

**SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT VÅRDA PERSONER
MED KOGNITIV SJUKDOM INOM SLUTENVÅRDEN
- en litteraturöversikt**

Nurses' experiences of the care of people with cognitive disorders in hospital
- a literature review

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning vård vid kognitiv sjukdom, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: VT-24.
Kurs: XAEXA1 H22EX

Författare:
Desireé Dandanelle
Amanda Vestfält

Handledare:
Monir Mazaheri

Examinator:
Jonas Sandberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Kognitiv sjukdom är förvärvade och bestående skador i hjärnan som påverkar personens förmåga att självständigt klara av sitt all dagliga liv i olika utsträckning. De fyra vanligaste diagnoserna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, frontotemporallobsdemens och Lewy body demens. Ibland drabbas personer med kognitiv sjukdom av sjukdomstillstånd som kräver vård inom slutenvården. Slutenvården med sin sterila miljö är inte anpassad för personer med kognitiv sjukdom. Miljön i slutenvården är okänd och kan därför skapa oro hos den här patientgruppen.

Syfte

Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med kognitiv sjukdom inom slutenvården.

Metod

Metoden som använts är litteraturoversikt med induktiv ansats och resultatet består av femton artiklar som valts ut från artikelsökningar i två olika databaser, relevanta för forskning inom omvårdnad och hälsovetenskap. Artiklarna kvalitetsgranskades, analyserades enligt ett flödesschema och presenteras i tre kategorier med tio underkategorier.

Resultat

Litteraturoversiktens resultat visade att organisatoriska faktorer som tidsbrist, slutenvårdens miljö och olika arbetssätt är något som påverkar sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med kognitiv sjukdom. Det visade att sjuksköterskor har ett behov av kunskap och utbildning i kognitiva sjukdomar då upplevelsen är att kunskapen från grundutbildningen inte är tillräcklig. Det finns ett behov hos sjuksköterskor att kunna ge personer med kognitiv sjukdom en personcentrerad vård för att kunna säkerställa att personens behov blir tillgodosedda och då kan närstående vara till stor hjälp. Resultatet visade att sjuksköterskor har en viktig roll i att säkerställa att personer med kognitiv sjukdom får en god vård men det visade också att arbetsbelastningen på sjuksköterskor är hög.

Slutsats

Slutsatsen blir att slutenvårdens utformning och miljö borde anpassas efter personer med kognitiv sjukdom, att sjuksköterskor har ett behov av utbildning och kompetensutveckling samt att detta skulle gynna alla parter i slutändan.

Nyckelord: Kognitiv sjukdom, slutenvård, sjuksköterskor, erfarenhet

ABSTRACT

Background

Cognitive disorders are acquired and permanent damages to the brain which affects the person's ability to manage their everyday life to varying extent. Four of the most common diagnoses are Alzheimer's disease, vascular dementia, frontotemporal dementia and Lewy body dementia. People with cognitive disorders may become so ill that they need treatment in hospital. The sterile environment in hospitals is not adjusted for this patient group. It's an unknown environment that may cause anxiety for them.

Aim

The aim of this literature review was to illuminate nurses' experience of caring for people with cognitive disorders in hospital wards.

Method

The method used was a literature review with an inductive approach and the result consists of fifteen articles from searches in two different databases which are relevant to research within nursing- and health science. The articles have been quality audited, analyzed and are presented in three main categories with ten subcategories.

Results

The results showed that organizational factors such as lack of time, hospital environment and different ways of working are affecting nurses' experiences of caring for people with cognitive disorders. It displays that nurses need more knowledge and education about cognitive disorders as they experience that the education they got in nursing school is not enough. There's a need among nurses to give people with cognitive disorders a person centered care in order to fulfill the person's needs and in this part of caring the person's next of kin can play an important role. The result displays that nurses play a big part in making sure that persons with cognitive disorders are properly cared for but also that the workload for nurses is high.

Conclusion

The conclusion is that hospital environment and design should be adjusted for people with cognitive disorders, that nurses need education and competence development and that everybody would profit from this in the end.

Keywords: cognitive disorders, hospital, nurses, experience

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kognitiv sjukdom	1
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)	2
Slutenvårdens utformning	3
Personer med kognitiv sjukdom i slutenvården	3
Teamarbete	4
Specialistsjuksköterskans funktion och ansvar	5
Teoretiskt perspektiv-Personcentrerat förhållningssätt	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	7
Ansats	7
Design	7
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	9
Organisatoriska faktorer som påverkar sjuksköterskors omvårdnad	10
Sjuksköterskors behov i vården av personer med kognitiv sjukdom	13
Utmaningar och möjligheter i vården av personer med kognitiv sjukdom	15
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	20
Slutsats	22
Klinisk tillämpbarhet	22
REFERENSER	23

Bilaga A- Databassökningar

Bilaga B- Artikelmatris

Bilaga C- Granskningsmall

INLEDNING

Som sjuksköterskor i kommunal verksamhet möter författarna dagligen personer med kognitiv sjukdom i en miljö som är anpassad för dessa personers behov och förutsättningar med ombonade utrymmen, färgkodade avdelningar och personliga tillhörigheter. Dessa personer råkar ibland ut för sjukdomar eller tillstånd som kräver vård och behandling inom slutenvården, en miljö som inte är anpassad för dem. Sjuksköterskors attityd gentemot personer med kognitiv sjukdom har en betydelse för kvaliteten på vården som dessa personer ges. Oavsett om sjuksköterskans förhållningssätt gentemot personer med kognitiv sjukdom är avsiktligt eller omedvetet så kan det utgöra ett hinder när sjuksköterskan ska skapa en relation till personen och vinna dennes förtroende. Med denna uppsats vill författarna undersöka närmare hur sjuksköterskor inom slutenvården upplever hur det är att vårda personer med kognitiv sjukdom.

BAKGRUND

År 2020 uppgick antalet personer som var 60 år eller äldre till mer än 2,6 miljoner, vilket motsvarade ungefär 25 procent av Sveriges befolkning (Statistiska centralbyrån, 2022). Av dessa beräknas cirka åtta procent ha drabbats av kognitiv sjukdom och varje år insjuknar mellan 20 000 och 25 000 personer i kognitiv sjukdom. Fram till och med år 2050 beräknas antalet personer som drabbas av kognitiv sjukdom att fördubblas relaterat till att befolkningen beräknas leva längre (Serander, 2019).

Kognitiv sjukdom

Det som tidigare benämndes som demenssjukdom benämns numera som kognitiv sjukdom. Kognitiv sjukdom orsakas av förvärvade och bestående skador i hjärnan och symtomen kan se lite olika ut beroende på vilken diagnos av kognitiv sjukdom en person drabbas av. Trots att det finns en mängd olika diagnoser av kognitiva sjukdomar finns det gemensamma nämnare för de olika diagnoserna, däribland nedsatt minne och oförmåga att sköta ett vardagligt liv utan hjälpinsatser (Serander, 2019). Kognitiva sjukdomar, oavsett diagnos, delas in i olika stadier beroende på svårighetsgrad: mild, medelsvår och svår. Mild kognitiv sjukdom kännetecknas av en tydlig nedsättning i den kognitiva förmågan främst socialt och arbetsmässigt men där personen klarar av att sköta ett vardagligt liv ändå. Nästa stadie, medelsvår, innebär att personen behöver tillsyn och stöttning dagligen för att klara av det vardagliga livet. Det sista stadiet kännetecknas av att personen med kognitiv sjukdom kräver ständig tillsyn och hjälp med alla delar av det vardagliga livet, detta stadie innebär ofta att personen är i behov av en annan boendeform med hälso-och sjukvårdspersonal tillgänglig dygnet runt (Marcusson et al., 2011, s. 13-14).

Diagnosen Alzheimers sjukdom är den vanligaste av diagnoserna bland kognitiva sjukdomar då 60-70 procent av alla som drabbas av kognitiv sjukdom får diagnosen Alzheimers sjukdom, den är i huvudsak åldersrelaterad och drabbar främst personer över 65 år. De främsta riskfaktorerna för diagnosen är hög ålder, högt blodtryck, ärftlighet och downs syndrom men även psykisk ohälsa, låg utbildningsnivå och avsaknad av socialt skyddsnet ökar risken för att drabbas av Alzheimers sjukdom. Sjukdomens symtom kommer smygande, drabbar fler kvinnor än män och räknas i västvärlden som den tredje vanligaste dödsorsaken efter cancersjukdomar och hjärt-

kärlsjukdomar. Personer med Alzheimers sjukdom kommer förr eller senare att vara i behov av vård och vårdkostnaderna relaterade till diagnosen beräknas till ungefär 50 miljarder kronor per år i Sverige, det innebär att diagnosen kostar samhället mer än vad cancersjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar gör tillsammans (Marcusson et al., 2011, s. 16-25).

20 procent av alla som drabbas av kognitiv sjukdom i Sverige får diagnosen vaskulär demens. Diagnosen orsakas av skador på blodkärlen i hjärnan och symtomen varierar beroende på var i hjärnan skadan uppstår. Riskfaktorerna för vaskulär demens är desamma som för hjärt-kärlsjukdomar, däribland rökning, övervikt, högt blodtryck, höga blodfetter och diabetes. Symtomen på vaskulär demens kommer ofta plötsligt och kan sedan vara stabila under en längre tid, något som är ovanligt vid till exempel Alzheimers. En del personer får en symtombild som vid Alzheimers, med ett smygande förlopp men också med plötsliga försämringar som vid vaskulär demens, denna diagnos benämns som blanddemens. Dessa personer har ofta en hjärt-kärlsjuklighet i grunden som orsakar en debut som vaskulär demens för att sedan utveckla Alzheimers (Marcusson et al., 2011, s. 134, 143).

Frontotemporallobsdemens är en mer ovanlig diagnos som drabbar den främre delen av hjärnan där de kognitiva och sociala funktionerna är lokaliserade och det är därför inte minnet som påverkas primärt utan personligheten. Förändrad personlighet och beteende, hämningslöshet och ett bristande omdöme är vanligt. Förmågan att tolka kroppens signaler påverkas också och kan leda till ett förändrat ätbeteende. Personer som diagnostiseras med frontotemporallobsdemens kan uppvisa ett tvångsmässigt beteende eller total apati och det är därför inte ovanligt att dessa personer sökt hjälp hos psykiatrin snarare än hos en minnesmottagning. Diagnosen debuterar tidigare än övriga diagnoser och de flesta som drabbas av frontotemporallobsdemens är under 65 år. Vad som orsakar diagnosen är ännu inte klarlagt (Marcusson et al., 2011, s. 92-96).

Lewy body demens är en diagnos som sällan ställs och som egentligen endast kan fastställas vid en obduktion. Precis som vid frontotemporallobsdemens kan minnet initialt vara intakt. Istället påverkar diagnosen personens REM-sömn, den del av sömnen där drömmar uppstår och personen som drabbas av diagnosen lever ut sina drömmar med sparkar, slag eller skrik. Synhallucinationer är ett senare symptom precis som problem med rumsuppfattningen, blodtrycksfall och parkinsonism. Diagnosen försämras avsevärt vid behandling med neuroleptika och saknar botemedel men synhallucinationerna kan minskas med hjälp av alzheimersläkemedel. Lewy body demens delar kliniska och patologiska likheter med Parkinsons sjukdom, däribland rigiditet och hypokinesi (Marcusson et al., 2011, s. 117-120).

Ovan nämnda diagnoser är de fyra vanligaste diagnoserna vid kognitiv sjukdom i Sverige idag och kan ofta ställas i primärvården med hjälp av en minnesutredning. De fall som inte kan diagnostiseras i primärvården bör remitteras till en minnesmottagning för att utredas vidare och ge personen en möjlighet att komma så nära rätt demensdiagnos som möjligt. Detta är av vikt då de olika diagnoserna innebär olika symptom, behandlingsåtgärder och progress (Johansson, 2023).

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom (BPSD)

Majoriteten av personer med kognitiv sjukdom drabbas någon gång under sjukdomsförloppet av beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom

(BPSD). Symtomen kan vara hallucinationer, vanföreställningar, motorisk rastlöshet, apati, labilitet och ångest. BPSD orsakar lidande och påverkar livskvaliteten negativt för den som drabbas och är samtidigt svårt för närstående och vårdpersonal att bemöta (Socialstyrelsen, 2017; Kales et al., 2015). Orsaker till BPSD kan vara otillfredsställda basala mänskliga behov, läkemedelsbiverkan, smärta, för högt ställda krav från omgivningen eller svårigheter att tolka miljön runtomkring. Orsaker och utlösande faktorer behöver analyseras, åtgärdas och följas upp för att personer med kognitiv sjukdom och BPSD ska få lindrigare symptom av BPSD och en förbättrad livskvalitet (Socialstyrelsen, 2017). Grootscholten et al. (2023) beskriver vilken betydande roll sjuksköterskor har i att tidigt upptäcka BPSD, sätta in åtgärder och utvärdera dessa. Sjuksköterskorna beskrev att de inte hade något strukturerat sätt för att upptäcka BPSD utan det var något som de lärde sig ju mer erfarenhet de fick. När sjuksköterskorna upptäckt BPSD hos en person med kognitiv sjukdom började de identifiera utlösande faktorer i omgivningen, det kunde vara ljud, fysiskt obehag, specifika personer eller folksamlingar. För att kunna identifiera de utlösande faktorerna var sjuksköterskorna överens om att det krävdes kännedom om personen med kognitiv sjukdom för att kunna avgöra vad som var en grundsinnesstämning och inte. Flera studier har visat att sjuksköterskor upplever att BPSD hos personer med kognitiv sjukdom ökar arbetsbelastningen (Kang & Hur, 2021).

Slutenvårdens utformning

Sjukhusmiljö är vanligtvis utformad med fokus på att tillhandahålla effektiv sjukvård och för att skapa förutsättningar att möta medicinska och tekniska behov. De faciliteter som utgör ett sjukhus är framförallt inriktade på utrustning för diagnostik och behandling. En vårdavdelning består ofta av långa korridorer där patientsalar inte ligger i nära anslutning till sjuksköterskeexpeditionen, detta minskar chansen till spontan interaktion (Wijk, 2022, s. 46-47). Om patienten vårdas i ett enkelrum så bidrar detta till en mer privat känsla vilket kan vara till fördel för patienten. Samtidigt kan flerbäddsrum bidra till en känsla av trygghet tack vare närhet och tillgång till andra att interagera med (Shepley et al., 2016).

