



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barriärer för ett gott bemötande av personer med demenssjukdom inom somatisk slutenvård

En litteraturstudie

Författare: Rebecka Bröme & Matilda Byström

Handledare: Jimmie Kristensson

Kandidatuppsats

Hösten 2018

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Barriärer för ett gott bemötande av personer med demenssjukdom inom somatisk slutenvård

En litteraturstudie

Författare: Rebecka Bröme & Matilda Byström

Handledare: Jimmie Kristensson

Kandidatuppsats

Hösten 2018

Abstrakt

Bakgrund: idag är det cirka 50 miljoner människor i världen som lever med någon form av demenssjukdom. Det är vanligt att personer med demenssjukdom skrivs in i den somatiska slutenvården där personalen ofta saknar kunskap och resurser för att på ett adekvat sätt bemöta dessa personer och där miljön inte heller är lämpligt anpassad. **Syfte:** att beskriva barriärer för ett gott bemötande vid omvårdnaden av personer med demenssjukdom inom somatisk slutenvård. **Metod:** en litteraturstudie med induktiv ansats utfördes, vilket resulterade i 10 vetenskapliga artiklar som granskades och analyserades utefter kategorier. **Resultat:** resultatet visade tre huvudkategorier. Dessa var *organisation, omgivning* och *omständigheter*. Varje kategori utgjordes av två subkategorier. **Slutsats:** genom ökad kunskap och ökade resurser kan bristande bemötande minskas och personcentrerad vård förbättras och därmed minska barriärerna för ett gott bemötande av personer med demenssjukdom inom den somatiska slutenvården.

Nyckelord

Demenssjukdom, demens, kognitiv sjukdom, BPSD, beteendemässiga-och psykologiska symtom vid demens, personcentrerad vård, barriärer, bemötande, omvårdnad

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt
reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Demens.....	3
Personer med demenssjukdom inom somatisk slutenvård.....	5
Personcentrerat förhållningssätt i vården av personer med demenssjukdom.....	7
Syfte	8
Metod	9
Urval.....	9
Datainsamling.....	9
Sökschema.....	10
Analys av data	11
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat.....	12
Organisation	12
Kunskapsbrist.....	12
Resursbrist	14
Omgivning.....	14
Olämplig vårdmiljö	15
Vårdpersonalens attityder.....	15
Omständigheter	16
Särskilt utmanande beteenden.....	16
Svårigheter att kommunicera	17
Diskussion	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat	18
Slutsats och kliniska implikationer	22
Författarnas arbetsfördelning	22
Referenser.....	23

Introduktion

Problemområde

Enligt World Health Organisation (WHO) (2017a) är det idag cirka 50 miljoner människor i världen som lever med någon form av demenssjukdom. I Sverige finns det ungefär 130 000 - 150 000 diagnostiserade med demenssjukdom och varje år beräknas cirka 25 000 svenskar insjukna. Fram till år 2050 beräknas antalet personer drabbade av demenssjukdom fördubblas (Socialstyrelsen, 2017). Idag finns en stor brist på kunskap och förståelse bland vårdpersonal kring demenssjukdom, vilket resulterar i utmaningar i att ge en god omvårdnad (WHO, 2017a). Omvårdnad ska enligt Svensk sjuksköterskeförening (SSF) (2016) utgå ifrån ett gott bemötande men flera studier visar på att vårdpersonal kan uppleva att det är svårt att bemöta och stötta personer med demenssjukdom (Turner, Eccles, Keady, Simpson, & Elvish, 2017a).

En studie av Phelan, Borson, Grothaus, Balch och Larson (2012) har visat på särskilt stora utmaningar för vårdpersonalen vid vård av personer med demenssjukdom som skrivs in på sjukhus och därmed hamnar inom den somatiska slutenvården. Samtidigt är det vanligt att personer med demenssjukdom någon gång under sin sjukdomstid vårdas på sjukhus (ibid.). Till vår kännedom finns det emellertid endast ett fåtal studier som fokuserar på hur sjuksköterskor på bästa sätt kan bemöta personer med demenssjukdom i sjukhusmiljöer.

Genom att sammanställa de studier som finns så kan barriärer för ett gott bemötande inom den somatiska slutenvården identifieras. Detta i sin tur kan bidra till ökad kunskap och förståelse samt ge stöd åt sjuksköterskor och övrig vårdpersonal inom den somatiska slutenvården

Bakgrund

Demens

Demenssjukdomar är vanliga och varje år insjuknar cirka tio miljoner människor i någon form av demenssjukdom i världen. Det betyder att ett nytt insjuknande sker var tredje sekund (WHO, 2017b). Det finns flera riskfaktorer för att drabbas av demenssjukdom men den absolut största är hög ålder (ibid.). Demensbegreppet innefattar ett flertal olika demensdiagnoser (ibid.) men kan på en övergripande nivå sammanfattas som en försämring av mentala funktioner i kognitiva, affektiva och konativa aspekter (Kolb & Whishaw, 2014). Demenssjukdomarna kan även delas in i degenerativa och icke degenerativa demenssjukdomar. De icke degenerativa orsakas av yttre faktorer och uppstår oftast sekundärt till andra sjukdomar eller problematik, exempelvis kardiovaskulära sjukdomar, missbruksproblematik eller trauma. De degenerativa är primära och har ofta en genetisk grund (Kolb & Whishaw, 2014). WHO (2017a) definierar demenssjukdom som försämring av minne och tankekapacitet, beteendeförändringar samt försämrade förmåga att utföra vardagliga aktiviteter. De olika typerna av demenssjukdomar påverkar dock olika delar av hjärnan och ger således olika symtombilder (Basun, 2004).

Inom de degenerativa och icke degenerativa sjukdomarna finns ett flertal specifika diagnoser. Alzheimers sjukdom är den vanligaste och den utgör 60–70 procent av fallen (WHO, 2017b) och ingår i gruppen degenerativa demenssjukdomar (Kolb & Whishaw, 2014). Orsaken till Alzheimers sjukdom är att nervceller dör, men anledningen till celldöden är ännu inte klarlagd (ibid.). Vid Alzheimers sjukdom uppstår två huvudsakliga förändringar i hjärnan. Den ena är förlust av kolinergiska nerver i den främre delen av hjärnan och den andra är att det bildas plack i hjärnbarken (ibid.). Sjukdomen har ett långsamt förlopp vilket gör att den kan vara svår att upptäcka tidigt och den faktiska sjukdomsdebuten är ofta svår att fastställa (ibid.).

