



# **Omvårdnad av patienter med demens**

## **- orsaker till etiska svårigheter**

Emeli Abrahamsson  
Alexandra Paulsson Prytz

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Omvårdnad – Vetenskapligt arbete 61-90 hp  
Vt 2011

---

Sektionen för hälsa och samhälle  
Box 823  
301 18 Halmstad



# **Nursing care of patients with dementia**

## **- causes of ethical difficulties**

Emeli Abrahamsson  
Alexandra Paulsson Prytz

Nursing Programme 180 ECTS credits  
Nursing Thesis, 15 ECTS credits (61-90 ECTS credits)  
Spring 2011

---

School of Social and Health Sciences  
P.O. 823  
S-3010 18 Halmstad

<b>Titel</b>	<b>Omvårdnad av patienter med demens – orsaker till etiska svårigheter</b>
<b>Författare</b>	Emeli Abrahamsson och Alexandra Paulsson Prytz
<b>Sektion</b>	Sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad
<b>Handledare</b>	Jeanette Källstrand Eriksson, universitetsadjunkt, fil.mag.
<b>Examinator</b>	Henrika Jormfeldt, universitetslektor, dr med.vet.
<b>Tid</b>	Vårterminen 2011
<b>Sidantal</b>	13
<b>Nyckelord</b>	Etik, demens, omvårdnad, svårigheter
<b>Sammanfattning</b>	<p>Personer med demens är en patientkategori som sjuksköterskor ofta kommer i kontakt med. Eftersom sjukdomen påverkar de kognitiva funktionerna, uppstår ofta etiska svårigheter inom omvårdnaden. Syftet med studien var därför att belysa orsaker till etiska svårigheter i den professionella omvårdnaden av patienter med demenssjukdom. Studien utfördes som en litteraturstudie och resultatet utgjordes av fem teman: <i>brist på kunskap, brist på tid och resurser, begränsad fysisk vårdmiljö, hotad autonomi, värdighet och integritet</i> samt <i>bristande kommunikation</i>. Hälso- och sjukvårdspersonalens brist på kunskap om demens medförde svårigheter att identifiera olika symtom samt utföra en professionell omvårdnad. När det fanns för lite tid och resurser kunde det innebära att patienterna begränsades mer än nödvändigt. I sjukhusmiljö riskerade patienterna att bli överstimulerade på grund av stimuli från flera olika håll. Då demens kan påverka förmågan att kommunicera, medför det på olika sätt svårigheter att bevara patienternas autonomi, värdighet och integritet. Demens är en komplex sjukdom och slutsatsen är därför att det krävs goda kunskaper om sjukdomen samt anpassning av den fysiska och psykiska miljön. Mer forskning behövs om vilken påverkan tids- och resursbristen har på patienter med demens, eftersom det idag förekommer stora besparingar och personalneddragningar inom hälso- och sjukvården. Då det är brist på hälso- och sjukvårdspersonal med kunskap om demens behöver olika utbildningar utvecklas för att kunna möta det behov som finns ute i verksamheterna.</p>

<b>Title</b>	<b>Nursing care of patients with dementia – causes of ethical difficulties</b>
<b>Author</b>	Emeli Abrahamsson and Alexandra Paulsson Prytz
<b>Department</b>	School of Social and Health Sciences, Halmstad University Box, S-301 18 Halmstad, Sweden
<b>Supervisor</b>	Jeanette Källstrand Eriksson, lecturer, MScN
<b>Examiner</b>	Henrika Jormfeldt, senior lecturer, PhD
<b>Perios</b>	Spring semester 2011
<b>Pages</b>	13
<b>Keywords</b>	Dementia, difficulties, ethics, nursing care
<b>Abstract</b>	<p>People with dementia is a category of patients that nurses often meet. The disease affects the cognitive functions and because of that there may appear frequent ethical difficulties in nursing. Therefore the purpose of this study was to highlight the causes of ethical difficulties within professional nursing care of patients with dementia. The study was conducted as a literature review and the results consisted of five themes: <i>lack of knowledge, lack of time and resources, restricted physical care environment, threatened autonomy, dignity and integrity and lack of communication</i>. Health personnel's lack of knowledge about dementia caused difficulties in identifying the various symptoms and because of that perform a professional nursing care. As a consequence of lack of time and resources, the patients were limited more than necessary. In a hospital environment patients were at risk of becoming over-stimulated due to stimuli from many directions. Since dementia may affect the ability to communicate, there were difficulties in preserving patients autonomy, dignity and integrity. The conclusion is that good knowledge about the disease is required and an adaption of the physical and psychological environment. More research is needed about the impact of time and lack of resources regarding patients with dementia, because of today's great savings and staff reductions in health care. There is a lack of health personnel with knowledge about dementia and educations have to be developed to meet the needs that arise in the organizations.</p>

# **Innehållsförteckning**

<b>Inledning</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>1</b>
Demenssjukdom	1
Omvårdnad vid demens	2
Etik	3
<b>Syfte</b>	<b>3</b>
<b>Metod</b>	<b>3</b>
Datainsamling	4
Databearbetning	4
<b>Resultat</b>	<b>5</b>
Brist på kunskap	5
Brist på tid och resurser	6
Begränsad fysisk vårdmiljö	6
Hotad autonomi, värdighet och integritet	7
Bristande kommunikation	8
<b>Diskussion</b>	<b>8</b>
Metoddiskussion	8
Resultatdiskussion	9
<b>Konklusion</b>	<b>13</b>
<b>Implikation</b>	<b>13</b>
<b>Referenser</b>	
<b>Bilagor</b>	
Bilaga I Tabell 1. Sökordsöversikt	
Bilaga II:1-2 Tabell 2. Sökhistorik	
Bilaga III:1-7 Tabell 3. Artikelöversikt	

# Inledning

Ordet demens härstammar från latin och betyder utan sinne och de personer som led av sjukdomen ansågs förr i tiden vara galna och lida av psykisk sjukdom (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2008). Demens är en obotlig sjukdom och det finns ett antal riskfaktorer för att drabbas. I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom är det beskrivet att den största riskfaktorn för att insjukna i demens är hög ålder (Socialstyrelsen, 2010). Sveriges befolkning blir äldre och äldre och det leder till ett ökat antal personer med demenssjukdom. Idag är det ungefär 148 000 personer som lider av demens och Socialstyrelsen (2010) uppskattar att åtta procent av alla personer över 65 år och hälften av alla över 90 år lider av demens. Prevalensen av demens i världen var år 2008 30 miljoner, vilket förväntas fördubblas till år 2030 (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], u.å.).

I januari 2011 införde riksdagen en nationell värdegrund för äldreomsorgen samt nya bestämmelser i socialtjänstlagen där den äldre får större möjligheter att påverka omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2011). Ändringen är utformad med syfte att förbättra äldreomsorgen. Den nya värdegrunden ska bygga på de etiska värden och normer som ingår i omvårdnad samt vara personcentrerad med respekt för patientens integritet, autonomi och delaktighet.

Sjuksköterskan ska arbeta för att bygga upp en god omvårdnadsrelation med patienten (Ekman, 2004). Vid vårdandet av en patient med demens kan detta bli svårt då omvårdnaden inte enbart inriktar sig på att hjälpa patienten med sin allmändagliga livsföring. Sjuksköterskan måste också finnas där som ett stöd och arbeta för att skapa en relation som bygger på trygghet och tillit.

## Bakgrund

### Demenssjukdom

Demenssjukdom är ett samlingsnamn för ett antal symtom där hjärnans kognitiva funktioner försämrats (Gulmann, 2003). Sjukdomen delas in i tre olika grupper: primär degenerativ demens, vaskulär demens och sekundär demens. Primär degenerativ demens kännetecknas av att neuron och celler i det centrala nervsystemet bryts ner. Till denna grupp hör bland annat Alzheimers sjukdom, frontallobsdemens, Huntingtons sjukdom och Parkinsons sjukdom med demens, där Alzheimers sjukdom är den vanligast förekommande (SBU, 2006). Vaskulär demens orsakas av att hjärnans blodkärl skadas och beroende på var i hjärnan skadan sker yttrar sig symtomen olika (Gulmann, 2003). Sekundär demens utvecklas från inre eller yttre faktorer, såsom sjukdomar, våld eller intoxication.

Vid diagnostisering av demenssjukdom används ett instrument som heter International classification of diseases [ICD-10] (Gulmann, 2003). De tre vanligaste symtomområdena är kognitiv nedsättning, nedsatt kroppslig förmåga samt psykiska symtom, vilka varierar beroende på skadans lokalisering samt hur långt utvecklad sjukdomen är. Enbart nedsatt minnesförmåga utgör inte symtombilden, utan först vid en kombination av ovanstående symtom kan personen diagnostiseras med demens. Personer med demens förlorar i regel bara delar av minnesförmågan och oftast påverkas

inlärningsprocessen samt orientering till tid och rum. Afasi, apraxi och agnosi är andra symtom vid demens, men även tankeförmågan samt de exekutiva funktionerna kan vara påverkade. Afasi innebär svårigheter att uttrycka sig samt förstå vad andra människor säger. Apraxi är en funktionsnedsättning av de automatiserade handlingarna, där till exempel förmågan att kunna klä på sig påverkas. Förlusten av förmågan att ta till sig sinnesintryck, som till exempel ljud och lukter, benämns agnosi. Tankeförmågan är påverkad när en person inte längre har förmågan att förstå sammanhang och/eller tolka samt värdera det som sägs. När de exekutiva funktionerna är påverkade, avtar personens förmåga att planera, organisera och utföra handlingar samt uppmärksamma och överblicka olika situationer (ibid.).

