



Fordypningsoppgave

VAE727 Aldring og eldreomsorg

I ukjente omgivelser- utfordringer når personer med demens legges inn på sykehus./ In unfamiliar surroundings-Challenges when people with dementia are hospitalized.

Marianne Reitan Larsen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Molde, 26.05.2014



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 24.05.2014

Antall ord: 9117

I glemselens strie land

Vi arbeider blant mennesker i glemselens strie land.
Blant dem som titt er innom en fjern og fremmed strand.
De føler ofte uvisshet - «Hvor skal jeg? Hva skjer nå?»
- men ofte er det spørsmål som vi kan svare på.
Så innimellom skjer det at vi ikke kan gi svar.
Og ord blir bare tomhet som ingen mening har.

Et vennlig grep om hånden, en stemning som er god.
Kan da formidle trygghet og gi en egen ro.
Og de som har sin kjære her på vårt aldershjem
kan gi oss viktig lære fra slik de husker dem,
En lære vi kan bruke for og slik få til felleskap.
I øyeblikkets nå.
Alt som er langt tilbake, det huskes aller best.
Små hendelser i livet fra hverdag og fra fest.

Vi ønsker å gi alle vår omsorg og respekt,
men også midt i alvor ta tid og ha det kjekt,
en dans på stuegulvet, et smil og kanskje klem,
Å se hver enkelt ønske men trå svært varsomt frem.

Visst har vi det for travelt, visst feiler vi i blant,
Og ubehaget tynger når tiden vi ikke fant.
Vi ser jo vår begrensning, vår arbeidsdag går fort,
Og mangt av det vi ville det fikk vi ikke gjort.

Men når et ansikt sprekker i godt og kjærlig smil,
det gleden i oss vekker og overskudd blir til -
det er små trolldomsstunder der tiden gjør et hopp,
i slike små sekunder - ja, da står solen opp.

-Forfatter ukjent.

Sammendrag

Bakgrunn: Forekomsten av demens øker med den økende levealderen. Vi regner grovt sett at i Norge finnes det om lag 71 000 mennesker med demens. Dette tallet forventes økt til det dobbelte i løpet av 30 år. Det er derfor behov for tilrettelegging av hele tjenestetilbudet med tanke på omsorgen for denne gruppen pasienter. Det trengs flere og bedre tilbud i hele omsorgskjeden, ikke bare sykehjem og andre kommunale tilbud. Da eldre personer genererer vel 20 % av liggedagene på sykehus står også denne instansen ovenfor krav om tilrettelegging av tilbudet de gir.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvilke spesielle utfordringer som oppstår når en person med demens blir innlagt på sykehus.

Metode: Det ble gjort et litteratursøk i aktuelle databaser. 8 studier skulle inkluderes og analyseres. Funnene skulle drøftes opp mot aktuell teori og erfaringer fra praksis.

Resultat: Funnene sier vi har utfordringer på flere viktige områder når det gjelder omsorgen for personer med demens innlagt i sykehus. Bygningsmessige og miljømessige utfordringer, rutinepreget arbeid, holdninger/prioriteringer, mangel på kunnskap og strategier, organisasjonskultur og bruk av tvang går igjen i studiene som problemområder til hinder for den gode omsorgen for denne gruppen pasienter i sykehus.

Konklusjon: Vi står ovenfor et stort arbeid for å tilrettelegge for riktig omsorg når personer med demens blir innlagt på sykehus. Hindringer som står i veien for den person-orienterte og integritetsbevarende pleien sees spesielt på som store og alvorlige da disse utgjør den største trusselen ovenfor pasientens verdighet. Bygningsmessige utfordringer og mangelfull tilrettelegging av det fysiske miljøet utgjør også problemer for ivaretagelsen for disse pasientens sikkerhet og velvære. Kunnskapen om omsorg for denne gruppen må forbedres, også for sykehusansatte. Dette fordi mangel på kunnskap bringes ofte på banen til grunn for dårlige holdninger, følelse av maktesløshet og feilaktige prioriteringer blant helsepersonell. Det trengs mere forskning på dette temaet, og da spesielt i Norge. Dette for å undersøke hvordan tilstanden er her og hvordan vi kan forbedre omsorgen i henhold til Demensplan 2015.

Nøkkelord: Dement*, hospitalized*, Challenges, care, nurses.

Abstract:

Background: The prevalence of dementia increases with the increasing life expectancy. We estimate roughly that in Norway there are about 71,000 people with dementia. This number is expected to increase to double within 30 years. There is therefore a need for facilitation of all the services in terms of care for this group of patients. We need more and better services throughout the care-chain, not just nursing homes and other municipal services. When older people generate about 20 % of resting days in hospital they also need to look at the quality of the services they provide.

Aim: The aim of this literature study was to examine the particular challenges that arise when a person with dementia are hospitalized.

Method: I performed a literature search of relevant databases. 8 studies should be included and analyzed. The findings should be discussed against current theory and experiences from practice.

Results: The findings say we have challenges in several key areas when it comes to the care of people with dementia in hospital. Structural and environmental challenges, routine work, attitudes / priorities, lack of knowledge and strategies , organizational-culture and the use of force is mentioned as challenges that stand in the way of providing good care.

Conclusion: We are facing a lot of work to facilitate proper care when people with dementia are hospitalized. Obstacles that stand in the way of the person -centered and integrity -preserving care is seen especially as big and serious as these pose the greatest threat above the patient's dignity.

Structural challenges and inadequate organization of the physical environment also poses problems for the implementation of these patient safety and well-being. Knowledge of care for this group need to be improved, also for hospital employees. This is because lack of knowledge often brought the path as reason for bad attitudes, feelings of powerlessness and wrong priorities among health professionals. We need more research on this topic, especially in Norway. This is to examining how the situation is here and how we can improve care in accordance with Dementia Plan 2015.

Keywords : Dement * , hospitalized , Challenges , care, nurses.

1.0	Innledning	2
1.1	Hensikt med studien.	3
1.2	Problemstilling.	3
2.0	Teoribakgrunn.	4
2.1	Forekomst.	4
2.2	Ivaretagelse av pasienter med demens i sykehus – sentrale behov.	5
2.3	Tom Kitwood`s omsorgsteori «Personhood».	6
3.0	Metodebeskrivelse	7
3.1	Inklusjon og eksklusjonskriterier.	7
3.2	Databasesøk	7
3.3	Kvalitetsvurderingen.	9
3.4	Etiske hensyn	9
3.5	Analyse	9
4.0	Resultatpresentasjon	11
4.1	Bygningsmessige og miljømessige utfordringer.	11
4.2	Pårørendesamarbeid, Tilknytningsprosessen og den integritetsbevarende pleien	11
4.3	Kunnskapsmangel, holdninger/prioriteringer og manglende strategier.	12
4.4	Organisasjonskultur, rutinepreget arbeid og tidspress.....	14
5.0	Metodediskusjon.	16
6.0	Resultatdiskusjon.	18
6.1	Mangelfull tilrettelegging av det fysiske miljøet.....	18
6.2	Samarbeid med pårørende, tilknytningsprosessen og den integritetsbevarende pleien.	20
6.3	Kunnskapsmangel, holdninger/prioriteringer og manglende strategier.	22
6.4	Organisasjonskultur, rutinepreget arbeid og tidspress.....	23
7.0	Konklusjon.....	25
8.0	Forslag til videre forskning.	26
	Litteraturliste.....	27

Vedlegg 1: Skjema med Artikkel-analyse.

Vedlegg 2: «This is me», Skjema fra Alzheimer Society.

1.0 Innledning

Sykdom med påfølgende opphold på sykehus kan være en belastning for mange av oss. Men hos en kognitiv frisk person som forstår hvor han er og hva som skjer kan det likevel være håndterbart. For en person med demens vil dette derimot kunne oppleves som en meget større belastning. I min praksis som sykepleier har jeg opplevd at en stor andel av pasientgruppen på sykehus er eldre mennesker. Med økt antall eldre øker også forekomsten av demens.

En studie gjort i Andalucia, Spania basert på tall fra 1998-2003 identifiserte en demensdiagnose i 40 482 tilfeller hos innlagte pasienter over 65 år på offentlige sykehus. Forekomsten av demens økte fra 3.43 % til 4.64 % innenfor den samme tidsrammen og var høyere blant eldre pasienter og kvinner. Det er derimot vanskelig å gi et eksakt antall på hvor mange pasienter med en demensdiagnose som befinner seg på sykehuset da pasientgruppen varierer etter hva slags sykehus det er og hva slags avdelinger man undersøker. (Variasjoner fra 3.9 til 22 % i denne studien.) Det er også en stor andel eldre pasienter med en udiagnostisert kognitiv svikt (Guijarro et.al 2010).

Mennesker over 80 år genererer vel 20 prosent av liggedagene i somatisk sykehus. (Foss 2012)

Til tross for dette er det mange steder hvor tjenestetilbudet ikke er tilrettelagt verken bygningsmessig, organisatorisk eller faglig for mennesker med demens og kognitiv svikt. Det er også manglende kapasitet, kontinuitet og kunnskap i tjenestene.

Tjenestetilbudet må tilrettelegges også for denne gruppen pasienter og da må man se på de spesielle utfordringene og behovene som er gjeldende for de. (Demensplan 2015).

Ifølge Demensplan (2015) handler demenssykdommene om enkeltmenneskers skjebne, så vel som familiers og pårørendes opplevelser og erfaringer. Demenssykdommene er fortsatt preget av uvitenhet, skyld og tabubelagte forestillinger. Det er manglende kunnskap om demens både blant fagfolk og i samfunnet for øvrig. Samtidig opplever vi at tjenestetilbudet for denne gruppen ikke er godt nok tilrettelagt, og at det flere steder mangler ledd i tiltakskjeden.

Uavhengig av om pasienten kommer fra hjemmet eller allerede bor i institusjon så er omgivelsene og hverdagen på sykehuset helt ulik det en er vant med fra før. I de fleste

sykehus ligger pasientene på rom med flere pasienter. På sykehuset vi har i vår kommune ligger de fleste innlagte pasienter i medisinsk og ortopedisk eller kirurgisk avdeling på 2 eller 4-mannstuer hvor pasientene er adskilt med skillevegg eller en gardin. Avdelingene er store og travle med stor variasjon i pasientgruppene og et høyt antall med hyppig utskiftende personale å forholde seg til.

Pasienter med demens har de samme rettighetene som andre pasienter. Ifølge § 4A-1 i pasient og brukerrettighetsloven av 1999 skal helsehjelpen tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

1.1 Hensikt med studien.

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvilke spesielle utfordringer som oppstår når en pasient med demens blir innlagt på sykehus.

1.2 Problemstilling.

Hvilke utfordringer står helsepersonell ovenfor når de skal yte god omsorg for pasienter med demens i sykehus, og hvordan bør omsorg utøves?

2.0 Teoribakgrunn.

2.1 Forekomst.

Ifølge en rekke europeiske og nord-amerikanske undersøkelser øker forekomsten av demens med stigende alder. Forekomsten blant eldre i alderen 70-74 år er ca. 5 prosent, blant eldre over 75 år ca. 15 prosent og i gruppen 90 år og eldre mer enn 35 prosent (Engedal og Haugen 2009). Videre skriver Engedal og Haugen at omtrent halvparten av alle er i en tidlig fase av demensutviklingen og bor i eget hjem, mens den andre halvparten har en moderat eller alvorlig form og er avhengig av tilsyn, hjelp eller pleie. Vi regner grovt sett med at det finnes om lag 71 000 mennesker med demens i Norge i dag. De aller fleste er over 65 år. Forekomsten av demens vil øke på grunn av økt levealder i befolkningen.

På sykehjemmet hvor jeg jobber har en stor del av pasientene en demens-diagnose. Ifølge Engedal og Haugen (2009) er forekomsten av demens blant pasienter i vanlige sykehjem mellom 75-80 prosent.

Sykdommen har betydelige konsekvenser, også for pårørende, noe som betyr at mellom 250 000 og 300 000 personer er berørt. (Helsedirektoratet.no)

Ifølge Demensplan (2015) er en av de største omsorgsutfordringene vi står overfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, at tallet på mennesker med ulike demenslidelser sannsynligvis vil bli fordoblet i løpet av 35 år. Den sterkeste veksten vil skje om 10 – 15 år. Dette gir tid til å forberede og planlegge, samtidig som det allerede nå er nødvendig å investere langsiktig i kompetanse, teknologi og bygningsmasse.

Demensplan 2015 er videre klar på at mennesker med demens ikke er en ensartet gruppe. Som alle andre har de forskjellige behov og ulike interesser. God demensomsorg handler om å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette individuelt tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes livsfortelling og sykdomshistorie.

