u> semistrukturerade, individuella intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tolkande realism (interpretive realism)	n=23 (ålder och könsfördelning saknas) Två intervjuer kunde inte användas på grund av dålig kvalitet på inspelningen Specialistläkare (n=4) Specialistsköterskor (n=5) Sjuksköterskor (n=4) Avdelningssköterskor (n=3) Arbetsterapeut (n=2) Socialarbetare (n=3) Biträdande vårdchef (n=1) Fysioterapeut (n=1)	Resultaten visade att akutvårdsmiljön är olämplig för personer med demens och kan påverka hälsoreultat och livskvalitet negativt. Sjukvårdspersonalen visar försök att tillämpa god omvårdnad, men möter miljörelaterade, sociokulturella samt ekonomiska hinder.	Hög Etiskt granskad och godkänd

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Dookhy, J. & Daly, L. 2021 Irland	Nurses' experiences of caring for persons with dementia experiencing responsive behaviours in an acute hospital: A qualitative descriptive study	To explore nurses' experiences of caring for persons with dementia experiencing responsive behaviours in an acute hospital.	<u>Design:</u> Kvalitativ, beskrivande <u>Urval:</u> Sjuksköterskor med minst sex månaders anställning, erfarenhet av att vårda PmD med reaktionsbeteenden och vilja att frivilligt delta i studien. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> En tematisk analysmetod	n=9 (könsfördelning saknas) erfarenhet: sex månader till 10 års Kirurgisk och medicinska avdelningar	Sjuksköterskorna upplevde att de hade otillräckliga kunskaper och upplevde utmaningar både känslomässigt och miljömässigt. Trots utmaningarna försökte de förstå reaktionsbeteenden hos PmD och förespråkade personcentrerad vård och att bygga relationer med PmD. Sjuksköterskorna föreslog obligatorisk fortbildning för att möta de utmaningar som det innebär att vårda PmD.	Hög Etiskt granskad och godkänd
Eriksson, C. & Saveman, B-I. 2002 Sverige	Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings	To describe nurses' experiences of difficulties related to caring for patients with dementia in acute care setting.	<u>Design:</u> Kvalitativ, <u>Urval:</u> Brev till fem vårdavdelningar och en akutmottagning. Två sjuksköterskor från vardera avdelningar. En med lång erfarenhet och en med kort erfarenhet. <u>Datainsamling:</u> semistrukturerade individuella intervjuer <u>Dataanalys:</u> Inslag av Ricoeur, naiv läsning och strukturell analys.	n=12 (Kvinnor) >20 år erfarenhet (n=6) ca 3 års erfarenhet (n=6) Ålder: 25-55år	Sjuksköterskorna upplevde olika svårigheter att bemöta PmD. Patienternas beteenden och att ställas i etiskt svåra situationer gav upphov till ambivalenta känslor hos sjuksköterskorna. Brist på tid, resurser och förutsättningarna i miljön uppgavs som ett hinder att inte kunna ge omvårdnad på ett adekvat och tillfredsställande sätt. De upplevde känslor av frustration att inte nå samarbete med PmD.	Hög Etiskt granskad och godkänd

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Fukuda, R., Shimizu, Y. & Seto, N. 2015 Japan	Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews	To explore the challenges nurses face in providing care to patients with dementia in acute care hospitals in Japan.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Sjuksköterskor på kirurgavdelning och intern medicinskavdelning, minst tre års yrkeserfarenhet <u>Datainsamling:</u> Fokusgruppintervjuer <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ syntesmetod	n=50 Kvinnor (n=49) Män (n=1) Ålder: 22–53 år Medelålder 32,3 år	Resultatet presenteras i två huvudteman; a) de problem och svårigheter sjuksköterskor upplever vid interaktion med patienterna som leder till en ond cirkel samt b) Sjuksköterskorna gör sitt bästa för att anpassa sig till situationerna trots känslor av ambivalens.	Hög Etiskt granskad och godkänd
Hynninen, N., Saarnio, R. & Isola, A. 2015 Finland	The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians	To describe the care of older people with dementia in surgical wards from the viewpoint of the nursing staff and physicians.	<u>Design:</u> Kvalitativ beskrivande <u>Urval:</u> Sjuksköterskor och läkare som deltar i omvårdnaden av patienter med demenssjukdom på kirurgavdelning <u>Datainsamling:</u> Ostrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Induktiv innehållsanalys	n=28 Sjuksköterskor (n=19) Läkare (n=9) Sjuksköterskor Kvinnor (n=18) Män (n=1) Yrkeserfarenhet sjuksköterskor 8 år genomsnitt Ålder: 25–52 år	Sjuksköterskorna rapporterade att det är både fysiskt såväl som psykiskt krävande att vårda patienter med demenssjukdom. Sjuksköterskor tenderade att lägga patientens reaktioner på sig själv, som otillräcklig kunskap för att vårda patientgruppen eller den egna personligheten.	Hög Etiskt granskad och godkänd