Personer med demens kan drabbas av beteendestörningar vilka kan bero på många olika orsaker, till exempel kan de orsakas av en annan sjukdom än demensen, medicinering, smärta eller trötthet (Gulmann, 2003). Andra orsaker kan vara omgivningen samt patientens förmåga till anpassning. Även stress kan vara en orsak (Remington, Abdallah, Devereaux Melillo & Flanagan, 2006). Beteendestörningar kan yttra sig som rastlöshet, omkringvandring, vresighet, fysisk aggressivitet, orenlighet, sexuella beteendestörningar, roparbeteende, katastrofreaktion samt solnedgångssyndrom (Gulmann, 2003). Katastrofreaktion är när en individ reagerar starkt på när något som inte hör till deras vardag inträffar, medan solnedgångssyndrom innebär att beteendestörningarna oftare uppkommer kvällstid.

## **Omvårdnad vid demens**

I Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763) beskrivs hur en god omvårdnad uppnås såsom att sjuksköterskan ska arbeta för att underlätta kontakten med patienten. En välfungerande relation mellan sjuksköterska och patient är en förutsättning för att en god omvårdnad ska kunna utföras (Ekman, 2004). En relation bygger på ett samspel människor emellan där en förutsättning är kommunikation. Demens är en progredierande sjukdom och allt eftersom den utvecklas försvåras kommunikationsförmågan. Enligt Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskan ha förmåga att kommunicera på ett lyhört och empatiskt sätt, med syfte att göra patient och anhöriga delaktiga i omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2005). Den kommunikation som bör eftersträvas är den där en jag-du relation förekommer, vilken präglas av öppenhet, ärlighet, närhet och jämlikhet (Ekman, 2004). Sjuksköterskan bör även ha förmåga att inta rollen i en så kallad jag-det relation för att ha möjlighet att överblicka och bedöma patientens situation. Ytterligare en förutsättning för en bra relation patient och sjuksköterska emellan är att det finns tillit då det utan tillit finns en risk för att patienten inte erhåller tillräckligt god omvårdnad (Hope, 2009).

Personer med demens kan ha svårigheter att självständigt fatta beslut, framföra sin vilja samt berätta vad de har varit med om och som en följd av detta löper de dubbelt så stor risk att vanvårdas i jämförelse med andra äldre (Socialstyrelsen, 2010). Enligt ICN:s etiska kod ska sjuksköterskan ansvara för sin egen yrkesutövning men också agera då patienter och anhöriga hotas av medarbetare eller andra personer (SSF, 2007). Det framgår inte tydligt var gränsen går för när en åtgärd vid omvårdnad av en patient med demens övergår i tvångsvård eftersom patienten kan sakna förmåga att uttrycka sin vilja (Statens offentliga utredningar [SOU] 2006:110).

I Socialstyrelsens (2010) riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom nämns personcentrerad omvårdnad vilket innebär att sjuksköterskan ska sätta patienten i fokus istället för sjukdomen. Genom att göra detta ökas förståelsen för patientens beteende och symtom, vilket medför att sjuksköterskan får en bättre uppfattning om hur patienten själv vill bli vårdad. Sjuksköterskan ska också verka för att patienten ska vara delaktig såväl i beslut som i själva omvårdnaden. Patienten ska informeras på ett sådant sätt att han eller hon självtändigt kan fatta beslut (SSF, 2007), där en förutsättning är att han eller hon är tillräckligt autonom (Socialstyrelsen, 2010). Sjuksköterskan bör vara medveten om att autonom förmåga och autonom person inte är samma sak då en och samma person kan vara olika mycket autonom i olika situationer (Beauchamp & Childress, 1994). Patientens autonomi, integritet och värdighet ska respekteras samt främjas (Socialstyrelsen, 2010). Den personliga sfären ska respekteras och omvårdnaden ska bedrivas på ett sådant sätt att värdigheten bibehålls (Nordenfelt, 2010). Värdigheten kan både förändras och tas ifrån någon genom skada, sjukdom, ålder eller andra människors handlande. Omvårdnadsarbetet ska utgå ifrån en humanistisk människosyn (Socialstyrelsen, 2005), där det centrala är jämlikhet och alla människors lika värde (Öresland & Lützén, 2009).

## **Etik**

Etik är de tankar och teorier som ligger till grund för hur människan väljer att handla i olika situationer såsom att ta reda på vad som är gott, ont, rätt eller fel (Öresland & Lützén, 2009). Att arbeta som sjuksköterska inom hälso- och sjukvården innebär kontakt med många människor och sjuksköterskan måste därför vara öppen för många olika etiska värderingar och normer. De fyra vedertagna principer som finns inom omvårdnad är autonomiprincipen, inte-skada-principen, göra-gott-principen samt rättvisepincipen (Beauchamp & Childress, 1994). Sjuksköterskan har även fyra grundläggande ansvarsområden vilka är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande (SSF, 2007).

Sjuksköterskan stöter dagligen på situationer i omvårdnaden av personer med demens där etiska dilemman kan uppkomma och sjuksköterskan tvingas då att medvetet ta ställning till de olika problemen (Ekman, 2004). Därför är det av betydelse att belysa orsakerna till de etiska svårigheter som kan uppstå i omvårdnaden av patienter med demens.

## **Syfte**

Syftet var att belysa orsaker till etiska svårigheter i den professionella omvårdnaden av patienter med demenssjukdom.

## **Metod**

Litteraturstudien utfördes enligt Fribergs (2006) metod. Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall användes vid granskningen av de vetenskapliga artiklarna.



## **Datainsamling**

Första steget i datainsamlingen var att med utgångspunkt från syftet genomföra en pilotsökning för att undersöka om det fanns relevanta vetenskapliga artiklar inom området. Sökorden formulerades utifrån problemformulering och syfte. De sökord som användes var dementia, nursing, nursing care, caring, ethics, professional, nurse-patient relations, attitude of health personnel samt nurse experience, vilket var en fritextsökning, (Bilaga I). Subheadings som användes var nursing och prevention and control. Med hjälp av booleska sökoperatörer kombinerades sedan sökorden i olika konstellationer.

Aktuella databaser var Cinahl och PubMed vilka valdes då de omfattar vård och medicin samt hälsovetenskap. Inklusionskriterierna var demensvård och orsaker till de problem som kan förekomma i den professionella omvårdnaden samt hur hälso- och sjukvårdspersonal hanterade dessa situationer. Ytterligare inklusionkriterier var att artiklarna publicerats på engelska, var research articles, att abstract fanns tillgängligt samt att artiklarna inte var äldre än åtta år. En av sökningarna utökades till nio år då artikeln ansågs vara av hög vetenskaplig kvalitet, men majoriteten av artiklarna var inte äldre än fem år. Exklusionskriterierna var att artiklarna inte skulle handla om när familjemedlemmar vårdade patienten, artiklarna skulle inte heller omfatta studier i u-länder. En sökning var manuell med syfte att hitta en avhandling. Resultatartiklarna var från Sverige, Norge, Australien, Storbritannien, Irland, Kanada och Japan.

Abstract lästes för att hitta artiklar till urval 1, varav sammanlagt 30 artiklar valdes ut. Efter att artiklarna genomlästs föll 14 artiklar bort eftersom att de inte motsvarade syftet. När artiklarna därefter lästes och granskades enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall föll ytterligare två artiklar bort. Detta på grund av att de inte var av tillräckligt hög vetenskaplig grad. Nio artiklar bedömdes vara grad I, med god vetenskaplig kvalitet och de andra fem bedömdes vara av grad II, vilket innebar medelgod vetenskaplig kvalitet. Fjorton artiklar och en avhandling gick vidare till urval 2 varav elva av artiklarna var kvalitativa och tre var kvantitativa. De sökningar som inte gav några träffar samt dubletter redovisades inte i sökhistoriken, (Bilaga II).

## **Databearbetning**

De fjorton artiklar som valdes ut i urval 2 granskades enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall. Artiklarna granskades separat för att sedan jämföras och diskuteras. Artiklarna genomlästes ytterligare en gång inför arbetet med artikelöversikten där syfte, metod, urval och slutsats sammanställdes, (Bilaga III). Efter genomförandet av artikelöversikten översattes samtliga artiklar till svenska för att undvika misstolkningar av texten. Översättningarna genomlästes noga och de delar i artiklarna som kom fram till samma resultat markerades med en gemensam färg. Utifrån denna indelning framträdde fem teman: *brist på kunskap, brist på tid och resurser, begränsad fysisk vårdmiljö, hotad autonomi, värdighet och integritet och bristande kommunikation.*

# Resultat

## Brist på kunskap

Utbildning, ålder, arbetslivserfarenhet och storlek på sjukhuset eller äldreboendet var av betydelse för hur hälso- och sjukvårdspersonalen upplevde patienterna (Kada, Nygaard, Mukesh & Geitung, 2009). Oftast såg de förvirringen och demenssjukdomen istället för människan (Borbasi, Jones, Lockwood & Emden, 2007). Hälso- och sjukvårdspersonal med mindre än tio års arbetslivserfarenhet hade en mindre personcentrerad inriktning på omvårdnaden än de som tjänstgjort längre (Kada et al., 2009). Även utbildningsnivån påverkade den personcentrerade omvårdnaden, ju högre utbildningsnivå desto mer personcentrerad inriktning på omvårdnaden. Åldern var också av betydelse och de äldre än 50 år använde sig i mindre utsträckning än de under 40 år av en personcentrerad omvårdnad. Då patienter med demens blev inlagda på sjukhus av annan orsak än demens såg hälso- och sjukvårdspersonalen endast orsaken till inläggningen och först när denna blivit löst fokuserade de på demenssjukdomen (Borbasi et al., 2007; Nolan, 2007).

