

Patienter med demens inom specialsjukvården

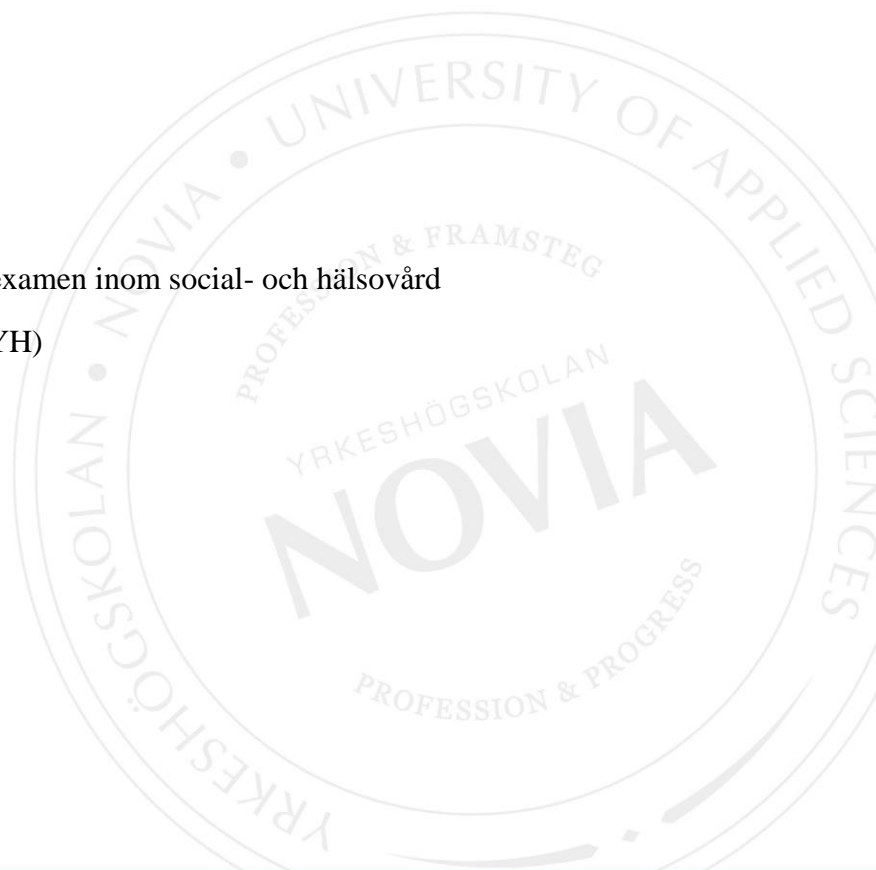
- **En kvalitativ studie om vården och bemötandet av patienter med demens inom specialsjukvården**

Hanna Vesternäs

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2020



EXAMENSARBETE

Författare: Hanna Vesternäs
Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa
Handledare: Lena Sandén – Eriksson

Titel: Patienter med demens inom specialsjukvården: - En kvalitativ studie om vården och bemötandet av patienter med demens inom specialsjukvården.

Datum 20.4.2020

Sidantal 45

Bilagor 2

Abstrakt

Bakgrund: Demens är en relativt vanlig folksjukdom i Finland, årligen insjuknar cirka 145 000 finländare i någon minnessjukdom. Syftet med studien är att få fram vårdpersonalens synpunkter på hur vården och bemötandet av patienter med demenssjukdom fungerar inom specialsjukvården, om de överlag får annorlunda vård jämfört med andra patienter. Hurudana utvecklingsbehov och behov av fortbildning som finns angående vården och bemötandet av patienter med demenssjukdom i sjukhusmiljö.

Metod: För att få svar på frågeställningarna användes en enkät (Bilaga 1) som skickades ut till vårdpersonal på tre olika avdelningar vid Vasa Centralsjukhus. Enkäten analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Som teoretisk utgångspunkt valdes Boykin & Schoenhofers vårdteori om omtänksamhet i vården.

Resultat: Vården och bemötandet av patienter med demens på sjukhus är inte alltid detsamma som för andra patienter. Patienter med demens förstår inte alltid behovet av vård och restriktioner som ges, vilket är en förutsättning för ett kvalitativt vårdresultat. Det finns även behov av ökad kunskap hos personalen, även fast erfarenheterna är varierande. Särskilda behov av fortbildning hos personalen är bland annat kunskap om bemötande och smärtlindring.

Konklusion: Sjukhusvården av patienter med demenssjukdom kan vara problematisk och inte alltid blir av samma kvalitet som för andra patienter. Mera forskning behövs hur man i praktiken kunde förbättra sjukvården av personer med demens.

Språk: Svenska

Nyckelord: demens, vård, bemötande, minnessjukdomar

BACHELOR'S THESIS

Author: Hanna Vesternäs
Degree Programme: Nurse, Vaasa
Supervisors: Lena Sandén – Eriksson

Title: Patients with dementia in special health care: - A qualitative study on care and treatment of patients with dementia in special health care

Date 20.4.2020

Number of pages 45 Appendices 2

Summary

Background: Dementia is a relatively common disease in Finland, about 145 000 finns gets annually sick in some memory disorder. The purpose of the study is to find out the views of health care professionals in care and treatment of patients with dementia disorder in special health care, if they generally get different care compared to other patients. Also, what kind of development and need of increased knowledge for health care professionals, concerning care and treatment of patients with dementia disorder in special health care.

Method: To answer the question at issue I used an inquiry (appendix 1), which was sent to health care staff in three different department in Vaasa central hospital. Inquiry was analyzed with qualitative content analysis. As theoretical framework I used Boykin & Schoenherr's theory about caring.

Results: The care and treatment of patients with dementia disorder is not always the same as for other patients. Patients with dementia do not always understand the restrictions and needs of care, which is a prerequisite for qualitative care. There is also a need of increased knowledge for healthcare professionals, even if the experiences are varying. Things who is in need for increased knowledge is for example knowledge about treatment and pain killer methods.

Conclusion: Special health care of patients with dementia can be problematic and not always become the same quality as for other patients. More research how practically develop care for patients with dementia in special health care is required.

Language: Swedish

Key words: Dementia, nursing, treatment,
memory disorder

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar.....	2
3	Teoretisk utgångspunkt	3
4	Bakgrund	5
4.1	Definitioner.....	5
4.2	Diagnostisering	6
4.3	Demenssjukdomar	7
4.3.1	Alzheimers sjukdom.....	7
4.3.2	Vaskulär demens	8
4.3.3	Lewykroppss sjukdom och Parkinsons sjukdom	9
4.3.4	Frontaltemporaldemens	10
4.4	Vårdriktlinjer	10
4.4.1	Nationella vårdriktlinjer	11
4.4.2	Personcentrerad vård	12
5	Metod.....	14
5.1	Enkät som datainsamlingsmetod	14
5.2	Urval	14
5.3	Dataanalys.....	15
5.3.1	Beskrivande statistik och bortfallsanalys	15
5.3.2	Kvalitativ innehållsanalys	16
5.4	Etiska överväganden	16
6	Resultat.....	18
6.1	Beskrivning av respondenterna.....	19
6.2	Omvårdnad.....	21
6.2.1	Vårdkvalitet	21
6.2.2	Vårdprioritet	22
6.2.3	Bemötande och kommunikation.....	22
6.2.4	Tas inte på allvar.....	22
6.2.5	Smärtlindring	23
6.3	Utmaningar	23
6.3.1	Tidsbrist och personalbrist	23
6.3.2	Krävande avdelningar och akuta vårdbehov	24
6.3.3	Säkerhet	24
6.3.4	Patientens oförståelse	25
6.3.5	Orolig och aggressiv patient.....	25

6.4	Utvecklingsbehov	25
6.4.1	Personalens kunskap.....	26
6.4.2	Fortbildning	27
6.4.3	Samarbete	28
7	Diskussion	29
7.1	Metoddiskussion	29
7.2	Resultatdiskussion	31
7.2.1	Omvårdnad	32
7.2.2	Utmaningar	32
7.2.3	Utvecklingsbehov	33
8	Slutledning.....	34

1 Inledning

Enligt Institutet för hälsa och välfärd (THL, 2019) finns det uppskattningsvis ungefär 35 000 personer idag i Finland som lider av lindriga minnessjukdomar, 85 000 personer som lider av medelsvåra eller svåra minnessjukdomar samt 120 000 patienter som lider av lindrig kognitiv nedsättning. Minnessjukdomar är sjukdomar som försvagar minnet eller bidrar till annan kognitiv nedsättning. Demens är ett samlingsnamn för olika minnessjukdomar och symtom som orsakas av hjärnskador.