Ved en demenssykdom oppstår det kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. Disse kan opptre ulikt ut ifra de ulike typene demens og hvor man er i sykdomsforløpet. De kognitive symptomene kan gi seg utslag i svekket oppmerksomhet, svekket læringsevne og hukommelse, svekket språkevne, apraksi, handlingsvikt, agnosi, svekket

forståelse av handling i rom og svekkede intellektuelle evner. Videre kan atferdsmessige symptomer være depresjon og tilbaketrekning, angst, panikkangst og katastrofereaksjoner, vrangforestillinger og illusjoner, hallusinasjoner, personlighetsendring, rastløshet, motorisk uro, vandring, apati og interesseløshet, irritabilitet og aggressivitet, repeterende handlinger som roping og hamstring samt en forandret døgnrytme. Motoriske symptomer kan være muskelstivhet, styringsproblemer, balansesvikt og inkontinens.(Engedal og Haugen 2009).

Bare den svekkede språkevnene alene vil i ukjente omgivelser gjøre at man kan ha store utfordringer med å gjøre seg kjent og forstått. Man kan tenke seg videre at de andre symptomene også gjør at personer med demens trenger mye og god tilrettelegging når de er i ukjente omgivelser, som for eksempel på sykehus.

2.2 Ivaretagelse av pasienter med demens i sykehus – sentrale behov.

Jakobsen(2007) siterer Kitwood som definerer kjærlighet som det sentrale behov, hvor trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet er sentrale størrelser i et helhetlig individuelt tilbud. Dette er psykososiale behov som også flyter i hverandre, og som alle er truet hos personer med demens.

Videre skriver Jakobsen at et sykehjems hovedmål med omsorgstjenester til personer med demens må være:

- Å gjennom bekreftelse av personens identitet, integritet og iboende ressurser og å skape forutsetninger for opplevelse av mestring, kontroll og trygghet.

Personer med demens som blir innlagt på sykehus har fremdeles disse behovene. Det bør derfor også der tilstrebes en så god demensomsorg som mulig.

I tilfeller der pasienten kan behandles i sine kjente omgivelser bør dette tilstrebes. I noen tilfeller er det allikevel helt nødvendig med innleggelse på sykehus. De vanligste innleggelsesårsakene hos gamle generelt er hoftebrudd, pneumoni, hjerneslag, brystmerter, hjertesvikt og anemi. Man regner med at årsakene er de samme hos personer med demens(Linnsund og Ranhoff 2005).

2.3 Tom Kitwood's omsorgsteori «Personhood».

Integritetsbevarende sykepleie ifølge Kirkevold et.al 2008 er et grunnleggende prinsipp i møte med den gamle pasient. Ivaretagelse av pasientens integritet er en særlig utfordring i møte med den skrøpelige og syke gamle. Videre må sykepleieren se det som sitt ansvar å fremme den gamles integritet, vidt forstått, og å kunne identifisere forhold som truer den i ulike situasjoner.

Jeg ønsker her å trekke frem Tom Kitwood. Han var en britisk teolog og sosialpsykolog, knyttet til Universitetet i Bradford som forsket på demensomsorg i en årrekke. Han etablerte Bradford Dementia Group 1992. Han skrev på 1980- og 1990-tallet en rekke artikler om personsentrert demensomsorg. Gjennom sitt arbeid ga han innhold til en ny omsorgsteori som understøttet mennesker med demens sin opplevelse av verdighet og identitet.

Hovedprinsippene i hans teori var at involvering fra alle ledd i omsorgskjeden må gå sammen for å utvikle et miljø som ivaretar disse menneskene kontinuerlig (Kitwood 1999).

- Den individuelle tilnærming er sentral for å trekke frem det unike i ethvert individ.
- Videre sier han at gode rutiner for å bli kjent med og ha tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon for å greie å gi individuell tilnærming til pasienten må etableres.
- Behandlings- og tiltaksplaner må evalueres jevnlig basert på pasientens vaner og hva pasienten liker og ikke liker.
- Aktiviteter må iverksettes i forhold til interesser og evner.
- Personens normer og verdier må respekteres enten man liker det eller ei.

Kitwood understreker at evnen til å forstå verden sett fra den demens-rammedes perspektiv er helt nødvendig.

Demens er en sykdom som griper inn i den enkeltes mulighet til å framstå og kommunisere tydelig. Derfor må innhenting av opplysninger om personen bli satt i system slik at personalet lettere kan evne og forstå verden slik den arter seg for pasienten.

Støttende tilrettelegging av det psykososiale miljø må tilstrebes på en slik måte at den enkelte beboer kan oppleve trivsel og velvære.

Videre understrekes det at en romslig varm atmosfære bør etterstrebes. Pasientens opplevelse av tilhørighet må underbygges og en må ha muligheten til å ha noen en kan være sammen med på sine egne premisser.

3.0 Metodebeskrivelse

3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier.

Jeg ønsket å fokusere på studier som omhandlet helsepersonells syn på de utfordringene som oppstod når en person med demens ble innlagt på sykehus.

Artiklene skulle derfor belyse hensikten og problemstillingen jeg hadde valgt. Jeg valgte å inkludere alle former for demens i alle sykdommens stadier hos begge kjønn. Jeg valgte også å inkludere alle aldre hos pasienten. Forskingen skulle være fagfellevurdert. En fagfellevurdering er en vurderingsprosess som brukes for å kontrollere kvaliteten og viktigheten av publikasjoner i forskning. En artikkel som tas inn i et fagfellevurdert eller «Peer reviewed» tidsskrift, er kvalitetssikret av andre eksperter på fagfeltet eller metoden. Målet er å sørge for en bredere kvalitetssikring av publiserte artikler.(Nortvedt et al. 2012.).

I artiklene skulle det være redegjort for at de hadde ivaretatt etiske hensyn i forskningen eller studien skulle være godkjent av en etisk komite. Jeg brukte kvalitetsvurderingskjemaene som ligger på kunnskapssenteret sine nettsider for å vurdere artiklene jeg valgte ut og inkluderte kun de som jeg vurderte til å ha god kvalitet.

Eksklusjonskriteriene var artikler uten full-text i først omgang. Denne fjernet jeg etter hvert som jeg fant lite artikler på den måten. Jeg valgte også å ekskludere artikler skrevet før 1999. Årstallet er valgt for og ikke få for gamle artikler men også på grunn av at mye av forskning som er gjort innenfor feltet demens etter denne tiden er fokusert på Kitwoods omsorgsteori.

Underveis i søket etter studier jeg kunne bruke dukket det opp en god del enkeltstudier som tok for seg delirium hos eldre sykehuspasienter. Jeg ser dette som et veldig stort felt og velger derfor å ekskludere dette fra min litteraturstudie da det bør omtales for seg selv.

3.2 Databasesøk

Første søk ble gjort i Ovid. Resultater Databasene Ovid Nursing database, Ovid Medline, Journals Ovid full text, Amed, Embase, PsycInfo og helsebiblioteket ble inkludert. Søkeord brukt i søk 1: Dementia, challenges og hospitalization. Jeg kombinerte de bolske operatorene AND og OR for å utvide eller innskrenke resultatene og øke sjansen for relevante treff. Dette ga 1757 treff. Et raskt overblikk over overskriftene viste at det var

lite med direkte relevans til problemstillingen. Søket ble endret til Dement*, Challenges, care, og nurse. Disse ble kombinert med AND. Dette ga 3195 treff. Her også viste et raskt overblikk og lesing av en del abstrakt at problemstillingen min ikke blir direkte besvart. På grunn av veldig mange treff kan jeg allikevel ikke si med sikkerhet at det ikke var noen med relevans da det er vanskelig å lese gjennom så mange treff.

Et søk i SweMed ble derfor gjort. Her ga kombinasjonen demens AND sykehus 24 treff. Igjen uten direkte sammenheng med min problemstilling. Demens og utfordringer ble kombinert og ga 7 treff. Disse 7 treffene inneholdt ingen primærartikler.

Jeg bestemte meg som et siste forsøk å gjøre en avgrensning i antall databaser for å se om noen av de var mer relevant for mitt tema. Ut ifra min problemstilling vurderte jeg at PsycINFO og Ovid Nursing Database ville være noen av de mest relevante databasene. Søkeordene dement* AND hospitalized ga 431 treff hvor jeg raskt kunne se flere relevante artikler.

Et søk i proquest med søkeord dementia kombinert med hospitalization med avgrensningene full text, pre reviewed og språkene norsk, engelsk, svensk og dansk innenfor tidsrammen 2000-2013 ga 85 treff.

Søk i science direct med kombinasjon hospital AND dement OR Alzheimer med begrensinger til språkene jeg kan og årstall fra 1998 til nå ga 33 treff. Søkene i proquest ga lite treff av studier jeg kunne bruke da det var mange oversiktsartikler og fagartikler. Jeg kunne allikevel bruke en del av de i bakgrunns-teorien min. Dette da jeg også synes det er lite å finne om problemstillingen min i pensumlitteraturen. Jeg ville også bruke disse artiklene i drøftingen og for kontroll av referanser. Søk ble så gjort i Ovid Medline med søkeordene dement*, hospital* og challenges. Disse ble kombinert med AND. Dette ga meg 66 treff hvor mange av de studiene jeg hadde fra før dukket opp. Det ble funnet 1 ny studie her som jeg kunne bruke. Jeg trykket meg inn på denne studien og brukte funksjonen find similar articles noe som ga meg 114 treff. Også her fant jeg mange av studiene jeg allerede hadde inkludert, men ingen nye.

Jeg gjorde så et søk i Cinahl hvor dement* ble kombinert ved bruk av AND med hospital Care. Dette ga meg 159 treff hvorav også her jeg hadde de som kunne brukes fra før. Et søk i science direct med de samme søkeordene og kombinasjonene gav meg 99 treff hvor jeg også hadde de studiene som kunne brukes fra før.

3.3 Kvalitetsvurderingen.

Sjekklistene jeg brukte for kvalitetsvurdering av forskningsartiklene ble hentet på Kunnskapssenterets nettside, der var det sjekklister både for kvantitative og kvalitative studier. Jeg fikk kun bruk for sjekklistene for de kvalitative artiklene og brukte denne på samtlige av de inkluderte artiklene. Da resultatene fra sjekklistene var klare, vurderte jeg om kvaliteten på artiklene var gode nok til å kunne brukes i min litteraturstudie. I hver av sjekklistene var det ca. ti spørsmål som jeg kunne svare enten ja eller nei på.

Ja på alle er 100%. Ut fra hvilken prosent artiklene fikk, deltes de inn i grad I, II eller III. Grad I var fra 100-80% ja, grad II var fra 70-79% ja og grad III var fra 60-69% ja (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). For at artikkelen skulle kunne inkluderes måtte den være av grad I.

3.4 Etiske hensyn

Pasienter med demens er en sårbar gruppe derfor er de etiske hensyn spesielt viktige her. Vi trenger å vite mer om demens, men forskning på området støter på mange etiske problemstillinger (Hauvik 2012).

For at en forskningsstudie skulle bli inkludert i min litteraturstudie måtte den ha fått godkjenning av en etisk komite eller det måtte være redegjort for etiske hensyn.

Gjennom hele skriveprosessen hadde jeg også fokus på å henviser riktig. Der noe er hentet fra kilder som faglitteratur, forskningsartikler eller nettsteder henvises det alltid til dette.

Der uttalelser er basert på mine egne erfaringer i praksis gjør jeg også rede for dette.

Fokus ble også holdt på å få med alle funnene i alle studiene. Der hvor en studie kunne vise til funn som stridet imot funn i de andre studiene gjorde jeg rede for dette.

3.5 Analyse

I analysen brukte jeg Evans (2004) 4 steg.

Trinn 1-Innsamling av primærstudier(artikler).

Artiklene ble søkt opp og funnet i de ulike databasene som nevnt ovenfor. Noen ble funnet ved hjelp av manuelle søk etter å ha funnet titlene i referanselister.

Hver artikkel ble lest i sin helhet med tanke på problemstillingen. Jeg laget en tabell med to kolonner. (Vedlegg 1). Øverst i den venstre kolonne stod forfatter, tittel og utgivelsesinfo på artikkelen. I den høyre øverste kolonnen bekreftet jeg om artikkelen var

kvalitetskontrollert og per-revidert. Der skrev jeg også kort om hensikten, metoden og deltagerne i studien.

Trinn 2 -Identifisering av nøkkelen i hvert enkelt primærstudie.

I neste rad brukte jeg venstre kolonne til å presentere hovedfunnene i artikkelen mens jeg i høyre kolonne skrev mine umiddelbare refleksjoner og egne erfaringer i lilla farge. Når jeg da skulle starte med refleksjonen og drøftingen var det lett å se tilbake på de umiddelbare tankene rundt funnene og jeg unngikk å glemme noe som kunne være av betydning for drøftingen.

Trinn 3- Gjenkjenn temaer på tvers av studiene.(Felles tema.)

Etter hvert som jeg oppdaget funn som gjentok seg i de andre artiklene jeg hadde brukt merket jeg disse ordene med rødt. Dette gjorde det enklere å finne det igjen når jeg skulle identifisere tema som gjentok seg på tvers av artiklene.

Trinn 4:Likheter/ulikheter.

