



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

SY301813

Sykepleie VI Del 2

Sykepleiers erfaringer med å gi omsorg til pasienter med demens i sykehus. Nurses experience providing care to patients with dementia in hospitals.

Kandidatnumre: 10084 og 10110

Totalt antall sider inkludert forsiden: 48

Antall ord: 8789

Studiepoeng: 15 poeng

Hovedveileder: Gunn Jolanthe Bringsli **Biveileder:** Randi Tafjord

Innlevert Ålesund, 22.05.17

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høyskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 23.05.17

*“Får æ stryke dæ på kinnet,
stryke tårene av sted.
Finne smilet i et minne
og tørke tårene med det.”*

- Kjerstin Aune

Sammendrag

Bakgrunn: Demens er en fellesbetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner, og den sies å ramme omtrent 10 000 personer hvert år. Per i dag lever ca. 71 000 personer med en demenssykdom i Norge. Alle som blir diagnostisert med en demenssykdom, vil aldri bli frisk igjen da sykdommen er progredierende og personen vil fungere dårligere og dårligere og til slutt være helt avhengig av hjelp.

Hensikt: Å tilegne kunnskap om sykepleiers opplevelse og erfaring ved å gi omsorg til personer med demens innlagt i en sykehusavdeling.

Metode: En systematisk litteraturstudie er benyttet i oppgaven, hvor åtte ulike forskningsartikler med kvalitativt design er brukt for å belyse vår problemstilling. Data er bearbeidet og kvalitetsbedømt, analysert og sentrale funn er avdekket.

Resultater: Det ble utarbeidet to ulike hovedkategorier med tilhørende underkategorier for de mest sentrale funnene i analysen.

1) Rammefaktorer: Tidsbegrensning, krysspress, miljøpåvirkning og kunnskap/kompetanse 2) Personsentrert omsorg: Relasjonsbygging, kommunikasjon, individuell tilnærming.

Konklusjon: Møte med pasienter med demens i sykehus kan være krevende og utfordrende. Det er individuelt hvordan sykepleiere opplever og håndterer dette, men personsentrert omsorg ble ansett som vesentlig i omsorgen av pasientene. Tidspress og et miljø som ikke var tilpasset var faktorer som gjorde omsorgen vanskelig.

Nøkkelord: Demens, omsorg, sykehus, sykepleiers erfaringer.

Summary

Background: Dementia is a collective term upon diseases that affect several parts of the brain function, and it is said to hit about 10,000 people each year. As of today, there is approximately 71,000 people living with a dementia disease in Norway. Anyone diagnosed with a dementia disease will never recover because the disease is progressive and the person will function worse and worse and ultimately be completely dependent on help.

Aim: To acquire knowledge of the nurse's experience of caring for people with dementia admitted to a hospital department.

Method: A systematic review has been used in the thesis, where eight different research articles with qualitative design have been used to elucidate our problem. Data is processed and quality assessed, analyzed and central findings are revealed.

Results: Two different main categories were developed and subcategories for the most central findings in the analysis.

- 1) Frame factors: Time limitation, cross-pressure, environmental impact and knowledge / competence
- 2) Person-centered care: Relationship building, communication, individual approach.

Conclusion: Caring for patients with dementia in hospitals can be challenging and demanding. It is individual how nurses experience and handle this, but person-centered care was considered essential in the care of the patients. Time pressure and an environment that were not adapted were factors that made care difficult.

Keywords: Dementia, Care, Hospital, Nurses experiences.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	8
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	8
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling.....	8
1.3 Avgrensninger og oppgavens oppbygging.....	9
1.4 Begrepsavklaringer.	9
2.0 Teoribakgrunn.	11
2.1 Demens.....	11
2.3 Kari Martinsens omsorgsteori.	12
2.4 Personsentrert omsorg.....	13
3.0 Metode.....	15
3.1 Systematisk litteraturstudie	15
3.2 Søkeprosessen og datasamling.....	15
3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier.	16
3.4 Database og søkeord.	16
3.5 Utvalg.....	17
3.6 Kvalitetsvurdering	17
3.7 Ethiske vurderinger.	17
3.8 Analyse.....	18
4.0 Resultat.	20
4.1 Rammefaktorer.....	20
4.2 Personsentrert omsorg.....	22
5.0 Diskusjon.....	25
5.1 Metodediskusjon.	25
5.2 Resultatdiskusjon.	26
5.3 Rammefaktorer.....	26
5.4 Personsentrert omsorg.....	29
6.0 Konklusjon.....	34
6.1 Forslag til videre forskning.	34

Litteraturhenvisning

Vedlegg 1 - Liste over søkehistorikk

Vedlegg 2 - Litteraturmatriser

1.0 Innledning

I denne delen av oppgaven begrunner vi valg av tema, presenterer problemstilling og oppgavens hensikt. Kapittelet inneholder også begrepsavklaringer, oppgavens oppbygging og avgrensninger.

1.1 Begrunnelse for valg av tema.

Denne oppgaven omhandler temaet demensomsorg i sykehus. Dette fordi vi ønsker å finne mer kunnskap om hvordan vi i fremtiden som sykepleiere kan ivareta pasienter med demens i en hektisk sykehushverdag. Vi har begge møtt mennesker med demens under praksis ved sykepleierstudiet og i jobbsammenheng. Under praksis i sykehus har vi opplevd flere tilfeller der vi mener det virker som pasienter med demens ikke har fått den omsorgen de trenger. Skovdahl og Berentsen (2014,s.412) skriver at det er ca. 71 000 personer som lever med demens i Norge i dag ,og dersom forekomsten av demens holder seg slik den er i dag vil tallet fordobles innen 2040. Derfor tror vi at det er av stor betydning å innhente kunnskap om omsorg til demente også i en sykehussammenheng, da det er grunn til å tro at det i fremtiden vil bli en økning i antall innlagte pasienter som har en demenssykdom.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling.

Hensikten med denne oppgaven er å tilegne oss kunnskap om hvilke erfaringer sykepleier har i forhold til å gi omsorg til pasienter med demens som er innlagt ved en sykehusavdeling. Vi ser at det generelt er skrevet lite om demensomsorg i sykehus i pensumlitteraturen vår, og derfor ønsker vi å finne ut hva forskning sier om emnet og hva som eventuelt bør utbedres. Vi har valgt å se problemstillingen ut fra et sykepleierperspektiv, da vi ønsker å finne sykepleiers erfaringer med å gi omsorg til denne pasientgruppen. Dette er problemstillingen som har blitt utarbeidet;

“ Hvilke erfaringer har sykepleier med å gi omsorg til pasienter med demens under opphold i sykehus? ”.

1.3 Avgrensninger og oppgavens oppbygging.

I denne oppgaven har vi fokusert på demens som en helhet og ikke fokusert på de enkelte demensdiagnosene, da forskning i liten grad skiller mellom dem. Vi velger likevel å skrive en kort beskrivelse av de ulike symptomene som inngår i de vanligste demensdiagnosene, da dette skaper sammenheng mellom litteratur og forskning i tillegg til å gi oppgaven et helhetlig perspektiv som kan være med på å belyse problemstillingen. Det er valgt å fokusere på eldre med demens, da Skovdahl og Berentsen (2014, s. 412) skriver at risikoen for å få demens øker med alder og at det i mindre grad er personer under 65 år med en demenssykdom. Under søkeprosessen ble det lagt vekt på å finne forskningsartikler der sykepleiere selv har kommet med sine erfaringer. I mange studier er det brukt helsepersonell, assistenter eller omsorgspersoner som intervjuobjekt, men vi har bevisst fokusert på studier der det spesielt er beskrevet at det er sykepleiere som er deltakere. Det vil først gjøres rede for aktuell og relevant litteratur innenfor tema. Deretter for metode som ble benyttet i forskningssøket, med tilhørende analyse av inkludert forskning. I resultatdelen vil sentrale funn fra analysen bli presentert før vi til slutt vil diskutere disse med bakgrunn i valgt faglitteratur som deretter vil munne ut i en konklusjon som besvarer problemstillingen. Med hensyn til antall ord har vi erstattet “personer med demens” med PmD i teksten.

1.4 Begrepsavklaringer.

Demens:

I følge Rokstad (2009, s. 28) defineres demens som følger:

Demens er en samlebetegnelse for en ervervet og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid. Den viktigste betingelsen for at en slik tilstand skal kalles demens, er at både hukommelsesevnen og tankeevnen er nedsatt i en slik grad at det innebærer en betydelig svikt sammenliknet med tidligere kognitiv funksjonsnivå.

Omsorg:

Kari Martinsen beskriver omsorg som noe relasjonelt, med bakgrunn i at det består av et mellommenneskelig forhold mellom to mennesker hvor det uttrykkes gjensidighet,

felleskap og solidaritet (Martinsen, 2003, s. 67-71).

2.0 Teoribakgrunn.

I dette kapittelet vil det presenteres teoribakgrunn som anses som aktuell med hensyn til problemstillingen, som i denne oppgaven omhandler personer med demens, Kari Martinsens omsorgsteori og personsentrert omsorg.

2.1 Demens.

Demens er ifølge Engedal og Haugen (2005, s. 16) definert som en kronisk ervervet hjerneorganisk sykdom som er kjennetegnet ved en irreversibel kognitiv svikt som gjør det gradvis vanskeligere å utføre hverdagslige aktiviteter. Den viktigste faktoren for at det kan kalles demens er svikt i hukommelsesevne og tenkeevne, dette i forhold til tidligere funksjonsnivå (Rokstad 2009, s. 28). Sykdommen forverres ofte over tid, men det er svært individuelt hvordan sykdomsforløpet er, og det kommer an på hvilken sykdom som ligger til grunn. Det å skille mellom vanlige aldersforandringer som er normale og forandringer som kommer av demens kan være vanskelig. Skovdahl og Berentsen (2014, s.412) beskriver at om lag 60% av personene som har demens lider av Alzheimers sykdom, andre typer er frontotemporallappsdemens, demens med Lewy-legemer og Parkinsons med demens. En demenssykdom vil i stor grad påvirke dagliglivet til den personen som er rammet men også familie og andre i omgivelsene. (Ibid).

