

**SJUKSKÖTERSKOR SOM VÅRDAR PERSONER MED
DEMENS SJUKDOM – FÖRUTSÄTTNINGAR OCH KUNSKAPSBEHOV**

En Litteraturöversikt

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning demensvård, 60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Avancerad nivå

Examinationsdatum: 2017-05-23

Kurs: Ht15

Författare:

Anna Andersson

Handledare:

Ulla Tunedal

Examinator:

Monica Rydell Karlsson

SAMMANFATTNING

Varje år i Sverige insjuknar det uppemot 25 000 personer i en demenssjukdom. Demenssjukdom är en av vår tids snabbast växande folksjukdomar relaterat till att befolkningen blir allt äldre. Demenssjukdom är en komplex sjukdom med såväl fysiska som psykiska symtom och det kräver att sjuksköterskor har kunskap inom flertalet olika områden för att kunna ge god omvårdnad. Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelse av förutsättningar och kunskapsbehov vid omvårdnad av personer med demenssjukdom. Hur är sjuksköterskor inom demensvård rustade för att möta detta växande omvårdnadsbehov för personer med demenssjukdom?

Metodvalet var litteraturöversikt. Med mål att skapa en översikt gällande aktuell forskning inom det valda ämnesområdet. Vid bearbetning av materialet valdes en integrerad analys, för att skapa en ny helhet av de inkluderade artiklarna. Artiklarna till litteraturöversiktens resultat söktes via databaser. Resultatet påvisar att det finns ett behov av ökade kunskaper hos sjuksköterskor oavsett verksamhet som möter personer med demenssjukdom men även behov av organisatorisk utveckling. Under arbetets gång utkristalliserades fokusområden där mer kunskaper krävs. Områdena var brist på organisatoriskt stöd, bristande kunskap - om demenssjukdom samt att omvårdnaden ska vara och bygga på evidens, tydliga riktlinjer, multiprofessionella team och tidsbrist. Slutsats är att den personcentrerade vården bör stå i centrum vid vård av personer med demenssjukdom. För att kunna tillgodose detta behövs fördjupade kunskaper inom demensvård. Det framkom att det finns ett kunskapsbehov i den kliniska verksamheten där sjuksköterskor möter personer med demenssjukdom.

Nyckelord: sjuksköterska, demens, omvårdnad, behov och kunskap.

ABSTRACT

Each year in Sweden is up to 25 000 people are affected by dementia. Dementia disease is one of the fastest growing population diseases of today, related to the aging of the population. Dementia disease is a complex disease with both physical and mental symptoms and it requires that nurses have knowledge in several different areas to provide good care. The aim was to illuminate the nurse's experience of the conditions and knowledge needs in nursing people with dementia. How are nurses in dementia prepared to meet this growing nursing need of people with dementia?

The methodology was a literature review. With the aim of creating an overview of current research within the chosen subject area. When processing the material, an integrated analysis was chosen to create a new whole of the included articles. The articles of the literature review were searched through databases. The results show that there is a need for increased knowledge of nurses regardless of occupation that meet people with dementia but also the need for organizational development. During work, focus areas were crystallized where more knowledge is required. The areas lacked organizational support, lack of knowledge - about dementia, and that nursing should be based on evidence, distinct guidelines, multiprofessional teams and lack of time. The conclusion is that the person-centered care should be in focus of the care of people with dementia. To be able to see this, you need in-depth knowledge of dementia. It emerged that there is a need for knowledge in the clinical occupation where nurses meet people with dementia.

Keywords: nurse, dementia, nursing, needs and knowledge.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Demenssjukdom	1
Omvårdnad	2
Personcentrerad vård	3
Sjuksköterskans kunskap och ansvar	4
Specialistsjuksköterskans kunskap och ansvar	4
Sjuksköterska som vårdar personer med demenssjukom.....	6
Problemformulering.....	7
SYFTE	7
METOD	7
Ansats och design	7
Urval	7
Datainsamling	8
Databearbetning och analys	12
Forskningsetiska övervägande	12
RESULTAT	13
Sjuksköterskors upplevelse av organisatorsikt stöd	13
Sjuksköterskor inom demensvård - roll och yrkesansvar	15
Sjuksköterskor inom demensvård - kompetens och kunskaps behov	16
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Slutsats.....	24
Klinisk tillämpbarhet.....	24
REFERENSER	26

Bilaga I Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering

Bilaga II Artikelmatris

INLEDNING

Årligen insjuknar uppemot 25 000 personer i en demenssjukdom och idag lever det cirka 160 000 människor med en demenssjukdom i Sverige, en siffra som beräknas att stiga ytterligare med en befolkning som blir allt äldre. År 2030 beräknas 270 000 människor i Sverige vara drabbade av en demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2012a). Demens är den fjärde största folksjukdomen globalt, främst bland äldre men det förekommer sjukdomsfall även bland yngre personer (World Health Organization [WHO] & Alzheimer's Disease International, 2012).

För att kunna möta detta växande vårdbehov för personer med demenssjukdom krävs det fördjupad kunskap hos sjuksköterskor. Utbudet är dessvärre begränsat gällande utbildningar och specialistutbildningar med inriktning mot demensvård. Det leder till att det finns få utbildade specialistsjuksköterskor inom demensvård idag. En möjlig risk utifrån detta är att det inte finns tillräckligt med kunskap hos sjuksköterskor inom de olika områdena som är väsentliga för god demensvård. Vad sjuksköterskor har för förutsättningar och kunskapsbehov är ett viktigt område att utforska som grund för utveckling av omvårdnaden för personer med demenssjukdom.

BAKGRUND

Demenssjukdom

Demenssjukdom är ett samlingsnamn för ett antal sjukdomar där de gemensamma symtomen står för en tydlig försämring av tankeförmåga och minne. Begreppet demenssjukdom används enbart när dessa symtom är bestående och funnits i minst sex månader samt att en demensutredning utförts (Socialstyrelsen, 2010). Vilket symtom som utvecklas beror på vilka delar i hjärnan som drabbas, därför kan olika demenssjukdomar ha liknande symtom. Nio av tio personer drabbas någon gång under sjukdomsförloppet av beteendemässiga och psykiska symtom, BPSD, vilket gör att det är vanligt förekommande vid alla former av demenssjukdom (Basun, Skog, Wahlund & Wijk 2013). Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen och står för 60 till 70 procent av sjukdomstillstånden (Socialstyrelsen, 2012a).

Demenssjukdom är en kronisk sjukdom vilket innebär att den inte går att bota utan enbart lindra. Tillvaron för en person med demenssjukdom underlättas med ett gott bemötande och bra hjälpmedel. I första hand behandlas demenssjukdom med omvårdnadsåtgärder, för att personen ska uppnå så god livskvalité som möjligt trots sin sjukdom (Edberg, 2011). Behandlingsalternativ som är ett andrahandsval är farmakologiska, i form av olika symtomlindrande läkemedel. De symtomlindrande läkemedlen är sjukdomsbundna, därför är det av vikt att få en diagnos för att kunna få rätt hjälp. Största riskfaktorn för demens är hög ålder, men det finns även risk att drabbas utifrån genetiskt perspektiv (Marcusson, 2011).

Som beskrivet ovan är begreppet demenssjukdom ett samlingsnamn för flera olika sjukdomar. En vanlig indelning av demenssjukdomar är primärdegenerativa, vaskulära, sekundära samt olika blandformer (Basun, m.fl. 2013).

Primärdegenerativ demenssjukdom

Vid primärdegenerativ demenssjukdom angrips främst hjärnbarkens nervceller, nervcellerna blockeras och gör att kontakten går förlorad, signalerna når inte fram vilket leder till att hjärnceller dör i snabbare takt än vad som är normalt (Marcusson, 2011). Det som förändras först är närminnet, exempelvis vart man skulle åka och vem man skulle träffa. Nästa steg kan

vara att tidsuppfattning går förlorad samt problem med att hitta i mindre kända miljöer. Denna tid är stressande för den drabbade individen som fortfarande kan vara medveten om sin försämring. Eftersom dessa symptom ökar gradvis och mycket sakta i början kan sjukdomen vara svårupptäckt i ett tidigt stadium. Den vanligast förekommande sjukdomen i den primärdegenerativa familjen är Alzheimers sjukdom, andra former är exempelvis frontotemporaldemens och Lewykroppsdemens (Basum m.fl., 2013; Marcusson, 2011).

Vaskulär demenssjukdom

Vid vaskulär demens uppstår symtomen mer plötsligt och uppkommer ofta av att blodtillförseln till hjärnan hindras. Ofta är en blodpropp orsaken. Det leder till att personer med vaskulär demenssjukdom kan variera mycket i sin vardagsfunktionalitet beroende på om dessa stopp/proppar löses upp, vilket kan möjliggöra en ökad blodtillförsel till hjärnan. Vaskulär demenssjukdom har således en varierande symtombild (Basum m.fl., 2013).

Sekundär demenssjukdom

Sekundära demenssjukdomar är en följd av somatisk sjukdom. Sjukdomar som hjärntumör, stroke och olika bristtillstånd kan orsaka demensliknande tillstånd. Den gemensamma nämnaren är att demenssymtom inte är huvudsymtomen utan en följd av primärsjukdomen. Om primärsjukdomen botas alternativt lindras försvinner alternativt minskas symtomen på demens (Basum m.fl., 2013).

Blandformsdemens

Blandformsdemens benämns det när personen med demenssjukdom har så utbredda hjärnskador att det inte går att begränsa till att sätta en specifik diagnos. Svårigheten ökar med äldre patienter som diagnostiseras sent i livet. Vanligt förekommande kombination är Alzheimers sjukdom och vaskulär demens (Marcusson, 2011).

Omvårdnad

Omvårdnad innebär att ge vård till någon annan, det är sjuksköterskans ansvarsområde och den bör bedrivas patientnära (Ehrenberg & Wallin, 2014). Omvårdnad ges och beslutas tillsammans med individen för att upprätthålla god hälsa och livskvalitet, oavsett om individen är frisk, sjuk eller i behov av stöd inför döden. Omvårdnaden bör ha ett tydligt helhetsperspektiv på människan där huvudfokus är individens välmående enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Omvårdnad kan ske på olika nivåer, allmän omvårdnad respektive specifik omvårdnad. Allmän omvårdnad är på grundläggande nivå och oberoende av sjukdom, omvårdnaden kan utföras av all vårdpersonal men även av anhöriga och andra personer i samhället. Specifik omvårdnad utförs vid sjukdom där det finns uttalade riktlinjer att förhålla sig till i relation till individens sjukdomsbild. Att bedriva specifik omvårdnad kräver specialistkunskaper (SOFS 2008:14).

Omvårdnad vid demenssjukdom

Hur omvårdnaden bör utformas och bedrivas beskrivs i de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010). Bedöma och beskriva vad livskvalitet/god levnadsnivå är vid demenssjukdom kan innebära svårigheter, vid skattning av någon annans välmående finns alltid en viss subjektivitet. För att personer med demenssjukdom i så stor utsträckning som möjligt ska uppleva livskvalitet bör omvårdnaden ske med individen i centrum. För att kunna uppnå detta krävs det samarbete mellan sjuksköterska, vårdpersonal samt anhöriga för att kunna få en god helhetsbedömning och minska svårigheterna med subjektiviteten (Brooker, 2006).

Personcentrerad vård

I den personcentrerade vården är både sjuksköterskor, vårdpersonal och patienten aktivt delaktiga och planerar vården gemensamt, för att kunna skapa ett välbefinnande för individen enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Personcentrerat arbete är inte enbart en arbetsstruktur utan ett förhållningssätt, där grunden är en holistisk syn på såväl människan som vården och ett avståndstagande från sjukdomsfokus, ett salutogent förhållningssätt (McCormack & McCance, 2010). I den personcentrerade vården står individen i fokus och arbetet är uppbyggt med hjälp utav ett team. I teamet kan det ingå flera olika vårdpersonalkategorier, det viktiga är att personen det berör och dess anhöriga är en del av teamet och aktivt delaktig i den egna vården (Ehrenberg & Wallin, 2014). Personcentrerad vård ställer krav på all vårdpersonal att vara lyhörd och följsam samt god förmåga att kunna se det som inte syns och höra det som inte sägs. Denna tyngdpunkt på de psykologiska aspekterna är det som kännetecknar en god personcentrerad vård (Brooker, 2006; McKeown, Clark, Ingelton, Ryan & Repper, 2010).

Personcentrerad vård vid demenssjukdom

Personcentrerad vård är grunden i demensvård, det framgår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010). Begreppet personcentrerad vård utgår från ett individperspektiv, där personen står i centrum och inte sjukdomen (Brooker, 2006). Brooker (2006) har vidareutvecklat begreppet personcentrerad vård inom demensvården. För att tydliggöra vilka delar som ingår i personcentrerad vård skapade Brooker en uppbyggnad för arbetet kallad VIPS-strukturen. VIPS-strukturen underlättar för sjuksköterskor att i klinisk verksamhet arbeta med begreppet personcentrerad vård och gå från teori till praktik. De fyra bokstäverna står för de centrala delar som all daglig omvårdnad för personer med demenssjukdom bör innehålla. VIPS, där V står för att värdera - så väl personen med demenssjukdom som sjuksköterskan värdesätts, I för individen - att bemöta och behandla personen med demenssjukdom som en unik individ. P för perspektiv - utgår ifrån personen med demenssjukdoms perspektiv och S för social miljö - en trygg och bra vardaglig miljö där det inte ska vara eller ses som ett hinder att vara demenssjuk. Denna struktur och uppdelning kan vara till hjälp för sjuksköterskor och vårdpersonal att få med alla delar i den personcentrerade vården (Brooker, 2006).