Sjukhusmiljön kan leda till att fokus hamnar på den tekniska utrustningen istället för välbefinnandet hos patienterna som vårdas och minskar således delaktigheten i vården för både patient och närstående (Wijk, 2022, s. 46-47). Synlig sjukvårdsutrustning i rummet har visat sig öka patientens stress och känslan av att befinna sig på sjukhus kan också öka patienternas ångest (Stremmer et al., 2015; Tanja-Dijkstra, 2011). Att sträva efter att kunna förmedla en känsla av hemtrevlighet i slutenvården är något som har visat sig viktigt för både det psykiska och fysiska välmåendet (Gilmour, 2005; Stremmer et al., 2015). Patienter uttrycker också en önskan om att skapa en hemlik miljö på sjukhus då de anser att inredning och personligt anpassade platser kan underlätta och motivera möjligheten till återhämtning (Hesselink et al., 2020; MacAllister et al., 2017).

Personer med kognitiv sjukdom i slutenvården

Vistelse på sjukhus kan vara förvirrande och skrämmande för personer med kognitiv sjukdom i och med den nya omgivningen. Förmågan att tolka sinnesintryck, brister i orienteringsförmåga och avståndsbedömning, nedsatt insikt och förståelse bidrar till att miljöbyte blir en stor påfrestning. Att vistas på sjukhus kan leda till ökad oro, förvirring och ångest på grund av den överstimulering av ljus och ljud som sjukhusmiljön innebär (Waller & Masterson, 2015). Personer med kognitiv sjukdom tenderar att vistas längre tid på sjukhus jämfört med personer som inte har kognitiv sjukdom. Detta beror på att

personer med kognitiv sjukdom har ökad risk för att drabbas av komplikationer i form av psykiatriska symtom, förvirringstillstånd och viktnedgång i samband med sjukhusvistelse (Möllers et al., 2019). Digby et al. (2018a) beskriver hur personer med kognitiv sjukdom som vårdats inläggande på sjukhus känner sig inlåsta, vilsna och oroliga. Den okända miljön, att vara stillasittande och bristen på meningsfulla aktiviteter hade ett samband med aggressivt beteende eller oro hos patienterna (Digby et al., 2018a; Jensen et al., 2020). Patienter med aggressiva beteenden, oro eller vandringsbeteenden kan ibland hanteras med tvångs- och begränsningsåtgärder såsom fysisk fasthållning, sänggrindar, rörelselarm eller lugnande läkemedel för att minska den typen av beteenden (Lejman et al., 2013; Singh et al., 2023).

Personer med kognitiv sjukdom behöver stöd för att kunna bibehålla sin självständighet och genom att använda tydliga kontraster, skyltning, symboler, vägvisning, tydligt ljus, markeringar i golvet vid höjdskillnader, tillgänglighet till utomhusmiljö, personens namn utanför dörren, ljudfria miljöer för återhämtning och något som gör miljön hemtrevlig kan underlätta för personer med kognitiv sjukdom att behålla självständigheten i en sjukhusmiljö (Riquelme-Galindo & Lillo-Crespo, 2021). Att anpassa sjukhusmiljön till att vara bättre lämpad för personer med kognitiv sjukdom innebär att erbjuda och uppmuntra till meningsfulla aktiviteter, inkludera närstående i vården och ta hänsyn till personens autonomi genom att erbjuda valmöjligheter vid beslut som ska tas angående vården på ett enkelt och tydligt sätt (Waller & Masterson, 2015). Patienter inläggande på sjukhus upplevde att sjuksköterskor inte anpassade information och instruktioner efter den enskildes förutsättningar vilket skapade oro och osäkerhet inför uppgifter och långa stunder av passivitet (Jensen et al., 2020). Vidare upplever patienter med kognitiv sjukdom ett utanförskap och saknar förståelse från sjukhuspersonalen, upplevelsen är att engagemanget för patienten endast är ytligt (Digby et al., 2018a). Personalomsättningen på avdelningarna upplevdes förvirrande då sjuksköterskorna involverade patienterna i aktiviteter i olika hög grad vilket också bidrog till en osäkerhet och en känsla av att inte duga någonting till (Jensen et al., 2020).

Teamarbete

I Socialstyrelsens (2019) publikation "ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom" tydliggörs vikten av teamsamverkan och interprofessionellt arbete för att den äldre personen med kognitiv sjukdom ska få bästa, möjliga vård och förutsättningar för livskvalitet. För att utforma de omvårdnadsinsatser som behövs krävs bedömningar och insatser från olika yrkeskategorier med olika kompetens. Det är inte sällan en sjuksköterska med specialistkompetens inom kognitiv sjukdom som får uppdraget att samordna dessa yrkeskategorier för bästa möjliga resultat för personen med kognitiv sjukdom. Vidare så framgår det att alla yrkeskategorier har ett ansvar att signalera för ökade vård- och omsorgsbehov hos personen med kognitiv sjukdom, något som underlättas av ett bra teamarbete med uppföljningar och avstämningar mellan olika yrkeskategorier som är involverade i vården av personen (Socialstyrelsen, 2019). Hallberg (2012) skriver att ett personcentrerat arbetssätt är en viktig del i att säkra hälso- och sjukvården och minska antalet vårdskador. Att uppnå ett personcentrerat arbetssätt görs med fördel genom att arbeta i team där olika professioner strävar mot samma mål, patientens bästa. Betydelsen av interprofessionellt teamarbete är stor då det intensiva samarbetet olika professioner emellan kan bidra till att uppnå goda resultat och lösa problem i komplicerade situationer som kan uppstå i vården av äldre personer med kognitiv sjukdom. Den äldre personen bör också ses som en del i teamet vilket ger en

bred kompetens tillsammans med övriga professioner och bidrar samtidigt till kompetensutveckling och en ökad förståelse för varandras yrkesutövande. Teamarbetet kan vara avgörande för patientens hälsa när det kommer till avancerad vård och anses därför vara nödvändigt inom hälso- och sjukvården. Teamarbetet kommer fortsatt att vara nödvändigt för att möta de ökade kvalitetskraven som kommer att ställas på hälso- och sjukvården utifrån det växande och åldrande välfärdssamhället (Carlström et al., 2013, s. 74).

Specialistsjuksköterskans funktion och ansvar

I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inriktning vård av äldre går att utläsa att den personcentrerade vården som sjuksköterskan ska använda sig av utgår från ett holistiskt synsätt och hjälper den äldre patienten att identifiera de egna resurserna (Svensk sjuksköterskeförening, 2022). För att uppnå en personcentrerad vård bör sjuksköterskan utgå från den äldre personens värderingar, visa ett genuint engagemang, dela beslutsfattandet med den äldre personen och ha en medveten närvaro i vårdandet som bör vara holistiskt. Ett holistiskt vårdande förutsätter att sjuksköterskan har goda kunskaper om åldrandet, dess normalillstånd, sjukdomar, symtom och metoder för diagnostisering. Det förutsätter också att både sjuksköterskans och den äldre personens perspektiv vägs in då sjuksköterskan inte alltid är expert på vad den äldre personens besvär är. Sjuksköterskan behöver den kliniska kompetensen lika väl som den medmänskliga (Blomqvist & Beck, 2017, s. 83).

Studien av Duner (2013) visade att sjuksköterskan deltog i flest moment när det kom till att planera vården kring den äldre personen, det visade sig också vara sjuksköterskan som oftast inledde mötet med teamet och navigerade så allas röster blev hörda. Flera yrkeskategorier ansvarade tillsammans för vissa områden i den äldre personens vård medan sjuksköterskan ensam ansvarade för områden som gällde bland annat läkemedel, nutrition och sömn samtidigt som sjuksköterskan ansvarade för områden tillsammans med andra yrkeskategorier också. Med detta som stöd är det uppenbart för författarna att sjuksköterskan utgör en viktig och nödvändig del i teamet som arbetar med den äldre personen.

Teoretiskt perspektiv-Personcentrerat förhållningssätt

Rollen som sjuksköterska bygger på att se hela patienten, inte enbart patientens sjukdomstillstånd och att aktivt främja hälsa genom att förebygga skador och ohälsa samt att ta tillvara på patientens egna resurser på bästa möjliga sätt. Detta görs bäst genom att använda ett personcentrerat förhållningssätt och utgå från den enskilda individens behov och resurser (Wijk & Rämgård, 2017, s. 584). Personcentrerat förhållningssätt vid kognitiv sjukdom innebär att fokusera på individens unika behov, önskemål och livshistoria för att planera vården och miljön på ett sådant sätt som främjar deras välbefinnande. Det är patienten själv som bör vara i fokus – inte diagnosen. Inom hälso- och sjukvården är det av vikt att lyssna på och respektera patientens preferenser, involvera patienten i beslutsfattandet kring den egna vården och livsvärdet samt att möta patienten i den egna uppfattningen av omvärlden. Genom att skapa en trygg och stödjande miljö som tar hänsyn till patientens individuella behov och känslomässiga välbefinnande kan patientens autonomi och livskvalitet stärkas och förbättras (Socialstyrelsen, 2017; Blomqvist & Beck, 2017, s. 74-80; Wijk & Rämgård, 2017, s. 586). I vården av personer med kognitiv sjukdom är det inte ovanligt att personen i fråga är oförmögen att själv uttrycka sina önskemål och tidigare livshistoria, relationen mellan sjuksköterska och närstående spelar då en betydande roll. Begreppet

personcentrerad vård innebär att individen och dennes närstående involveras och görs delaktiga i vården (Ekman & Norberg, 2013, s. 30-34).

Med anledning av ovanstående har författarna valt personcentrerat förhållningssätt som teoretiskt perspektiv för arbetet. Det är ett teoretiskt perspektiv framarbetat av McCormack och McCance (2006) som bygger på fyra strukturer. Den första är *förutsättningar* som fokuserar på sjuksköterskans utmärkande egenskaper. Dessa egenskaper är formell kompetens, en god social förmåga, engagemang i arbetet, tydliga värderingar och ståndpunkter samt självinsikt. Att veta hur de egna värderingarna påverkar den professionella rollen och patientens beslutsfattande. Den andra är *vårdmiljön* som fokuserar på de kontexter där vården ges. Om vården ges av ett multiprofessionellt team, om beslutsfattandet på enheten delas lika, om det finns utrymme för nytänkande och risktagande på arbetsplatsen i syfte att förbättra vården. Detta har visat sig vara avgörande faktorer för om ett personcentrerat förhållningssätt förstärks eller försvagas. *Personcentrerade processer* är den tredje som har fokus på att vården ges genom olika åtgärder som definierar personcentrerad omvårdnad. Denna struktur innebär att sjuksköterskan arbetar med patientens tro och värderingar i åtanke, är närvarande i vårdandet, delar beslutsfattandet med patienten och tillgodoser dennes behov. Den fjärde och sista strukturen är *förväntade resultat* som är produkten av effektiv personcentrerad omvårdnad. Den innefattar tillfredsställelse med given vård, involvering i vården, känsla av välmående och skapandet av en terapeutisk miljö (McCormack & McCance, 2006). För att kunna nå *förväntade resultat* med ett personcentrerat förhållningssätt måste de tre strukturerna innan vara uppfyllda. Det betyder att sjuksköterskan måste ha *förutsättningar* och arbeta i *vårdmiljön* med *personcentrerade processer* för att nå det slutgiltiga målet.

Problemformulering

Personcentrerad vård vid kognitiv sjukdom är avgörande då den fokuserar på att erkänna och respektera patientens unika behov. Istället för att se personen som en patient med en sjukdom så lyfter personcentrerad vård fram personens identitet, erfarenheter och relationer. Vid kognitiv sjukdom är det också viktigt att skapa en trygg, strukturerad och lugn miljö där personen kan känna sig säker och dennes autonomi kan stödjas. Det är en komplex och utmanande uppgift att vårda personer med kognitiv sjukdom i slutenvården där miljön och arbetssätten inte är anpassat utifrån patienternas förutsättningar. En okänd miljö med många stressfaktorer och intryck blir svårt för personer med kognitiv sjukdom att tolka och förstå. Personer med kognitiv sjukdom kan ha svårt att kommunicera och förmedla sina behov eller önskningar vilket kan leda till känslor av frustration och otillräcklighet hos sjuksköterskor inom slutenvården som inte kan hjälpa patienterna i den utsträckning de vill.

SYFTE

Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med kognitiv sjukdom inom slutenvården.

METOD

Ansats

Induktiv ansats valdes till uppsatsen då författarna istället för att utgå från en förutbestämd teoretisk ram eller hypotes, låtit materialet som analyserats visa mönster och teman som upptäcktes. Detta tillvägagångssätt innebar möjlighet att utforska ämnet på ett öppet sätt och genererade insikter som kanske inte hade upptäckts med en mer strikt teoribaserad ingång (Polit & Beck, 2021, s. 535).

Design

Metoden som valdes till uppsatsen var litteraturöversikt av studier med kvalitativ metod (Polit & Beck, 2021 s. 83). Syftet med att använda en litteraturöversikt är att sammanfatta, granska, utvärdera och syntetisera befintlig forskning och litteratur inom ett specifikt ämnesområde. Det ger en helhetsbild av den aktuella kunskapen inom ämnet och visar på tidigare forskning och eventuella kunskapsluckor.

Urval

För att säkerställa att endast relevanta och tillförlitliga källor inkluderades i uppsatsen beslutades om inklusions- och exklusionskriterier. Genom att tydligt definiera dessa kriterier stärks både validiteten och reliabiliteten i en litteraturöversikt. (Polit & Beck, 2021, s. 88). Detta ökar validiteten genom att säkerställa att den insamlade informationen är korrekt och tillämplig för forskningsfrågorna. Dessutom ökar det reliabiliteten genom att skapa en enhetlig och reproducerbar process för urval av källor, vilket gör det möjligt för utomstående att följa och bedöma forskningsarbetet. Inklusionskriterierna i denna uppsats var originalartiklar av vetenskapliga studier med kvalitativ ansats som var peer reviewed. Peer reviewed valdes för att säkerställa att endast välgrundade och tillförlitliga artiklar inkluderades då detta innebär att artiklarna kritiskt granskats av andra forskare inom området innan publicering (Polit & Beck, 2021, s. 100). Artiklarna skulle vara publicerade mellan 2018-2023 för att få tillgång till den mest aktuella kunskapen och de skulle vara skrivna på engelska för att undvika risken för missförstånd. Exklusionskriterier var review artiklar/översiktsartiklar då dessa är en sammanställning av genomförda studier och artiklar med enbart kvantitativ ansats då författarnas syfte är att få en djupgående förståelse av upplevelser.