Tema som ble funnet ved hjelp av gjennomgang av studiene ble så identifisert og samlet i resultatpresentasjonen. Noen tema gikk igjen i flere av artiklene mens noen tema skilte seg ut og befant seg bare i en eller noen få. At et tema ble belyst på forskjellige måter i de ulike artiklene var også viktig å få med.

4.0 Resultatpresentasjon

Resultatene bygger på 8 studier hvor sykepleiere ble spurt om sine erfaringer rundt omsorgen for personer med demens innlagt på sykehus.

4.1 Bygningsmessige og miljømessige utfordringer.

I Baillie et al, Borbasi et al.(2006), Moyle et al.(2010), Nilsson et al.(2013) og Eriksson et al. (2002) kommer det fram at det fysiske miljøet oppfattes som upassende for omsorg til eldre personer med demens og at det ikke er bygd for å ivareta disse pasientenes sikkerhet. Kun Baillie et al. (2012) nevner at det er mangel på steder hvor det kunne drives med sosiale aktiviteter og hvor pasienten kunne ha meningsfulle interaksjoner med andre. Spesielt med tanke på vandrende pasienter og fall ble de bygningsmessige utfordringene nevnt i Baillie et al. (2012), Borbasi et al.(2006), Moyle et al.(2010) og Eriksson et al. (2002). I Borbasi et al.(2006) nevnes det at for en person som vandret mye ville den lineære designen på avdelingene gjøre det enda mer utrygt en om utformingene hadde vært sirkulær. I Nilsson et al.(2013) uttrykker personalet bekymring over elementer i selve sykehusmiljøet som kan skape uro og engstelse hos den demente pasienten. Dersom man oppholder seg i fellesarealene ser man folk som springer frem og tilbake hele tiden. Det er mye bevegelser og prat mellom pasienter og bråk fra for eksempel tv-apparatet i fellesstuen. I tillegg er det mange ukjente lyder fra alarmsystemet som kan skape engstelse spesielt ved sengetid.

4.2 Pårørendesamarbeid, Tilknytningsprosessen og den integritetsbevarende pleien

Borbasi et al. (2006), Moyle et al. (2010), Nilsson et al. (2013), Nolan (2006) og Bryon (2012) inneholder alle funn på at samarbeid med pårørende sees på som en viktig ressurs. I Borbasi et al. (2006) nevnes det samtidig at det kunne oppstå uenigheter om pasientens beste. I Moyle et al. (2010) fortelles det om at til tross for kunnskapen om at familiens medvirkning ville være fordelaktig i mange saker var det ingen klar strategi for å involvere dem i omsorgen og at dette så ut til å være opptil den enkelte familie å ta initiativ til. Dette samsvarer også med funn i Nilsson et al. (2013) hvor noen av personalet rapporterte at de så på pårørende som en viktig ressurs mens andre fortalte at pårørende veldig sjeldent ble kontaktet. Kun i Nolan (2006) nevner deltagerne at det å se på pårørende som en ressurs og

en aktiv partner i pleien også kan være en måte å støtte de pårørende på. De pårørende så kanskje på oppgaven med å passe på sin nære som en viktig oppgave i livet og deres hverdag ble da også truet når den demente ble innlagt på sykehus. I Bryon (2012) forteller også sykepleierne at der samarbeidet med pårørende var godt og nært opplevdes vanskelige avgjørelser også som lettere da gjensidig støtte og forståelse var tilstede. Pårørendekontakten ble også mer intens og mer konfidensiell jo lengre oppholdet varte og jo mer man ble kjent.

Nolan (2006), Eriksson et al. (2002) og Bryon (2012) inneholder sykepleieres refleksjoner rundt tilknytningsprosessen. I Nolan (2006) forteller sykepleierne at de så på tilknytningsprosessen som å bygge på et slags vennskap med pasienten i den hensikt å etablere tillit. Prosessen krevde derimot utholdenhet og autenticitet hos pleieren og ble beskrevet som lettere i de tilfellene hvor pasienten var mildt forvirret kontra agitert/aggressiv. Også i Eriksson et al. (2002) ble pasienter man ikke nådde inn til nevnt som vanskeligere å oppnå tilknytning med. I Bryon (2012) forteller sykepleierne at de gjennom intens og langvarig kontakt ble i stand til å danne seg et bilde av pasientens medisinske tilstand og i tillegg også ble kjent med pasienten som person til tross for en avansert demens.

At pasienten hadde problemer med å uttrykke sine ønsker ble blant deltagerne i Eriksson et al. (2002) sett på som problematisk og at sykepleierne da noen ganger kunne glemme å behandle dem med verdighet, noe som igjen truet pasientens integritet.

I Moyle et al. (2010) sees det at den integritetsbevarende pleien også ble utsatt når man hele tiden måtte følge etter disse pasientene for å hindre de å forlate avdelingen, forstyrre andre pasienter eller falle. Fokuset på sikkerhet gjorde for eksempel at pasienten ble fotfulgt inn på toalettet. Noe som ikke gav rom for privatliv.

4.3 Kunnskapsmangel, holdninger/prioriteringer og manglende strategier.

Studentene i Baillie et al.(2012) syntes ikke den demente ble behandlet med respekt og verdighet og de trodde årsaken til dette var blant annet mangel på kunnskap/forståelse. Mangelfull kunnskap så videre ut til å innvirke på holdningene hos personalet. Det virket som de syntes å jobbe med disse pasientene var noe av det verste de kunne gjøre da de følte seg helt maktesløse. Studentene fikk inntrykket av at personalet syntes den demente

bare var i veien når han var urolig og at det var andre pasienter som var kritisk syke som trengte ressursene mer. En hadde uttalt at det «ikke var noe medisinsk feil med dem». Prioriteringene så ut til å ligge kun hos akutt syke pasienter hvor det var en halvtimes intervaller på observasjoner. Her satt det alltid en person mens å bruke tid med en pasient for å bli kjent eller for å trygge dem opplevde studentene å få beskjed om at det ikke var tid til. Videre sier studentene at det var vanskelig å kommunisere med pasienter som var aggressive, nervøse eller agiterte og at når de spurte om råd til hvordan de skulle håndtere dette fikk de ulike svar og forslag til løsninger. I Nilsson et al. (2013) fortelles det at behov relatert til den kognitive svikten ble oversett helt til de eskalerte og utgjorde et problem som forstyrret flyten eller truet de sikkerhetsmessige hensyn på avdelingen. Måten å jobbe på var reaktiv fremfor proaktiv noe som gjorde at disse situasjonene oppstod. Funn i Cowdell (2010) tilsier også at sykepleierne følte mangel på kunnskap om hvordan de skulle håndtere disse pasientene, særskilt utagerende adferd. I Borbasi et al. (2006) fortelles det at personer med demens så ut til å bli oversett av sykepleiere i avdelingen som så ut til å ikke forstå seg på sykdommen. Pasientenes inhabilitet til å gi en komplett historie om seg selv gjorde det vanskelig men ble de derimot mottatt av en geriatrisk lege/sykepleier kunne de lettere finne de rette tegnene og stille de rette spørsmålene. I samme studie ble også stereotyping av personer med demens hevdet å forekomme og at dette gjorde at man ikke så personen bak sykdommen. Mangelfull dokumentasjon og ikke-eksisterende rutiner for dokumentasjonen ble i Nilsson et al. 2013 nevnt som et hinder for at personalet kunne gjøre seg kjent med pasientens behov og problemer. At man ikke så personen bak sykdommen ble også nevnt av studentene i Baillie et al.(2012). Både i Moyle et al. (2010) og i Baillie et al.(2012) kommer det frem at personalet som blir leid inn for å være fastvakt hos urolige demente ofte har med lite erfaring og kunnskap om hvordan de skal imøtekomme disse pasientene. Studenter ble ofte brukt til slike oppgaver og de fikk lite veiledning og støtte. Nilsson et al. (2013) er den eneste studien hvor det kommer frem at sykepleierne mener at pasienter med demens ikke hører til på en slik avdeling. Dette gjelder en kardiologisk avdeling. Sykepleierne sier eldre med kognitiv svikt ikke passer inn der hos dem men at de ikke har noe imot dem i deres rette miljø som de mener er geriatrisk sengepost. En av sykepleierne sier at det er vanskelig å kombinere akutte tilstander med kognitiv svikt og at disse pasientene krevde mer tid en hva enheten kunne takle. De spurte seg selv i hvilken grad de skulle behandle personer med demens. I Bryon et al. (2012) forteller sykepleiere at den sårbare avhengigheten hos disse pasientene appellerte til dem som en stor motivasjon for å gi verdig pleie. De følte ansvar for disse

pasientene ikke bare som sykepleiere men også som medmennesker. De satte seg selv inn i pasientens situasjon og forsøkte å oppleve den utifra deres ståsted. Moyle et al. (2010), Baillie et al. (2012), Cowdell (2010) og Nilsson et al. (2013) inneholder funn som viser mangel på retningslinjer eller standard tilnæringsmetoder for å ivareta de spesielle behovene hos pasienter med kognitiv svikt. Moyle et al. (2010) og Nilsson et al. (2013) rapporterte begge om manglende bruk av konkrete verktøy for evaluering av kognitiv svikt.

I Moyle et al. (2010), Eriksson et al. (2002) og Bryon (2012) beskrives bruk av tvang og at dette oppleves som etisk utfordrende og som bidragsyter til skyldfølelse hos personalet. Tvang sees også på som en tilnærming som oppleves å bare gjøre situasjonen verre for pasienten ved å se ut til å øke hans/hennes angst og følelse av utrygghet.

4.4 Organisasjonskultur, rutinepreget arbeid og tidspress.

Sykepleierstudentene i Baillie et al. (2012) mener at organisasjonskulturen på sykehuset hadde en effekt på hvordan personer med demens ble behandlet. Personalet i Moyle et al. (2010) uttrykte skuffelse over at de ikke ble bedre fulgt opp av ledelsen i forhold til at de måtte håndtere aggressive pasienter. I Nilsson et al. (2013) hvor 2 av de intervjuede er leger og 7 er sykepleiere hevder legene at når det gjaldt engstelige pasienter så gav sykepleierne de mer samvær som et tiltak og at dette ofte var nok til å roe dem. I kontrast til dette fortalte sykepleierne at det sjeldent var mulighet til å gi pasientene ekstra samvær. I Eriksson et al. (2002) forteller sykepleier om hvordan forventningene fra ledelsen om effektivitet og kort liggetid gjorde at de følte seg maktesløse. De følte at de ikke fikk nok tid til å bli tilstrekkelig kjent med pasientene slik at de kunne klare å møte behovene deres eller lære seg de forskjellige måtene de kunne kommunisere med de på. Tidspress ble i Baillie et al. (2012), Borbasi et al. (2006), Nolan (2006) og Eriksson et al. (2002) nevnt som en av grunnene til at pasienter med demens ikke fikk den ekstra tiden og omsorgen de hadde behov for. I Borbasi et al. (2006) forteller sykepleierne at det kunne ta tre ganger så lang tid å gi pasienten medisiner enn hos kognitivt friske. I Baillie et al. (2012) forteller studentene at tid og tålmodighet ofte var løsningen under måltider, noe som opplevdes som mangelvare på sykehus. I Moyle et al. (2010), Nilsson et al. (2013) og Eriksson et al. (2002) pekes det også på at den rutinepregede måten det jobbes på i slike avdelinger er til hinder for å møte behovene disse pasientene har. Funn i begge disse studiene forteller om organisering av omsorgen utifra rutiner framfor pasientens behov. Et eksempel begge

studiene henviser til er at pasientene sendes rundt på forskjellige steder på sykehusene for ulike behandlinger og undersøkelser. I Nilsson et al. (2013) fortelles det også at dersom det skulle oppstå uventede åpninger hos de forskjellige undersøkelsene/behandlingene blir pasienten ofte sendt dit med veldig kort varsel, noe som sykepleierne ser gir økt angst og uro hos disse pasientene som trenger mer tid til å forberede seg. Dette for å øke effektiviteten og senke liggetiden. Et stort antall personale å forholde seg til ble også nevnt som negativt for denne pasientgruppen. I Nilsson et al. (2013) forteller sykepleierne om en strategi sykehuset hadde for å holde personalet kompetent og fleksibiliteten på sykehuset høy. Roterende personale. Dette kunne resultere i at pasienten møtte 19 forskjellige pleiere i løpet av en todagers innleggelse. Dette ble sett på som å skape barrierer for personalets mulighet til å bli kjent med pasienten og det ga ingen personalkontinuitet. Dette førte videre til at man ofte tenkte at man ikke skulle ha pasienten mer enn en dag slik at man da ikke involverte seg så mye. I Eriksson et al. (2002) ser sykepleierne på det som negativt for pasientene at de blir forflyttet fra avdeling til avdeling og at de må forholde seg til et stort antall personale. Dette så de gjorde pasientene mer og mer engstelige og forvirret. I samme studie nevnes også at pasienter med demens kunne virke forstyrrende på måten de jobbet på ved avdelingene da arbeidet var lagt opp etter faste rutiner.