Andra typer av vanligt förekommande demensdiagnoser är vaskulär demens, frontotemporal demens samt Lewy-Body demens (WHO, 2017b). Vaskulär demens uppstår på grund av förändringar i hjärnans blodkärl, som till exempel arterioskleros eller inflammationer, vilka kan orsaka ischemiska skador (Wahlund, 2004). Därmed klassas denna sjukdom som en icke degenerativ demenssjukdom. Oftast sker insjuknandet plötsligt då en vanlig orsak till sjukdomen är stroke eller en transitorisk ischemisk attack (TIA). Detta resulterar i att

sjukdomen kan uppstå vart som helst i hjärnan (Kolb & Whishaw, 2014), vilket också gör att symtombilden kan variera. Förloppet är ofta mer ojämnt än vid Alzheimers sjukdom och symtomen kommer ofta i skov (ibid.). Frontotemporal demens innefattar ett antal degenerativa demenssjukdomar som patologiskt och kliniskt liknar varandra men gemensamt för dessa är att sjukdomen ofta innebär en atrofi av hjärnans frontallob eller temporallober (Gustafson, 2004). De tidiga symtomen vid frontotemporal demens syns oftast tidigt, inte sällan redan i yrkesverksam ålder. Sjukdomen utvecklas normalt långsamt och debuten kommer vanligtvis smygande. Den tidiga symtombilden består vanligtvis av personlighets- och beteendeförändringar, samt affektiva symtom och afasi (ibid.). Andra symtom relaterat till sjukdomen kan vara försämringar av minnesfunktioner och koncentrationsförmågan, dock är dessa försämringar sällan lika påtagliga som vid Alzheimers sjukdom (ibid.). Lewy-Body demens är en degenerativ demenssjukdom som på många sätt skiljer sig från andra demenssjukdomar då den vanligen debuterar längre bak i hjärnan och därför en stor påverkan på synsinnet och hallucinationer är ett typiskt symtom på sjukdomen (Fahlander, Karlsson & Vikström, 2009). Vissa likheter i symtombilden för Lewy-Body demens finns dock vanligtvis med både Alzheimers sjukdom och Parkinson sjukdom då Lewy-Body demens ofta innebär såväl kognitiva symtom, som vid Alzheimers, samt motoriska symtom som stelhet och skakningar vilka vid Parkinson (ibid.).

Det kan vara svårt att kliniskt särskilja de olika demensdiagnoserna från varandra och komorbiditet är vanligt vid alla typer av demenssjukdom (WHO, 2017b). Oavsett vilken diagnos personen har så innebär demenssjukdomen ofta stora psykiska påfrestningar för personen och dennes närstående. Den ställer också stora krav på personerna som vårdar och omvårdnaden av personer med demens kan vara utmanande (WHO, 2017a). Att drabbas av demenssjukdom innebär en stor funktionsnedsättning samt nedsatt möjlighet att behålla rutiner och aktiviteter i det vardagliga livet (Fahlander et al., 2009). Det är också vanligt att personer med demenssjukdom har svårt att kommunicera (Hallberg, 2011). Dessa svårigheter resulterar i att personen med demenssjukdom får ett ökat beroende av hjälp och stöd (Fahlander et al., 2009). Symtombilden och svårigheterna ovan upplevs ofta som frustrerande för både personen och dennes omgivning såsom anhöriga och vårdpersonal (Hallberg, 2011). Personer med demenssjukdom har därmed ett stort omvårdnadsbehov som relaterar till biologiska, psykologiska och sociala faktorer.

Hos personer med demenssjukdom är det vanligt med så kallade beteendemässiga och psykologiska symtom vid demens (BPSD). BPSD karaktäriseras av icke diagnosspecifika symtom som nedstämdhet, agitation, hallucinationer, konfusion och vandringbeteende (Skovdahl & Kihlgren, 2011). Forskningar har visat att upp till 90 procent av personer med demenssjukdom har någon form av BPSD jämfört med 38 procent bland den generella populationen (Hessler et al., 2017). Kar (2014) betonar att BPSD är en av de primära anledningarna till att personer med demenssjukdom kommer i kontakt med den somatiska slutenvården. Det har visat sig att BPSD innebär stora utmaningar för vårdpersonalen (Hessler et al., 2017) och det är vanligare att personer med BPSD utsätts för begränsningar i form av bland annat fysiska restriktioner och övermedicinering, jämfört med personer utan demenssjukdom (Kar, 2014).

Omfattningen av BPSD påverkas av såväl av demenssjukdomens svårighetsgrad som komorbiditet och miljön som personen befinner sig i (Kar, 2014.). En svensk studie av Wijk (2011) visade att personer med demenssjukdom som vårdades i miljöer som kännetecknades av stora opersonliga ytor med få eller inga orienteringspunkter hade svårare grad av BPSD. Däremot visade det sig också att miljöer såsom trädgårdar och utsikt mot naturen hade en lugnande effekt på personerna (ibid.). Därmed kan vårdmiljön betraktas som mycket viktig för att ge personer med demenssjukdom goda förutsättningar för en god omvårdnad. Det har även påtalats att omvårdnaden av personer med demenssjukdom ska fokusera på faktorer som går att påverka. Vårdmiljön är ett exempel på påverkbara faktorer, såväl som ett gott bemötande och ett personcentrerat förhållningssätt (ibid.).

Personer med demenssjukdom inom somatisk slutenvård

Det är vanligt att personer med demenssjukdom vårdas på sjukhus och det ställer höga krav på vårdpersonalens kunskap och förhållningssätt. En litteraturöversikt av Turner et al., (2017a) visade att uppemot 25 procent av patienterna inom somatisk slutenvård har en demenssjukdom och att 97 procent av vårdpersonalen har vårdat personer med demenssjukdom. Forskning har visat att det också är vanligt att personer med demenssjukdom ofta har upprepade sjukhusvistelser. En amerikansk studie (Phelan et al., 2012) som följde 494 personer med demenssjukdom under en åtta års period visade att 86 procent av de som hade en demenssjukdom hade vårdats på sjukhus och 53 procent hade vårdats mer än tre gånger.

I en litteraturoversikt av Dewing och Dijk (2016) framkom det att äldre personer med demenssjukdom generellt har minst tre fysiska sjukdomar som kommer att behöva sjukhusvård någon gång under sjukdomsförloppet, detta gäller oavsett vilken typ av demens som personen är drabbad av. Samtidigt betonar Wimo (2014) att antalet personer med demenssjukdom inom den somatiska slutenvården troligtvis är underskattat. Dewing och Dijk (2016) uppmärksammar även att vård inom somatisk slutenvård för personer med demenssjukdom ofta innebär långa sjukhusvistelser, högre risk för fall, undernäring, dehydrering, depression och död, samt ett ökat beroende av vårdpersonal. Demenssjukdom i sig innebär en försämring i att hantera olika intryck och situationer. Det medför bland annat att dessa personer upplever sin omgivning som mer stressfylld (Kar, 2014). När personer med demenssjukdom vårdas i den somatiska slutenvården kan det innebära att de utsätts för en extra stor stress eftersom de förutom sin försämrade hanteringsförmåga också befinner sig i en miljö som präglas av stress (ibid.). Det innebär att det är viktigt att omvårdnaden grundar sig i den individuella personens behov såväl som ett gott bemötande (Ekman et al., 2011).