Vid personcentrerad vård för personer med demenssjukdom behöver sjuksköterskor inneha fördjupade kunskaper för att kunna arbeta i den kliniska verksamheten. Det krävs kunskap om individen, strategier i bemötande och kunskaper om demenssjukdom (Edberg, 2011; Socialstyrelsen, 2010). Vid personcentrerad vård är omvårdnaden individanpassad, trots detta kan vardagliga situationer ändå vara en stor utmaning för sjuksköterskor och vårdpersonal. Sjuksköterskor och vårdpersonal behöver ha ett kreativt tänkande, våga vara nära och bekräfta den demenssjuke där han/hon befinner sig (Brooker, 2006; Chang, m.fl., 2009). Hayajneh och Shehadeh (2014) påvisar att personcentrerat förhållningssätt minskar den arbetsbelastning vårdpersonal inom demensvård annars kan känna. Genom att se människan bakom sjukdomen ökade förståelsen hos vårdpersonal för personen med demenssjukdom. Det i sin tur skapade en högre grad av tillfredställelse med sitt eget arbete och ledde till att den upplevda arbetsbelastningen sjönk (Hayajneh & Shehadeh, 2014). Om personen med demenssjukdom får fortsätta att utföra dagliga aktiviteter, kan det medföra att de upplever en högre grad av livskvalitet (Sjögren, Lindkvist, Sandman, Zingmark, & Edvardsson, 2013). Med en sjukdom där minnet sviktar är det av vikt att ha tillgång till en levnadsberättelse, att genom den hitta goda utgångspunkter i hur den personcentrerade omvårdnaden bör utformas. Levnadsberättelsen ger tillgång till goda samtalsämnen i vardagen men är även ett underlag

vid mer oroliga situationer, att kunna avleda personen med något som är meningsfullt för var enskild individ (McKeown m.fl., 2010).

Sjuksköterskans kunskap och ansvar

En yrkesverksam sjuksköterska har det huvudsakliga ansvaret för det kliniska omvårdnadsarbetet. I det ansvaret ingår det att planera, leda, genomföra samt utvärdera omvårdnaden. I sjuksköterskans yrkesansvar ingår det även att arbeta preventivt/hälsofrämjande samt undervisa och förmedla kunskap till patient, anhörig, medarbetare och studerande. Alla dessa komponenter bidrar till att god och säker omvårdnad kan uppnås i klinisk verksamhet (Ehrenberg & Wallin, 2014). Omvårdnad är grunden i sjuksköterskans yrkesansvar, att se omvårdnaden som ett teoretiskt begrepp och inte enbart som en fysisk handling är av vikt för att sjuksköterskans etiska kod ska kunna följas. Etiska koden är internationell – International Council of Nurses [ICN] (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Sjuksköterskans etiska kod är att ”främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande” (Svensksjuksköterskeförening, 2014 s. 2).

Specialistsjuksköterskans kunskap och ansvar

För att kunna ge god och kunskapsbaserad omvårdnad samt utöva ett utvecklingsarbete som bygger på evidens krävs det en högre akademisk nivå (Edberg m.fl., 2013; German Millberg, Berg, Björk Brämberg, Nordström & Öhlén, 2014). Specialistutbildning bör på internationellt plan bygga på att teoretisk kunskap, relevant forskning och klinisk utbildning vävs samman för att uppnå hög kvalitet, som både leder till en akademisk examen och en yrkesexamen (Dury, m.fl., 2014; German Millberg m.fl., 2014). Att vara specialistsjuksköterska innebär arbete på avancerad nivå med olika omvårdnadssituationer (Edberg m.fl., 2013). En grundutbildad sjuksköterska saknar tillräckligt med kunskaper i sin utbildning för att kunna arbeta självständigt i olika omvårdnadsområden med specialistinriktning (Willman, 2010). Det krävs inte enbart hög klinisk blick utan även en hög emotionell kunskap - att kunna läsa av och förstå komplexa omvårdnadssituationer enligt Williams (2015).

Specialistsjuksköterskans kärnkompetens – teoretisk utgångspunkt

Specialistsjuksköterskans kärnkompetens bygger på sex kärnkompetenser. Det finns en internationell enighet om att dessa behövs för att kunna driva hälso- och sjukvården framåt (Edberg m.fl., 2013). De sex kärnkompetenserna är följande:

Personcentrerad vård

Edberg m.fl. (2013) presenterar personcentrerad vård som ett centralt begrepp gällande förhållnings- och arbetssätt för specialistsjuksköterskor. Enligt Ross, Tod och Clarke (2015) anser sjuksköterskor att det är eftersträvansvärt att vård och utvecklingsarbete bedrivs personcentrerat, att de själva ser en vinning i det personcentrerade arbetssättet. Med en ökad förståelse för individen bakom sjukdomen, men även en struktur för det praktiska arbetet i sin verksamhet (Ross, Tod & Clarke, 2015). För att det ska vara genomförbart i den kliniska verksamheten krävs det sjuksköterskor med kompetens för uppdraget enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Det blir specialistsjuksköterskors ansvar med sin fördjupade kompetens att driva omvårdnaden framåt enligt Högskoleförordningen (1993:100). För att specialistsjuksköterskor ska ha möjlighet att genomföra det krävs tydliga strategier för den personcentrerade vården, så att den bibehåller god kvalitet (Edberg m.fl., 2013). Mc.Hugh m.fl. (2012) påvisar utifrån internationella studier att arbeta patientnära och personcentrerat samt att sjuksköterskan innehar en hög kompetens medför kvalitetssäkring för vården, det framkom genom kortare vårdtid, mindre dödsfall samt lägre ekonomiska kostnader (Mc.Hugh

m.fl., 2012). För att god personcentrerad vård ska kunna uppnås krävs det samverkan i team (Edberg m.fl. 2013).

Säker vård

Säker vård innefattar flera olika delar och för att uppnå god patientsäkerhet krävs det inte bara organisatorisk säkerhet utan även kompetensmässig säkerhet. Med det menas att den vård som bedrivs svarar upp mot nationella riktlinjer och lagar men även att den vårdnivå som bedrivs, utövas av sjuksköterskor med aktuell behörighet (Edberg m.fl., 2013). I patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår det tydligt att vårdgivaren, tillika sjuksköterskan ska inneha rätt kompetens för uppdraget. Det är därför specialistsjuksköterskans uppdrag utifrån sin spetskompetens att säkerställa den vård som ges inom valt specialistområde (Edberg m.fl., 2013).

Informatik

Specialistsjuksköterskan har del i att kommunikation och information utförs och utvecklas. En god kommunikation och information är en förutsättning för att vården ska bedrivas enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Omvårdnadsperspektivet bör genomsyra den information och kommunikation som utförs av sjuksköterskor och vårdpersonal exempelvis att skapa god kunskapsbaserad vård med stöd från omvårdnadsprocessen. Tekniken driver vården framåt, idag har patienten en större roll än tidigare gällande sin egen vård exempelvis vid användningen av olika internet/onlinetjänster. Dessa tjänster kan vara allt från att boka tid, förnya recept, träffa läkare samt läsa sin journal. Specialistsjuksköterskan behöver inneha kunskap gällande information och kommunikation utifrån teknikperspektivet för att kunna leda omvårdnadsarbetet framåt (Edberg m.fl., 2013).

Samverkan i team

Samverkan i team är en huvudfaktor för att vård ska kunna ges personcentrerat och med individen i centrum (Kvarnström & Cedersund, 2006). Det finns ett flertal olika teamkonstellationer exempelvis team inom samma yrkeskategori, multiprofessionella team, team över olika yrkeskategorier, team utifrån en viss typ av händelse eller problematik exempelvis traumateam, ryggteam osv. (Edberg, 2013). Teamet kännetecknas av kunskapsutbyte samt samarbete och samverkan på jämbördig nivå där fokus ligger på bästa möjliga resultat för patienten (Kvarnström & Cedersund, 2006). Specialistsjuksköterskor med fördjupad kunskap enligt Högskoleförordningens (1993:100) krav, kan då i sin roll och sitt yrkesansvar bidra till teamet med sin fördjupade kompetens inom omvårdnad exempelvis genom patientsäkerhetsarbete utifrån aktuell forskning samt kontinuitet i mötet med vårdtagaren. Helhetssynen som specialistsjuksköterskor bidrar med i teamet utgår från den personcentrerade vården och bygger på evidens (Edberg m.fl., 2013).

Evidensbaserad vård

Den svenska översättningen evidensbaserad vård kommer från det internationella begreppet Evidence-based nursing [EBN] där grunden skapades av Florence Nightingale. Evidensbaserad vård bygger på utveckling och förbättring inom hälso- och sjukvård som uppnås genom att mäta, samla in fakta, sammanställa samt presentera resultat inklusive uppföljning gällande vård och omvårdnad av patienter enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Från 1990-talet och framåt ska omvårdnaden i Sverige vara evidensbaserad (Edberg m.fl., 2013). Specialistsjuksköterskor behöver ha rätt verktyg för att kunna fatta beslut som bygger på evidens. Dessa verktyg bygger på kunskap, handlag samt bemötande, alla komponenter behövs för att sjuksköterskan ska kunna fatta ett beslut gällande vården utifrån evidens (German Millberg m.fl., 2014; Yost m.fl., 2014). För ett aktivt arbete med evidens i klinisk verksamhet har specialistsjuksköterskor inom onkologiförbundet provat en modell som

benämns Putting Evidence Into Practice [PEP] där team konstruerades med olika vårdkategorier samt en specialistutbildadsjuksköterska som ansvarig, för att i ett tydligare och mindre forum kunna bedriva evidensbaserad vård (Johnson, 2014).

Förbättringskunskap

Kvalitetsarbete med fokus på utveckling och förbättring är något som fortlöpande ska ske inom var verksamhet inom hälso- och sjukvården. Det är verksamhetens ledning som ska se till att hela organisationen följer detta enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Kvalitetsarbetet kan genomföras av en specialistsjuksköterska med den kompetens och erfarenhet som krävs för uppdraget. I Sverige har satsningen inom området patientsäkerhet kontra omvårdnads kunskap med fokus på specialistuppdrag startat under 2000-talet, exempelvis genom olika kvalitetsregister (Edberg m.fl., 2013). I register mäts aktuella data för vald patientgrupp som sammanställs och följs upp och kan sedan jämföras med nationell data. De statistiska resultaten från kvalitetsregister kan användas för att driva omvårdnadsutveckling samt forskning vidare (SOSFS 2011:9). Ett närmre samarbete mellan högskolor och verksamheter ökade förståelsen hos sjuksköterskor för evidensbaserad vård i klinisk verksamhet. Sjuksköterskor insåg att akademisk utbildning var en meningsfull del i specialistsjuksköterskans profession och bidrog i det kliniska till en säkrare vård för patienten (German Millberg m.fl., 2014).

Sjuksköterska som vårdar personer med demenssjukdom

Vården av personer med demenssjukdom är både en utmaning och komplext, detta på grund av att många äldre ofta även är multisjuka och har ett stort behov av att vårdas av en specialistsjuksköterska (Socialstyrelsen, 2010). På grund av sin kognitiva nedsättning är denna grupp en mycket utlämnad patientkategori och det i sin tur gör att det ställs höga krav på omvårdnaden (Chang m.fl., 2009). Omvårdnad av personer med demenssjukdom sker således i stor utsträckning på avancerad nivå (Williams, 2012; Traynor, Inoue & Crookes, 2011). Relaterat till den ofta förekommande multisjuklighet hos personer med demenssjukdom räcker det inte för sjuksköterskan att ha grundläggande kunskaper i omvårdnad utan fördjupade kunskaper krävs (Traynor, Inoue & Crookes, 2011; Rahman & Harrison Dening, 2016).

Sjuksköterskan inom demensvård har en viktig roll att handleda medarbetare och stötta dem i den personcentrerade vården. För att som sjuksköterska kunna utföra det krävs fördjupade kunskaper i omvårdnad (Socialstyrelsen, 2010). I Sverige finns idag ett fåtal vidareutbildningar inom demens, relaterat till utbildningsbristen saknas en kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska inom demensvård. Svensk sjuksköterskeförening tar enbart fram kompetensbeskrivningar när det finns tillräckligt med utbildningar som svarar upp mot statens krav som följer högskoleförordningens mål för yrkesexamina (Högskoleförordningen, 1993:100; Willman, 2010). Det medför att det saknas ett skriftligt underlag gällande förväntade kunskaper hos en sjuksköterska yrkesverksam inom demensvård och att få sjuksköterskor är vidareutbildade till specialistsjuksköterskor inom demensvård (Willman, 2010). Många äldre, som är den vanligaste patientkategorin med demenssjukdom är multisjuka och i behov av specialistkompetens inom flera av sina sjukdomstyper. Sjuksköterskor som arbetar inom äldreomsorg och demensvård behöver en fördjupad kunskap inom geriatrik, gerontologi och kognitiva sjukdomar (Socialstyrelsen, 2012b).

Problemformulering

Antalet personer med demenssjukdom ökar i Sverige och statistik påvisar att denna trend kommer fortsätta då befolkningen blir allt äldre. Enligt WHO är demens en av vår tids snabbast växande folkhälsoproblem. Vilket medför att det ställs ökade kunskapskrav på sjuksköterskor för att kunna möta denna patientgrupp med en komplex sjukdomsbild. Det finns idag få vidareutbildningar inom området demens, vilket medför att antalet verksamma sjuksköterskor med fördjupade kunskaper också är begränsat. Hur sjuksköterskor upplever sin arbetssituation utifrån kunskap och förutsägningar är ett område värt att utforska för fortsatt utveckling av omvårdnad för personer med demenssjukdom.

SYFTE

Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelse av förutsättningar och kunskapsbehov vid omvårdnad av personer med demenssjukdom.