Hälso- och sjukvårdspersonal ansåg att de inte hade tillräcklig kunskap om demens för att ha möjlighet att utföra en god omvårdnad (Chang et al., 2009; Eriksson & Saveman, 2002; Morgan, Stewart, D'Arcy, Forbes & Lawson, 2005; Norman, 2006). Det var svårt att tolka demenssjukdomens symtom då de vid vissa tillfällen var snarlika med depression (Edberg & Edfors, 2008). Dessutom upplevde en stor del av hälso- och sjukvårdspersonalen att de inte fick tillräcklig kunskap genom sin utbildning vilket innebar att de inte hade förmåga att identifiera symtom specifika för framskriden demens och då riskerade att felbehandla patienten (Chang et al., 2009; Norman, 2006). Hälso- och sjukvårdspersonalen upplevde också svårigheter med att tolka patienternas beteendestörningar (Edberg et al., 2008). Ytterligare konsekvenser av brist på kunskap var att hälso- och sjukvårdspersonalen oavsiktligt provocerade fram ett aggressivt beteende hos patienten, vilket medförde att de istället blev rädda för patienten (Skovdahl, Kihlgren & Kihlgren, 2003). Deras brist på kunskap innebar en risk att de under press begränsade patienterna mer än nödvändigt, genom att till exempel använda sänggrindar (Borbasi et al., 2007; Norman, 2006). Att fysiskt begränsa en patient kunde vara en copingstrategi sjuksköterskan använde sig av, utan att reflektera över om agerandet var etiskt korrekt och med en förhoppning om att problemet skulle lösa sig av sig själv (Yamamoto & Aso, 2009). Ytterligare en copingstrategi var att undvika att vårda patienter med demens, för att inte riskera att hamna i situationer där sjuksköterskan blev tvungen att fysiskt begränsa patienten.

Sjuksköterskorna upplevde en belastning då deras kollegor uppvisade negativa attityder och otillräcklig kunskap (Skovdahl, Kihlgren et al., 2003). Hälso- och sjukvårdspersonal upplevde det svårt att hantera när de tvingades bevittna kollegor som vare sig agerade professionellt eller reflekterar över om deras handlande var etiskt korrekt (Jakobsen & Sørli, 2010). Detta kunde vara vid en situation då de lät en patient ligga i en våt säng en längre tid på grund av att de inte hade förmågan att vårda patienten.

En patient med demenssjukdom kunde drabbas av beteendestörningar som till exempel sexuella beteendeförändringar, hallucinationer (Edberg et al., 2008), roparbeteende, aggressivitet, omkringvandrande (Edberg & Edfors, 2008), personlighetsförändring (Hällgren Graneheim, 2004) och förvirring (Borbasi et al., 2007). Hälso- och sjukvårdspersonalen upplevde svårigheter med hur de skulle förhålla sig till patienterna

eftersom patienternas beteende och personlighet kunde förändras från dag till dag. De upplevde inte att det var beteendet som var problemet, utan att de inte hade förmågan att tolka innebörden av det (Hällgren Graneheim, 2004).

Det förekom att sjuksköterskornas emotionella styrka hämmades på grund av bristande kunskap om hur de skulle stödja patienterna vid ångest (Edberg et al., 2008). Det tvingade dem att ibland sätta sitt eget välbefinnande före patienternas. Ett problem sjuksköterskan upplevde, var att hitta balansen mellan att vara personlig och professionell i omvårdnaden (Edberg & Edfors, 2008). Patienter med demens hade en tendens att komma för nära inpå och sjuksköterskorna upplevde då att de tog deras energi. Det förekom också att patienter missuppfattade relationen och blev förälskade i sina vårdare.

## **Brist på tid och resurser**

Hälso- och sjukvårdspersonal menade att det inte fanns tillräckligt med tid och resurser för att genomföra en god omvårdnad av patienter med demens (Edberg et al., 2008; Jakobsen & Sørлие, 2010; Skovdahl, Kihlgren et al., 2003). De upplevde att det krävdes av dem att allt arbete skulle utföras så fort och effektivt som möjligt samtidigt som de skulle följa avdelningens rutiner (Eriksson & Saveman, 2002). Hälso- och sjukvårdspersonal upplevde sig då stressad och skyndade därför på omvårdnadsåtgärden eller patienten vilket gjorde att patienten kunde bli stressad, aggressiv, orolig eller högljudd (Skovdahl, Kihlgren et al., 2003). Då ökade också risken för att patienterna skulle utsätta hälso- och sjukvårdspersonalen för fysiskt våld (Morgan et al., 2005). Hälso- och sjukvårdspersonalen ansåg det svårt att prioritera tiden mellan patienterna och oftast fick den som gjorde mest väsen av sig mest hjälp (Edberg et al., 2008; Jakobsen & Sørлие, 2010). Att ge omvårdnad till en patient med demens tog tid och den tiden var tvungen att tas från andra patienter (Eriksson & Saveman, 2002). Då rutiner inte följdes eller om något ovanligt inträffade reagerade patienterna med ett aggressivt beteende (Skovdahl, Kihlgren et al., 2003), vilket yttrade sig verbalt och/eller fysiskt (Edberg & Edfors, 2008). Tiden räckte inte till för att ta reda på hur patienterna önskade bli vårdade eller att ta itu med de konflikter som uppstod (Eriksson & Saveman, 2002). Det var inte ovanligt att patienter med demens låg kvar på avdelningen trots att de var medicinskt färdigbehandlade vilket orsakades av att hemsituationen var ohållbar (Borbasi et al., 2007).

## **Begränsad fysisk vårdmiljö**

Sjuksköterskorna upplevde att sjukhusmiljön begränsade deras möjligheter att vårda patienter med demens (Borbasi et al., 2007; Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2007; Norman, 2006). En orsak var att sjukhusen var byggda linjärt och inte cirkulärt, vilket riskerade att bli ett problem då ett symptom vid demens var ett vandringsbeteende (Borbasi et al., 2007). Ytterligare en begränsning i vårdmiljön var då badrummen låg en bit från patienternas rum, vilket ledde till svårigheter att hitta dit eller tillbaka (Eriksson & Saveman, 2002; Jakobsen & Sørлие, 2010). Patienterna var tvungna att övervakas, eftersom de riskerade att gå vilse eller vandra iväg (Borbasi et al., 2007; Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2007). Detta medförde att sjuksköterskorna tvingades begränsa deras rörlighet genom att låsa dörrarna till avdelningen samt använda sig av sänggrindar i omvårdnaden.

Sjukdomssymtomen kunde förvärras då en patient med demens stimulerades från flera olika håll (Borbasi et al., 2007). I vårdmiljön fanns ett flertal faktorer som påverkade patienter med demens, till exempel kunde den höga ljudnivån framkalla ångest (Edberg & Edfors, 2008). Den akuta miljö som ofta förekom på sjukhus riskerade att överstimulera patienten och detta medförde att patienten blev orolig eller reagerade med ett aggressivt beteende (Nolan, 2006; Skovdahl, Kihlgren et al., 2003). En annan orsak till att patienter med demens blev oroliga var när antalet personer på avdelningen ökade, såsom vid rondarbete, besökstider samt vid olika undersökningar. Den plötsliga ökningen av antalet personer på avdelningen var även stressande för patienten (Edberg & Edfors, 2008; Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2007).

## **Hotad autonomi, värdighet och integritet**

Det innebar svårigheter att samtidigt bevara och ta tillvara på patientens integritet, identitet, autonomi, värdighet och värna om dennes säkerhet (Hällgren Graneheim, 2004). Då sjuksköterskan främjade säkerheten, inträffade det att integriteten, värdigheten, identiteten eller autonomin kränktes. Balansen mellan autonomi och värdighet var svår att hålla eftersom patienten själv inte alltid var medveten om vad som var bäst för honom eller henne, exempelvis när en patient tvingades att duscha mot sin vilja (Jakobsen & Sørli, 2010). Trots att sjuksköterskan var medveten om att patienten kunde reagera med aggressivitet upplevdes att omvårdnadsåtgärden tvunget behövde genomföras för patientens bästa (Jakobsen & Sørli, 2010; Skovdahl, Kihlgren et al., 2003; Skovdahl, Larsson Kihlgren & Kihlgren, 2003). En patients aggressivitet kunde också leda till att andra patienter blev aggressiva (Skovdahl, Kihlgren et al., 2003) eller att de upplevde den aggressiva patienten som skrämmande och hotfull (Eriksson & Saveman, 2002). När en patient duschades mot sin vilja upprätthölls inte autonomin men värdigheten bevarades (Jakobsen & Sørli, 2010). Om patienten inte duschades riskerade hälso- och sjukvårdspersonalen att anklagas för att missköta sina arbetsuppgifter samt vansköta patienten (Skovdahl, Larsson Kihlgren & Kihlgren, 2004). Ytterligare en situation då det uppstod svårigheter med att bibehålla patientens värdighet, var när denne uppförde sig opassande och till exempel klädde av sig naken eller sa till andra att de var fula eller feta (Edberg et al., 2008; Edberg & Edfors, 2008). Akuta situationer försvårade möjligheterna att bevara patientens autonomi och värdighet och sjuksköterskan var då ofta tvungen att gå emot patientens vilja vilket upplevdes besvärligt. Ytterligare exempel då sjuksköterskan gick emot patientens vilja var när patienten tvingades att ta sin medicin för att bli frisk, men det förekom även tillfällen då patienten medicinerades enbart för att hållas lugn (Eriksson & Saveman, 2002). Sjuksköterskan upplevde då att patientens autonomi och värdighet inte respekterades. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansåg att patienten egentligen själv visste vad som var bäst för den själv, men då patienten bodde på ett äldreboende eller var inlagd på sjukhus ansåg sig hälso- och sjukvårdspersonalen veta vad som var bäst för patienten (Skovdahl et al., 2004). Sjuksköterskan ville göra gott men kunde stöta på dilemman eller konflikter när det skulle avgöras för vem det skulle vara gott (Hällgren Graneheim, 2004). De personer sjuksköterskan i dessa situationer var tvungen att ta hänsyn till, var sig själv, patienten, anhöriga samt de andra patienterna. Ett dilemma var huruvida sjuksköterskan skulle berätta sanningen eller inte när en patient hallucinerade (Edberg et al., 2008). Ytterligare ett dilemma kunde vara att finna balansen mellan livskvalitet och säkerhet, det var exempelvis säkrare för patienten att äta med brickbord i sängen, men det innebar att den sociala biten försvann och därmed minskades livskvaliteten.