5.0 Metodediskusjon.

Metoden for denne systematiske litteraturstudien er en beskrivende analyse, hvilket innebærer en sammenstilling av kvalitative studier der resultatet har blitt analysert og sammenlignet. (Evans, 2002).

I denne litteraturstudien brukte jeg Evans (2002) beskrivende syntese, hvor hensikten er å redegjøre for hva som rapporteres i tidligere studier og så omtolke dataene slik at nye konklusjoner kan fattes.

Jeg startet med søk i de databasene jeg kjenner best. Det så først ut til å by på store problemer med å finne passende artikler til bruk i min litteraturstudie. Dette syntes jeg var merkelig og antok at jeg kunne ha brukt feil søkestrategi. Under en samtale med en medstudent om valg av tema viste det seg at hun også hadde ønsket å skrive om det temaet. Hun hadde derimot også hatt problemer med å finne forskning. Dette ga meg enda mer tvil om at jeg skulle klare å finne noe om temaet. Jeg vurderte å endre problemstilling da en systematisk litteraturstudie faktisk krever en del relevante studier å jobbe med.

Jeg endret heller søkestrategi. Jeg valgte å søke i en og en database for å få mindre treff og jeg valgte også å prøve databaser jeg ikke hadde brukt før. Dette resulterte i en del aktuelle funn. Ved hvert funn av en artikkel jeg kunne bruke valgte jeg å bruke funksjonen «Find Citing articles» som hjelper en med å finne lignende artikler. Ved hjelp av denne fant jeg noen få artikler jeg også kunne inkludere i min litteraturstudie. Noe jeg også så ved bruk av denne funksjonen var at de fleste av artiklene jeg allerede hadde funnet på tvers av alle databasene jeg hadde søkt i dukket opp. Dette fortalte meg at jeg hadde funnet en god del av det som finnes på emnet. I alle fall ved bruk av de søkeordene og sammensetningene jeg hadde. Det ble også nevnt i de fleste artiklene jeg hadde funnet at det var gjort lite studier på emnet.

I begynnelsen av utvelgelsesprosessen av studier inkluderte jeg studier med både pleiepersonells, pasientens og pårørendes perspektiv. Dette så jeg etter hvert at ble for mange perspektiv, noe som kunne utgjøre en svakhet for resultatets validitet.

Jeg valgte derfor å inkludere bare helsepersonells perspektiv og måtte inn å søke igjen etter flere studier. Jeg fant tilslutt 8 studier jeg kunne inkludere i min litteraturstudie.

7 av studiene jeg har inkludert i studien min svarer direkte på problemstillingen min.

Studie nr 8, Bryon (2012) omhandler problemstillingen men er noe mer snevret inn. Den tar for seg utfordringer og erfaringer knyttet til omsorg for pasienter med demens med særlig vekt på spørsmålene rundt kunstig ernæring og væskebehandling. Da deltagerne i

studien allikevel gjør en del refleksjoner som er mer generelle og har en del viktige funn som går igjen i de øvrige artiklene valgte jeg å inkludere den.

I en så liten litteraturstudie med kun 8 studier inkludert vil det alltid dukke opp funn som ikke er gjentar seg i noen av de andre studiene som er med. Derfor er det viktig å huske på at validiteten på disse funnene ikke blir like sterke som de som gjentar seg ofte. Hadde man derimot inkludert dobbelt så mange studier ville kanskje funnet gjentatt seg. Da problemstillingen er slik formulert at den kan gi svar på flere områder(for eksempel pårørendesamarbeid, bygningsmessige utfordringer osv.) vil man også kunne finne mer av hvert funn dersom man søker på studier som omhandler de ulike temaene hver for seg. Studiene jeg har tatt med er gjort i Sverige, Australia, Irland og England. Det ville vært interessant å hatt med en studie fra Norge men dette fant jeg ikke. Selv om studiene foregår i vestlige land og mye vil være likt kan det også være store forskjeller i hvor langt vi er kommet i utarbeidelsen av strategier og holdninger for denne pasientgruppen. I vår pensumlitteratur finner jeg meget lite om utfordringene som oppstår når pasienter med demens blir innlagt på sykehus. Omsorgen for pasientene omtales i hovedsak hjemmet eller på sykehjemmet.

6.0 Resultatdiskusjon.

6.1 Mangelfull tilrettelegging av det fysiske miljøet.

Det fysiske miljøet trekkes frem i flere av studiene som dårlig tilrettelagt for personer med demens. Funnene tilsier at man på et sykehus har store utfordringer knyttet til både støy, fysisk utforming av selve avdelingene og sikkerhetsmessige hensyn for denne gruppen pasienter. I Nilsson et al. (2013) nevnes lyder fra alarmanlegget som et moment som kunne skape engstelse hos pasientene, særlig ved leggetid. Engedal og Haugen (2009) skriver at den sviktende oppmerksomhetsevnen ved demens gir seg uttrykk i redusert evne til å skille mellom viktig og mindre viktig stimuli og gir utfall både i såkalt fokusert og delt oppmerksomhet. Jeg har gjennom mine 7 års praksis i helsevesenet sett utfordringene knyttet til å holde på oppmerksomheten hos en person med demens. Det er lett at de mister tråden i det vi holder på med av den minste lyd eller hendelse. Dersom vi er på badet under et stell og har en god flyt i gjøremålene kan et pip fra vakt-telefonen jeg er pålagt å ha med meg i lommen utgjøre stor forskjell. Alarmen går gjentatte ganger inntil den skrues av der den er utløst og det kan også ta sin tid. Telefonen eller porttelefonen kan også ringe under stellet, noe som gir en enda større forstyrrelse da man må svare og prate i telefonen. Engedal og Haugen (2009) sier at i institusjonsmiljøer for personer med demens bør det legges opp til stimulering som ikke er forstyrrende, overaskende og skremmende og som kan skape kontinuerlig uro hos den demente. Videre skrives det at varslingsklokker og andre nye uvante lyder vil for en åndsfrisk person også kunne virke stressende men man normalt ville kunne venne seg til dette. For den demente med svekket tilvenningsevne vil det bety at man fortsetter å reagere på de samme lydene som om man aldri hadde hørt de før. Selv om man ser at disse stadige lydene kan skape problemer for denne pasientgruppen er det på den andre side viktig å ha et system for å kunne kalle på hjelp dersom man trenger det, både for pasienter og for personalet. Man bør derimot vurdere om det virkelig er nødvendig dersom man avbryter noen i et stell eller om man kan ta telefonsamtaler utenom de faste stelletidene. God planlegging før man går inn i et stell kan også i noen tilfeller forhindre at man må ringe på assistanse og på den måten får man eliminert noen av alarmene som utløses.

Den lineære designen nevnes i Borbasi et al. (2013) som utrygt for en person som vandrer mye. Dersom utformingen hadde vært sirkulær ville det derimot vært bedre. Dette spesielt

med tanke på de som vandret mye. I praksis har jeg sett at pasienter som vandrer ofte blir fortvilet når de kommer til en dør eller en annen hindring. Først da kan de bli agiterte eller engstelige. Dersom de får lov til å vandre uhindret og trygt kan de ofte være fornøyde med det og etter en stund setter de seg ned eller går tilbake til andre aktiviteter. Der utfordringen er sirkulær har jeg ofte sett at pasienten velger å gå flere runder fremfor å gå ut døren. Dersom pasienten forlater avdelingen vil hans/hennes sikkerhet stå på spill. Fordi personer med demens vanligvis ikke er tvangsinnlagt, er det ikke hjemmel for å låse dørene. Jakobsen (2007). På sykehjemmenes skjermede avdelinger er det ofte koder eller andre løsninger som for eksempel alarmsystem på utgangsdørene for å forhindre at pasientene forlater avdelingen. Dette er ikke tilrådelig å gjøre på sykehus da det er spesielle regler og lover som innskrenker mulighetene for dette. Man må også tenke på at personer med demens ikke er den eneste pasientgruppen på et sykehus. Dermed vil ikke alle løsninger kunne overføres hit fra et sykehjem/skjermede enheter for demente. En utfordring som jeg også så der hvor pasientene vandret mye på sykehuset var faren for fall. Medisinering med beroligende midler gjorde pasienten mer ustø og forvirret enn vanlig. Dette må man alltid huske på når man gir beroligende midler for å dempe angst/uro. Man kan risikere å bytte ut den ene utfordringen med den andre. Utsyr som står i gangene skapte hindringer og utgjorde også en fare for pasienten. En må også ta i betraktning at utstyr skal være lett tilgjengelig i tilfelle nødsituasjoner. I Baillie et al.(2012) peker sykepleierstudentene på at det ikke finnes egnede rom for å drive med sosiale aktiviteter og for å ha interaksjoner med andre. Fellesrommene på sykehusene oppfattes som full av støy fra både andre pasienter og for eksempel fra tv-apparatet. Det jeg har sett der jeg var i sykehuspraksis var at felles-stuen ble lite brukt og når den ble brukt var det som regel av kognitiv friske pasienter som for eksempel så på tv eller hadde besøk av pårørende. Personalet brukte ikke stuen til planlagte aktiviteter med pasientene. Ifølge Engedal (2008) har stimulering gjennom hverdagens aktiviteter ha en meget positiv effekt på atferd. Det anbefales at alle institusjonsheter vektlegger et program som tar utgangspunkt i de aktiviteter hverdagen byr på og hvor vanskelighetsgraden må avpasses de ressursene pasienten besitter. Man kan spørre seg om mangel på slike aktiviteter ved en sykehusinnleggelse er begrunnet med den dårlige bemanningen og prioritering av andre oppgaver fremfor at lokalene ikke er egnet. Noe man også kan legge merke til er at anbefalinger som gjelder omsorg for personer med demente i stor grad henviser seg til sykehjem og andre enheter enn sykehus. Det ser ut til å gå litt i glemmeboken at mangel på

slik stimulus kan være årsak til atferd som i neste omgang beskrives som utfordrende av helsepersonell på sykehusene.

6.2 Samarbeid med pårørende, tilknytningsprosessen og den integritetsbevarende pleien.

Samarbeid med pårørende nevnes i flere av studiene som en viktig ressurs for å kunne gi personer med demens en god omsorg. Ifølge Engedal og Haugen (2009) er omsorgsgiveren vanligvis en nær pårørende eller venn som hjelper til mer eller mindre regelmessig, vanligvis daglig, med oppgaver som er nødvendige for at personen med demens skal kunne leve et selvstendig liv utenfor institusjonen. Tall fra nasjonale og internasjonale undersøkelser viser at 30 til 60 prosent av omsorgsgiverne er ektefeller eller samboere, og at 75 prosent er kvinner. Det er da viktig å huske på at den pårørende ofte har levd en lang tid sammen med pasienten, også før han/hun ble syk. Dette kan gjøre at de sitter inne med mye nyttig informasjon som pasienten ikke klarer å formidle selv. Kunnskap om pasientens vaner, behov, måter å uttrykke seg på, interesser og ønsker er viktig for å gi den gode personsentrerte pleien og integritetsbevarende pleien. Dette kan være eksempler på områder som pårørende kan gi utfyllende informasjon om. Det er midlertidig viktig å huske på at det også blant pårørende finnes individer med svært forskjellige personlige egenskaper og følelsesmessige relasjoner til den demente. Borbasi et al. (2006) er den eneste studien hvor fenomenet med uenigheter med pårørende om pasientens beste bringes på banen. I praksis har jeg enda ikke opplevd møte med pårørende hvor de ikke er ute etter pasientens beste. Vi har derimot opplevd tilfeller der hvor det har vært tvil om at den pårørende har vært i stand til å bedømme om akkurat hva som er til pasientens beste. Det har også vært tilfeller hvor det har vært uenigheter om hva som har vært til pasientens beste. Ved nærmere diskusjoner på arbeidsplassen har vi i disse tilfellene funnet ut at årsaken til uenigheten kan ha vært for lite informasjon fra vår side. Jeg jobber på en langtidsavdeling på et sykehjem. Der har vi god tid på å bli kjent med både pasient og pårørende. Når pasienten flytter inn hos oss gir vi pårørende et skjema for utfylling av pasientens historie. Vi forteller pasienten og dem hvorfor vi spør om disse opplysningene. Dette gjør vi både muntlig og skriftlig. Skjemaet inneholder spørsmål om pasientens livshistorie, familie, bosted, hobbyer osv. Dette er viktig informasjon for å bli kjent med pasienten dersom en ikke kan fortelle mye selv. Det er også viktig informasjon som vi trenger for å hjelpe pasienten å bevare sin integritet. Vi har ingen rutiner for å sende med dette skjemaet når pasienten eventuelt blir innlagt på sykehus og som jeg har sett så har de