METOD

Ansats och design

Metodval för det självständiga arbetet var litteraturöversikt med syfte att skapa en översikt gällande befintlig forskning inom valt omvårdnadsområde. En litteraturöversikt innebär att söka efter, kritiskt granska samt sammanställa tidigare forskning inom det utvalda ämnesområdet. Insamlade fakta ska sedan så tydligt som möjligt besvara litteraturöversiktens forskningsfråga (Forsberg & Wengström, 2013). Litteraturöversikt som metodval utgår ifrån att arbeta systematiskt med artiklar inom valt omvårdnadsområde. Det bearbetade materialet bör sedan skapa en tydlig bild över det valda området, arbetet ska bedrivas strukturerat med tydlig avgränsning till det fenomen som ska studeras (Forsberg & Wengström, 2013). Det bearbetade materialet är en del av evidensbaserat arbete och kan ligga till grund för ny kunskap eller nya tankesätt. Materialet kan även påvisa brister där mer kunskap behövs eller nya riktlinjer, resultatet skapar en beskrivande översikt utifrån litteraturöversiktens syfte (Polit & Beck, 2016).

Urval

Urvalet av artiklar till litteraturöversikten begränsades genom att använda inklusions- och exklusionskriterier. Kriterierna utgick ifrån Polit och Becks (2016) rekommendation. Inklusionskriterier var peer-reviwed, författade på engelska, originalartikel samt max tio år. Ålderintervall justerades vid databassökning till 11 år. Exklusionskriterier var artiklar som inte uppnår ovanstående krav samt var litteraturöversikter. I litteraturöversikten har ingen avskiljning gjorts mellan artiklar med kvalitativ eller kvantitativ ansats. De inkluderade artiklarna skulle även uppfylla förutbestämd klassificering utifrån bedömningsunderlag se bilaga I. De artiklar som inte blev godkända utifrån det vedertagna bedömningsunderlaget exkluderades.

Artiklar som inkluderats utgår från sjuksköterskor som är yrkesverksamma och möter personer med demenssjukdom i sin verksamhet. Ingen avskiljning har gjorts mellan grundutbildade eller specialistutbildade sjuksköterskor. I de inkluderade artiklarna som innefattar både sjuksköterskor och annan vårdpersonal, kan det utläsas i artikelns resultat vilka svar som är från sjuksköterskor. Några avgränsningar gällande verksamhetsområde och geografisk inkludering förekommer inte.

Datainsamling

Sökning av vetenskapliga artiklar genomfördes via databas CHINAL, MEDLINE och PsycINFO, valet föll på dessa databaser som sökmotorer för att de har tillförlitligt utbud av forskning inom omvårdnadsvetenskap. Således ett lämpligt val att använda vid omvårdnadsforskning och studier på avancerad nivå (Forsberg &Wengström, 2013). Databaser och dess utslag presenteras i tabellform. I tabellerna framgår det - vald databas, sökord, begränsningar, antal träffar, granskade abstrakt, granskade artiklar och slutligen inkluderade artiklar. En tabell med resultatet presenteras för varje enskild databas (Tabell 1,2 & 3). Flertalet abstrakt lästes för att avgöra om sökt artikel svarade upp mot litteraturöversiktens syfte. Sökt artikels abstrakt är en avgörande utgångspunkt för att bedöma dess relevans, om den ska inkluderas i litteraturöversikten (Polit & Beck, 2016). Femton artiklar utifrån databassökning inkluderades i litteraturöversikten, de utvalda artiklarna presenteras schematiskt i en matris se bilaga II.

Sökning i databaser och insamling av data skedde i januari och februari 2017, insamlingen utfördes utifrån de urval som beskrivits ovan, vid sökning i databaser har fritext använts. Sökord som använts vid databassökning utgår från litteraturöversiktens syfte: nurse, dementia, needs, knowledge, nursing och care. Utvalda sökord användes i kombination. Vid kombination användes boolesk sökterm och vald sökterm är AND som är en vedertagen sökterm vid databassökning (Forsberg &Wengström, 2013). I avsikt att säkerställa kvalitén och trovärdighet ur vetenskapligt perspektiv användes inställningen peer-reviewed i databas innan sökning påbörjades (Polit & Beck, 2016). Datainsamlingen avslutades med att göra en manuell sökning via de utvalda artiklarnas referenslistor för att hitta artiklar som inte fanns i valda databaser eller artiklar som inte kommit upp utifrån utvalda sökord (Forsberg & Wengström, 2013). Den manuella sökningen genererade inte till att fler artiklar inkluderades.

Tabell 1. Resultatredovisning av artikelsökning i CINAHL.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa artiklar	Utvalda
Cinahl 170119	Nurse AND dementia AND needs	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	334	0	0	0
Cinahl 170119	Nurse AND dementia AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	185	0	0	0
Cinahl 170119	Nurse AND dementia AND needs AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	80	32	7	4
Cinahl 170129	Nurse AND dementia AND nursing	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	1136	0	0	0
Cinahl 170129	Nurse AND dementia AND nursing AND needs	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	259	0	0	0
Cinahl 170129	Nurse AND dementia AND nursing AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	150	0	0	0
Cinahl 170129	Nurse AND dementia AND nursing AND needs AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	62	18	6	3
Cinahl 170214	Nurse AND dementia AND care	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	1080	0	0	0
Cinahl 170214	Nurse AND dementia AND care AND needs	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	301	0	0	0
Cinahl 170214	Nurse AND dementia AND care AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	161	0	0	0
Cinahl 170214	Nurse AND dementia AND care AND needs AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	75	23	3	2
Total				73	16	9

Tabell 2. Resultatredovisning av artikelsökning i MEDLINE.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa artiklar	Utvalda
Medline 170119	Nurse AND dementia AND needs	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	12	9	0	0
Medline 170119	Nurse AND dementia AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	10	5	0	0
Medline 170119	Nurse AND dementia AND needs AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	3	3	0	0
Medline 170129	Nurse AND dementia AND nursing	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	52	9	0	0
Medline 170129	Nurse AND dementia AND nursing AND needs	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	11	4	0	0
Medline 170129	Nurse AND dementia AND nursing AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	9	3	0	0
Medline 170129	Nurse AND dementia AND nursing AND needs AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	3	0	0	0
Medline 170214	Nurse AND dementia AND care	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	51	12	7	1
Medline 170214	Nurse AND dementia AND care AND needs	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	11	2	0	0
Medline 170214	Nurse AND dementia AND care AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	10	1	1	1
Medline 170214	Nurse AND dementia AND care AND needs AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	3	0	0	0
Total				48	8	2

Tabell 3. Resultatredovisning av artikelsökning i PsycINFO.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa artiklar	Utvalda
Psycinfo 170119	Nurse AND dementia AND needs	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	261	0	0	0
Psycinfo 170119	Nurse AND dementia AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	143	9	0	0
Psycinfo 170119	Nurse AND dementia AND needs AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	63	7	2	1
Psycinfo 170129	Nurse AND dementia AND nursing	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	638	0	0	0
Psycinfo 170129	Nurse AND dementia AND nursing AND needs	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	214	0	0	0
Psycinfo 170129	Nurse AND dementia AND nursing AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	125	0	0	0
Psycinfo 170129	Nurse AND dementia AND nursing AND needs AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	56	12	2	2
Psycinfo 170214	Nurse AND dementia AND care	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	689	0	0	0
Psycinfo 170214	Nurse AND dementia AND care AND needs	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	244	0	0	0
Psycinfo 170214	Nurse AND dementia AND care AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	128	4	0	0
Psycinfo 170214	Nurse AND dementia AND care AND needs AND knowledge	Published dates 2006-2017 Peer reviewed English language	57	14	1	1
Total				46	5	4

Databearbetning och analys

Enligt Polit och Beck (2016) behöver författaren till litteraturöversikten inneha moralisk acceptans samt ett öppet sinne och flexibilitet vid inläsning och arbete med materialet. Nya fakta kan uppstå under processen, det kan i sin tur leda till att sökord eller referenser läggs till. I en litteraturöversikt kan både studier med kvalitativ och kvantitativ ansats användas, ingen vidare avgränsning behöver göras sinsemellan. Användning av de olika ansatserna kan ge en bredare grund och ämnet kan ses ur olika vinklar. För att undvika att hamna på sidospår är en viktig del att ha syftet tydligt genom hela processen, samt använda sig av aktuella och relevanta bedömningsunderlag för att säkerställa arbetets material (Polit & Beck, 2016).

Bedömningsunderlag som användes i litteraturöversikten är framtaget av Sophiahemmets Högskola och är en modifiering utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) samt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Underlaget presenterar artiklarnas kod och klassificering samt den vetenskapliga kvalitén; hög, medel eller låg (Bilaga I). De utvalda artiklarna presenteras kortfattat och schematiskt i en artikelmatris se bilaga II, i matrisen kommer det framgå artikelns titel, syfte, metod, deltagare/bortfall, resultat samt kvalitet/typ (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2011).

Analysförfarandet utfördes genom en integrerad analys, som används för att tydliggöra de inkluderade artiklarnas resultat i relation till varandra istället för att presenteras enskilt, då en enskild presentation sällan leder till ett nytt resultat. Litteraturöversiktens syfte gällande resultatet är att på ett strukturerat sätt skapa en tydlig bild över det valda problemområdet (Friberg, Dahlborg Lyckhage, Segersten & Östlund 2012). Analysförfarandet enligt Kristenssons (2014) metod sker i flera steg för att skapa trovärdighet och tydlighet samt underlätta för författaren att förstå och värdera de inkluderade artiklars resultat. Analysen består av tre steg där steg ett är upprepade och noggrann genomläsning av de artiklar som valdes att inkluderas i litteraturöversikten, här upptäcktes likheter och/eller skillnader. I steg två identifierades kategorier, gemensamma rubriker, där det går att urskilja samband och tillhörighet mellan de olika artiklarna. I tredje och sista steget sammanställdes resultatet under de olika kategorierna. Dessa kategorier kan sedan med fördel användas som underrubriker i litteraturöversiktens resultatdel, vilket har utförts i den här litteraturöversikten. Den integrerade analysen har nu skapat en ny helhet av det bearbetade artikelmaterial enligt Kristenssons (2014) teori.

Forskningsetiska övervägande

Artiklar som ingår i litteraturöversiktens resultat har blivit granskade och godkända att publiceras av en etisk kommitté. I litteraturöversiktens diskussionsdel kommer det framgå när det är denna litteraturöversiktens resultat som presenteras och när det är artikelförfattarnas resultat som presenteras. Författaren har arbetat med noggrannhet och försiktighet för att uppnå god forskningsetik. Fakta som framkommer ur de valda artiklarna kommer inte att förvrängas, underhållas eller utelämnas. Då finns det en möjlig risk att resultatet kan misstolkas, det skulle i så fall vara ett oetiskt förhållningssätt enligt Forsberg och Wengström (2013).

RESULTAT

I analysarbetet av resultatets 15 artiklar enligt Kristenssons (2014) analysmetod framkom tre kategorier. Kategorierna utgick ifrån att belysa sjuksköterskors upplevelse av förutsättningar och kunskapsbehov för att kunna ge god omvårdnad för personer med demenssjukdom. Varje kategori har sedan brutits ned ytterligare ett steg till för att få djupare förståelse och förtydliga tillhörighet. Dessa kategorier och underkategorier har använts som rubriksättning i resultatet.

Tabell 4. Redovisning av resultatets kategorier och underkategorier.

Kategori:	Underkategori:
Sjuksköterskors upplevelser av organisatorsikt stöd	Organisatorisk uppbyggnad Förändrings- och förbättringsarbete Teamsamverkan
Sjuksköterskor inom demensvård - roll och yrkesansvar	Sjuksköterskors yrkesstolthet - en fungerande vardag Upplevelse av ovisshet Kommunikation
Sjuksköterskor inom demensvård - kompetens och kunskapsbehov	Behov av kunskapsutveckling - i det dagliga arbetet Behov av formell utbildning

Sjuksköterskors upplevelser av organisatoriskt stöd

Organisatorisk uppbyggnad

Inom området organisatorisk uppbyggnad och stöd upplevde flertalet sjuksköterskor att de inte räckte till, att arbetet inte blev utfört utan att någon form av missnöje eller frustration uppstod (Chenoweth, Merlyn, Jeon, Tait & Duffield, 2014; Edberg, Bird, Richards, Woods, Keeley & Davis-Quarrell, 2007; Griffiths, Knight, Harwood & Gladman, 2013; Josefsson, Sonde & Robins Wahlin, 2006; Smythe, Jenkins, Galant-Miecznikowska, Bentham & Oyebo, 2016). Det finns ett ökat behov av resurser inom organisatorisk stöttning, och här framkom två typer av behov. Dels att själva organisationen medförde begränsade möjligheter genom brist på stöd och avsatt tid men även förekomst av kompetensbrist hos enskilda sjuksköterskor. Oberoende av vilket land som sjuksköterskorna emanerade ifrån var de eniga om att den ansträngda arbetssituationen påverkade deras arbete. Situationen uppfattades som ansträngd ur sjuksköterskornas perspektiv då hen ville göra mer än vad som fanns utrymme till såväl i miljö, tid och resurser som organisatoriskt (Edberg m.fl., 2007).