Alzheimers sjukdom är den vanligaste minnessjukdomen. Lewykroppss demens som sammankopplas till Parkinson demens, cerebrovaskulär sjukdom och frontalttemporaldemens är andra vanliga minnessjukdomar. Enligt THL (2019) beror demenssjukdomar till stor del på interaktionen mellan genetiska faktorer och levnadsvanor. Riskfaktorer för att insjukna i demens har visat sig vara olika hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, högt kolesterol, diabetes, övervikt, rökning. För att förebygga uppkomsten av demenssjukdomar hjälper motion, hälsosam kost, aktiv livsstil samt hög utbildning. Redan i medelåldern kan det uppstå skador i hjärnan, som senare i livet utvecklar en demenssjukdom. Därför är det viktigt att redan i ett tidigt skede förebygga för riskfaktorerna.

Det kan vara en utmaning för både vårdpersonal och för personer som har en demenssjukdom, när patienten är i behov av sjukhusvård. Många förändringar, många människor och nya ansikten och stressig miljö kan göra att patienten blir förvirrad. För att man ska kunna utföra en så god vård som möjligt trots demenssjukdom, så krävs kunskap hos vårdpersonal om hur sjukdomen påverkar patienten samt vad ett personcentrerat bemötande innebär. (Molin, 2017)

Jag fick idén att skriva om specialsjukvården av patienter med demens från mina egna erfarenheter från praktikperioder och arbete på sjukhus. Jag har upplevt att det kan bli problematiskt, omgivningen och miljön på sjukhus är inte anpassad för patienter med demens, patienten kanske inte förstår behovet av vård och personalen kanske inte alltid bemöter patienter med demens på rätt sätt. Jag vill med studien få fram vårdpersonalens synpunkter och se om det finns utvecklingsbehov för vården och bemötandet av patienter med demens inom specialsjukvården. Eftersom det är så stor del av Finlands befolkning som lider av demens idag, anser jag att det är ett viktigt och relevant ämne att uppmärksamma.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att genom en enkätstudie få fram vårdpersonalens synpunkter på vården och bemötandet av patienter med demenssjukdom inom specialsjukvården samt eventuella utvecklingsbehov eller behov av fortbildning. Jag är främst intresserad av om vården och bemötandet av patienter med demenssjukdom är annorlunda jämfört med andra patienter.

Studiens frågeställningar är:

Hurudana synpunkter har vårdpersonalen på vården och bemötandet av patienter med demenssjukdom inom specialsjukvården?

Hur är vården och bemötandet av patienter med demenssjukdom inom specialsjukvården jämfört med andra patienter?

Hurudana utvecklingsbehov eller behov av fortbildning finns, gällande vården av patienter med demenssjukdom inom specialsjukvården?

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har jag valt Anne Boykin och Savina O. Schoenhofers (1993, 2001) teori ”the Theory of Nursing as Caring”, som handlar om att visa omtänksamhet i vården. Deras mening med teorin är att man som vårdare ska visa omtänksamhet istället för att fokusera på vårdåtgärden och syftet med vården istället för instrumenten.

Alla människor kan visa medlidande, även fastän alla handlingar inte är omtänksamma. Omtänksamhet har upplevts av alla människor och är en grundläggande karaktär i att vara mänska. En person växer hela livet i sin uppgift att bry sig om andra. Personlighet är en levnadsprocess som är grundad i vården. Personlighet innebär hur man själv är som en genuin omtänksam person som är öppen att utveckla viljan att bry sig om andra. Som sjukskötare lever man ständigt ut sin uppgift i att bry sig om och ta hand om andra. Den delade upplevelsen av omtänksamhet i vårdsituationer utvecklar personligheten och förmågan att bry sig om andra hos både sjukskötaren och vårdtagaren. En direkt inbjudan öppnar upp förhållandet till en genuin omtänksamhet mellan den som vårdar och den som blir vårdad. Sjukskötarens direkta inbjudan erbjuder möjligheten för den som blir vårdad att berätta vad han/hon önskar just då. Genom att man försöker lära känna och tolka personen som vårdas klargörs vårdbehoven och ger en vårdrespons. En god vårdrespons fås när sjukskötaren visar förståelse genom att vara närvarande och samtala. Responsen som sjukskötaren får är unikt för ögonblicket och kan inte planeras på förhand. (Boykin och Schoenhofer, 1993, 2001)

Boykin och Schoenhofer (2001) lyfter fram sex olika antaganden i sin teori. I det första antagandet beskriver de **att vara en mänska, betyder att man visar medlidande**. Varje mänska växer hela livet i sin uppgift att bry sig om andra människor. Att alla människor visar omtanke, betyder inte att varje handling av en person är omtänksam, men det betyder att alla människor är kapabla till att bry sig. Det andra antagandet handlar om att visa respekt för en person genom att visa att man är **hel eller komplett i ögonblicket**. Man behöver som vårdare vara hel för att man ska kunna hjälpa en annan person att bli hel.

I det tredje, fjärde och femte påståendet beskrivs hur man som mänska påverkas av att någon bryr sig och av att själv visa medlidande. **En mänska lever för att bry sig om andra**. Omtänksamhet bär vi med oss hela livet och utvecklas konstant. Denna medvetenhet om sig själv som en omtänksam person gör att man vill bry sig om andra. **Personligheten är grundad i omtänksamhet**. Personligheten är en process av att bry sig om och att växa i omtänksamhet. En mänska vill ta hand om andra människor som de själv skulle vilja bli

vårdade. **Personligheten utvecklas ytterligare när vi får visa omtänksamhet och vårda andra.** (Boykin & Schoenhofer, 2001)

Det sista exemplet som Boykin och Schoenhofer (2001) lyfter fram är att **vården är både en disciplin och ett yrke.** Att vi som vårdare utvecklar vår kunskap som behövs för att vårda, och tillämpar den i praktiken.

4 Bakgrund

I bakgrunden beskrivs allmänt om demens, olika begrepp och symtom, diagnostisering samt de vanligaste sjukdomarna. För att komma närmare mitt syfte, har jag valt att gå djupare in på vården av personer med demens samt vad ett personcentrerat bemötande innebär.

4.1 Definitioner

Demenssymtom eller sänkt kognitiv förmåga hör inte till ett normalt åldrande. Ungefär var tredje person över 65 års ålder lider av minnessymtom, men största delen av dem utvecklar inte en demenssjukdom. En demenssjukdom kan även börja med andra symtom än nedsatt minne. I Finland insjuknar årligen cirka 14 500 personer över 64 års ålder i någon form av minnessjukdom. (Hallikainen, Pajaanen & Erkinjuntti, 2018)

Kognitiva symtom visar sig som svårigheter att hantera information på olika plan. Till kognitiva symtom hör afasi – språkliga störningar, apraxi – svårigheter att utföra kroppsliga handlingar även fast motoriken är fungerande, agnosi – svårigheter att känna igen eller förstå vad som ses fastän visuella strukturen är normal, anpassningssvårigheter, noggrannhet, uppmärksamhetsförmåga, resonemang, orientering, minne, motorik och kontrollförmåga. Vid kognitiva symtom är det viktigt att kunna skilja mellan symtom som personen själv upplever, kognitiva svårigheter som anhöriga upplevt och objektivt konstaterade kognitiva nedsättningar. (Hallikainen, et.al., 2018)

Minnessymtom förknippas vanligen med antingen försämrat korttidsminne (arbetsminne), episodiskt minne (händelseminne) eller semantiskt minne (faktumminne). Dessa förändringar kan orsakas av förändringar i pann- eller temporala lobens funktion, vilket gör det svårare att memorera, lagra eller återkalla. Vid bedömningen av minnesproblem behöver man också observera uppmärksamhet och kontrollförmåga eftersom dessa påverkar förmågan för nytt lärande och minnesprestanda. (Hallikainen, et.al., 2018) Var tredje person över 65 år har någon form av minnessymtom. (Käypä hoito, 2020)