ingen slike rutiner for innhenting av denne typen informasjon på sykehuset. Man kan kanskje stille seg litt kritisk til hvorfor slik viktig informasjon ikke blir sendt med eller etterspurt. Dette kunne gjort det lettere for pasienten å gjøre seg forstått og for personalet på sykehuset å gi god omsorg. Spørsmålet man kan stille seg i dette tilfellet er hvor mye man skal dele og hva som er relevant. Skjemaet vi bruker kan være litt for omfattende for å sende med pasienten dersom et sykehusopphold skulle bli aktuelt. Pasienten eller pårørende blir heller ikke bedt om samtykke til å dele informasjonen på dette skjemaet. Dette er derimot ikke noe enestående fenomen. Att pasienter med demens kan få problemer i ukjente omgivelser er en kjent utfordring og det jobbes med å utarbeide gode rutiner for å kunne bedre hjelpe pasienten. Alzheimer Society i Storbritannia har utviklet et eget skjema til hjelp for å gi omsorg for personer med demens i ukjente omgivelser. «This is me.» (Vedlegg 2) er et kortfattet skjema som kan fylles ut av den som har den daglige omsorgen. Dette kan være både pårørende eller primærpleier på sykehjem dersom pasienten bor der. På dette skjemaet godkjenner man samtidig at informasjonen blir delt innbyrdes med de som skal gi personen det gjelder nødvendig helsehjelp. Informasjon om hva pasienten liker å bli kalt, hvor han/hun bor til vanlig og nærmeste pårørende. I tillegg kommer viktige opplysninger som pasienten ønsker at personalet skal vite om livet så langt, bakgrunn, familie, hjem, kjære eiendeler, tidligere og nåværende interesser, arbeid, plasser han/hun har bodd, viktige rutiner, ting som kan virke opprørende og hva som kan gjøre det lettere dersom man er engstelig eller opprørt. Skjemaet inneholder også informasjon om pasientens hørsel og syn, hvordan man kan kommunisere, pasientens mobilitet, søvnvaner, personlig pleie, hvordan inntak av medisiner foretrekkes, spise og drikkevaner. utfordringer som nevnes i noen av studiene ved for eksempel medisinerer kunne kanskje blitt løst på en bedre måte dersom personalet på sykehuset hadde informasjon om hvordan pasienten liker å ta sine medisiner. Jeg kan nevne et eksempel fra praksis hvor en av mine pasienter ofte nektet å ta sine medisiner. Etter å ha sett på omstendighetene rundt medisinerer fant vi til slutt en løsning. Pasienten var ofte veldig sliten når tiden kom til hvor medisinerne skulle deles ut. Dette var for eksempel ved middagsmåltidet. Pasienten var da sliten etter en lang formiddag og etter måltidet og kunne uttrykke både sinne og frustrasjon og ville på ingen måte ta imot medisinerne. Dersom pleierne da derimot viste omsorg og forståelse for at pasienten var sliten og fulgte henne til sengs hvor hun fikk hvile ble hun veldig glad og takknemlig. Dersom vi ventet med å gi henne medisinerne til hun kom opp i sengen og var lettet og glad tok hun derimot medisinerne uten mer om og men.

At pasientene har problemer med å uttrykke sine ønsker ble i Eriksson et al.(2002) nevnt som problematisk og at man da kunne glemme å behandle dem med verdighet og på den måten true deres integritet. Måten å uttrykke sine ønsker og følelser på kan ofte komme ut som sinne eller frustrasjon og da er det viktig å møte pasienten med omsorg og forståelse. Å vite litt om hvordan pasienten reagerer når han/hun for eksempel er sliten, trøtt eller lei seg vil gi oss gode forutsetninger for å møte pasienten der han/hun er og kunne hjelpe på den rette måten.

Dersom vi skal klare å tilrettelegge tjenestetilbudet for den økende gruppen med eldre må rutiner på plass også når det gjelder slik informasjonsdeling. Et av hovedprinsippene i Kitwood (1999) var akkurat dette. Involvering fra alle ledd i omsorgskjeden må gå sammen for å utvikle et miljø som ivaretar disse menneskene kontinuerlig. Å bevare integritet må være i fokus også på sykehuset. Man kan tenke seg at denne pasientgruppen trenger ekstra støtte for å klare dette og dermed tilrettelegge for at denne støtten blir gitt.

6.3 Kunnskapsmangel, holdninger/prioriteringer og manglende strategier.

Som nevnt i avsnittet ovenfor mangles det strategier og faste prosedyrer for utveksling av informasjon mellom pårørende/sykehjem og sykehus om pasientens historie/vaner/preferanser. I flere av studiene kom det fram at det manglet retningslinjer eller standard tilnæringsmetoder for å ivareta de spesielle behovene hos pasienter med kognitiv svikt. Mangelfull dokumentasjon og fraværende rutiner for dokumentasjon ble også nevnt som problematisk. Dette viser at vi har lang vei å gå og stort forbedringspotensial i omsorgen for denne pasientgruppen. Det at man ikke har faste retningslinjer og strategier å forholde seg til kan gjøre omsorgen for disse pasientene mer krevende og det kan lede frem til at man skaper seg holdninger og prioriteringer som er uheldig. Bare i disse åtte studiene kom det fram varierende holdninger ovenfor personer med demens hvor mange av de var negative/uheldige. Dersom disse holdningene sees i sammenheng med at man føler seg maktesløs og at man ikke vet hvordan man går frem for å gi hjelp kan man begynne å forstå de. Det er på den andre side helsepersonells plikt å søke kunnskap og oppdatere seg innen feltet for å hele tiden kunne yte best mulig og riktig pleie. Å se på pasienten som et forstyrrende element i avdelingen og først når en utgjør en fare for sikkerheten gi pasienten den omsorgen/oppmerksomheten en trenger vitner om feil måte å jobbe på. Mangelfull kunnskap, negative holdninger og uhensiktsmessige

prioriteringer gir pasienten et meget dårlig utgangspunkt. Dersom pasienten ble møtt av en geriatrisk lege/sykepleier ved inntak ble derimot de rette spørsmål stilt og pleien kunne legges opp mer hensiktsmessig. Dette viser at det er behov for spesialiserte avdelinger/team for denne pasientgruppen også på sykehus. I Nilsson et al. (2013) hvor sykepleiere fra en kardiologisk avdeling er intervjuet kommer det også fram at personer med demens burde fått være på en egen avdeling som for eksempel en geriatrisk avdeling. Men hva da når pasienten er inne for akkurat hjerterelatert sykdom og også trenger denne ekspertisen? Kun i Bryon et al.(2012) forteller sykepleierne om den sårbare avhengigheten hos denne pasientgruppen som kilde til større ansvarsfølelse fra sykepleiernes side. I flere av studiene beskrives bruk av tvang. Tvang blir beskrevet brukt i sammenhenger der pasientens atferd har blitt uhåndterbar og ingen annen mulighet sees. Det oppleves som etisk utfordrende og gir skyldfølelse hos personalet. Hvorfor brukes da tvang? I Moylle et al.(2010) beskrives det at sikkerhetsvakter ble ofte brukt ved tvang der pasienten måtte holdes nede i påvente av at tvangsmedikasjon skulle virke. Disse løsningene var ikke godt likt blant de ansatte og mange følte at det gjorde situasjonen verre å medisinere de for mye. Personalet opplevde at de som ga ordre om slik håndtering ofte var unge leger med dårlige holdninger mot eldre mennesker. Holdninger dukker med andre ord opp igjen som årsak til at denne pasientgruppen ikke får adekvat behandling. Dersom man tenker på at legen som gir slike ordrer også er unge og uerfarne kommer vi igjen tilbake til at de dårlige holdningene kan grunnes for liten kunnskap og forståelse av pasientgruppen.

6.4 Organisasjonskultur, rutinepreget arbeid og tidspress.

Så hvor skal man egentlig starte når man vet om alle disse utfordringene som oppstår når en person med demens blir innlagt på sykehus? En viktig forutsetning er at organisasjonskulturen legger til rette for en verdig behandling av pasienten og gode arbeidsmåter for helsepersonell. Forventningene om kort liggetid nevnes i Eriksson et al. (2002) som hinder for at personalet får bli skikkelig kjent med pasienten og dermed møte behovene deres. Kravene til effektivitet vil derimot alltid være tilstede og strategier for å bli kjent med pasienten raskt bør derfor være tilstede. Tidspress nevnes også som en grunn til at tvang blir utøvd og at omsorgens kvalitet går ned. I Baillie et al. (2012) forteller sykepleierstudentene om tidspress som ofte ødelegger for et godt måltid hos personer med demens. Studentene ble ofte satt til disse oppgavene og de opplevde ofte at tid og tålmodighet var det som skulle til. Dette er ofte mangelvare på en travel sykehusavdeling

og i studien forteller de at det ble enten gidd opp for tidlig slik at pasienten ikke fikk spise nok eller prioritert til slutt, når maten var kald. Der tidspresset går utover omsorgen for pasienten på en slik måte kan vi ikke godta at slik er det bare. Vi må for det første finne andre løsninger som fungerer bedre enn å konsekvent sette studenter/lærlinger til dette uten videre veiledning. Vi må se på årsakene bak problemene. Det kan være ulike grunner til at pasienten ikke vil spise. På langtidsinstitusjoner kan man etter hvert som man blir kjent med pasienten eller i samtale med pårørende få vite noe om hva slags preferanser pasienten har i forhold til måltid. Favorittmat, drikke, hvordan skal det serveres, hvor liker pasienten å spise og liker pasienten å spise alene eller sammen med andre? Er det noe pasienten ikke liker, liker pasienten for eksempel å spise små måltider osv. Alt dette er viktig kunnskap dersom man opplever problemer i måltidsituasjonen

På den andre side må helsepersonell bli flinkere til å sende signalene i motsatt retning om utfordringene som gjør seg gjeldende når effektiviteten blir for høy. Ifølge Orvik(2004) kan man i noen sykehusavdelinger oppleve at forholdet mellom de ulike faggruppene er preget av gjensidig respekt og en positiv holdning til samarbeid. Dette øker sjansen for å få til helhetlige og sammenhengende behandlingsprosesser, til beste for pasienter med komplekse behov.

Om vi ser på definisjonen av begrepet kultur som beskrevet i Orvik (2004) kommer det fra det latinske ordet colere; å bearbeide. I vår sammenheng handler kultur om hvordan grupper over tid bearbeider inntrykk og bruker kunnskaper og erfaringer til å utvikle et atferdsmønster av mening, verdier og normer. Man må da huske på når man sier at organisasjonskulturen er til hinder for å gi god pleie til en pasient at man selv er med på å skape denne kulturen og at man også må være med på å forbedre den.

Det kommer frem i flere av studiene at tidspresset gir problemer med å ivareta den psykososiale omsorgen. Noe jeg også selv opplever i praksis er at kampen mot klokka gjør seg gjeldende omtrent hver dag og at man skal prioritere vel og godt for å få alt til å gå rundt. Dette er derimot en viktig del av jobben, noe man som sykepleier allerede i studietiden lærer at man må være god på. Man kan allikevel spørre seg hvor langt man egentlig skal strekke seg og hvor mye man til slutt skal prioritere vekk for å få puslespillet til å gå opp. Bør vi bli flinkere til å kreve mere ressurser? På den andre siden kan man se at der pasienten blir møtt av personale med spesialisert utdanning foregår omsorgen mer hensiktsmessig. Da kan man jo spørre seg om ledelsen burde stille strengere krav til etter og videre-utdanning hos personalet som skal jobbe med de eldre. Dersom man stiller slike krav vil også spørsmålet om høyere lønn og kompensasjon for dette være et viktig tema.

7.0 Konklusjon

Litteraturstudien viser at vi står ovenfor store utfordringer når personer med demens blir innlagt på sykehus. Forbedringspotensialet er stort på flere områder og det finnes løsninger og verktøy som ikke i tilstrekkelig grad blir brukt. Kunnskap rundt bygningsmessige utfordringer må taes i betraktning ved opprettelse av nye sykehus og kunnskap om tilrettelegging av miljøet må taes i bruk i bygg som allerede er i drift.

Der det er mulig, hvor pasienten for eksempel kommer fra sykehjem eller hvor han har hjemmesykepleie bør fyldig informasjon om pasientens måte å uttrykke sine behov for være dokumentert og sendes med til sykehusene. Kravene til effektivitet vil alltid være tilstede og metoder for å sikre god omsorg den tiden de er på sykehuset må taes i bruk. «This is me»-skjema utformet av Alzheimer-society kan brukes. Fyldige sammenfatninger fra sykehjemmet som omfatter pasientens ønsker, behov, kommunikasjonsmåter og smertetegn er viktige hos denne pasientgruppen. Samarbeid mellom instanser er også viktig. Å ta en telefon til der pasienten er til daglig for eksempel på sykehjem, hjemmesykepleie kan være oppklarende. Samarbeid med pårørende bør være en selvfølge. Dette både for å bedre ivareta pasienten og de pårørende men også for å lette arbeidet. Strategier og fremgangsmåter for pårørendesamarbeid bør være på plass. På sykehusene må det være adekvate retningslinjer og strategier for hvordan man imøtekommer disse pasientenes behov. Rutiner for innhenting av informasjon og hensiktsmessig bruk av dokumentasjon må komme på plass. Personale må oppfordres og støttes til å oppdatere seg innen demensomsorgs-feltet og denne kunnskapen og kompetansen bør etterspørres og belønnes.