Datainsamling

Databaser som är relevanta för forskning inom omvårdnad valdes för att hitta material/data som svarade till syftet. Public Medline [PubMed] innehåller en omfattande samling av forskningsartiklar inom medicin-, omvårdnad och hälsovetenskaper (Polit & Beck, 2021, s. 93) och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] har ett innehåll som fokuserar specifikt på omvårdnad och hälsovetenskap samt erbjuder många olika typer av publikationer, inklusive tidskrifter, böcker, avhandlingar och konferenshandlingar (Polit & Beck, 2021, s. 90-91). Bibliotekarie på Sophiahemmet högskola konsulterades för rådgivning och handledning vid artikelsökning i olika databaser vilket rekommenderas för uppsatsskrivare (Polit & Beck, 2021, s. 86). Inför sökningarna i databasen PubMed identifierades indexord i form av MeSH-termer via Svensk MeSH till exempel *nurses*, *hospitals*, *nursing care* och *inpatients*. De begrepp som inte kunde identifieras som MeSH-termer har sökts i Title/Abstract till exempel *experience* och *nursing role*. I CINAHL benämns indexord som Subject headings och indexord som använts är bland annat *cognitive disorders*,

hospitals och *nurse-patient relations*. För att utöka eller begränsa sökning i databaser kan ord kombineras med booleska termer som OR/AND/NOT (Polit & Beck, 2021, s. 89). Termen OR användes vid liknande begrepp eller MeSH-termer för att utvidga sökningen. MeSH-termer och begrepp kombinerades i block med termen AND, se bilaga A. Författarna valde även att använda trunkering (*) för att utvidga sökningen (Polit & Beck, 2021, s. 89). Inkluderade artiklar presenteras i en artikelmatris för översikt (Bilaga B). Materialet har bearbetats enligt flödesschema för litteraturstudier (Polit & Beck, 2021, s. 85). Samtliga titlar i sökningarna lästes och de som inte svarade på syftet valdes bort. Abstrakt lästes på kvarvarande artiklar och de som svarade till syftet lästes i helhet. Kvalitetsgranskning av artiklar som ansågs kunna inkluderas i uppsatsen har genomförts med Sophiahemmets Högskolas granskningsmall (Bilaga C) som är baserad på Caldwell et al. (2011) ramverk för kvalitetsgranskning. Granskningsmallen bidrog till en strukturerad genomgång för att bedöma relevans och kvalitet på artiklarna. Två artiklar som bestod av en kvantitativ och kvalitativ del har valts ut och då har endast den kvalitativa delen i resultatet använts. En artikel som belyst personcentrerad vård av äldre har inkluderats då den berörde personer med kognitiv sjukdom i resultatet. De studier som mötte inklusionskriterierna är presenterade i artikelmatris (Bilaga B). Studierna är publicerade mellan 2018-2022 och genomförda i Europa (n=8), Nordamerika (n=4) samt Oceanien (n=3) och de är utförda på medicinska, kirurgiska, ortopediska, psykiatriska, geriatriska och akuta avdelningar på sjukhus i varierande storlek. Semistrukturerade intervjuer var den vanligaste datainsamlingsmetoden och tematisk innehållsanalys var det mest använda tillvägagångssättet för dataanalysen.

Dataanalys

Vald metod till arbetet är kvalitativ innehållsanalys enligt Polit och Beck (2021, s. 534-541). Metoden valdes då den är lämplig när kunskap inom ett visst område ska sammanställas och beskrivas genom att identifiera mönster, teman och betydelsefull information. Resultatet i de artiklar som inkluderats i uppsatsen efter kvalitetsgranskning lästes noggrant för att få en övergripande förståelse av innehållet. Efter att materialet granskats upprepade gånger delades texten in i meningsenheter som svarade till syftet och kondenserades så textnära som möjligt. Därefter kodades de kondenserade enheterna med en kortare beskrivning av originaltexten. Efter detta startade uppbyggnaden av det genomgångna materialet och kategorier identifierades som återspeglade de viktigaste idéerna eller begreppen kopplat till uppsatsens syfte (se tabell 1). Därefter strukturerades, organiserades och analyserades materialet genom att sortera koderna och identifiera ytterligare mönster.

Tabell 1. Exempel från analysprocessen

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Sjuksköterskorna klagade över att de inte får adekvat kunskap om kognitiva sjukdomar och utmanande beteenden som kan uppstå vilket leder till en osäkerhet när de interagerar med dem	Bristande kunskap leder till osäkerhet vid interaktion	Kunskap och utbildning	Sjuksköterskors behov i vården av personer med kognitiv sjukdom

Det är utmanande för sjuksköterskor och vårdpersonal när patienter med kognitiv sjukdom själv inte kan berätta om sina behov, rutiner eller vad den har för önskemål	Att inte kunna berätta om sina behov är utmanande	Kommunikation	Utmaningar och möjligheter i vården av personer med kognitiv sjukdom
Sjuksköterskor upplever att det är utmanande att ge personer med kognitiv sjukdom den tiden de behöver. De behöver mer tid för att utföra saker men tiden prioriteras till annat	Personer med kognitiv sjukdom behöver mer tid	Tidsbrist	Organisatoriska faktorer som påverkar sjuksköterskors omvårdnad

Forskningsetiska överväganden

I enlighet med Vetenskapsrådets (2018) riktlinjer om god forskningssed har författarna inte plagierat eller hittat på resultaten i uppsatsen. Författarnas förförståelse inom ämnet har inte heller färgat resultatet då författarna varit medvetna om förförståelsen och därmed arbetat för att presentera resultatet så objektivt som möjligt. Forskningsetiska överväganden måste användas i all vetenskaplig forskning för att skydda deltagarnas rättigheter (Polit & Beck, 2021, s. 131). En del i detta är att reflektera över studiernas alla moment för att säkerställa deltagarnas säkerhet. För att säkerställa deltagarnas säkerhet i vetenskapliga studier används de etiska principerna som Belmontrapporten presenterade. De innebär respekt för den enskilda individen, göra-gott-principen och rättvisepincipen. Respekt för den enskilda individen innebär att dennes uppfattningar och autonomi respekteras. Göra-gott-principen innebär att individens deltagande inte innebär skada för den enskilde och att studien maximerar möjliga fördelar och rättvisepincipen handlar om att fördela fördelar och nackdelar på ett så gynnsamt sätt som möjligt. Utgångspunkten är att alla individer alltid behandlas likvärdigt (Sandman & Kjellström, 2018, s. 375-377). Valda artiklar till föreliggande uppsats innehåller etiskt resonemang eller är godkända av en etisk kommitté. Återfanns inget tydligt etiskt resonemang i artikeln kontrollerades tidskriftens etiska krav. För att undvika ett selektivt urval, ett urval baserat på eget tyckande och egna åsikter som beskrivs i Friberg (2022, s. 185-188), har ett kritiskt förhållningssätt tillämpats för att motverka att uppsatsens resultat påverkas.

RESULTAT

Resultatet i denna litteraturöversikt består av 15 artiklar som analyserats och utmynnat i tre kategorier med tio underkategorier (se tabell 2). I resultatet benämns personer med kognitiv sjukdom och patienter gemensamt som patienter för att underlätta läsningen.

Tabell 2. Översikt av underkategorier och kategorier

Underkategorier	Kategorier
Tidsbrist	Organisatoriska faktorer som påverkar sjuksköterskors omvårdnad
Miljö	
Arbetsätt	
Kunskap och utbildning	Sjuksköterskors behov i vården av personer med kognitiv sjukdom
Personcentrerat förhållningssätt	
Medvetenhet om egna tankar och känslor	
Behandla eller begränsa	Utmaningar och möjligheter i vården av personer med kognitiv sjukdom
Närstående	
Det komplexa vårdandet	
Kommunikation	

Organisatoriska faktorer som påverkar sjuksköterskors omvårdnad

Denna kategori beskriver sjuksköterskors upplevelser av hur organisatoriska faktorer som *tidsbrist*, *miljö* och *arbetsätt* påverkar vårdandet av patienter med kognitiv sjukdom i slutenvården. Tidsbrist, miljö och arbetsättet beskrevs kunna leda till att patienten inte får den uppmärksamhet och vård de är i behov av.

Tidsbrist

Många sjuksköterskor beskrev att det krävs mer tid att vårda patienter med kognitiv sjukdom jämfört med andra patienter och att den tiden inte finns att ge. Sjuksköterskor har beskrivit att stöd och extra resurser från organisationen sällan sätts in (Digby et al., 2018b; Dookhy & Daly, 2021; Dunkle et al., 2022; Fatania et al., 2019; Hartung et al., 2021; Jensen et al., 2019; Keuning-Plantinga et al., 2020; Pinkert et al., 2018; Yous et al., 2019). Tidsbristen beror på brist på personal, komplexa sjukdomsbilder och att sjuksköterskor har ansvar för många patienter samtidigt. Om sjuksköterskorna hade ansvar för patienter med kognitiv sjukdom beskrev de hur arbetsbelastningen ökade och arbetet blev mer utmanande i och med det (Digby et al., 2018b; Jensen et al., 2019; Keuning-Plantinga et al., 2020; Yous et al., 2019). Den ökade arbetsbelastningen och tidsbristen leder till att sjuksköterskor inte kan ge patienterna den tid som de komplexa vårdbehoven kräver, detta i sin tur skapar en frustration hos sjuksköterskorna (Digby et

al., 2018b; Dunke et al., 2022; Hartung et al., 2021; Jensen et al., 2019; Pinkert et al., 2018). Sjuksköterskorna upplevde att om de hade möjlighet att lära känna patienten och ge dem tid för att själva genomföra uppgifter och moment i omvårdnaden skulle patienterna må bättre (Dookhy & Daly., 2021; Dunkle et al., 2022; Jensen et al., 2019). Tiden beskrevs också som avgörande för att ta reda på varför patienten reagerar på det sätt som patienten gör när patienten drabbas av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) (Fataina et al., 2019). När tid saknades för att utreda bakomliggande orsaker till BPSD ökade användandet av lugnande läkemedel (Keuning-Platinga et al., 2020; Pinkert et al., 2018; Yous et al., 2019).

Miljö

Att sjukhusmiljön inte är anpassad för personer med kognitiv sjukdom beskrevs som en stor svårighet av sjuksköterskorna (Dookhy & Daly, 2021; Dunkle et al., 2022; Hartung et al., 2021; Jensen et al., 2019; Nilsson et al., 2019; Osuoha et al., 2021; Pinkert et al., 2018; Scerri et al., 2018; Shannon et al., 2018; Yous et al., 2019). Jensen et al. (2019) beskrev sjukhusmiljön som stökig, okänd och högljudd vilket påverkade patienterna negativt. I studien av Dookhy och Daly (2021) beskrev sjuksköterskorna det särskilt problematiskt om patienterna behövde byta sal under sjukhusvistelsen. Sjukhusmiljön bidrog till en känsla av osäkerhet och ökade risken för förvirring hos patienterna och det kunde leda till oro, aggressivt beteende och andra former av BPSD (Dookhy & Daly, 2021; Dunkle et al., 2022; Scerri et al., 2020). I Grealish et al. (2019) studie beskrevs den okända miljön leda till ökad risk för fall. För patienter med kognitiv sjukdom upplevde sjuksköterskorna att enkelrum skulle öka deras välmående under tiden de befann sig på sjukhus (Digby et al., 2018b; Jensen et al., 2019). Att ha enkelrum skulle också kunna göra det enklare att anpassa miljön så att den blir mer individanpassad och lämplig för patienter med kognitiv sjukdom (Dookhy & Daly, 2021).

Sjuksköterskorna beskrev att de försöker anpassa sjukhusmiljön så att den passar patienter med kognitiv sjukdom bättre (Nilsson et al., 2019; Osuoha et al., 2021; Pinkert et al., 2018; Shannon et al., 2018). Att göra miljön hemtrevlig beskrevs av sjuksköterskorna som något som gynnade dessa patienter (Nilsson et al., 2019; Pinkert et al., 2018; Yous et al., 2019). För att göra miljön hemtrevlig så kunde sjuksköterskan be anhöriga att ta med någonting välbekant hemifrån, till exempel en bild eller duk (Nilsson et al., 2019). Anpassningen av miljön kunde också bestå av att ge patienten möjlighet att ta sovmorgon, kunna få den mat och dryck som patienten föredrog och tillgång till egna kläder i stället för sjukhuskläder (Nilsson et al., 2019).

Sjuksköterskorna beskrev också åtgärder för att minska stimuli i form av ljus och ljud samt plocka bort saker som kunde leda till skador (Nilsson et al., 2019). Bristen på säkra utrymmen för patienten att vistas i beskrevs som ett problem med sjukhusmiljön (Dunkle et al., 2022). För patienter som drabbas av motorisk rastlöshet i form av vandringsbeteende så upplevde sjuksköterskorna att de mätte bättre om det fanns en lugn plats på sjukhuset där det var möjligt att vandra omkring (Shannon et al., 2018). Om sjukhusmiljön var bättre anpassad skulle det ge förutsättningen att bedriva vård av bättre kvalitet. Förslag på vad som skulle kunna anpassas var ett rum där patienterna kunde träffas och äta tillsammans och ha gemensamma aktiviteter vilket skulle uppmuntra social interaktion och minska isolering (Osuoha et al., 2021). Majoriteten av sjuksköterskorna i studien av Jensen et al. (2019) trodde inte att det var möjligt att anpassa miljön på sjukhus så att den passade patienter med kognitiv sjukdom och att det bästa för dessa patienter var en så kort sjukhusvistelse som möjligt.

Arbetsätt

Det framkommer att kontinuitet av personal kan bidra till att skapa en trygg och stabil miljö för patienten med kognitiv sjukdom genom att bygga upp en förtroendefull och fungerande relation mellan sjuksköterskan och patienten. Sjuksköterskorna upplevde att kontinuiteten var något som borde prioriteras vid kognitiv sjukdom (Nilsson et al., 2019; Osuoha et al., 2021; Scerri et al., 2020; Yous et al., 2019). Nilsson et al. (2019) beskrev dock att de korta vårdtiderna på sjukhus försvårar det önskvärda arbetet med kontinuitet av personal. Sjuksköterskorna beskrev vikten av personcentrerad vård vid kognitiv sjukdom men upplevde ofta konflikt avseende uppgiftsorienterad och personcentrerad vård. De flesta upplevde att det är den uppgiftsorienterade vården och de fysiska åkommorna som prioriteras högst på sjukhus (Hartung et al., 2021; Jensen et al., 2019).

En del sjuksköterskor i studien av Pinkert et al. (2018) ansåg att patienter med kognitiv sjukdom stör den dagliga rutinen på avdelningen. En uppfattning var att det innebär en högre arbetsbelastning att vårda de här patienterna (Jensen et al., 2019). Fatania et al. (2019) beskrev det som att sjuksköterskan inte vill att en patient ska ta upp majoriteten av tiden under ett arbetspass. Samarbete och dialog mellan sjukhus och primärvård för att minska antalet sjukhusinläggningar var något som efterfrågades (Scerri et al., 2020).