Sjuksköterskorna beskrev sitt ansvarsområde huvudsakligen som att dirigera och instruera annan vårdpersonal, att arbeta med dokumentation och att stödja anhöriga. De poängterade hur viktigt det var med ett förhållningssätt där den personcentrerade vården anammades i arbetet med personer med demenssjukdom. Sjuksköterskorna upplevde själva att de var långt ifrån den kliniska verksamheten och de kunde därför inte medverka till eller driva den personcentrerade vården framåt i den utsträckning de önskade (Smythe m.fl., 2016). De upplevde att arbetsbelastningen var tung vilket påverkade kvalitén på bemötandet gentemot personen med demenssjukdom. Orsak kunde vara att sjuksköterskorna inte hade kunskap om hur de skulle bemöta och göra vid svåra omvårdnadssituationer. Även de som förfogade över demenskunskaper och visste hur situationen skulle kunna lösas ansåg inte att den faktiska tiden fanns, på grund av andra akuta sysslor på avdelningen (Sampino & Sequeira, 2014; Scerri, Innes, & Scerri, 2015).

Förändrings- och förbättringsarbete

Sjuksköterskorna, oavsett arbetsplats, kände alla en frustration gällande införandet av olika systemförändringar som inte hade implementerats på ett korrekt sätt. Det vill säga i samråd med sjuksköterskor och omvårdnadspersonal innan beslut togs att de skulle införas. De infördes med kort förvarning, inga eller mycket små förberedelser samt avsaknad av utbildning. Dessa organisatoriska förändringar skapade frustration hos sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna upplevde att de organisatoriska förändringarna kunde motarbeta den omvårdnaden de önskade bedriva i verksamheten och kom inte personerna med demenssjukdom till gagn. Flertalet förändringar gjorde även att sjuksköterskorna ansåg att de kom allt längre ifrån patienterna och den kliniska verksamheten (Chenoweth m.fl., 2014; Samsi, Manthorpe, Nagendran & Heath, 2011).

Inom sektorn vård av äldre beslutades det att provas en arbetsmodell där en kliniskt arbetande sjuksköterska användes som konsult [KSK] vid vård av personer med demenssjukdom. Det som kännetecknar en KSK är att sjuksköterskan har fördjupade kunskaper och vidareutbildning inom valt ämnesområde, i detta fall demensvård. Behovet framkom ur ett organisatoriskt perspektiv, där vinster sågs med att en kompetensstödande sjuksköterska fanns tillgänglig för övrig personal för förbättrandet av kvaliteten på kort och lång sikt (Duane, Goeman, Beanland & Koch, 2015). De såg i sin studie att med KSK-modellen och dess struktur skapade en förhöjd livskvalité hos personer med demenssjukdom. Då KSK-modellen skapade ett tydligare fokus på vad varje enskild individ var i behov utav för omvårdnad. Sjuksköterskorna som vårdade kunde då skaffa sig mer specifika kunskaper, när hen visste vad situationen krävde och efterfrågade vilket ledde till att sjuksköterskorna blev tryggare i sitt eget yrkeskunnande (Duane m.fl., 2015). Det var uppskattat att få hjälp och stöttning av sjuksköterskor med fördjupade kunskaper inom demensvård med att värdera, bemöta och strukturera vården kring personen med demenssjukdom. Även här upplevdes den brist på utbildade specialistsjuksköterskor som tidigare beskrivits. Organisatoriskt får då specialistsjuksköterskorna ansvar för allt större enheter eller områden vilket minskar deras möjligheter att finnas i verksamheten. (Griffiths m.fl., 2013). Sjuksköterskor oavsett om de arbetade med äldre vård eller demensvård önskades möjlighet till mer kunskap och gärna formell vidareutbildning inom sitt specialistområde. Arbetsgivarens finansiella bidrag visade sig som mycket lågt för vidareutbildning och därav var det få sjuksköterskor som valde att studera vidare, även om en uttalad vilja till det fanns (Josefsson, Sonde & Robins Wahlin, 2006).

Teamsamverkan

Griffiths m.fl. (2013) påvisade i sin studie att multiprofessionella teammöten gav mycket och var uppskattat, dock var de förekommande på en för sporadiskt basis. Det som försvårade var tidsmässig tillgång utifrån schema, att få till tider när alla olika professioner hade möjlighet att närvara (Griffiths m.fl., 2013). Sjuksköterskor såg ett behov av att hitta nya vägar i arbetet för att nå ut med vården på ett bättre sett till individen. Något som de talade positivt om var att hitta ökade möjligheter för det multiprofessionella teamet (Page & Hope, 2013). Det är av vikt att även se anhöriga som en del i teamet för att öka kvalitén på vården av personer med demenssjukdom (Samsi m.fl., 2011; Scerri, Innes, & Scerri, 2015).

Sjuksköterskor inom demensvård - roll och yrkesansvar

Sjuksköterskors yrkesstolthet - en fungerande vardag

Sjuksköterskorna var eniga om att arbetet med personer med demenssjukdom var en positiv erfarenhet och att det gav mycket tillbaka. Utgångspunkt i vården för de sjuksköterskor som hade fördjupade kunskaper i demensvård var en önskan om att lindra personens lidande och öka personens livskvalité (Edberg m.fl., 2007). Vid arbete som sjuksköterska för personer med demenssjukdom är kommunikationsförmåga och klinisk skicklighet av stor vikt, då hen ofta fick förmedla till annan vårdpersonal vad som behöver göras kliniskt. Därför kände sjuksköterskorna att det var dessa två områden de arbetade mest med och hann mycket sällan själv delta i det kliniska arbetet (Smythe m.fl., 2016). För att sjuksköterskorna skulle bibehålla sitt intresse för arbetet men även att stanna kvar på sin arbetsplats ville de ha ett större erkännande för det arbete de faktiskt utförde, exempelvis att känna sig värdesatt för sina förmågor, kunskaper och erfarenhet samt att de var engagerad i sitt arbete. Det är inte enbart en komplex situation att arbeta med personer med demenssjukdom utan även en utmaning att få sjuksköterskor att känna sig tillfredställda på och med sitt arbete samt få sjuksköterskor att stanna i verksamheten (Chenoweth m.fl., 2014).

Scerri, Innes och Scerri (2015) belyser hur det är möjligt att lägga upp arbetet och öka förståelse för omvårdnaden för personer med demenssjukdom. Bemötandet i olika former och konstellationer är huvudfokus utifrån omvårdnadsstrategier, för att få vården av personer med demenssjukdom att fungera i praktiken på en vårdavdelning på ett sjukhus. Det behövs byggas upp en fungerande relation och arbetsstruktur med utomstående enheter exempelvis ta hjälp utav specialist inom demensvård för stöd och råd samt ett ökat samarbete med anhöriga. VIPS- strukturen valdes för omvårdnadens uppbyggnad och blev ett stöd och en tydlighet i hur omvårdnaden skulle utföras i stället för att sjuksköterskorna handlar utifrån vad hen anser vara lämpligt. I och med att VIPS-strukturen började praktiseras på vårdavdelningen ökade även förståelsen hos sjuksköterskorna och vårdpersonal för bakomliggande orsaker till att personen med demenssjukdom reagerar eller agerar på ett visst sätt. Den ökade förståelsen ledde till att andra omvårdnadsstrategier valdes, som nu inte enbart byggde på de somatiska symtomen utan även på symtom på psykosocial nivå. Trots den stressiga vardagen som förekom på vårdavdelningen såg sjuksköterskor och vårdpersonal en vinning i att ta den extra tiden att lära känna personen bakom sjukdomen, då det underlättade för omvårdnaden samt minskade förekomst av BPSD. Det gjorde att personen med demenssjukdom upplevdes som lugnare och att det gick lättare att vårda (Scerri, Innes, & Scerri, 2015).

Upplevelse av ovisshet

Det framkom upplevelse av ovisshet i flera olika former inom vård av personer med demenssjukdom. Ovissheten präglades av att sjuksköterskorna upplevde sig villrådig alternativt avsaknad av kunskap för att kunna stötta, hjälpa och råda i aktuell situation (Cowdell, 2010; Samsi m.fl., 2011; Skomakerstuen Odbehr, Kvigne, Hauge & Danbolt, 2014). De som arbetade på vårdavdelning mötte personer med demenssjukdom som vårdades akut, ofta med annan föreliggande somatisk sjukdom som orsak. Sjuksköterskorna ville uppnå en god och säker vård, det var de eniga om. Dock influerades de av sin egen filosofi om hur omvårdnaden skulle bedrivas. Omvårdnaden byggde således på sjuksköterskornas egen tro snarare än utifrån evidens. De flesta av sjuksköterskorna grundade sin omvårdnadsfilosofi i att ge den vård som de själva skulle vilja ha. De rutades även in av stress exempelvis att patienterna behövde vara klara till vissa klockslag och inte utifrån personen med demenssjukdoms mående (Cowdell, 2010).

Vid implementering av ny arbetsstruktur ansåg sjuksköterskorna att de hade behövt en bättre implementering och tydligare information av dokumentet för riktlinjer gällande personer med demenssjukdom. Både i faktisk tid och hunnit bekanta sig med riktlinjerna innan de skulle börja användas. Även praktisk hjälp och stöd i hur man arbetar med riktlinjer i praktiken. Det kunde uppstå stress för sjuksköterskorna och osäkerhet gällande beslut då de inte kände sig trygga i situationen. De ansåg ändå att riktlinjerna skulle kunna bli ett bra stöd och även leda till en ökad samsyn (Samsi m.fl., 2011).

Ett ämne som sjuksköterskorna ofta undvek var att tala om döden med personerna med demenssjukdom. De tolkade ofta när personen uttalade dödslängtan som depression och omvårdnadsåtgärder alternativt farmakologisk behandling kunde då i vissa fall sättas in som behandling. Medicinering mot depression sattes då in istället för samtal om döden – dessoundviklighet kontra ett sjukdomstillstånd som inte går att bota. Sjuksköterskorna upplevde en vedertagen tystnad gällande personer som bor på äldreboende och vad dessa individer har för tro och religion. Det blev ännu mer tydligt när det kom till personer med demenssjukdom. Flertalet av sjuksköterskorna kände sig illa tillmodis i dessa situationer och kände heller inte att de visste vad som gällde utifrån ledning och organisation i dessa frågor (Skomakerstuen m.fl., 2014).

Kommunikation

Det är en utmaning att kommunicera med personer med kognitiv svikt, både i att försöka tolka vad personen vill säga och för sjuksköterskorna att förmedla information till personen. Information kan gälla vad som ska hända härnäst - exempelvis behandling/operation, men även enklare uppmaningar som att kunna vårda eller ta sin medicin. Sjuksköterskorna kände utifrån detta en låg tillfredsställelse i sitt arbete när de vårdade personer med demenssjukdom, det framkom genom frustration, stress och medlidande. Författarna såg i sin studie att utbildning och stötning var ett behovsområde på arbetsplatsen. Önskvärt var ökad tillgång till specialistsjuksköterskor inom demensvård både gällande stöd och tillgänglighet, konsultativt för övrig personal samt faktiskt avsatt tid för arbetet med de patienter som har en demenssjukdom (Griffiths m.fl., 2013).

Sjuksköterskor inom demensvård - kompetens och kunskapsbehov

Behov av kunskapsutveckling - i det dagliga arbetet

Sjuksköterskorna påtalade själva ett kunskapsgap mellan den praktiska och teoretiska kunskapen gällande personcentrerad vård. De kände till begreppet personcentrerad vård och arbetade i praktiken utifrån begreppet men hade inte den teoretiska kunskapen och förstod inte vårdfilosofin fullt ut (Fessey, 2007). Även gällande lagar och bedömningar utifrån etiska aspekter förekom det en klyfta mellan den teoretiska och praktiska kunskapen. Utbildning behövdes exempelvis gällande mänskliga rättigheter och vad lagen säger vid en demenssjukdom, det uppstod då i det praktiska omvårdnadsarbetet en osäkerhet vad som gällde och sjuksköterskorna valde att i vissa situationer bli passiva med rädsla om sin egen yrkestitel och legitimation (Skomakerstuen m.fl., 2014; Page & Hope, 2013). Sjuksköterskorna hade goda kunskaper i demenssjukdomar och vad som kan vara lämplig omvårdnad och åtgärder vid olika sjukdomar, det som det fanns bristande kunskaper i var själva ledarskapsförmågan att nå ut med sina kunskaper till kollegor och få verksamheten att arbeta utifrån den kunskapen som i teorin fanns (Page & Hope, 2013).

Griffiths m.fl., (2013) påvisade i sin studie att det fanns behov av utbildning på flera olika områden, induktion, träning i tjänst men även en teoretisk kunskap gällande delirium kontra demenssjukdom. Lin, Hsieh och Lin (2012) påvisar även de att det var vanligt förekommande att sjuksköterskorna blandade ihop delirium med demenssjukdom. Det fanns hos sjuksköterskorna en god grundläggande kunskapsgrund gällande demenssjukdom, dock upplevde de en utmaning i att omforma teoretiska kunskaper till praktiskt kliniskt arbete. Det som sjuksköterskorna främst behövde mer kunskap i var bemötande, då de ofta närmade sig och samtalade med personen utifrån ett verklighetsorienterat perspektiv. De såg själva detta behov av kompetensutveckling för att bli tryggare i sitt yrke och omvårdnad av personer med demenssjukdom (Huang m.fl., 2012; Lin, Hsieh & Lin, 2012).

Sjuksköterskorna upplevde själva att det fanns goda kunskaper om demenssjukdom, men att det behövdes fördjupade kunskaper i mötet med anhöriga, stöd vid kartläggning och hur vedertagna skattningsdokument ska användas. I dialog med anhöriga gällde det främst vilken hjälp och vård som kan erbjudas. Det framkom i studien att den teoretiska kunskapen och även kunskap i användandet av omvårdnadsteorier så väl som skattningsdokument inte nådde upp till samma nivå som den praktiska kunskapen och erfarenheten. Gällande svåra omvårdnadssituationer med personer med demenssjukdom var sjuksköterskorna däremot duktiga på att utbyta erfarenheter med varandra och annan vårdpersonal (Fessy, 2007; Huang m.fl., 2012).