Variierende holdninger hos personalet kommer frem i litteraturstudien og viser at det er mange gode holdninger men at noen holdningsendringer fremdeles må til. Kunnskap og motivasjon kan være med på å skape bedre holdninger og dette bør etterstrebes. Dersom personalet på sykehuset får god kunnskap og gode holdninger til omsorgen for personer med demens vil den personsentrerte og integritetsbevarende pleien stå i fokus også her. Dette gjør tilbudet mer tilpasset pasientgruppen og de får på denne måten mer av den kontinuiteten i omsorgen som de har krav på.

8.0 Forslag til videre forskning.

Selv om funnene fra litteraturstudien kan overføres til norske forhold kunne jeg tenkt meg og sett norske studier på emnet. Dette for å få belyst hvordan tilstanden er på norske sykehus og hvor vi står i forhold til å gi god demensomsorg her.

Videre trengs mer forskning på emnet også i andre land, noe som nevnes i en del av studiene som er tatt med. Forskning på de ulike temaene jeg har funnet i min litteraturstudie er gjort, men en helhetsforståelse av utfordringene kan bare oppnås dersom flere studier blir gjort på både sykepleieres, pasienter og pårørendes perspektiv.

Litteraturliste.

Alzheimer Society: www.alzheimers.org.uk

Baillie, Lesley, Janet Cox og Jane Merritt. 2012. Caring for older people with dementia in hospital Part one: Challenges. *Nursing older people* October, vol 24, number 8, page 33-37.

Borbasi, Sally, Jacqueline Jones, Craig Lockwood og Carolyn Emden. 2006. Health professionals` perspectives of providing care to people with dementia in acute setting: Towards a better practice. *Geriatric Nursing* Vol 27, nr 5.

Bryon Else, Dierckx De Castrelre og Gastmans Chris. 2012. Because we see them naked` - Nurses experiences in caring for hospitalized patients with dementia: considering artificial nutrition or hydration. *Bioethics*. Vol 26 Number 6, p 285-295,

Cowdell, Fiona. 2010. Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nursing standard*, vol 24 nr 23.

Engedal, Knut og Haugen, Per Kristian. 2009. *Lærebok demens-Fakta og utfordringer*. Forlaget aldring og helse: Tønsberg.

Eriksson, Catharina og Britt-Inger Saveman. 2002. Nurses` experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scand J Caring*; 16; 79-85.

Forsberg Christina og Yvonne Wengstrøm. 2013. *Att göra systematiske litteraturstudier*. Bokforlaget Natur og Kultur: Stockholm.

Foss, Christina. 2012. . Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus. *Sykepleien forskning* nr 4, 2012; 7: 324-333.

Guijarro, Ricardo, Carlos M. San Roman, Ricardo Gomez-Huelgas, Aurora Villalobos, Magdalena Martin, Maria Guil, Miguel-Angel Martinez-Gonzalez og Juan B. Toledo. 2010 Impact of dementia on hospitalization. *Neuroepidemiology* 35:101-108.

Hauvik, Stine. 2012. Etisk utfordrende å forske på demens. *Sykepleien* 14, s 57-59.

Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no

Jakobsen, Rita 2007. *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hylen Ranhoff. 2008. *Geriatrisk sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo.

Kitwood, Tom. 1999. *En revurdering av demens – personen kommer i første række*. København: Munksgaard Danmark.

Kunnskapssenteret. Tema: Sjekklistor. <http://www.kunnskapssenteret.no/binary?id=10563>

Linnsund og Ranhoff. 2005. Når skal sykehjemspasienter legges inn i sykehus? *Tidsskrift for den norske legeforening* nr 13-14, 125:1844-7.

Lovdata : www.Lovdata.no

Moyle, Wendy, Sally Borbasi, Marianne Wallis, Rachel Olorenshaw og Natalie Gracia. 2010. Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. *Journal of clinical nursing*, 20, 420-428.

Nilsson, Anita, Birgit H Rasmussen og David Edvardsson. 2013. Falling behind: A substantive theory of care for older people with cognitive impairment in acute settings. *Journal of clinical nursing*, 22, 1682-1691.

Nolan, Loise. 2006. Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting- hermeneutic interpretation of the staff nurses` experience. *International journal of older people nursing*. Vol 1, hefte nr : 4, side 208-215.

Norvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. 2012. *Jobb Kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. Oslo: Akribe,

Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. Evidensbasert omvårdnad. 2. utg. Lund: Studentlitteratur

	<p>Arikkel nr 1: Baillie et.al <i>Caring for older people with dementia in hospital Part one: Challenges</i>. Nursing older people October 2012, vol 24, number 8, page 33-37.</p>	<p>Fagfellevurdert: Ja Kvalitetskontrollert: Kontrollert ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning. Hensikt: Å kartlegge voksne sykepleierstudenters erfaringer med å yte omsorg for eldre personer med demens som er innlagt på sykehus. Metode: 4 fokusgrupper ble gjennomført på ett engelsk universitet. De innsamlede data ble analysert etter tema og utfordringene studentene møtte presenteres i denne artikkelen. Deltagere: 20 andre og tredje års-sykepleierstudenter som hadde oppgitt å ha gitt omsorg for personer med demens i praksis. Disse ble delt opp i 4 grupper med 4-6 studenter i hver. Fokusgruppene ble holdt i perioden april-juni 2011. Ett medlem fra forskergruppen ledet fokusgruppene ved hjelp av en tema-guide inkludert åpne spørsmål. Oppfølgende spørsmål ble brukt for å få gode detaljerte beskrivelser. Hver fokusgruppe varte i ca en time og ble tapet.</p>
	<p>Funn.</p>	<p>Mine drøftinger/refleksjoner og knytting til teori.</p>
	<p>Det fysiske miljøet og organisasjonskultur ble oppfattet å være upassende for omsorg til eldre personer med demens. Pasienten kunne ikke gå fritt og heller ikke tryggt rundt i sykehusmiljøet.</p> <p>Det var også mangel på steder der man kunne være sosial noe som begrenser muligheter for interaksjon med andre og for å drive med aktiviteter.</p> <p>Organisasjonskultur. Studentene diskuterte hvordan en akutt, travel avdeling ikke var komfortabel for personer med demens. Organisasjonskulturen hadde en effekt på hvordan omsorgen for personer med demens ble behandlet. Studentene syntes ikke den demente ble behandlet med respekt og verdighet og de trodde årsaken til dette var mangel på kunnskap/forståelse og at det jobbes med et stort tidspress på slike avdelinger.</p>	<p>De fleste sykehus har en liten felles-stue, gjerne med tv. Denne er for alle pasientene på avdelingen. Noen kan ha glede av å sitte her men hos mange med kognitiv svikt og spesielt personer med langtkommen demens er ikke alltid dette et hensiktsmessig alternativ. For å drive med meningsfulle aktiviteter trenger disse pasientene også ofte en person som kan hjelpe eller delta sammen med seg. I min praksis på sykehus opplevde jeg ingen slags form for slike aktiviteter.</p>

<p>Holdninger og prioriteringer. Prioriteringen lå hos akutt syke pasienter. For eksempel med halvtimes-intervaller på observasjoner. Hos disse pasientene satt det alltid en person. Å bruke tid med en pasient for å bli kjent eller trygge opplevde studentene å få beskjed om at dette hadde de ikke tid til.</p> <p>Dårlige holdninger, mangelfull kunnskap og ferdigheter. Mangel på kunnskap så ut til å innvirke på holdningene hos personalet. De syntes å jobbe med disse pasientene var det verste de gjorde fordi de følte seg helt maktesløse. Studentene fikk inntrykket av at personalet syntes den demente bare var i veien når han var urolig og at det var andre pasienter som var kritisk syk som trengte ressursene mer. En hadde uttalt at det «ikke var noe medisinsk feil med dem».</p> <p>Ser ikke personen. Kun sykdommen.</p> <p>Nevnes at studenter ofte blir satt til å ta vare på urolige personer med demens uten veiledning eller støtte. Uten særlig erfaring og over hele skift.</p> <p>Ernæring. Studentene beskriver at måltidsituasjonen kunne være vanskelig. Med beskjed om å gå å mate pasienten kom det ingen videre veiledning. Pasienten kunne knipe sammen leppene, nekte å spise og snu seg vekk. Studentene opplevde at pasienten ikke ville spise pga frykt for å bli forgiftet. Studentene observerte at også personalet kunne slite i disse sammenhengene og enten ga opp raskt for å få tid til andre oppgaver eller at de ventet med å mate de demente til slutt. Da var maten kald. Tid og tålmodighet var ofte løsningen under måltidene, noe som opplevdes som mangelvare på sykehus.</p> <p>Mobilitet. Åpne dører, store enheter. Vandrende pasienter ble til stadighet fulgt tilbake til sengene sine av sikkerhetsmessige årsaker når de vandret rundt på avdelingen. Dette ble begrunnet med frykt for fall eller at pasienten skulle forlate avdelingen.</p>	<p>Når studenter blir satt til å alene ivareta en urolig person med demens viser dette mangel på respekt både ovenfor pasienten og studenten. Dette kan gi signal om at en-til-en kontakten med den demente er annenrangs-oppgave. At studenten opplever å heller ikke få veiledning og støtte kan ha sin årsak i at personalet nå prioriterer andre pasienter når de har fått ekstra tid. Dette kan bidra til at holdninger som degraderer personer med demens går i arv. Med liten eller ingen veiledning og støtte når de er satt til å gi omsorgen for den demente vil også studentene kjenne på maktesløshet og frustrasjon. Disse følelsene vil også igjen være med på å forme holdningene deres til den demente og det å arbeide i demensomsorgen.</p> <p>Det kan være ulike grunner til at pasienten ikke vil spise. På langtidsinstitusjoner kan man etter hvert som man blir kjent med pasienten eller i samtale med pårørende få vite noe om hva slags preferanser pasienten har i forhold til måltid. Favorittmat, drikke, hvordan skal det serveres, hvor liker pasienten å spise og liker pasienten å spise alene eller sammen med andre? Er det noe pasienten ikke liker, liker pasienten for eksempel å spise små måltider osv. Alt dette er viktig kunnskap dersom man opplever problemer i måltidsituasjonen. Det er viktig å informere godt om disse preferansene og vanene i sammenfatningen slik at personalet på sykehuset får kjennskap til det. Det er også viktig at personalet på sykehuset leser sammenfatningen med tanke på disse utfordringene. Det kan også være en løsning å ta en tlf til sykehjemmet eller den som har ansvar for ernæringen til vanlig for å høre om råd.</p>
---	--

	<p>Pasientene trengte noen til å passe på seg hele tiden dersom de skulle få lov til å gå, noe det ikke fantes ressurser til.</p> <p>Emosjonelle behov og kommunikasjon. Ekstra tid med pasienter med demens var ofte mangelvare da det som ble vektlagt mest var pasientens fysiske tilstand.</p> <p>Vanskelig å kommunisere med pasienter som var aggressive, nervøse eller agiterte. Studentene fikk forskjellige forslag til (Mangel på konsekvente rutiner?) hvordan de skulle håndtere dette. Mangel på kunnskap/kompetanse.</p>	<p>At studenter ikke får adekvate og konsekvente svar når de ber om veiledning til å håndtere urolige pasienter vitner om dårlig kunnskap hos personalet.</p>
2	<p>Cowdell, Fiona. <i>Care of older people with dementia in an acute hospital setting</i>. Nursing standard, vol 24 nr 23:2010.</p>	<p>Fagfellevurdert: Ja. Kvalitetskontrollert: Kontrollert ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning. Hensikt: Å undersøke sykepleieres og pasienters med demens sine erfaringer i forhold til å gi og mottatt omsorg under et akutt sykehusopphold. Metode: Det ble brukt en etnografisk tilnærming gjennom observasjon og intervjuer av sykepleiere og pasienter. Deltagere: 11 personer i alderen 80-93 år, 4 menn og syv kvinner med demensdiagnose. 25 sykepleiere og 33 pleieassistenter som hadde jobbet med eldre mennesker fra 2 mnd til 22 år ble også inkludert i studien.</p>
	<p>Funn i studien.</p>	<p>Mine drøftinger/refleksjoner og knytting til teori.</p>
	<p>Pasientene sier det oppleves som en skremmende opplevelse pga stressende miljø, støy som for eksempel klokker og pipere. Opplevelse av å ikke bli behandlet etter sine egne preferanser. Viktig for en å se ren og skikkelig ut, pleierne var for raske og la ikke nok vekt på det.</p> <p>Kommunikasjon gjorde det vanskelig å uttrykke behov. Pleiere forstod ikke hva pasienten ville. Pasienten følte ikke at pleiere forsøkte å forstå noe som ledet til ytterligere frustrasjon.</p> <p>Negativ opplevelse for pasienter å være på sykehus. Interaksjon med personalet var minimalt og det var fokus kun på det fysiske plan.</p> <p>Pleiernes perspektiv:</p>	<p>Et av de kognitive symptomene ved demens er nedsatt oppmerksomhetsevne. Sviktende oppmerksomhet ved demens gir seg uttrykk i redusert evne til å skille mellom viktig og mindre viktige stimuli og gir utfall i både fokusert og delt oppmerksomhet. Vi vil det si at i en institusjon vil nye uvante lyder som varslingsklokker kunne skape uro og utrygghet. En åndsfrisk person vil raskt kunne lære seg å gjenkjenne og venne seg til disse lydene. Hos en person med svekket tilvenningsevne vil han fortsette å reagere på lydene som om de aldri har vært hørt før.</p>