Lindrig kognitiv nedsättning (mild cognitive impairment, MCI) är ett tillstånd där en person har ett subjektivt minnesproblem eller symtom på andra kognitiva områden. Personen har också visat en betydande försämring i en eller flera kognitiva aspekter jämfört med tidigare. Utförandet av vardagliga aktiviteter har trots allt inte märkbart försvagats. MCI är inte en diagnos, utan bara ett symtomkomplex, som beror på flera olika orsaker. En minnessjukdom kan man diagnostisera redan vid lindriga kognitiva symtom, om rätta

undersökningar utförs i tidigt skede (Neuropsykolog-, röntgen-, och biomarkörsundersökningar). (Hallikainen, et.al., 2018; Nägga 2020a)

En **minnessjukdom** är en sjukdom som innebär försvagat minne och kognitiva symtom såsom, språkliga funktioner, hallucinationer och svårigheter att anpassa sig. (THL, 2019) I de flesta fall leder framskridande minnessjukdomar till svårare symtom på demens-nivå. De vanligaste minnessjukdomarna är Alzheimers sjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, Lewykroppss relaterade sjukdomar såsom Parkinsons sjukdom, Lewykroppss demens samt Frontaltemporaldemens. (Hallikainen, et.al., 2018)

Demens innebär fler än en kognitiv nedsättning jämfört med tidigare färdigheter i den utsträckning, att det hindrar förmågan av självständigt utförande av vardagliga aktiviteter. Demens är inte en separat sjukdom, utan ett syndrom. Demens kan orsakas av en progressiv sjukdom, ett permanent tillstånd (till exempel en hjärnskada) eller ett tillstånd som behöver behandling. Minnessjukdomar som leder till demens kallas progressiva sjukdomar. (Hallikainen, et. al., 2018) Lindqvist (2015) beskriver demens som ett samlingsnamn för flera olika tillstånd som drabbar hjärnan.

4.2 Diagnostisering

Om man hittar tecken på en framskridande demenssjukdom, men inte ännu kan ge en diagnos, gör man en regelbunden uppföljning av patienten. De vanligaste redskapen för att känna igen en minnessjukdom, är symtomförfrågning, minnesbedömning, informationshantering, hantering av dagliga sysslor, samt bedömning av humöret och beteendesymtom. (Rosenvall & Erkinjuntti, 2018)

Vid utredning av demenssjukdom görs Mini-mental State examination (MMSE) som är ett kort test som mäter intelligens, minne och databehandling, för att diagnostisera en minnessjukdom. Screeningmetoder som är mer känsliga är CERAD – test och MoCa (Rosenvall & Erkinjuntti, 2018). En utförligare bedömning av kognitiva funktioner görs. En neuropsykologisk bedömning görs särskilt vid tidiga och lindriga kognitiva symtom. Blodprover tas för att utesluta hypercalcemi, B12- och folatbrist, hypo- eller hyperthyreos. Likvorprover tas och provfynden bedöms tillsammans med resultat från andra undersökningar och klinisk bedömning. CT eller MRI kan tas för att se förändringar på hjärnan. Röntgenbilderna är ofta normala i ett tidigt skede av sjukdomen. Vid Alzheimers sjukdom kan man se atrofi, cirkulationsstörningar eller andra cerebrala processer. SPECT (blodflöde) eller PET (glukosupptag) kan identifiera reducerad aktivitet i hjärnan. EEG

utförs vid misstanke om epilepsi. Bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga görs för att kunna kartlägga patientens situation och behov av hjälp- och vårdresurser. (Nägga, 2020b)

Från en studie i Nederländerna (D.Zwan, Bouwman, Koijnenberg, Van der Flier, Lammertsma, Verhey, Aalten, N.M van Berckel & Sheltens, 2017) utvärderade man effekten av positronemissionstomografi (PET) vid diagnostisering av en demenssjukdom i ett tidigt skede. Man studerade 211 personer som kom in till en minnesklinik för diagnostisering i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet. Personerna hade MMSE ≥ 18 och en ålder ≤ 70 år. Diagnosförtroendet var $< 90\%$ efter en rutinmässig diagnostisk undersökning. Alla personer genomgick också en PET- undersökning. Efter avslöjandet av PET-resultaten förändrades 19% av diagnoserna och det diagnostiska förtroendet ökade. Man kom fram till att PET kan ha ett mervärde jämfört med de rutinmässiga undersökningarna vid tidig diagnostisering av en demenssjukdom.

Giebel, Eastham, Cannon, Wilson, Wilson, & Pearson (2020) utvärderade tjänster för personer med tidig demensdebut (under 65 år) och deras vårdgivare. De kom fram till att det stöd och tjänster som fanns var mer anpassade för äldre personer med sen demensdebut. Särskilt diagnostiken av personer med tidig demensdebut var i behov av utveckling.

I en studie jämförde man riskerna för Alzheimers och icke Alzheimers demens förknippade med olika neuropsykiatriska symtom hos äldre med normal kognitiv förmåga. Man kom fram till att neuropsykiatriska symtom kan öka risken för personer med normal kognitiv förmåga öka benägenheten att insjukna i demens. (Liew, 2020)

4.3 Demenssjukdomar

De vanligaste demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, Cerebrovaskulär sjukdom, frontaltemporal demens, Lewykroppssjukdom som sammankopplas till Parkinsons sjukdom. (THL, 2019) I detta avsnitt följer en kort beskrivning av de olika demenssjukdomarna, symtom och möjlig behandling.

4.3.1 Alzheimers sjukdom

Alzheimer är en långsamt framskridande demenssjukdom vars egentliga orsak fortfarande är okänd. Skador på hjärnan börjar vanligen i den inre tinningloben på demenscentrum och sprids vidare till hjärnbarken. Symtomen kan variera beroende på vilka delar i hjärnan som

skadats. Tack vare utvecklad kunskap, kan sjukdomen diagnostiseras redan i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet. (Härmä & Juva 2013a, 3 – 5; Käypä hoito, 2020)

Alzheimers sjukdom börjar ofta med lindriga försämringar av närminnet och händelseminnet. Personen får svårt att komma ihåg tider, platser och händelser. Det blir svårt att lära sig nya saker. Vardagliga rutiner eller aktiviteter kan bli svårt och de kan ofta utlösa depression, trötthet och ångest. Symtomen ökar vartefter sjukdomens förlopp framskrider. Närminnet blir sämre och svårigheter att hitta platser, även i bekant omgivning försvåras. Svårigheter med kommunikationen och att förstå vad andra säger. Sänkt förmåga att kunna förstå och använda sig av olika vardagliga och bekanta redskap. Funktionsförmågan blir sämre och sämre och till sist får sen insjuknade problem att utföra vardagliga sysslor. Även beteende och personlighetsstörningar kan uppkomma, fastän sinnet för humor och den sociala förmågan fortfarande kan finnas kvar tack vare att de gamla minnena och händelserna behålls längre tid. Till en början kan personen vara plågsamt medveten om sin sjukdom, men sjukdomsinsikten försvinner vartefter sjukdomens förlopp framskrider. (Härmä & Juva 2013a, 4 – 5; Käypä hoito, 2020)

Riskfaktorer för Alzheimers sjukdom är högt blodtryck, högt kolesterol, diabetes, övervikt, brist på motion, rökning, tidigare svår depression, cerebrovasculära sjukdomar, ärftliga faktorer, låg skolning, låg mental aktivitet, svår hjärnskada och avsaknad av socialt nätverk. Det finns mediciner som kan underlätta symtomen. ACE-hämmare, donepezil, rivastigmin och galantamin är mediciner som kan vara till nytta för Alzheimers sjukdomens fortskridande och lindra kognitiva beteendesymtom. Memantin kan också hjälpa mot Alzheimer. En kombination av ACE – hämmare och memantin har visat sig vara både säker och till nytta. Målet med vården är att förbättra funktionsförmågan och förlänga öppenvården så länge som möjligt. Vården slutas när det inte längre finns nytta med den. Lämplig psykiatrisk behandling kan ibland förbättra tillståndet, men biverkningar måste tas i beaktande. (Remes & Hallikainen, 2019)

4.3.2 Vaskulär demens

Vaskulära minnessjukdomar är sjukdomar som orsakas av blodcirkulationsstörningar i hjärnan. Riskfaktorer även för vaskulär demens är högt blodtryck, högt kolesterol, diabetes, alkohol och rökning. (Härmä & Juva 2013b, 3 – 4; Käypä hoito, 2019)