Det skilles mellom kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer ved demens. De vanligste kognitive symptomene er blant annet nedsatt oppmerksomhet, dårlig hukommelse og evne til å tilegne ny kunnskap, språkproblemer, apraksi, agnosi, samt handlingssvikt. Atferdsmessige symptomer dreier seg for eksempel om depresjon og tilbaketrekning, angst, vrangforestillinger, personlighetsforandringer, uro og vandring, apati, samt irritabilitet og aggressivitet. De motoriske symptomene kan opptre som svikt i muskelstyring og balanse, samt inkontinens (Engedal og Haugen 2005, s. 34)

Hos enkelte mennesker som er rammet kan forløpet være kort og intenst mens andre lever med sykdommen som utvikler seg gradvis inntil 20 år, dette er svært individuelt og kommer an på hvilken sykdom som ligger til grunn. I Norge bruker man det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 som er laget av WHO, der en klassifiserer demens inn i

graderinger. En mild grad av demens vil påvirke daglig aktiviteter. Moderat grad av demens gjør at personen ikke kan klare seg uten hjelp fra andre. Alvorlig grad av demens krever overvåkning og pleie døgnet rundt (Skovdahl og Berentsen, 2014, s.412). Visse kriterier må være oppfylt for at det kan stilles en demensdiagnose (Solheim 2015, s. 20). Dette innebærer blant annet at det må være en svekket hukommelse av nyere data, svikt av kognitive funksjoner som dømmekraft, planlegging, tenking og abstraksjon, i tillegg til at det er en svikt i det emosjonelle aspektet slik som emosjonell labilitet, irritabilitet, apati og en unyansert atferd. Symptomene må ha vart i mer enn 6 måneder (Ibid.).

I følge Engedal og Haugen (2009, s. 23) er det ca 71000 personer som lever med demens i Norge, og at om lag 10000 får sykdommen hvert år. Det er også mange eldre som har en svekket hukommelse uten å ha diagnosen. Risikoen for demens øker med stigende alder, og i gruppen 90 år og eldre er forekomsten ca 40 %. Det er ca 2-3% av personer med demensdiagnose som er under 65 år.

2.3 Kari Martinsens omsorgsteori.

Kari Martinsen beskriver omsorg som et fundament for all menneskelig eksistens og legger til grunn at omsorg er en sosial relasjon som alltid forutsetter andre. Å ta hensyn til andre for sin egen skyld gjennom fellesskap og solidaritet. Å ta hensyn til andre forutsetter at man har forståelse for den andres situasjon, som tilegnes gjennom felles erfaringer og opplevelser. Å vise forståelse for den andres situasjon vil også bidra til å anerkjenne vedkommende som person ved å prøve å se hans situasjon fra hans eget perspektiv (Martinsen 2003, s. 67 - 71).

Ifølge Martinsen (2003, s. 67 - 71) er omsorgsarbeid basert på generalisert gjensidighet, der den ene parten gir og "sørger for" den andre uten å forvente noe tilbake. Det karakteristiske ved denne omsorgsrelasjonen er at mottakeren av omsorg etter allment aksepterte samfunnsnormer befinner seg i en situasjon hvor de er syke og pleietrengende og ikke kan ta vare på seg selv og som er avhengig av at noen utøver omsorg for de. Omsorgsrelasjonen innebærer forpliktelse og ansvar fra den som utøver omsorg.

Å gi omsorg til syke personer gjennom omsorgsarbeid forutsetter at man har fagkunnskap

om sykepleie, men også kunnskap og erfaring som medmenneske. På denne måten kan man som omsorgsutøver gjenkjenne situasjonen som personer er i og dermed vise forståelse gjennom ord og handling (Martinsen 2003, s. 67 - 71).

2.4 Personsentrert omsorg.

Tom Kitwood (1997) utviklet filosofien bak personsentrert omsorg, bakgrunnen for dette arbeidet var at Kitwood mente det var behov for en ny pleiekultur i demensomsorgen. Personsentrert omsorg er fundamentet for all omsorg til personer med demens. Dette kommer tydelig frem i Demensplanen 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) og i andre førende dokumenter om demensomsorg. Det vil si at denne måten skal og bør alltid brukes ved omsorg for demente pasienter, det innebærer utredning, behandling og sykepleie. Hovedmålet med filosofien er at man skal beholde synet på personen som har demens, dette innebærer at man skal se på personen som en unik person med ønsker, rettigheter, følelser og livshistorie som betyr noe. Personen må ses på en måte der man vektlegger personens muligheter og opplevelser, fremfor ensidig vekt på personens svikt (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 409).

Til tross for at demens sykdommen utvikler seg mener Kitwood at alle faser er preget av livserfaringer, personlighet og helse og sosialpsykologiske faktorer. Personsentrert omsorg vil si at man respekterer identiteten og bevarer synet på personen gjennom hele sykdomsforløpet. En vesentlig del av omsorgen til demente vil være å støtte og hjelpe personen til å bevare mestring og opplevelse av å være verdifull selv om man er alvorlig syk. At helsepersonell har kunnskap om familie, verdier, interesser og tidligere liv er en vesentlig faktor for å kunne jobbe personsentrert (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 409).

Personsentrert omsorg omhandler noen viktige sosialpsykologiske behov som identitet, tilknytning, sosial inkludering, trøst, bekreftelse og kjærlighet. Disse fremmes ved bruk i miljøterapi. Kitwood beskriver identitet som hvem man er, ikke hva man er. Det er viktig å legge til rette for at personen kan gjøre aktiviteter som hun/han har likt tidligere i livet, dette kan føre til at personen bevarer sin identitet selv om hun/han kanskje ikke husker selv. Tilknytnings behovet er grunnleggende for alle mennesker, og ofte kan dette behovet vokse i takt med at sykdommen utvikler seg. Følelsen av å høre til kan skape trygghet. Når

man trøster en person tildekker man ikke smerte og lidelse, men man erkjenner at det er slik det er for den personen som opplever det. Det å bli bekreftet og anerkjent er en viktig faktor for å kjenne seg verdifull. En kritikk som er rettet mot personsentrerte omsorg er at de fysiologiske behovene ikke blir lagt vekt på, og fra et sykepleieperspektiv vil disse være viktig. Dette blant annet fordi man kjenner til at personer som lider av demens kan ha vanskelig for å tolke sultfølelse, signaler fra blære/tarm eller uttrykke smerte (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 422).

3.0 Metode.

I denne delen av oppgaven gjøres det rede for hvilken metode vi har benyttet oss av samt en beskrivelse av søkeprosess, inklusjons - og eksklusjonskriterier, utvalg og analyse av inkluderte artikler.

3.1 Systematisk litteraturstudie

En systematisk litteraturstudie er benyttet i denne oppgaven. Det ble utarbeidet en klar og tydelig formulert problemstilling som ble besvart ved å gjennomføre et systematisk litteratursøk der vi har kritisk undersøkt, valgt, vurdert og analysert relevant litteratur innenfor vårt område. I søkeprosessen og utvelgelsen av studiene er det benyttet tydelige inklusjon - og eksklusjonskriterier, de ble deretter kvalitetsbedømt og etiske overveielser ble tatt. Resultatet i de inkluderte studiene er til slutt blitt analysert og aktuelle funn er hentet ut og kategorisert samt diskutert før vi til slutt har besvart problemstilling vår. Metoden dette er utført på samsvarer med kriteriene og anbefalingene til Forsberg og Wengström (2013, s. 26-27).

3.2 Søkeprosessen og datasamling.

Høsten 2016 valgte vi demens som tema for bacheloroppgaven, og det ble da gjennomført noen prøvesøk for å se om vi fant tilstrekkelig med forskning. Januar 2017 skrev vi en endelig prosjektplan og valgte problemstilling. Prosjektplanen besto også av en fremdriftsplan med avtaler om tidsfrister. Problemstillingen har blitt endret litt underveis i oppgaven. Den endelige problemstillingen er godkjent av veileder. Søkeprosessen etter relevante studier pågikk fra mars til april 2017. Det oppsto noen utfordringer med å finne relevante studier da det meste av forskning har vært gjennomført på sykehjem og ikke i sykehus. Søkene som ikke førte til funn av utvalgte artikler er ikke tatt med i søkehistorikken. Oppgaven består av 8 forskningsartikler og selvvalgt relevant teori som understøtter problemstillingen.

3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Nyere forskning – 2012(2007) - 2017	Sykehjem/hjemmebasert omsorg
Sykepleieperspektiv	Reviewartikler
Må omhandle sykepleieres uttalelser	Pasient – eller pårørendeperspektiv
Fagfellevurdert	Artikler fra ikke – vestlige land
Artikler fra vestlige land	Fremmedspråklige artikler
Artikler med nordisk eller engelsk språk	
Må gjelde sykehus	
IMRAD – struktur	

Tabell 1. Inklusjons - og eksklusjonskriterier.

Det var ønskelig å finne forskning som var av nyere dato. Primært var søket fra 2012 - 2017, men på grunn av lite relevante treff utvidet vi søket fra med fem år, altså fra 2007 - 2017. To av de inkluderte artiklene er eldre enn 2012. Vi ønsket at artiklene var publisert i godkjente vitenskapelige tidsskrifter. Videre ønsket vi å inkludere artikler som var fagfellevurdert. Andre inklusjonskriterier var at studiene skulle være fra sykehus og basert på sykepleiers erfaringer, altså et sykepleieperspektiv. Hvilket opprinnelsesland studiene ble gjennomført ble også vurdert, da de må kunne være relevant for helsesystemet i Norge, samt at de måtte være nordisk - eller engelskspråklig. Artikler som omhandlet sykehjem og hjemmesykepleie, eller kun baserte seg på pasienters erfaringer ble ekskludert. Vi ønsket heller ikke at noen av de inkluderte artiklene skulle være review artikler, da vi i søkeprosessen så at flere av de aktuelle review artiklene var basert på forskning vi allerede hadde inkludert.