Sjuksköterskorna hade inte haft någon introduktion eller utbildning om hur personer med demenssjukdom kan vårdas, ett fåtal hade läst i mindre utsträckning om demenssjukdomar i sin grundutbildning, men inget mer efter det. Journalsystem och den information som samlades in relaterat till hur omvårdnaden skulle ges var enbart uppbyggd på fysiska behov och/eller problem, fokus låg på att dessa sysslor utfördes korrekt snarare än att möta personen med demenssjukdoms individuella behov. Sjuksköterskorna saknade självförtroende i sin kunskap och förmåga att ge omvårdnad vid demenssjukdom med fokus utifrån en mer psykologisk nivå (Cowdell, 2010). De likställde spirituellt och religiös upplevelse och saknade kunskap i vad som skilde dem åt. Att ha hopp och tro för sin existens som människa blandades in i det religiösa begreppet och det rådde en otydlighet i begreppsförståelsen hos sjuksköterskor och vårdpersonal överlag. Sjuksköterskorna hade svårt för, och bristande kunskap i, att ta ställning i dessa mer existentiella frågor och lösningen var i stället att undvika ämnen som religion och döden för att undkomma obekväma situationer. Detta skedde inte enbart med utgångspunkt i att de själva kände sig trängda utan även med rädsla för hur personen med demenssjukdom skulle reagera i samtal om dessa ämnen. Sjuksköterskorna insåg själva att de hade ett behov av kunskap inom området och att denna del av vården kan för vissa personer med demenssjukdom vara en viktigt och stor del av deras liv (Skomakerstuen m.fl., 2014).

Behov av formell utbildning

I fokusgrupper framkom det att vidareutbildade sjuksköterskor fann arbetet givande om det gavs tid och utrymme för att få vidareutbilda kollegor och implementera system och arbetsätt som ökar livskvalitén för personer med demenssjukdom. Nyexaminerade sjuksköterskor hade ett större fokus på utmaningar som hör till omvårdnaden på ett sjukhus och lösningar för detta samt ett intresse för att lära sig mer om demensvård som grund (Chenoweth m.fl., 2014).

Sjuksköterskornas praktiska kunskap, gällande diagnos och omvårdnad skilde sig åt mot det bemötande och strategier som rekommenderades i litteratur. Tidigare innehöll inte sjuksköterskeutbildningen vårdvetenskap som teori i någon större utsträckning. Det framkom att sjuksköterskorna som gått en utbildning i nutid hade en annan inställning och förståelse för vikten av en formell bedömning som byggde på evidens och inte personligt tyckande. För att få omvårdnad av personer med demenssjukdom att fortsätta utvecklas behöver den bygga på aktuell omvårdnadsforskning, vara evidensbaserad i ökad utsträckning och inte baserad på enbart praktisk erfarenhet (Sampino & Sequeira, 2014).

Sjuksköterskorna visade insikt i vilka områden de hade behov av att få mer kunskap inom för att kunna förbättra livskvalitén för personer med demenssjukdom boende på äldreboende, de hade inte samma insikt i hur dessa kunskaper skulle kunna förvärvas. Det som exempelvis önskades var forum att dela kunskap med varandra och sjuksköterskorna hade en önskan om att arbeta bort gammal vårdkultur gällande omvårdnad för personer med demenssjukdom och fortsätta stärka och arbeta för en personcentrerad vård. De flesta såg detta utifrån den kliniska verksamheten och få tog upp den akademiska aspekten att ha evidens och kunskap för att kunna genomföra det på ett bra sätt (Smythe m.fl., 2016).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metodvalet svarar upp till de krav som ställs för att skapa en översikt gällande befintlig forskning inom det valda ämnesområdet enligt Forsberg och Wengström (2013). Författaren anser att litteraturöversikten har skapat en möjlig aktuell uppfattning och faktagrund att utgå ifrån i det valda ämnet. Polit och Beck (2016) beskriver en möjlig risk i att metodvalet skapar en för generell bild av forskningsområdet som ska studeras. Ett annat potentiellt metodval enligt Forsberg och Wengström (2013) för valt omvårdnadsområde kunde varit att göra en intervjustudie, där materialet hade kunnat ge ett djup som litteraturöversikten inte kan uppnå, exempelvis genom att följdfrågor kan ställas. Litteraturöversikten har sin styrka i att det blir ett mycket bredare underlag där ny kunskap kan skapas inom det valda forskningsområdet i jämförelse med en intervjustudie enligt Polit och Beck (2016). Således hade både metoderna kunnat användas med fördel men valet föll på litteraturöversikt för att få den breda bilden.

I litteraturöversikten har ingen avskiljning gjorts mellan artiklar med kvalitativ eller kvantitativ ansats, användning av de olika ansatserna kan ge en bredare grund, att se ämnet ur olika vinklar. Svagheten med flera olika ansatser, som var ett observandum att beakta i arbetet var hur urvalet av artiklar gick till samt hur beslut om begränsningar gjorts relaterat till relevant forskning enligt Forsberg och Wengström, (2013). Författaren har använt vedertaget bedömningsunderlag, se bilaga I, och anser utifrån det att de valda artiklarna skapar ett tillförlitligt material.

Sökning i databaser genererade i flertalet dubletter, sju stycken, dubletterna exkluderas och artikeln valdes utifrån förstahandsträff och vald databas som i den här litteraturöversikten är CINAHL. CINAHL har valts att användas som förstahandsalternativ vid databassökning då den har störst utbud av artiklar relevanta för den här litteraturöversikten inom vårdvetenskap. Litteraturöversikten hade svårt att uppnå mättnad utifrån planerade inklusions- och exklusionskriterier, efter viss modifiering var det möjligt att uppnå mättnad, att rekommendationen gällande artikelantal uppnåddes. De planerade kriterierna presenterar och diskuterar författaren till litteraturöversikten i kommande tre stycken.

Val av tidsbegränsning för aktuella artiklar är utifrån Polit och Becks (2016) rekommendation tio år. Författaren har frångått den rekommendationen i text med ett år. Att ett större tidsintervall valdes att inkluderas är i relation till att arbetet startade 2016. Utifrån aspekten av nypublicerade artiklar så var databassökningarna utförda så pass tidigt på året, under januari månad fram till mitten av februari, att få artiklar hade hunnit publiceras under 2017. Det fanns relevanta artiklar från 2006 som författaren till litteraturöversikten ville inkludera därav fick det bli 11 år relaterat till sökning och presentation angivet i årtal.

I val av artiklar har författaren inte tagits hänsyn till typ av verksamhetsområde. Litteraturöversikten kunde ha fördjupats ytterligare genom att välja ett verksamhetsområde enligt Polit och Becks (2016) teori - exempelvis sjukhus, kommunal verksamhet, hemsjukvård eller äldreboenden. En avgränsning och fördjupning ger en god bild för att belysa ett fenomen (Polit & Beck 2016). En bred sökning ger en god bild av vård som helhet och likheter och skillnader mellan verksamhetsformer kan upptäckas (Forsberg & Wengström 2013). Denna litteraturöversikt kunde med fördel kompletterats med fördjupade studier av olika verksamhetsområden.

De valda artiklarnas nationalitet är spridd. I början av arbetet med litteraturöversikten var tanken att studien skulle hålla sig till norden där strukturen för uppbyggnaden av vårdsektorn är lik den vi har i Sverige och det skulle då skapa en hög trovärdighet och överförbarhet för att kunna använda resultatet i kommande klinisk tillämpning utifrån Polit och Beck (2016) teori. I första databassökningen blev det för få användbara sökträffar och sökningen utvidgades till Europa, även här med för lågt antal användbara artiklar. Således fick den geografiska begränsningen väljas bort till förmån för ett större underlag som möjliggjorde en analyserbar bild av demensvård. Trots artiklars olika nationalitet fanns det tydliga likheter i de utmaningar sjuksköterskor ställs inför vid vård av personer med demenssjukdom. Det kan ses som en styrka och en bredd i flertalet representerade länder enligt Forsberg och Wengström (2013).

Vid artikelsökning i databaser hade författaren fått ett övervägande antalet träffar av artiklar, när sedan artikelgranskning påbörjades med att läsa rubrik och/eller sammanfattning framkom det att flertalet av de träffar som återfanns via databaser var litteraturstudier och inga originalartiklar. Det var inte genomförbart att använda manuell sökning i detta steg för de originalartiklar som använts i flertalet litteraturstudier var äldre enligt inklusionskriterierna, alternativt redan inkluderade eller inte svarade upp mot syftet för litteraturöversikten. Utifrån att utbudet av originalartiklar var lägre än vad för författaren till litteraturöversikten i första steget hade uppfattat valdes därav att både ändra och utöka sökorden. Conditions togs bort relaterat till för generella träffar, begreppet kunskapsbehov genererade inte i några träffar och söktes därefter var för sig, needs, knowledge och med sökterm (boolsk) AND. Både care och nursing inkluderades i olika sökordskombinationer med sökterm (boolsk) AND, se artikelsökningstabell (Tabell 1,2 & 3). Omvårdnad förekom vid databassökning både som care och nursing beroende på artikel och artikels ursprung. Flera ursprung finns representerat i artikelmaterialet, för att inte riskera att relevanta artiklar föll bort vid databassökning valdes båda orden, care och nursing, att inkluderas. Polit och Beck (2016) beskriver att detta med skillnad i begreppsinnebörd kan förekomma om artikelförfattarna har annat modersmål än det språk som artikeln skrivs på, det är av vikt att vara noggrann och uppmärksam så inte syftningsfel eller missförstånd uppstår. Med syftet i åtanke och de nämnda databassökningar som utförts inklusive justeringar av sökord samt resultatets presentation, tolkar författaren till arbetet att tillförlitlig validitet har uppnåtts. Vid sökning i databas har fritext använts, sökningen kunde ha stärkt ytterligare enligt Forsberg och Wengström (2013) genom att ha använt MeSH termer, för att få fler och andra sökord eller alternativ. Författaren till litteraturöversikten ställdes inför detta val för sent in i sökprocessen och valde därför att gå

vidare i litteraturöversikten med det befintliga materialet. Dock kan det vara möjligt anser författaren till litteraturöversikten att det framkommit andra artikelalternativ om MeSH termer använts.

Analysförfarandet utgick ifrån Kristenssons (2014) modell att genomföra en integrerad analys. Författaren till litteraturöversikten anser att arbetsmetoden för integrerad analys passade väl in på det litteraturöversikten ämnade undersöka. Enligt Friberg (2012) kan en viss risk för fel uppstå då flera olika typer av metoder finns representerat i materialet analysen utgår ifrån. Det gör att det dels försvårar att gå ner på djupet i analysen samt även jämföra resultatet mot andra liknande studier inom ämnet, då det är författaren som tolkat materialet. Enligt Polit och Becks (2016) metod ska artiklarna läsas distanserat och inget ska exkluderas i processen, vilket författaren till litteraturöversikten nogsamt strävat efter att uppnå/efterleva. Författaren till litteraturöversikten upplever att det i arbetet varit till fördel med förförståelse inom ämnesområdet, vilket författaren innehar gällande begrepp och instrument som tas upp i de olika artiklarna. Författaren till litteraturöversikten upplever att inget som kan tolkas som oetisk utifrån forskningsetik har förekommit under arbetets gång. Utifrån det beskrivna tillväga gångsättet under metodavsnittet i litteraturöversikten med kompletterande diskussion under metoddiskussionsavsnittet, upplever författaren till litteraturöversikten att reliabilitet är tillräckligt stärkt.

Resultatdiskussion

Litteraturöversiktens resultat påvisar förbättringsområden utifrån sjuksköterskans upplevelse av förutsättningar och kunskapsbehov vid omvårdnad av personer med demenssjukdom. Det framkom förbättringsområden som kommer att lyftas i resultatdiskussionen, då områdena går in i varandra sker ingen ytterligare uppdelning av dessa fynd. De olika förbättringsområdena var behovet av tydliga riktlinjer och kompetensbeskrivning, arbetssituation med tidsbrist, multiprofessionella team, evidens snarare än reell kunskap, utveckling av sjuksköterskeutbildning samt förutsättningar gällande möjlighet till vidareutbildning/specialistutbildning. Fynden kommer att diskuteras mot litteraturöversiktens bakgrund och vald teoretisk referensram - specialistjuksköterskans kärnkompetenser.

Den teoretiska kunskap som finns hos sjuksköterskor omsätts i för liten grad i det praktiska arbetet. Kompetensen att använda teorin i praktiken kan uppfattas som bristfällig. För att uppnå ökad likvärdighet krävdes det av sjuksköterskor med fördjupade kunskaper arbetar med personcentrerad vård på ett strategiskt sätt (Ross m.fl., 2015). Det påvisade även Fessey (2007) som uppmärksammade ett gap mellan den teoretiska och praktiska kunskapen gällande personcentrerad vård. Flertalet av sjuksköterskorna i studien ansåg att de arbetade personcentrerat i den dagliga verksamheten, men de hade inte tillräckligt med teoretisk kunskap. De hade exempelvis inte några teoretiska strategier som kunde stödja deras val eller hjälpa dem att välja en strukturerad arbetsmodell. Det förekom ändå en vilja hos sjuksköterskorna att arbeta mer personcentrerat och att få djupare kunskaper om demensvård med utgångspunkt i att minska lidandet hos personer med demenssjukdom samt öka livskvalitén (Edberg m.fl., 2007). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) samt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska god personcentrerad vård kunna erbjudas med vårdpersonal som innehar kompetens för uppdraget. Utifrån Högskoleförordningen (1993:100) är specialistjuksköterskor utbildade för att kunna möta detta behov.