Vid vaskulär demens sker sjukdomsförloppet i etapper, och den insjuknade blir plötsligt sämre. Det finns tre olika former av demens. Multiinfarktdemens beror att hjärnan drabbas

av många infarkter på olika ställen i hjärnan. Demens efter strategiska infarkter, som beror på en hjärninfarkt som sitter i ett stort kärl eller i djupare kärnor i hjärnan. Vitsubstansdemens orsakas av skador i hjärnans inre. Demensen beror ofta att blodkärlen som går till hjärnan är förkalkade och leder till försämrad blodcirkulation till hjärnan. Vid vitsubstansdemens uppstår syrebrist och det skadar nerverna och leder till försämring av elektriska impulser. (Lindqvist, 2015, s. 21)

Symtomen vid vaskulär demens varierar beroende på var skadorna sitter. Vanliga symtom är försämrad initiativförmåga, långsam hjärnaktivitet, långsamma rörelser, försvagat omdöme, afasi, personlighetsförändringar, svårt att gå, svårt att tolka känsel- och synintryck, har svårt att planera och genomföra uppgifter, avtrubbat känsloliv, har lätt för att gråta, depression, oro och hallucinationer. (Lindqvist 2015, s. 22)

Det finns ingen läkemedelsbehandling för vaskulära minnessjukdomar. Läkemedel mot Alzheimers sjukdom är inte godkända att användas vid Vaskulär demens på grund av begränsade fördelar enligt studierna. Behandlingen går ut på att förebygga återfall av underliggande cirkulationsstörningar i hjärnan och förebygga riskfaktorer. Andra behandlingsformer är rehabilitering, såsom fysioterapi och talterapi. Den bästa behandlingen är förbyggande av blodcirkulationsstörningar i hjärnan, såsom sluta röka, behandling av högt blodtryck och kolesterol och god diabetesvård. (Atula, 2019)

4.3.3 Lewykroppssjukdom och Parkinsons sjukdom

Vid Lewykroppssjukdom samlas små korn i nervcellerna kring hjärnbarken. Vid Lewykroppssjukdom försvagas de kognitiva färdigheterna samt motoriska nedsättningar som försämrad gång och stelhet, som vid Parkinsons sjukdom. Funktionsförmågan kan förändras under en och samma dag. Synhallucinationer och förvirring är vanligt. Minnet och talförmågan kan vara oförändrad. Diagnostisering av sjukdomen görs genom en isotopfotofering beta-CIT-SPECT. Mediciner som används vid Alzheimers sjukdom kan även hjälpa mot symtom vid Lewykroppssjukdom. (Härmä & Juva, 2013c, 3 – 5; Käypä hoito, 2020)

Parkinson sjukdom är ingen demenssjukdom i sig, men personer med Parkinson har högre risk att insjukna i en demenssjukdom. Parkinsons sjukdom är ett tillstånd där framför allt rörelseförmågan påverkas. Sjukdomens orsak är okänd. Symtomen är väldigt varierande från person till person. Till symtomen hör både motoriska och kognitiva symtom. Den motoriska rörelseförmågan förändras genom stelhet, långsamma rörelser, autonomiska repetitiva

rörelser. Ofrivilliga skakningar och värk kan också förekomma. De motoriska problemen leder till bland annat svårigheter att promenera, skriva och utföra dagliga aktiviteter. Symtom som uppstår i ett senare skede av sjukdomen är paradoxal akinesi, då gången stannas av och fötterna ”fastnar” i golvet. Det uppkommer särskilt vid trånga passager. På grund av obalans i muskelaktiviteten blir kroppen krokig och framåtböjd. Till de kognitiva symtomen hör psykiska symtom, oro/ångest, nedstämdhet, sömnstörningar med mera. Risken för att insjukna i demens ökar vartefter sjukdomen framskrider. (Bergquist, 2018)

Parkinsons sjukdom kan behandlas med läkemedel. Levodopa är ett läkemedel som förbättrar symtomen och ger en bättre sjukdomsprognos ju tidigare medicineringen påbörjas. Dopaminagonister är ett läkemedel som hämmar dopaminet i nervsystemet. Fysioterapi är bra för att upprätthålla funktionsförmågan så bra som möjligt och användningen av olika hjälpmedel kan underlätta i vardagen. (Bergquist, 2018)

4.3.4 Frontaltemporaldemens

Frontaltemporaldemens, som även kallas för pannlobsdemens eller frontallobsdemens är en sjukdom som orsakar skador på pann- och tinningloberna. Förändringar i pann- och tinningloben börjar ofta redan innan 65 års ålder. (Lindqvist, 2015, s. 23)

Frontaltemporaldemens är svår att diagnostisera eftersom man ofta tolkar symtomen som depression, psykos eller utbrändhet. Jämfört med andra sjukdomar börjar symtomen ofta med beteendeförändringar och personlighetsstörningar. Sjukdomsinsikten är bristfällig eller saknas ofta helt. Den insjuknade har ofta svårt att organisera och planera, saknar omdöme, har ingen medkänsla för andra, blir aggressiv, får ändrat beteende, språkliga färdigheter försämras och försvinner till slut helt. (Lindqvist, 2015, s. 23)

Man har hittat vissa samband med ärftligheten av Frontaltemporaldemens, men den är bara i en del av sjukdomsfallen. Hakolas sjukdom och Huntingtons sjukdom är genetiska former av frontaltemporaldemens. Det finns ingen behandling mot sjukdomen, men man kan lindra bland annat tvångssymtomen med hjälp av mediciner. (Härmä & Juva 2013d, 5 – 8)

4.4 Vårdriktlinjer

I en studie gjord i Sverige (Bökberg, Ahlström, Karlsson, Hallberg & Janlöv, 2014) undersökte man professionella vårdgivares åsikter om villkoren för bästa praxis när det gäller samarbete och förbättringsbehov i vårdkedjan, under hela sjukdomstiden för en person

med demens. I resultaten framkom att diagnostisering är en förutsättning för en god och specialiserad demensvård, vikten av rutiner i vårdkedjan, en förutsättning för vård av hög kvalitet är en kompetent personal, dagvård underlättar övergången i vårdkedjan och närståendes delaktighet i vården är en förutsättning för kontinuitet i vårdkedjan.

I en undersökning från två olika sjukhus i Sverige undersökte man förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos äldre personer (över 65 år) med demens eller kognitiv nedsättning. Forskarna upptäckte minst ett läkemedelsrelaterat problem hos 66 procent av de deltagare man undersökte. De vanligaste läkemedelsrelaterade problemen var ineffektiv-, opassande- eller olämplig läkemedelsbehandling. Läkemedelsrelaterade problem var vanligare hos de som hade ett större antal läkemedel. (Pfister, Jonsson & Gustafsson, 2017)

En studie från Nederländerna med syfte att hitta en lämplig smärtlindring för patienter med Vaskulär demens som grundar sig på en bra smärtbedömning och kan ge en förbättring i patienternas beteende och dagliga aktiviteter. Man undersökte patienter som hade diagnosen vaskulär demens och neuropatisk smärta. De kunde inte uttrycka sin smärta, så bedömningen gjordes med hjälp av en smärtbedömningsskala som används vid avancerad demens (PAINAD). Antiepileptika och antidepressiva mediciner hjälpte bra mot smärtan. Av de 21 patienter som behandlades med annat än smärtstillande opiater fick 15 av dem en betydande kognitiv förbättring och beteende. Slutsatsen var att särskilt patienter som inte kan prata, men också andra patienter med demens har svårare att förklara smärtan och har hög risk för underbehandling av smärta. Därför är det viktigt att använda sig av screeningsinstrument för att kontrollera förekomsten av smärta. (Tertan & Tertan, 2014)

4.4.1 Nationella vårdriktlinjer

Enligt Rosenvall & Koivistos (2018) riktlinjer för demensvård, är en individuell vårdplan, ett tidigt och fortlöpande stöd för patienten och närstående samt en målinriktad läkemedelsbehandling det mest viktiga. Man bör undvika stressfaktorer som kan förvärra symtomen hos en person med demens och använda sig av lämpliga metoder för att vårda beteendesyntom och andra sjukdomsrelaterade symtom. En regelbunden bedömning behöver göras och ett långsiktigt vårdbeslut behöver tas.

