



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

Institutionen för vårdvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre, 240hp

Kandidatuppsats C-nivå, 15hp

Vårterminen 2009

ATT MÖTA PERSONER MED DEMENSSJUKDOM I AKUTSJUKVÅRDEN

ETT SJUKSKÖTERSKEPERSPEKTIV

To Encounter People with Dementia in the Acute Care

The Nurses' View

Författare:

Helena Hedin

Anna-Karin Ingemarsson

Betyg: VG

Handledare:

Henrik Eriksson, Lektor

Jonas Sandberg, Lektor

Examinator:

Ewa Rundqvist, Lektor

Sammanfattning

Bakgrund: Världens befolkning blir äldre och allt fler människor förväntas att drabbas av demenssjukdomar till följd av detta. Personer med demenssjukdom behöver en särskilt anpassad miljö för att få det så bra som möjligt. Denna miljö skiljer sig från hur akutsjukvårdsmiljön är utformad. Det kan innebära svårigheter att som sjuksköterska möta personer med demenssjukdom i just denna kontext. Detta då denna patientgrupp kan behöva mer tid än andra patienter för att få en bra vård.

Syfte: Syftet är att undersöka hur sjuksköterskor i akutsjukvården upplever att möta personer med demenssjukdom.

Metod: En systematisk litteraturstudie med tolkande kvalitativ innehållsanalys. En granskning av artiklarna i resultatet gjordes utefter en värderingschecklista. Därefter kodades innehållet i artiklarna och dessa koder bildade kategorier. Urvalskriterier för artiklarna var att de skulle vara vetenskapligt granskade, inte vara äldre än från år 1999, vara kvalitativa, handla om personer med demenssjukdom och ha fokus på sjuksköterskors upplevelser. Studierna skulle vara från västvärlden för att få en så geografisk närhet till Sverige som möjligt.

Resultat: Efter att ha analyserat de vetenskapliga artiklarna framkom tre kategorier. Dessa är *Akutsjukvårdsmiljön som mötesplats*, *Tiden som aspekt i mötet* och *Sjuksköterskans förhållningssätt i mötet*. Det är dessa faktorer som har inverkan på sjuksköterskors upplevelser av att möta personer med demenssjukdom i akutsjukvården.

Diskussion: Metod, val av artiklar och resultat diskuteras utifrån vårdmötet. Den teoretiska referensramen används för att få en öka förståelse för hur sjuksköterskor upplever att möta personer med demenssjukdom.

Nyckelord: Demens, sjuksköterska, upplevelser, akutsjuksjukvård, möte

Abstract

Background: As the population in Sweden, Europe and rest of the world has a demographic shift towards an increasing number of elderly inhabitants the numbers of patients with dementia are expected to increase as well. People with dementia need a specially adapted environment to ensure they are provided with the care they need. This environment differs from the acute care environment. The difference can cause difficulties for the nurse to encounter people with dementia in the acute care. This is because these patients may need more time than other patients to get their optimal care.

Aim: The aim is to explore how registered nurses experience the encounter of people with dementia in the acute care.

Method: This study is a systematic literature review with interpretive qualitative content analysis. A review of the articles for the results was made along an assessment checklist. Thereafter the contents of the articles were coded and the codes formed categories. Selection criterion for the articles were that they would be peer-reviewed, not older than year 1999, have a qualitative approach, be about dementia and focus on the registered nurses' experiences. To get as close a geographical proximity to Sweden as possible, only studies from the Western world were included.

Results: After analyzing the scientific articles three categories emerged. These three categories are: *The Acute Care Environment as a Venue*, *Time as an Aspect for the Encounter* and *Nurse's Attitudes in the Encounter*. These factors have an impact on nurses' experiences with encountering people with dementia in the acute care.

Discussion: Method, the selection of scientific articles and the results are discussed with the assistance of the "care-encounter". The theoretical framework is used to get an increasing understanding of nurses experience encountering people with dementia.

Keywords: Dementia, nurse, experiences, acute care, encounter

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	2
2.1 Demenssjukdomar.....	2
2.2 Vårdmiljö.....	3
2.2.1 Vårdmiljö för personer med demenssjukdom.....	3
2.2.2 Akutsjukvårdsmiljö.....	4
2.3 Vårdmötet.....	5
3. PROBLEMATISERING	6
3.1 Syfte.....	7
4. TEORETISK REFERENSRAM	7
4.1 Jag-Det-relationen.....	7
4.2 Jag-Du-relationen.....	8
5. METOD	9
5.1 Datainsamling.....	9
5.2 Urval.....	10
5.3 Bearbetning och analys.....	10
6. ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	11
7. RESULTAT	12
7.1 Akutsjukvårdsmiljön som mötesplats.....	12
7.2 Tiden som aspekt i mötet.....	14
7.3 Sjuksköterskans förhållningssätt i mötet.....	17
8. DISKUSSION	21
8.1 Metoddiskussion.....	21
8.2 Resultatdiskussion.....	22
8.2.1 Sjuksköterskans förhållningssätt i relation till tid och miljö.....	23
8.2.2 Utbildning kan förbättra sjuksköterskans förhållningssätt.....	25
9. SLUTSATS	27
REFERENSER	28
BILAGA 1. Redovisning av sökningar	31
BILAGA 2. Matris av artiklar till resultat	32
BILAGA 3. Checklista för kvalitativa artiklar	35

1. Inledning

Befolkningen i världen blir äldre vilket innebär att fler människor kommer drabbas av demenssjukdomar, då risken ökar med stigande ålder. Detta kan innebära en ökning av personer med demenssjukdom som kommer att behöva vård på akutsjukvårdsavdelningar. Vårdpersonalen på dessa avdelningar behöver därför ökad kunskap om hur denna patientgrupp ska tas om hand för att dem ska få en så bra och säker vård som möjligt.

Under vår sjuksköterskeutbildning har vi haft verksamhetsförlagd utbildning inom olika områden. Vi har under dessa perioder mött personer med demenssjukdom i olika miljöer. Vi har upplevt att miljöerna varit olika anpassade för dem men även att personalen har haft olika kunskaper och erfarenheter kring att vårda just denna grupp. Under den verksamhetsförlagda utbildningen inom akutsjukvård fick vi upp ögonen för hur vården av personer med demenssjukdom på akutvårdsavdelningar gick till. Vi ansåg att patienterna hade behov som inte blev tillgodosedda fullt ut. Orsaken var bland annat den dagliga omsättningen av personal, tidsbrist, opassande och stimmig miljö samt brist på tålamod hos personalen. Detta gav oss ett intresse av att undersöka just hur sjuksköterskor upplever mötet med personer med demenssjukdom inom akutsjukvården.

2. Bakgrund

I bakgrund och resultat kommer begreppen demens, vårdmiljö och vårdmötet att användas. Mer specifik innebörd av dessa begrepp presenteras här i bakgrunden under respektive rubrik.

2.1 Demenssjukdomar

I en undersökning som påbörjades år 2001 uppskattades antalet personer med demenssjukdom i världen till cirka 24,3 miljoner (Ferri et al., 2005). I västra Europa skattades antalet till 4,9 miljoner personer. Antalet förväntas i framtiden att nästan fördubblas vart tjugonde år och i västra Europa år 2020 förväntas det finnas cirka 6,9 miljoner personer med demenssjukdom (a.a.). I Sverige fanns det år 2006 cirka 140 000 personer med demenssjukdom (SBU, 2006).

Med begreppet demenssjukdom, i denna uppsats, inkluderas alla sjukdomstyper. Det fokuseras alltså inte på någon specifik demensdiagnos utan fokus ligger på demenssjukdomar generellt. Det finns ett antal olika sjukdomar som går under detta begrepp (Larsson & Rundgren, 2003). Den mest förekommande formen av demenssjukdom är Alzheimers sjukdom följt av vaskulär demens och frontallobsdemens (Wahlund, 2007). Varje sjukdomstyp drabbar ett visst område av hjärnan som i sin tur har olika inverkan på personen (Larsson & Rundgren, 2003). Beroende på vilken typ av skada de har på hjärnan delas sjukdomarna in i olika grupper. Det kan vara skador på hjärnans vävnad, hjärnans blodkärl eller till följd av annan kroppslig sjukdom. Personer med demenssjukdom blir allt sämre och denna försämring sker i olika takt och leder till döden (a.a.).

Demenssjukdomar påverkar bland annat minnesförmågan och det logiska tänkandet (Larsson & Rundgren, 2003). Om en person med demenssjukdom inte förstår vad som händer med denne själv eller vad som händer i omgivningen kan ibland ett aggressivt beteende uppstå (Edberg, 2002). De huvudsakliga beteendestörningarna hos en person med demenssjukdom är just aggressivitet men även ångest, nedstämdhet, hallucinationer, vanföreställningar, rastlöshet, agitation och vandringsbeteende (Wahlund, 2007). Dessa beteenden hänger samman med hjärnskadan och dess utbredning (a.a.). Ur anhörigas synvinkel är det inte den kognitiva svikten hos den demenssjuke släktingen som är mest problematisk utan snarare de beteendestörningar

som råder (Papastavrou, Kalokerinou, Savvas, Papacostas, Tsangari, & Sourtzi, 2007). Även det ständiga behovet av att ha tillsyn över den sjuke släktingen ses som krävande (Wenger, Scott & Seddon, 2002).

Andra förändringar som uppstår är mer knutna till identiteten, personens Jag (Cars & Zander, 2006). Känslor av att vara betydelselös, ha långsammare tankeprocess och osäkerhet till sig själv – vem man egentligen är, kan skapa en låg självkänsla hos personer med demenssjukdom. Just därför är det viktigt att ha ett ”jagstödande förhållningssätt” gentemot personen med demenssjukdom. Med det menas att de bristande förmågorna hos dessa personer skall stärkas och leda till en bättre självkänsla. Detta förhållningssätt innefattar en rad olika typer av stöd såsom att ge lagom mycket stöd – inte för lite eller för mycket, uppmuntra och motivera personen, ge fysisk assistans, bekräfta känslor och att använda verklighetsorientering med försiktighet (a.a.).

2.2 Vårdmiljö

Med begreppet vårdmiljö i denna uppsats menas miljön runt personen med demenssjukdom i vårdsammanhang. Med akutsjukvård menas den vård som ges på akutsjukvårdsavdelningar.