WHO (2017b) har påtalat att det finns flera utmaningar i att ge personer med demenssjukdom en god omvårdnad och ett gott bemötande. Hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för självbestämmande och integritet (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], SFS 2017:30, 5 kap 1 §) och personer som vårdas har även rätt till ett gott bemötande (SSF, 2014). SSF (2016) betonar att sjuksköterskan ska sträva mot att bedriva en omvårdnad som innehar ett balanserat maktförhållande i vårdrelationen genom att patienten är delaktig och bemötandet baseras på respekt för personen. Kihlgren (2011) har framhävt att det kan vara svårt för vårdpersonal att leva upp till lagar och riktlinjer vid vård av personer med demenssjukdom inom somatisk slutenvård. Det kan bero på att vårdpersonalen har en bristande kunskap om och förståelse för demenssjukdomen men också på negativa attityder och stigmatisering av personer med demenssjukdom som uppstår till följd av detta (WHO, 2017b). Resultaten från studien av Dewing och Dijk (2016) visade att vårdpersonal ofta såg personer med demenssjukdom som en risk för säkerheten på avdelningen till följd av den förvirring och desorientering som är starkt kopplad till demensdiagnosen. Detta kan leda till ett dåligt bemötande av personerna och att deras behov och välbefinnande inte tillgodoses (ibid.). Det försvårar möjligheterna för ett gott bemötande och är inte i linje med sjuksköterskans etiska kod som förespråkar en jämställd, individanpassad och personcentrerad vård (SSF, 2017; Edvardsson, 2010).

Personcentrerat förhållningssätt i vården av personer med demenssjukdom

Ett gott bemötande av personer med demenssjukdom bygger på att vården är personcentrerad (Socialstyrelsen, 2017). Personcentrerad vård kan ses som såväl ett förhållningssätt som ett arbetssätt och betraktas som en av sjuksköterskans kärnkompetenser (SSF, 2017). Det är sjuksköterskans ansvar att se till att vården planeras och genomförs på ett personcentrerat sätt och att såväl patientens, som närståendes integritet och värdighet bevaras genom hela vårdprocessen (ibid.). Personcentrerad vård innebär att utföra en vård som är etiskt god och som har en humanistisk utgångspunkt (Edvardsson, 2010). Det betyder att personen ska stå i centrum och vara inkluderad i hela vårdprocessen och alla vårdbeslut (ibid.). Likväl bör omvårdnaden och vårdmiljön göras så personlig som möjligt med personens upplevelse av sin verklighet som utgångspunkt (Edberg, 2011). I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017) påtalas det att personcentrerad omvårdnad förutsätter att vårdpersonalen vid alla möten sätter personen i centrum och inte fokuserar på demenssjukdomen som sådan. Även SSF (2016) betonar vikten av att patienten betraktas som en person som råkat ut för ohälsa och inte en person som är sin sjukdom eller sitt symptom.

Edvardsson (2010) har formulerat sex stycken viktiga hållpunkter för att möjliggöra en personcentrerad vård för personer med demenssjukdom. Dessa är, att se till personligheten hos demenssjuka personer som något som är dolt, inte något som är förlorat; att erkänna personligheten hos personer med demenssjukdom i alla aspekter av vården; att se till att omgivningen och vården är personlig; att erbjuda delaktighet i beslut; att tolka beteenden utifrån personen med demenssjukdoms perspektiv; att prioritera relationen i lika stor utsträckning som de omvårdnadsåtgärder som ska utföras.

Ekman, Swedberg och Taft et.al. (2011) har påtalat att personcentrerad vård består av tre komponenter: patientens livsberättelse, ett partnerskap mellan vårdgivare och vårdtagare samt dokumentation. Att ta reda på patientens livsberättelse är centralt i personcentrerad vård och genom den identifieras mänskliga resurser och möjligheter som kan vara till hjälp vid grundandet av en plan och ett partnerskap. Partnerskapet och relationen mellan patienten och den professionella byggs på ömsesidig respekt samt förståelse för självsäkerheten och viljan hos patienten (Ekman, Norberg, & Swedberg, 2014). Dokumentationen kan bidra till såväl värdefull information som att hjälpa till att bibehålla en kontinuitet och transparens av partnerskapet (Ekman et. al., 2011).

Personcentrerad vård kan betraktas som en kompetens som baseras på sjuksköterskans kunskaper, värderingar, omdöme, färdigheter och attityder (McCormack och McCance, 2010). Studier har dock visat att den personcentrerade vården inte alltid appliceras vid vård av personer med demenssjukdom inom den somatiska slutenvården (Dewing & Dijk, 2016; Edvardsson, 2008; Edberg, 2011). Ett hinder för att utforma en personcentrerad vård kan vara de svårigheter som finns i att etablera en relation med personen och på så vis ta del av personens tankar, känslor och preferenser särskilt eftersom det ofta uppstår möten mellan sjuksköterskan och vårdtagaren där dessa parter inte förstår varandra (Hallberg, 2011). Det finns många anledningar till varför det personcentrerade bemötandet riskerar att brista i vården av personer med demenssjukdom och en bidragande orsak är attityder (McCormack & McCance, 2010). Tornstam (2011) belyser att negativa attityder kan vara en barriär för att kunna säkerställa det personcentrerade förhållningssättet och därmed även det goda bemötande. Attityder, enligt Tornstam, består av tre delar: Den första är kunskap, det vill säga vilka föreställningar eller vanföreställningar som finns gentemot en specifik företeelse. Den andra är känslor som ligger till grund för en positiv eller negativ syn på en företeelse. Den tredje är handlingen som sker då personen konfronteras med det så kallade attitydobjektet (ibid.).

Det goda bemötande kan, enligt Tornstams beskrivningar, grundas i vårdpersonalens attityder, kunskap och känslomässiga inställning till personerna de vårdar och diagnoserna de bär med sig (Tornstam, 2011). Det är därför viktigt att skapa en djupare förståelse för mekanismerna bakom demenssjukdomen och personens perspektiv av den (Edberg, 2011), samt för vilka barriärer som finns för ett gott bemötande av dessa personer. Idag finns få studier som belyser och beskriver dessa barriärer. Denna studie syftar till att sammanställa de studier som finns inom ämnet för att på så vis öka vetskapen och förståelsen för de barriärer som finns och därmed öka möjligheterna för att personer med demenssjukdom bemöts på ett gott sätt inom den somatiska slutenvården.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva barriärer för ett gott bemötande vid omvårdnaden av personer med demenssjukdom inom somatisk slutenvård.

Metod

Uppsatsen genomfördes som en litteraturstudie (Kristensson, 2014). Sammanställning av resultatet baseras på resultat från såväl kvalitativa som kvantitativa vetenskapliga studier som valts utifrån resultatens relevans till studiens syfte. Detta för ta tillvara på så många synsätt och perspektiv på möjligt.