En symtomatisk läkemedelsbehandling rekommenderas redan i ett lindrigt stadie av sjukdomen när det gäller Alzheimers sjukdom, Parkinsons sjukdom, Lewykroppssjukdom eller Alzheimers sjukdom blandad med Cerebrovaskulär sjukdom. Det läkemedel man föredrar vid vården av lindriga symtom är ACE – hämmare. Vid svårare tillstånd används

ACE – hämmare och memantin. Målet med medicineringen i alla stadier av sjukdomen är att upprätthålla den egna funktionsförmågan så långt som möjligt. Läkemedelsbehandlingen avslutas om den medför svåra biverkningar, tillståndet försämras snabbt av alla läkemedel eller när läkemedel inte anses vara till nytta för funktionsförmågan eller beteendestörningar vid svår demens. (Rosenvall & Koivisto, 2018)

Regelbundna hembesök eller besök vid hälsovårdscentralen kan göra att problem upptäcks i tid och man kan även förutse framtida behov. Det är viktigt med stöd till närståendevårdare och hemsjukvård eller hemtjänst ska ordnas vid behov. Dagplatser och intervallplatser hjälper närstående att få lite egen tid. Vid långt framskriden, svår demens och hemmasituationen blir ohållbar behöver långtidsvård på anstalt övervägas. (Rosenvall & Koivisto, 2018)

När en minnessjukdom framskrider behöver man eliminera faktorer som förvärrar symtomen. Saker som man behöver undvika är okända platser, undvika att lämna personen ensam en längre tid, överdriven aktivitet, mörker, infektioner, lågt blodtryck och kirurgiska ingrepp och anestesi, varmt väder och riklig medicinering. (Rosenvall & Koivisto, 2018)

4.4.2 Personcentrerad vård

En personcentrerad vård innebär att man sätter patienten i fokus, inte sjukdomen. Det innebär att man som vårdare behöver sätta sig in i personens levnadsberättelse och verklighet. Det är viktigt att man försöker se förbi sjukdomen, se personen i fråga och försöka förstå patienten. Det gör att personen känner sig tryggare och får mera tillit till vårdpersonalen. (Socialstyrelsen, 2018)

Det är viktigt att man försöker se varje patient ur deras synvinkel och ge den sorts vård som varje enskild patient behöver. Varje patient har olika svårigheter och olika behov av vård. Den demenssjuke kan kanske inte alltid uttrycka sina behov och önskemål, så det gäller som vårdpersonal att lära sig att tolka signaler och försöka ge vård på det sätt patienten behöver. Rätt bemötande är viktigt inom vården av patienter med demens, eftersom de kanske har svårt att förstå. Vårdpersonalen behöver försöka undvika osäkerhet och förvirring hos patienten genom att tänka på hur budskapet framförs. Men på samma gång är det viktigt att man fortfarande kommer ihåg personen bakom sjukdomen, så att deras personlighet inte kränks. Alla människor har en egen personlig zon var vi känner oss bekväma. Som vårdpersonal är det ofta vi kanske blir tvungen att komma för nära andra människors personliga zon. Särskilt vid vården av dementa behöver man vara extra försiktiga när man

närmar sig personen i fråga. En person med demens förstår inte alltid varför man utför vissa vårdåtgärder och kan känna sig kränkt och arg över att någon annan person inkräktar sig på deras privata zon. Det är viktigt att man försöker få den demenssjuke att förstå vad som ska göras och varför samt att man får personens medgivande i att komma nära. (Lindqvist 2015, 38 – 44)

D Maidment, Damery, Campbell, Seare, Forx, Ilffe, Hilton, Brown, Barnes, Wilcock, Randle, Gillespie, Barton & Shaw (2018) beskriver i en studie att det kan fungera lika bra att hantera beteenden med hjälp av personcentrerade vårdstrategier istället för användning av antipsykotiska läkemedel och annan medicinering vid behandling av beteendestörningar för personer med demens.

5 Metod

Studien har analyserats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. I en kvalitativ studie studerar man personers upplevda erfarenheter av något. I en kvalitativ studie är forskarens förhållningssätt involverad i studien. I upplevda erfarenheter finns inget fel och ingen absolut sanning, studien utformas tillsammans med forskaren och respondenterna. (Henricsson och Billhult 2017, s. 111 - 112). Eftersom respondenterna i mitt examensarbete var så många, har jag även använt mig av en kvantitativ metod med hjälp av beskrivande statistik för att få en bättre överblick av respondenterna. Kvantitativ metod kan användas om man vill beskriva något, och för att jämföra och se samband. (Billhult & Gunnarsson 2013, s. 309)

5.1 Enkät som datainsamlingsmetod

En enkät skickades ut till tre olika avdelningar på Vasa Centralsjukhus. Enkäten konstruerades utgående från syftet och frågeställningarna, genom att samla inspiration från andra enkäter, med hjälp av handledning och genom faktabaserad kunskap hur man skapar en bra enkät. Enkäten består av några slutna frågor angående lite bakgrundsfakta, men består mestadels av öppna frågor, det vill säga en ostrukturerad enkät. (Danielson 2017, 289) När enkäten var färdig konstruerad, pilottestades den av några personer för att se om det fanns några frågor som kunde misstolkas, hur länge det tog att fylla i enkäten och om det fanns något som man kunde formulera annorlunda innan den skickades ut till avdelningarna. I slutet av arbetet finns en bilaga på enkäten (Bilaga 1)

För att kunna utföra studien behövdes tillstånd från Vasa Centralsjukhus. (Danielson 2017, s. 289) En ansökan om att få göra studien skickades till Vasa Centralsjukhus i väntan på godkännande. Enkäten gjordes som webbenkät med hjälp av Google forms. När jag fick godkännande att få göra studien skickades en länk till respondenternas e-post, där de fick svara på enkäten elektroniskt. Med enkäten kom ett följebrev (Bilaga 2) där respondenterna fick information om studien. Efter två veckor hade jag fått 11 svar. En påminnelse skickades efter tre veckor och jag fick ytterligare 8 svar.

5.2 Urval

En enkät skickades ut till personalen på en poliklinik, en kirurgisk avdelning och en inremedicinsk avdelning på Vasa Centralsjukhus. För att få svar ur ett så brett perspektiv och så tillförlitligt som möjligt, valdes tre olika sorters avdelningar. På polikliniken jobbade 21 vårdare, på kirurgiska avdelningen jobbade 25 vårdare och på den inremedicinska

avdelningen jobbade 31 vårdare. Enkäten skickades ut till sammanlagt 77 vårdare. På enkäten svarade sammanlagt 19 respondenter. Att skicka ut en enkät till just vårdpersonal var ett självklart val, eftersom syftet med arbetet var att få fram just vårdpersonalens synpunkter. När man skickar ut en enkät behöver respondenterna kunna representera en större grupp, så att deras svar kan representera även andra än dem själva. (Billhult, 2017, s.121–127)

5.3 Dataanalys

Eftersom enkäten bestod av några slutna frågor angående respondenternas bakgrundsfakta har jag gjort en beskrivande statistik om respondenterna och en bortfallsanalys av bortfallet. De öppna frågorna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.

5.3.1 Beskrivande statistik och bortfallsanalys

Beskrivande statistik är en sammanfattning som ger en överblick av deltagarna i studien. Respondenternas bakgrundsfakta, såsom kön, yrke, arbetserfarenhet och arbetsplats lades in i ett Excel tabell enligt Billhult & Gunnarssons exempel för att få en överskådlig bild av det insamlade materialet. (Billhult & Gunnarsson 2013., s. 309–310) För att man lättare ska kunna få en överblick över respondenternas bakgrundsinformation har jag valt att presentera resultatet med hjälp av cirkeldiagram och ett stapeldiagram.

Bortfall i en studie uppstår alltid. Bortfall under datainsamlingen behöver alltid redovisas. Det är bra med en kort beskrivning av de som föll bort. Om bortfallet inte skiljer sig mycket åt jämfört med de som besvarade studien kan man till viss del räkna med att bortfallet inte har påverkat studien alltför mycket negativt. (Billhult & Gunnarsson 2013., s. 307 - 309) Enkäten skickades ut till 77 vårdare, 19 besvarade enkäten. Eftersom jag inte själv hade tillgång till respondenternas e-postadress och enkäten blev skickad till respondenterna via en förmedlare, har jag inga uppgifter på bortfallet. Men utifrån svaren som kom in kan man även få fram uppgifter om bortfallet. De som svarat har väldigt varierande arbetserfarenhet, vilket betyder att bortfallet inte skiljer sig åt gällande arbetserfarenhet. Av de som svarade var 18 kvinnor och en man. Jag känner inte till hur många kvinnor respektive män som arbetade på avdelningarna, men enligt THL (2018) är över 90 procent av vårdpersonalen i Finland kvinnor. Vilket gör att man kan utgå från att största delen av respondenterna var just kvinnor.