## **Bristande kommunikation**

När patientens förmåga att kommunicera var nedsatt, innebar det problem för sjuksköterskan att nå fram till patienten (Edberg et al., 2008; Skovdahl et al., 2004). Sjuksköterskan upplevde frustration på grund av att det inte gick att avgöra om patienten förstått det som sagts (Borbasi et al., 2007; Eriksson & Saveman, 2002; Skovdahl et al., 2004). Detta upplevdes som jobbigt eftersom patientens behov riskerades att bli förbisedda (Borbasi et al., 2007). När samarbetet och kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten inte fungerade, förekom det att patienten blev aggressiv (Edberg & Edfors, 2008; Skovdahl, Larsson Kihlgren et al., 2003). På grund av kommunikationssvårigheterna som en patient med demens kunde ha blev det ibland svårare att skapa en god anamnes vilket kunde leda till att patienten endast behandlades för det som var aktuellt just då och demenssjukdomen kom i skymundan (Borbasi et al., 2007). Patienten hade inte alltid förmåga att uttrycka obehag framkallat av smärta, infektion eller förstoppning, vilket kunde leda till att hon eller han blev agiterad (Chang et al., 2009). Det förekom att undersökningar försvårades och var missvisande eftersom patienten inte hade förmåga att samarbeta och ge respons. Även bedömningar som till exempel användandet av visuell analog skala var svårt att genomföra. Hälso- och sjukvårdspersonalen kunde undanhålla information från patienten, till exempel genom att lura in honom eller henne i duschen. Detta eftersom de visste att det skulle leda till protester och motstånd om de informerade patienten om omvårdnadsåtgärden (Skovdahl et al., 2004). Vissa i hälso- och sjukvårdspersonalen ansåg även att det var onödigt att informera patienten inför en omvårdnadsåtgärd, eftersom denne oftast ändå inte förstod vad som pågick.

Sjuksköterskan ansåg att patientens anhöriga inte alltid hade tillräcklig kunskap för att förstå sjukdomsbilden och de ställde därför orimliga krav på hälso- och sjukvårdspersonalen (Edberg et al., 2008). Det inträffade att sjuksköterskan och patientens anhöriga hamnade i konflikt då de inte var överens om vad som var bäst för patienten eller då anhöriga utnyttjade patientens situation (Borbasi et al., 2007; Edberg et al., 2008; Jakobsen & Sørлие, 2010). En del anhöriga visade ingen respekt för patientens autonomi och ansåg att sjuksköterskan skulle gå emot patientens vilja genom att till exempel duscha eller mata patienten ändå. Samtidigt fanns det anhöriga som ansåg att patienten hade rätt till autonomi vilket medförde att sjuksköterskan upplevde sig tvungen att ljuga för dem och detta för att inte göra dem upprörda. Sjuksköterskorna upplevde det svårt att bemöta anhöriga som misstrodde dem och trodde att de misškötte sig (Jakobsen & Sørлие, 2010). Patientens anhöriga krävde ibland mer uppmärksamhet än patienten och detta upplevdes av sjuksköterskan som ansträngande (Edberg et al., 2008).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Artikelsökningarna utfördes i databaserna Cinahl, PubMed och PsycInfo eftersom deras inriktning var omvårdnad. Cinahl och PubMed var de databaser där väsentliga artiklar hittades. De artiklar som hittades i PsycInfo redovisades inte i sökhistoriken eftersom de inte var relevanta för syftet, (Bilaga II).

Sökorden valdes utifrån problemformulering och syfte. Sökord identifierades med hjälp av MeSH-termer i PubMed och Headings i Cinahl. Sökord i kombination med subheadings och sökningar i fritext förekom. Att flertalet sökord fanns i databasernas uppslagsverk ansågs vara en styrka eftersom det gjorde sökningarna mer specificerade för syftet. De sökord som användes var dementia, nursing, nursing care, caring, ethics, professional, nurse-patient relations, attitude of health personnel samt nurse experience, vilket var en fritextsökning, (Bilaga I). Subheadings som användes var nursing och prevention and control. Sökorden kombinerades med hjälp av booleska sökoperatörer i olika konstellationer. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) menade att bästa resultat erhålls genom en kombination av MeSH-termer och fritextsökningar. De har även beskrivit att när en fritextsökning genomförs inkluderas alla referenser där sökordet någonstans förekommer. Antalet träffar blev alltså fler och inte lika precisa som om endast MeSH-termer var använda.

Till en början genomfördes sökningar där artiklarna var publicerade mellan åren 2006-2011, men på grund av bristen på relevanta artiklar utökades tidsintervallet till år 2002. Majoriteten av artiklarna var inte äldre än fem år. Fördelar med ett längre tidsintervall var ett ökat antal artiklar att använda till resultatet. Det visade sig också att oberoende av vilket år artiklarna publicerats belystes samma problemområden och de kom fram till liknande resultat. En nackdel med det breda tidsintervallet är att artiklarna som var fem år eller äldre kan betraktas som inaktuella.

Elva av artiklarna var kvalitativa och tre var kvantitativa. Eftersom studiens syfte var att belysa orsaker till etiska svårigheter i den professionella omvårdnaden av patienter med demens var kvalitativa artiklar att föredra. Detta för att de beskrev upplevelser och erfarenheter. Granskär och Höglund-Nielsen (2008) menade att det kunde vara en fördel att litteraturstudien bestod av både kvalitativa och kvantitativa artiklar, detta för att problemet skulle bli belyst från olika synvinklar. Sju av artiklarna var från Sverige och övriga var från Norge, Kanada, Storbritannien, Australien, Irland och Japan. En styrka var att många artiklar kom från Sverige. En av studierna undersökte begränsningar i omvårdnaden av patienter med demens i Sverige, Australien och Storbritannien. Resultaten visade på liknande orsaker till etiska problem oberoende av vilket land studien var ifrån och därför ansågs det som en styrka att ha artiklar från olika länder. En svaghet med att artiklarna var från andra länder än Sverige kunde vara att hälso- och sjukvårdssystemen inte såg likadana ut vilket innebar att resultatet blev svårare att generalisera.

Tre av artiklarna var skrivna av samma författare och styrkan var att författarna är verksamma inom demensforskningen i Sverige. En svaghet var att endast en synvinkel belystes.

Artiklarna granskades enskilt av författarna till föreliggande studie enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall, detta för att undvika påverkan av varandra och granskningen ansågs därmed vara av högre vetenskaplig grad (Willman et al., 2006). Därefter diskuterades resultaten och de teman som utformades var *brist på kunskap, brist på tid och resurser, begränsad fysisk vårdmiljö, hotad autonomi, värdighet och integritet* och *bristande kommunikation*.

## **Resultatdiskussion**

Till resultatet användes fjorton artiklar och en avhandling och de var alla av god eller medelgod vetenskaplig grad. Artiklarna har granskats två gånger enligt Carlsson och

Eimans (2003) bedömningsmall. Nio artiklar var grad I och fem artiklar graderades till grad II. Samtliga artiklar som graderades till grad II beskrev inte om det förelåg något bortfall och eventuell analys av bortfallets betydelse för resultatet. Fyra av artiklarna diskuterade inte egenkritik och felkällor och två av artiklarna redovisade inga etiska aspekter. Nio av artiklarna erhöll grad I eftersom de uppfyllde större delen av kriterierna i Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall. En del av artiklarna innehöll mer värdefull information än andra och därmed kunde dessa i större utsträckning användas i resultatet. Artiklarna har speglat olika perspektiv av syftet och dessa var hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser av att vårda patienter med demens, att utforska attityder hos hälso- och sjukvårdspersonal som vårdar patienter med demens och att kartlägga de svårigheter som uppstod i omvårdnaden av patienter med demens. Detta ansågs vara en styrka eftersom det resulterade i olika infallsvinklar. I de artiklar som kön berördes var majoriteten av deltagarna kvinnor och i de resterande artiklarna redovisades inte vilket kön deltagarna hade.