Urval

Urvalet omfattade tio vetenskapliga artiklar. De söktes fram i databaserna PubMed och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Artiklar som inkluderades var skrivna på engelska eller svenska, publicerade mellan åren 2000–2018, med ett tydligt fokus på demensvård och/eller BPSD inom den somatiska slutenvården, samt var etiskt granskade och godkända eller innehöll en stark motivation gällande etisk försvarbarhet. Artiklar med fokus på demensvård på avdelningar specialiserade på demenssjukdom eller inom andra verksamheter än den somatiska slutenvården eller var utförda innan år 2000 exkluderades. Fokus låg på artiklar som behandlade sjuksköterskans perspektiv men då dessa var få inkluderades även de som utgick från annan vårdpersonals perspektiv. Sjuksköterskans roll hölls så långt som möjligt i centrum. En artikel som beskrev sjuksköterskestudenters upplevelser av vårdpersonalens handlingar i olika situationer inkluderades. Detta för att ge en bredare syn på de barriärer som identifierades.

Datainsamling

Sökningen i PubMed gjordes genom att kombinera söktermerna: *BPSD, Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, Dementia, Somatic Care, General Hospital, Hospitals [Mesh], Hospitalized, Inpatient, Professional-Patient Relation [Mesh], Attitude of Health Personnel [Mesh]* (Tabell 1). För att finna användbara termer för bemötande och attityder kopplat till ovan nämnda nyckelbegrepp (kommer senare) för barriärer vid personcentrerad vård användes Karolinska Institutets sammanställning av MeSH-termer för upplevelser och bemötande (Karolinska Institutet, 2013) (Se #4, Tabell 1.). I CINAHL användes söktermerna: *dementia, dementia care, dementia patients, BPSD, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia, Patient-centered care, Patient centered care,*

Professional-Patient Relation, Attitude of Health Personnel, Somatic Care, General Hospital, Inpatient, Hospitalized. En bibliotekarie konsulterades innan sökningen påbörjades för att optimera söktermerna till båda databaserna.

Inkluderade studier valdes ut i fyra steg. I det första steget valdes de artiklar vars titlar korrelerar med studiens syfte valts ut för genomläsning av respektive abstrakt. I det andra steget skedde en genomläsning av abstrakt där de studier som uppfyller inklusionskriterierna valdes ut för steg tre, genomläsning i fulltext. Valda artiklar kvalitetsgranskades sedan i det fjärde steget utefter Joanna Briggs Institutes granskningsmallar (2018) där mallar valts utifrån respektive studies uppbyggnad. Fyra studier granskades med Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (Hong et al., 2018) då denna mall ansågs bäst anpassad för studiernas design.

Sökschema

Tabell 1: Sökschema för sökningar gjorda i PubMed

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval efter Titel	Urval efter Abstrakt	Urval efter Fulltext	Urval efter Kvalitetsgranskning	Valda
PubMed							
#1	(BPSD) OR (Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia) OR (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) OR (Dementia)	151634					
#2	("Hospitals"[Mesh]) OR ("Hospitals, General"[Mesh]) OR (somatic care) OR (hospitalized) OR (inpatient) NOT ("Nursing Homes"[Mesh])	356855					
#4	("Professional-Patient Relation" [Mesh] OR "Attitude of Health Personnel" [Mesh])	262590					
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	116					
#6	#5 (Publication date from 2000 to 2018; English; Swedish)	73	29	21	7	7	6

Tabell 2: Sökschema för sökningar gjorda i CINAHL

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval efter Titel	Urval efter Abstrakt	Urval efter Fulltext	Urval efter Kvalitetsgranskade	Valda
CINAHL							
#1	(dementia) OR (dementia care OR (dementia patients)	51607					
#2	(hospitals) OR (somatic care) OR (general hospital) OR (inpatients) OR (Hospitalized)	461608					
#3	(Patient centered care) OR (Patient-centered care)	30866					
#4	#1 AND #2 AND #3 NOT Nursing Homes	152					
#5	#4 (Publication date from 2000 to 2018; English Language; Exclude MEDLINE records)	84	28	15	7	5	4

CINAHL=Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

Analys av data

Valda studier analyserades genom en så kallad integrerad analys (Kristensson, 2014). Studierna lästes och övergripande likheter och skillnader identifierades utifrån föreliggande studies syfte. Därefter grupperades den data som hade något gemensamt och övergripande kategorier identifierades. Därefter identifierades subkategorier för vardera kategori utifrån de barriärer som omnämns i valda studier och de subkategorier som nämndes i tre eller fler studier inkluderades i resultatet medan övriga sorterades bort. Detta för att belysa de barriärer som enligt insamlad data betraktas som de största. Analysen genomfördes med en induktiv ansats (ibid.). Valda artiklar lästes och analyserades separat av författarna för att sedan diskuteras till konsensus nåddes. Detta för att säkerställa att ingen relevant data gick förlorad genom olika tolkningar av artiklarnas resultat.

Forskningsetiska avvägningar

Inom forskningsetiken finns fyra centrala principer, dessa är autonomiprincipen, nyttoprincipen, icke skada-principen samt rättvisepincipen. Kristensson (2014) beskriver

dessa som att forskning bland annat ska genomföras med respekt för personens autonomi och på deltagarnas villkor samt att dessa ska behandlas med rättvisa (ibid.). Artiklar som används i denna studie har granskats för att kontrollera att de blivit etiskt granskade och godkända innan publikation. Dessa avvägningar har inte applicerats på den meta-syntetiska studien som är inkluderad i resultatet då denna endast sammanställer tidigare resultat och därmed inte direkt exponerar den sårbara gruppen. Även om denna studie utgår främst från sjuksköterskans perspektiv, är patientperspektivet gällande etik en viktig aspekt att beakta. Detta då patientperspektivet i denna studie utgår från personer med demenssjukdom, vilket innebär stora krav på forskningsetiken då denna grupp klassas som en sårbar grupp då sjukdomen eventuellt påverkar deras möjlighet till informerat samtycke (Polit & Beck, 2018).

Resultat

Resultatet baserades på tio studier där en var från Belgien, två var från USA, tre var från Australien och fyra var från Storbritannien. En av studierna var en metasyntes. Analys av data visade att barriärer för ett gott bemötande av personer med demenssjukdom inom den somatiska slutenvården grundades i tre övergripande kategorier: *Organisation*, *Omgivning* och *Omständigheter*. Varje kategori bestod av ett antal subkategorier som representerade olika typer av barriärer (Fig 1.) som presenteras i större detalj nedan.

Organisation

Resultatet visade att organisationen hade en stor påverkan på hur personer med demenssjukdom bemöttes i den somatiska slutenvården. De främsta barriärerna som identifierades var *kunskapsbrist* samt *resursbrist*.

Kunskapsbrist

Flera studier visade att kunskap om personen med demenssjukdom var viktigt för att genomföra en god omvårdnad och för att kunna ge ett personcentrerat bemötande (Baillie, Cox & Merritt, 2012; Jones, Borbasi, Nankivell & Lockwood, 2006; Yevchak et al., 2017). Likaså var kunskapen viktig för att skapa en förståelse för personens behov och symtom (Baillie et al., 2012; Borbasi, Jones, Lockwood & Emden, 2006; Galvin et al., 2010; Inkley &



Figur1. Schematisk bild av identifierade barriärer.