5.3.2 Kvalitativ innehållsanalys

Data från de öppna frågorna i enkäten analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys kan användas för att analysera texter från frågeformulär. Man ska först bekanta sig noggrant med materialet för att sedan kunna avgränsas till det mest relevanta, och gruppera in texten i mindre delar. För att en studie som görs med kvalitativ metod ska få en hög tillförlitlighet behövs ett noggrant beskrivande av stegen i analysen. (Danielson 2017, 286 – 293)

Eftersom enkäten består av öppna frågor påminner den mycket om en intervju, och därför analyserades den på samma sätt som i en intervjustudie. Under hela analysprocessen har jag följt Danielsons (2017) beskrivning hur man gör en induktiv innehållsanalys, det vill säga utifrån innehållet i texten. Jag läste genom alla svar noggrant ett antal gånger och satte dem i nummerordning. Efter att jag satt in svaren i ett Word dokument började jag markera meningsenheter och koda de svar som svarade på frågeställningarna, de saker som upprepades ofta och även avvikande svar. Jag markerade de meningsenheter som gav svar på hurudana synpunkter vårdpersonalen hade på vården och bemötandet av patienter med demens, samt hurudana utvecklingsbehov eller behov av fortbildning som finns. Jag lade sedan in meningsenheterna och deras koder i en tabell. Sedan grupperade jag in koderna, de koder som påminde om varandra eller hörde ihop fick tillhöra samma grupp. Utifrån grupperna uppstod 3 olika huvudkategorier med subkategorier.

5.4 Etiska överväganden

Man stöter på etiska överväganden i alla delar av forskningsprocessen. När människor kommer med i bilden är det viktigt att man beaktar deras integritet och att ingen skadas, såras eller utnyttjas. Man kan använda sig av de etiska principerna för att försäkra människornas rättigheter och säkerhet. (Kjellström 2017, 58 - 62)

Innan man utför en studie bör man överväga studiens väsentlighet och generalitet. Studien behöver gynna en viss grupp individer, samhället eller skapa nytta för professionen. Studien behöver ha en god kvalitet och följa metoder och riktlinjer för att studien ska få ett gott vetenskapligt värde. Ett arbete som inte är väl genomfört och som inte kommer till nytta är slöseri med deltagarnas uppmärksamhet och är således inte etiskt godtagbart. (Kjellström 2017, 64 - 67)

Eftersom enkäten skickades ut till vårdpersonal, fanns flera olika saker jag behövde överväga. Enkäten behöver vara formulerad så att respondenternas identitet inte avslöjas. Data som samlas in behöver behandlas konfidentiellt och förstöras efteråt. (Kjellström 2017, 69 - 73)

Vid valet av deltagare valde jag vårdpersonal, eftersom jag får svar på mina frågor från dem och studien berör vårdpersonal. Eftersom dementa personer och deras anhöriga tillhör en sårbar grupp, är det ett bättre val att skicka ut enkäter till vårdpersonal. Respondenterna fick vara helt anonyma, och deltagandet var frivilligt. Med enkäten kom ett följebrev med information om studien till deltagarna. De hade även rätt att avbryta påbörjat deltagande. (Kjellström 2017, 66 - 71)

6 Resultat

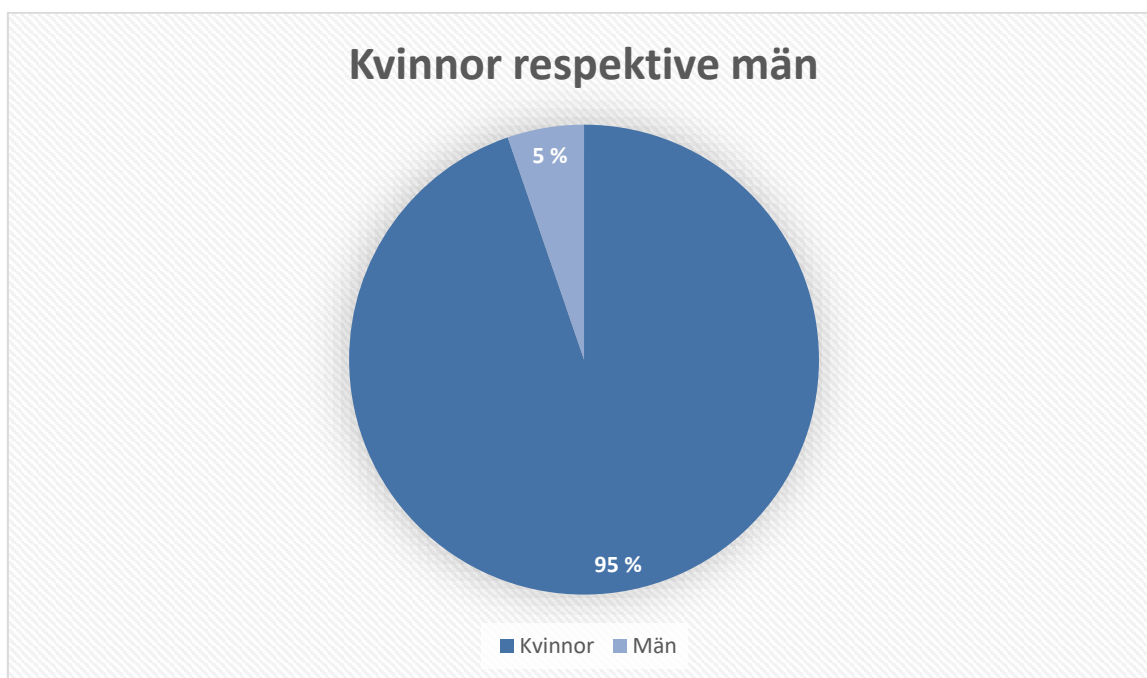
Syftet med den här studien var att studera vårdpersonalens synpunkter på vården och bemötandet av patienter med demenssjukdom. Om patienter med demens får annorlunda vård och bemötande i specialsjukvården jämfört med andra patienter. Jag var också intresserad av att se om det finns utvecklingsbehov och/eller behov av fortbildning. Under den första underrubriken, **beskrivning av respondenterna** följer en beskrivande statistik där respondenternas bakgrundsinformation beskrivs. Vid analysen av materialet uppstod tre huvudkategorier: **omvårdnad**, **utmaningar** och **utvecklingsbehov**. Citaten som används i resultatet är skrivna på sitt ursprungliga språk. De finska citaten har jag själv översatt i fotnoten.

Huvudkategori	Subkategori
Omvårdnad	Vårdkvalitet
	Vårdprioritet
	Bemötande och Kommunikation
	Tas inte på allvar
	Smärtlindring
Utmaningar	Tidsbris och personalbrist
	Krävande avdelningar och akuta vårdbehov
	Säkerhet
	Patientens oförståelse
	Orolig och aggressiv patient
Utvecklingsbehov	Personalens kunskap
	Fortbildning
	Samarbete