Ett problem i omvårdnaden av patienter med demens är att sjuksköterskan inte ser människan utan istället bara sjukdomen och då vårdas patienten inte i enlighet med en personcentrerad omvårdnad (Borbasi et al., 2007). Rekommendationerna för demenssjukvård är att ge patienten en personcentrerad omvårdnad (Socialstyrelsen, 2010) och det som krävs av sjuksköterskan är att hon eller han försöker förstå patientens livsvärld samt anstränger sig för att förstå innebörden av patientens beteende (Hällgren Graneheim, 2010). Fördelar med att använda ett personcentrerat synsätt i omvårdnaden av patienter med demens kan leda till att integriteten ökar, autonomin bevaras och agitationen minskas. Det har också visat sig att mängden antipsykosläkemedel har kunnat minskas hos de patienter där en personcentrerad omvårdnad har använts (Socialstyrelsen, 2010), vilket är i linje med att sjuksköterskan ska arbeta på ett kvalitetsmedvetet och ekonomiskt sätt (Socialstyrelsen, 2005). Socialstyrelsen menar att en personcentrerad omvårdnad på sikt minskar kostnaderna för hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2010). Forskning visar att det finns många olika fördelar med att bedriva en personcentrerad omvårdnad och därför är det anmärkningsvärt att det inte efterföljs. Troliga orsaker kan vara tids- och resursbrist, okunskap samt begränsad vårdmiljö. En annan orsak kan vara att hälso- och sjukvårdspersonalen inte tagit del av vad personcentrerad omvårdnad innebär samt att ledningen inte är aktiv i arbetet med detta. En lösning på problemet kan vara att utbildningsdagar hålls för personalen där de arbetar med utgångspunkt från personcentrerad omvårdnad och diskuterar fram hur de praktiskt kan använda sig av detta i verksamheten.

Större delen av artiklarna beskriver att en stor del av hälso- och sjukvårdspersonalen upplever att de saknar tillräcklig kunskap för att bedriva en god omvårdnad av patienter med demens (Chang et al., 2009; Eriksson & Saveman, 2002; Morgan et al., 2005; Norman, 2006). Antalet äldre ökar och därmed även antalet personer med demenssjukdom vilket i sin tur kräver mer hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen, 2010). Redan år 2002 kom en prognos om att det inom de närmsta 10-20 åren kommer att uppstå en brist på hälso- och sjukvårdspersonal och då främst inom äldreomsorgen (Annetorp Hörnsten & Bergström-Levander, 2002). Detta till en följd av att för få väljer att utbilda sig inom vårdsektorn samtidigt som många går i pension. Hälso- och sjukvårdens mål är att lägsta utbildningsnivå ska vara gymnasieutbildning med inriktning omvårdnad, men denna ambition är idag svår att eftersträva då efterfrågan är större än tillgångarna. Till år 2030 beräknas efterfrågan på utbildad hälso- och sjukvårdspersonal vara sex gånger så stor som tillgångarna (Statistiska centralbyrån, 2009). En trolig anledning till detta är att inte tillräckligt många utbildar sig till yrken

inom hälso- och sjukvården eftersom det är ett kvinnodominerat yrke och därmed lägre lön. För att få fler att söka sig till hälso- och sjukvården krävs därför en parallell löneutveckling. Anmärkningsvärt är att det förekommer att utbildad hälso- och sjukvårdspersonal upplever att de har otillräcklig kompetens för att vårda patienter med demens (Chang et al., 2009; Norman, 2006). Framförallt upplever hälso- och sjukvårdspersonal det svårt att känna igen symtom på framskriden demens, vilket gör att de riskerar att felbehandla patienten samt att de under press begränsar patienterna mer än nödvändigt. Detta styrker att det krävs specifika utbildningar i demenssjukvård för sjuksköterskor eller att det redan i grundutbildningen för sjuksköterskor i större utsträckning borde läras ut mer om sjukdomen.

Eftersom kommunikationsförmågan hos patienter med demens ibland är nedsatt, försvårar det för sjuksköterskan att skapa en bra relation med patienten (Edberg et al., 2008; Skovdahl et al., 2004). I en relation förekommer alltid någon form av kommunikation (Ekman, 2004) och om den brister, minskar möjligheterna att inhämta en god anamnes, förstå patientens behov och vilja, veta om patienten förstått vad som sagts samt genomföra undersökningar (Borbasi et al., 2007; Chang et al., 2009; Skovdahl et al., 2004). I en studie framkom det att hälso- och sjukvårdspersonalen medvetet undanhöll information från patienten, eftersom de ansåg att denne ändå inte förstod (Skovdahl et al., 2004). De undanhöll även information då de redan i förväg förstod att patienten skulle motsätta sig omvårdnadsåtgärden. Det är därför viktigt att patienten är delaktig i sin egen vård och en förutsättning för att det ska uppnås, är att sjuksköterskan har förmågan att kommunicera med patienten på ett lyhört och empatiskt sätt (Socialstyrelsen, 2005). Genom sitt bemötande och sitt sätt att föra ett samtal kan hälso- och sjukvårdspersonalen antingen främja eller försämra kommunikationen (Ekman, 2004). Att hälso- och sjukvårdspersonalen inte främjar en god kommunikation med patienten kan bero på tids- och resursbrist och/eller okunskap. De flesta studierna tydliggjorde de problem hälso- och sjukvårdspersonalen ställs inför till följd av kommunikationssvårigheter, men endast en studie belyste att även patienterna drabbas (Borbasi et al., 2007). När kommunikationen mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten inte fungerar kan patientens behov bli förbisedda. Det kan även vara så att hälso- och sjukvårdspersonalen i samband med olika omvårdnadsåtgärder omedvetet och av ren rutin inte informerar patienterna till följd av tidsbrist och okunskap. Deras inställning och attityd samt intresse gentemot patienten kan också vara en orsak till att kommunikationssvårigheter uppstår. Ett sätt att handskas med problemet kan vara att hälso- och sjukvårdspersonalen tillsammans har ett reflektionsseminarium med utgångspunkt från olika case, där attityder och förhållningssätt diskuteras.

Bristen på tid och resurser leder till att hälso- och sjukvårdspersonalen inte alltid har tid att ge en god omvårdnad (Edberg et al., 2008; Jakobsen & Sørli, 2010; Skovdahl, Kihlgren et al., 2003). En del upplever att arbetsledningen ställer orimliga krav på sina anställda genom att kräva att arbetet ska utföras så snabbt och effektivt som möjligt, vilket medför att hälso- och sjukvårdspersonalen blir stressade (Eriksson & Saveman, 2002). Detta påverkar i sin tur patienterna på ett negativt sätt genom reaktioner såsom aggressivitet, oro eller högljuddhet (Skovdahl, Kihlgren et al., 2003). Anmärkningsvärt är att det finns begränsat med forskning avseende vilken påverkan tid och resurser har på den omvårdnad som ges inom hälso- och sjukvården, trots att erfarenhet talar för att kvaliteten på hälso- och sjukvården påverkas av tids- och resursbrist. Tids- och resursbrist kan även tänkas vara orsaken till att misstag som begås inte alltid rapporteras som avvikelser. Forskning visar att det tar tid att vårda patienter med demens och att den tiden ofta måste tas från andra patienter (Eriksson & Saveman, 2002). På ett sjukhus



utförs omvårdnaden ofta rutinmässigt, vilket gör det svårt att vårda patienter med demens, eftersom rådande rutiner inte är utformade för demensvård. Det är viktigt att rutinerna även omfattar patienter med demens då de förekommer inom hälso- och sjukvård, samtidigt som hälso- och sjukvårdspersonalen måste vara flexibla och endast se rutinerna som ett stöd (Socialstyrelsen, 2010).

I denna studie har det framkommit att ett stort problem inom omvårdnaden av patienter med demens, är att samtidigt bevara och ta tillvara på patientens integritet, identitet, autonomi, värdighet och säkerhet (Hällgren Graneheim, 2004). Då sjuksköterskan försöker bevara en av dessa rättigheter kan en annan kränkas. Ett etiskt problem som kan uppstå är om en patient med demens uttrycker sin vilja men inte tas på allvar, detta på grund av att han eller hon inte vanligtvis har förmågan att fatta beslut (Ekman, 2004). I situationer som denna bör sjuksköterskan handla efter de fyra etiska principerna, vilka innebär att handla efter det som leder till det bästa resultatet för patienten (Beauchamp & Childress, 1994). Det är då viktigt att tänka på för vem resultatet ska bli bra, patienten, sig själv eller samhället (Hällgren Graneheim, 2004). Det kan vara svårt att avgöra vilket beslut som bäst gynnar patienten och att behöva ta detta beslut kan upplevas som stressande (Ågren Bolmsjö, Edberg & Sandman, 2006). Det kan också vara så att patienten med demens inte vet vad som är bäst för den själv och hälso- och sjukvårdspersonalen kan då gå emot patientens vilja. Gränsen för när en omvårdnadsåtgärd bli tvångsvård är otydlig eftersom patienten kan vara oförmögen att uttrycka sina behov (SOU 2006:110) men hälso- och sjukvårdspersonalen menar att en del omvårdnadsåtgärder måste vidtas för att förhindra att patienten vanvårdas (Skovdahl et al., 2004). En tanke är att omvårdnadsåtgärden ska kunna utvärderas efter de fyra grundläggande ansvarsområden som sjuksköterskan har, för att se om den uppfyller dessa. Genom att göra detta erhålls förhoppningsvis underlag för den tänkta åtgärden och därför kan beslutet bli mindre stressande att ta. Utmaningen för hälso- och sjukvårdspersonalen blir således att väga för- och nackdelar mot varandra för att se om omvårdnadsåtgärden bör utföras.