Sjuksköterskor beskriver att de upplever sig distanserade från det kliniska arbetet gällande omvårdnad men de betonar hur viktig den personcentrerade vården är för personer med demenssjukdom (Smythe m.fl., 2016). Att sjuksköterskor med specialistkunskaper inom

demensvård arbetar nära den kliniska verksamheten och aktivt kan delta i omvårdnaden för personer med demenssjukdom gagnar många, först och främst personen med demenssjukdom som får en god personcentrerad vård. Det gagnar även avdelningen då den anpassade omvårdnaden och bemötandet kan bidra till att personen med demenssjukdom blir lugnare och därigenom omgivningen. Genom att specialistsjuksköterskan är aktivt deltagande i omvårdnaden samt i teamarbete blir det ett lärande för vårdpersonal genom praktiska exempel (Duane m.fl., 2015). Den finns en vinning i att planera och strukturera vård och omvårdnad tillsammans i ett multiprofessionellt team. Den sammanlagt mycket breda kompetens som finns i ett multiprofessionellt team ger goda förutsättningar för vård och utvecklingsarbete av hög kvalitet. Det är även av vikt att ha en fungerande organisationsstruktur, att skapa en organisation där dessa möten blir systematiska och utvecklar vården på enheten. (Edberg m.fl., 2013). Samverkan i team är en huvudfaktor för att vård ska kunna ges personcentrerat och med individen i centrum (Kvarnström & Cedersund, 2006). Det finns ett behov av att prioritera detta multiprofessionella samarbete i den kliniska verksamheten. Dessa möten prioriteras ofta bort på grund av tidsbrist (Griffiths m.fl., 2013) vilket kan verka som en klok prioritering vid ett akut läge men är förödande för det långsiktiga förbättringsarbetet för personen med demenssjukdom (Page & Hope, 2013) som har en komplex sjukdomsbild att ta hänsyn till (Socialstyrelsen, 2012b).

I den personcentrerade vården, oavsett vilken arbetsmodell sjuksköterskor väljer att arbeta utifrån, uppmärksammades det ett ämne som flertalet sjuksköterskor undviker. Ämnet berör existentiella frågor som inställning till döden, religiös tro och vad personen med demenssjukdom har för syn på livet gällande tro och hopp för sin framtid (Skomakerstuen m.fl., 2014). De existentiella frågorna kan vara en stor och betydelsefull del i livet för personen och det är därför av vikt för sjuksköterskor och vårdpersonal att känna till vad individen känner och tycker för att kunna ge god omvårdnad vid demenssjukdom (Hayajneh & Shehadeh, 2014). Sjuksköterskor valde ofta att vara passiva i dessa existentiella frågor och då många gånger på grund av bristande kunskap i ämnet och kunnande i samtals teknik. Det fanns även en osäkerhet gällande lag och riktlinjer och hur den egna organisationen ställde sig till samtal om existentiella frågor (Skomakerstuen m.fl., 2014). Ett sätt att få tillgång till mer kunskap i ämnet är att som sjuksköterska arbeta aktivt med levnadsberättelsen och genom den får mer kunskap om personen med demenssjukdom, individens liv och levnadsval (McKeown m.fl., 2010). Enligt Socialstyrelsen (2010) bör vården för personen med demenssjukdom ha levnadsberättelsen som grund, det leder till att personen sätts i fokus inte sjukdom det skapar goda förutsättningar för att vården ska kunna ges personcentrerat.

Således utifrån ovanstående diskussion är det den personcentrerade vården som bör stå i centrum vid omvårdnad av personer med demenssjukdom. Det är utifrån den de övriga kärnkompetenserna sedan kan byggas. Hela organisationen behöver genomsyras av det personcentrerade arbetssättet. Det är även inom detta område specialistsjuksköterskans fördjupade kunskap och ansvar utgår ifrån. Att dels bedriva god omvårdnad men även förmedla kunskap och utbilda medarbetare i strävan mot en god personcentrerad vård för personer med demenssjukdom (Brooker, 2006; Chang m.fl., 2009; Dury m.fl., 2014; Edberg 2011; Edberg m.fl., 2013; Fessey, 2007; McCormack & McCane, 2010; McKeown m.fl., 2010; Scerri, Innes & Scerri, 2015; Traynor, Inoue & Crookes, 2011; Williams, 2012; Ross m.fl., 2015; Socialstyrelsen, 2010).

Cowdell (2010) samt Yost m.fl. (2014) uppmärksammade beteenden hos sjuksköterskorna, som att vården av personer med demenssjukdom baserades i stor utsträckning på egna erfarenheter. Sjuksköterskorna ansåg att de bedrev god omvårdnad utifrån deras synsätt som då byggde på en egen filosofi snarare än evidens. Huang m.fl. (2012) såg att spets- och

specialistfunktioner är ett mycket bra hjälpmedel för att omvårdnaden i större utsträckning ska bygga på evidens. Det kan också bli en risk att enbart satsa på enskilda individer och det finns en vinning med att öka evidensarbetet inom omvårdnad och då även fokusera på att höja lägstannivån och inte enbart spetsfunktioner, exempelvis genom att organisera för konsulterande samtal mellan specialistsjuksköterskor och övrig personal. (Griffiths m.fl., 2013; Huang m.fl., 2012; Lin, Hsieh & Lin, 2012). Det finns en fördel i att ha specialistsjuksköterskor att tillgå som Johnson (2014) samt Duane (2015) påvisar i sina modeller PEP och KSK, där vinning ligger i att de arbetar nära verksamheten och ingår i teamet kring personen med demenssjukdom och driver omvårdnaden framåt. (Johnson, 2014; Duane, 2015). Författaren till litteraturoversikten anser att dessa två kompletterar varandra, att dels höja den grundläggande kunskapsnivå och då möjligen med hjälp utav specialistutbildade sjuksköterskor. Det framkom att specialistsjuksköterskor inte alltid kände sig uppskattade (Josefsson, Sonde & Robins Wahlin, 2006; Samsi m.fl., 2011). Detta skulle kunna öka om en konsulterande roll uttalat fanns som del av arbetsuppgifterna, då specialistsjuksköterskor själva påtalat att det var en önskan om att få tid och möjlighet att få dela med sig av sin kunskap (Traynor, Inoue & Crookes, 2011; Rahman & Harrison Denning, 2016).

German Millberg m.fl. (2014) och Johnson (2014) tar upp vikten av samarbete mellan akademiska lärosäten och klinisk verksamhet. Författaren till litteraturoversikten instämmer i detta, att arbeta evidensbaserat i klinisk verksamhet underlättas troligen med god koppling till akademiskt lärosäte. Genom ett närmre samarbete skulle det vara möjligt att minska klyftan mellan dessa som Fessey (2007) beskriver. Klyftan kan möjligen också av tid bli mindre, då det idag ingår vårdvetenskap i annan utsträckning i sjuksköterskeutbildningen (Ehrenberg & Wallin, 2014). Det Sampino och Sequeria (2014) beskriver styrker detta, då de såg att sjuksköterskor som studerat i nutid hade en annan inställning till evidens. Författaren till litteraturoversikten anser inte att detta kan tas för givet, att det med automatik kommer fungera övertid. Utan är ett aktivt arbete som måste bedrivas för att få ett väl fungerande samarbete mellan akademiska lärosäten och klinisk verksamhet.

Med bättre grundkunskaper gällande demens och personer med demenssjukdom skulle sjuksköterskor kunna relatera till olika tillstånd hos patienter med konfusion oavsett om den är akut eller i relation till en demenssjukdom (Lin, Hsieh & Lin, 2012). En möjlighet skulle vara att delge mer kunskap i sjuksköterskans grundutbildning. Om det skulle ses som ett alternativ är det av vikt att det inte enbart handlar om teoretisk kunskap utan att sjuksköterskan även får klinisk träning i denna typ av möten och situationer som kan uppstå med personer med demenssjukdom (Page & Hope, 2013). Författaren till litteraturoversikten anser att det är något att beakta, då demens är en av våra största folksjukdomar globalt sett (WHO & Alzheimers Disease, 2012) och som tyvärr fortsätter att öka i takt med att vår befolkning blir allt äldre (Socialstyrelsen, 2012a). Patientgruppen personer med demenssjukdom kommer sjuksköterskor med stor sannolikhet att träffa, oavsett vilken verksamhet hen väljer att vara yrkesverksam inom. Författaren till litteraturoversikten anser att det kan finnas en vinning i ökade grundläggande kunskaper om konfusion redan i grundsjuksköterskeutbildningen.

Som framgår i litteraturoversikten finns ett behov av förbättring och kvalitetsutveckling inom området för att kunna ge god, lagenlig kvalitetssäker omvårdnad till personer med demenssjukdom. Litteraturoversikten visar att det finns en rådande brist på utbudet av vidareutbildning inom demens, men att det även finns en problematik i organisation och ledning att låta sjuksköterskor vidareutbilda sig och se vinningen i vad ökad kunskap ger verksamheten. Ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete ska ske enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). I Sverige idag har knappt två procent av sjuksköterskor arbetande inom vårdsektorn för vård av äldre en vidareutbildning (Socialstyrelsen 2012b). De

sjuksköterskor som är yrkesverksamma med vidareutbildning inom demensvård är så pass få att det inte ens finns en procentsats uträknad. Med tanke på att demensvård räknas som specialistområde (SOF 2008:14) samt att antalet personer med demenssjukdom fortsättningsvis kommer öka under en överskådlig framtid (Socialstyrelsen, 2012a) finns det behov att uppmärksamma detta kunskapsdilemma. Josefsson, Sonde och Robins Wahlin (2006) beskriver att sjuksköterskor gärna vill vidareutbilda sig, men bristande stöd och möjlighet både tidsmässigt och ekonomisk från arbetsgivaren gjorde att flertalet sjuksköterskor valde att inte gå en vidareutbildning. Enligt författaren till litteraturöversikten uppstår det ett dilemma, är det att yrkesverksamma sjuksköterskor ser det som arbetsgivarens uppgift att vidareutbilda, snarare än individens eget ansvar för sin utveckling. Dilemmat innefattar också en kostnadsfråga under studietiden, förekomsten av bristen gällande specialistjuksköterskor som tas upp ovan borde driva arbetsgivare framåt i sakfrågan, dock borde intresset av ökad kunskap i större utsträckning ligga hos individen snarare än arbetsgivaren.

Samsi m.fl. (2011) beskriver betydelse och arbetet i England med gemensamma riktlinjer för personer med demenssjukdom. De kan jämföras med de svenska nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010). Det framkom att sjuksköterskor upplevde ökad kvalitet, patientsäkerhet och strävan mot samma mål i de fall tydliga riktlinjer praktiserades (Samsi m.fl., 2011). I Sverige publicerades riktlinjer att förhålla sig till vid vård av personer med demenssjukdom 2010. De nationella riktlinjerna för personer med demenssjukdom revideras nu och förväntas publiceras under höst eller vinter 2017. Att ha dessa riktlinjer att förhålla sig till kvalitetssäkrar omvårdnaden för personer med demenssjukdom. I de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2010) tas det även upp att vidareutbildning inom demensvård är önskvärd för såväl yrkesverksamma sjuksköterskor som vårdpersonal inom demensvård. Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) och Socialstyrelsen (2012b) blir vården säkrare med specialistutbildade sjuksköterskor.

Organisatorisk support och sjuksköterskors förutsättningar innefattar faktorer såsom vårdens nivå och standard, arbetsrelationer, erfarna kollegor, ett tydligt arbetsschema, inbördes samarbete mellan sjuksköterskorna samt att arbeta i team. Dessa komponenter behöver fungera för att en arbetsplats och/eller verksamhet ska uppnå god kvalitet (Chenoweth m.fl., 2014; Edberg m.fl., 2013). Flertalet sjuksköterskor upplevde avsaknad av organisatoriskt stöd eller ledningsstöd (Edberg m.fl., 2007). Det framkom att en ansträngd arbetssituation påverkade sjuksköterskorna, de upplevde en tung arbetsbelastning i sin vardag. Sjuksköterskorna upplevde stress och press både i sin yrkesroll och på sin arbetsplats (Chenoweth m.fl., 2014; Edberg m.fl., 2007; Scerri, Innes & Scerri, 2015). Förekommande var även att känna att man inte hann eller på annat sätt inte hade möjlighet att utföra den omvårdnad som sjuksköterskorna önskade (Cowdell, 2010; Scerri, Innes & Scerri, 2015). Det förekom även en ovisshet som präglade delar av demensvården. Ovisshet gällande bristande kunskaper om olika typer av demenssjukdom (Josefsson, Sonde & Robins Wahlin, 2006; Lin, Hsieh & Lin, 2012) att symtom kan ha annan bakomliggande sjukdomsorsak (Basum m.fl., 2013) samt ovisshet kring essentiella frågor (Skomakerstuen m.fl., 2014). Litteraturöversiktens resultat indikerar att sjuksköterskornas frustration över sin arbetsbelastning relaterat till tid samt upplevelsen av ovisshet är något som bör uppmärksammas i relation till möjligheten att bedriva god och säkert vård, då det annars kan bli en risk för vårdtagaren enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Det framkom enligt författaren till litteraturöversikten att fast organisationers mål var att bedriva personcentrerad vård, var det oftast verksamheten som stod i fokus och inte personen med demenssjukdom, det går emot Socialstyrelsens (2010) nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

Bifynd

Något som framkom i litteraturöversikten under arbetet med resultatet var miljöaspekter. Både arbetsmiljö utifrån sjuksköterskornas perspektiv, att det var viktigt med en god och trevlig arbetsmiljö (Chenoweth m.fl., 2014). Att sjuksköterskor arbetande inom kommunal sektor ofta kände sig ensamma och inte värdesattes för att de inte syntes ur ett arbetsmiljöperspektiv (Josefsson, Sonde & Robins Wahlin, 2006). Men även en anpassad miljö för personer med demenssjukdom för att öka deras välmående (Scerri, Innes, & Scerri, 2015).