	<p>Følte de handlet uten å reflektere særlig over det. Behandlet pasientene slik de selv ville bli behandlet. Behandlet alle likt, fulgte rutiner, slik de alltid hadde gjort...</p> <p>Tidspress.</p> <p>Følelse av mangel på kunnskap om hvordan håndtere disse pasientene, særskilt utagerende adferd.</p>	
3	<p>Borbasi et.al <i>Health professionals`perspectives of providing care to people with dementia in acute setting: Towards a better practice.</i> Geriatric Nursing Vol 27, nr 5. 2006</p>	<p>Fagfellevurdert: Ja.</p> <p>Kvalitetskontrollert: Kontrollert ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning.</p> <p>Hensikt: 1: Undersøke, forstå og tolke sykepleiere og helsepersonells erfaringer i arbeidet med pasienter med demens.</p> <p>2: Gi en god beskrivelse av nåværende praksis og oppfatninger av bedre praksis.</p> <p>Metode: Semistrukturerte intervju.</p> <p>Deltagere: 25 sykepleiere og helsepersonell ble intervjuet. To falt ifra pga dårlig audio-tape. Notatene fra disse to bidro allikevel til nyttig forståelse.</p>
	Funn.	Mine refleksjoner/drøfting/knytting til teori.
	<p>Bygningsmessig ikke tilpasset for personer med demens. Kjenner seg ikke igjen og ikke trygt.</p> <p>For en person som vandret mye ville det bli enda mer utrygt da avdelingene hadde en lineær design og ikke sirkulær. Ikke kjente personale.</p> <p>Tidspress- Det kunne ta 3 ganger så lang tid å gi pasienten medisiner enn hos kognitiv friske.</p> <p>Det nevnes også at tiden det tar for å tilpasse eller finne egnet plass for den demente slik at han kan reise fra sykehuset var for lang.</p> <p>Pasientene trengte mer tid, mer ressurser og dette var ikke tilgjengelig.</p> <p>Kunnskap Personer med demens så ut til å bli oversett i den travle avdelingen av sykepleiere som ikke forstod seg på sykdommen.</p> <p>Pasientens inhabilitet til å gi en komplett</p>	<p>Teori om utforming av demensvennlige boliger anbefaler en sirkulær eller åtteformet avdeling slik at pasienten kommer tilbake til utgangspunktet og derav kan vandre fritt.</p>

	<p>historie om seg selv gjorde det vanskelig. Ble de derimot mottatt av en geriatrik spesialist lege/sykepleier kunne de lettere finne de rette tegn og stille de rette spm.</p> <p>Familiens Rolle.</p> <p>Familien ble sett på som en stor ressurs. Samtidig nevnes det at det kunne oppstå uenighet om pasientens beste.</p> <p>Holdninger hos personalet.</p> <p>Stereotyping av personer med demens forekom. Så ikke personen bak sykdommen.</p> <p>KUNNSKAP. Mangel på.</p>	<p>Konflikter mellom helsepersonell og pårørende kan oppstå som et resultat av dårlig informasjon og samarbeid.</p>
<p>4</p>	<p>Moyle et al. Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. Journal of clinical nursing, 20, 420-428. 2010.</p>	<p>Fagfellevurdert: Ja.</p> <p>Kvalitetskontrollert: Kontrollert ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning.</p> <p>Hensikt: Å utforske forholdene rundt omsorgen for den sykehusinnlagte personen med demens.</p> <p>Metode: Data ble samlet ved bruk av semi-strukturerte intervju tatt opp på lyd-bånd.</p> <p>Deltagere: 13 ansatte som jobbet i akutt eller kirurgiske avdelinger på et stort sykehus i Queensland, Australia.</p>
	<p>Personalet synes å gi omsorg for den demente oppleves som vanskelig blant annet fordi pasienten ikke ser ut til å slå seg til ro og finner seg ikke til rette på avdelingen. Dette medfører at de vandrer rundt og faren for fall blir stor.</p> <p>Selv om personalet så ut til å forstå at aggressiv adferd ofte oppstår når pasienten ble holdt igjen/hindret enten fysisk av personalet eller ved bruk av belter endret de ikke måten å forholde seg til den demente. I stedet for å se på omgivelsene og måten personalet håndterte og møtte pasienten på ble pasienten og ens sykdom lagt til grunn for den aggressive atferden.</p> <p>Personalet uttrykte skuffelse over at de ikke ble bedre fulgt opp av ledelsen i forhold til at de måtte håndtere</p>	

<p>aggressive pasienter.</p> <p>Avdelingsledelsen og de i mere ledende stillinger uttrykte bekymring for hvordan pasientens forvirring kunne vanskeligjøre de tekniske aspektene ved pleien. (Dro ut venefloner osv.)</p> <p>Det bygningsmessige miljøet ble sett på som en trussel for denne pasientgruppen. Personalet følte seg begrenset av miljøet som ikke var bygd hensiktsmessig for å ivareta denne pasientgruppens sikkerhet.</p> <p>Sikkerhet ble sett på som det viktigste når man skulle ta seg av disse pasientene. Den person-sentrerte pleien og ivaretagelsen av verdighet virket å bli hindret ved feil fokus på sikkerhet. Fokuset på sikkerhet gjorde for eksempel at pasienten ble fotfulgt inn på toalettet. Noe som ikke gav rom for privatliv.</p> <p>Omsorgen så ut til å begrense seg til å være saks-orientert og ikke i det hele tatt med fokus på å møte de psykososiale behovene som personen hadde.</p> <p>Personale ble ofte leid inn for å «passe på» urolige pasienter. Dette ble sett på som en barnevaktsoppgave hvor den ansatte kun gjorde dette for å fristille annet personale til andre og mer akutte oppgaver. Oppgaven ble sett på som kun å holde et øye med pasienten. Uerfarne personale ble ofte brukt til dette. Lite fokus på å se de faktiske behovene pasienten hadde.</p> <p>Alle deltagerne erkjente at det var behov for bedre omsorg gitt til denne pasientgruppen.</p> <p>Sikkerhetsvakter ble ofte brukt ved tvang der pasienten måtte holdes nede i påvente av at tvangsmedikasjon skulle</p>	
--	--

	<p>virke. Disse løsningene var ikke godt likt blant de ansatte og mange følte at det gjorde situasjonen verre å medisinere de for mye.</p> <p>Personalet opplevde at de som ga ordre om slik håndtering ofte var unge leger med dårlige holdninger mot eldre mennesker.</p> <p>Opplevdes som en dårlig løsning hvor årsaken til atferden ikke ble søkt etter.</p> <p>Til tross for kunnskap om at familiens medvirkning ville være fordelaktig i mange saker var det ingen klar strategi for å involvere dem i omsorgen. Dette så ut til å være opptil den enkelte familie å ta initiativ til.</p>	
<p>5.</p>	<p>Nilsson et al. Falling behind: A substansive theory of care for older people with cognitive impairment in acute settings. Journal of clinical nursing, 22, 1682-1691. 2013.</p>	<p>Fagfellevurdert: Ja.</p> <p>Kvalitetskontrollert. Kontrollert ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning.</p> <p>Hensikt: Å utvikle en teoretisk forståelse av de prosessene som hindrer personsentrert omsorg for eldre pasienter med kognitiv svikt som er innlagt på sykehus.</p> <p>Metode: 110 timer med observasjoner foretatt av hovedforskeren på avdelingen. Avdelingen var en 20-sengs kardiologisk avd på et universitetssykehus i Sverige. (Pasientene over 70 år utgjorde 41% av pasientene.)</p> <p>Deltagere: Observasjonene ble komplettert av formelle og uformelle intervju av personalet og pasienter/pårørende. 100 uformelle intervju med alle disse. 11 formelle intervju med en 1 pasient, 1 familiemedlem og 9 ansatte (7 sykepleiere og 2 leger.)</p>
	<p>Behov relatert til den kognitive svikten ble oversett helt til de eskalerte og utgjorde et problem som forstyrret flyten eller truet sikkerhetsmessige hensyn på avdelingen.</p> <p>Måten å jobbe på var reaktiv fremfor proaktiv noe som gjorde at disse</p>	

<p>situasjonene oppstod.</p> <p>Dette gav personalet en følelse av utilstrekkelighet ovenfor disse pasientene.</p> <p>Personalet på avdelingen hadde ingen rutiner for å vurdere den kognitive statusen hos eldre pasienter. Når kognitive observasjoner ble gjort var det derfor basert på personalets subjektive opplevelser framfor etablerte verktøy eller prosedyrer. Dette førte til uenigheter om pasientenes kognitive status .</p> <p>Mangelfull dokumentasjon. Personalet kunne ikke bruke dokumentasjonen til å gjøre seg kjent med pasientens behov og problemer da den var mangelfull. Noen av personalet satte av plass i dokumentasjonen der de skrev om de psykososiale behovene til pasienten men denne informasjonen var ofte fraværende.</p> <p>Ingen retningslinjer, protokoller eller indikasjoner på at enheten hadde standard tilnæringsmetoder for å ivareta de spesielle behov relatert til kognitiv svikt. Noen personalet rapporterte at de så på pårørende som en viktig ressurs men andre fortalte at pårørende ble veldig sjeldent kontaktet.</p> <p>Legene rapporterte at når det gjaldt engstelige pasienter så gav sykepleierne de mer samvær og at dette ofte var nok til å roe dem. Sykepleierne i kontrast fortalte at det var sjelden de hadde muligheten til å gi dette ekstra samværet.</p> <p>En av sykepleierne påpekte mangelen på konsekvente tilnæringsmåter blant</p>	
--	--

	<p>personalet når det gjaldt dokumentasjon vedrørende den kognitive svikten.</p> <p>HOLDNINGER!!</p> <p>En av sykepleierne sa at det var vanskelig å kombinere akutte tilstander med kognitiv svikt. Disse pasientene hadde komorbiditeter som krevde mer tid en hva enheten kunne takle og de spurte seg selv i hvilken grad de skulle behandle personer med demens.</p> <p>De syntes ikke eldre mennesker med kognitiv svikt passet inn der hos dem. De hadde ikke noe imot dem men da ville de ha dem i deres rette miljø, noe som de mente var på geriatriisk sengepost.</p>	
	<p>Å organisere omsorgen utifra rutiner og ikke pasientens behov.</p> <p>Dersom det blir en uventet åpning hos de forskjellige undersøkelsene blir ofte pasienter som venter på disse sendt dit med veldig kort varsel, Dette for å øke effektiviteten og senke liggetiden. Hos gamle mennesker med kognitiv svikt kan dette gi økt angst og uro da de trenger mer tid til å forberede seg.</p> <p>Roterende personale(En strategi for å holde personalet kompetent og fleksibiliteten høy). Dette kunne resultere i at pasienten møtte 19 forskjellige pleiere i løpet av en todagers innleggelse. Dette skapte barrierer for personalets mulighet til å bli kjent med pasienten og det ga ingen personal-kontinuitet. Vi har sjeldent den samme pasienten så veldig lenge når vi flyttes fra enhet til enhet. Dette kan være veldig frustrerende når det eneste som står i dokumentasjonene er at pasienten er forvirret. Noen ganger så tenker man at man ikke skal ha denne pasienten mer enn en dag så man involverer seg ikke så mye.</p>	

	<p>Miljøet. Personalet uttrykker bekymring over det som kan skape engstelse og uro i miljøet. Dersom man oppholder seg i fellesarealene ser man folk som springer frem og tilbake hele tiden. Det er mye bevegelser og prat mellom pasienter og bråk fra for eksempel tvn i fellestuen. I tillegg er det mange ukjente lyder fra alarm-systemet som kan skape engstelse spesielt ved sengetid.</p>	<p>(Teori om alarmer og klokker, ukjente lyder som den med demens ikke klarer å skille ut som urelevant og ikke kjenner igjen fra gang til gang. De blir ikke vant til disse lydene.(Engedal fakta og utfordringer demens.)</p>
6	<p>Nolan, Loise. Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting- hermeneutic interpretation of the staff nurses` experience. International journal of older people nursing. Vol 1, hefte nr : 4, side 208-215, 2006.</p>	<p>Fagfellevurdert. Ja Kvalitetskontrollert: Kontrollert ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning. Hensikt: Å rapportere funnene i en studie som utforsket sykepleieres erfaringer knyttet til å ta seg av eldre mennesker med demens innlagt på en sykehusavdeling. Deltagere: Syv sykepleiere ble intervjuet om fenomenet. Ved en avdeling for akutt syke eldre på et stort sykehus</p>
	<p>Sykepleierne beskriver at de har begrenset tid tilgjengelig og at de mange og varierte oppgavene de har gjort det vanskeligere å ta seg av de sammensatte behovene hos både pasienter med og uten demens.</p> <p>Tilknytning. Sykepleierne fortalte at de så på tilknytningsprosessen som å bygge et slags vennskap med pasienten i den hensikt å etablere tillit. Dette gjaldt for alle pasienter også de med kognitiv svikt og forvirringstilstander. Den siste gruppen trengte tillitt like mye som enhver annen. Et forhold bygd på tillitt virket til å ha fordeler for pleieren og personen med demens som gjorde både det å gi og få pleie lettere <prossesen krevde derimot utholdenhet og autentisitet hos pleieren og ble beskrevet som lettere i de tilfellene hvor pasienten var mildt forvirret i forhold til der hvor pasienten var mer</p>	