Mer än hälften av studierna visar att sjukhusmiljön inte är anpassad för patienter med demens, vilket medför svårigheter att vårda dessa patienter (Borbasi et al., 2007; Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2007; Norman, 2006). Sjukhusmiljön överstimulerar patienterna genom att avstånden är för långa, byggnaderna är linjära istället för cirkulära och för att personalgenomströmningen är stor. Vårdmiljön har stor betydelse för patientens hälsa och välbefinnande och det är sjuksköterskans skyldighet att se till att den gynnar patientens integritet, tillgångar och tillfrisknande (SSF, 2010). Genom att använda en personcentrerad inriktning på omvårdnaden blir också miljön personcentrerad, vilket gynnar både patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. En personcentrerad miljö gynnar patienternas delaktighet i sin egen vård. För personalen är miljön avgörande för hur väl omvårdnadsarbetet kan bedrivas samt för hur väl de trivs på arbetet. Sjukhusen och äldreboendena är inte enbart patienternas bostad utan också personalens arbetsplats och därför måste den även anpassas efter dem. De flesta studier har kommit fram till att sjukhusmiljön på olika sätt kan förvärra demenssjukdomen och det kan därför vara en fördel att så långt det är möjligt vårda dessa patienter i deras hemmiljö. En förutsättning för att detta ska fungera är ett nära samarbete landsting/region och kommun emellan. Möjligen kan det vara så att orsaken till inläggning på sjukhus kan förebyggas eller upptäckas tidigare. Framtidens sjukhus och äldreboenden bör anpassas efter den forskning som finns om vårdmiljöns påverkan på hälsa och tillfrisknande.

## Konklusion

Det finns ett antal orsaker till att etiska problem i omvårdnaden av patienter med demens uppstår. Hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens är en orsak, men även organisationen samt den fysiska och psykosociala miljön är av stor betydelse. Det kan vara bristfällig kunskap om demenssjukdomen men även förmågan att vårda utifrån en personcentrerad omvårdnad. Ett av de största problemen är att hälso- och sjukvårdspersonalen har svårigheter att tolka patienternas beteende vilket i sin tur kan påverka patienterna genom att felaktiga omvårdnadsåtgärder vidtas. I en organisation där det råder brist på tid och resurser kan det vara så att arbetsledningen kräver att arbetet ska genomföras fort och effektivt, vilket inte ger utrymme för att bedriva den omvårdnad som patienterna behöver. Varken den fysiska eller den psykiska vårdmiljön på sjukhus är anpassad för att vårda patienter med demens, vilket kan leda till att de blir överstimulerade. Eftersom patienter med demens kan ha kommunikationssvårigheter, försvåras deras möjligheter att uttrycka sina behov, vilket i sin tur medför svårigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen med att främja patienternas autonomi, värdighet och integritet.

## Implikation

Eftersom omvårdnad av patienter med demens är komplext, är hälso- och sjukvårdens mål att endast utbildad personal ska arbeta inom demensvården. Det råder idag brist på utbildad hälso- och sjukvårdspersonal och därför finns det ett behov av att fler söker sig till dessa utbildningar. Det behövs specialistutbildningar inom demenssjukvård för sjuksköterskor, eftersom det krävs specifika kunskaper för att vårda personer med demens då de är en grupp som inte alltid kan uttrycka sina egna behov. Patienter med demens förekommer överallt inom hälso- och sjukvården och därför bör det inom de olika verksamheterna utvecklas rutiner för omvårdnad av patienter med demens. För att främja en god omvårdnad vid demenssjukdom och ett bra arbetsklimat bör regelbunden handledning samt reflektionstillfällen erbjudas hälso- och sjukvårdspersonalen. Mer forskning om tidstillgångens betydelse vid vårdandet av patienter med demens är av betydelse, såsom exempelvis en intervjustudie med anhöriga och/eller hälso- och sjukvårdspersonal men även en observationsstudie skulle kunna utföras. Även forskning avseende personaltäthetens betydelse vid omvårdnad av patienter med demens är av värde, eftersom det idag förekommer en hel del neddragningar av personal i besparingssyften. Det finns en hel del forskning om hur vårdmiljön bör se ut, men begränsat med forskning om på vilket sätt och i vilken grad patienter med demens påverkas av vårdmiljön vid sjukhusvistelser. Därför bör ytterligare forskning avseende detta bedrivas så att framtidens sjukhus och äldreboenden kan anpassas efter patientens behov.

## Referenser

- Annetorp Hörnsten, C., & Bergström-Levander, I. (2002). *Personalbrist inom sjukvård och omsorg*. Stockholm: Statistiska centralbyrån. Hämtad 2011-05-06 från: [http://www.scb.se/Grupp/valfard/\\_dokument/A05ST0203\\_08.pdf](http://www.scb.se/Grupp/valfard/_dokument/A05ST0203_08.pdf)
- Beauchamp, T L., & Childress, J F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. (4:e uppl.). Oxford: Oxford University Press.
- \*Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C., & Emden, C. (2007). Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: toward better practice. [Electronic version]. *Geriatric Nursing*, 27(5), 300-308.
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad: studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Malmö: Malmö Högskola. Hämtad 2011-03-28 från: [http://dspace.mah.se/bitstream/2043/660/1/rapport\\_hs\\_05b.pdf](http://dspace.mah.se/bitstream/2043/660/1/rapport_hs_05b.pdf)
- \*Chang, E., Daly, J., Johnson, A., Harrison, K., Easterbrook, S., Bidewell, J. et al., (2009). Challenges for professional care of advanced dementia. [Electronic version]. *International Journal of Nursing Practice*, 15(1), 41-47.
- \*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. [Electronic version]. *Aging & Mental Health*, 12(2), 236-243.
- \*Edberg, A-K., & Edfors, E. (2008). Nursing care for people with frontal-lobe dementia – difficulties and possibilities. *International Psychogeriatrics Association*, 20(2), 361-374.
- Ekman, S-L. (2004). Omvårdnadsrelationer i demensvård. Ingår i A. Tiger (red.), *Om demens. Klinisk bild, utredning, vård och omvårdnad. Konfusionstillstånd. Genetik och biokemi. Patologi. Minnesfunktioner. Vardagslivets aktiviteter. Sexualitet och demens. Frågor om tvång och självbestämmande. Hälsoekonomi*. (2:a uppl.). (ss. 138-185). Stockholm: Liber.
- \*Eriksson, C., & Saveman, B-I. (2002). Nurses' experience of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. [Electronic version]. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16(1), 79-85.
- Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red.). (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Gulmann, N C. (red.). (2003). *Gerontopsykiatri*. (H. Reitzels, övers.) Lund: Studentlitteratur. (Originalarbetet publicerat 2001).

Hope, T. (2009). Ethical dilemmas in the care of people with dementia. *British Journal of Community Nursing*, 14(12), 548-550.

\*Hällgren Graneheim, U. (2004). *Störande beteende i interaktionen mellan personer med demens och deras vårdare*. Umeå: Umeå universitet.

Hällgren Graneheim, U. (2010). Beteendeförändringar vid demenssjukdom – ett personcentrerat perspektiv. Ingår i D. Edvardsson (red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (ss. 61-74). Lund: Studentlitteratur.

\*Jakobsen, R., & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers. [Electronic version]. *Nursing Ethics*, 17(3), 289-300.

\*Kada, S., Nygaard, H A., Mukesh, B N., & Geitung, J T. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2383-2392.

\*Morgan, D.G., Stewart, N.J., D'Arcy, C., Forbes, D., & Lawson, J. (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. [Electronic version]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 347-358.

\*Nolan, L. (2007). Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views. [Electronic version]. *British Journal of Nursing*, 16(7), 419-422.

Nordenfelt, L. (2010). Begreppet värdighet. Ingår i L. Nordenfelt (red.), *Värdighet i vården av äldre personer*. (ss. 63-103). Lund: Studentlitteratur.

\*Norman, R. (2006). Observations of the experiences of people with dementia on general hospital wards. [Electronic version]. *Journal of Research in Nursing*, 11(5), 453-465.

Remington, R., Abdallah, L., Devereaux Melillo, K., & Flanagan, J. (2006). Managing problem behaviours associated with dementia. *Rehabilitation Nursing*, 31(5), 186-192.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

\*Skovdahl, K., Kihlgren, A.L., & Kihlgren, M. (2003). Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia – narratives from two caregiver groups. [Electronic version]. *Aging & Mental Health*, 7(4), 277-286.

\*Skovdahl, K., Larsson Kihlgren, A., & Kihlgren, M. (2003). Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), 888-898.