2.2.1 Vårdmiljö för personer med demenssjukdom

Miljön omkring en person med demenssjukdom är av betydelse (Nazarko, 2006). Miljön inkluderar inte bara hur inredningen skall utformas utan även att det inte är för stor omsättning av personal omkring dessa patienter. En låg omsättning kan leda till en minskad förvirring hos patienterna. Utformningen av miljön för denna patientgrupp ställer därför stora krav på kunnande hos personalen (a.a.). En steril miljö leder ofta till att personer med demenssjukdom ter sig mer förvirrade (Joy, 2008). Den bästa miljön är en hemlik miljö, då patienten får en större känsla av igenkännande. Två betydelsefulla punkter för att uppnå en bra miljö för dessa personer är varma färger och en lugn, stressfri omgivning som i sin tur kan bidra till en bättre orienteringsförmåga (a.a.). Stora gemensamma utrymmen leder till ökad ljudnivå som kan upplevas som stressande (Nazarko, 2006).

Genom att exempelvis färgsätta dörrar kan en påverkan på personer med

demenssjukdom göras (Joy, 2008; Nazarko, 2006). Detta genom att kamouflera dörrar som patienten inte skall ha tillgång till och att sovrumsdörrar och allmänna utrymmen görs tydliga genom färgsättning. Detta leder till en förbättrad orienteringsförmåga hos dessa patienter (a.a.). Flera studier belyser att bra utformade skyltar underlättar orienteringsförmågan för person med demenssjukdom och Joy (2008), Nazarko (2006) och James & Hodnett (2009) tar upp toalettskylten som exempel. För att underlätta för personen med demenssjukdom bör skyltarna på toalettdörrarna vara tydliga och innehålla både text och bild. Färgsättning och tydliga skyltar är av betydelse eftersom långa korridorer och stora gemensamma utrymmen missgynnar denna patientgrupp (a.a.).

2.2.2 Akutsjukvårdsmiljö

Utformningen av vårdmiljön på sjukhus har inslag från industrin (Fredell, 1998). Miljön har varit relativt oförändrad sedan 1960-talet. Vårdavdelningarnas struktur och planlösning är avsedda för att underlätta arbetet för personalen. Vårdavdelningar består ofta av en lång korridor med rum på båda sidor. Gemensamma utrymmen såsom mat- och dagrum är ofta placerade längst in på avdelningen (a.a.). En konsekvens av denna utformning är enligt Fredell (1998) att patienter (även utan kognitiv svikt) kan ha svårt att hitta runt på avdelningen och behöver personalens hjälp för att hitta. Det kan innebära ett ökat spring i korridorer som kan upplevas som stressande av patienterna. Akutsjukvården har en av de mest utmanande miljöerna för personer med demenssjukdom (Cunningham & McWilliam, 2006) och det har länge varit känt att denna miljö är dåligt anpassad för denna patientgrupp (James & Hodnett, 2009).

Personal på sjukhusavdelningar har påpekat att denna patientgrupp egentligen inte hör hemma på dessa avdelningar (Ragneskog, Gerdner & Hellström, 2001). Detta då avdelningarna har bristande resurser för att möta denna patientgrupp och att just miljön inte är anpassad. Det är ändå en självklarhet att patienterna med demenssjukdom har rätt till samma vård som andra patienter, anser personalen (a.a.). Springet fram och tillbaka samt ljud, såsom telefoner som ringer, alarmsignaler och personal som pratar, är faktorer i akutsjukvården som försvårar att tillgodose denna patientgrupps behov (James & Hodnett, 2009). Det kan av patienterna upplevas som skrämmande och stressande (a.a.). I sjuksköterskans kompetensbeskrivning från Socialstyrelsen (2005) står det att

sjuksköterskan skall ha ett kunnande i att överväga, motivera och att delta till utveckling av en god vårdmiljö.

2.3 Vårdmötet

Med vårdmötet i denna uppsats menas mötet mellan sjuksköterska och en person med demenssjukdom inom akutsjukvården.

Att möta en person med demenssjukdom är inte lätt alla gånger (Edberg, 2002). Ett möte formas efter demenssjukdomens påföljd vilket kan vara att en person med demenssjukdom har minskad förmåga att tolka intryck och förstå innebörder vid kommunikation. En person med demenssjukdom kan ha svårt att orientera sig och förmedla det som denne vill säga. Det är dock viktigt att förstå att det inte endast är svårt för patienten i mötet utan även för personalen, då det kan vara svårt att tolka och förstå vad patienten uttrycker (a.a.).

I möten med personer från denna patientgrupp är det av betydelse hur kommunikationen går till (Rundqvist & Severinsson, 1999). Med begreppet kommunikation menas att ”Förmedla innebörd i att ge, motta och utväxla signaler av olika slag” (Heap, 1995, s.30). Med signaler menas inte bara ord utan signaler kan vara ett komplement till det ordmässiga språket, nämligen ansiktsuttryck, kroppsrörelser och gester (a.a.). Kommunikation kan alltså ske i form av verbal kommunikation, icke-verbal kommunikation eller genom metakommunikation – hur budskapet framställs (Armanius Björilin et al., 2002).

Att närma sig en person med demenssjukdom framifrån i mötet är av betydelse (Cunningham & McWilliam, 2006). Beröring, att tala med ett mjukt tonfall, ha ögonkontakt – ge bekräftelse, ha tålamod och ta sig tid för patienten är också av stor betydelse vid mötet och kommunikationen med patienter med demenssjukdom (Rundqvist & Severinsson, 1999). Det är även viktigt att se till personen i mötet, och inte som personal vara för uppgiftsorienterad (Edberg, 2002). Inom vården kan innehållet i en kommunikation till största delen vara just uppgiftsorienterad (Armanius Björilin et al., 2002). Den personorienterade kommunikationen kommer i skymundan (a.a.). En person med demenssjukdom kan behöva längre tid för att förstå viktig information (Cunningham & McWilliam, 2006). Därför är det viktigt att som personal ha tid till att kunna tala tillräckligt långsamt (a.a.). Vårdpersonalens vilja att ge en så bra

vård som möjligt för personer med demenssjukdom kan leda till etiskt betingad stress hos personalen (Edberg, Bird, Richards, Woods, Keeley & Davis-Quarrell, 2007). Silfverberg (2005) anser att det med etiskt betingad stress menas att vårdpersonal har en vilja att göra gott för patienten men att det samtidigt finns en oförmåga att kunna göra det, vilket skapar stress hos vårdpersonalen.

Hur mötet utformas mellan personal och person med demenssjukdom kan vara beroende av utbildning (Normann, Asplund, Norberg, 1999). Vidareutbildade sjuksköterskor kan ha en tendens att möta patienten där den är medan andra utan vidareutbildning tillrättavisar dem till verkligheten (a.a.). I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska påpekas att sjuksköterskan skall ha en förmåga att kunna kommunicera med patienterna på ett hänsynsfullt sätt (Socialstyrelsen, 2005). Även detta kräver en kunskap kring hur denna patientgrupp bör mötas.

Det har identifierats vissa problem med att medpatienter på olika avdelningar på sjukhus, utan kognitiv svikt, har svårt att finna tålamod och från personalens sida saknar många sympati vid mötet av patienter med demenssjukdom (Ragneskog, Gerdner & Hellström, 2001). Detta måste också beaktas vid vård av patienter med demenssjukdom.

3. Problematisering

Med en befolkning som förväntas bli allt äldre kommer även antalet personer med demenssjukdom att öka. Detta kan leda till en ökning av denna patientgrupp inom akutsjukvården. Den optimala miljön för personer med demenssjukdom skiljer sig från akutvårdsmiljön. Då akutvårdsmiljön anses utmanande för denna patientgrupp kan dem behöva mer uppmärksamhet på grund av deras omfattande och komplexa symtom. Detta kan ha inverkan på mötet mellan patient och sjuksköterska. Att byta miljö från den som patienten är van vid till en ny och främmande kan ge upphov till förvärrade symtom som också kan ha inverkan på mötet.

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår det att möta patienterna på ett hänsynsfullt sätt och skapa en god vårdmiljö och detta gäller även för denna patientgrupp. Vårdpersonalens rutiner och deras begränsade tid kan vara två faktorer som försvårar detta. Med dessa faktorer i bakgrunden skapas frågeställningen om hur

sjuksköterskan upplever mötet med personer med demenssjukdom i akutsjukvården.

3.1 Syfte

Syftet är att undersöka hur sjuksköterskor i akutsjukvården upplever att möta personer med demenssjukdom.

4. Teoretisk referensram

Den teoretiska referensram som är vald till denna uppsats är *vårdmötet*. Ingrid Snellman skriver om det goda vårdmötet och bygger sina resonemang kring filosofen Martin Bubers relationsfilosofi. Snellman menar att Bubers relationsfilosofi har gett mötet en ”begreppslig innebörd genom att lyfta fram det mellanmänskliga, det äkta samtalet och ömsesidigheten” (Snellman, 2007, s.172). Snellman har omsatt Bubers tankar och kopplat dessa till vården vilket är anledningen till varför Ingrid Snellmans vårdmöte används som teoretisk referensram i denna uppsats. Bubers relationsfilosofi innefattar läran om Jag och Du (Buber, 1994; Snellman, 2007). Hur Jaget antingen kan ha relationen Jag-Du eller Jag-Det med människor men även till ting i sin omgivning (a.a.).

Med tanke på att Snellmans tolkning av Buber används för att förstå vårdmötet, finns en medvetenhet om att Bubers relationsfilosofi i denna uppsats tolkats av författarna delvis med hjälp av Snellman.