3.4 Database og søkeord.

Vi benyttet oss av databasene Cinahl, Pubmed, samt Science Direct, da disse ga mest

relevante treff. Det ble prøvd et utvalg av forskjellige søkeord og kombinasjoner, men vi kom frem til at en kombinasjon av Nurse experience OR Nurse perception AND Dementia ga oss artikler som var mest relevant for å hjelpe oss å belyse problemstillingen. Vi valgte å ikke bruke hospital i søkeordene fordi det ga lite treff, men ved å lese artiklenes abstrakt fant vi likevel studier som hadde blitt gjennomført i sykehus. Forsberg og Wengstrøm (2013, s. 79) beskriver “AND”, “OR” og “NOT” som boolske operatører som brukes for å gi et smalere eller bredere resultat i søket etter forskning.

3.5 Utvalg

Ved å bruke de søkeordene som nevnt ovenfor i de ulike databasene vi valgte ut, fikk vi ulikt antall treff. Ved å lese overskrifter og en god del abstrakter klarte vi å sile ut artikler med relevans innenfor det vi søkte etter og endte deretter opp med 11 relevante artikler. Disse artiklene ble så lest i fulltekst, før vi til slutt endte opp med våre 8 artikler. Se vedlegg 1 for nærmere beskrivelse av søkehistorikk og for å se hvordan vi kom frem til de utvalgte artiklene.

3.6 Kvalitetsvurdering

Alle de utvalgte forskningsartiklene er publisert i ulike tidsskrifter. For å sikre at tidsskriftene var godkjent innenfor en kvalitetssikker standard som i følge NSD's (2017) Database for statistikk om høgre utdanning (DBH) innebærer at artiklene må være fagfellevurdert, sjekket vi opp tidsskriftene som artiklene var blitt publisert i opp mot dette registeret. Under utvelgelsen av de utvalgte ble artiklene i tillegg vurdert ut ifra om den fulgte IMRAD - strukturen, som er den mest brukte formen for oppbygging av en artikkel og som er en forkortelse for introduksjon/Introduction, metode/Methods, resultat/Results og (and) diskusjon/Discussion (Dalland.,2014, s. 79). Vi har også benyttet oss av Forsberg og Wengströms (2013,s. 79) sjekklister for kvalitative- og kvantitative forskningsartikler, noe som var et nyttig verktøy i kvalitetsikringen av arbeidet.

3.7 Ethiske vurderinger.

For å kunne starte en systematisk litteraturstudie, er det viktig å gjøre etiske avveininger i forkant. Forsberg og Wengstrøm (2014, s. 70) mener at det er viktig å velge studier som

har fått godkjenning fra en etisk komité eller der det er blitt gjort andre etiske overveielser. I tillegg bør man være bevisst på å ikke skade eller berøre deltakerne i studien (Forsberg og Wengstrøm 2014, s. 140). Når vi skulle velge ut artikler forsikret vi oss om at alle forskningsartiklene våre var blitt godkjent av en etisk komité eller på annen måte beskrev etiske hensyn som var blitt gjort i studien.

3.8 Analyse.

Forsberg og Wengstrøm (2014,s. 151) beskriver innholdsanalyse som noe som kjennetegnes av at man arbeider på en systematisk og stegvis måte. Man klassifiserer data for å lettere kunne identifisere tema og funn, målet for innholdsanalyse er at man skal kunne beskrive og identifisere spesifikke fenomen. Det finnes ulike modeller for innholdsanalyse som brukes for å systematisk kunne analysere valgt data.

Forsberg og Wengstrøm (2014,s. 167) beskriver en modell for analyse bestående av fem steg som vi har valgt å benytte oss av. Det siste steget blir presentert som et eget kapittel i denne oppgaven, der vi tolker og diskuterer resultatet.

Steg 1, består av at man leser gjennom teksten som skal analyseres flere ganger for å gjøre seg godt kjent med materialet. Vi har begge lest gjennom alle artiklene flere ganger og diskutert innholdet, samt lest hverandres litteraturmatriser for å sørge for at vi begge to forstår innholdet i artiklene.

Steg 2, består av å finne ut og sette seg inn i hva teksten omhandler og at man setter opp koder. Vi har i denne delen av prosessen benyttet oss av et fargekodesystem, for å få oversikt over funnene og relevans for vår problemstilling.

Steg 3, i dette steget skal man gjøre kodene om til kategorier. Fargekodesystemet ga oss god oversikt over funnene slik at vi kom frem til ulike kategorier, se tabell 2. I dette trinnet sammenlignet vi også likheter og ulikheter i artiklene.

Steg 4, i dette steget skal man sammenfatte funnene i tema og søke mønster. I denne kategorien samlet vi felles funn og motsetningene i de valgte artiklene.

Steg 5, blir tolket og diskutert i eget kapittel.

Rammefaktorer	Personsentrert omsorg
Tidsbegrensning	Relasjonsbygging
Krysspress	Kommunikasjon
Miljøpåvirkning	Individuell tilnærming
Kunnskap/kompetanse	Utfordringer
Usikkerhet	

Tabell 2. Kategorier med underkategorier.

4.0 Resultat.

I denne delen av oppgaven presenteres de viktigste funnene fra forskningsartiklene. De er delt inn ulike kategoriene som belyser problemstillingen vår på ulike måter.

4.1 Rammefaktorer.

I Krupic mfl. (2015, s. 104) sin studie mente de fleste deltakerne at dårlig tid var et problem, de følte at de ikke fikk tid til å gi optimal pleie til demente pasienter. En av deltakerne uttalte;

When they wake up after the surgery, we do not have enough time to take care of them, since they have to be taken to post-op. Sometimes just holding their hand for a while may be of importance. . . there's a lot of work involved with these patients, but lack of time is the main obstacle and more time is required to be able to provide adequate care (Krupic, mfl., 2015,s. 104) .

Tidspresset i avdelingen kunne ofte sees i sammenheng med en forverring av symptomene på demens som økt forvirring, engstelse, vandring og aggresjon. I tillegg var det ofte mangel på personale i avdelingen, noe som utgjorde en trussel i forbindelse med de ulike utfordringene de møtte med pasienter med demens. Mange av sykepleierne uttrykte at deres verdier stred imot sykehusets rammefaktorer som de mente var kostnadsorientert, noe som skapte interne konflikter, frustrasjon og skyldfølelse. Dette kunne resultere i en ond sirkel som for mange av sykepleierne opplevdes som tyngende i hverdagen. (Fukada mfl., 2015, s. 8-9; Pinkert mfl., 2017; Nolan, 2007, s. 420). Cowdell (2010, s. 45) beskriver at en av deltakerne uttalte ” *I rush to have the patients washed and dressed before 12 so we can go to lunch*” (Cowdell, 2010, s. 45).

Deltakerne i studien til Krupic mfl. (2015, s. 103) hadde den oppfatningen av at det ukjente og fremmede miljøet på sykehuset fikk de fleste pasientene med demens til å bli mer forvirret, redd og angstfull og at det derfor var ekstra utfordrende å gi dem den pleien

de hadde behov for (Ibid). I studien utført av Nolan (2007, s. 420) kommer det frem at på grunn av det hektiske miljøet i avdelingen, spesielt ved morgenrutiner og legevisitter, opplevde sykepleierene at pasienter med demens ble overstimulert. En sykepleier beskriver det slik;

The morning activities, getting everybody ready, doctors' rounds, that kind of thing... when there is more activity on the ward, when there are so many people on the ward it triggers the confused patient and it makes them more anxious, more worked up (Nolan, 2007, s. 420).

I studien til Brooke og Semlyen (2017, s. 5-7) så de på fordelene med å ha en demensvennlig avdeling og sykepleiernes erfaringer med å gi omsorg til akutt dårlige pasienter med en demensdiagnose. De fleste sykepleierne var enige om at avdelingen ikke så klinisk og kald ut lengre, men mer preg av å være et hjem. De synes at det ga mer rom for å gi optimal pleie. Imidlertid synes et mindretall av sykepleierne at forandringen ikke var positiv, da den hadde kostet mye penger og at utfordringene med å gi pleie til demente pasienter fortsatt var det samme som før (Ibid).

Å gi omsorg til PmD var ofte relatert til usikkerhet og redsel med bakgrunn i at mange PmD kunne utvise sinne og aggresjon, være desorientert og utagerende, samt motsette seg hjelp (Hynninen 2014, s. 198; Nolan 2007, s. 420). Usikkerheten ble forsterket ved at mange av sykepleierne manglet kunnskap om ulike tilnæringsmetoder for å møte deres stadige endringer i stemningsleie. Dette skapte stor frustrasjon blant sykepleierne, der mange kjente på følelsen av utilstrekkelighet og utbrenthet (Ibid.). Det viser seg imidlertid at sykepleierne håndterte disse følelsene ulikt, og at omsorgen gjenspeiler seg i personlige holdninger til PmD. Noen mente at personer med demens ikke var egnet til å være på sykehus ved at de forstyrret den daglige rutinen og ga gjerne PmD beroligende midler eller satte fysiske begrensninger for å opprettholde den normale strukturen i avdelingen. De følte seg tryggere på å møte de fysiske behovene til pasientene heller enn de psykiske. Andre prøvde å møte PmD på en god måte ved å skape en relasjon med dem og deres pårørende basert på tillit og trygghet. De forsøkte også å tale PmD sin sak ved f.eks å aktivt redusere ventetiden til diagnostiske konsultasjoner, samt bruken av beroligende medikamenter og fysiske begrensninger (Pinkert mfl., 2017, s. 5-7)

4.2 Personsentrert omsorg.

I studien til Pinkert mfl. (2017, s.7) uttalte noen av sykepleierne at de forsøkte å etablere en god relasjon til pasientene ved å skaffe seg et bilde av deres historie gjennom han selv eller hans pårørende samt gjennom personsentrerte kommunikasjonsmetoder. Denne relasjonen gjorde det mulig for sykepleierne å fokusere på pasientens velvære enn på selve jobben som måtte gjøres ved å endre perspektivet fra sykdomsorientert til pasientsentrert omsorg.