För att kunna möta behoven hos patienter med kognitiv sjukdom beskrev sjuksköterskorna att de försökte anpassa sina rutiner (Osuoha et al., 2021). Rutinerna och arbetssättet kunde till exempel anpassas genom att sätta dropp och ta prover dagtid i stället för att störa patienterna under natten eller tidig morgon (Nilsson et al., 2019). En del av sjuksköterskorna upplevde att det var givande att vårda den här patientgruppen och upplevde att det var frustrerande med kollegor som inte delade deras engagemang (Jensen et al., 2019). Att utföra annorlunda arbetsuppgifter, som att titta i fotoalbum, upplevde sjuksköterskorna som obekvämt trots att det kunde hjälpa patienter med kognitiv sjukdom (Pinkert et al., 2018). Ett annat hinder som beskrevs för att kunna möta behoven hos den här patientgruppen var hur journalen är uppbyggd. Enligt den befintliga uppbyggnaden var det svårt att dokumentera tillräckligt med information om patienten för att kunna förmedla behoven som fanns (Jensen et al., 2019). Enligt Osuoha et al. (2021) och Yous et al. (2019) var det viktigt med noggrann rapport mellan sjuksköterskor vid skiftbyten för att sjuksköterskan skulle få en god kännedom om patientens beteenden och behov.

Sjuksköterskorna upplevde att samarbetet och kommunikationen med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal inte alltid fungerar optimalt vilket försvårar vården (Osuoha et al., 2021). Enligt Pinkert et al. (2018) upplevde sjuksköterskorna att de oftast saknade stöd av läkare och behövde kämpa för att få den hjälp som patienten behöver. Om samarbetet i teamet kring patienten var bra och alla strävade mot samma mål underlättade det för sjuksköterskorna (Osuoha et al., 2021; Yous et al., 2019).

När en patient med kognitiv sjukdom var medicinskt färdigbehandlad kunde patienten skickas åter till hemmet utan nödvändiga insatser, detta var något som sjuksköterskor upplevde som svårt att acceptera då de upplevde att risken för återinläggning ökade om patienten saknade hjälpinsatser i hemmet (Scerri et al., 2019).

Sjuksköterskors behov i vården av personer med kognitiv sjukdom

Denna kategori beskriver sjuksköterskors behov i vården av personer med kognitiv sjukdom i form av *kunskap och utbildning, personcentrerat förhållningssätt* och *medvetenhet om egna tankar och känslor*. Sjuksköterskorna upplever att de saknar nödvändig kunskap om kognitiva sjukdomar och beteendemässiga problem som kan uppstå på grund av dessa och att det är en känslomässig utmaning för sjuksköterskor att vårda dessa patienter.

Kunskap och utbildning

Många sjuksköterskor upplevde att de saknar kunskap om kognitiva sjukdomar och hur de ska ge en god vård till de patienter som har kognitiv sjukdom. De uttryckte en önskan om att kunskapen ska komma redan under grundutbildningen och innefatta geriatrik, läkemedelsbehandling och specifik läkemedelsbehandling vid utmanande beteenden och symtom. Det framkom tydligt att det saknas kunskap om BPSD, hur sjuksköterskor bör bemöta patienter som uppvisar BPSD och det tycks finnas en kunskapslucka när det kommer till tvångs- och begränsningsåtgärder som upplevdes nödvändigt i vissa fall (Hartung et al., 2021; Keuning-Plantinga et al., 2020; Nilsson et al., 2019; Scerri et al., 2020).

I Dooky och Daly's (2021) studie uttryckte sjuksköterskorna ett behov av att kontinuerligt uppdatera kunskapen om kognitiva sjukdomar och BPSD för att omsätta detta i praktiken och på så sätt bygga upp erfarenheten. Dessa sjuksköterskor uttryckte även de ett behov av mer kunskap kring orsaker, bemötande och kommunikation med patienter som har kognitiv sjukdom och framför allt de med BPSD. Behovet av mer kunskap styrks av Grealish et al. (2019) och Pinkert et al., (2021) studier där det framkom att sjuksköterskor upplever en osäkerhet när det kommer till att vårda och bemöta patienter med kognitiv sjukdom då de inte förstått vad kognitiv sjukdom kan innebära och de upplevde en förvåning när patienterna hade svårt att följa uppmaningar.

Kunskap om kognitiv sjukdom är användbart i akutsjukvården samtidigt som det finns en uppfattning om att kunskapen är onödig trots att patienter med kognitiv sjukdom har ett komplext vårdbehov. Nyutexaminerade sjuksköterskor upplevde att de hade för lite kunskap om kognitiv sjukdom med sig från grundutbildningen (Hartung et al., 2021; Jensen et al., 2019; Pinkert et al., 2018). Bristande kunskap visade sig ha ett samband med ett ökat användande av lugnande läkemedel och svårigheter att bedriva god vård (Dunkle et al., 2022). För att kunna bedriva god vård fanns en önskan om utbildning och kunskap om kognitiva sjukdomar och BPSD. Det fanns önskemål om erfarenhetsutbyte och kliniska övningar tillsammans med andra sjuksköterskor för kompetensutveckling (Osuoha et al., 2021; Pinkert et al., 2021).

Personcentrerat förhållningssätt

Att som sjuksköterska känna till vem patienten är utöver sin diagnos ger en ökad förståelse för beteenden och den personcentrerade vården blir bättre. I de fall där patienten själv inte kunde förmedla detta var anhöriga ett viktigt verktyg för sjuksköterskor (Dunkle et al., 2022; Osuoha et al., 2021). Det anses vara viktigt att se personen och inte sjukdomen för att kunna bemöta patienterna med värdighet och säkerhetstänk. Detta gjorde sjuksköterskorna genom att skapa en relation till patienten och möta patienten på dennes nivå (Ernst et al., 2020; Hartung et al., 2021; Osuoha et al., 2021). Personcentrerad vård anses vara extra viktigt vid kognitiv sjukdom då

patienten kan vara oförmögen att förmedla sina behov samt i arbetet med fallprevention. Sjuksköterskor beskrev hur den personcentrerade vården underlättade när de försökte skapa en relation till patienten med kognitiv sjukdom och hur den relationen kunde motverka stress och oro i en främmande miljö (Ernst et al., 2020; Nilsson et al., 2019; Osuoha et al., 2021). Den personcentrerade vården beskrevs som ett arbetssätt som användes för att skapa individuella vårdplaner för att förhindra, lindra och bemöta BPSD. Det var ett viktigt redskap för att undersöka orsaken till BPSD och skapa individuella åtgärder (Dookhy & Daly, 2021; Ernst et al., 2020; Jensen et al., 2019; Osuoha et al., 2021).

I Grealish et al. (2019) studie beskrev sjuksköterskorna att det var svårt att vårda patienter med kognitiv sjukdom om de inte visste någonting om personen utan endast deras diagnos samtidigt som andra sjuksköterskor uttryckte att de inte behövde veta något alls om patienten utöver det de själva observerat. Det senare styrks i Jensen et al. (2019) där sjuksköterskor uttryckte att kännedom om patienten var onödig då de förväntades åka tillbaka hem inom ett par dagar. Yous et al., (2019) beskrev hur sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att individanpassa vården för patienter med kognitiv sjukdom och att ett personcentrerat förhållningssätt hjälpte dem att förstå patientens historia, upplevelser och preferenser. Sjuksköterskor värdesatte att patienter med kognitiv sjukdom kände sig trygga och fick vård med respekt för sin integritet (Shannon et al., 2018). Den personcentrerade vården var ibland svår att uppnå och upprätthålla för patientgruppen då sjuksköterskor upplevde att de ibland behövde fatta beslut som gick emot patientens vilja för att kunna garantera patientsäkerheten (Ernst et al., 2020).

Medvetenhet om egna tankar och känslor

Två studier visade att sjuksköterskor valde att arbeta på sjukhus för att de inte ville arbeta med äldre patienter och ta hänsyn till deras psykiska behov i vårdandet. När sjuksköterskor tvingades vårda patienter med kognitiv sjukdom uppvisades en bitterhet och en åsikt om att dessa patienter borde ha vårdats någon annanstans (Digby et al., 2018b; Pinkert et al., 2021). Sjuksköterskor har antytt att det är en utmaning med ett personcentrerat förhållningssätt gentemot patienter med kognitiv sjukdom. Speciellt om patienten visade BPSD, det kunde få sjuksköterskorna att anta en negativ attityd gentemot patienten och se denne som en belastning. När sjuksköterskorna hamnade i det sinnestillståndet så förhindrade det sjuksköterskorna från att se orsakerna till patientens BPSD. En del sjuksköterskor undvek patienter med känd BPSD-problematik (Digby et al., 2018b; Ernst et al., 2020; Scerri et al., 2020).

Det framkommer att det förekommer ålderism och negativa attityder gentemot patienter med kognitiv sjukdom, i synnerhet om de är medicinskt färdigbehandlade och vistas på sjukhus i väntan på en annan boendeform. Dessa patienter beskrevs som förvirrade, "dementa" eller som socialtjänstens problem på ett nedvärderande sätt. Dessa studier har visat att sjuksköterskor ägnar mindre tid åt dessa patienter. Att stressa en patient med kognitiv sjukdom kan förvärra patientens BPSD, det vet sjuksköterskor men gör det ändå (Digby et al., 2018b; Scerri et al., 2020).

Sjuksköterskorna i Yous et al. (2019) studie beskrev arbetet med patienter med kognitiv sjukdom som utmanande då det krävde mer kunskap och engagemang. Detta då sjuksköterskorna uppskattade att bedömningar och behandlingar av dessa patienter var mer tidskrävande. Flera av sjuksköterskorna ansåg att deras kunskap var otillräcklig för

att ge dessa patienter en god vård utifrån deras behov. Att vårda den här patientgruppen kan komma med dilemman som skapar ett skört förhållande mellan det professionella jaget och det privata jaget när det kommer till värderingar, rutiner och ansvar. Likheter i det professionella jaget och det privata jaget påverkade meningsskapandet, responsen och resultatet av vårdandet (Fatania et al., 2019).

Vårdandet av patienter med kognitiv sjukdom upplevdes som känslomässigt utmanande och stressande då dessa patienter kunde vara oberäkneliga. Rastlöshet, aggression och förvirringstillstånd i samband med risk för fall och risk för undernäring upplevdes också som stressande för sjuksköterskor. (Dookhy & Daly, 2021; Dunkle et al., 2022; Keuning-Plantinga et al., 2020; Pinkert et al., 2018). En del sjuksköterskor tog illa vid sig när patienter med kognitiv sjukdom var verbalt aggressiva och detta upplevdes belastande (Keuning-Plantinga et al., 2020).

Sjuksköterskor som upplevde det utmanande och/eller stressande att vårda patienter med kognitiv sjukdom tenderade att visa frustration som i sin tur spred en negativ stämning på vårdavdelningen. Denna patientgrupp har ett komplext vårdbehov som skapade en oro hos sjuksköterskor över att inte kunna leverera den vård patienten behövde och om vårdbehoven inte tillgodosågs klandrade sjuksköterskorna sig själva för det. De sjuksköterskor som upplevde att det var enkelt att vårda patienter med kognitiv sjukdom kunde känna en frustration gentemot kollegor som inte upplevde arbetsuppgiften på samma sätt (Hartung et al., 2021; Jensen et al., 2019).

I studien av Pinkert et al. (2018) uttryckte sjuksköterskor en osäkerhet som grundade sig i att patienter med kognitiv sjukdom har så olika beteenden, att symtom och hur de yttrar sig är svåra att generalisera. Det framkom även att sjuksköterskor kände sig splittrade inför hur mycket de ska involvera sig i patientens vård och vilka möjligheter de har, organisatoriskt, att ge en personcentrerad vård. Att inte ha möjlighet att spendera så mycket tid de skulle vilja på patienten skapade en frustration hos sjuksköterskor. Yous et al. (2019) intervjuade sjuksköterskor som uttryckte att förutom frustration, så upplevde de även ilska, rädsla och sorg i vårdandet av patienter med kognitiv sjukdom, dessa känslor framkom även i Hartung et al. (2021) studie.

Utmaningar och möjligheter i vården av personer med kognitiv sjukdom

Denna kategori beskriver sjuksköterskors upplevda utmaningar och möjligheter i vården av personer med kognitiv sjukdom med underkategorierna *behandla eller begränsa, närstående, det komplexa vårdandet* och *kommunikation*. Att använda begränsningsåtgärder till dessa patienter ansågs ibland som nödvändigt och när kommunikationssvårigheter föreligger kan det leda till stress för patienterna medan närstående främst beskrivs som ett stöd.

Behandla eller begränsa

I intervjuer med sjuksköterskor framkom att farmakologiska åtgärder till BPSD ses som en sista desperat utväg när icke-farmakologiska åtgärder inte fungerar (Digby et al., 2018b; Yous et al., 2019). I Keuning-Plantinga et al. (2020) studie svarade hälften av de intervjuade sjuksköterskorna att de sällan eller aldrig engagerade sig i att aktivera de patienter som visade tecken på BPSD i ett försök att förebygga konfusion. Nära hälften antydde också att de ofta satte kateter på dessa patienter och använde andra fysiskt begränsade metoder i syfte att minska risken för att patienterna blev utåtagerande. Två

tredjedelar medgav att de använde begränsande farmakologiska åtgärder samt sömnläkemedel ofta för den här patientgruppen (Keuning-Plantinga et al., 2020).

I samma studie framkom att sjuksköterskor ibland använde sig av fysiskt tvång för att lugna vissa situationer som kunde uppstå. Det förekom även att sjuksköterskor använde smärtstillande eller sömnläkemedel i försök att lindra BPSD (Keuning-Plantinga et al., 2020). Patienter med vandringsbeteenden som gick in på salar eller behandlingsrum där de inte tilläts vara krävde en ökad tillsyn från sjuksköterskor och en del uppgav att de placerade dessa patienter i en rullstol för att kunna "ta med sig" patienten dit de behövde gå för att kunna fortsätta med sina arbetsuppgifter (Digby et al., 2018b).