4.1 Jag-Det-relationen

Jag-Det-relationen innebär att människan förhåller sig till sin omvärld i ett subjekt-objekt-förhållande (Snellman, 2007). Det som karakteriserar en Jag-Det-relation är att kunna avskilja, objektifiera, bilda begrepp och kategorisera. Jaget i Jag-Det-relationen blir i mötet opåverkat då motparten ses som ett objekt och Jagets attityd mot tinget är objektivt. Jaget endast iakttar samt handskas med objektet. Objektet har i detta sammanhang svårt att beröra Jaget. I vårdsammanhang kan detta associeras till att vårdgivare använder sig av en Jag-Det-relation när de ser patienterna som objekt. Vårdgivaren påverkas inte av patienternas existens och tillstånd i vårdmötet. Detta förhållningssätt gentemot patienten innebär att vårdgivaren ser patientens symtom och besvär och försöker finna lösningar ur vårdsynpunkt utan att verkligen se den egentliga

människan bakom symtomen. Även om patienterna kan ses som objekt av vårdgivarna kan patienterna dock i viss mån påverka situationen genom att själva bestämma vad de vill berätta för vårdgivarna och därigenom kunna påverka objektifieringen – Jaget (a.a.). Detta innebär att personer som lider av demenssjukdom kan ha andra förutsättningar i mötet än personer utan kognitiv svikt. Personen med demenssjukdom har inte förmågan att kontrollera vad denne vill berätta och kan därför inte påverka vårdgivarens objektifiering (Snellman, 2007).

4.2 Jag-Du-relationen

I Jag-Du-relationen medverkar båda parter i mötet och dessa kan i denna relation påverka varandra (Snellman, 2007). Varje Du är unik och Duets egenskaper framstår olika beroende på mötets utgång (a.a.). Martin Buber (1995) skriver att så länge som båda parter i mötet blir varandra medvetna kan de båda komma bort från objektifieringen och en Jag-Du-relation kan uppstå. Innebörden i en Jag-Du-relation karaktäriseras av att båda parter uppfattar varandra som subjekt, som självständiga och fria personer (Snellman, 2007). Ömsesidighet av något slag präglas i relationen. I relationen tilltalas motparten med ett Du och utveckling av Jag-Du-relationen kan ske genom god kommunikation. Kunskap uppnås i mötet. Duet i denna relation behöver inte vara en person utan kan även vara ett djur, ett träd eller rent av Gud (a.a.).

I denna uppsats uppfattas Duet/Detet som en fysisk person, en patient, som i vårdmötet träffar en vårdgivare, exempelvis en sjuksköterska. Även i en Jag-Du-relation kan det vara svårt för personer med demenssjukdom att påverka utgången av mötet (Snellman, 2007). Som vårdgivare är det av betydelse att observera blickar och kroppsspråk från patienten men även att lyssna på berättelser från anhöriga som kan medverka till etablerande av en Jag-Du-relation mellan dessa parter (a.a.).

Inom vården är vårdgivarna ofta uppgiftsorienterade vilket kan ses som en begränsning i möjlighet att skapa en ömsesidighet i vårdmötet (Snellman, 2007). Vårdgivarna har ständigt uppgifter att utföra i mötet med patienterna (a.a.). Snellman (2007) tar upp situationer där det enligt Buber är svårt att etablera en Jag-Du-relation. Just en av dessa situationer är vårdkontexten där vårdgivaren och vårdtagaren båda kan begränsa ömsesidigheten. En annan faktor som kan begränsa skapandet av ömsesidighet är patientens sjukdomstillstånd då de kan uppstå en så kallad ”dialogisk blockad”. Detta

innebär att patienten i relationen inte har förmågan att vara både mottagare och givare (a.a.). Detta borde innebära att personer med demenssjukdom med varierad kommunikativ förmåga i vården har en varierande förmåga att agera både mottagare och givare. Buber (1995) säger att för att ett äkta samtal ska kunna uppstå krävs att varje person inför sin samtalspartner upplever dennes existens, ser personen som unik och att acceptering sker av personen vi står inför. Det kan betyda att detta är svårt att uppnå i relationen med personer med demenssjukdom. Dock är det viktigt att vårdgivaren i mötet har detta förhållningssätt. Andra begrepp, förutom ömsesidighet, som är av betydelse för Jag-Du-relationen i vårdmötet är acceptans och distansiering (Snellman, 2007). Med acceptans menas att acceptera patienten där denne befinner sig just nu oavsett tillstånd. Med distansiering menas att se patienten som oberoende och självständig (a.a.).

5. Metod

Den metod som användes var systematisk litteraturstudie. Metoden syftar till att få en överblick av forskningsresultat, vad det är som har studerats (2. Friberg, 2006). Inom valt område gjordes en granskning av den forskning och kunskap som redan fanns för att sedan sammanställa denna (a.a.). För att arbetet skulle underlättas har uppsatsen skett i olika faser. Detta har skett med utgångspunkt från de steg som Forsberg och Wengström (2008) presenterat i sin bok. Dessa steg innebar:

- att bestämma hur sökning av material skall gå till – sökväg och sökord
- att finna vetenskapliga artiklar som är användbara
- att kritiskt granska de vetenskapliga artiklar som skall ingå
- att analysera och forma ett resultat genom diskussion
- att göra en sammanställning och finna slutsatser

5.1 Datainsamling

Först gjordes en litteratursökning utefter valda sökord som passade det valda området, allt enligt Forsberg och Wengströms (2008) steg. Datainsamling har skett genom fritextsökningar i databaser. De databaser som användes var Academic Search Elite,

CINAHL och MEDLINE. I de vetenskapliga artiklar som hittades gjordes även referenssök för att på så sätt få vidare tips på relevanta vetenskapliga artiklar. För att se matris av sökningen, se bilaga 1.

De sökord som användes var *dementia* (demens), *nurse* (sjuksköterska), *experiences* (upplevelser/erfarenheter), *acute* (akut), *acute setting* (akutsjukvård/verksamhet), *environment* (miljö), *hospital* (sjukhus), *care* (omvårdnad, vård) och *encounter* (möte).

5.2 Urval

En preliminär bedömning av artiklarnas relevans i förhållande till denna studies syfte gjordes. Därefter beslutades vilka artiklar som skulle ingå i uppsatsen. För att se en sammanfattning av de artiklar som valdes att ingå i resultatet, se bilaga 2. Vid kvalitetsgranskningen ställdes frågor för att kontrollera värdet av artiklarna. Några exempel på de frågor som ställdes var: Fanns det ett tydligt problem formulerat i artikeln? Fanns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Var syftet beskrivet? Var metoden beskriven? (2. Friberg, 2006).

De vetenskapliga artiklar som ingår i resultatet är vetenskapligt granskade (peer-reviewed) vilket var ett inklusionskriterium. Andra inklusionskriterium var att studierna inte skulle vara äldre än från år 1999. Detta för att den senaste forskningen skall användas (Forsberg & Wengström, 2008). Studierna skulle även vara kvalitativa studier och handla om akutvårdsmiljön, personer med demenssjukdom samt att de skulle fokusera på sjuksköterskans upplevelser. Det skedde en begränsning av språket. Sökning efter studier gjordes endast på svenska och engelska. Studier gjorda utanför västvärlden exkluderades för att få en så geografiskt närhet som möjligt. Detta för att kunna tillämpa resultaten inom Sverige. Det har inte skett någon exkludering av de artiklar som hittades till resultatet, då det fanns sparsamt med studier gjorda inom området.

5.3 Bearbetning och analys

Vid granskning och sammanställning av de vetenskapliga artiklarna till resultatet användes en checklista för värdering av artiklar (se bilaga 3) skapad av Forsberg och Wengström (2008). Denna checklista användes för att alla vetenskapliga artiklar skulle värderas och sammanställas efter samma principer för en enklare jämförelse och rättvis

bedömning. Artiklarna lästes grundligt upprepade gånger och sammanfattades i egna ord av de båda uppsatsförfattarna enskilt. Därefter gjordes en gemensam sammanfattning av artiklarna där likheter och olikheter i artiklarna diskuterades.

Analysarbetet utfördes med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Den induktiva ansatsen syftar till att förutsättningslöst tolka texter som exempelvis kan handla om människors upplevelser. Inom kvalitativ forskning så uppfattas ”sanningen” finnas i betraktarens ögon. Inom kvalitativ forskning ses omvärlden som komplex och därför är det viktigt att tolka texter i sitt sammanhang i den rådande kulturen (a.a.).

Innehållsanalysen har skett efter en rad olika begrepp beskrivna av Lundman & Hällgren-Graneheim (2008). Till en början valdes vilka artiklar som skulle bli *analysenheter*. Analysenheterna bestod av de artiklar som låg till grund för resultatet. Därefter valdes *domäner* ut. Domänerna bestod av delar av text från artiklarna som handlade om ett specifikt område. Vidare valdes *meningsenheter* ut. Meningsenheterna var meningsbärande ord eller meningar i artiklarna som till sist låg till grund för analysen. Begreppen abstrahering och kondensering exkluderas eftersom artiklarna redan är förkortade och sammanfattade i sin helhet. Av meningsenheterna bildades *koder* som i korthet beskrev meningsenheternas innehåll. Slutligen bildades *kategorier* av de koder som hade ett likvärdigt innehåll (a.a.).

Tre kategorier framkom som kännetecknar sjuksköterskors upplevelser av att möta och ta hand om personer med demenssjukdom i akutsjukvården. Kategorierna styrks med citat för att tydligt få fram vad sjuksköterskor har uttryckt för upplevelser kring att möta dessa personer i denna kontext. Citaten är inte översatta från engelska till svenska för att undvika feltolkningar. De tre kategorierna är: *Akutsjukvårdsmiljön som mötesplats; Tiden som aspekt i mötet* och *Sjuksköterskans förhållningssätt i mötet*.

6. Etiska ställningstaganden

I detta arbete ingår endast artiklar där etiska aspekter har beaktats. Detta för att veta att deltagarna i studierna inte kommit till skada samt att de har gett sitt medgivande för att delta i studien (Forsberg & Wengström, 2008). I uppsatsen kommer alla resultat att

redovisas. Oavsett om resultatet stödjer författarnas åsikt eller ej. Inget av artiklarnas resultat har förvrängts (a.a.). En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes vid analys av artiklar till resultat vilket innebär att författarna till denna uppsats har tolkat innebörden i texterna på bästa sätt utefter sin förståelse. Alla artiklar och all litteratur som är med i uppsatsen återfinns i referenslistan. Då artiklarna var skrivna på engelska har dessa återgetts på bästa sätt. Samtidigt finns en medvetenhet om att det inte är lätt att få samma innebörd i texten då den återges från ett språk till ett annat.