6.1 Beskrivning av respondenterna

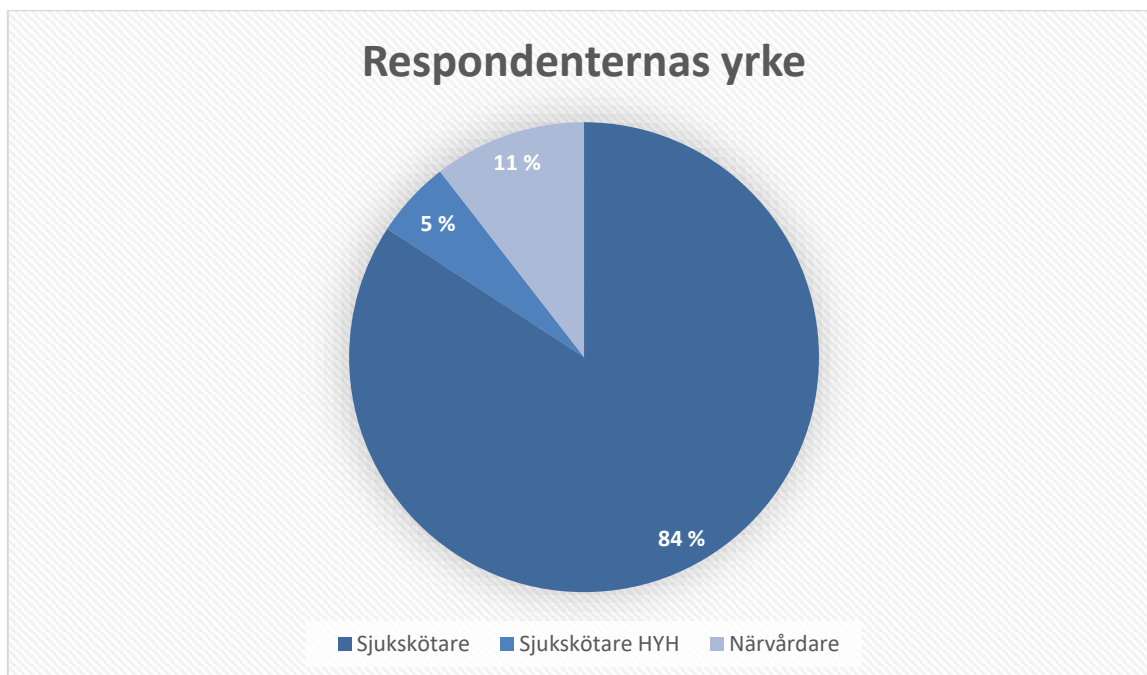
Nedan följer en kort beskrivning av respondenterna. För att göra resultatet mera överskådligt har jag valt att använda mig av två cirkeldiagram. Det första diagrammet (Figur 1.) beskriver respondenternas yrke medan det andra diagrammet (Figur 2.) beskriver andelen respondenter på de olika arbetsplatserna.

19 patienter svarade på enkäten. 18 respondenter var kvinnor medan endast en man svarade på enkäten.



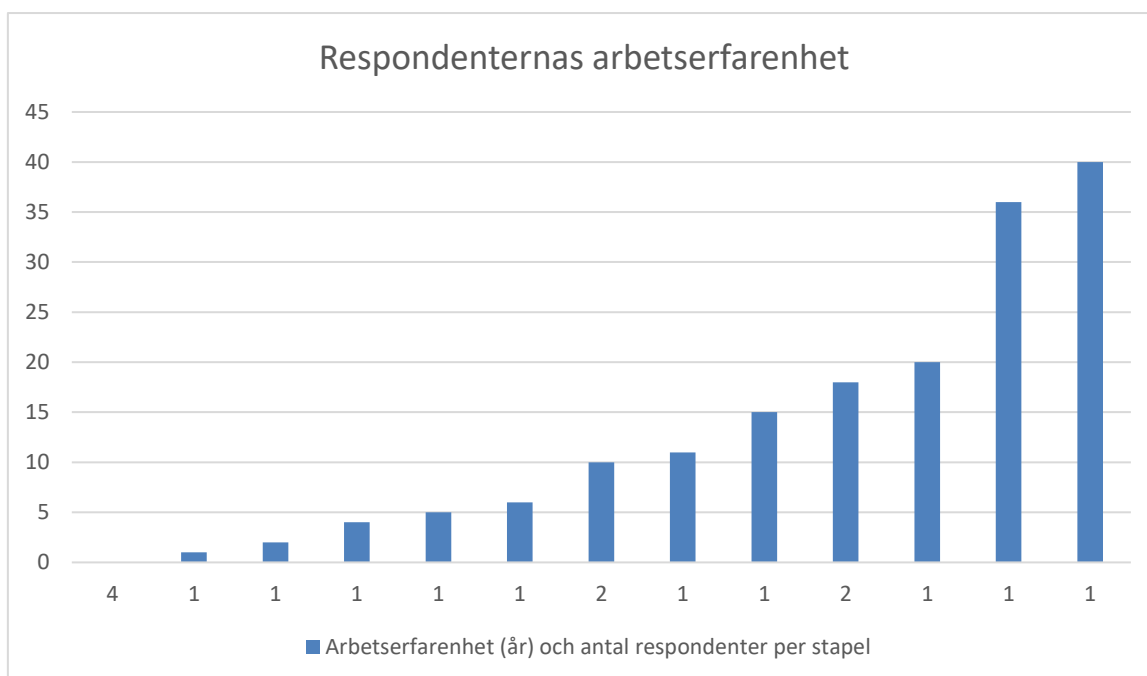
Figur 1. Kvinnor respektive män som svarat på enkäten.

84 procent av respondenterna var sjukskötare, varav en av dem studerat i högre YH, 11 procent var närvårdare.



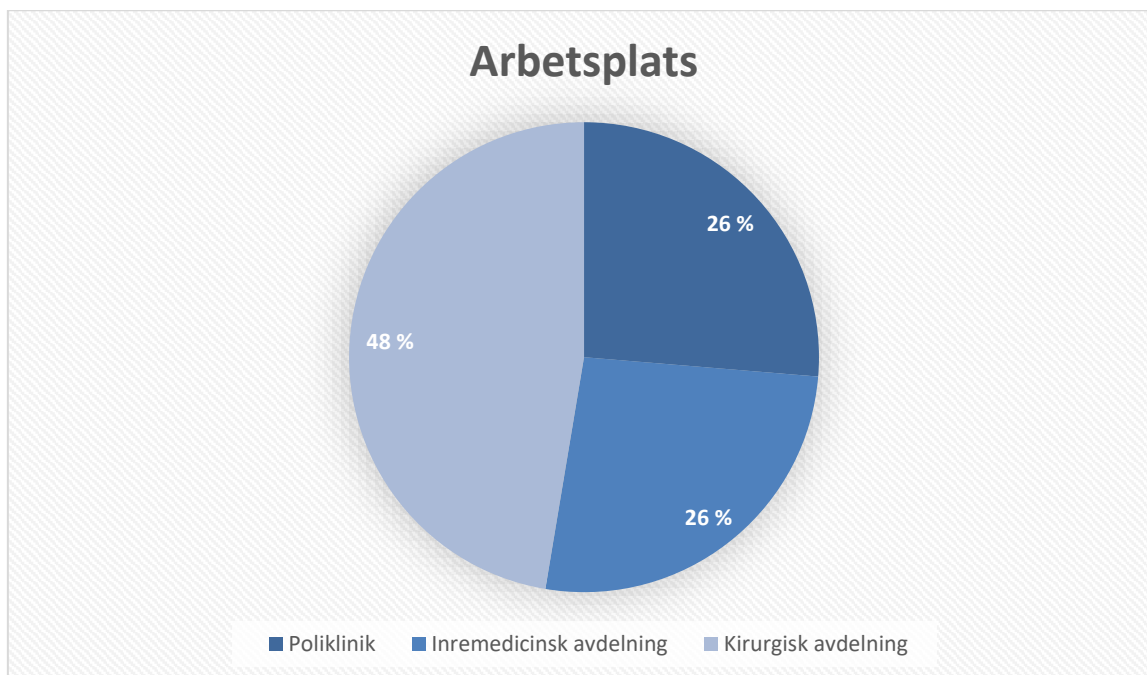
Figur 2. Respondenternas yrke.

Arbetserfarenheten bland respondenterna varierade mellan att ha blivit utexaminerad 2019 till och med 40 års arbetserfarenhet. De respondenter som i figuren nedan beskrivs med 0 års arbetserfarenhet är de respondenter som blev utexaminerade år 2019 och har således 3,5 års erfarenhet av yrket.



Figur 3. Respondenternas arbetserfarenhet.

48 procent av respondenterna arbetade på en kirurgisk avdelning, 26 procent på en poliklinik och resterande 26 procenten arbetade på en inre medicinsk avdelning.



Figur 4. Arbetsplats där respondenterna arbetade.

6.2 Omvårdnad

Under kategorin **omvårdnad** beskrivs hur vården av patienter med demenssjukdom fungerar på en specialiserad sjukvårdsavdelning eller mottagning. Underkategorierna består av **vårdkvalitet, bemötande och kommunikation, smärtlindring, tas inte på allvar och vårdprioritet.**

6.2.1 Vårdkvalitet

Vid en fråga om vårdkvaliteten är detsamma för patienter med demens som för andra patienter var det delade åsikter. Från hälften av respondenterna kom ett klart "nej" på frågan om vården är av samma kvalitet, medan en stor del tyckte att iallafall vårdåtgärderna som utförs är av samma kvalitet. Alla respondenter upplevde ändå problem i vården relaterade till patienter med demens.