Dealing with a person with dementia is quite different from dealing with a normal person. My experience is that you have already won a lot if you approach the person quietly and begin with getting in touch. (Pinkert mfl., 2017, s. 8).

En forutsetning for å kunne samhandle med PmD var å skape en positiv atmosfære for pasientomsorg ved å bli godt kjent med dem og etablere et godt tillitsforhold. Ved å eksempelvis synge sammen med de og snakke om gamle dager eller andre nære ting, så klarte de å komme nærmere inn på pasienten og oppnå samarbeidsvilje. Mange opplevde det positive aspektet ved bruk av kommunikasjonsmetoder som distraksjon og validering, spesielt for å kunne forstå betydningen bak pasientens sinnsstemning ved kommunikasjonsvansker (Hynninen 2015, s. 197; Pinkert mfl., 2017 s. 9; Scerri mfl., 2015, s. 1920).

...Sometimes, there is some of the staff who is actually able to turn communication which is not in context, into something meaningful, something which can actually change the behaviour of the patient who is initially aggressive, verbally aggressive... (Scerri mfl., 2015, s. 1919-1920)

Anestesi sykepleierne mente at det å ha ting som pasienten hadde kjennskap til fra før var en viktig faktor, dette kunne være en kaffekopp, en pute eller et lite fotografi som de kunne identifisere seg med. Men ofte har de lite informasjon om pasienten da det kan være en akutt situasjon der de må handle raskt. (Krupic mfl., 2015, s.102). Sykepleierne som jobbet

i den demensvennlige avdelingen følte at det var mer rom for å gi personsentrert omsorg og optimal pleie enn ved en vanlig sykehusavdeling. Det ga mulighet for å gi pasientene psykososial omsorg og støtte som gjorde de mindre urolige. Sykepleierne mente at dette kunne forebygge utfordrende atferd og fall (Brooke og Semlyen, 2017, s. 7-8).

I en studie som undersøkte kvalitetsmessig demensomsorg kommer det fram at de ansatte opplevde god omsorg for PmD ved at de møtte pasientens fysiske og psykiske behov med en medmenneskelig holdning, at de disponerte kvalitetstid med dem og i enkelte tilfeller ga det lille ekstra for at pasienten skulle kjenne på trivsel. Videre mente de at det var viktig at pasienten ble sett, ved at de viste genuin interesse for dem og tok seg tid fra sin ellers hektiske hverdag (Scerri mfl., 2015, s. 1919 - 1921; Hynninen 2014, s. 196-197).

Deltakerne nevnte ulike tilnæringsmetoder som de mente bidro til personsentrert omsorg slik at pasienten fikk vist sitt "virkelige jeg" og som bidro til at pasienten fikk en opplevelse av å være "normal" til tross for sin tilstand. Dette besto blant annet av å bruke pasientens eget språk, være en engasjert lytter, benytte en rolig og mild stemme, snakke til dem på en rolig og klar måte, opprettholde øyekontakt under samtalen og å sitte i øyenivå, samt benytte nonverbale kommunikasjonsferdigheter som et smil og berøring dersom pasienten aksepterte det (Ibid).

Det at sykepleierne etablerte en god relasjon med pasientens pårørende spilte også en stor rolle i utviklingen av et godt tillitsforhold med PmD. Familie og venner som kjente pasienten godt kunne ofte bidra med nyttig informasjon om pasienten og dermed aktivt samarbeide med sykepleierne i formidlingen av god omsorg for PmD. I tillegg var de deltakende i beslutningsprosesser vedrørende medisinske spørsmål for pasienter som ikke var samtykkekompetent (Fukada mfl.,2015, s. 6-7; Hynninen mfl., 2014, s. 197; Pinkert mfl., 2017, s. 7-8; Scerri mfl., 2015, s. 1919 - 1920).

I studien til Krupic mfl. (2015, s. 102) mente anestesisykepleierne at non verbal kommunikasjon var like viktig som verbal, en hånd å holde i og en person som holdt seg i nærheten for å skape en relasjon og tillit var vesentlig. Alle sykepleierne anerkjente at pasienter med demens har forskjellige behov, og at man må prøve å sette seg inn i hvor pasienten er i nåværende tilstand. En av deltakerne i studien uttalte:

It is sometimes hard to know how much you should tell or inform the patient. It usually depends on the patient and the state (s)he is in. Mostly, I try to give them the same basic information that I provide to the other patients, but the hard part is the patients whom we can't communicate with at all – those whom we cannot reach (Krupic mfl., 2015, s. 102).

De fleste sykepleierne i studien til Cowdell (2010, s. 44) mente at man burde behandle demente pasienter slik man ville ha blitt behandlet selv eller hvordan man vil at sine nærmeste skal bli behandlet. Men andre mente at man burde behandle alle pasienter likt. Noen av deltakerne uttrykte at det ikke var så farlig hvordan man behandlet pasientene fordi det kun var ”eldre pleie” og at de gjorde bare det de var nødt for å gjøre (ibid).

Selv om mange av deltakerne var klar over at PmD hadde behov for en individuell tilnærming, følte mange at de måtte bryte gjennom avdelingens rutiner dersom det skulle være gjennomførbart. Og for å kunne møte PmD på en god måte, følte de seg tvunget til å ta ekstra godt vare på dem i de situasjonene der det var nødvendig. Dette kunne ofte resultere i at de havnet i en moralsk konflikt med seg selv da de følte seg revet mellom forventningen av å involvere seg og plikten til å overholde de organisatoriske rammene, noe som satte begrensninger for personsentrert omsorg (Pinkert mfl., 2017, s. 8).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon.

I denne oppgaven har vi jobbet mye sammen slik at vi skulle utvikle samme syn og kunnskapsgrunnlag på metoden og funnene i litteraturstudiet. Problemstillingen har blitt endret under arbeidet med denne bacheloren. Den opprinnelige problemstillingen var *”Hvordan gir sykepleier omsorg til pasienter med demens under opphold i sykehusavdeling?”*. Grunnen til at vi valgte en ny problemstilling var at vi hadde vanskeligheter med å finne relevant forskning, og innså etterhvert som vi jobbet med problemstillingen at den var noe upresis og at det ville bli vanskelig å finne et konkret svar på den. Sammen med veileder utformet vi en ny problemstilling som lyder som følger *”Hvilke erfaringer har sykepleier med å gi omsorg til pasienter med demens under opphold i sykehusavdeling?”*.

Vi har lest veldig mange abstrakter, og fulle artikler for å komme frem til de som har blitt valgt ut. Forsberg og Wengström (2014, s.74-78) sier at man skal søke i flere databaser da dette gir bredde til søket. Vi har brukt for det meste Cinahl og Pubmed, fordi vi er kjent med disse fra før og føler oss trygge på de. Men har også søkt i Science Direct og Swemed. Det kan se ut for at det ikke er gjort så mye forskning på området demens i sykehussammenheng, og en del av artiklene er review, noe som vi ikke ønsket å inkludere i vårt systematiske litteratursøk. Da vi begynte å søke etter artikler hadde vi ingen formening om artiklene skulle være kvalitative eller kvantitative, men for å best kunne få kunnskap om erfaringene til sykepleier passet kvalitativ forskning best, og alle er artiklene er kvalitativ.

For å kvalitetssikre arbeidet vi gjorde med å søke etter forskning, ville vi at alle artiklene skulle være publiserte gjennom publiseringskanaler som godkjente vitenskapelige tidsskrifter. Dette sjekket vi opp mot NSD's database, slik at vi kunne se at alle artiklene var fagfelleurdert. Alle artikler som vi har brukt har også tatt etiske hensyn i sine studier. Da vi leste gjennom artiklene sørget vi for at alle fulgte IMRAD struktur. Vi har skrevet litteraturmatiser og analysert artikler hver for oss, men har byttet materiale slik at begge skulle få den samme forståelsen for stoffet samt at vi fikk en mulighet til å diskutere og

reflektere over innholdet. Vi ønsket at alle artiklene skulle ta for seg sykepleiers erfaring med å gi omsorg til demente, men en av de inkluderte artiklene inneholder en blanding av sykepleiers og pasienters erfaringer, vi har valgt å fokusere på resultatene fra sykepleiernes erfaringer. Studien til Krupic. Mfl. (2017) omhandler anestesisykepleieres erfaringer men vi synes det var relevant for vår oppgave likevel, dette fordi den har gode funn i forhold til preoperativ sykepleie hos pasienter med demens. Preoperativ sykepleie gis også av vanlig sykepleier, ikke bare anestesipersonale.

Forsberg og Wengström's (2014) bok om å gjøre litteraturstudier har vært til stor hjelp under arbeidet med denne oppgaven. Perspektivet i denne oppgaven ble naturlig nok sykepleieperspektiv da vi ønsket å finne hvilke erfaringer sykepleier har. Svakheter med denne besvarelsen er at vi har hatt store utfordringer med søk etter forskning i databaser, det tok mye tid å finne de utvalgte. Da vi begynte søket av forskning var ikke gjennomføringen helt systematisk, og vi måtte gå inn på de samme databasene og utføre disse igjen. Ingen av oss har erfaring fra å skrive oppgaver som denne, noe som har resultert i at vi har støtt på utfordrende situasjoner underveis med blant annet uenigheter i forhold til utførelse og lignende. Dette kan komme av at vi ikke kjente hverandre ved begynnelsen av arbeidet med oppgaven, som da førte til litt samarbeidsproblemer, men som vi føler vi har løst godt underveis. Vi valgte å ikke bruke et PICO skjema, noe som vi ser i ettertid at kunne gjort søkeprosessen enklere.