7. Resultat

Resultatet visar att det finns olika aspekter som påverkar vårdmötet och hur sjuksköterskor upplever mötet med personer med demenssjukdom. Resultatet presenteras i tre underrubriker som består av de kategorier som framkommit.

7.1 Akutsjukvårdsmiljön som mötesplats

I artiklarna framkommer det hur sjuksköterskor upplever akutsjukvårdsmiljön som mötesplats i relation till vårdmötet. Akutsjukvårdsmiljöns fysiska utformning ansågs inte vara lämplig för personer med demenssjukdom att vistas i, visade två studier (Nolan, 2007; Eriksson & Saveman, 2002). Sjuksköterskor upplevde frustration av att se hur patienter med demenssjukdom hade svårigheter med att hitta på avdelningen (Eriksson & Saveman, 2002). Att vistas på sjukhus kunde innebära svåra upplevelser för dessa patienter. Flera sjuksköterskor berättade att vistelsen kunde göra patienterna ängsliga (a.a.).

I en studie av Arnold & Mitchell (2008) beskrev sjuksköterskor hur vårdavdelningar på akutsjukhus var hektiska och högljudda. En sjuksköterska i studien beskrev hur små förändringar i omgivningen kunde orsaka beteendeförändringar hos patienter med demenssjukdom (a.a.). Även sjuksköterskor i en studie av Nolan (2006) beskrev hur akutsjukvårdsmiljön i sig kunde vara en bidragande faktor till varför personer med demenssjukdom kunde få just utmanande beteenden som försvårade mötet (a.a.). Detta kan innebära att denna patientgrupp möjligtvis inte får så bra vård som de egentligen borde kunna få på ett akutsjukhus då miljön på flera olika sätt verkar mindre lämplig för dessa patienter att vistas i.

En prioriterad angelägenhet hos sjuksköterskor var säkerheten i akutsjukvårdsmiljön (Nolan, 2007). Sjuksköterskor som deltog i studien av Arnold & Mitchell (2008) uttryckte ett ökat ansvar för att skydda patienterna från att komma bort sig och att skada sig själva eller andra. Även sjuksköterskorna i studien av Nolan (2007) upplevde omgivningen i akutsjukvården som farlig för personer med demenssjukdom eftersom dem kunde tappa bort sig. Detta upplevde sjuksköterskorna leda till att de behövde ha ständig uppsikt och uppmärksamhet över dessa patienter. Denna ständiga uppmärksamhet hos sjuksköterskan ledde till att omvårdnaden av andra patienter kunde bli lidande, speciellt när sjuksköterskan hade flera patienter med demenssjukdom att vårda samtidigt. Sjuksköterskor upplevde även känslor av skuld då personer med demenssjukdom inte kunde röra sig fritt i akutsjukvårdsmiljön. De upplevde en stor frustration kring just hur akutsjukvårdens begränsande omgivning hämmade möjligheterna till ett gott vårdmöte (a.a.). Detta visar att sjuksköterskorna har en medvetenhet om att det inte endast finns problem i hur personer med demenssjukdom skall mötas i akutsjukvårdsmiljön utan även hur de andra patienterna på avdelningen samtidigt ska kunna mötas av sjuksköterskan. Det visar även att akutsjukvårdsmiljön kan upplevas som ett hinder i mötet på grund av att patienterna inte kan röra sig fritt.

Under besökstider ökade antalet okända personer i akutsjukvårdsmiljön vilket sjuksköterskor upplevde överstimulera patienterna med demenssjukdom (Nolan, 2007). Sjuksköterskorna i studien av Eriksson & Saveman (2002) beskrev hur patienter med demenssjukdom blev mer oroliga då antalet människor i deras omgivning ökade. Denna oro tyckte sjuksköterskorna var svår att se. Sjuksköterskorna sa sig därför försöka minska antalet personer runt dessa patienter. Detta var speciellt svårt att utföra bland personal eftersom alla personalkategorier som möter patienten har sina specifika arbetsuppgifter som inte går att delegera till någon annan (a.a.).

Akutsjukhus är utrustade för att vårda akut sjuka människor och på grund av sin hårda belastning så kan patienter bli förflyttade mellan instanser för snabbt och för ofta (Arnold & Mitchell, 2008). Patienter behöver ibland lämna vårdavdelningen och slussas runt på sjukhuset för olika undersökningar och behandlingar (Eriksson & Saveman, 2002). Denna vetskap hos sjuksköterskorna skapade en känsla av maktlöshet då de hade oförmåga att åtgärda detta då patienter med demenssjukdom påverkas negativt av miljöombyte (a.a.).

I studien gjord av Arnold & Mitchell (2008) uttrycker en sjuksköterska sig så här:

"Patients wake up and wonder what is happening... then we very quickly move them on to a ward, and then very quickly move them from that ward as well." (Arnold & Mitchell, 2008, s.31).

Även här visas en medvetenhet bland sjuksköterskor att akutsjukvårdsmiljön på olika sätt kan vara utmanande och mindre lämplig för denna patientgrupp att vistas i. Det är bra att denna medvetenhet finns då detta kan leda till en utveckling och förbättring i mötet med patienter med demenssjukdom i denna kontext.

7.2 Tiden som aspekt i mötet

Många artiklar belyser att sjuksköterskor upplever svårigheter kring att möta personer med demenssjukdom inom akutsjukvården på grund av den tidsbegränsning som finns i denna kontext. Tidsbegränsning innebär att tiden för att möta och vårda patienterna på avdelningen är begränsad. På grund av denna tidsbegränsning berättar sjuksköterskorna att de tagit till olika åtgärder för att få tiden att räcka till (Eriksson & Saveman, 2002). Ett exempel på detta tas upp i studien av Eriksson & Saveman (2002). Bland sjuksköterskorna uttrycktes upplevelser av frustration kring att de ofta har administrerat lugnande läkemedel till denna patientgrupp mot patienternas vilja. Detta i avseende för att få tid till att utföra sina övriga arbetsuppgifter och skapa tid för omvårdnad av de andra patienterna på avdelningen. Frustrationen i samband med detta var starkt relaterad till att det inom akutsjukvården finns bestämda arbetsrutiner. Sjuksköterskorna upplevde att dessa måste upprätthållas. De uppgav att detta var orsaken till varför de utfört just denna handling (a.a.). En av sjuksköterskorna i studien uttryckte sig så här:

"It's a good thing if you can make the patient take a sedative after lunch, then they'll hopefully sleep until the evening meal and I'll have time to do my job and report to the evening staff in peace and quite." (Eriksson & Saveman, 2002, s.81).

Detta visar att tidsbrist kan leda till att sjuksköterskor kan utföra oetiska handlingar mot sjuksköterskans egna vilja. Det innebär att det finns en insikt bland dem att det är en felaktig handling de utför.

Upplevelsen av att rutinerna på avdelningen måste upprätthållas uppgav sjuksköterskorna grunda sig på de krav som fanns hos de högre cheferna om att vårdtiden för alla patienter skall minska (Eriksson & Saveman, 2002). Detta skapade en känsla av maktlöshet. Sjuksköterskorna tyckte att det då inte fanns tid för att lära känna patienten med demenssjukdom och kunna möta dennes behov på bästa sätt (a.a.). Att

tiden inte fanns för att tillgodose denna patientgrupps behov uttrycktes även bland sjuksköterskor i studien av Nolan (2006). Sjuksköterskorna i studien menade vidare att de krav som ställdes på deras arbetstid begränsade tiden som de kunde avsätta för vårdande aktiviteter för denna patientgrupp. Med krav på arbetstiden menades de arbetsuppgifter som skall utföras innan arbetspasset är slut. Dessa förhållanden skapade svårigheter i att kunna möta behoven hos patienterna (a.a.).

Närstående verkar i akutsjukvården kunna underlätta mötet mellan sjuksköterska och patient med demenssjukdom. Sjuksköterskor kan delvis på grund av tidsbegränsningen ha svårt att etablera kontakt med personer med demenssjukdom (Nolan, 2006). Just i detta sammanhang har närstående stor betydelse för att sjuksköterskan i vårdmötet skall kunna ge en så god omvårdnad som möjligt (a.a.). De närstående kan underlätta mötet genom att bidra med information om patienten som i sin tur kan hjälpa sjuksköterskan att förstå hur patienten fungerar samt att förstå patientens behov (Nolan, 2006; Arnold & Mitchell, 2008). En sjuksköterska upplevde närstående så här:

”They will tell you what can make them worse ... They tell you ways they have used to calm the patient down. It could be a simple little thing like taking them for a quick walk, but they [relatives/carers] are excellent and we do build up a good relationship.” (Nolan, 2006, s.211).

Detta kan innebära att sjuksköterskan lättare hinner med att utföra sina arbetsuppgifter och att alla patienter i sin tur får den omvårdnad som de behöver.

Sjuksköterskorna som medverkade i studien av Nolan (2006) uttryckte sin roll gentemot närstående till patienterna med demenssjukdom. Sjuksköterskorna ansåg att det också var viktigt att stötta den närstående i vården av patienten (a.a.). Det kan betyda att anhöriga även kan ta upp sjuksköterskans tid så att sjuksköterskans möjligheter till att skapa goda möten och ge en god omvårdnad av alla patienter istället blir begränsad. Slutligen kan det innebära att anhöriga både kan bidra till ökad tid för sjuksköterskan att möta patienterna på ett tillfredsställande sätt. Samtidigt som sjuksköterskans engagemang i att stötta anhöriga kan minska tiden till att möta patienterna på just ett tillfredsställande sätt.