\*Skovdahl, K., Larsson Kihlgren, A., & Kihlgren, M. (2004). Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 515-525.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2011-04-12 från:  
[http://alzheimerforeningen.se/Nat\\_riktlinjer\\_2010\\_5.pdf](http://alzheimerforeningen.se/Nat_riktlinjer_2010_5.pdf)
- Socialstyrelsen. (2011). *Meddelandeblad*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2011-04-15 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18222/2011-1-7.pdf>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2006). *Demenssjukdomar: en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 2011-04-12 från:  
[http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Demens\\_sammanfattning.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Demens_sammanfattning.pdf)
- Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2008). *Dementia – caring, ethics, ethnical and economical aspects a systematic review*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens offentliga utredningar [SOU] 2006:110. *Betänkande av utredningen om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga. Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2011-04-15 från:  
<http://www.ud.se/content/1/c6/07/41/64/21ece657.pdf>
- Statistiska centralbyrån. (2009). *Trender och prognoser 2008 befolkning utbildning arbetsmarknaden med sikte på år 2030*. Stockholm: Statistiska centralbyrån. Hämtad 2011-05-06 från:  
[http://www.scb.se/statistik/publikationer/UF0515\\_2006I30\\_BR\\_01\\_AM85BR0901.pdf](http://www.scb.se/statistik/publikationer/UF0515_2006I30_BR_01_AM85BR0901.pdf)
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2010). *Vårdmiljöns betydelse*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2011-05-09 från:  
<http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/Om%20vardmiljo.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (u.å.). *Prevalens: prevalens av demenssjukdomar*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2011-04-14 från:  
<http://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Nationellt-natverk-for-demenssjukskoterskor1/Demens-Prevalens/>
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- \*Yamamoto, M., & Aso, Y. (2009). Placing physical restraints on older people with dementia. [Electronic version]. *Nursing Ethics*, 16(2), 192-202.
- Ågren Bolmsjö, I., Edberg, A-K., & Sandman, L. (2006). Everyday ethical problems in dementia care: a teleological model. *Nursing Ethics*, 13(4), 340-359.

Öresland, S., & Lützén, K. (2009). Etiska stigar och moraliska vandringar. Ingår i F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt*. (ss 357-375). Lund: Studentlitteratur.

\* = artiklar och den avhandling som använts i resultatet

**Tabell 1. Sökordöversikt****Bilaga I**

<b>Sökord</b>	<b>PubMed MeSH-term</b>	<b>Cinahl Subject heading list</b>
Demens	Dementia	Dementia
Vårdarbete	Nursing	
Omvårdnad	Nursing care	Nursing care
Yrkes etik		Ethics, professional
Etik	Ethics	
Sjuksköterska- patientrelationer	Nurse-patient relations	Nurse-patient relations
Vårdarbete	Dementia/nursing	
Prevention och kontroll	Dementia/prevention and control	
Sjuksköterskans upplevelser	Nurse experience (fritext)	
Attityder hos hälsovårdspersonal	Attitude of health personnel	
Vårdande		Caring

**Tabell 2. Sökhistorik**

**Bilaga II:1**

Databas	Datum	Sökord/ Limits	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
Cinahl	040411	MH "Dementia" and MH "Nursing care"  Limits: Published Date from: 20070101-20111231; English Language; Research Article	3	2	1	1
Cinahl	040411	MM "Dementia" and MH "Caring"  Limits: Published Date from: 20070101-20111231; English Language; Research Article	2	1	1	1
Cinahl	040411	MH "Dementia" and MH "Ethics, professional"  Limits: Published Date from: 20050101-20111231; English Language; Research Article	1	1	1	0
Cinahl	040411	MM "Dementia" and MH "Nurse-patient relations"  Limits: Published Date from: 20030101-20111231; English Language; Research Article	43	14	5	4
PubMed	040411	"Dementia" (Mesh) and "Nursing Care" (Mesh) and "Ethics" (Mesh) Limits: only items with abstracts, English, Publication date from 2006	11	9	5	1



## Bilaga II:2

Databas	Datum	Sökord/ Limits	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
PubMed	040411	"Dementia/nursing" (Mesh) OR "Dementia/prevention and control" (Mesh) and "Ethics" (Mesh) Limits: only items with abstracts, English, Publication date from 2005	34	17	3	2
PubMed	040411	"Dementia" (Majr) and "Nursing" (Mesh) and nurse experience (Fritext) Limits: only items with abstracts, English, Publication date from 2009	10	6	1	1
PubMed	040411	"Dementia" (Majr) and "Nurse-Patient Relations" (Mesh) and "Nursing" (Mesh) Limits: only items with abstracts, English, Publication date from 2002	40	20	5	2
PubMed	040411	"Dementia" (Majr) and "Attitude of Health Personnel" (Mesh) and "Nursing" (Mesh) Limits: only items with abstracts, English, Publication date from 2006	67	27	7	2
Biblioteks-katalogen Hulda	080411	Manuell sökning på titel: Störande beteende i interaktionen mellan personer med demens och deras vårdare	1	1	1	1
			212	98	30	15

**Tabell 3. Artikelöversikt**

**Bilaga III:1**

<b>Publika- tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Veten- skaplig kvalitet</b>
2007 Australien PubMed	Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C., & Emden, C.	Health professionals´ perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: toward better practice.	Syftet var att undersöka, förstå och tolka sjuksköterskan och annan hälso- och sjukvårdspersonals erfarenheter av att hantera patienter med demens som blivit inlagda på sjukhus för att vårdas på grund av något annat än sin demens- sjukdom.	Kvalitativ metod med en epistemologisk ansats. Semistrukturerade intervjuer.  Tjugofem hälso- och sjukvårdspersonal deltog i studien vilka var utvalda av tre sjukvårdsexperter. Av dessa var fyra läkare, fem sjuksköterskekonstuler, tre sjuksköterskor, tre avdelningschefer, en forskare, två terapeuter, tre socialarbetare, en biträdande omvårdnadschef samt en fysioterapeut.	Det framkom att det finns flera svårigheter i omvårdnaden av patienter med demens. Sjukhusen är inte utformade för omvårdnad av patienter med demens. Hälso- och sjukvårdspersonalen har inte den rätta kompetensen för att vårda patienter med demens. Det finns ett behov av att från ledningen i organisationen utveckla riktlinjer som stödjer utvecklingen för den bästa omvårdnaden.	Grad I
2009 Australien PubMed	Chang, E., Daly, J., Johnson, A., Harrison, K., Easterbrook, S., Bidewell, J. et al.	Challenges for professional care of advanced dementia.	Syftet var att tydliggöra svårigheterna för omvårdnadsansvariga vid vårdandet av patienter med demens som bor på äldreboenden.	Kvalitativ metod. En epistemologisk ansats med fokusgrupper.  Informanterna var tretton vilka arbetade vid olika ålderdomshem. Ytterligare sju informanter valdes genom skrivna inbjudningar. Alla deltagare var hälso- och sjukvårdspersonal. En läkare, en psyko- geriatrisk sjuksköterska, en geriatrisk specialistsjuksköterska, en arbetsterapeut samt en sörgrådgivare. Alla deltagare hade över tio års erfarenhet inom området.	En modell med utgångspunkt från att hantera demenssjukdomens symtom och tecken på sjukdomen behövs samt bättre kunskaper och färdigheter vid omvårdnad av patienter med demens. Med hjälp av denna modell kan omvårdnaden för patienter med demens underlättas.	Grad II

**Bilaga III:2**

<b>Publika-tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Veten-skaplig kvalitet</b>
2008 Sverige Australien Storbritan-nien Cinahl	Edberg, A-K., Bird, M., Richards, D A., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V.	Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom.	Syftet var att utforska sjuksköterskors upplevelser av begränsningar i samband med omvårdnad av patienter med demens.	Kvalitativ metod med fokusgrupper.  Informanterna skulle vara delaktiga i omvårdnaden av patienter med demens, de skulle inte ha en högre position än sjuksköterska samt att alla skulle arbeta på olika avdelningar. Deltagarna skulle ha vårdat patienter med demens i olika stadier av sjukdomen och därför togs deltagarna ut från ålderdomshem, mottagningar och hemtjänst. Sammanlagt deltog trettiofem sjuksköterskor, social-arbetare och undersköterskor. Deras ålder var 20-62 år och med en arbetslivserfarenhet på 3-26 år.	Det som sjuksköterskorna ansåg begränsa deras arbete var framförallt att de inte kunde genomföra de omvårdnadsåtgärder som de önskade. Det fanns ett behov av återkommande etiska diskussioner och reflektioner om hur patienterna upplevde sin situation. Hälso- och sjukvårdspersonalen hade behov av att ha inflytande över det arbete som de utförde samt att få ett emotionellt stöd, till exempel genom gruppreflektioner.	Grad I
2008 Sverige Cinahl	Edberg, A-K., & Edfors, E.	Nursing care for people with frontal-lobe dementia - difficulties and possibilities.	Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av svårigheter och möjligheter i omvårdnaden av personer med demenssjukdom och frontallobsdysfunktion.	Kvalitativ metod med epistemologisk ansats.  Tio sjuksköterskor med minst två års erfarenhet. Samtliga sjuksköterskor hade erfarenhet av att arbeta med patienter med demens och de hade arbetat på den aktuella enheten sedan den öppnade. Nio var kvinnor och en var man.	Det är viktigt för sjuksköterskorna att dagligen få tid att reflektera både gällande svårigheter och möjligheter i arbetet. Att vårda personer med demens är känsligt och krävande och hälso- och sjukvårdspersonalen ser sig själva som betydande för att hjälpa patienterna att uppnå sina personliga mål.	Grad II