Goldberg, 2015; Jones et al., 2006; Tropea, LoGiudice, Liew, Roberts & Brand, 2016; Yevchak et al., 2017; Turner, Eccles, Elvish, Simpson & Keady, 2017b). Flera studier visade att vårdpersonalen ofta saknade kunskap och förståelse vilket påverkade deras förutsättningar för att ge ett gott bemötande. Det kunde handla om vårdpersonal som bedömde sin egen kunskap om symtombilden som låg, att de saknade adekvat utbildning eller om studenter som bedömde att personal inte verkade veta hur de skulle bemöta personerna med demenssjukdom. Däremot visade det sig också att tillgången på utbildning var bristande och i studien av Tropea et al., (2016) uppgav 50 procent av deltagarna att möjligheterna att få utbildning var låg eller mycket låg.

Det framkom även att vårdpersonal som upplevde bristande kunskap kände sig mindre självsäkra och mer frustrerade i mötet med personer som hade en demenssjukdom (Elvish et al., 2013; Galvin et al., 2010; Inkley & Goldberg, 2015; Turner et al., 2017b). I en studie visade resultatet att endast 13 procent av deltagarna (n=115) kände en hög självsäkerhet i mötet med dessa personer och 10 procent skattade sin kunskap om demenssjukdom som god (Elvish et al., 2013).

Resursbrist

Brist på resurser hade en betydande påverkan på hur personer med demenssjukdom blev bemötta inom den somatiska slutenvården. Det berodde främst på tidsbrist och personalbrist (Jones et al., 2006; Tropea et al. 2016; Turner et al., 2017b) men också på bristande tillgång till utrustning, specialistutbildad personal och expertkunskap (Jones et al. 2006; Tropea et al., 2016). Detta framkom bland annat i studien av Tropea et al., (2016) (n=79) där bristen på personal (25%), bristen på tid (18%) och bristande ekonomiska resurser (20%) lyftes fram som de största barriärerna för ett gott bemötande. I en studie framkom det att vårdpersonalen ansåg att personal som var anställd särskilt för att "vaka" över personer med demenssjukdom skulle vara en stor tillgång (Jones et al., 2006). Samtidigt var det inte enbart bristen på antalet anställda som lyftes fram som en barriär, utan även tillgången till personal med expertkompetens (Jones et al., 2006; Tropea et al. 2016). Bland annat visade en studie att 80 procent av deltagarna (n =112) ansåg att tillgången till expertis var bristande (Tropea et al., 2016).

Personer med demenssjukdom krävde mer tid av vårdpersonalen, framförallt i den basala omvårdnaden (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006; Galvin et al., 2010; Jones et al., 2006; Turner et al., 2017b). Detta kunde leda till att det inte fanns tid över för vårdpersonalen att bygga en relation med personen eller sätta sig in i dennes bakgrundshistoria (Jones et al, 2006; Turner et al. 2017b). Detta kunde även leda till sämre förutsättningar för ett gott bemötande (Jones et al., 2006; Tropea et al., 2016; Yevchak et al., 2017) och en högre risk att personens individuella omvårdnadsbehov prioriterades bort eller helt ignorerades till följd av att vårdpersonalen blev frustrerade när det kände att de trots ambitioner inte kunde tillfredsställa dessa behov (Baillie et al., 2012; Turner et al., 2017b).

Omgivning

Resultatet visade att både den fysiska och den sociala omgivningen i den somatiska slutenvården påverkade möjligheterna för ett gott bemötande av personer med demenssjukdom. Barriärer som identifierades i analysen var: *olämplig vårdmiljö* och *vårdpersonalens attityder*.

Olämplig vårdmiljö

Miljön inom den somatiska slutenvården visade sig sällan vara anpassad för den typ av behov som personer med demenssjukdom har och de utmanande beteenden som var kopplade till olika symtom (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006; Inkley & Goldberg et al., 2015; Jones et al., 2006; Tropea et al., 2016; Turner et al., 2017b; Yevchak et al., 2017). I en studie uppgav upp emot 70 procent av deltagarna (n=79) att vårdmiljön var en barriär för ett gott bemötande och 90 procent (n=112) att miljön på deras arbetsplats försämrade förutsättningarna för en god omvårdnad (Tropea et al., 2016).

Flera studier visade att ökad risk för desorientering kunde bero på att miljön inom den somatiska slutenvården var opersonlig med till exempel långa korridorer som ökade risken för desorientering (Borbasi et al., 2006; Jones et al., 2006; Turner et al., 2017b). De obekanta miljöerna skapade även frustration och oro för personerna med demenssjukdom (Borbasi et al., 2006; Inkley & Goldberg, 2015; Jones et al., 2006). Vetskapen om detta resulterade i att vårdpersonal kunde känna rädsla i mötet med personer med demenssjukdom vilket kunde leda till att personalen tog avstånd (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006; Jones et al., 2006) och oftare tog till metoder såsom fysiska tvångsrestriktioner (Jones et al., 2006).

Vårdpersonalens attityder

En framträdande barriär visade sig vara attityder. Bland annat lyfte sjuksköterskestudenter i en studie att vårdpersonalen ofta hade en uppfattning om att personer med demenssjukdom inte alls borde vistas i sjukhusmiljöer eftersom de ansåg att *“de [personer med demenssjukdom] är bara i vägen, det finns patienter med mer kritiska tillstånd.”* (Baillie et al., 2012, s. 35). I en belgisk studie av Bryon, Dierckx De Casterlé & Gastmas (2012) intervjuades sjuksköterskor om hur vårdpersonal bemöter personer med demenssjukdom vid användandet av tvångsrestriktioner. Resultatet visade att det etiska förhållningssättet ofta brast och att personernas autonomi och värdighet inte respekterades.

Flera studier visade på att vårdpersonal ofta hade förutfattade meningar om personer med demenssjukdom, vilket riskerade att leda till minskade möjligheter för ett gott och personcentrerat bemötande (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006; Turner et al., 2017b). En studie visade bland annat på hur den personcentrerade vården ofta brast till följd av att

personen inte gavs möjlighet att vara delaktig i sin vård eftersom vårdpersonalen ibland inte trodde att personen hade förmåga att fatta egna beslut (Yevchak et al., 2017). Sjuksköterskestudenter i en studie berättade att vårdpersonal ibland behandlade personerna "som andra klassens medborgare" (Baillie et al., 2012, s. 35) och en annan studie belyste att personer med demenssjukdom ofta betraktades som några som krävde mycket tid när vårdpersonal hade andra prioriteringar (Borbasi et al., 2006).

Vårdpersonal beskrev ofta personer med demenssjukdom utifrån deras symtom eller utmanande beteenden (Borbasi et al., 2006), något som kunde resultera i att de stereotypiserades (Baillie et al., 2012; Turner et al., 2017b). Att "märka" personerna utifrån deras symtom och beteende befästs lätt i kulturen på en vårdavdelning, något som i stor grad påverkade hur vårdpersonal betraktade och bemötte dem (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006; Turner et al., 2017b). Vårdpersonalen hade ibland svårt att acceptera personer med demenssjukdom på grund av ett förutfattat antagande att de medförde en ökad arbetsbelastning och krävde för mycket tid (Baillie et al., 2012).