5.2 Resultatdiskusjon.

Her vil funnene fra utvalgt forskning bli diskutert opp mot relevant litteratur, for å belyse problemstillingen samt konsekvenser for sykepleie.

5.3 Rammefaktorer.

I flere av studiene så kommer det frem at tid og tidspress er en utfordring i forhold til å kunne gi god omsorg til PmD. Flere av sykepleierne uttrykte bekymring og frustrasjon over mangelen på tid til den gode pleien til pasienter med demens. Dette kunne føre til at PmD kunne bli mer forvirret, engstelig, vandre og bli aggressiv (Krupic, mfl, 2015, s. 104; Fukada mfl, 2015, s. 8-9; Pinkert mfl. 2017 og Nolan, L. 2007, s. 420). Disse funnene viser at det er vesentlig at sykepleier forholder seg rolig og er tilstede i samhandling med

PmD. Men at det i virkeligheten kan være vanskelig for sykepleier å strekke til for å kunne gi god omsorg til pasienter med demens på grunn av tidspress. Konsekvensene av dette kan føre til at pasienter ikke får den omsorgen de trenger og at situasjonen blir en belastning for sykepleierne som jobber med denne pasientgruppen. Orvik (2015, s. 143) skriver om det gode og vonde stress, der man skiller mellom normalt stress der kroppen får tid til å restituere seg og det skadelige stresset som kan føre til strain. Stress er en normal funksjon som vi trenger for å leve og kunne takle høyt press og trusler, stresshormonene gjør oss i stand til å takle utfordringer. Imidlertid kan stress også være livsfarlig hvis kroppen ikke får tid til nødvendig restitusjon. Det vonde stresset kan føre til strain som gir en betydelig helserisiko, dette kan vise seg gjennom fysisk og psykisk sykdom som for eksempel slag og hjerteinfarkt. Strain kan komme av kombinasjonen høye krav om effektivitet og manglende kontroll i arbeidet man gjør (ibid). Dersom sykepleierne blir utbrente og opplever farlig stress mener vi at det vil være lite økonomisk i lengden, og arbeidet vil ikke bli mer effektivt av den grunn.

Orvik (2015, s. 144) sier at ved siden av strain er begrepet distress et sentralt begrep i forhold til å kunne beskrive stress hos helsepersonell. Distress er et negativt ladet ord som brukes om det mentale og moralske stresset, dette kan ses i sammenheng med etiske dilemmaer som helsepersonell møter i behandlingen av pasienter (ibid). Dette kommer også frem i flere av studiene da det beskrives at sykepleierne uttrykte at deres verdier stred imot sykehusets rammefaktorer som de mente var kostnadsorientert, noe som skapte interne konflikter, frustrasjon og skyldfølelse. Dette kunne resultere i en ond sirkel som for mange av sykepleierne opplevdes som tyngende i hverdagen. (Fukada mfl., 2015, s. 8-9; Pinkert mfl., 2017; Nolan, 2007, s. 420). Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 1.3 og 1.7 (NSF, 2016) er sykepleier personlig ansvarlig for at sykepleien som gis er faglig, juridisk og etisk forsvarlig og at man erkjenner sine grenser for kompetanse og søker veiledning i vanskelige situasjoner. Retningslinjene viser at sykepleiere bør oppsøke og få mer kunnskap om hvordan de kan gi omsorg til PmD uten at det går i strid med deres personlige verdier. Vi har selv kjent på dette negative stresset ved å føle at man ikke strekker til i forhold til denne pasientgruppen. Både i forhold til det å ha nok kunnskap på område samt at de ytre rammefaktorene i en sykehusavdeling ikke er tilrettelagt for demente pasienter. Vi kjenner oss godt igjen i beskrivelsene fra sykepleierne i studien både når det gjelder å ta valget om å medisinerer pasientene for å få dem roligere, samt at det hektiske miljøet påvirker pasientene.

Kari Martinsens vektlegger viktigheten av sykepleierens kunnskap ovenfor pasientene i sin omsorgsteori. Hun mener at å gi omsorg til syke personer gjennom omsorgsarbeid forutsetter at man har fagkunnskap om sykepleie, men også kunnskap og erfaring som medmenneske. På denne måten kan man som omsorgsutøver gjenkjenne situasjonen som personer er i og dermed vise forståelse gjennom ord og handling (Martinsen 2003, s. 67 - 71). Ut i fra dette mener vi at det er vesentlig i omsorgen for PmD at man har evne til å sette seg inn i personens situasjon.

I studien til Nolan (2007, s. 420) beskrives det at det hektiske sykehusmiljøet kunne bli overstimulerende for PmD, og at det ble for mange inntrykk med alle menneskene, dette spesielt ved legevisitt og morgenrunder. Sykepleierne observerte at pasientene kunne bli mer angstfull og forvirret. I tillegg viser funnene til Krupic (mfl, 2015, s. 102) at selve utseendet til sykehuset med det ukjente miljøet ga de samme utfordringene, dette satt i sammenheng med operasjonsstuer og den kliniske utformingen et sykehus har. Disse funnene kan tyde på at det er lite i et sykehusmiljø som gir fordeler i omsorgen for PmD, og dette gir utfordringer i forhold til pleien da symptomene på demens hos pasientene kan forverres i en sykehusavdeling. Dette kan sees i sammenheng med litteraturen til Engedal og Haugen (2005, s. 316), som forklarer at psykososial og miljømessig uforutsigbarhet hos PmD kan føre til en forsterkelse av atferdssymptomer og føre til utfordrende atferd. Dette kan ofte oppstå i situasjoner hvor de sannsynligvis føler seg sårbar og truet, f.eks. under stell og av - og påkledning og skjer fordi den kognitive svikten gjør at de ikke evner å oppfatte sammenhenger i tillegg til sykepleierens holdninger og handlinger under samhandlingen (Ibid).

De fleste deltakerne i studien til Brooke og Semlyen (2017, s. 5-7) så fordeler med å ha en sykehusavdeling som er demensvennlig. De mente at dette ga rom for å kunne gjennomføre god personsentrert omsorg. Det var flere ting i avdelingen som for eksempel bilder og sterke farger på veggene som pasientene kunne identifisere seg med. Omorganiseringen av avdelingen gjorde at det stort sett alltid var sykepleier til stede sammen med pasientene. I motsetning til dette mente noen av deltakerne at det ikke ga fordeler, da pleien til PmD ga de samme utfordringene som før omorganiseringen, samt at det kostet mye penger å gjennomføre forandringene. Dette kan bli sett i sammenheng med at noen av sykepleierne hadde jobbet der lenge og ikke ville ha forandring. Ulempene med demensvennlige avdelinger kan være at det er en økonomisk utgift, men det kan også være

en fordel da det kan gi mer helhetlig pleie, føre til at pasientene blir mindre engstelig og urolige og ikke minst gi rom for personsentrert omsorg. Engstad (2016, s. 548) sier at gevinsten ved å ha tilrettelagte akuttgeriatriske behandlingstilbud er veldokumentert. Gjennom praksis har vi sett at mange sykehusavdelinger ikke er tilpasset for PmD, vi har opplevd at symptomene på demens forverres noe som stemmer overens med studiene i dette litteratursøket. Vi mener at det burde vært en forbedring på dette området, men det er mye som spiller inn her med tanke på økonomi, holdninger hos oss som sykepleiere og tilgang på kunnskap.

Engstad (2016,s. 547) sier at når den eldre pasienten er forvirret er det behov for ro og trygge rammer, det kan også være behov for skjerming fra det øvrige miljøet. Videre sier han at i et sykehusmiljø som er oversiktlig, lett å orientere seg i og de daglige rutinene formidles klart og tydelig kan man effektivt forebygge desorientering og uro uten bruk av legemidler (ibid). Det kommer frem i to ulike studier at noen av sykepleierne ga PmD beroligende midler eller satte fysiske begrensninger fordi de forstyrret den normale strukturen i avdelingen, sykepleierne manglet kunnskap om hvordan de skulle håndtere pasientenes endringer i stemningsleie. De brukte heller medikamenter enn å møte de psykiske behovene til pasientene (Pinkert mfl., 2017, s. 5-7; Hynninen 2014, s. 198). Engstad (2016, s. 546) mener at syke eldre pasienter er sårbare og at det som er viktigst i pleien er at helsepersonell har erfaring og solide kunnskaper når det gjelder pleie og omsorg av geriatriske pasienter. Dette er noe som ikke stemmer overens med funnene i de to studiene til Pinkert mfl (2017, s. 5-7) og Hynninen (2014, s. 198) da det å gi omsorg til PmD ofte var relatert til usikkerhet og redsel, og at sykepleierne følte de manglet kunnskap om ulike tilnæringsmåter.

5.4 Personsentrert omsorg

Et av de mest sentrale funnene vi så i mange av studiene var relasjonsbygging og tillit som en inngangsport til pasientsentrert omsorg. For å lykkes i samhandlingen med PmD, mente mange av deltakerne at det var en forutsetning å skape en positiv atmosfære og etablere et godt tillitsforhold til dem, blant annet gjennom sang og prat om gamle dager og andre kjente og kjære ting (Hynninen 2015, s. 197; Pinkert mfl., 2017 s. 9; Scerri mfl., 2015, s. 1920). Ifølge Skovdahl og Berentsen (2014, s. 430) er dette en kommunikasjonsmetode

som går under begrepet reminisens (minnearbeid), som er et hjelpemiddel som kan brukes for å bringe frem og stimulere minner som kan være godt bevart selv om personen har en langt utviklet demenssykdom. Dette gjelder minner fra barndom og ungdomsår og kan trigges frem ved hjelp av en gjenstand eller et fotografi. Minnene kan være med på å gjøre at personen får en opplevelse av å ha levd et liv tidligere ved å holde fast i sin egen følelse av verdi og verdighet og styrke sin identitet. Ofte kan det være godt for personen å få gråte og dele tidligere opplevelser med andre (Eide og Eide, 2007, s. 393). Med dette ser vi at denne formen for kommunikasjon fungerer i praksis og at det kan bidra til at PmD opplever sykehusmiljøet som mindre skremmende og ukjent dersom de har personer rundt seg som de kan relatere seg til ved at de disponerer kvalitetstid med dem og viser en genuin interesse for deres historie.