I Shannon et al. (2018) studie framkom det att sjuksköterskor ansåg fysiska begränsningsåtgärder som nödvändiga när arbetsbelastningen blev för hög och patienternas säkerhet inte kunde garanteras. Samtidigt som sjuksköterskor önskade att de kunde ge patienter med kognitiv sjukdom en personcentrerad vård ser de en motsättning i att samtidigt kunna säkerställa patienternas säkerhet i en sjukhusmiljö som inte är anpassad för patienter med kognitiva sjukdomar. När patienter med BPSD krävde sjuksköterskornas tid påtalade sjuksköterskorna att det fanns en risk för att de patienter som inte gjorde något väsen av sig blev förbisedda (Ernst et al., 2020).

Närstående

Ordinarie vårdgivare eller närstående som innebar ett bekant ansikte för patienten beskrevs som en möjlighet att lugna patienten och en faktor som kunde minska och lindra BPSD. Det var en av anledningarna till att sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att kommunicera och involvera patientens närstående i vården även på sjukhus. Sjuksköterskor rådfrågade ofta närstående om hur de bemötte patienten på bästa sätt och samarbetet med närstående upplevdes som värdefullt och viktigt (Dookhy & Daly, 2021; Ernst et al., 2020; Keuning-Plantinga et al., 2020; Osuoha et al., 2021).

I de fall där närstående inte var på fysiska besök hos patienten rapporterade sjuksköterskor att interaktionen med närstående var näst intill obefintlig. En del sjuksköterskor upplevde kontakten med närstående som utmanande i de fall där närstående reagerade kraftigt på akuta tillstånd eller nyupptäckt kognitiv sjukdom. I de fall där närstående var krävande gällande patientens vård kände sig sjuksköterskor otillräckliga och frustrerade. Ett bra samspel med närstående beskrevs gynna alla parter. Samtidigt beskrevs samspelet med närstående som tidskrävande och komplext vilket också kunde leda till en känsla av otillräcklighet hos sjuksköterskor (Ernst et al., 2020).

Närståendes närvaro på sjukhuset upplevdes ha en lugnande effekt på patienter med kognitiv sjukdom enligt sjuksköterskor. Vid hemgång upplevde sjuksköterskor att det var viktigt att noggrant informera närstående. Som sjuksköterska var det viktigt att ta kontakt med och involvera närstående inför och vid utskrivning från sjukhuset (Dookhy & Daly, 2021; Ernst et al., 2020; Keuning-Plantinga et al., 2020; Osuoha et al., 2021).

Det komplexa vårdandet

Omvårdnaden av patienter med kognitiv sjukdom ligger på sjuksköterskans ansvar och ansvaret upplevdes som stort och utmanande. Sjuksköterskor upplevde att det var svårt att ansvara för fallprevention för den här patientgruppen när det ofta innebar att de var tvungna att förlita sig på tekniska produkter. Sjuksköterskor på slutenvårdavdelningar upplevde att det var svårt att ha ansvar för den här patientgruppen då ansvaret delades

med flera andra kollegor som kunde vara av andra åsikter och uppfattningar än de egna (Grealish et al., 2019). En annan aspekt som gjorde att sjuksköterskor upplevde att det var svårt att ansvara för patientgruppen var när den patientansvariga läkaren inte lyssnade på sjuksköterskans upplevelse och bedömningar och i de fall det beslutades om begränsningsåtgärder utan att sjuksköterskan involverades i beslutet (Scerri et al., 2020). Att inte bli tillfrågad och känslan av att bli åsidosatt av andra yrkeskategorier i vården av patienter med kognitiv sjukdom är något som lyftes även av Ernst et al. (2020). Sjuksköterskorna upplevde att de är de viktigaste personerna i vården av patienter med kognitiv sjukdom då det är de som arbetar närmast patienten och att läkare borde lita på sjuksköterskans kunskap (Osuoha et al., 2021). Ett dåligt fungerande samarbete med andra yrkeskategorier påverkade och försvårade vårdförloppet och framför allt utskrivningsprocessen. Vid utskrivning upplevde sjuksköterskor att det fanns en stor risk för att de riskfaktorer som observerats under sjukhusvistelsen inte uppmärksammades och följdes upp i den kommunala vården. Detta var ett område som upptog stor del av sjuksköterskans ansvar och tid. Ett annat område som beskrevs som bidragande till frustration och stress var de patienter som uppvisade en risk för fall eller de som uppvisade BPSD. Dessa patienter förhindrade ofta att sjuksköterskorna la upp en arbetsplan eller rutin eftersom de ofta upptog mycket av sjuksköterskornas tid och det i sin tur försvårade möjligheterna att hålla en tidsplan. Sjuksköterskor prioriterade bland annat injektioner och avancerade såromläggningar i sitt dagliga arbete men inte när det gällde patienter med kognitiv sjukdom (Digby et al., 2018b).

Kommunikation

Sjuksköterskor upplevde vårdandet av patienter med kognitiv sjukdom som utmanande när patienten var oförmögen att kunna förmedla sina behov till följd av sin kognitiva sjukdom. I dessa fall har enskilda samtal med patienten i lugn och ro upplevts som positivt. För många frågor hade en tendens att orsaka stress hos patienten vilket i sin tur orsakade utåtagerande beteenden som en reaktion (Dookhy & Daly, 2021). Svårigheterna i kommunikationen med patienter som har kognitiv sjukdom skapade en osäkerhet hos sjuksköterskor i deras beslutsfattande (Jensen et al., 2019). En god kommunikation med patienter med kognitiv sjukdom kännetecknas, enligt sjuksköterskor, av god ton, röstläge och lugnt tempo. Tydlig och konsekvent kommunikation ansågs dessutom bidra till en säker vård. En annan faktor i detta ansågs vara att bekräfta patienten och dennes upplevelser för att avleda snarare än att tillrättvisa (Hartung et al., 2021; Osuoha et al., 2021). För sjuksköterskor var det viktigt att bygga en förtroendeingivande relation med patienten för att kunna ge dem en god och säker vård (Pinkert et al., 2018). Sjuksköterskorna fick ofta eller alltid anpassa kommunikationen utifrån patienten (Keuning-Plantinga et al., 2020).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet för litteraturöversikten var att belysa sjuksköterskors upplevelser av att vårda personer med kognitiv sjukdom på en slutenvårdsavdelning och de artiklar som inkluderats behandlar sjuksköterskors upplevelser av vård på olika avdelningar inom slutna hälso- och sjukvård. I resultatet framkom att sjuksköterskor upplevde att vårdandet av patienter med kognitiv sjukdom är utmanande på grund av den komplexa sjukdomsbilden, kunskapsbrist och organisatoriska faktorer. Valt teoretiskt perspektiv

för uppsatsen är personcentrerat förhållningssätt beskrivet enligt McCormack och McCance (2006) och resultatet kommer att diskuteras utifrån denna.

Sjuksköterskans förutsättningar i form av kompetens beskrivs som en del i den första strukturen i det personcentrerade förhållningssättet (McCormack & McCance, 2006). Resultatet i litteraturöversikten visade att sjuksköterskorna saknade den kunskap som behövs för att vårda patienter med kognitiv sjukdom. Patienterna beskrevs ha komplexa vårdbehov som är utmanande för sjuksköterskorna att bemöta. Även kunskap om BPSD och tvångs- och begränsningsåtgärder beskrevs som bristfälliga vilket i kombination skulle kunna utgöra en risk för patienterna. Att sjuksköterskor inom slutenvården upplever sig ha för lite kunskap om personer med kognitiv sjukdom och hur man tolkar deras beteenden och bemöter deras behov har beskrivits även i tidigare studier (Dewing & Dijk, 2016; Hynninen et al., 2015). Sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräckligt med kunskap med sig från grundutbildningen och önskar att de fått utbildning i geriatrik, kognitiva sjukdomar, BPSD och läkemedelsbehandling vid utmanande beteenden och två studier lyfter också önskemål om kliniska övningar och erfarenhets- och kunskapsutbyte med andra sjuksköterskor som en del i kompetensutveckling. Hadley et al. (2019) fann att kollegialt lärande, att lära sig av att se erfarna kollegor bemöta patienter med kognitiv sjukdom, möjlighet till reflektion i arbetsgruppen och övningar som berör empati kan bidra till ökad kunskap hos sjuksköterskor. Att sjuksköterskor reflekterade över otillräckliga kunskaper för att kunna ge en god vård åt patienter med kognitiv sjukdom tolkar författarna som att sjuksköterskor ser ett behov av detta för att kunna bedriva god vård.

Tidigare studier visar att sjuksköterskors upplevda brist på kunskap kan leda till ett undvikande förhållningssätt gentemot dessa patienter då sjuksköterskan försöker undvika patienterna eller inte prioriterar patienternas behov på grund av patienternas kognitiva sjukdom (Clisset et al., 2014; Tropea et al., 2016). Den första strukturen i personcentrerat förhållningssätt av McCormack och McCance (2006) beskriver också engagemang i arbetet, självinsikt och värderingar. Resultatet av litteraturöversikten visade att en del sjuksköterskor inte vill vårda patienter med kognitiv sjukdom och ansåg att dessa patienter bör vårdas någon annanstans, att vårda den här patientgruppen förknippas med någonting negativt och en del sjuksköterskor gick så långt att de försökte undvika de här patienterna. Författarna menar att beteendet att försöka undvika att vårda patienter med kognitiv sjukdom grundar sig i brist på kunskap vilket leder till en osäkerhet hos sjuksköterskorna.

En del sjuksköterskor beskrev en medvetenhet om att stress kan förvärra patientens BPSD men att patienter stressas trots det. Resultatet visade att sjuksköterskor använder begränsnings- och tvångsåtgärder i form av till exempel läkemedelsbehandling vid BPSD både som en första åtgärd och som en sista utväg. Många sjuksköterskor beskrev att de använder läkemedel då andra icke farmakologiska åtgärder inte har fungerat, sjuksköterskorna såg då begränsningsåtgärder som nödvändiga för att kunna garantera patientens säkerhet och för att kunna ha de här patienterna under uppsikt. Detta styrks också av Graham et al. (2022) som visade att sjuksköterskor till stor del gav patienter som led av BPSD i form av aggression antipsykotiska läkemedel utan att utreda den eventuella orsaken till beteendet på ett bra sätt. Författarna menar att läkemedelsbehandling eller begränsning av patienter med vetskapen att det inte bör göras, tolkas kunna bero på ett behov av att kontrollera situationer som sjuksköterskan egentligen inte kan hantera på grund av bristande kunskap.

Resultatet visade att sjuksköterskor kände ett stort ansvar när det kom till patienter med kognitiv sjukdom och att det påverkades av bland annat samarbete med andra professioner och att deras kunskap om patienterna inte alltid togs tillvara. Fukuda et al. (2015) beskriver även de att sjuksköterskor upplever att en stor del som bidrar till svårigheter att vårda av personer med kognitiv sjukdom i slutenvården beror på bristande samarbete med läkare. Om arbetsmiljön kännetecknas av att man samarbetar mellan yrkeskategorier, har flexibelt ledarskap, nytänkande och gemensamt mål för patienten så ökar sjuksköterskors känsla av meningsfullhet i arbetet (McCormack & McCance, 2006).

Den andra strukturen i personcentrerat förhållningssätt enligt McCormack & McCance (2006) är vårdmiljö vilket innebär hur organisation, arbetssätt och samarbete mellan patient, sjukvårdspersonal och närstående ser ut. Resultatet visade att sjuksköterskor upplevde flera organisatoriska faktorer som försvårande omständigheter vid vård av personer med kognitiv sjukdom. Den fysiska sjukhusmiljön beskrevs som en stor del i varför det är svårt för sjuksköterskor att vårda patienter med kognitiv sjukdom. Den stökiga och okända miljön beskrevs öka risken för förvirring och kunde leda till aggressivitet och oro hos patienterna. Detta bekräftas av Crowther et al. (2018) som beskriver hur den stökiga sjukhusmiljön kan bidra till svårigheter för sjuksköterskor att uppfatta om patienter med kognitiv sjukdom upplever oro och ångest. Även andra studier visar att sjukvårdspersonal upplever att sjukvårdsavdelningar inte är en bra plats för personer med kognitiv sjukdom (Goldberg et al., 2014; Nilsson et al., 2013). I resultatet framkom också förslag på hur sjukhusmiljön skulle kunna anpassas att passa personer med kognitiv sjukdom bättre genom att göra den mer personlig och det finns en uppfattning om att en hemtrevlig miljö kan gynna dessa patienter. Att anpassa miljön beskrevs inte bara genom fysiska åtgärder utan även som åtgärder att låta patienter sova längre på morgonen och möjligheten till önskekost. Att anpassa miljön och bedriva personcentrerad vård på sjukhus beskrivs som en utmaning då fokus är den akuta sjukdomsbilden (Dewing och Dijk, 2016) vilket också resultatet i litteraturöversikten visade. Det framkom att det var fysiska åkommor och uppgiftsorienterad vård som prioriterades högst. Författarna menar att anpassa miljön och arbeta personcentrerat på sjukhus skulle bidra till att patienter med kognitiv sjukdom kan bibehålla sin självständighet i större utsträckning. Brooke och Semlyen (2019) har undersökt sjuksköterskors uppfattning om vilken påverkan miljöanpassning har för patienter med kognitiv sjukdom. Tydliga markeringar, skyltningar, kontrastfärger och sittgrupper i korridorer, ljus, personliga sovplatser, tillräckligt med utrymme och möjlighet till aktiviteter och stimulans under sjukhusvistelsen gjorde att avdelningarna inte längre uppfattades som kliniska och kalla utan bidrog till att miljön uppfattades som hemtrevlig.

Resultatet visade att sjuksköterskor ansåg att patienter med kognitiv sjukdom behöver möjlighet att genomföra aktiviteter på sjukhus och att patienter med motorisk oro skulle må bättre om det fanns någonstans att vandra omkring men det saknas säkra platser att befinna sig på. Att anpassa den fysiska miljön så att den uppfattas mer personcentrerad behöver inte vara kostsamt eller avancerat. Att ha möjlighet att uppleva närhet till naturen genom att titta ut genom fönster eller att titta på konst eller fiskar i ett akvarium kan bidra till att patienterna mår bättre genom att ha något att titta och fokusera på annat än den kliniska sjukhusmiljön (Edvardsson, 2008). Författarna menar att om sjukhusmiljön skulle anpassas för personer med kognitiv sjukdom kan det minska känslan av stress och ångest hos patienterna vilket i sin tur kan leda till minskade besvär

av BPSD och ökat välbefinnande. Vidare skulle en anpassning av miljön kunna minska risken för fall och andra skador. Samspel och kommunikation mellan sjuksköterskor och patienter skulle kunna underlättas vilket innebär att vården kan bli mer personcentrerad.