Omständigheter

Resultatet visade att omständigheterna kring sjukvården och personen kan skapa barriärer för ett gott bemötande av personer med demenssjukdom i den somatiska slutenvården. Dessa barriärer identifierades som subkategorierna: *särskilt utmanande beteende* samt *svårigheter att kommunicera*.

Särskilt utmanande beteenden

Vårdpersonal inom den somatiska slutenvården upplevde ofta personer med demenssjukdom som svårhanterliga till följd av utmanande beteenden (Baillie et al., 2012; Inkley & Goldberg., 2015; Jones et al., 2006) såsom aggression, verbal agitation, konfusion och vandringsbeteende. Ett flertal studier visade att personer som uppvisade den här typen av beteenden ofta betraktades som extra utmanande samt energi- och tidskrävande av vårdpersonalen (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006; Jones et al., 2006; Turner et al., 2017b), vilket kunde leda till distanstagande och objektifiering av personen med demenssjukdom (Borbasi et al., 2006; Inkley & Goldberg, 2015). Risken var då att vårdpersonalen i större utsträckning använde sig av någon form av tvångsrestriktioner, vilka kunde vara medicinska eller fysiska (Baillie et al., 2012; Jones et al., 2006).

Vårdpersonalen uttryckte även svårigheter i att resonera med och bemöta personer till följd de utmanande beteenden som de uppvisade. Detta speciellt vid vissa typer av beteende. Aggression och våldsamt beteende var något som ansågs vara extra utmanande (Baillie et al., 2012; Jones et al., 2006; Turner et al., 2017b) I en studie lyfte vårdpersonalen några särskilt utmanande situationer kopplat till dessa beteenden, bland annat beskrev en sjuksköterska att *“de [personer med demenssjukdom] kan ha en tendens att vara aggressiva och slåss, sparkas och till och med bitas”* (Jones et al., 2006, s. 107).

Flera studier uppmärksammade verbal agitation som ett särskilt utmanande beteende (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006; Inkley & Goldberg, 2015; Jones et al., 2006; Tropea et al., 2016). Inkley och Goldberg (2015) undersökte förekomsten av verbal agitation inom den somatiska slutenvården under en tvåveckorsperiod och fann att närmare 30 procent av patienterna som observerades (n=223) var verbalt agiterade 29 procent av perioden som undersöktes, samt att sex procent av patienterna var verbalt agiterade under hela undersökningsperioden. Vandringbeteende var också något som betonades som särskilt utmanande (Baillie et al., 2012; Jones et al., 2006) och till följd av omgivningarna inom den somatiska slutenvården kunde detta förstärkas hos personer med demenssjukdom (Turner et al., 2017b). Miljöerna skildrades ofta som högljudda och präglade av stress (ibid.). Det kunde vara svårt att tillhandahålla en säker miljö för de som uppvisade vandringsbeteende då de riskerade att vandra till miljöer som innebar risker för deras säkerhet (Baillie et al; Borbasi et al., 2006; Jones et al., 2006). Detta kunde upplevas som mycket stressande och frustrerande för vårdpersonalen (Jones et al. (2006). Flera studier visade även att konfusion hos personer med demenssjukdom var en stor barriär för ett gott bemötande (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006; Galvin et al., 2010., Yevchak et al., 2017). Det framfördes att anledningen till att bemötande brast kunde vara vårdpersonalens bristande kunskap i att hantera den här typen av beteenden (Baillie et al., 2012; Inkley & Goldberg, 2015; Jones et al., 2006; Tropea et al., 2016; Yevchak et al., 2017).

Svårigheter att kommunicera

Det var inte ovanligt att möten uppstod mellan vårdpersonal och personer med demenssjukdom där de båda parterna upplevde svårigheter att förstå varandra (Baillie et al., 2012; Galvin et al., 2010; Turner et al., 2017b). Detta kunde bland annat grundas i att

vårdpersonalen hade olika uppfattningar om hur man bäst kommunicerar i sådana situationer (Baillie et al., 2012), vilket kunde leda till osäkerhet (Turner et al., 2017b).

När kommunikationen brast uppstod ofta missförstånd mellan personen och vårdpersonalen och detta kunde leda till frustration hos båda parter (Turner et al., 2017b; Inkley & Goldberg 2015). Den reducerade förmågan att kommunicera med vårdpersonalen resulterade även i att personen med demenssjukdom uppvisade utmanande beteenden såsom verbal agitation och aggressivitet (Inkley & Goldberg, 2015). Svårigheterna för vårdpersonalen att tolka dessa beteenden och förstå personens försök att kommunicera visade sig vara en av de största anledningarna till att vårdpersonalen kände sig frustrerade i dessa situationer. Detta då det resulterade i att personalen tvingades utföra sitt yrkesutövande baserat på gissningar (Turner et al., 2017b). När förmågan till god kommunikation brast uttryckte vårdpersonalen en känsla av otillräcklighet vilket kunde påverka deras möjligheter att bemöta dessa personer på ett gott sätt (ibid.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

För att identifiera barriärer för ett gott bemötande av personer med demenssjukdom inom den somatiska slutenvården genomfördes en litteraturstudie med induktiv ansats för att sammanställa fakta från tidigare utförda studier. Kristensson (2014) rekommenderar att minst två olika databaser används för att få en så heltäckande bild som möjligt. För att finna relevant data användes databaserna PubMed och CINAHL och sökningen genomfördes med hjälp av MeSH-termer och fritext. Då dessa sökningar resulterade i ett tillfredställande antal artiklar med relevant fakta gjordes ingen ytterligare sökning i andra databaser. Inklusionskriterierna som användes var att studierna skulle vara skrivna på engelska eller svenska, vara publicerade mellan åren 2000-2018 samt ha ett tydligt fokus på demensvård och/eller BPSD inom den somatiska slutenvården. Demenssjukdom kan även benämnas som kognitiv sjukdom, dock är detta begrepp inte fullt vedertaget och därför användes endast begreppet demenssjukdom i föreliggande studie. Det breda tidsspektrumet för datainsamlingen valdes med syfte att inte gå miste om relevanta studier publicerade under

2000-talets början. Dock ansågs risken för inaktuella resultat hög om studier publicerade innan år 2000 inkluderades, detta till följd av den stora mängden ny forskning som gjorts de senaste åren. Granskningsmallar valdes utefter studiernas design, med syfte att stärka resultatet (Kristensson, 2014). Granskningsmallarna var vedertagna och väl beprövade (Joanna Briggs Institute, 2018; Hong et al., 2018) och det gör att resultatet på så vis kan anses vara tillförlitligt.

I resultatet inkluderades både kvantitativa och kvalitativa studier samt fyra studier med mixed method design. De kvalitativa studierna skapade en djupare förståelse för personalens upplevelse av att möta dessa personer i den somatiska slutenvården samt ett djupare perspektiv av identifierade barriärer. Kvantitativa data bidrog med statistik och visade tydligt på utvecklingen och nyttan av utbildning och ökad kunskap för vårdpersonal gällande bemötandet av personer med demenssjukdom. Genom att inkludera olika typer av studier belystes syftet utifrån olika vetenskapliga traditioner.