De rutiner som fanns på akutsjukvårdsavdelningarna ansåg sjuksköterskorna inte var anpassade för vård av patienter med demenssjukdom (Eriksson & Saveman, 2002). Denna patientgrupp upplevs störa avdelningens rutiner och försvåra arbetet för sjuksköterskan. Detta för att dessa patienter ibland kunde behöva mer tid än vad sjuksköterskan hade planerat ägna åt dem. Det leder till minskad tid till utförandet av

andra arbetsuppgifter. Då en patient behöver mer tid måste sjuksköterskorna begränsa tiden för andra arbetsuppgifter för att hinna med allt som skall utföras under arbetspasset. Sjuksköterskorna upplevde till följd av detta en känsla av irritation (a.a.). Sjuksköterskorna menade vidare att medpatienter kan komma i skymundan och att de kan förväntas klara sig själva (Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2007). På grund av att tiden för andra arbetsuppgifter kunde begränsas behövdes en omprioritering av rutinerna göras (Nolan, 2007; Fessey, 2007). Omprioriteringen behövdes för att kunna möta så många patienter som möjligt på bästa sätt. Denna omprioritering ansågs av sjuksköterskorna vara en svår uppgift (a.a.). Tid för att sitta ner och fundera ut hur de på bästa sätt skulle hantera detta problem var minimal då sjuksköterskorna upplevde att de hade ansvaret för att arbetet på avdelningen skulle löpa så smidigt som möjligt (Eriksson & Saveman, 2002). De upplevde vidare att det kunde kännas som att det var lättare att springa ifrån problemen än att lösa dem (a.a.). En sjuksköterska upplevde det så här:

”What one misses sometimes is being able to sit down and in a sensible way try to figure out how to best help and treat the demented patient. ... We have our routines and everything is fixed and we just have to press on to make the day run smoothly. There is no time for solving conflicts, you'd rather run away from them.” (Eriksson & Saveman, 2002, s.82).

Sjuksköterskor upplevde att personer med demenssjukdom var tidskrävande (Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2007; Nolan 2006; Fessey, 2007). De upplevde att den tid som denna patientgrupp behövde för att mötas på bästa sätt inte fanns tillgänglig i denna kontext (a.a.). Sjuksköterskorna upplevde att tiden som patienter med demenssjukdom behövde minskade tiden för vårdande aktiviteter för andra patienter på avdelningen (Eriksson & Saveman, 2002; Nolan 2007). Detta upplevde sjuksköterskorna skapa en obehaglig känsla av att inte räcka till (Eriksson & Saveman, 2002). Sjuksköterskorna upplevde sig ge mycket av sig själva men att det ändå inte kändes som tillräckligt för att ett optimalt möte skulle uppstå (a.a.).

I studien gjord av Eriksson & Saveman (2002) framkom det att sjuksköterskor upplevde en maktlöshet i och med att vissa patienter med demenssjukdom tas emot av akutsjukvården trots att de verkar sakna behov av medicinsk expertis. Orsaken till att patienten besökte akutsjukvården kunde vara att maken/makan inte längre orkade ta hand om sin sjuka partner hemma. Det för att väntetiden för ett särskilt boende ordnat till patienten var för lång (a.a.). Detta visar hur patienter med demenssjukdom kan vistas

i akutsjukvården utan att det egentligen är nödvändigt. Det medför att sjuksköterskors tid för att möta alla patienter på avdelningen på ett bra sätt kan försvåras. Denna vetskap hos sjuksköterskan skulle kunna innebära att hon uppfattar mötet med personen med demenssjukdom som mindre viktigt i jämförelse med mötet med patienter som enligt sjuksköterskan verkligen är i behov av medicinsk expertis.

I studien av Nolan (2006) uttryckte sjuksköterskorna en önskan om att se patienten med demenssjukdom som en självständig och självbestämmande person. Det var viktigt att alla patienter fick samma förutsättningar i vårdmötet. Dock upplevde sjuksköterskorna att denna önskan inte alltid gick att uppfylla. Detta på grund av att dessa patienter kunde ha svårt att utföra exempelvis sin ADL (aktiviteter i dagligt liv) själv inom den ram av tid och rutiner som fanns. Sjuksköterskan tog ibland över och slutförde handlingen i syfte att hinna vidare till nästa patient (a.a.). Det innebär att de då går emot sin önskan att se patienten som en självständig och självbestämmande person. En annan faktor som sjuksköterskorna i en studie av Fessey (2007) ansåg vara av betydelse för vårdmötets utgång var antalet personal per arbetspass på avdelningen. De upplevde svårigheter i att möta behoven hos personer med demenssjukdom när det var mindre personal på avdelningen då tiden upplevdes bli mer knapp (a.a.).

7.3 Sjuksköterskans förhållningssätt i mötet

I studierna framkom det att sjuksköterskornas förhållningssätt på olika sätt påverkas i mötet med personer med demenssjukdom.

I studien av Eriksson & Saveman (2002) nämnde sjuksköterskorna kommunikationssvårigheter. De menade att bristande kommunikation mellan patient med demenssjukdom och sjuksköterska försvårade vårdmötet och upprättandet av en relation. Sjuksköterskorna upplevde att vissa av dessa patienter hade svårt att uttrycka sina viljor vilket kunde leda till att dem ibland glömde att beakta patienternas värdighet i mötet. På så sätt upplevde sjuksköterskorna att de äventyrade respekten för patienten (a.a.). Sjuksköterskorna i Nolans (2006) studie upplevde att det var av betydelse att lära känna personen med demenssjukdom och etablera en relation. Detta trots att kommunikationssvårigheter kunde finnas. Det var en förutsättning för att kunna ge en etiskt försvarbar vård menade sjuksköterskorna (a.a.).

Sjuksköterskorna ansåg vidare att en vårdrelation ska bygga på tillit (Nolan, 2006).

Med tillit menas att det finns förtroende i mötet. Om tillit finns mellan patient och sjuksköterska anser dem att det kan underlätta att både ge och ta emot omvårdnad. Sjuksköterskorna uttryckte dock att skapandet av en vårdrelation inte skall tas för given. För att underlätta skapandet upplevde sjuksköterskorna att det var viktigt för dem att behandla personen med demenssjukdom så som vilken annan person som helst. Just detta ansåg dem skulle ske oberoende av i vilket tillstånd som patienten var i (a.a.). Detta betyder att sjuksköterskan skall vara konsekvent i sitt förhållningssätt i mötet oavsett om patienten är lugn, agiterad, aggressiv, förvirrad eller glad. En sjuksköterska uttryckte sig så här:

"The aggressive can be more tricky but ... if you are treating them as an individual and you listen to them and you appear to be trying to understand what they are saying, I think they identify you as someone ... they can related to." (Nolan, 2006, s.211).

Sjuksköterskor uttryckte en frustration över de beteenden som personer med demenssjukdom kan uppvisa (Eriksson & Saveman, 2002). Frustrationen var relaterad till känslan av att inte kunna göra något åt dessa patienters störande åverkan på akutvårdsavdelningen. De berättade vidare att patienter med demenssjukdom kunde ha ett vandringsbeteende som störde medpatienter. Detta genom att dessa patienter med demenssjukdom kunde peta på dem eller ta deras saker. Detta upplevde medpatienterna som hotande. Sjuksköterskorna berättade att personalen nattetid brukade placera patienterna med demenssjukdom med tillhörande säng i korridoren dels för att ha dem under uppsikt men även för att undvika att medpatienter blev störda (a.a.).

Sjuksköterskorna i studierna av Eriksson & Saveman (2002) och Arnold & Mitchell (2008) berättade att de observerat att det fanns en viss rädsla bland personal och medpatienter att möta personer med demenssjukdom (a.a.). Denna känsla kunde bero på att vissa patienter brukade använda fysiskt våld mot personal eller anklaga personal och medpatienter för att ha stulit (Eriksson & Saveman, 2002). När patienter med demenssjukdom uppvisade dessa beteenden blev det svårare för sjuksköterskan att utföra omvårdnaden då patienterna kunde bli extremt fysiskt starka (a.a.).

Sjuksköterskorna i studien av Nolan (2007) upplevde att det inom akutsjukvården var lättare att möta icke-aggressiva personer med demenssjukdom än aggressiva. Det kunde också leda till att sjuksköterskorna upplevde samarbetsvårigheter gentemot denna patientgrupp (Eriksson & Saveman, 2002; Arnold & Mitchell, 2008). De upplevde att personal på grund av detta undvek att arbeta på den del av avdelningen som dessa

patienter vårdades på (a.a.). Detta visar att sjuksköterskans förhållningssätt i mötet måste anpassas efter dessa faktorer så att sjuksköterskan fortfarande möter patienten med demenssjukdom med respekt. Det betyder vidare att omvårdnaden skall ske på lika villkor för alla patienter oavsett sjukdomstillstånd.

Vissa sjuksköterskor uttryckte att det var av betydelse att som sjuksköterska försöka förstå patienten och dennes beteenden i mötet (Fessey, 2007). Särskilt när en patient med demenssjukdom motsatte sig hjälp exempelvis med sin ADL. Med hjälp av god kommunikationsförmåga mellan patient och sjuksköterska upplevde de att situationer som denna kunde förbättras (a.a.). Sjuksköterskor upplevde också att det var svårt att hinna med att lära sig dessa patienters olika kommunikationssätt (Eriksson & Saveman, 2002). På grund av detta kunde inte alltid en god kommunikation skapas i mötet med patienterna. Då patienter med demenssjukdom hade olika sätt att kommunicera på upplevde sjuksköterskorna att de ibland var tvungna att gissa sig fram för att förstå patientens vilja. Detta skapade en frustration hos både sjuksköterska och patient. Ett exempel på detta var då sjuksköterskorna upplevde sig ha svårt att avgöra om patienten hade smärta och var smärtan i sådana fall var lokaliserad (a.a.). En sjuksköterska upplevde det såhär:

"...You can't speak to the person, they don't understand what you are saying, they don't know where they are, and everything you do is perhaps regarded as a threat by the patient...." (Eriksson & Saveman, 2002, s.81).

Detta visar att patienternas olika kommunikationssätt kan påverka hur sjuksköterskan förhåller sig i mötet. Det visar även att det är av betydelse att som sjuksköterska vilja lära sig patienternas kommunikationssätt.

Sjuksköterskorna upplevde att det fanns en risk för att personer med demenssjukdom blev utsatta för stigmatisering och stämpling (Nolan, 2006; Arnold & Mitchell, 2008). Vissa sjuksköterskor upplevde att detta kunde ske på grund av patienternas störande beteenden (a.a.). Sjuksköterskor uttryckte sig så att om patienten en eller flera gånger uppförde sig störande kunde denne bli stämplad som "förvirrad" (Arnold & Mitchell, 2008). Sjuksköterskorna ansåg vidare att denna patientgrupp blev annorlunda behandlad på grund av denna stämpling (a.a.). Till följd av detta skapades ett behov hos sjuksköterskorna att skydda personen (Nolan, 2006). Sjuksköterskorna uttryckte en känsla av att vara advokater för denna patientgrupp gentemot andra vårdgivare (a.a.). De tyckte att det var av betydelse att verkligen försöka förstå patienten med

demenssjukdom och dennes beteenden för att undvika stigmatiseringen och stämplingen (Fessey, 2007). På så sätt kunde mötet förbättras inom denna kontext (a.a.). En sjuksköterska sade:

"Actions may have a rational explanation and we need to determine the reasoning behind this and show understanding." (Fessey, 2007, s.33).