Att samarbeta med patienternas närstående beskrivs av sjuksköterskorna i litteraturöversikten som något de värdesatte högt då närstående har information om patienten och hur denne vill bli bemött. Att involvera närstående för att underlätta vården var något som sjuksköterskor ansåg var viktigt men att det också kunde vara komplext och leda till frustration. Detta styrks av Kelley et al. (2019) som beskriver att när sjuksköterskor tar hjälp av närstående för att få kännedom om patientens bakgrund och tillstånd så kan den informationen användas för att anpassa bemötandet och skapa meningsfulla interaktioner. Trots att det beskrivs som fördelaktigt att ta hjälp av närstående i vården av patienter med kognitiv sjukdom så är detta inget som tillhör den vanliga rutinen på sjukhuset (Kelley et al., 2019). Författarna anser att samarbetet med närstående är avgörande för att kunna ge bästa möjliga vård till patienter med kognitiv sjukdom. Närstående är de som känner patienten bäst och de som har kunskap om patientens beteende, preferenser och bakgrund. Närstående kan också vara avgörande vid kommunikation med patienten och erbjuda stabilitet och trygghet i en okänd miljö.

Den tredje strukturen enligt McCormack och McCance (2006) är personcentrerade processer vilket innebär att vården ges i enlighet med patientens värderingar och behov och att beslut som fattas görs gemensamt med patienten. Resultatet visade att personcentrerad vård är viktigt i vården av patienter med kognitiv sjukdom samtidigt som det är en utmaning då patienternas verbala kommunikation inte sällan är begränsad och hindrar dem från att uttrycka önskemål, behov och värderingar. Att kommunikation är en viktig del i att kunna arbeta personcentrerat styrks av Clisset et al. (2013) som beskriver att anknytningen och samhörigheten mellan patient och sjuksköterska till stor del är beroende av hur väl patienten med kognitiv sjukdom kan kommunicera sina behov. Sjuksköterskor lägger mycket tid på att observera patienter med kognitiv sjukdom för att bilda en uppfattning om patientens behov. Resultatet visade också att patienter med kognitiv sjukdom kräver mycket tid och uppmärksamhet vilket upplevs som ett orosmoment för sjuksköterskor då de upplever att den tiden tas från andra patienter som inte kräver lika mycket och att de patienterna då hamnar i skymundan. Författarna anser att sjuksköterskors arbete skulle kunna underlättas genom att minska antalet patienter som sjuksköterskan ansvarar för under ett arbetspass och att det skulle möjliggöra tid för att arbeta personcentrerat med alla patienter. Detta styrks av Borbasi et al. (2006) som i sin studie intervjuade sjuksköterskor om vad som skulle behövas för att förbättra vården av personer med kognitiv sjukdom i akutsjukvården.

För att nå den fjärde strukturen förväntade resultat enligt McCormack och McCance (2006) behöver de tre tidigare strukturerna vara infriade. Resultatet i litteraturöversikten visade att sjuksköterskorna saknade förutsättningar i form av kunskap, att vårdmiljön på sjukhus inte stödjer arbete med patienter med kognitiv sjukdom och de upplevde svårigheter i att arbeta personcentrerat på grund av kommunikationsproblem och tidsbrist vilket innebär att den fjärde strukturen inte kan nås.

Metoddiskussion

Resultatet utgörs i stort sett enbart av kvalitativa studier då de anses ge en fördjupad förståelse av det som ämnas undersökas (Polit & Beck, 2021, s. 535). Eftersom kvalitativa studier innehåller ett relativt lågt deltagarantal är det svårt att göra generella

antaganden baserat på uppsatsens resultat vilket kan ses som en svaghet. Detta ses samtidigt som en styrka då kvalitativa artiklar svarar mot syftet om en djupare förståelse för sjuksköterskors upplevelse. Två artiklar med mixad design har inkluderats men av dessa har endast den kvalitativa datan använts då den kvantitativa datan inte ansågs besvara syftet. En intervjustudie hade kunnat vara ett alternativ för att besvara uppsatsens syfte men då hade den geografiska spridningen inte varit lika stor som den är nu då de artiklar som inkluderats i den här uppsatsens resultatet härstammar från tre olika världsdelar vilket ses som en styrka. Att inkludera deltagare eller data från olika geografiska områden kan öka bekräftelsebarheten genom att förbättra pålitligheten och överförbarheten av resultaten. Det kan också bidra till trovärdigheten genom att minska risken för att resultaten är beroende av specifika lokala förhållanden eller omständigheter. Samtidigt kan det medföra utmaningar gällande kulturella skillnader och andra faktorer som kan påverka data och resultat.

Författarna valde att använda artiklar publicerade mellan 2018-2023 vilket ses som en styrka då resultatet utgörs av den mest aktuella informationen inom området. Det är också en svaghet då det noterades vid artikelsökningarna att det fanns många studier publicerade före 2018 och ett utökat tidsspänn hade kunnat ge ett fylligare resultat men det valda tidsspänn gav det mest aktuella resultatet vilket författarna föredrog. Sökningarna genererade varierande antal träffar, initialt lästes alla rubriker och de rubriker som inte upplevdes svara mot författarnas valda område sållades bort. På resterande artiklar lästes abstrakt för att avgöra om de svarade mot det valda området eller inte. Det ses som en styrka att båda författarna läst alla rubriker och alla abstrakt för att få ett så objektiva resultat som möjligt. En del artiklar återkom i sökresultatet trots olika kombinationer av sökord, detta tolkas som att författarna valt relevanta sökord för det valda området. Det kan dock inte uteslutas att andra sökord och/eller kombinationer av sökord hade genererat ett annat sökresultat.

Artiklarna som valts till uppsatsen kvalitetsgranskades med hjälp av en granskningsmall från Sophiahemmet högskola (se bilaga C) och endast de artiklar som uppnådde "god kvalitet" eller "mycket god kvalitet" inkluderades i resultatet. Artiklarna som utgjorde resultatet kontrollerades så att de innehöll ett etiskt resonemang alternativt var godkända av en etisk kommitté. I de fall där det saknades kontrollerades tidskriftens etiska krav och det ses som en styrka för uppsatsens resultat ur ett etiskt perspektiv. För att undvika ett selektivt urval, ett urval baserat på författarnas eget tyckande och egna åsikter som beskrivs i Friberg (2022, s. 185-188), har ett kritiskt förhållningssätt tillämpats under hela processen för att motverka att uppsatsens resultat påverkas.

Analysarbetet genomfördes enligt ett flödesschema för innehållsanalys enligt Polit och Beck (2021, s. 537). Metoden valdes då den är lämplig när kunskap inom ett visst område ska sammanställas och beskrivas genom att identifiera mönster, teman och betydelsefull information. Samtliga artiklars resultat har lästs och kodats av båda författarna på varsitt håll, författarna har sedan jämfört kodningarna och skapat underkategorier och kategorier som svarar till uppsatsens syfte. Att båda författarna kodat alla studier ses som en styrka då olika perspektiv på läsningen möjligtvis genererat fler essentiella delar.

Uppsatsens tillvägagångssätt är tydligt beskrivet vilket anses styrka tillförlitligheten (Polit & Beck, 2021, s. 569-570). Inkluderade artiklar är nogt bearbetade och lästa i sin helhet ett flertal gånger vilket ses som en styrka då författarna anser att de på så vis fått

ut så mycket som möjligt av materialet. Författarna har skrivit uppsatsen med en medvetenhet om sin förförståelse och aktivt arbetat med att lägga förförståelsen åt sidan för att få ett så objektiva resultat som möjligt.

Slutsats

Sjuksköterskor inom slutenvården saknar kunskap om kognitiva sjukdomar och hur patienter med kognitiva sjukdomar bör bemötas. Miljön i slutenvården är inte anpassad för patienter med kognitiv sjukdom och det kan öka arbetsbelastningen för sjuksköterskor i vården av dessa patienter. Av resultatet drar författarna slutsatsen att det finns ett behov av förbättrad samverkan med kommunala vårdinstanser för att minimera den här patientgruppens vårdtid inom slutenvården och minimera antalet sjukhusinläggningar då patienter med kognitiv sjukdom inte gynnas av att vårdas i en miljö som inte är bekant eller anpassad efter deras behov. En ökad kunskap hos sjuksköterskor skulle gynna patienter med kognitiv sjukdom och deras närstående. Att anpassa miljön efter patienterna skulle kunna minska arbetsbelastningen för sjuksköterskor, minska användandet av tvångs- och begränsningsåtgärder samt minska förekomsten av BPSD. Det är önskvärt med mer forskning kring vinsterna av att anpassa sjukhusmiljön för personer med kognitiv svikt för att visa på samhällsnyttan det kan leda till. Viktigare än så känns det önskvärt med forskning kring hur sjuksköterskans arbetsbelastning och trygghet i yrkesrollen skulle kunna påverkas genom exempelvis utbildning inom kognitiv sjukdom och organisatoriska förutsättningar att bedriva vård anpassad för personer med kognitiv sjukdom. Författarna ställer sig frågan om det är möjligt att nå en god personcentrerad vård av personer med kognitiv sjukdom i slutenvården med de förutsättningar som finns i svensk sjukvård idag - eller om det i framtiden kommer att krävas specialiserade team eller avdelningar för de här patienterna.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet i den här uppsatsen visar att det finns en kunskapslucka och ett behov av kompetens för att stärka sjuksköterskor i sin yrkesroll och i arbetet med patienter med kognitiva sjukdomar. Det visar även att slutenvården har svårt att möta de komplexa vårdbehov som dessa patienter har och att miljön bör anpassas till patienterna. För att öka kunskapen hos sjuksköterskor behövs mer utbildning om kognitiva sjukdomar, antingen som en del av deras grundutbildning eller som kontinuerlig fortbildning. Att erbjuda mentorskap och handledning av erfarna sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor inom kognitiv sjukdom kan också vara en del i att öka kunskap och erfarenhet. Specialistsjuksköterskor med inriktning vård vid kognitiv sjukdom kan förse sjuksköterskor inom slutenvården får mer kunskap. Specialistsjuksköterskor kan erbjuda utbildning och handledning till sjuksköterskor och annan vårdpersonal i slutenvården som kan inkludera teoretisk undervisning om kognitiva sjukdomar, BPSD och personcentrerad vård samt att omsätta teorin i praktiken och öva med hjälp av patientfall. Specialistsjuksköterskor skulle kunna arbeta med konsultation, erbjuda råd och stöd i specifika fall som rör patienter med kognitiv sjukdom vilket skulle kunna säkerställa en holistisk och individanpassad vård. Vidare skulle specialistsjuksköterskor kunna bidra med att utveckla riktlinjer och arbetssätt för att vårda patienter med kognitiv sjukdom inom slutenvården och bidra med den senaste kunskapen och vara ett stöd i att implementera evidensbaserad vård.

REFERENSER

* =Artiklar som ingår i resultatet

- Blomqvist, K. & Beck, I. (2017) Personcentrerade processer. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnad och äldre* (s. 71-88). Studentlitteratur.
- Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C., & Emden, C. (2006). Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward better practice. *Geriatric Nursing*, 27, 300–308. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2006.08.013
- Brooke, J. & Semlyen, J. (2019). Exploring the impact of dementia-friendly ward environments on the provision of care: A qualitative thematic analysis. *Dementia*, 18(2), 685-700. <https://doi.org/10.1177/1471301216689402>
- Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse education today*, 31(8). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>
- Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Studentlitteratur
- Clisset, P., Porock, D., Harwood, H., R. & Gladman, R., F., J. (2013). The challenges of achieving person-centred care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families. *International Journal of Nursing Studies*, 50. 1495–1503. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.001>
- Clisset, P., Porock, D., Harwood, H., R. & Gladman, R., F., J. (2014). The responses of healthcare professionals to the admission of people with cognitive impairment to acute hospital settings: an observational and interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, (1820-1829). <https://doi.org/10.1111/jocn.12342>
- Crowther, G., J., E., Brennan, C., A., & Bennett, M., I. (2018). The barriers and facilitators for recognising distress in people with severe dementia on general hospital wards. *Age and Ageing*, 47, 458–465. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx198>
- Dewing, J. & Dijk, S. (2016). What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia (London)*, (1), 106-124 <https://doi.org/10.1177/1471301213520172>
- Digby, R., Lee, S., & Williams, A. (2018a). The liminality of the patient with dementia in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 79-79. <https://doi.org/10.1111/jocn.13869>
- *Digby, R., Lee, S., & Williams, A. (2018b). The 'unworthy' patient with dementia in geriatric rehabilitation hospitals. *Collegian*, 25, 377–383. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.10.002>
- *Dookhy, J., & Daly, L. (2021). Nurses' experiences of caring for persons with dementia experiencing responsive behaviors in an acute hospital: A qualitative descriptive study. *International Journal Older People Nursing*, 16(4). <https://doi.org/10.1111/opn.12379>
- Duner, A.(2013) Care planning and decision-making in teams in Swedish

- elderly care: A study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 246-253, DOI: 10.3109/13561820.2012.757730
- *Dunkle, E., R., Cavagnini, K., Cho, J., Sutherland, L., Kales, H., Connell, C., & Leggett, A. (2022). Exploring dementia care in acute care settings: Perspectives of nurses and social workers on caring for patients with behavioral and psychological symptoms. *Social Work Health Care*, 61(3), 169-183. <https://doi.org/10.1080/00981389.2022.2076764>
- Edvardsson, D. (2008). Therapeutic Environments for Older Adults: Constituents and Meanings. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(6), 32-40. <https://doi.org/10.3928/00989134-20080601-05>
- Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård: teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå; kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 29-62). Studentlitteratur.
- *Ernst, J., Petry, H., Luethi, N., & Naef, R. (2020). Acute care delivery to persons with cognitive impairment: a mixed method study of health professionals' care provision and associated challenge. *Aging & Mental Health*, 24(10), 1726–1735. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1616162>
- *Fatania, V., De Boosa, D., Ticklea, A., & Connelly, D. (2019). How do inpatient psychiatric nurses make sense of and respond to behaviours in dementia? An Interpretative Phenomenological Analysis. *Aging & Mental Health*, 23(9), 1156–1163. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1479835>
- Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 185-199). Studentlitteratur
- Fukuda, R., Shimizu, Y., & Seto, N. (2015). Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.25828>
- Gilmour, J. (2005). Hybrid space: constituting the hospital as a home space for patients. *Nursing Inquiry*, 13, 16–22. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2006.00276.x>
- Goldberg, S., E., Whittamore, K., H., Pollock, K., Harwood, R., H., & Gladman, J., R., F. (2014). Caring for cognitively impaired older patients in the general hospital: a qualitative analysis of similarities and differences between a specialist Medical and Mental Health Unit and standard care wards. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1332-1343. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.002>
- Graham, F., Beattie, E., & Fielding, E. (2022). Hospital nurses' management of agitation in older cognitively impaired patients: do they recognise pain-related agitation? *Age and Ageing*, 51. 1-11. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac140>
- *Grealish, L., Chaboyer, W., Darch, J., Real, B., Phelan, M., Soltau, D., Lunn, M., Brandis, S., Todd, J-A., & Cooke, M. (2019). Caring for older person with cognitive impairment in hospital: Qualitative analysis of nursing personnel reflection on fall events. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 1346-1353. <https://doi.org/10.1111/jocn.14724>

Grootscholten, E., Poslawsky, I. & Bakker, T. (2023). Nursing staff's observations of BPSD amongst older adults with dementia living in a nursing home: A qualitative study. *Nursing reports*, 13, 166–178. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010018>

Hadley, M., Bunn, F., & Goodman, C. (2019). Supporting general hospital staff to support dementia sensitive care: A realist evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 61-71. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.10.004>

Hallberg, A. (2012). Säker vård- patientens rättighet, vårdens skyldighet. I G. Nordström & B. Wilde-Larsson (Red.), *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård* (1. uppl.). Studentlitteratur.