Då föreliggande studie syftade specifikt på vårdpersonal och personer med demenssjukdom inom den somatiska slutenvården kan överförbarheten till andra vårdinstanser och verksamheter anses som låg. Dock finns delar i resultatet som går att generalisera till bemötande av personer med demenssjukdom oavsett kontext.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet i föreliggande studie visade att det finns flera barriärer för ett gott bemötande vid vård av personer med demenssjukdom inom den somatiska slutenvården.

Några av de mest framträdande barriärerna för en gott bemötande var kopplade till bristande tillgång till personal samt bristande kunskap hos den personal som finns och det finns en organisatorisk utmaning att undanröja dessa hinder. Resultatet i denna studie visade på ett samband mellan låg kunskap och vårdpersonalens känsla av frustration, självsäkerhet och förmåga att hantera utmanande situationer. Detta då en lågt skattad kunskapsnivå ledde till en ökad risk att vårdpersonal objektifierade personerna med demenssjukdom såväl som ett ökat användande av tvångsrestriktioner (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006; Inkley & Goldberg, 2015; Jones et al., 2006).

Tillgång till utbildning för vårdpersonal är grundläggande för att säkerställa en hög kunskapsnivå och därmed en god omvårdnad och tillgången behöver vara hög såväl som kontinuerlig. Ett flertal studier visade tydligt på fördelarna med att aktivt arbeta för att överbrygga dessa barriärer eftersom vårdpersonalens kunskap och självsäkerhet förbättrades i samband med utbildning (Elvish et al., 2013; Galvin et al., 2010; Surr et al., 2015).

Personer med demenssjukdom riskerar att få ett sämre bemötande till följd av negativa attityder bland vårdpersonal. Att vårda personer med demenssjukdom framställdes i denna studie som mindre prestigefyllt än att vårda andra grupper av patienter (Turner et al., 2017b). Resultatet visade att personal ibland har förutfattade meningar om personer med demenssjukdom och deras symtom (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006), vilket kan resultera i att personer med demenssjukdom som skrivs in i den somatiska slutenvården riskerar att redan vid inskrivningen bemötas annorlunda. Både kunskap och ageranden är viktiga komponenter i attitydbegreppet (Tornstam, 2011). Tidigare forskning har visat att handledning av vårdpersonal kan vara en effektiv metod för ökad kunskap och ett förändrat handlande (Borbasi et al., 2006; Hallberg, 2011; Skovdahl & Kihlgren, 2011). Trots hög efterfrågan från vårdpersonal har tillgången till handledning och utbildning visat sig vara låg inom ett flertal organisationer (Kihlgren, 2011; Skovdahl & Kihlgren, 2011). En anledning som har lyfts fram är att ledare inom sjukvården inte alltid anser att det finns tid för vårdpersonalen att genomgå nödvändig utbildning (Baillie et al., 2012; Jones et al., 2006). Det finns emellertid flera studier (Baillie et al., 2012; Edberg, 2011; Jones et al., 2006) som visat att vården av personer med demenssjukdom kan effektiviseras, och på så vis frigöra tid för vårdpersonalen. Exempel på detta kan vara en mindre rutinbaserad omvårdnad och ett mer individanpassat förhållningssätt (Edberg, 2011) samt att vårdpersonalen utnyttjar den tid som används för att utföra basala omvårdnadsåtgärder till att också samtala och bygga en relation till personen med demenssjukdom (Baillie et al., 2012; Jones et al., 2006).

Omgivningen inom den somatiska slutenvården kan i sig vara en tydlig barriär och brister i vårdmiljön framkom i samtliga inkluderade studier. Ett flertal studier (Borbasi et al., 2006; Galvin et al., 2010; Yevchak et al., 2017) har beskrivit hur vårdmiljön kan anpassas till personer med demenssjukdom utan att det krävs ökade resurser eller kostnader för verksamheten. Att synliggöra utrymmen såsom toaletter, sociala ytor, installera bra belysning samt avskärmning i öppna ytor förbättrar miljön och främjar personens förmåga att orientera sig samt minskar påverkan av en stressig miljö som kan finnas på en vårdavdelning (Wijk,

2011). Igenkänning har även visats vara en viktig faktor för att skapa en lämplig miljö, något som kan åstadkommas genom exempelvis fotografier på familj och vänner eller genom att involvera anhöriga mer i personens omvårdnad (Borbasi et al., 2006). Ett personcentrerat bemötande och en individanpassad omvårdnad har även visats bidra till en trygg och positiv miljö (Wijk, 2011).

Vårdpersonalens bristande kunskap om och förmåga att bemöta personer med demenssjukdom med BPSD visade sig också vara en betydande barriär. Specifikt beteende såsom aggression, verbal agitation, konfusion och vandringsbeteende upplevdes som svårhanterligt och krävde både tid och energi av vårdpersonalen (Baillie et al., 2012; Borbasi et al., 2006; Jones et al., 2006; Turner et al., 2017b). Resultatet i föreliggande studie visade att svårigheter att kommunicera var något som skapade frustration hos såväl vårdpersonal som personer med demenssjukdom. Det fanns olika uppfattningar hos vårdpersonalen om hur de på bästa sätt skulle kommunicera med personer med demenssjukdom (Baillie et al., 2012). Svårigheter för vårdpersonal och personer med demenssjukdom att kommunicera med varandra resulterar ofta i svårhanterliga situationer. Ökad kunskap om kommunikation kan ge möjlighet för vårdpersonal att hantera detta och på så vis öka möjligheten för ett gott bemötande i mötet med personer med demenssjukdom. Detta speciellt då forskning har visat att BPSD kan vara ett sätt att kommunicera när normala kommunikationsförmågorna sviktar (Skovdahl & Kihlgren, 2011). Ökad kunskap om BPSD och bakomliggande faktorer kan vara ett sätt att förbättra kommunikationen mellan vårdpersonal och personer med demenssjukdom. Denna kunskap kan ges i form av god kontakt med anhöriga (ibid.) såväl som genom utbildning (Galvin et al., 2010; Surr et al., 2015; Skovdahl & Kihlgren, 2011).

Idag finns en stor mängd forskning kring hur vårdpersonalen bör bemöta personer med demenssjukdom inom särskilda boenden, långtidsboenden och hemsjukvård för personer med demenssjukdom. Till vår kännedom har liknande studier inom den somatiska slutenvården inte gått att identifiera inför föreliggande studie vilket försvårar överförbarheten mellan aktuell forskning och miljöerna inom den somatiska slutenvården.

Slutsats och kliniska implikationer

Resultatet i föreliggande studie visade att det fanns ett stort behov av ökad kunskap bland vårdpersonalen. Det indikerar att ett utbildningsprogram som baseras på barriärerna som identifierats i denna studie skulle kunna vara ett sätt att förmedla kunskap till vårdpersonal. Några liknande utbildningsprogram är under utveckling och implementering (Elvish et al., 2013; Galvin et al., 2010; Surr et al., 2015) men det finns behov för vidareutveckling och bredare implementering med tydligare fokus på barriärer för ett gott bemötande. Vidare behövs mer forskning med fokus på somatisk slutenvård för att balansera resultaten från studier utförda på särskilt boende, långtidsboende eller inom hemtjänst.