Alla de faktorer som presenterats ovan visar att sjuksköterskor skulle behöva en ökad kunskap i hur de skall förhålla sig i mötet med denna patientgrupp. Detta för att underlätta arbetstempot om dagarna.

Det framgår tydligt i flera artiklar att sjuksköterskorna upplevde att utbildning inom detta område var bristande (Fessey, 2007; Nolan, 2007; Arnold & Mitchell, 2008). Med "detta område" menas att möta personer med demenssjukdom i akutsjukvården. 85 procent av sjuksköterskorna i artikeln av Fessey (2007) upplevde att dem endast till viss del hade den kompetens och kunskap som erfordrades för att ge en så bra och effektiv vård som möjligt för personer med demenssjukdom. Sjuksköterskorna upplevde vidare att de med sitt förhållningssätt kan hantera vissa aspekter i mötet av denna patientgrupp men att utbildning, stödjande åtgärder för sjuksköterskor och en förbättrad kommunikation kunde leda till att ökad kunskap uppnås (a.a.). Sjuksköterskor som hade en kunskap i hur demensvården egentligen bör se ut uttryckte en frustration kring att möta personer med demenssjukdom inom akutsjukvården (Nolan 2007; Fessey, 2007). Detta på grund av att vården i denna kontext skiljde sig från den optimala vården för dessa patienter (Nolan 2007).

I studien av Arnold & Mitchell (2008) upplevde alla sjuksköterskor ett behov av en bredare utbildning om demenssjukdomar och andra liknande sjukdomar. De tyckte att detta skulle ingå i allmänsjuksköterskans grundutbildning (a.a.). En sjuksköterska uttryckte behov av utbildning såhär:

"They have no insight into mental health... nurses do not have the same input to their training program... they have no experience at all." (Arnold & Mitchell, 2008, s.31).

Dock var erfarenheterna olika bland sjuksköterskorna i studien gällande vård av personer med demenssjukdom (Arnold & Mitchell, 2008). De nyligen utbildade sjuksköterskorna uppgav att de hade liten eller ingen erfarenhet alls av att möta personer med demenssjukdom i vården. De kände alltså ett stort behov av en bredare utbildning inom området (a.a.). Detta visar att sjuksköterskorna har en önskan att lära sig mer om

hur mötet med personer med demenssjukdom på bästa sätt går till. Det betyder vidare att utbildning även kan leda till att sjuksköterskorna blir mer säkra i mötet och i sin yrkesroll att vårda personer med demenssjukdom.

8. Diskussion

Under denna rubrik presenteras diskussioner kring metod, val av artiklar och resultat. Enligt Friberg (1. 2006) kan inte alla resultat diskuteras och därför valdes några intresseväckande ämnen från resultatet för att följas upp genom diskussion.

8.1 Metoddiskussion

Den metod som användes i denna uppsats var en systematisk litteraturstudie med en tolkande innehållsanalys. Då en tolkande innehållsanalys användes gav det en frihet i att tolka det resultat som presenterats. Tolkning har skett efter att resultatet var skrivet för att resultatet inte från början skulle bli påverkat.

Syftet med litteraturstudien har varit att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att möta personer med demenssjukdom i akutsjukvården. Syftet har i stort sett varit oförändrat genom hela litteraturstudien med undantag av någon formuleringsförändring.

De fem artiklar som ingår i studien är de artiklar som hittades vid sökning. Antalet kan uppfattas som få och det kan ses som en brist. Hade fler artiklar hittats så är det möjligt att resultatet hade kunnat se annorlunda ut. I resultatet finns det även två artiklar från samma författare (Nolan) vilket också kan ha betydelse för hur resultatet blev. Författaren har i dessa artiklar analyserat samma intervjumaterial utifrån olika analysmodeller. Det gav två helt olika resultat vilket var avgörande för att dem fick ingå i uppsatsen. Uppsatsen fullföljdes då det upplevdes viktigt att belysa detta område trots att endast fem artiklar hittades. Mycket energi har lagts ner på dessa artiklar för att få ut så mycket som möjligt. De fem artiklarna analyserades i denna uppsats av nya ögon vilket kan vara viktigt för att på nytt identifiera vidare forskning, förbättra sjuksköterskans omvårdnadsarbete och för att kunna skapa ett ökat välmående bland sjuksköterskorna idag. Alla artiklar i studien var relevanta i förhållande till syftet då de på ett utmärkt sätt innehöll det fenomen som var avsatt att studera. Årtalen då studierna var publicerade sträcker sig mellan 2002-2008 vilket kan tyda på att detta är ett

forskningsområde som nyligen väckts. Artiklarna täcker information från tre länder vilka är Sverige, Storbritannien och Irland. Resultatet ger en bra bild över sjuksköterskans upplevelser som kan vara applicerbart inom svensk sjukvård. Det är möjligt att resultatet hade kunnat bli annorlunda om artiklar från andra delar av världen hade valts.

Analysarbetet har utförts så noggrant som möjligt och största hänsyn har tagits för att på ett bra sätt förmedla sjuksköterskans upplevelser. Efter att ha läst och analyserat artiklarna grundligt framkom kategorierna tydligt då dessa var återkommande i varje artikel. Att hitta bra benämningar på kategorierna var svårt då det var viktigt att rubriken täckte all den information som den skulle presentera. Detta samtidigt som benämningen skulle vara intressant och därmed väcka intresse.

Anledningen till att citat har används vid presentation av resultatet grundar sig i att på ett tydligt sätt redovisa vad sjuksköterskor i studierna själva uttryckt. Valen av citat har gjorts omsorgsfullt då de skall väcka känslor hos läsaren. Citaten har inte översatts från engelska till svenska för att undvika feltolkningar.

8.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar att det finns olika aspekter som påverkar hur sjuksköterskor upplever att möta personer med demenssjukdom i akutsjukvårdsverksamheter. Det mest centrala och framträdande i resultatet är att tiden som finns att tillgå för vårdmöten är sparsam. Något som också är återkommande och betonas i forskningen är att akutsjukvårdsmiljön av sjuksköterskor uppfattas som utmanande att möta personer med demenssjukdom i. Detta innebär att möjligheter för att skapa ett optimalt vårdmöte inom akutsjukvården kan vara en komplicerad process.

Forskningen visar även att sjuksköterskans förhållningssätt i vårdmötet är av betydelse för hur mötet artar sig. Då akutsjukvårdsmiljön och tidsaspekten i stor utsträckning är svåra att direkt påverka kommer därför fokus att läggas på just sjuksköterskans förhållningssätt. Det kan finnas en möjlighet att med denna uppsats påverka och ge ny kunskap om hur sjuksköterskorna kan förhålla sig i mötet med patienter med demenssjukdom. Sjuksköterskans förhållningssätt med en viss koppling till miljö och tid kommer att i denna diskussionsdel vidareutvecklas och försöka förstås utifrån den teoretiska referensram som används i denna uppsats.

8.2.1 Sjuksköterskans förhållningssätt i relation till tid och miljö

Forskningen visar tydligt att sjuksköterskor många gånger kan objektifiera patienter med demenssjukdom. I mötet kan sjuksköterskor ta till ett objektivt förhållningssätt då det kan uppfattas som mindre komplicerat då tid och resurser är begränsade. Detta förhållningssättet i vårdmötet kan fungera som en kompensation för dessa begränsningar så att arbetet som skall genomföras faktiskt blir utfört. Det innebär, som Snellman (2007) påpekar, att det objektiva förhållningssättet har samband med vårdens uppgiftsorientering. Förhållningssättet kan även påverkas av tiden. Resultatet visade som tidigare pekats på av Rundqvist & Severinsson (1999), Edberg (2002) och Cunningham & McWilliam (2006) att tidsaspekten generellt negativt påverkar vårdmötet och att tiden inte är tillräcklig för att på bästa sätt möta patienten. Sjuksköterskan lägger då koncentrationen på att utföra uppgiften och glömmer bort den andra parten i mötet. Som tidigare påpekats av Edberg (2002) och Armanius Björlin et al. (2006) är det viktigt att verkligen försöka beröras av personen som deltar i mötet. Detta visar att mer tid kan behövas för att sjuksköterskans förhållningssätt i vårdmötet skall förändras så att en Jag-Du-relation kan uppstå.

Ett exempel på detta förhållningssätt tas upp i resultatet. Sjuksköterskan har vid vissa tillfällen administrerat lugnande läkemedel mot patientens vilja med avsikt att kunna utföra sitt arbete mer ostört. Detta visar att sjuksköterskan möter patienten i denna situation som ett objekt. Ett Det som hon handskas med och som hon inte berörs av i vårdmötet. Sjuksköterskan ser endast uppgiften som måste utföras och glömmer helt bort personen.

Snellman (2007) understryker att patienter själva kan påverka sjuksköterskors förhållningssätt genom att personligen välja vad de vill berätta och därmed påverka vad som blir möjligt att objektifiera. Denna förmåga kan dock vara nedsatt hos personer med demenssjukdom (a.a.). En bidragande orsak till sjuksköterskors objektiva förhållningssätt som resultatet påvisar är därför denna patientgrupps varierande förmåga att kommunicera och uttrycka sina viljor. Att en patient med demenssjukdom kan behöva mer tid för kommunikation än vad andra patienter kan behöva för att ta in den information som förmedlas har tidigare påvisats av Cunningham & McWilliam (2006) och Rundqvist & Severinsson (1999).

Studierna i resultatet visar att sjuksköterskorna har svårigheter att förstå dessa

patienters kommunikationssätt vilket kan leda till att det uppstår ett objektivt förhållningssätt gentemot patienten. Att vårdmiljön inte anses vara anpassad för dessa patienter samtidigt som den påverkar vårdmötet negativt visas tydligt i resultatet och har även påpekats tidigare av James & Hodnett (2009) och Ragneskog, Gerbner & Hellström (2001). Sett utifrån Martin Bubers relationsfilosofi blir sjuksköterskan i vårdmötet på grund av kommunikationssvårigheterna inte tillräckligt berörd för att skifta förhållningssätt från Jag-Det till Jag-Du.