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Jensen, A.M., Pedersen, B.D., Wilson, R.L., Olsen, R.B. & Houngaard, L. 2019 Danmark	Nurses' experiences of delivering acute orthopaedic care to patients with dementia	To investigate nurses' experiences of caring for people with dementia, in an acute orthopaedic hospital ward setting.	<u>Design:</u> Fenomenologisk-hermeneutisk <u>Urval:</u> Ofta involverad i vård av PmD <u>Datainsamling:</u> Gruppintervjuer, kvalitativa öppna frågor <u>Dataanalys:</u> Inslag av Ricour och Dreyer & Pedersen med naiv läsning och strukturell analys samt kritisk tolkning och diskussion	Sjuksköterskor (n=8) Kvinnor (n=8) Antal år på avdelningen (4–23 år)	Resultatet belyser hur och varför sjuksköterskors upplevelser av att vårda demenssjuka patienter bidrar till ett missnöje och förutfattade negativa uppfattningar mot akutvård av dessa patienter. Två huvudteman <i>Sjuksköterskans kommunikation och patientinformation</i> samt <i>Kompromisser i omvårdnaden</i> .	Hög Etiskt granskad och godkänd
Krupic, F., Eisler, T., Sköldenberg, O. & Fatahi, N. 2015 Sverige	Experiences of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia	To describe the experience of anaesthesia nurses of the difficulties that emerge in care situations and how communication with patients can be maintained in the perioperative setting of hip fracture surgery.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Ortopedavdelning, minst 5 års erfarenhet av ortopedanestesi <u>Datainsamling:</u> Individuella intervjuer 60–90 minuter, inspelade och utskrivna ordagrant. Mars-november 2011 <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys	Sjuksköterskor (n=10) Kvinnor (n=5) Män (n=5) Ålder: 35–55 år, median 40 år Erfarenhet: 6–28 år, median 15 år	Tre huvudkategorier och sju underkategorier som beskriver sjuksköterskornas möten med patienter med demenssjukdom. Resultatet belyser kommunikationen före, under och efter operation, demenssjukdom som en komplex sjukdom och praktiska svårigheter som tidsbrist.	Hög Etiskt granskad och godkänd

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Fajula-Bonet, M. & Subirana-Casacuberta, M. 2020 Spanien	Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia	To reflect on nursing practice and identify facilitators and barriers in the management of pain in older adults with dementia and to propose actions for improvement.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor på akutgeriatrisk avdelning med minst ett års yrkeserfarenhet <u>Datainsamling:</u> Aktiva deltagare (Participatory Action Research). Fyra stadier; Observation, Planering, Genomförande och Uppföljning/reflektion. Intervjuer med öppna frågor. Gruppdiskussioner 90 minuter sessioner, inspelat, utskrivet ordagrant <u>Dataanalys:</u> Beskrivande analys. Noggrann läsning av data, mixade koder av data och omgruppering av koder till underkategorier.	Sjuksköterskor (n=10) Kvinnor (n=10) Medelålder 37,6 år Medel anställningstid på sjukhuset 15 år. Anställd dag/kväll (n=6) Anställd natt (n=4) Erfarenhet av geriatrik (n=3) Erfarenhet av smärta och demenssjukdomar (n=1) Erfarenhet av demenssjukdomar (n=1) Erfarenhet av geriatrik, smärta och demenssjukdom (n=1) Ingen träning på något av ovan områden (n=4).	Resultatet visar att möjliggörare vid smärtskattning av demenssjuka patienter var mjuk kommunikation, sjuksköterskans erfarenhet, stöd och samarbete med andra vårdgivare. Hinder för smärtskattning var patientens kognitiva nedsättning och svårighet att uttrycka sig, anhörigas minskade intresse att samarbeta när personen var inlagd, smärta sågs inte som en parameter att mäta, tidsbrist och hög arbetsbelastning, brist på kunskap och skicklighet, brist på samarbete och kommunikation inom teamet. Förslag på förändringar Återkommande tillfällen för fortbildning, smärtskattnings register i journalen.	Hög Etiskt granskad och godkänd

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R. & Gracia, N. 2010 Australien	Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective	To explore management for older people with dementia in an acute hospital setting.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Enkelt urval. Ledningen erbjöd personal att delta. <u>Datainsamling:</u> Individuella intervjuer 30–60 min/tillfälle <u>Dataanalys:</u> Tolkande metod	Sjukvårdspersonal (n=13) Sjuksköterskor (n=3) Avdelningssjuksköterska (n=3) Specialistsjuksköterska (n=1) Undersköterska (n=3) Specialistläkare (n=1) Akutvårdschefer (n=2) Ålder och kön ej angivet	Patienter med demens får inte alltid vård som tar hänsyn till deras individuella behov. Lämplig och kompetent personal behövs för att ge både personcentrerad och demensspecifik vård. Personalutbildning är viktigt.	Hög Etiskt granskad och godkänd
Nolan, L. 2007 Irland	Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views	To explore nurses' experiences of caring for older people with dementia in an acute hospital setting.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Ändamålsenligt urval. Geriatriskavdelning. <u>Datainsamling:</u> Ostrukturerade individuella intervjuer. Tre månader period. <u>Dataanalys:</u> Tematisk innehållsanalys	Sjuksköterskor (n=7) Kvinnor (n=7) Yrkeserfarenhet 2,5–16 år Specifik vård 2–7 år	Resultaten avslöjar strukturella brister på sjukhus kring demensvårdsmiljön och visar utmaningarna och komplexiteten av omvårdnaden.	Hög Etiskt Granskad och godkänd