	<p>agitert/aggressiv. Det ble heller ikke da beskrevet som umulig, bare mer komplisert.</p>	
	<p>Pleierne beskriver samarbeid med pårørende som en viktig ressurs i å berike den personlige pleien. Pårørende kunne gi informasjon der pasienten ikke kunne dette om livshistorie, hva de likte, ikke likte og rutiner. De kunne fortelle om måter å berolige pasienten som for eksempel noe så enkelt som å gå en liten tur med dem.</p> <p>Å se på pårørende som en ressurs og en aktiv partner i pleien ble også nevnt som en måte å støtte den pårørende vel så mye som personen med demens. Det å ta seg av en i nær familie med demens kunne være det meste av livet deres og når de ble innlagt på sykehus kunne det oppleves som truende ovenfor måten de levde på.</p>	
7.	<p>Eriksson, Catharina og Saveman, Britt-Inger. Nurses` experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. Scand J Caring; 2002; 16; 79-85.</p>	<p>Fagfellevurdert: Ja. Kvalitetskontrollert: Kontrollert ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning. Hensikt: Å beskrive sykepleieres erfaringer rundt utfordringer relatert til å gi sykepleie til pasienter med demens innlagt i sykehus. Metode: 11 intervju på 20-90 min hver. Intervju gjort av to forskere sammen. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd bortsett fra ett av dem som kun ble skrevet ned med notater. Deltagere: 12 sykepleiere på fem akuttavdelinger og en nødsituasjon og skade-avdeling på et medium stort sykehus i sørvest Sverige. 25 senger på akuttavdelingen for pasienter i varierte aldre og med variasjon i medisinske tilstander.</p>
	<p>Rapporterte flere etiske dilemmaer i møtet med disse pasientene. Noen ganger måtte de administrere medisiner til pasienter mot deres vilje.</p> <p>At pasienten hadde problemer med å uttrykke sine ønsker ble sett på som problematisk og at sykepleierne da noen ganger kunne glemme å behandle dem med verdighet, noe som igjen truet pasientens integritet.</p>	

	<p>Somatiske akuttavdelinger ble ikke betraktet som tilrettelagt eller bygd for omsorg for pasienter med demens. De følte de ikke hadde nok tid til å ta seg av disse pasientene som de burde.</p> <p>Bruk av tvang ble beskrevet i tilfeller der hvor de måtte ta prøver for å kunne hjelpe pasienten å bli bedre men at verdigheten til pasienten da ikke ble ivaretatt.</p> <p>Det var vanskelig å tolke om pasienten hadde smerter da de mente den demente ikke kunne kommunisere til dem om at han hadde smerter eller lokalisere smertene.</p>	<p>Viser til teori om non-verbal kommunikasjon. Pleiere må lære seg å tolke pasientens signaler på smerte/ubehag. De kan være tilstede uten at pleiere ser de. Det er ikke kun verbalt språk som skal brukes. Viser til teori om data om pasienten/info fra pårørende/sykehjem som kan vise til hvilke signaler pasienten kan gi ved smerte.</p>
	<p>Det mest vanskelige var å møte pasienter man rett og slett ikke klarte å nå inn til. At man ikke kunne snakke med pasienten, at de ikke forstod hverandre, de ikke visste hvor de var og alt man gjorde ble opplevd som en trussel av pasienten.</p> <p>Frustrerende å ikke kunne gjøre noe med at pasienten vandret hvileløst rundt på avdelingen, og forstyrret andre pasienter.</p> <p>Frustrerende å se at de demente pasientene hadde problemer med å orientere seg på avdelingen og de så at det å være på sykehus for disse pasientene opplevdes som en vanskelig opplevelse som gjorde de veldig engstelige.</p> <p>At pasientene ble forflyttet fra plass til plass på sykehuset i forbindelse med undersøkelser og behandlinger ble sett på som negativt for pasientene og også at de møtte et stort antall personale som de måtte forholde seg til. Dette så de</p>	

	<p>gjorde pasientene mer og mer engstelige og forvirret.</p> <p>Forventningene fra ledelsen om effektivitet og kort liggetid gjorde at de følte seg maktesløse. De følte at de ikke fikk nok tid til å bli nok kjent med pasienten slik at de kunne klare å møte behovene deres eller lære seg de forskjellige måtene de kunne kommunisere med de på.</p> <p>Måten det ble jobbet på i avdelingene var lagt opp etter faste rutiner, noe pasienter med demens kunne forstyrre.</p>	<p>Der det er mulig, hvor pasienten for eksempel kommer fra sykehjem eller hvor han har hjemmesykepleie bør fylldig informasjon om pasientens måte å uttrykke sine behov for være dokumentert og sendes med til sykehusene. Kravene til effektivitet vil alltid være tilstede og metoder for å sikre god omsorg den tiden de er på sykehuset må taes i bruk. «This is me»-skjema utformet av Alzheimer-society kan brukes. Fylldige sammenfatninger fra sykehjemmet som omfatter pasientens ønsker, behov, kommunikasjonsmåter, smertetegn osv er viktige hos denne pasientgruppen. Samarbeid mellom instanser er også viktig. Å ta en telefon til der pasienten er til daglig for eksempel på sykehjem, hjemmesykepleie kan være oppklarende. Samarbeid med pårørende.</p>
8.	<p>Bryon Else, Dierckx De Castrelre og Gastmans Chris. Bioethics. Vol 26 Number 6, p 285-295, 2012.</p>	<p>Fagfellevurdert: Ja Kvalitetskontrollert: Kontrollert ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning. Hensikt: Å utforske hvordan sykepleiere opplevde sin deltagelse i omsorgen for pasienter med demens innlagt i sykehus, særlig med tanke på kunstig ernæring og hydrering. Metode: 21 semistrukturerte intervju. Deltagere: 21 sykepleiere fra 9 forskjellige sykehus i Flanders.</p>
	<p>Gjennom intens og langvarig kontakt ble sykepleierne i stand til å danne seg et bilde av pasientens medisinske tilstand men de ble også kjent med pasienten som person til tross for en langt kommet demenssykdom.</p> <p>Den sårbare avhengigheten hos pasientene appellerte til sykepleierne som en stor motivasjon for å gi verdig pleie.</p> <p>I tillegg ble sykepleiere påvirket av vedvarende signaler fra pasienter som avslag på mat, defensiv atferd, og apati. Sykepleiere tolket disse som indikasjoner på tretthet på livet og meningsløshet.</p> <p>Sykepleierne følte seg ansvarlig for disse pasientene ikke bare som sykepleiere men også som medmennesker. De satte</p>	<p>En god beskrivelse på hvordan tid med pasienten gjør at man blir kjent og kan se behovene lettere.</p> <p>Dette viser gode holdninger.</p> <p>Gode holdninger.</p>

	<p>seg selv i pasientens situasjon og forsøkte å oppleve den utifra pasientens ståsted.</p> <p>Det følte feil å gå imot det de trodde var pasientens ønske. Når de måtte for eksempel måtte administrere væske iv mot pasientens vilje. Det beskrives at dette ble gjort med tvang og at pasienten gjorde motstand. Dette stridet mot samvittigheten til sykepleierne og de følte de gjorde en feil.</p> <p>Samarbeid med pårørende.</p> <p>Et åpent og godt samarbeid med pårørende gjorde at avgjørelser ble lettere. Da fikk familien dele sine meninger noe som bidro til gjensidig forståelse og støtte. Ifølge sykepleierne økte pårørendekontakt i intensitet og konfidensialitet etter hvert som oppholdet på sykehuset vedvarte fordi de ble mer kjent med familien.</p> <p>Skyldfølelse ovenfor pasienten oppstod når de ikke følte de møtte behovene hans riktig.</p>	
--	---	--

This is me

This leaflet will help you support me in an unfamiliar place.

Please place a photograph of yourself in the space provided.

My full name _____

My hearing and eyesight

How we can communicate

My mobility

My sleep

My personal care

How I take my medication

My eating and drinking

Other notes about me

Date completed _____ **By whom** _____

Relationship to person

I agree that the information in this leaflet may be shared with health and social care professionals.

photo

Name I like to be called

Where I live (list your area, not your full address)

Carer/the person who knows me best

I would like you to know

My life so far (family, home, background and treasured possessions)

Current and past interests, jobs and places I have lived

The following routines are important to me

Things that may worry or upset me

What makes me feel better if I am anxious or upset

Guidance notes to help you to complete This is me

Name I like to be called: Enter your full name on the front and the name you like to be called inside.

Where I live: The area (not the address) where you live and how long you have lived there.

Carer/the person who knows me best: This may be a spouse, relative, friend or carer.

I would like you to know: Include anything you feel is important, and will help staff to get to know and care for you, eg I have dementia, I have never been in hospital before, I prefer female carers, I am left-handed, I am allergic to ... other languages I can speak.

My life so far (family, home, background and treasured possessions): Include place of birth, education, marital status, children, grandchildren, friends and pets. Any religious or cultural considerations.

Current and past interests, jobs and places I have lived: Include career history, voluntary experience, clubs and memberships, sports or cultural interests.

The following routines are important to me: What time do you usually get up to bed? Do you have a regular nap or enjoy a snack or walk at a particular time of the day? Do you have a hot drink before bed, carry out personal care activities in a particular order, or like to watch the news at 6pm? What time do you prefer to have breakfast, lunch, evening meal?

Things that may worry or upset me: Include anything you may find troubling, eg family concerns, being apart from a loved one, or physical needs such as being in pain, constipated, thirsty or hungry. List environmental factors that may also make you feel anxious, eg open doors, loud voices or the dark.

What makes me feel better if I am anxious or upset: Include things that may help if you become unhappy or distressed, eg comforting words, music or TV. Do you like company and someone sitting and talking with you or do you prefer quiet time alone?

My hearing and eyesight: Can you hear well or do you need a hearing aid? How is it best to approach you? Is the use of touch appropriate? Do you wear glasses or need any other vision aids?

How we can communicate: How do you usually communicate, eg verbally, using gestures, pointing or a mixture of both? Can you read and write and does writing things down help? How do you indicate pain, discomfort, thirst or hunger? Include anything that may help staff identify your needs.

My mobility: Are you fully mobile or do you need help? Do you need a walking aid? Is your mobility affected by surfaces? Can you use stairs? Can you stand unaided from a sitting position? Do you need handrails? Do you need a special chair or cushion, or do your feet need raising to make you comfortable? What physical activity do you take?

My sleep: Include usual sleep patterns and bedtime routine. Do you like a light left on or do you find it difficult to find the toilet at night? Do you have a favoured position in bed, special mattress or pillow?

My personal care: List your usual practices, preferences and level of assistance required in the bath, showers or toilet. Do you prefer a male or female carer? Do you have preferences for brands of continence aids, soaps, cosmetics, toiletries, shaving, teeth cleaning or dentures? Do you have particular care or styling requirements for your hair?

How I take my medication: Do you need help to take medication? Do you prefer to take liquid medication?

My eating and drinking: Do you need assistance to eat or drink? Can you use cutlery or do you prefer finger foods? Do you need adapted aids such as cutlery or crockery to eat and drink? Does food need to be cut into pieces? Do you wear dentures to eat or do you have swallowing difficulties? What texture of food is required to help – soft or liquidised? Do you require thickened fluids? List any special dietary requirements or preferences including being vegetarian, and religious or cultural needs. Include information about your appetite and whether you need help to choose food from a menu.

Other notes about me: Include additional details about you that are not listed above and help to show who you are, eg favourite TV programmes or places, favourite meals or food you dislike, significant events in your past, expectations and aspirations you have.

Indicate any advance plans that you have made, including the person you have appointed as your attorney, and where health and social care professionals can find this information.

To order further copies please call 01628 529240.

© Alzheimer's Society, January 2013 / first edition 2010.
 First printed: January 2013.
 Registered charity no. 296605. A copy may be made by permission but not for sale. Alzheimer's Society operates in England, Wales and Northern Ireland.

Phone the National Dementia Helpline on 0300 222 11 22 or visit alzheimers.org.uk

1122 Published with the backing of the Health Lottery, a not-for-profit member of the National Lottery. All other trademarks are the property of their respective owners.