Sykepleierne opplevde også at en god relasjon til pasientens pårørende var viktig for å komme nærmere inn på PmD, da de ofte kunne bidra med nyttig informasjon, som dermed hjalp sykepleieren med å gi den beste omsorgen for den aktuelle pasienten. Kirkevold (2013, s. 127) nevner viktigheten av at man respekterer og anerkjenner den pårørendes kunnskaper om den gamle og at man benytter denne kunnskapen som en ressurs i samarbeidet mellom pasient, sykepleier og pårørende. Pasientens aller nærmeste vil ofte kunne være en trygghetsfaktor som pasienten ofte vil verne spesielt om, og dersom vi som sykepleier innleder en god relasjon til dem, vil det i mange situasjoner være lettere å oppnå tillit hos pasienten.

Mange sykepleiere benyttet distraksjon og validering som kommunikasjonsmetoder for å lettere gjøre de i stand til å tolke betydningen bak pasientens sinnsstemning og finne løsninger i de situasjonene der det oppsto kommunikasjonsvansker (Scerri mfl. 2015, s. 1920). Validering er en tilnærming som forsøker å bekrefte følelsene til personen, heller enn å korrigere, ved å benytte verbal - og nonverbal kommunikasjon (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 429). Dette gir PmD muligheten til å føle seg verdifull og kan bidra til at helsepersonell og pårørende kan forstå hvordan PmD har det slik at de kan håndtere bekymringer, angst, sinne og sorg som den rammede opplever (Ibid). Ved å stille åpne spørsmål som kan hjelpe pasienten til å konkretisere hvem, hva og hvordan, samt gi tilbakemeldinger med et empatisk, speilende og bekræftende innhold, kan man hjelpe pasienten til å uttrykke det han prøver å si (Eide og Eide (2007,s. 18). Rokstad (2014, s.

41) forklarer at den verbale kommunikasjonen dreier seg om ord, som bør være enkle og direkte og med en klar og konkret mening som ikke kan misforstås. Hun sier at det er viktig at man tolker signaler underveis i budskapet ved å se om personen virker forvirret eller rastløs eller om han smiler eller nikker bekreftende tilbake og at man dermed justerer fremgangsmåten deretter. Kroppsspråk, ansiktsuttrykk, stemmeleie, øyekontakt og gester er eksempler på nonverbal kommunikasjon som virker bekreftende og anerkjennende på personen. Smilet er et redskap som virker beroligende og som signaliserer at alt er i orden, som videre kan smitte over på mottakeren som også kan bli positiv og avslappet (Ibid). Imidlertid sier Skovdahl og Berentsen (2014, s. 431) at fysisk berøring er en av de vanligste handlingene i demensomsorg, og at den mest brukte berøringen er instrumentell som ved toalettbesøk, vasking og stell. Berøringen som fungerer trøstende, er den minst brukte, og kan være en klem eller et stryk på ryggen. Måten man henvender seg til PmD på vil ha alt å si for den kommende relasjonen, noe vi selv har opplevd i praksis, og at det er viktig at man er bevisst på dette og er tilstede i situasjonen.

Som tidligere nevnt var tid og tidspress et gjennomgående problem hos mange av sykepleierne, og med det faktum at mange følte de manglet relevant kunnskap og erfaring om omsorg for PmD, tenker vi at det kanskje ikke alltid er rom for en individuell tilnærming i en hektisk sykehusavdeling. I tillegg til det overstimulerende miljøet som en sykehusavdeling kan være for denne pasientgruppen, reagerte mange av PmD ved å bli mer engstelige og urolige og i noen tilfeller viste utfordrende atferd som sinne og aggresjon (Pinkert 2017, s. 6; Nolan 2007, s. 420; Fukada 2015, s. 6; Krupic mfl, 2015, s.102). Atferd kan være uttrykk for en lite tilfredsstillende situasjon, at behov ikke blir møtt, over - eller understimulering fra omgivelsene eller som en reaksjon på at de blir stilt urimelige krav (Rokstad, 2014, s. 42). Eide og Eide (2004, s. 19) mener at ved å vise forståelse for at de også kan uttrykke sinne, være fortvilet, redde eller lei og å ta dette på alvor viser at man ser den andre og bekrefter hans følelser. Vi har selv opplevd hvor viktig det er å skape en forutsigbar og trygg atmosfære for PmD og å etablere en god relasjon med dem, for å kunne oppnå en tillit og trygghet man kan bygge videre på. Og at man som sykepleier gir rom for å akseptere at det forekommer brudd i rutinene, nettopp for å møte hver enkelt pasients behov. Dersom man ikke evner dette godt nok, kan det ofte ende opp i en krevende og vanskelig situasjon, både for oss og pasienten der pasienten kan bli mer urolig og engstelig og det blir utfordrende å samhandle på en god måte. Eide og Eide

(2007, s. 382) sier at det avgjørende ved kommunikasjon med PmD er at man som sykepleier klarer å se det unike ved personen og forsøker å ivareta hensynet til respekt, verdighet og integritet. I tillegg stiller det krav om et relasjonsetisk ansvar i arbeidet med personer med nedsatte kognitive evner ved at man anerkjenner og tar utgangspunkt i personens oppmerksomhetsfokus og anvender bekreftende kommunikasjonsferdigheter (Ibid). Dette viser at det stiller høye krav til oss som sykepleiere i samhandling med PmD, og at man kan vinne mye på å ta seg tid til å se mennesket bak demenssykdommen og ikke kun demenstilstanden. Dette krever ofte at man tar seg tid, noe som kan være utfordrende, som mange av funnene viser til; når sykepleier hadde tidspress på seg for å rekke alle gjøremål, så medførte det en svikt eller begrensning i de personsentrerte elementene i omsorgen for PmD.

En annen gruppe av deltakerne i studien til Cowdell (2010, s. 44) mente at det ikke spilte noen rolle hvordan man behandlet PmD og beskrev det som “kun pleie av eldre”, og at de kun ga den omsorgen som var nødvendig. Dette funnet kan tyde på at det finnes holdninger blant sykepleiere som er negativ overfor PmD. Nortvedt (2012, s. 251) legger vekt på at det innebærer en rekke grunnleggende verdier for god sykepleie og omsorg, ved at man som sykepleier blant annet må ...”ta utgangspunkt i pasientens opplevde situasjon, for derigjennom å ivareta hans integritet og verdighet”, ...“anerkjenne den hjelpetrengendes sårbarhet”, ...”ha evne til innlevelse og forstå pasientens situasjon”, samt at man skal ...”ha evne til, og det må være et ressursmessig grunnlag for, å tilpasse behandlingen og pleie til den enkeltes særegne situasjon” (Ibid.). I tillegg stiller det ulike krav til sykepleierens etiske grunnlag som nedskrevet i de Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere. Disse nevner blant annet at sykepleier skal ta hensyn til den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg og at det foreligger et ansvar om at sykepleier skal utøve sin praksis på en slik måte at det fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, 2016, pkt. 2.3 og 2.3) Vi forstår at sykepleier som jobber ved en hektisk sykehusavdeling med alt det innebærer av fysisk og psykisk press og påkjenning kan oppleve omsorg for PmD som ekstra belastende. I slike tilfeller vil pasienten, som det “svakeste” ledd, bli berørt ved at han ikke får dekket sine behov for helhetlig omsorg.

Det viser av funnene at det er motstridende erfaringer og opplevelser blant sykepleiere når det gjelder å gi omsorg for PmD i sykehus. Det er anerkjent av sykepleierne at PmD har

behov for en individuell tilnærming for å danne grunnlag for en trygg og god relasjon som kan bidra til at oppholdet for PmD i sykehus blir best mulig, men at det er mange faktorer inne i bilde som gjør dette utfordrende og vanskelig (Pinkert 2017, s. 6; Nolan 2007, s. 420; Fukada 2015, s. 6; Krupic mfl, 2015, s.102; Scerri mfl. 2015, s. 1922; Hynninen 2014, s. 196 - 197). Dersom de skulle gjennomføre de forventningene som sykepleier ved å ivareta PmD på en god måte, følte de seg tvunget til det og opplevde at de at de måtte bryte gjennom avdelingens rutiner på samme tid, noe som førte til at de havnet i en moralsk konflikt med seg selv fordi de følte seg revet mellom plikten til å overholde de organisatoriske rammene for tid og struktur og forventningen til seg selv om å involvere seg i omsorgsutøvelsen. I slike etiske dilemmaer kan man trekke inn konsekvensetikken som et eksempel og som en overordnet veileder. Den er basert på at man som omsorgsutøven er opptatt av at de handlingene man utfører er rett når den fører til det beste resultat for flest mulig av de berørte partene (Nortvedt 2012, s. 86). Dersom sykepleier skal få utført alle sine oppgaver i løpet av vekten, som da innebærer at alle pasientene i avdelingen får den omsorgen og pleien de trenger og har rett på, kan man da stille seg spørsmål om hun/han da skal prioritere enkeltindivider eller alle. I den sammenheng kan vi også trekke inn utfordringene vedrørende organiseringen av helsetjenesten i forhold til bemanning og økonomi, noe som kan være en omfattende utfordring i dagens samfunn. Konsekvensetikken viser til at man i slike tilfeller må ta valg på grunnlag av summen av goder for alle berørte parter, som kan ha samme behov for behandling eller omsorg, og ikke kun den enkelte person (Nortvedt 2012, s. 86).