Det kan tyda på, som även resultatet visar, att sjuksköterskor vill förstå patienterna och vill dem väl men att det inte är tillräckligt för att skifta förhållningssätt. Det visar även att Jag-Det-relationen inte är enformig utan att graden av objektifiering kan vara olika stark beroende på om Jaget i relationen blir helt oberörd eller inte. Även graden av medvetenhet om den andra parten i mötet påverkar hur stark objektifieringen kan bli. Det betyder vidare att sjuksköterskan mer eller mindre medvetet kan ta till ett objektivt förhållningssätt för att klara av att sköta sitt arbete trots hon i denna typ av situation i viss grad kan beröras av personen i vårdmötet. Detta även för att bibehålla sin värdighet som sjuksköterska. Värdigheten hänger samman med att sjuksköterskan vill behålla sin värdighet i yrket och i det objektiva vårdmötet med personer med demenssjukdom samtidigt som hon vill visa att patienterna blir väl omhändertagna.

Att det kan kännas lättare för sjuksköterskor att ta till ett objektivt förhållningssätt kan bidra till stress hos sjuksköterskan. Stressen är kopplad till att sjuksköterskor vill beakta patienten med demenssjukdom i mötet och göra gott men att det upplevs som detta är svårt och att det då blir enklare att objektifiera. Detta kan hos sjuksköterskan, som tidigare konstaterats av Edberg et al. (2007), skapa en så kallad etiskt betingad stress som kan uppstå då sjuksköterskan har en medvetenhet om att de objektifierar dessa patienter samtidigt som de är medvetna om att det är fel. Denna handling upplevs hos sjuksköterskorna som etiskt fel men att de ändå gör det av olika anledningar. De resurser som finns tillgängliga i akutsjukvården är inte tillräckliga för att underlätta vårdmötet.

Det kan för sjuksköterskan vara svårt att själv påverka mötets utgång i denna kontext då akutsjukvårdsmiljön och tiden är två omständigheter som hon själv har svårt att påverka. Trots att sjuksköterskor av olika anledningar ser patienten och behandlar denne som ett Det visar resultatet att sjuksköterskor vill se personen bakom

demenssjukdomen. Detta innebär att sjuksköterskan har en önskan att se patienten som ett Du.

8.2.2 Utbildning kan förbättra sjuksköterskans förhållningssätt

Med en befolkning som enligt Ferri et al. (2005) blir allt äldre och demenssjukdomar som blir allt vanligare väcks frågan om sjuksköterskan är redo att ta emot denna alltmer åldrande befolkningen i en akutsjukvård som enligt Fredell (1998) varit oförändrad sedan 1960-talet. Resultatet visar hur sjuksköterskor önskar sig och behöver mer kunskap om demenssjukdomar och vården därtill. Resultatet visar att sjuksköterskor har en önskan om att se patienter med demenssjukdom som subjektiva personer men att de av olika anledningar ser patienterna som objekt, som Det. Sjuksköterskor upplevde känslor av frustration av att möta denna patientgrupp inom akutsjukvården då de hade en förkunskap om hur demensvården egentligen bör se ut. Denna frustration skulle även den kunna leda till den etiskt betingade stress som Edberg et al. (2007) tar upp. Upplevelsen av att ge mycket av sig själv men att ändå inte räcka till går även den att knyta ihop med etiskt betingad stress. Sjuksköterskorna har en önskan om att lära känna patienten för att på ett bättre sätt förstå patienten och dennes beteenden. Detta kan underlätta skapandet av en Jag-Du-relation. Utan någon förändring i akutsjukvården och kunskapsläget kan den etiskt betingade stressen hos sjuksköterskor vara ett faktum.

Då kommunikation enligt Snellman (2007) är av betydelse för sjuksköterskans förhållningssätt och för att en Jag-Du-relation i vårdmötet skall uppstå kan det peka på betydelsen av utbildning. Som tidigare nämnts av Normann, Asplund & Norberg (1999) så är utbildning av betydelse när det gäller hur mötet utformas mellan vårdpersonal och person med demenssjukdom. Som resultatet visar upplever sjuksköterskor att utbildningen är bristande inom området demens. Genom en bredare utbildning inom detta område skulle sjuksköterskor eventuellt lättare kunna förstå hur kommunikation med denna patientgrupp på bästa sätt går till och hur dessa patienter kommunicerar. Därmed kan sjuksköterskan på ett lättare och mer medvetet sätt inta ett subjektivt förhållningssätt och skapa en relation där hon ser patienten som ett Du. Resultatet och forskning av Ellis (2008) visar hur sjuksköterskor önskar sig utbildning för att på bästa sätt kunna förstå behoven hos personer med demenssjukdom. Samtidigt kan sjuksköterskor med hjälp av utbildning få en uppfattning om att personer med

demenssjukdom fortfarande är människor och att kommunikationen har stor betydelse (Ellis, 2008). Forskning av Smith (2007) visar att utbildning sannerligen kan leda till att patienter med demenssjukdom inom akutsjukvården enklare blir förstådda genom att vårdpersonal får lära sig hur de skall kommunicera på bästa sätt. Genom förbättrat kommunikationssätt kan aggressiva beteenden hos denna patientgrupp minska. Ett bättre kommunikationssätt skulle kunna minska den rädsla hos sjuksköterskor som finns just för aggressiva patienter och som resultatet beskriver. Utbildning kan leda till att vårdpersonal lättare förstår de behov som dessa patienter har och att sjuksköterskor lär sig hur de i vårdmötet skall förhålla sig så att patienterna betraktas med respekt, värdighet och som oberoende personer (Smith, 2007; Ellis, 2008). Att se varandra som en oberoende personer är enligt i Snellman (2007) förutsättning för Jag-Du-relationen.

Resultatet visar att det hos sjuksköterskan finns en strävan efter ett subjektivt förhållningssätt där patienten med demenssjukdom ses som ett Du i vårdmötet. Vidare visar resultatet att anhörigas hjälp kan vara av betydelse för att denna strävan skall bli verklighet och för att etablerandet av en Jag-Du-relation skall underlättas. Snellman (2007) betonar anhörigas betydelse för etablerandet av en Jag-Du-relation mellan sjuksköterska och patient. De anhöriga kan bistå med information om patienten som kan leda till att sjuksköterskan i vårdmötet får ett subjektivt förhållningssätt gentemot patienten (a.a.). Utan anhörigas hjälp skulle sjuksköterskan lika gärna kunna se patienten som ett objekt, ett Det. Detta skulle kunna innebära att patienter med demenssjukdom som inte har någon närstående hos sig får ett sämre vårdmöte med sjuksköterskan än de patienter som har någon närstående hos sig på sjukhuset.

Enligt Buber (1995) skall båda parter vara varandra medvetna i en Jag-Du-relation. Detta är något som i mötet med personer med demenssjukdom kan ifrågasättas. När patienter med demenssjukdom kan sakna förmågan av att ge och ta emot information kan det uppfattas som oklart hur pass medvetna patienterna med demenssjukdom då är av sjuksköterskans närvaro i vårdmötet. Sjuksköterskan kan vara medveten om patienten tack vare anhörigas hjälp men det betyder inte att patienten är medveten om sjuksköterskan i det som ser ut att vara en Jag-Du-relation.

Det framkommer tydligt i resultatet att akutsjukvårdsmiljön och tidsaspekten är dimensioner som saknas för att sjuksköterskan skall kunna förändra sitt förhållningssätt. Med en bättre utformad och organiserad akutsjukvård där sjuksköterskan har tillräcklig

kunskap om demenssjukdomar och att möta patienter med demenssjukdom skulle det kunna leda till att alla patienter oberoende sjukdomstillstånd kan få ett lika gott vårdmöte och omhändertagande i denna kontext. Ragneskog, Gerdner & Hellström (2001) har tidigare påpekat att alla patienter ska ha rätt till lika vård. Detta är något som skulle kunna liktydas med två av målen för hälso- och sjukvården: ”Kraven på en god vård innebär att den särskilt ska främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling.” (Hälso- och sjukvårdslag, [1982:763]).

9. Slutsats

Resultatet visar hur sjuksköterskor upplevde att möta personer med demenssjukdom i akutsjukvården. Sjuksköterskorna verkade uppleva mötet som mer negativt än positivt på grund av de rådande omständigheterna. Aspekterna miljö och tid gör att mötet försvåras. Sjuksköterskorna verkade inte uppleva själva personen med demenssjukdom i mötet som negativ utan att organiseringen av akutsjukvården var det största hindret för ett gott vårdmöte.

De olika aspekter som framgår i resultatet kan påverka sjuksköterskorna till att objektifiera patienterna i akutsjukvården. För att kunna förändra detta kan det vara dags att vissa delar av akutsjukvården förändras. Med tanke på underlaget i denna uppsats tyder det på betydelsen av att ägna fortsatt forskning åt detta område då lite var gjort kring just detta. Dels för att förbättra välmåendet hos sjuksköterskorna och dels för att förbättra omvårdnaden av denna patientgrupp i akutsjukvården och göra deras vistelse på sjukhus så bra som möjligt.

Referenser

* Artiklar som ingår i resultatet

Armanius Björlin, G., Basun, H., Beck-Friis, B., Ekman, S-L., Englund, E., Eriksdotter Jönhagen, M., Gustafson, L., Lannfelt, L., Nygård, L., Sparring Björkstén, K., Terzis, B., Wahlund, L-O. & Wimo, A. (2002). *Om demens*. Stockholm: Liber

* Arnold, M., & Mitchell, T. (2008). Nurses' perceptions of care received by older people with mental health issues in an acute hospital environment. *Nursing Older People*, 20, (10), 28-34.

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

Buber, M. (1995). *Det mellanmännsliga*. Ludvika: Dualis.

Cars, J., & Zander, B. (2006). *Samvaro med dementa. Råd till anhöriga och personal om bemötande*. Kristianstad: Gothia AB.