Författaren till litteraturöversikten anser att miljöaspekterna, dess inverkan och påverkan är ett så stort område i så väl generell omvårdnad som omvårdnad av personer med demenssjukdom att det inte var möjligt att inkludera i litteraturöversiktens resultat. Då litteraturöversikten hade till syfte att belysa sjuksköterskors upplevelse av förutsättningar och kunskapsbehov vid omvårdnad av personer med demenssjukdom. Valde författaren att inte gå in djupare på miljöaspekter då det inte påverkar kunskapsbehovet, men självklart trivsel och välmående för alla parter inom omvårdnad av personer med demenssjukdom. Det skulle dock vara ett intressant och viktigt område för fortsatt forskning.

Slutsats

Litteraturöversikten belyser ett behov hos sjuksköterskor av ökade förutsättningar och kunskaper i de verksamheter där de möter personer med demenssjukdom. Det förekom även områden och verksamheter där sjuksköterskor upplevde att de hade goda kunskaper gällande demenssjukdom. Dock framkom det områden som kan stärkas för att öka dessa förutsättningar gällande kunskap hos sjuksköterskor. Exempelvis kompetensbeskrivning (för specialistsjuksköterska inom demensvård), vidareutbildning inom demensvård, utökad kunskap i sjuksköterskeprogrammet, arbeta utifrån evidens, stärka det multiprofessionella teamarbetet samt fortsatt arbeta för goda arbetsförhållanden. Således utifrån ovanstående presenterade förbättringsområden är fördjupad formell kompetens att rekommendera för att öka sjuksköterskors förutsättningar att ge god omvårdnad vid demenssjukdom. Resultatet påvisar även att den personcentrerade vården bör stå i centrum vid vård av personer med demenssjukdom. För att kunna tillgodose detta finns det även här ett behov av fördjupade kunskaper hos sjuksköterskor.

Klinisk tillämpbarhet

Litteraturöversikten skulle kunna användas som grund för att gå vidare med ett arbete inom den akademiska sektorn exempelvis med intervjustudie eller en enkätstudie i Sverige. För att utforska vidare om det som litteraturöversikten påvisar gällande förutsättningar och kunskapsbehov för sjuksköterskor arbetande inom demensvård globalt, även gäller på nationell nivå. Litteraturöversikten skulle då kunna ligga till grund för utformandet av en intervjuguide.

Gällande klinisk tillämpning anser författaren till litteraturöversikten det möjligt att knyta an till den egna verksamheten. Författaren arbetar inom kommunal äldreomsorg med inriktning mot vård av personer med demenssjukdom. Litteraturöversikten belyser delar av författarens egen vardag och vikten av att det finns specialistutbildade sjuksköterskor i den kliniska verksamheten bekräftas. Litteraturöversikten kan användas till att styrka behovet av specialistkompetens men även utbilda, motivera och engagera medarbetare om deras egna förutsättningar och kunskap till att kunna ge god vård till personer med demenssjukdom, med huvudfokus på individen - personcentrerad vård.

Litteraturöversiktens fynd skulle kunna vara delaktig i att belysa kompetensutvecklingen i Sverige inom demensvård. Gällande ökad uppmärksamhet för att demensvård är en specialinriktning och samhället kommer framöver ha ett växande behov av dessa specifika kunskaper, att ge god omvårdnad för personer med demenssjukdom och ett ökat behov av specialistsjuksköterskor inom demensvård. Specialistsjuksköterskor kan då i större utsträckning nyttjas, i det praktiska arbetet – god förebild men även som konsultativ roll samt vid fortutbildning av kollegor och övrig personal.

REFERENSER

- Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. (Red.). (2013). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber.
- Brooker, D. (2006). *Person-centred dementia care: Making services better*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Chang, E., Daly, J., Johnson, A., Harrison, K., Easterbrook, S., Bidewell, J., ... Hancock, K. (2009). Challenges for professional care of advanced dementia. *Journal of Nursing Practice*, 15(1), 41-47. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.01723.x
- Chenoweth, L., Merlyn, T., Jeon, Y-H., Tait, F., & Duffield, C., (2014). Attracting and retaining qualified nurses in aged and dementia care: outcomes from an Australian study. *Journal of Nursing Management*, 22, 234-247. doi: 10.1111/jonm.12040
- Cowdell, F. (2010). Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nursing Standard*, 24(23), 42-48. doi: 10.7748/ns2010.02.24.23.42.c7551
- Duane, F., Goeman, D., Beanland, C., & Koch, S. (2015). The role of a clinical nurse consultant dementia specialist: A qualitative evaluation. *Dementia*, 14(4), 436-449. doi: 10.1177/1471301213498759
- Dury, C., Hall, C., Danan, J-L., Mondoux, J., Aguiar Barbieri-Figueiredo, M.C., Costa, M.A.M., & Debout, C. (2014) Specialist nurse in Europe: education, regulation and role. *International Council of Nurses*, 61, 454-462. doi: 10.1111/inr.12123
- Edberg, A-K., Bird, M., Richards, D., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V. (2007). Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health*, 12(2), 236-243. doi: 10.1080/13607860701616374
- Edberg, A-K. (Red). (2011). *Att möta personer med demens* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (Red.). (2013). *Omvårdnad på avanceradnivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Ehrenberg, A., & Wallin, L., (Red). (2014). *Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling*. Studentlitteratur AB.
- Fessey, V (2007). Patients who present with dementia: exploring the knowledge of hospital nurses. *Nursing older people*, 19(10), 29-33. doi: 10.7748/nop2007.12.19.10.29.c8246
- Friberg, F. (Red.) Dahlborg Lyckhage, E., Segersten, K., & Östlund, L. (2012). *Dags för uppsats*. Studentlitteratur AB.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning (3:e uppl.). Stockholm: Natur och kultur.
- German Millberg, L., Berg, L., Björk Brämberg, E., Nordström, G., & Öhlén, J. (2014). Academic learning for specialist nurses: A grounded theory study. *Nurse Education in Practice*, 14, 714-721. doi: 10.1016/j.nepr.2014.08.008

- Griffiths, A., Knight, A., Harwood, R., & Gladman, J. (2013). Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals. *Caring for confused older patients*, 43(4), 521-527. doi: 10.1093/ageing/aft171
- Hayajneh, F. A., & Shehadeh, A. (2014). The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: An interventional study. *International Journal Of Nursing Practice*, 20(4), 438-445. doi: 10.1111/ijn.12251
- Huang, Hisu-Li., Lotus Shyu, Y-I., Huang, Huei-Ling., Chen, S-T., Li, H-J., Shiu, M-N., & Pong, M-C. (2012). Factors associated with dementia care practices among community health nurses: Results of a postal survey. *International Joournal of Nursing Studies*, 50, 1219-1228. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.02.016
- Johnson, L A. (2014). Putting Evidence Into Prctice: The Process for evidence-based research. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 2-4. doi: 10.1188/14.CJON.53.2-4
- Josefsson, K., Sonde, L., & Robins Wahlin, T-B. (2006). Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: a questionnaire survey. *International Joournal of Nursing Studies*, 45, 428-441. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.09.009
- Kristensson, J. (2014) *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik : för studenter inom hälso- och sjukvård*. Natur Kultur Akademisk.
- Kvarnström, S., & Cedersund, E. (2006). Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 244-252. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03719.x
- Lin, P-C., Hsieh, M-H. & Lin, L-C. (2012). Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care. *The Journal of Nursing Research*, 20(3), 197-207. doi: 10.1097/jnr.0b013e318263d82e
- Marcusson, J. (Red.). (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar (3:e uppl.)*. Stockholm: Liber.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Chicester: Wiley-Blackwell .
- McHugh, M.D., Kelly, L.A., Smith, H.L., Wu, E.S., Vanack, J.M., & Aiken, L.H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), 382-388. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182726cc5
- McKeown, J., Clarke, A., Ingelton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 148-158. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x
- Page, S., & Hope, K. (2013). Towards new ways of working in dementia: perceptions of specialist dementia care nurses about their own level of knowledge, competence and unmet educational needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 549-556. doi: 10.1111/jpm.12029
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (10th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Rahman, S., & Harrison Denning, K. (2016). The need for specialist nurses in dementia care. *Nursing Times*, 112(16), 14-17. Hämtad från <http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=9567ba51-6eee-4b11-bc9f-e21e398f36b1%40sessionmgr4009&vid=3&hid=4112&bquery=The+need+for+specialist+nurses+%22in%22+dementia+care&bdata=JmRiPWNjbSZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>
- Ross, H., Tod, A. M., & Clarke, A. (2015). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(9/10), 1223-1233. doi:10.1111/jocn.12662
- Sampino, F., & Sequeira, C. (2014). Nurses' Knowledge and Practices in Cases of Acute and Chronic Confusion: A Questionnaire Survey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51, 98-105. doi:10.1111/ppc.12069.
- Samsi, K., Manthorpe, J., Nagendran, T., & Heath, H. (2011). Challenges and expectations of the Mental Capacity Act 2005: an interview-based study of community-based specialist nurses working in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1697-1705. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03912.x
- Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2015). Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 1616-1925. doi: 10.1111/jocn.12822
- SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Riksdagen
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2196-2206. doi: 10.1111/jan.12085
- Skomakerstuen Odbehr, L., Kvigne, K., Hauge, S., & Danbolt, L J. (2014). A qualitative study of nurses' attitudes towards and accommodations of patients' expressions of religiosity and faith in dementia care. *Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship*, 71(2), 359-369. doi: 10.1111/jan.12500
- Smythe, A., Jenkins, C., Galant-Miecznikowska, M., Bentham, P., & Oyebo, J. (2016). A qualitative study investigating training requirements of nurses working with people with dementia in nursing homes. *Nursing Education Today*, 50, 119-123. doi: 10.1016/j.nedt.2016.12.015
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012a). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012b). *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi, förslag till utformning och genomförande av satsning*. Stockholm: 2012.
- SOSFS 2008:14. *Socialstyrelsens handbok till stöd för tillämpningen av föreskrifterna om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2011:9. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sophiahemmet. (2015). *Studiehänvisning för kursupplägg och instruktion för utformning av det självständiga arbetet*. Sophiahemmet.

Svensk författningssamling (1993:100). *Högskoleförordningen*, Regeringskansliet. Ansvarig utgivare: Utbildningsdepartementet.

Svensk sjuksköterskeförening, (2014). *ICN:S Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Traynor, V., Inoue, K., & Crookes P. (2011). Literature review: understanding nursing competence in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14), 1948-1960. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03511.x

Williams, J. (2012). Admiral nurses in dementia care. *Nursing & Residential Care*, 14(11), 614-614. Hämtad från <http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=9567ba51-6eee-4b11-bc9f-e21e398f36b1%40sessionmgr4009&vid=5&hid=4112&bquery=Admiral+nurses+%22in%22+dementia+care&bdata=JmRiPWNjbSZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>

Williams, J. (2015). Does education for specialist practice need refining?. *British Journal of Nursin.*, 24(22), 3-3. doi: org/10.12968/bjon.2015.24.Sup22.S3

Willman, A. (2010). *Professionens uttalande om sjuksköterskornas framtida specialistutbildning*. Hämtad 3 januari, 2017, från <https://www.swenurse.se/Vi-arbetar-med/Utbildning/Professionens-uttalande-beträffande-sjukskoterskornas-framtida-specialistutbildning/>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization & Alzheimer's Disease International. (2012). *Dementia: a public health priority*, WHO.

Yost, J., Thompson, D., Ganann, R., Aloweni, F., Newman, K., ... Ciliska, D. (2014). Knowledge Translation Strategies för Enhancing Nurses Evidence-Informed Decision Making: A Scoping Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(3), 156-167. doi: 10.1111/wvn.12043

BILAGA I

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Artikelmatis

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/T yp
Chenoweth, L., Merlyn, T., Jeon, Y-H., Tait, F & Duffield, C. 2014 Australien	Attracting and retaining qualified nurses in aged and dementia care: outcomes from an Australian study	Syftet var att identifiera nyckelfynd samt tänkbara faktorer för att kunna rekrytera samt bibehålla kvalificerade sjuksköterskor inom demensvård.	Mix-metod design, insamlingen pågick under 18 månader Registrerade sjuksköterskor fick fyra olika frågeformulär utformade och publicerade av "Nurse workforce" att svara på via mejl, samt 10 stycken fokusgrupper utsågs med 58 deltagare, alla deltagare hade anmält sig frivilligt.	N= 3983, 39,8% N=10/58 ,fokusgrup per (0)	Sjuksköterskor upplevde en frustration över sin arbetssituation, arbetsbelastningen var inte i relation till sin arbetstid och det fanns lite förståelse från organisation och eller ledning. Sjuksköterskorna ville få ett större erkännande för sitt arbete, de tyckte om sitt arbete och kunde tänka sig att arbeta kvar om tid avsattes för vidareutbilda kollegor och förberedd implementering av nya system.	I RCT
Cowdell, F. 2010 UK	Care of older people with dementia in an acute hospital setting	Undersöka erfarenheter hos patienter, omvårdnadspersonal samt sjuksköterskor gällande vården som levereras till äldre personer med demens som kommer till en akutmottagning.	En etnografiskmetod användes, där observationer och intervjuer genomfördes. Studien pågick under 2005-2006, 125 observations timmar utfördes samt 18 intervjuer, blandat patient, personal.	N=18 (0)	Sjuksköterskor ville och önskade bedriva god vård för personer med demenssjukdom. Vården utgick ifrån sitt eget tyckande om vad som var god vård, inte evidens. De uppgav att de inte hade fått någon introduktion eller utbildning i hur omvårdnad för personer bör vara. De uppgav även att journalsystem främst fokuserade på somatisk sjukdom och i vården av personer med demenssjukdom behövde det finnas ett större utrymme för den psykiskaomvårdnaden.	I P
Duane, F., Goeman, D., Beanland, C. & Koch, S. 2015 Australien	The role of a clinical nurse consultant dementia specialist: A qualitative evaluation	Att undersöka om tillgången till en sjuksköterska med specialistkunskaper inom demens i kommuner, skulle minska risken för utebliven demensdiagnos eller allmänna demensdiagnoser, utan specific sjukdom, samt möjligheten till att erbjuda personcentrerad vård innan diagnos i kommuner.	Kvalitativ intervjustudie. Deltagarna skulle vara över 65 år, samt en kognitiv funktions nedsättning i minst 6 månader, rekryteringen skedde över 10 respektive 6 månaders tid, samt ett skriftligt medgivande. Deltagarna behövde varia i ett tidigt demensstadium för att kunna delta.	N=9	En Kliniskt arbetande Sjuksköterska som används som Konsult vid vård av personer med demenssjukdom = KSK . Denna KSK hade fördjupade/specialist kunskaper inom demensvård. Vilket ökade kvalitén på vården, men man såg även ett behov av att sjuksköterskor med specialistkunskaper inom demens som arbetade nära personen med demenssjukdom och inte enbart på konsultnivå.	II K