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke sykepleiers erfaringer med å gi omsorg til pasienter med demens i sykehus, og videre finne ut om det er sammenheng mellom litteratur og forskning. Her presenteres konklusjonen vi har kommet frem til gjennom arbeidet med oppgaven.

Våre resultater viser at sykepleier erfarer at det er utfordrende gi omsorg til PmD, da symptomene på demens ofte kan forverres under opphold i sykehus. Mange avdelinger er ikke tilrettelagt miljømessig, noe som gir konsekvenser for omsorgen. I sykehus kan det være høyt arbeidspress, noe som fører til at de ikke har tid til å gi den gode omsorgen. Dette gjør at pasienten ikke får den behandlingen han/hun har krav på og trenger. For sykepleier sin del vil dette kunne være en belastning som kan medføre det vonde stresset og være i strid med personlige og profesjonelle verdier.

Resultatene viser også at det er individuelle forskjeller i hvordan sykepleiere møter PmD. Mange følte at de manglet kunnskap om tilnæringsmåter og møtte disse utfordringene ved å blant annet gi beroligende midler og sette fysiske begrensninger. Noen sykepleiere hadde derimot positive erfaringer med å gi omsorg til PmD, der rammefaktorer som tid, miljø, samt kunnskap og kompetanse var tilstede som en ressurs i utøvelsen av personsentrert omsorg.

Sykepleiere erfarte at en forutsetning for å yte omsorgsfull pleie var at de etablerte en nær relasjon til både pasienten og deres pårørende, for å kunne danne seg et bilde av pasientens historie og avdekke de individuelle behovene.

Med dette litteratursøket har vi tilegnet oss kunnskap som viser at det å gi omsorg til PmD i sykehus kan oppleves som vanskelig og utfordrende, derfor stiller det krav til sykepleiers holdninger, verdier og kunnskaper i møte med PmD.

6.1 Forslag til videre forskning.

Gjennom vårt litteraturstudie har vi oppdaget at det er lite forskning på demens i en sykehussammenheng. Dette er noe vi mener bør utbedres, spesielt med tanke på at det innen 2040 vil kunne være en dobling i antall mennesker med demenssykdom (Engedal og Haugen, 2009, s. 23). Funnene i oppgaven viser utfordringer som det vil kunne komme mer av i fremtidens helsevesen, da en større del av pasientene som blir innlagt i sykehus

trolig vil ha en demensdiagnose. Dette sees også i sammenheng med litteratur, da det i liten grad ser ut til å finnes teori om hvordan sykepleier kan gi omsorg til PmD i en sykehussammenheng. Vi mener at mer fokus på dette vil være noe som kan styrke sykepleiers rolle og lette arbeidet med denne pasientgruppen.

Litteraturhenvisning.

Aune, K. *Bry seg.*

<http://www.ordtak.no/sitat.php?id=14368> (lastet ned 01.05.17).

Brooke, J og Semlyen, J (2017). *Exploring the impact of dementia-friendly ward environments on the provision of care: A qualitative thematic analysis*. *Dementia*; Vol: 0 (0) 1-16 (2017) DOI: 10.1177/1471301216689402.

Cowdell, F (2010). *Care of older people with dementia in an acute hospital setting*. *Nursing Standard*; 24;23; 42-48 (2010). DOI: 10.1111/j.1748-3743.2010.00208.x

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Database for statistikk om høgre utdanning (2017) [online] Lastet ned den 02.05.17 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Eide, T og Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis – Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, T og Eide, H. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K og Haugen, P.K. (2009). *Demens- fakta og utfordringer*. 5. utgave. Tønsberg: Aldring og helse forlaget.

Engstad, T. (2016). Kapittel 26. Geriatri s. 542-548. I Ørn, S og Bach-Gansmo, E (red). *Sykdom og behandling*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C og Wengström, Y. (2014). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. Utgave. Stockholm: Natur & Kultur.

Fukada, R., Shimizu, Y. og Set, N. (2015) *Issues experienced while administering care*

- to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews.* International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being Vol: 10: 25828 (1-13). doi: 10.3402/qhw.v10.25828
- Hynninen, N, Saarnio, R og Isola, A. (2014) *The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians.* Journal of Clinical Nursing. 24; 192 – 201 doi: 10.1111/jocn.12669
- Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier.* 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2013), Kap 11: Samarbeid med pasient og pårørende. S. 123 - 136. I: Kirkevold, M. Brodtkorb, K og Ranhoff, A,H. *Geriatrisk sykepleie.* 1. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krupic, F. Eisler, T. Sköldenberg, O. Fatahi, N (2014). *Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia.* Scandinavian Journal of Caring Sciences. Vol: 30;99.107. (2015)
DOI: 10.1111/scs.12226
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin.* 2. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nolan, L. (2007). *Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views.* British Journal of Nursing. Vol: 16; 7 s. 419 – 422.
DOI:10.12968/bjon.2007.16.7.23245
- NSF, (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (lastet ned 20.05.17).
- Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse.* 2.utgave. Oslo: Cappelen Damm.
- Pinkert, C., Faul, E., Saxer, S., Burgstaller, M., Kamleitner, D. og Mayer, H. (2017). *Experiences of Nurses with the Care of Patients with Dementia in Acute Hospitals*

– *A Secondary Analysis*. Journal of Clinical Nursing doi:10.1111/jocn.13864

Rokstad, A.M.M. (2009). Kapittel 2: Hva er demens? s.27-45. I: Rokstad, A, M, M og Smebye, K, L (red). *Personer med demens- møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

Rokstad, A.M.M. (2009). Kapittel 2: Forståelse som grunnlag for samhandling s.60-86. I: Rokstad, A, M, M og Smebye, K, L (red). *Personer med demens- møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

Rokstad, A.M.M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget

Skovdahl, K og Berentsen, V. D. (2014), Kap 29: Kognitiv svikt og demens s. 408-434. I: Kirkevold, M. Brodtkorb, K og Ranhoff, A,H. *Geriatrisk sykepleie*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Solheim, Kirsti V. (2015) *Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget

Scerri, A. Innes, A. og Scerri, C (2015). *Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach*. Journal of Clinical Nursing. Vol: 24. s. 1916-1925.(2015). DOI: 10.1111/jocn.12822

Vedlegg 1, søkehistorikk.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Dementia AND nurse AND experience 2007 - 2017	22.04.17	Cinahl	185	5	2	Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views.
Dementia AND nurse AND experience Full text 2012-2017	22.04.17	Pubmed	147	3	1	Experiences of Nurses with the Care of Patients with Dementia in Acute Hospitals – A Secondary Analysis
Experience OR perceptions AND dementia AND nurse	22.04.17	Pubmed	193	7	2	Exploring the impact of dementia-friendly ward environments on the provision of care: A qualitative thematic analysis.
Dementia AND nurse experience OR nurse perception Full text 2015 – 2017	24.04.17	Cinahl	133	3	1	Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach

Nurse perception OR nurse experience AND dementia 2007 - 2017	25.04.17	Pubmed	49	5	3	Care of older people with dementia in an acute hospital setting. Issues experienced while administratering care to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews
Dementia AND nurses experience 2012 – 2017 Fulltext	25.04.17	Cinahl	17	2	1	Experience of anaesthesia nurses og perioperative communication in hip fracture patients with dementia.
Nurse AND view AND dementia	03.05.17	Pubmed	33	1	1	The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians