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Pinkert, C., Faul, E., Saxer, S., Burgstaller, M., Kamleitner, D. & Mayer, H. 2018 Tyskland	Experiences of nurses with the care of patients with dementia in acute hospitals: A secondary analysis	To describe nurses' experiences in caring for people with dementia in acute hospital settings.	<u>Design:</u> Kvalitativ sekundäranalys <u>Urval:</u> Sjuksköterskor, läkare, terapeuter samt övriga yrkeskategorier som i sitt yrke är involverad i vården av patienter med demenssjukdom samt är villiga att dela sina erfarenheter. <u>Datainsamling:</u> Fokusgruppdiskussioner samt intervjuer. <u>Dataanalys:</u> Tolkande förenklande analys (interpretative-reductive analysis)	Österrike n=46 (sjuksköterskor) Sju fokusgrupper Tyskland n=22 (sjuksköterskor) Fem fokusgrupper	Sjuksköterskorna upplever stor osäkerhet för hur man ska vårda denna patientgrupp på sjukhus. Stora olikheter finns mellan hur personalen bemöter sin egen osäkerhet. Sjukhusmiljön i sig utgör ett hinder för att fullt ut vårda patienter med demenssjukdom på ett personcentrerat sätt.	Hög Etiskt Granskad och godkänd

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Scerri, A., Innes, A. & Scerri, C. 2020 Malta	Dementia care in acute hospitals – A qualitative study on nurse managers' perceived challenges and solutions	To explore the perceived challenges of nurse managers when caring for patients with dementia in acute hospitals and identify possible solutions to address these challenges.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Medicinska avdelningar, chefssjuksköterskor på olika nivåer för sin inblick i det dagliga utmaningarna i vården mot patienter med demenssjukdom. <u>Datainsamling:</u> fokusgrupper, två timmar sessioner, ljudinspelning, ordagrant utskrivet <u>Dataanalys:</u> Insamlade koder analyserades och grupperades utifrån McKinseys 7-S faktorer	Sjuksköterskor (n=16) Kvinnor (n=13) Män (n=3) m ålder 48 år	Resultatet presenteras utifrån McKinseys 7-S Modell. Sjuksköterskorna identifierade flera organisatoriska utmaningar som påverkar kvaliteten på omvårdnaden av patienter med demenssjukdom och kom med förslag på förbättringar utifrån sjukhusens strategi, struktur, fysisk miljö, systemet, delade värden, ledarskapsstil, kunskap och skicklighet hos kollegor.	Hög Etiskt Granskad och godkänd
Tsai, Y.I-P., Brown, G. & Inder, K.J. 2022 Australien	Nurses' perspectives of pain assessment and management in dementia care in hospital	To explore nurses' perspectives and generate recommendations for nursing practice of pain assessment and management in dementia care in a hospital setting.	<u>Design:</u> Kvalitativ beskrivande <u>Urval:</u> två geriatriska avdelningar, jobbat >6 månader <u>Datainsamling:</u> individuella intervjuer, 25–42 minuter (m=34) <u>Dataanalys:</u> Reflekterande tema analys	Sjuksköterskor (n=8) Kvinnor (n=7) Män (n=1) Ålder 30–55 år År på avdelningarna 0,6–20 år Utbildning inom demensvård (n=8)	Resultatet visar att sjuksköterskorna inte upplevde att smärtskalor var hjälpsamt vid smärtbedömning. Det fanns ett trial-and-error tänk kring smärtskattning och smärtlindring överanvändes. Det rapporterades begränsningar i teamarbetet.	Hög Etiskt Granskad och godkänd

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Yous, M-L., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Schindler Martin, L. 2019 Kanada	Nurses' experiences in caring for older adults with responsive behaviors of dementia in acute care	To explore the perceptions of nurses about (a) caring for older adults with dementia experiencing responsive behaviors in acute medical settings and (b) recommendations to improve dementia care	<u>Design:</u> Thornes interpretive description <u>Urval:</u> Sjuksköterskor och övrig personal som i sin yrkesroll deltar i vården av patientgruppen. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade personliga intervjuer <u>Dataanalys:</u> Braun och Clarkes experiential thematic analysis	n=15 (sjuksköterskor n=10, övrig personal n=5)	Resultatet visar att det är komplex att vårda patienter med reaktionsbeteenden. Anhöriga involveras i omvårdnaden och kemiska begränsningsåtgärder tas till i desperata situationer. Samarbete mellan professioner och kontinuitet i vården ger förutsättningar för god vård. Den akuta vårdmiljön med snabba beslut och begränsad tidsram står i konflikt med vård av demenssjuka patienter	Hög Etiskt Granskad och godkänd