BILAGA II

<p>Edberg, A-K., Bird, M., Richards, D., Woods, R., Keeley, P. & Davis-Quarrell, V. 2007 Australien, Sverige, UK.</p>	<p>Strain in nursing of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom</p>	<p>Utifrån att demensvård kan vara tungt för såväl personal som anhöriga är ett känt fenomen, studiens syfte var att utforska sjuksköterskors erfarenheter kring anställningen inom demensvård och de utmaningar de står inför att hantera i sin profession.</p>	<p>En kvalitativ intervjustudie, där intervjuerna spelades in och sedan analyserades utifrån kvalitativansats. Intervjuformen var fokusgrupper som hölls i respektive land, i varje land var det lika många deltagare. Varje deltagare deltog i två fokusgruppträffar, med två veckors mellanrum, det var 5-7 deltagare i fokusgruppen.</p>	<p>N= 35/per land (0)</p>	<p>Oavsett vilket land sjuksköterskor tillhörde delade de samma åsikt att de hade en ansträngd arbetssituation. De uppgav även att det var positivt att arbeta med personer med demenssjukdom, men krävande. De upplevde avsaknad av ledningsstöd och att det fanns bristande demenskunskaper hos vårdpersonal som arbetade närmast personen med demenssjukdom. De hade alla utmanande relationer med anhöriga och samarbetet med dem behövde stärkas och utvecklas.</p>	<p>I K</p>
<p>Fessey, V 2007 UK</p>	<p>Patients who present with dementia: exploring the knowledge of hospital nurses</p>	<p>Att utforska hur väl rustade sjuksköterskor på sjukhus var i att möta personer med demenssjukdom, samt i möten samt svåra situationer om vården och omvårdnaden var personcentrerad.</p>	<p>Mix metod, innehållande både kvantitativ och kvalitativ data, ett frågeformulär designades, för informanterna att självständigt svara på, där det även gick att utlösa hur många som svarat med en personcentrerat fokus i svaren. Informanterna var sjuksköterskor på sjukhus.</p>	<p>N=87 (49)</p>	<p>Det uppmärksammas att det finns ett kunskaps gap mellan den teoretiska och praktiska kunskapen. Vikten av personcentrerad vård vid omvårdnad av personer med demenssjukdom poängteras, dock saknas det djupare teoretisk förståelse, sjuksköterskor utför det i praktiken, men saknar kunskapen kring varför de använder sig av personcentrerad vård.</p>	<p>II P</p>
<p>Griffiths, A., Knight, A., Harwood, R. & Gladman, J. 2013 UK</p>	<p>Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals</p>	<p>Undersöka hur läkare, sjuksköterskor samt hälsopersonals uppfattning kring deras egen förberedelse för att kunna vårda äldre personer med förvirringstillstånd.</p>	<p>Kvalitativa semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>N=60 (0) på 11 olika kliniker i UK.</p>	<p>Multiprofessionellt teamarbete var något som verkligen uppskattades, men ofta var tvunget att prioriteras bort på grund av tidsbrist. Det fanns specialistsjuksköterska att tillgå på sjukhuset, men var bara en fysisk person och "jakten" att få tag på denna var för omfattande för att det skulle vara till hjälp, specialistsjuksköterska skulle behöva vara anrännbar i större utsträckning.</p>	<p>I K</p>
<p>Huang, Hisu-Li, Lotus Shyu, Y-I., Huang Huei-Ling, Chen, S-T., Li, H-J., Shiu, M-N. & Pong, M-C. 2012 Taiwan</p>	<p>Factors associated with dementia care practices among community health nurses: Results of postal survey</p>	<p>Att utforska vilka olika faktorer det finns som styr och påverkar demensvården för kommunala sjuksköterskor i Taiwan.</p>	<p>En tvärsnittsstudie, där underlaget var frågeformulär som fylldes i självständigt och sändes via mejl.</p>	<p>N=238 (43)</p>	<p>Den reella kunskapen var betydligt större än den formella kunskapen. Sjuksköterska upplevde även att de saknade kunskap i att använda omvårdnadsteorier samt kunskap i hur skattningsdokument kan användas som stöd vid vård av personer med demenssjukdom.</p>	<p>I CCT</p>

BILAGA II

Josefsson, K., Sonde, L. & Robins Wahlin, T-B. 2006 Sverige	Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey	Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskor som arbetar inom äldreomsorg, uppfattning av sina behov och möjligheter för kompetensutveckling, samt jämföra med de sjuksköterskor som arbetade inom äldreomsorg med enbart personer med demenssjukdom.	En kvalitativ studie med ett utformat frågeformulär just för denna studie, där frågorna utgick ifrån behov och möjlighet för egen kompetensutveckling inom omvårdnad.	342 (129)	Det fanns djupare kunskap hos de sjuksköterskor som arbetade inom demensvård kontra äldreomsorg gällande demens, fall och fallskador. Sjuksköterskor inom demensvård hade även en bättre organiserad möjlighet till kompetensutveckling. Båda grupperna önskade gärna formell vidareutbildning, men att det inte fanns stöd och eller finansiella möjligheter från ledning.	I K
Lin, P-C., Hsieh, M-H. & Lin, L-C. 2012 Taiwan	Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care	Studiens syfte var att utvärdera sjuksköterskor arbetande på sjukhus kunskap samt attityd gällande demens vård, och utforska sambandet mellan sjuksköterskor s demografiska karaktär och jämföra dessa två.	En tvärsnittsstudie där 124 sjuksköterskor arbetande på olika utbildningssjukhus i södra Taiwan fick två frågeformulär vardera. 16 frågor gällande demens vård, samt 13 frågor gällande vårdens utformande för personer långt gånga i sin demenssjukdom, exempelvis välja verklighets orienterad vård eller person centrerad vård.	N=128 (4)	Studien påvisade att sjuksköterskor arbetande på sjukhus ofta blandade ihop delirium och demenssjukdom. Fleratlet sjuksköterskor hade en grund i demenssjukdomar men hade svårt att sätta över dessa teoretiska kunskaper i praktiskt handlande i mötet med personer med demenssjukdom. Sjuksköterskor ställde sig positiva till att få mer kunskap inom demensvård och det de främst önskade var mer kunskap i bemötande och bemötande strategier.	I CCT
Page, S. & Hope, K. 2013 UK	Towards new ways of working in dementia: perceptions of specialist dementia care nurses about their own level of knowledge, competence and unmet educational needs	Att utforska om det finns behov av nya utformningar av demensvården, samt viken kompetens sjuksköterskor som arbetar med dessa frågor runt om i landet besitter.	En mix metod innehållande både kvantitativ och kvalitativ data, 40 sjuksköterskor som arbetar med demens deltog på en konferens, alla sjuksköterskor har tackat ja till att delta, där de svarade på frågor via ett online system gällande 6 tema områden för demens vård.	40 (1)	Det fanns ett behov av utökade kunskaper vad det gäller lag och etiska aspekter för personer med demenssjukdom, sjuksköterskor var tveksamma i detta område och oro fanns gällande den egna legitimationen när beslut gällande detta skulle tas. God grund med kunskap gällande demenssjukdom, ökade kunskaper i ledarskap behövdes.	I P
Sampino, F. & Sequeira, C. 2014 Portugal	Nurses Knowledge and Practices in Cases of Acute and Chronic Confusion: A Questionnaire Survey	Studien ämnar beskriva sjuksköterskors kunskaper samt praktiska kunskaper gällande att vårda och bedriva omvårdnad för personer med akut eller kronisk kognitiv nedsättning.	En beskrivande tvärsnittsstudie med kvantitative ansats. Sjuksköterskor som arbetar aktivt med omvårdnad deltog frivilligt via ett online frågeformulär designat för ändamålet.	249	Den praktiska kunskapen i hur omvårdnad för personer med demenssjukdom gavs skilde sig markant från det som rekommenderas aktuell litteratur. Ssk som utbildat sig nyligen hade lättare att anamma omvårdnad utifrån evidens och inte eget tyckande.	I P

BILAGA II

<p>Samsi, K., Manthorpe, J., Nagendran, T. & Heath, H. 2011 UK</p>	<p>Challenges and expectations of the Mental Capacity Act 2005: an interview-based study of community-based specialist nurses working in dementia care</p>	<p>Studien syfte var att utforska hur specialistsjuksköterskor inom kommunalverksamhet arbetar med ”Mental Capacity Act (2005) vad de erbjuder för information och verktyg gällande stöd och lag för personer med demenssjukdom i UK, samt hur väl insatta sjuksköterskorna är själva.</p>	<p>Kvalitativ studie, deltagare var ”Admiral” sjuksköterska (en specialistsjuksköterska inom demensvård i UK) som frivilligt anmälde sig att delta i studien, som utfördes via intervjuer.</p>	<p>15(0)</p>	<p>Sjuksköterskor ansåg att riktlinjerna var ett bra stöd i bedömning och hjälp för personer med demenssjukdom för att de ska få rätt stöd och insatser. Även hjälp vid dialog med anhöriga eller ledning/chef. De sjuksköterskorna saknade var tid för implementering och stöd och hjälp i hur de skulle använda sig av materialet.</p>	<p>II K</p>
<p>Scerri, A., Innes, A. & Scerri, C. 2015 Malta</p>	<p>Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach</p>	<p>Att utforska den befintliga vården på två stycken allmänsjukhus, både hur personal perspektiv men även ur familjen perspektiv</p>	<p>En kvalitativ studie där 33 personal (blandad sjuksköterskor och undersköterskor) samt 10 familjemedlemmar blev intervjuade.</p>	<p>43 (0)</p>	<p>Sjuksköterskor (och även övriga deltagare) önskade ge god personcentrerad vård, för att kunna göra detta behövdes struktur. De valde att arbeta utifrån VIPS- strukturen för god personcentrerad omvårdnad. Dock påverkade organisatoriska faktorer med stress och press sjuksköterskorna. Med arbetssysslorna som måste utföras inom en viss tid, det skulle behövas mer avsatt tid eller personal för att kunna genomföra det på ett bra sätt.</p>	<p>I K</p>
<p>Skomakerstuen Odbehr, L., Kvigne, K., Hauge, S. & Danbolt, L.J. 2014 Norge</p>	<p>A qualitative study of nurses’ attitudes towards and accommodations of patients’ expressions of religiosity and faith in dementia care</p>	<p>Studiens syfte var att utforska hur sjuksköterskor förhåller sig men även har för inställning till religion och tro hos personer med demenssjukdom.</p>	<p>En kvalitativ forskningsstudie, i intervjuform, intervjuerna skedde i fokus grupper, totalt 8 olika grupper, som totalt innehöll 16 sjuksköterskor och 15 undersköterskor arbetande på äldreboenden i Norge.</p>	<p>31(0)</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde en vedertagen tystnad när det gäller äldre boende på boende och främst personer med demenssjukdom och deras inställning till döden, religion och tro och hopp. Dessa existentiella frågor undveks ofta på grund av brist på kunskap i hur man kan prata om ämnet. Sjuksköterskor var även rädda för att det kunde leda till BPSD hos personen med demenssjukdom. Trots ovilja att ta upp ämnet opåtalade ändå sjuksköterskor att de behövde mer kunskap då detta kunde vara mycket viktigt för personen de vårdade.</p>	<p>I K</p>

BILAGA II

Smythe, A., Jenkins, C., Galant-Miecznikowska, M., Bentham, P. & Oyebode, J. 2016 UK	A qualitative study investigating training requirements of nurses working with people with dementia in nursing homes.	Studiens syfte var att utforska vilket behov av träningsjuksköterskor är i behov av för att kunna arbeta i demensvård, samt en överblick av utvecklings behovet av utbildning och förbättring av den personcentrerade vården.	Kvalitativ intervju studie, intervjuerna hölls i fyra stycken fokusgrupper, med totalt 11 stycken sjuksköterskor, sjuksköterskorna arbetade på sjukhem och i någon form med personer med demenssjukdom.	11 (0)	Sjuksköterskor upplevde att de mest diregerade andra i vad de skulle göra. De ansåg att det var viktigt med personcentrerad omvårdning, men kände sig själva mycket distanserade till den kliniska verksamheten. Det skapade en frustration hos sjuksköterskor att de inte kunde vara mer delaktiga i vården och bedriva den vård de önskade. De upplevde även avsaknad av organisatoriskt stöd.	I K
---	---	---	---	--------	--	--------

Källa: Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.