Vedlegg 2, matriser.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Fukada, R., Shimizu, Y. og Set, N. (2015)</p> <p>Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews</p> <p>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</p> <p>2015 Jan;10 (1):25828. S. 1-13</p>	<p>Studiens hensikt har å undersøke utfordringer som sykepleiere møter ved å gi omsorg til pasienter med demens i akutte sykehus i Japan.</p>	<p>Difficulties in administering care, elderly, focus groups, geriatric nursing, KJ method, patient care management</p>	<p>En kvalitativ metode ved bruk av fokusgruppeintervjuer ble brukt i studien. Seks akutt sykehus med både kirurgiske og medisinske avdelinger ble undersøkt. De deltakende var sykepleiere fra disse avdelingene, unntatt intensivavdelinger. Data ble innhentet mellom februar og desember 2008 og intervjuene ble satt til 1 – 1 ½ time. En kvalitativ syntese ble brukt som metode for dataanalyse.</p>	<p>Funnene i studien ble delt inn i syv kategorier, tre av disse kategoriene omhandlet problematisk pasientatferd, tilbakevendende problem og problemer som påvirket mange mennesker. Dette skapte en interaksjon som resulterte i en belastende syklus som ble forverret av mangel på sykepleieopplevelse og mangel på organisering på sykehuset. Sykepleierne gjorde sitt beste for å tilpasse seg disse forholdene til tross for å føle seg i konflikt.</p>	<p>Vi vil bruke denne artikkelen i vår oppgave for å belyse sykepleiers erfaringer ved å gi omsorg til pasienter med demens i sykehusavdelinger.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Nolan, L. (2007). Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views. British Journal of Nursing. Vol: 16; 7 s. 419 – 422. DOI: 10.12968/bjon.2007.16.7.23245</p>	<p>Formålet med studien var å avdekke sykepleiers erfaringer med å gi omsorg til eldre mennesker med demens i en avdeling for eldre pasienter i et akuttsykehus</p>	<p>Caring Dementia Acute hospital Nurse – Nursing and older people</p>	<p>Data ble innhentet ved hjelp av dybdeintervju av syv kvinnelige sykepleiere arbeidende i en avdeling for eldre mennesker på et stort akuttsykehus. De deltakende hadde varierende grad av erfaring med omsorg for eldre mennesker, inkludert mennesker med demens). Tematisk innholdsanalyse ble benyttet for å lette dataanalysen.</p>	<p>Funnene i studien belyser den akutte fasen som et miljø for å yte omsorg og ble underlagt tre underkategorier: 1.Forholdet til omsorg 2. Omsorg for personer med demens som er agitert eller aggressiv skiller seg fra å ta vare på personer med demens som ikke er det. 3. Betydningen av omsorg. Omsorg for personer med demens ble sett på som utfordrende fordi utformingen av sykehusavdelingen ikke var egnet til å ivareta personer med demens i forhold til deres store behov for omsorg både når det gjaldt spesialkompetanse, mangel på tid, samt miljøhensyn. I tillegg satt mange av deltakerne igjen med skyldfølelse med hensyn til pasientenes frihet, samt at avdelingen førte til overstimulering av pasienter med demens.</p>	<p>Vi vil bruke denne artikkelen i vår oppgave ved å belyse sykepleierens opplevelse av å gi omsorg til personer med demens innlagt i en sykehusavdeling.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Pinkert, C., Faul, E., Saxer, S., Burgstaller, M., Kamleitner, D. og Mayer, H. (2017)</p> <p>Experiences of Nurses with the Care of Patients with Dementia in Acute Hospitals – A Secondary Analysis</p> <p>Journal of Clinical Nursing DOI:10.1111/jocn.13864</p>	<p>Hensikten med denne studien var å beskrive opplevelsen til sykepleiere med å gi omsorg til pasienter med demens med utgangspunkt i en setting ved et akutt sykehus.</p>	<p>Dementia, nurse, acute hospital, care</p>	<p>Data ble samlet inn ved hjelp av lyd innspilte fokusgruppe diskusjoner med sykepleiere i Tyskland og Østerrike. En samling av 12 fokusgruppe diskusjoner som var en del av to større forskningsprosjekter i Tyskland og Østerrike ble utvidet til en kvalitativ sekundæranalyse (en innholdsanalyse).</p>	<p>Funnene i studien viser at sykepleiere opplever stor usikkerhet i å gi omsorg til pasienter med demens i en akutt sykehus setting og at hver enkelt sykepleier reagerer ulikt med tanke på å løse denne usikkerheten. Studien viser også at sykepleiere som prøver å yte en form for personsentrert omsorg, møter pålagte kontekstuelle begrensninger med hensyn til sykehusmiljøet.</p>	<p>Vi vil benytte denne studien i vår oppgave for å belyse sykepleieres opplevelse av å gi omsorg til pasienter med demens i en akutt sykehus setting.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Brooke, J og Semlyen, J (2017).</p> <p>Exploring the impact of dementia-friendly ward environments on the provision of care: A qualitative thematic analysis.</p> <p>Dementia; Vol: 0 (0) 1-16 (2017)</p> <p>DOI: 10.1177/1471301216689402</p>	<p>Å finne sykepleiers opplevelser av omsorg for akutt syke pasienter med demens i et demensvennlig miljø.</p>	<p>Dementia, hospital, environment, nursing, qualitative, focus groups.</p>	<p>Denne kvalitative studien brukte fokusgrupper til å forstå effekten av demensvennlige sykehusmiljøer. Kvalifiserte sykepleiere og helsepersonell som jobber ved akutt avdeling NHS Trust i England diskuterte deres oppfatninger og erfaringer med å jobbe i et demensvennlig sykehusmiljø.</p>	<p>Fire temaer utviklet fra tematisk analyse:</p> <p>(1) "Det ser ikke ut som et sykehus": Et forandret miljø,</p> <p>(2) Flere alternativer for å gi person-sentrert omsorg: Ingen størrelse passer til alle,</p> <p>(3) 'Før du ikke kunne se pasientene: nå alltid sykepleier tilsted</p> <p>(4) 'Avdelingen forblir den samme': Motstand mot forandring.</p> <p>Anbefalinger og implementeringer for praksis diskuteres i artikkelen.</p>	<p>Funnene i denne artikkelen beskriver det positive og negative med å ha demensvennlige sykehusavdelinger. Den beskriver også erfaringene sykepleier har i forhold til pasienter med demenssykdom som er relevant i vår litteraturstudie.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Cowdell, F (2010). Care of older people with dementia in an acute hospital setting.</p> <p>Nursing Standard; Vol: 24;23; 42-48 (2010). DOI:10.1111/j.1748-3743.2010.00208.</p>	<p>Å undersøke pasienters og sykepleiers erfaringer i forhold til omsorg levert til og mottatt av eldre med demens i en akutt sykehusavdeling.</p>	<p>Acute hospitals, dementia, ethnography, older people</p>	<p>En etnografisk tilnærming ble benyttet. Data ble samlet gjennom observasjon og intervjuer med pasienter og sykepleiere.</p>	<p>Omsorg for eldre med demens i akutt sykehusavdeling er ikke alltid tilfredsstillende. Vanligvis føler personer med demens mottakelsen av omsorg og opplevelsen av å være i sykehus forstyrrende. Sykepleiere forsøker å gi optimal omsorg, men dette er ikke alltid mulig. Suboptimal omsorg kan forklares ved å vurdere effekten av empati.</p>	<p>I denne artikkelen har sykepleiere blitt intervjuet og funnene er relevante for vår oppgave.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Krupic, F. Eisler, T. Sköldenberg, O. Fatahi, N (2014).</p> <p>Experience of anaesthesia nurses and perioperative communication in hip fracture patients with dementia.</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences; Vol: 30;99.107. (2015)</p> <p>DOI: 10.1111/scs.12226</p>	<p>Formålet med studien var å beskrive anestesisykepleiernes erfaring med vanskeligheter som oppstår i omsorgssituasjoner og hvordan kommunikasjon med demente pasienter kan opprettholdes pre operativt.</p>	<p>Dementia, nursing, perioperative care, hip fracture, communication.</p>	<p>Individuelle intervjuer ble utført med ti anesthesisykepleiere (5 menn og 5 kvinner). Intervjuene ble utført på et universitetssykehus i Göteborg (Sverige), og dataene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>Tre hoved responskategorier ble kalt "kommunikasjon", "demens som spesialproblem" og "praksisproblemer". Demens ble sett på som en av det mest krevende sykdommene et individ kunne lide av. Man bør ha god tid for å kommunisere og utføre omsorg grundig, informasjon bør gis tydelig og tålmodig for å muliggjøre pasientdeltagelse. Ved at sykepleier anerkjente følelsene og oppfatningene ble flertallet av pasientene mindre stresset. Helhetlig og respektabel tilnærming ble ansett som obligatorisk til enhver tid. Pasientene er noen ganger avhengige av anerkjennelse, slik at små personlige gjenstander som kommer nær pasienten under situasjonen, kan roe pasienten.</p>	<p>Funnene i denne artikkelen vil vi bruke i vår oppgave da den belyser pre operativ sykepleie til demente pasienter, som er relevant i forhold til vår problemstilling.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Scerri, A. Innes, A. og Scerri, C (2015). Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach. Journal of Clinical Nursing; 24. s. 1916-1925.(2015). DOI: 10.1111/jocn.12822</p>	<p>For å undersøke kvaliteten på demensomsorgen i to geriatrike sykehusavdelinger. Omsorgsmodeller som person-sentrert omsorg og forholdssentrert omsorg er utviklet for å forklare hva "kvalitet" demensomsorg bør være. Imidlertid er deres brukbarhet og relevans for praksis blitt stilt kritiske spørsmål til og denne studien undersøker helsepersonells erfaringer.</p>	<p>Appreciative inquiry, care workers, dementia, hospital, quality care</p>	<p>I denne studien ble det gjort intervju av helsepersonell, der de skulle fortelle hva de synes var best omsorg, på hvilken tid i praksis opplevde de omsorgen som best, dette for å identifisere erfaringene. Intervjuene ble tatt opp på lydband og transkribert. Data ble analysert tematisk ved hjelp av et kvalitativ dataanalyse program.</p>	<p>Positive omsorgsopplevelser kan forstås i fem omsorgsprosesser, nemlig å bygge et forhold mellom den "utvidede" demenspleietriaden, å gi "kvalitetstid" og "omsorg i tid", å gå den "ekstra milen", og følge de psykososiale behovene Og delta i de fysiske behovene med en "menneskelig berøring". Faktorer som tilrettelegger for disse positive omsorgserfaringene, inkluderte personlige egenskaper til omsorgspersoner, organisatoriske, miljømessige og kontekstuelle faktorer.</p>	<p>Denne artikkelen sier noe om hva helsepersonell synes er god omsorg og deres erfaringer med å gi omsorg til pasienter med demens som er relevant i vårt litteratursøk</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Hynninen, N, Saarnio, R og Isola, A. (2014)</p> <p>The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>24; 192 – 201</p>	<p>Studiens hensikt var å beskrive omsorgen for eldre personer med demens i en kirurgisk avdeling sett fra legenes og sykepleiepersonellens ståsted.</p>	<p>Dementia, nursing staff, older people, physician, surgical ward</p>	<p>Data ble samlet inn gjennom ustrukturerede intervjuer med 19 sykepleiere og 9 leger som var deltakende i omsorg for personer med demens i kirurgiske avdelinger. Datamateriale ble deretter analysert ved hjelp av induktiv innholdsanalyse.</p>	<p>Sykepleierne meddelte at omsorg for personer med demens var fysisk og psykisk krevende.</p> <p>I tillegg uttalte sykepleierne at de ikke hadde fått spesifikk opplæring i omsorg for personer med demens.</p>	<p>Vi vil bruke denne artikkelen i vår oppgave fordi den sier noe om sykepleieres erfaringer med å gi omsorg til personer med demens i en kirurgisk avdeling og dermed bidrar til å belyse vår problemstilling.</p>