*Hartung, B., Lalonde, M., Vanderspank-Wright, B., & Phillips, C. (2021). New graduate nurses and dementia care in acute care: A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103049>

Hesselink, G., Smits, M., Doedens, M., Nijenhuis, S., van Bavel, D., van Goor, H., & van de Belt, T. H. (2020). Environmental Needs, Barriers, and Facilitators for Optimal Healing in the Postoperative Process: A Qualitative Study of Patients' Lived Experiences and Perceptions. *Health Environments Research & Design Journal*, 13(3), 125–139. <https://doi.org/10.1177/1937586719900885>

Hynninen, N., Saarnio, R., & Isola, A. (2015). The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *Journal Of Clinical Nursing*, 24, 192-201. doi:10.1111/jocn.12669

*Jensen, M., A., Pedersen, D., P., Wilson, L., R., Olsen, B., R., & Hounsgaard. (2019). Nurses' experiences of delivering acute orthopedic care to patients with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 14(4). <https://doi.org/10.1111/opn.12271>

Jensen, M., A., Pedersen, D., B., Bang Olsen, R., Wilson, L., R., & Hounsgaard, L. (2020). "If only they could understand me!" Acute hospital care experiences of patients with Alzheimer's disease. *Dementia*, 19(7), 2332–2353. <https://doi.org/10.1177/1471301218820483>

Johansson, K. (16 maj, 2023). *Demenssjukdomar*. 1177. <https://www.1177.se/Jamtland-Harjedalen/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/larande-forstaelse-och-minne/demenssjukdomar/>

Kales, H. C., Gitlin, L., N., Lyketsos, C., G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350. <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>

Kang, Y. & Hur, Y. (2021). Nurses' Experience of Nursing Workload-Related Issues during Caring Patients with Dementia: A Qualitative Meta-Synthesis. *International journal of environmental research and public health*, 18, <https://doi.org/10.3390/ijerph181910448>

Kelley, R. S., Godfrey, M., & Young, J. (2019). The impacts of family involvement on general hospital care experiences for people living with dementia: An ethnographic study. *International Journal for Nursing Studies*, 96, 72–81. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.004>

- *Keuning-Plantinga, A., Roodbol, F., P., Krijnen, P., W., & Finnema, J., E. (2020). Nurse perceptions in caring for people with dementia in Dutch acute hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 31, 1800-1816. <https://doi.org/10.1111/jocn.15458>
- Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics Journal*, 20(3), 248-262. doi: 10.1177/0969733012463721
- Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I. & Wallin, A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Liber.
- MacAllister, L., Bellanti, D., & Sakallaris, B. R. (2017). Exploring Inpatients' Experiences of Healing and Healing Spaces: A Mixed Methods Study. *Journal of patient experience*, 3(4), 119–130. <https://doi.org/10.1177/2374373516676182>
- McCormack, B. & McCance, V. T. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5) 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Möllers, T., Stocker, H., Wei, W., Perna, L., & Brenner, H. (2019). Length of hospital stay and dementia: A systematic review of observational studie. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(1), 8-21. <https://doi.org.10.1002/gps.4993>
- *Nilsson, A., Edvardsson, D., & Rushton, C. (2019). Nurses' descriptions of person-centered care for older people in an acute medical ward - On the individual, team and organisational levels?. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 1251-1259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14738>
- Nilsson, A., Rasmussen, H., B., & Edvardsson, D. (2013). Falling behind: a substantive theory of care for older people with cognitive impairment in acute settings. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1682-1691. <https://doi.org/10.1111/jocn.12177>
- *Osuoha, P., Masoud, S. S., Leibas, M., Cleveland, L. M., Reed, C. C., Piernik-Yoder, B., & White, C. L. (2021). "Getting to know them": Person-centered care for patients with dementia in acute care. *Journal of Gerontological Nursing*, 47(5), 37-44. <https://doi.org/10.3928/00989134-20210408-01>
- *Pinkert, C., Faul, E., Saxer, S., Burgstaller, M. & Kamleitner, D. (2018). Experiences of nurses with the care of patients with dementia in acute hospitals: A secondary analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 162-172. <https://doi.org/10.1111/jocn.13864>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Riquelme-Galindo, J., Lillo-Crespo, M. (2021). Designing Dementia Care Pathways to Transform Non Dementia-Friendly Hospitals: Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9296. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/17/9296>
- Sandman, K. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur.
- *Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2020). Dementia care in acute hospitals—A qualitative study on nurse managers' perceived challenges and solutions. *Journal of Nursing Management*, 28, 399-406. <https://doi.org/10.1111/jonm.12941>

- *Shannon, K., Grealish, L., & Cruickshank, M. (2018). The care of older people with dementia in rural Australian hospitals – a case study. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 6-15.
- Shepley, M. M., Watson, A., Pitts, F., Garrity, A., Spelman, E., Kelkar, J., & Fronsman, A. (2016). Mental and behavioral health environments: critical considerations for facility design. *General Hospital Psychiatry*, 42, 15–21.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.06.003>
- Serander, B. (2019). *Kognitiv sjukdom*. Viss kunskapsstöd.
<https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/kognitiv-sjukdom>
- Singh, A., Gupta, A., Wright, S. M. & Harris, C. M. (2023). Outcomes among hospitalized patients with dementia and behavioral disturbances when physical restraints are introduced. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2023(71), 2886-2892. doi:10.1111/jgs.18422
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: Stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>
- Socialstyrelsen (2019). *Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-22.pdf>
- Statistiska centralbyrån (2022). *Efter 60: En beskrivning av äldre i Sverige*. [Broschyr] Demografiska rapporter.
https://www.scb.se/contentassets/c4ac9fb5ad10451aab0885b7160de9b0/be0701_2022a01_br_be51br2202.pdf
- Stremler, R., Adams, S., & Dryden-Palmer, K. (2015). Nurses' views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: A focus group study. *Research in Nursing & Health*, 38(4), 311–322. <https://doi.org/10.1002/nur.21664>
- Svensk sjuksköterskeförening (2022). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå: Specialistsjuksköterska med inriktning mot vård av äldre*.
<https://swenurse.se/download/18.5a6927091812105e1b26dcb2/1654587855429/Kompetensbeskrivning%20f%C3%B6r%20specialistsjukskor%20med%20inriktning%20mot%20va%CC%8Ard%20av%20a%CC%88ldre%202022.pdf>
- Tanja-Dijkstra, T. (2011). The Impact of Bedside Technology on Patients' Well-Being. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 5(1), 43-51.
<https://doi.org/10.1177/193758671100500104>
- Tropea, J., LoDiudice, D., Liew, D., Roberts, C., & Brand, C. (2016). Caring for people with dementia in hospital: findings from a survey to identify barriers and facilitators to implementing best practice dementia care. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 467-474. <https://doi.org/10.1017/S104161021600185X>
- Vetenskapsrådet. (2018). <https://www.vr.se/uppdrag/etik/etik-i-forskningen.html>
- Waller, S. & Masterson, A. (2015). Designing dementia-friendly hospital environments. *Future Hospital Journal*, 2(1): 63–68. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.2-1-63>
- Wijk, H. (2022). Personcentrerad utformning av vårdmiljön. I H. Wijk (Red.), *Vårdmiljöns betydelse*. (s. 43-53). Studentlitteratur

Wijk, H. & Rämgård, M. (2017). Ledarskap och teamarbete. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernst Bravell & H. Wijk (Red.). (2017). *Omvårdnad & äldre*. (s. 581-590). Studentlitteratur.

*Yous, M.L., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Martin, L. S., (2019). Nurses' Experiences in Caring for Older Adults With Responsive Behaviors of Dementia in Acute Care. *SAGE Open Nursing*, 19. <https://doi.org/10.1177/2377960819834127>

Bilaga A. Databassökningar

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
PubMed 231109	(((hospitals[MeSH Terms] OR inpatients[MeSH Terms]) OR (hospitals*[Title/Abstract])) AND (((Neurocognitive Disorders[MeSH Terms] OR (Alzheimer Disease[MeSH Terms]) OR (Dementia, Vascular[MeSH Terms])) OR (cognitive diseases*[Title/Abstract])) OR (cognitive disorder*[Title/Abstract]))) AND (((Qualitative Research[MeSH Terms] OR (experience*[Title/Abstract])) OR (narratives*[Title/Abstract]))) AND (Nurses[MeSH Terms]) Filters: In the last 5 years, English	16	10	3	3
CINAHL 231109	Nurses AND patients AND dementia AND experience Limiters: 2018-2023, English	39	2	1	1
PubMed 231121	(((perspective*[Title/Abstract] OR (experience*[Title/Abstract]) OR (view*[Title/Abstract]) OR (attitude*[Title/Abstract] AND ((y_5[Filter] AND (fft[Filter] AND (english[Filter]))) AND ((nurse*[Title/Abstract] OR ("nursing role"[Title/Abstract] AND ((y_5[Filter] AND (fft[Filter] AND (english[Filter]))) AND ((dementia[Title/Abstract] OR (alzheimers disease[Title/Abstract])) OR (cognitive disorder[Title/Abstract] AND ((y_5[Filter] AND (fft[Filter] AND (english[Filter]))) AND ((ward*[Title/Abstract] OR (hospital*[Title/Abstract]) OR (patient*[Title/Abstract]) OR (inpatient*[Title/Abstract]) AND ((y_5[Filter] AND (Filter) AND (english[Filter])))))	234	22	11	4

CINAHL 231213	Dementia AND inpatient AND nurses (peer reviewed, 2018-2023)	80	9	5	3
PubMed 231215	(((((("nurses"[MeSH Terms])) OR ("nursing care"[MeSH Terms])) OR ("nursing staff"[MeSH Terms])) OR ("nursing staff, hospital"[MeSH Terms])) OR ("nursing care"[MeSH Terms])) OR (nurse experienc*[Title/Abstract])) OR (nurses experienc*[Title/Abstract])) AND ((((((("hospitals"[MeSH Terms]) OR ("hospitalization"[MeSH Terms])) OR ("inpatients"[MeSH Terms])) OR ("emergency service, hospital"[MeSH Terms])) OR (acute hospitals[Title/Abstract])) OR (acute care[Title/Abstract])) OR (acute settings[Title/Abstract])) AND ((((((Neurocognitive Disorders[MeSH Terms])) OR (cognitive disorder*[Title/Abstract])) OR (cognitive dysfunction*[Title/Abstract])) OR (cognitive impairment*[Title/Abstract])) OR (dementia*[Title/Abstract])) OR (alzheimer*[Title/Abstract])) Filters: in the last 5 years, English	110	7	2	3
CINAHL 231215	MH Cognition disorders+ OR MH Dementia+ OR Cognitive disorder* OR Cognitive impairment* OR dementia* OR alzheimer* AND MH Hospitals OR MH Hospitalization OR MH Inpatients OR MH Acute care OR MH Emergency service OR acute hospitals OR acute settings OR acute care AND Nurse-patient-relations OR MH Nursing role OR MH Nursing staff, hospital+ OR TI Nursing care OR TI Nurse experience* OR TI Nurses experience* Limiters: 2018-2023, peer reviewed	71	2	1	1
TOTALT		550	52	23	15

Artikelmatris

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet/ Poäng
Jensen, M., A., Pedersen, D., P., Wilson, L., R., Olsen, B., R., & Hounsgaard. 2019. Danmark.	Nurses' experiences of delivering acute orthopaedic care to patients with dementia	Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom på en ortopedmottagning vid ett akutsjukhus.	Design: Kvalitativ. Urval: Sjuksköterskor med vana att arbeta med personer med demenssjukdom som tidigare deltagit i observationsstudier av samma författare. Datainsamling: Intervjuer i par. Analys: Innehållsanalys.	8 (-)	Två teman med tre respektive fyra subteman. 1. Sjuksköterskekommunikation och patientinformation. <i>Subteman:</i> Drunknar i den elektroniska patientjournalen, somatisk prioritering, sjukhusmiljön. 2. Vårdandets kompromisser. <i>Subteman:</i> Förutfattade meningar och frustration, lugn och anpassningsbar, känslan och viljan att lära, alternativ till standardiserad vård.	35 Mycket god kvalitet
Osuoha, P., Masoud, S., S., Leibas, M., Cleveland, M., L., Reed, C., C., Piernik- Yoder, B., & White, L., C. 2021. USA.	"Getting to Know Them": Person- Centered Care for Patients With Dementia in Acute Care	Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av personcentrerad vård av personer med demenssjukdom i akutvård	Design: Kvalitativ Urval: Sjuksköterskor som arbetade på sjukhusavdelningar där personer med demenssjukdom ofta vistades (medicin-, neurolog- och rehabavdelning). Datainsamling: Fokusgruppsintervjuer (2- 12 deltagare per grupp) Analys: Tematisk analys	49 (-)	Fyra teman. 1. Vårdande 2. Kommunikation 3. Vårdmiljö. 4. Utbildning.	34 Mycket god kvalitet
Dookhy, J., & Daly, L. 2021. Irland.	Nurses' experiences of caring for persons with dementia experiencing responsive behaviors in an acute hospital:	Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda personer med demenssjukdom som upplever svarsbeteenden	Design: Kvalitativ. Urval: Sjuksköterskor som arbetat minst 6 månader på en medicinsk- eller kirurgisk avdelning på ett akutsjukhus och med erfarenhet av att arbeta med personer med	9 (-)	Tre teman. 1. Påträffade utmaningar. 2. Ett personcentrerat bemötande. 3. Demensberedskap.	32 Mycket god kvalitet