Författarnas arbetsfördelning

Arbetsfördelningen mellan författarna för föreliggande studie har varit lika under arbetets gång. Vid läsning av abstrakt lästes först tio av samma abstrakt separat av författarna, efter det jämfördes urvalet för att säkerställa att det inte skiljde sig mellan författarna. När det konstaterats att författarna hade samma syn på urvalen delades resterande abstrakt upp mellan författarna. För att inte påverka varandra lästes samtliga artiklar i fulltext separat och sedan jämfördes anteckningar mellan författarna. Analysen av artiklarna gjordes gemensamt och all text är skriven av båda författarna tillsammans.

Referenser

- *Baillie, L., Cox, J., & Merritt, J. (2012). Caring for older people with dementia in hospital part one: Challenges. *Nursing Older People*, 24(8), 33-37. doi:10.7748/nop2012.10.24.8.33.c9312
- Basun, H. (2004). Klassifikation av demenssjukdomar. I G. Armanius Björilin (Red.), *Om demens* (2 uppl. s. 11–12). Stockholm: Liber.
- *Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C., & Emden, C. (2006). Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward better practice. *Geriatric Nursing*, 27(5), 300-308. doi:10.1016/j.gerinurse.2006.08.013
- *Bryon, E., Dierckx De Casterlé, B., & Gastmans, C. (2012). 'Because we see them naked' – nurses' experiences in caring for hospitalized patients with dementia: Considering artificial nutrition or hydration (anh). *Bioethics*, 26(6), 285-295. doi:10.1111/j.1467-8519.2010.01875.x
- Edberg, A. (2011). Att möta personer med demens. I A. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (2 uppl. s. 19-33). Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A. (2011). Personcentrerad Omvårdnad. I A. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (2 uppl. s. 151–168). Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsodefekter. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 29–37). Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet. Neurology*, 7(4), 362 - 367.
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrerad omvårdnad inom hälso- och sjukvården I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad omvårdnad inom hälso- och sjukvården: Från filosofi till praktik* (s. 69–96). Stockholm: Liber.
- *Elvish, R., Burrow, S., Cawley, R., Harney, K., Graham, P., Pilling, M., et al. (2014). 'Getting to know me': The development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings. *Aging & Mental Health*, 18(4), 481-488. doi:10.1080/13607863.2013.856860
- *Galvin, J., Kuntemeier, B., Al-Hammadi, N., Germino, J., Murphy-White, M., McGillick, J., (2010). "Dementia-friendly hospitals: Care not crisis" an educational program designed to improve the care of the hospitalized patient with dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 24(4). doi:10.1097/WAD.0b013e3181e9f829
- Hallberg, I. (2011). Att vara vårdare - tillfredsställelse och påfrestning. I A. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hessler, J. B., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Junge, M. N., Leonhardt, S., Weber, J., & Bickel, H. (2017). Behavioural and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: Results of the general hospital study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2017(1), 1–10. doi:10.1017/S2045796016001098

- Hong, Q. N., Pluye, P., Fábregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., ... Vedel, I., (2018). *Mixed Methods Appraisal Tool*. Hämtad 5 december, 2018, från http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf
- *Inkley, F., & Goldberg, S. (2016). Managing verbal agitation in people with dementia and delirium. *Nursing Older People*, 28(2), 33-37. doi:10.7748/nop.28.2.33.s22
- Joanna Briggs Institute (2018) *Critical Appraisal Tools*. Hämtad 14 november, 2018, från <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- *Jones, J., Borbasi, S., Nankivell, A., & Lockwood, C. (2006). Dementia related aggression in the acute sector: Is a code black really the answer? *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 21(1), 103-15. doi:10.5172/conu.2006.21.1.103
- Kar, N. (2014). Behavioral and psychological symptoms of dementia and their management. *Current Geriatrics Reports*, 3(4), 259–272. doi:10.1007/s13670-014-0099-0
- Karolinska Institutet. (2013). Termer för “Upplevelser” och “Bemötande”. Hämtad 26 april, 2018, från Karolinska Institutet, https://kib.ki.se/sites/default/files/upplevelsebegrepp_2013.pdf
- Kihlgren, M. (2011). Integritet - en värdegrund i demensvård. I A. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (2 uppl. s.169–187). Lund: Studentlitteratur.
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2014). *An introduction to brain and behavior* (4 uppl.). New York: Worth
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso-och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Phelan, E. A., Borson, S., Grothaus, L., Balch, S., & Larson, E. B. (2012). Association of incident dementia with hospitalizations. *Jama*, 307(2), 165–172. doi:10.1001/jama.2011.1964
- Polit, F. D., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9 uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- SFS 2017:30. *Hälso-och sjukvårdslag*. Hämtad 5 april, 2018, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Skovdahl, K. & Kihlgren, M. (2011). Beteendena som kan vara svåra att tolka och förstå. I A. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (2 uppl. s.169–187). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2017). *Vård och omsorg vid demenssjukdom: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Surr, C. A., Smith, S. J., Crossland, J., & Robins, J. (2016). Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: A repeated measures study. *International Journal of Nursing Studies*, 53(2016), 144-151. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.09.009
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad* (rev. uppl.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

*Turner, A., Eccles, F., Elvish, R., Simpson, J., & Keady, J. (2017b). The experience of caring for patients with dementia within a general hospital setting: A meta-synthesis of the qualitative literature. *Aging & Mental Health*, 21(1), 66–76. doi:10.1080/13607863.2015.1109057

Turner, A., Eccles, F., Keady, J., Simpson, J., & Elvish, R. (2017a). The use of the truth and deception in dementia care amongst general hospital staff. *Aging & Mental Health*, 21(8), 862–869. doi:10.1080/13607863.2016.1179261

*Tropea, J., LoGiudice, D., Liew, D., Roberts, C., & Brand, C. (2017). Caring for people with dementia in hospital: Findings from a survey to identify barriers and facilitators to implementing best practice dementia care. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 467. doi:10.1017/S104161021600185X

Wijk, H. (2011). Den fysiska miljön som stöd för mötet och omvårdnadens genomförande. I A. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Wimo, A., Jönsson, L., Fratiglioni, L., Sandman, P. O., Gustavsson, A., & Sköldunger, A. (2014). Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Hämtad 4 april, 2018, från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-112567>

World Health Organization. (2017a). *Dementia*. Hämtad 5 april, 2018, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

World Health Organization. (2017b). *Global plan of action on dementia 2017-2025*. Genève: World Health Organization.

*Yevchak, A., Fick, D. M., Kolanowski, A. M., McDowell, J., Monroe, T., LeViere, A., et al. (2017). Implementing nurse-facilitated person-centered care approaches for patients with delirium superimposed on dementia in the acute care setting. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(12), 21-28. doi:10.3928/00989134-20170623-01

*Artiklar som inkluderats i resultatet