**Bilaga III:3**

<b>Publika- tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Veten- skaplig kvalitet</b>
2002 Sverige PubMed	Eriksson, C., & Saveman, B-I.	Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings.	Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av svårigheter relaterat till vårdandet av patienter med demens på en vårdavdelning.	Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer.  I studien skulle det ingå en sjuksköterska med lång erfarenhet (cirka 20 år) och en sjuksköterska med lite erfarenhet (cirka 3 år) från varje avdelning. Totalt deltog tolv kvinnor i studien vilka var 25-55 år gamla.	Studien visar att det är ohållbart att vårda patienter med demenssjukdom på en "vanlig" vårdavdelning. För att förbättra omvårdnaden för dessa patienter behöver åtgärder vidtas. Det föreligger en risk att patienter med demens blir försummade och vanvårdade då de vårdas på en "vanlig" vårdavdelning.	Grad I
2004 Sverige Biblioteks- katalogen Hulda	Hällgren Graneheim, U.	Störande beteende i interaktionen mellan personer med demens och deras vårdare.	Syftet var att belysa innebörden i interaktionen mellan personer med störande beteende och deras vårdare genom att studera interaktionen och berättelser om interaktionen.	Kvalitativ innehållsanalys och fenomenologisk hermeneutik användes.  Sammanläggningsavhandling bestående av fyra olika studier.	När hälso- och sjukvårdspersonalen inte blir bekräftade av patienten med demens anses patienten ha ett störande beteende och detsamma gäller när patienten med demens inte blir bekräftad av hälso- och sjukvårdspersonalen. Det är därför viktigt att skapa en jag-du relation där båda parterna känner sig bekräftade.	Grad I
2010 Norge PubMed	Jakobsen, R., & Sørli, V.	Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers.	Syftet var att belysa etiskt svåra situationer som hälso- och sjukvårdspersonalen upplever vid vårdhem.	Kvalitativ metod med en fenomenologisk hermeneutisk ansats med intervjuer.  Hälso- och sjukvårdspersonalen skulle ha daglig kontakt med patienter med demens. Genom konsekutivt urval deltog tjugotre i studien.	I samband med omvårdnaden hotades patienternas värdighet och på grund av det upplevde hälso- och sjukvårdspersonalen känslor av frustration och maktlöshet.	Grad I

**Bilaga III:4**

<b>Publika- tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Veten- skaplig kvalitet</b>
2009 Norge PubMed	Kada, S., Nygaard, H A., Mukesh, B N., & Geitung, J T.	Staff attitudes towards institutionalised dementia residents.	Syftet var att utforska attityder hos hälso- och sjukvårds- personal som vårdar institutionaliserade patienter med demens och vad som påverkar dessa attityder.	Kvantitativ metod med en beskrivande teknik.  Urvalet bestod av 368 hälso- och sjukvårdspersonal som regelbundet medverkade i omvårdnaden av patienter med demens. Deltagarna var sjuksköterskor, undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Majoriteten av deltagarna var kvinnor.	Större delen av hälso- och sjukvårdspersonalen uppvisade positiva attityder gentemot patienter med demens. Attityderna påverkades av vilken typ av utbildning hälso- och sjukvårdspersonalen hade, deras ålder, hur länge de hade varit verksamma inom arbetet samt storleken på sjukhuset.	Grad I
2005 Canada PubMed	Morgan, D.G., Stewart, N.J., D'Arcy, C., Forbes, D., & Lawson, J.	Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units.	Syftet var att jämföra sjukvårdsbiträdenas erfarenhet av ångest, störande beteende, fysiskt våld samt arbetsbörda på både boenden med och utan specialist- avdelning för patienter med demens.	En tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats.  All hälso- och sjukvårdspersonal i utvalda boenden fick erbjudande om att delta i studien men resultatet utgick från de 355 sjukvårdsbiträden som deltog.	Fysiskt våld och hög arbetsrelaterad stress är relaterat till demensvård. Resultatet visar att det behöver vidtas ytterligare åtgärder för att förhindra stress och våld vilket i sin tur kan leda till bättre arbetsförhållanden för hälso- och sjukvårdspersonal. Sjukvårdsbiträdena har stor möjlighet att påverka kvaliteten på omvårdnaden men de behöver få verktyg för att klara av att genomföra detta svåra men viktiga arbete.	Grad II

**Bilaga III:5**

<b>Publika-tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Veten-skaplig kvalitet</b>
2007 Irland Cinahl	Nolan, L.	Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views.	Syftet var att utforska sjuksköterskors erfarenhet av att vårda äldre personer med demens på en vårdavdelning.	Kvalitativ metod med öppna fördjupande intervjuer.  Informanterna bestod av sju legitimerade sjuksköterskor vilka alla var kvinnor. Alla hade mellan 2,5-16 års erfarenhet inom yrket. Deras erfarenhet av att arbeta med äldre samt äldre med demens var mellan 2-7 år.	Sjuksköterskorna var medvetna om de svårigheter som kan förekomma i omvårdnaden av patienter med demens. De arbetar hårt för att klara av arbetet trots de begränsningar som finns på en vårdavdelning. Erfarna och kunniga sjuksköterskor ställer sig kritiska till personcentrerad demensvård och menar att det skulle behövas mer utbildning inom ämnet.	Grad I
2006 Storbritanni en Cinahl	Norman, R.	Observations of the experiences of people with dementia on general hospital wards.	Syftet var att belysa hur patienter med demens blir vårdade på sjukhus i Storbritannien.	Kvalitativ metod med observationer av omvårdnadsarbetet.  Sjuksköterskor valde ut åtta patienter att delta i studien.	Sjuksköterskans omvårdnad av patienter med demens ska inte inriktas på patientens begränsningar utan istället på patientens möjligheter. Genom en två-vägs kommunikation kan patientens identitet, individualitet och självbestämmande förbättras. Patientens upplevelse av sjukhusvistelsen kan därför förbättras.	Grad II

**Bilaga III:6**

<b>Publika-tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Veten-skaplig kvalitet</b>
2003 Sverige Cinahl	Skovdahl, K., Kihlgren, A.L., & Kihlgren, M.	Different attitudes when handling aggressive behaviour in a dementia – narratives from two caregiver groups.	Syftet var att undersöka hälso- och sjukvårdspersonals reflektioner angående attityder till beteendestörningar och psykiska symtom hos patienter med demens samt hur de hanterade dessa symtom.	Kvalitativ metod med intervjuer.  15 hälso- och sjukvårdspersonal från tre olika vårdhemsavdelningar deltog i studien. De skulle ha varit fastanställda under minst ett år samt ha erfarenhet av patienter som uppvisat aggressivt beteende.	För att ett positivt samspel ska kunna skapas krävs det att både hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten känner att de har lika mycket makt. Risken är mindre att patienten agerar aggressivt när han eller hon känner att de är uppskattade. Hälso- och sjukvårdspersonal som strävar efter att förstå patientens beteende kommer troligtvis att lyckas bättre i omvårdnaden.	Grad I
2004 Sverige PubMed	Skovdahl, K., Larsson Kihlgren, A., & Kihlgren M.	Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions.	Syftet var att få insikt i hur hälso- och sjukvårdspersonal som hade svårigheter med att vårda patienter med demens med aggressivt beteende reflekterade över sin situation. Ytterligare ett syfte var att via diskussion få insikt i hur de resonerade.	Kvalitativ metod med intervjuer för att reflektera över tidigare videoinspelningar.  Urvalet bestod av nio hälso- och sjukvårdspersonal från två olika avdelningar vid två olika ålderdomshem. De hade alla deltagit i föregående videoinspelningar.	En vårdande och stödjande miljö var förutsättningarna för att reflektioner och kreativitet skulle vara möjligt. Detta bidrar dessutom till att hälso- och sjukvårdspersonalen får möjlighet att hantera svåra situationer där patienter med demens är aggressiva.	Grad I

**Bilaga III:7**

<b>Publika-tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Veten-skaplig kvalitet</b>
2003 Sverige Cinahl	Skovdahl, K., Larsson Kihlgren, A., & Kihlgren, M.	Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units.	Syftet var att genom videoinspelningar belysa skillnaden mellan hälso- och sjukvårdspersonal som hade svårigheter att hantera patienter med demens och aggressivt beteende och hälso- och sjukvårdspersonal som inte hade problem med detta	Kvalitativ metod där videoinspelningar genomfördes.  Nio hälso- och sjukvårdspersonal från två olika avdelningar vid två olika ålderdomshem deltog, där den ena hade förmåga att hantera patienter med demens med aggressivt beteende och den andra hade svårigheter med det. Hälso- och sjukvårdspersonalen på respektive enhet valde ut vilka patienter som skulle videofilmas. Patienterna som valdes ut var de som hälso- och sjukvårdspersonalen ansåg svårast att vårda.	Att ge en god omvårdnad är svårt och en balans mellan patientens självbestämmanderätt och att sjuksköterskan tar beslut åt patienten måste hittas. Om det inte finns en balans, kan det leda till att patienten blir aggressiv. Att låta patienten själv ta beslut kan vara ett sätt att hjälpa patienten till självhjälp men samtidigt kan det vara att inte ta sitt ansvar som hälso- och sjukvårdspersonal.	Grad II
2009 Japan PubMed	Yamamoto, M., & Aso, Y.	Placing physical restraints on older people with dementia.	Syftet var att undersöka de copingstrategier sjuksköterskor använder sig av då de hanterar etiska dilemman till följd av att de tvingats fysiskt begränsa patienterna med demens.	Kvantitativ metod utförd med hjälp av enkäter.  Deltagarna var sjuksköterskor som arbetade på sjukhus. Sjukhusen skulle vara klassificerade som allmänna sjukhus, de skulle ha avdelningschefer, återkommande träningsprogram för sjuksköterskorna samt att de skulle ha likvärdiga anställningsvillkor. Med utgångspunkt från dessa kriterier blev tre sjukhus utvalda och 350 sjuksköterskor deltog i undersökningen men endast 272 inkluderas i resultatet.	Det framkom tre olika copingstrategier: - positivt handlande och tänkande, - negativt handlande och tänkande, - att inte handla och då upprätthålla nuvarande tillstånd.	Grad I