	A qualitative descriptive study.	(utmanande beteenden) på ett akutsjukhus.	demenssjukdom som upplevt svarsbeteenden. Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.			
Pinkert, C., Faul, E., Saxer, S., Burgstaller, M. & Kamleitner, D. 2018. Tyskland och Österrike.	Experiences of nurses with the care of patients with dementia in acute hospitals: A secondary analysis.	Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda personer med demenssjukdom på akutsjukhus.	Design: Kvalitativ. Urval: Sjuksköterskor som hade erfarenhet av att arbeta med patienter med demenssjukdom på ett akutsjukhus. Datainsamling: Inspelade fokusgruppsintervjuer från tidigare studier användes, totalt 7 fokusgruppsintervjuer. Analys: Tematisk innehållsanalys.	46 sjuksköterskor från Österrike 22 sjuksköterskor från Tyskland	Två teman och åtta subkategorier identifierades. 1. Variation i rutiner för sjuksköterska. <i>Subkategorier:</i> Hålla sig till rutiner, bli involverad, ändra rutiner, upprätta nytt normalläge. 2. Begränsningar. <i>Subkategorier:</i> multiprofessionellt samarbete, sjuksköterskans profession, kunskap och utbildning och personal och tidsresurser.	34 Mycket god kvalitet
Grealish, L., Chaboyer, W., Darch, J., Real, B., Phelan, M., Soltau, D., Lunn, M., Brandis, S., Todd, J-A., & Cooke, M. 2019. Caring for older person with cognitive impairment in hospital: Qualitative analysis of nursing personnel reflection on fall events. Australien.	Caring for older person with cognitive impairment in hospital: Qualitative analysis of nursing personnel reflection on fall events	Att undersöka sjuksköterskor och undersköterskors reflektioner kring att arbeta med patienter med kognitiv sjukdom som har upplevt en fallolycka.	Design: Kvalitativ. Urval: Sjuksköterskor, sjuksköterskor under introduktion och undersköterskor vid två akutavdelningar och en subakut avdelning på ett sjukhus. Datainsamling: Djupgående semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk innehållsanalys.	9 legitimerade sjuksköterskor 3 sjuksköterskor under introduktion 4 undersköterskor	Tre teman. 1. Observationen försvåras av flera observatörer. 2. Kännedom om kognitiv sjukdom är inte tillräckligt. 3. Vill förlita sig på rutiner men svårt att kunna tillämpa.	32 Mycket god kvalitet
Nilsson, A., Edvardsson, D., &	Nurses' descriptions of person-centered care for older people	Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att ge personcentrerad vård till äldre personer på en	Design: Kvalitativ. Urval: Legitimerade sjuksköterskor vid en akutvårdsavdelning. Datainsamling:	14 (-)	Tre kategorier och nio subkategorier. 1. Personcentrerad vård på individens nivå. <i>Subkategorier:</i> Personcentrerad bedömning, personcentrerad anknytning, personcentrerad miljö. 2.	33 Mycket god kvalitet

Rushton, C. 2019. Sverige.	in an acute medical ward - On the individual, team and organisational levels’.	medicinsk akutvårdsavdelning	Semistrukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.		Personcentrerad vård på teamets nivå. <i>Subkategorier:</i> Personcentrerad målsättning för teamet, personcentrerad ansvarsfördelning i teamet, personcentrerat stöd i teamet. 3. Personcentrerad vård på en organisatorisk nivå. <i>Subkategorier:</i> Personcentrerade rutiner, personcentrerad arbetsbelastning, personcentrerade arbetsroller.	
Dunkle, E., R., Cavagnini, K., Cho, J., Sutherland, L., Kales, H., Connell, C., & Leggett, A. 2022. USA.	Exploring dementia care in acute care settings: Perspectives of nurses and social workers on caring for patients with behavioral and psychological symptoms.	Att undersöka sjuksköterskor och socionomers upplevelser av att arbeta med ineliggande personer med demenssjukdom inom slutenvården som upplever beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).	Design: Kvalitativ. Urval: Snöbollsurval av sjuksköterskor och socionomer som arbetar på sjukhus sedan minst ett år och som har arbetat med personer med demenssjukdom. Datainsamling: Djupgående intervjuer. Analys: Tematisk innehållsanalys.	5 sjuksköterskor 12 socionomer	Tre teman. 1. Engagerade patienter och att koordinera med familjen och yrkeskunniga. 2. Hantering och medicinsk behandling av BPSD på sjukhuset. 3. Hinder för vårdande.	30 Mycket god kvalitet
Keuning-Plantinga, A., Roodbol, F., P., Krijnen, P., W., & Finnema, J., E. 2020. Nederländerna.	Nurse perceptions in caring for people with dementia in Dutch acute hospitals	Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda personer med demenssjukdom på akutsjukhus i form av attityder och uppfattning av vården och utmanande beteenden	Design: Kvantitativ och kvalitativ del (mixad metod). Urval: Deltagare rekryterades på sju akutsjukhus i Nederländerna och via sociala medier. Datainsamling: Frågeformulär med kvantitativ och kvalitativ beskrivande del. Analys: Kvantitativa delen IBS SPSS statistics (version 25). Kvalitativa	229 (313)	Sjuksköterskorna upplevde att de sällan specifikt arbetar med förebyggande arbete kopplat till demenssjukdom utan att det var ett generellt arbetssätt. Vid utmanande beteende användes begränsningsåtgärder och medicin som behandling. Attityden till att arbeta med personer med demenssjukdom skilde sig beroende på erfarenhet, arbetsplats och om man läst någon kurs i demenssjukdomar / vård vid demenssjukdom den senaste tiden.	32 Mycket god kvalitet

			delen genom tematisk analys.			
Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. 2020. Malta.	Dementia care in acute hospitals—A qualitative study on nurse managers' perceived challenges and solutions	Att beskriva upplevda utmaningar för sjuksköterskechefer vid vård av personer med demenssjukdom på akutsjukhus och möjliga lösningar till att möta dessa utmaningar	Design: Kvalitativ. Urval: Ändamålsenligt urval av sjuksköterskechefer från elva medicinavdelningar vid ett akutsjukhus på Malta. Att endast inkludera personer från medicinavdelningar var för att de har liknande arbetssätt. Datainsamling: Två fokusgrupper med åtta deltagare i varje Analys: Deduktiv kvalitativ innehållsanalys.	16 (-)	Åtta teman: 1. Sjukhusets strategi 2. Sjukhusets struktur 3. Den fysiska miljön 4. Sjukvårdssystemet 5. Värderingar 6. Ledarskapsstil 7. Blandad erfarenhet hos personal 8. Personlig arbetsträning.	31 Mycket god kvalitet
Yous, M.L., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Martin, L. S., 2019. Kanada.	Nurses' Experiences in Caring for Older Adults With Responsive Behaviors of Dementia in Acute Care.	Att undersöka sjuksköterskor upplevelser av att vårda äldre personer med demenssjukdom som upplever svar BPSD på medicinska akuvårdsavdelningar och deras förslag till att förbättra vården av personer med demenssjukdom.	Design: Kvalitativ. Urval: Ändamålsenligt urval och personerna skulle vara sjuksköterska, arbeta på en medicinavdelning som bedrev akutsjukvård och ha vårdat minst en äldre person med demenssjukdom som upplevt BPSD på sjukhuset under de senaste två åren. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk innehållsanalys.	15 (-)	Tre teman som berörde att vårda personer med demenssjukdom som upplever svarsbeteenden. 1. Vårdandet är en komplex erfarenhet. 2. Användandet av farmakologiska strategier för att stödja äldre personer med BPSD. 3. Användandet av icke farmakologiska strategier för att stötta äldre personer med BPSD. Två teman som berörde vården av personer med demenssjukdom. 1. Utmaningar i vården till personer med demenssjukdom. 2. Arbetssätt som underlättar att ge vård till personer med demenssjukdom.	34 Mycket god kvalitet

Shannon, K., Grealish, L., & Cruickshank, M. 2018. Australien.	The care of older people with dementia in rural Australian hospitals – a case study.	Att undersöka hur sjuksköterskor som arbetar på sjukhus i landsbygden vårdar personer med demenssjukdom.	Design: Kvalitativ. Urval: Sjuksköterskor som arbetade på sjukhuset och patienter med demensdiagnos. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer och observationer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	21 (-)	Tre teman. 1. Promenader under uppsikt. 2. Risk kontra restriktion och 3. Behålla personens närhet till sitt hem.	30 Mycket god kvalitet
Fatania, V., De Boosa, D., Ticklea, A., & Connelly, D. 2019. Storbritannien.	How do inpatient psychiatric nurses make sense of and respond to behaviours in dementia? An Interpretative Phenomenological Analysis.	Undersöka hur psykiatrisjuksköterskor uppfattar och bemöter inläggande patienter med demenssjukdoms beteenden.	Design: Kvalitativ. Urval: Sjuksköterskor som arbetade på två avdelningar (akut och allmän) där det fanns patienter Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk innehållsanalys.	8 (-)	Fyra teman. 1. Anstränga sig för att förstå. 2. Organisatorisk stress. 3. Att balansera det personliga med det professionella: Underliggande känslomässiga kopplingen. 4. Att se tillbaka på det.	32 Mycket god kvalitet
Ernst, J., Petry, H., Luethi, N., & Naef, R. 2020. Schweiz.	Acute care delivery to persons with cognitive impairment: a mixed method study of health professionals' care provision and associated challenge	Att undersöka sjukvårdspersonals vård till personer med kognitiv sjukdom och deras upplevda utmaningar.	Design: Mixad metod kvantitativ och kvalitativ del. Urval: Sjukvårdspersonal vid två sjukhus. Datainsamling: Enkät med 312 deltagare i den kvantitativa delen och 27 deltagare i fokusgruppsintervjuer (5-8 deltagare per tillfälle). Analys: Kvalitativa delen innehållsanalys.	339	Resultatet (kvalitativ del) resulterade i sju kategorier. 1. Att bygga en relation med personen med kognitiv sjukdom 2. Tillgodose specifika behov 3. Involvera familjemedlemmar 4. Samarbeta 5. Svårigheter i att erbjuda åtgärder till familjen 6. En splittrad vård 7. Stressad och opassande arbetsmiljö.	33 Mycket god kvalitet

Digby, R., Lee, S., & Williams, A. 2018. Australien.	The 'unworthy' patient with dementia in geriatric rehabilitation hospitals.	Att undersöka sjuksköterskors perspektiv på att vårda personer med demenssjukdom och kritiskt analysera anledningarna till dessa patienters rapporter om den dåliga vården de upplever.	Design: Kvalitativ. Urval: Sjuksköterskor som arbetar med personer med demenssjukdom på fem geriatriska avdelningar på två sjukhus. Datainsamling: Enskilda intervjuer. Analys: Tematisk innehållsanalys.	29 (-)	Fem teman. 1. Den ovärdiga patienten 2. Patienter med demenssjukdom och sjukhusets målsättning 3. Patienter med demenssjukdom och risker 4. Patienter med demenssjukdom och arbetsbörda 5. Patienter med demenssjukdom och problem vid akut sjukvård.	31 Mycket god kvalitet
Hartung, B., Lalonde, M., Vanderspank-Wright, B., & Phillips, C. 2021. Kanada.	New graduate nurses and dementia care in acute care: A qualitative study.	Att undersöka nyutexaminerade sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med demenssjukdom i akutsjukvården	Design: Kvalitativ. Urval: Sjuksköterskor på akutsjukhus som arbetade på medicinsk eller kirurgisk avdelning. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk innehållsanalys.	11 (-)	Tre teman. 1. Uppbyggandet av visioner och värderingar. <i>Subteman:</i> Sjuksköterskeutbildning, personlig känsla av samhörighet med personer med demenssjukdom, tidigt möte med demenssjukvård. 2. En kollision av vision och värderingar. <i>Subteman:</i> Att vara en ny sjuksköterska, miljön på sjukhus, patienter med demenssjukdom. 3. Att jobba med det vi har. <i>Subteman:</i> Att ljuga i demensvård, att lära sig på vägen, patienter med demenssjukdom som lärande.	33 Mycket god kvalitet

BILAGA C

Författare och titel på artikeln:

Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011.

Klassificering utifrån Polit & Beck 2021 (kryssa i rutan).

Kvantitativa studier

- Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)/experimentell studie; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper där fördelningen av deltagarna mellan grupperna har gjorts slumpmässigt (randomiserat).
- Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)/kvasi-experimentell studie med kontrollgrupp; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Kvasi-experimentell studie (KE) utan kontrollgrupp; är prospektiv och innehåller en intervention.
- Prospektiv icke-experimentell studie/kohortstudie (P); innehåller ingen intervention, jämförelser görs över tid
- Icke-experimentell studie/korrelationsstudie/observationsstudie/tvärsnittsstudie (IE); innehåller ingen intervention, samband studeras.
- Retrospektiv studie/fall-kontroll studie; jämförelser mellan fall och kontroller (R).

Kvalitativ studie

- 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).

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning	Poäng Nej=0, Delvis=1 och Ja=2
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
2. Har författarna publicerat något inom samma eller närliggande område? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
3. Sammanfattar abstractet de viktigaste delarna? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
4. Är rationalen/problemformuleringen för studien tydligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
5. Är litteraturen i bakgrunden tillräcklig och uppdaterad (vilka år) inom forskningsområdet? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
6. Är syftet för studien tydligt förklarad? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
7. Identifieras och diskuteras alla etiska frågor tillräckligt?		

(Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
8. Är metoden identifierad och tillräckligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
9. Är designen tydligt beskriven, motiverad samt lämplig? (Kvantitativ studie) Är bakgrunden, designen tydligt beskriven, motiverad och lämplig? (Kvalitativ studie)		
10. Är det en hypotes tydligt formulerad? Är huvudvariablerna tydligt beskrivna? (Kvantitativ studie) Är de centrala begreppen tydligt beskrivna? (Kvalitativ studie)		
11. Är kontexten för studien beskrivet? (kvantitativ studie) Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie)		
12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen? (Kvantitativ studie) Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet? (Kvalitativ studie)		
13. Är metoden för datainsamling valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig?		

(Kvalitativ studie)		
14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för dataanalys trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie)		
15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen "objektiv"?		
17. Är konklusionen tillräcklig? Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?		
18. Är resultaten generaliserbara? (Kvantitativ studie) Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie)		
Totalt (max 36 poäng)		

(Caldwell K, Henshaw L, Taylor G. Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. Nurse Education Today 31 (2011) e1-e7.

Cut off värde för kvalitet

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28 poäng

Låg kvalitet, <20 poäng