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

Edberg, A-K., Bird, M., Richards, D A., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health*, 12, (2), 236-243.

Edberg, A-K. (2002). Att möta personer med demens. I A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (s.13-27). Lund: Studentlitteratur.

Ellis, J. (2008). Carer-driven dementia education for professionals. *Nursing Older People*, 20, (2), 35-40.

* Eriksson, C., & Saveman, B-I. (2002). Nurses' experience of abusive/ non-abusive caring of demented patients in acute care setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 79-85.

Ferri, C P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes., P R., Rimmer, E., & Sczufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet*, 366, 2112-2117.

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

Fredell, S. (1998). *Rum för vårdens möten*. Stockholm: Institutionen för arkitektur och stadsbyggnad, Kungliga Tekniska högskolan.

1. Friberg, F. (2006). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.71-82). Lund: Studentlitteratur.
 2. Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Heap, K. (1995). *Samtal med äldre: om kommunikation, minnen, kriser och sorg*. Stockholm: Liber.
- Hälso- och sjukvårdslag. [1982:763]. [Elektronisk]. Svensk författningssamling (SFS) - Riksdagen. Tillgänglig:<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?bet=1982:763&nid=3911> [2009-05-18].
- James, J., & Hodnett, C. (2009). Taking the anxiety out of dementia. *Emergency Nurse*, 16, (9), 10-13.
- Joy, H. (2008). Designing homes for people with dementia. *Nursing & Residential Care*, 10, (9), 460-462.
- Larsson, M., & Rundgren, Å. (2003). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Nazarko, L. (2006). Creating the ideal home for people with dementia. *Nursing & Residential Care*, 8, (5), 221-223.
- * Nolan, L. (2006). Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting – a hermeneutic interpretation of the staff nurse's experience. *International Journal of Older People Nursing*, 208-215.
- * 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.
- Normann, H K., Asplund, K., & Norberg, A. (1999). Attitudes of Registered Nurses towards patients with severe dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 353-359.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., S, Savvas., Papacostas., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 446-457.

- Ragneskog, H., Gerdner L A., & Hellström L. (2001). Integration of lucid individuals and agitated individuals with dementia in different care units. *Journal of Clinical Nursing, 10*, 730-736.
- Rundqvist, E M., & Severinsson, E I. (1999). Caring relationships with patients suffering from dementia – an interview study. *Journal of Advanced Nursing, 29*, (4), 800-807.
- SBU. *Demens – se människan bakom sjukdomen*. [Elektronisk]. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. Tillgänglig: <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap-Praxis/Vetenskap-och-praxis/2169/> [2009-05-04].
- Silfverberg, G. (2005). *Praktisk klokhet – om dialogen och dygdens betydelse för yrkesskicklighet och social politik*. Skåne: FoU
- Smith, S. (2007). Raising the profile of older people's care in hospital through training. *Nursing Older People, 19*, (3), 27-31.
- Snellman, I. (2007). Det goda vårdmötet. I K. Malmsten (Red.), *Etik I basal omvårdnad...i någon annans händer...* (s.171-195). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Wahlund, L-O. (2007). *Praktisk geriatrik*. Stockholm: Liber.
- Wenger, G C., Scott, A., & Seddon, D. (2002). The experience of caring for older people with dementia in a rural area: using services. *Aging & Mental Health, 6*, (1), 30–38.

Bilaga 1. Redovisning av sökningar

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal granskade artiklar	Antal artiklar medtagna i resultat
Academic Search Elite, CINAHL och MEDLINE	Nurse, experience, dementia	74	12	3st. Eriksson & Saveman, 2002 Nolan, 2006 Nolan, 2007
Academic Search Elite, CINAHL och MEDLINE	Nurse, experience, dementia, acute	8	4	3st. Eriksson & Saveman, 2002 Nolan, 2006 Nolan, 2007
Academic Search Elite, CINAHL och MEDLINE	Nurse, experience, dementia, hospital	19	2	2st. Nolan, 2006 Nolan, 2007
Academic Search Elite, CINAHL och MEDLINE	Nurse, experience, dementia, acute care	7	3	3st. Eriksson & Saveman, 2002 Nolan, 2006 Nolan, 2007
Academic Search Elite, CINAHL och MEDLINE	Nurse, dementia, acute care	42	6	4st. Eriksson & Saveman, 2002 Fessey, 2007 Nolan, 2006 Nolan, 2007
Academic Search Elite, CINAHL och MEDLINE	Nurse, dementia, encounter, acute care	0	0	0
Academic Search Elite, CINAHL och MEDLINE	Nurse, dementia, acute hospital	27	4	3st. Eriksson & Saveman, 2002 Nolan, 2006 Nolan, 2007
Academic Search Elite, CINAHL och MEDLINE	Nurse, acute, environment	228	10	3st. Arnold & Mitchell, 2008 Eriksson & Saveman, 2002 Nolan, 2007

Bilaga 2. Matris av artiklar till resultat

Författare	Titel	Tidskrift/År /Land	Syfte	Metod/Urval	Resultat
Arnold, Maggie., & Mitchell, Theresa.	Nurses' perceptions of care received by older people with mental health issues in an acute hospital environment	Nursing Older People. (2008), 20, (10), 28-34. Storbritannien	Att utforska ett urval av sjuksköterskors uppfattning av service vid psykisk ohälsa för äldre personer i akutsjukvården.	Det användes en kvalitativ metod. Författarna använde tre fokusgrupper dit de 14 deltagande sjuksköterskorna blev indelade. Erfarenheten av vård vid psykisk ohälsa var olika. Under intervjuerna användes en intervjuguide. I analysen jämfördes resultaten från de olika fokusgrupperna.	Tre nyckelteman presenteras: 1. Problem relaterade till psykisk ohälsa; 2. Träning och utbildning; 3. Samarbete.
Eriksson, Catharina., & Saveman, Britt-Inger.	Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute settings	Nordic College of Caring Sciences. (2002), 79-85. Sverige	Beskriva sjuksköterskors upplevelser av svårigheter relaterade till att vårda patienter med demens i akutsjukvården.	12 kvinnliga sjuksköterskor mellan 25-55år intervjuades med semistrukturella frågor. Sjuksköterskorna hade olika lång erfarenhet av yrket. Analysen av insamlad data gjordes i olika steg.	Tre kategorier uppstod: 1. Etiskt svåra situationer; 2. Svårigheter relaterade till bråkigt beteende bland patienter med demens; 3. Svårigheter relaterade till akutsjukvårdens organisation som hinder för god omvårdnad av patienter med demens.

Författare	Titel	Tidskrift/År /Land	Syfte	Metod/Urval	Resultat
Fessey, Victoria.	Patients who present with dementia: exploring the knowledge of hospital nurses	Nursing Older People. (2007), 19, (10), 29-33. Storbritannien	Att undersöka förståelsen och innebörden av vård och person-centrerat gensvar hos sjuksköterskor i förhållande till patienter med demenssjukdom på akutsjukhus. Detta utifrån en studie gjord av Ballard 2005.	49 sjuksköterskor läste en vinjett om en person med demenssjukdom i akutsjukvården. Därefter följde 17 frågor. Svaren analyserades både statistiskt och kvalitativt. "Malignant social psychology" (MSP) och "Person-centred approach" (PCA) användes som teoretisk ram för undersökningen.	Studien framkom till fyra teman: 1. Attityder mot demens och genomförd vård; 2. Tid och personal; 3. Utmanande beteende; 4. Kunskap och förståelse.
Nolan, Louise.	Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses views	British Journal of Nursing. (2007), 16, (7), 419-422. Irland	Utforska sjuksköterskors erfarenheter av att vårda äldre människor med demenssjukdom på en akutsjukvårds-avdelning.	7 kvinnliga legitimerade sjuksköterskor deltog i intervjuer under tre månader. De hade olika lång erfarenhet inom vården. Data insamlades genom djupgående, icke-strukturerade intervjuer.	Från den insamlade datan fann författaren tre teman: 1. Vårdandets verklighet; 2. Att vårda personer med demenssjukdom som är agiterade eller aggressiva skiljer sig från att vårda patienter med demenssjukdom som inte är agiterade eller aggressiva; 3. Meningen med vården.

Författare	Titel	Tidskrift/År /Land	Syfte	Metod/Urval	Resultat
Nolan, Louise.	Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting - a hermeneutic interpretation of the staff nurses experience	The Author. (2006), 208-215. Irland	Att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att vårda äldre personer med demenssjukdom på en akutsjukvårds-avdelning.	7 sjuksköterskor deltog i studien. Alla kvinnor med olika lång erfarenhet av yrket. De intervjuades genom djupgående, icke-strukturerade intervjuer som spelades in.	Studien resulterade i ett huvudtema: Att möta patienten som en person. Under huvudtemat fanns tre sidoteman; 1. Etiskt förhållningssätt i vården; 2. Ta till sig varandra – lära känna; 3. Arbeta med anhöriga i processen.

Bilaga 3. Checklista för kvalitativa artiklar

A. Syftet med studien?

.....
.....

Vilken kvalitativ metod har använts?

.....

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

Ja Nej

B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?

(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)

Ja Nej

Var genomfördes undersökningen?

.....

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

.....

Vilken urvalsmetod användes?

Strategiskt urval

Snöbollsurval

Teoretiskt urval

Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

.....

.....

Är undersökningsgruppen lämplig?

Ja Nej

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamlingen)?

Ja Nej

Beskriv:

.....

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?

Beskriv:

.....

Ange datainsamlingsmetod:

- Ostrukturerade intervjuer
- Halvstrukturerade intervjuer
- Fokusgrupper
- Observationer
- Video-/bandinspelning
- Skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

Ja Nej

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

.....

Ange om:

- teman är utvecklade som begrepp
- det finns episodiskt presenterade citat
- de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
- svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

.....

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?

Ja Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?

Ja Nej

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?

Ja Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

Ja Nej

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade dataanalys (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar?)

Ja Nej

E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan

Ja Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat?

Ja Nej

Har resultaten klinisk relevans?

Ja Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?

Ja Nej

Finns risk för bias?

Ja Nej

Vilken slutsats drar författaren?

.....
.....

Håller du med om slutsatserna?

Ja Nej

Om nej, varför inte?

.....

Ska artikeln inkluderas?

Ja Nej