*"Dementikon hoidon laatu ei mielestäni ole yhtä hyvä kuin muiden potilaiden hoito."*¹

"Vården som angår operativa behovet och åtgärden är förstås densamma och utförs lika. Resultatet kan dock variera till det negativa..."

¹ "Vårdkvaliteten för dementa är inte av samma kvalitet som för andra patienter."

6.2.2 Vårdprioritet

Några tyckte att man fokuserar bara på specialistsjukvården och inte tar tillräckligt i beaktande patientens demenssjukdom. Det upplevdes ändå som varierande mellan personal och att en del beaktar den dementas behov bättre än andra. Det kom även fram att man ibland behöver överväga fördelar och nackdelar. På grund av patientens demensdiagnos kan det hända att vissa ingrepp eller vårdåtgärder inte är möjliga att göra, eller resultatet inte kan bli detsamma eftersom patienten med demens kanske inte förstår restriktionerna. Det kan innebära att vården för en person som lider av demens blir mera konservativ istället för aktiv.

”Vården är koncentrerad bara åt det akut besvär som patienten har.”

”Vissa invasiva undersökningar är inte möjliga att göra pga. patientens demensdiagnos. Undersökningar och ingrepp övervägs pga. för och nackdelar för resultatet.”

6.2.3 Bemötande och kommunikation

Brister i bemötandet och kommunikationen med patienterna som lider av en demenssjukdom var en sak som de allra flesta lyfte fram. En stor del ur personalen hade en okunskap hur man ska bemöta och kommunicera med patienter som har en demenssjukdom. Det nämndes att alla inte förklarar för patienten på ett sätt så att patienten förstår. Respondenterna upplevde att särskilt de som jobbat länge inom specialistsjukvården med mer ”avancerad vård” ibland glömmer bort patientens grundbehov och vikten av ett gott bemötande.

”...märker dock att vissa inte har så stor erfarenhet av hur man bemöter dementa. Vissa i personalen uppträder stressigt och oprofessionellt.”

”Kommunikationen med en dement patient, dvs. att man kanske måste förstå att förenkla språket man använder med dementa.”

6.2.4 Tas inte på allvar

Patienten med demens blir ofta ignorerad och inte tagen på allvar. Eftersom de inte alltid kan framföra sin vilja och uttrycka sina behov, ibland kanske inte vårdaren förstår eller inte lyssnar för att deras tal kan upplevas som osammanhängande.

”...jag tror att på många ställen "skuttas" dementa lite bort när deras samtal inte alltid är sakliga och sammanhängande med situationen.”

”...dementa kan inte alltid själv säga vad de vill och då kan det hända att de inte får saker och ting gjord som de skulle vilja”

6.2.5 Smärtlindring

Personalen har överlag bristfällig kunskap om smärtlindring för personer med demens. En orsak är att man är rädd att värkmedicinen ska leda till att patienten blir ännu råddigare och därför vågar man inte ge tillräckligt med smärtstillande till patienter med demenssjukdom. Även rädslan att patienten ska glömma bort rörelserestriktioner till exempel efter en operation om man ger tillräckligt mycket smärtstillande var en sak som respondenterna upplevde som ett problem.

”...Patienter med demens får ofta inte lika bra smärtmedicinering eftersom frånvaro av smärta i samband med rörelserestriktioner som inte förstås ofta leder till att patienten stöder/använder lämmen för mycket. Starka smärtmediciner har dessutom stor inverkan på minneslöshet och desorientering vilket kan förvärra situationen med orolig patient.”

”...Heidän kivun hoitonsa ei ole samalla tasolla kuin muiden potilaiden.”²

6.3 Utmaningar

Det kom fram en rad med utmaningar som kan uppstå med personer med demens inom specialistsjukvården. Stressiga förhållanden var enligt de flesta ett problem i vården av patienter med demens. För lite personal och tidsbrist var saker som gjorde att personalen inte kunde ge den vård som personen med demens behövde. Även krävande avdelningar och patienter med akuta behov gör att personalen behöver fokusera mera på de akuta vårdåtgärderna istället för att försöka lugna en orolig patient. Andra problem var att avdelningarna inte var anpassade för patienter med demens, de förstår inte alltid deras vårdbehov och kan bli orolig och bete sig aggressivt, särskilt om patienten känner sig förvirrad orolig eller stressad.

”...en demenssjukdom försvårar en hel del”

6.3.1 Tidsbrist och personalbrist

Personalbrist är en stor orsak till att man inte har möjlighet att ge den vård som en person med demens behöver. På grund av tidsbrist upplevde respondenterna att de bara hinner utföra

² ”...Deras smärtlindring är inte på samma nivå som för andra patienter.”

de vårdåtgärder som måste göras. Det kan ta längre tid att utföra vården av en person med demens eftersom de kan vara oroliga eller aggressiva, och man behöver lägga mer tid på att lugna och förklara vad som ska hända.

”Om det är stressigt hinner man inte ge lika mycket tid, vilket patienten märker och därför blir orolig.”

”fungerar inte på grund av personalbrist”

”Resurser finns inte att tillgodo se alla dessa patienters behov tyvärr.”

6.3.2 Krävande avdelningar och akuta vårdbehov

Stressiga förhållanden med krävande och akuta vårdbehov gör att man inte har möjlighet att ge patienten med demens den extra tid och personcentrerade bemötande som behövs. Stressig vårdmiljö och för lite tid för att hinna med den vård, övervakning och omsorg som en patient med demenssjukdom behöver. Flera av respondenterna som hade jobbat på andra arbetsställen än sin nuvarande arbetsplats upplevde att vården av personer med demens fungerade mycket bättre på mindre avdelningar där inte så mycket specialvård utförs.

”...På mindre avdelningar finns det kanske mera tid att ge en patientindividuell vård eftersom där inte görs lika många avancerade vårdåtgärder eller förberedelser som till exempel på en kirurgisk avdelning.”

”Det är en ganska krävande avdelning och patienter är bara några dagar på avdelningen. Det betyder att vårdare sköter bara de akuta behov och har ingen extra tid att ge åt patienten med demens”

6.3.3 Säkerhet

Avdelningarna för olika specialiteter inte är anpassade för patienter med demens. Miljön är främmande, vilket gör att patienter med demens känner sig otrygg. Säkerheten är hämmad på grund av att utrymmena inte är anpassade för patienter med demens med olika säkerhetsåtgärder, och möjlighet till övervakning finns inte på samma sätt som till exempel på en demensavdelning.

”säkerheten naggas i kanten pga. Dåliga övervakningsmöjligheter, utrymmena inte optimala, främmande tillfällig miljö”

”Ständigt närvaro av vårdare kunde trygga patientens mående och vårdaren kunde då också bidra till övervakning som skulle hindra att den dementa gör ”misstag” som orsakar komplikationer”

6.3.4 Patientens oförståelse

Ett problem är att personer med demenssjukdom inte alltid förstår deras behov av vård. Patienten förstår inte alltid anvisningar till exempel efter en operation, varför man gör vissa vårdåtgärder eller varför de har till exempel kateter, kanyl eller sårförband. Det händer sig ofta att patienten river bort katetrar, kanyler, sårförband eller inte förstår viktiga anvisningar efter en operation, vilket kan leda till komplikationer.

”kan vara svårare att få gjort t.ex. sårvård på en dement, om pat. är på det humöret. Och så kan de ofta själv riva bort sårlapparna (=infektionsrisk), då allt extra skall bort.”

”Resultatet kan dock variera till det negativa för dementa eftersom de inte alltid kan förstå restriktioner och träningsprogram som skulle effektivisera tillfrisknande avsevärt...”

6.3.5 Orolig och aggressiv patient

Ett vanligt symptom vid demenssjukdom är beteendestörningar, speciellt i främmande och stressiga miljöer kan den dementa patienten känna sig otrygg och reagera hotfullt. Just aggressivitet och oro bland patienter med demens är ett ofta återkommande problem inom specialsjukvården. Det tar mycket tid och energi av vårdarna att lugna ner en orolig eller förvirrad patient.

”...det går så mycket tid till att lugna ner en orolig eller aggressiv patient.”

”hur man hanterar en aggressiv dement patient...”

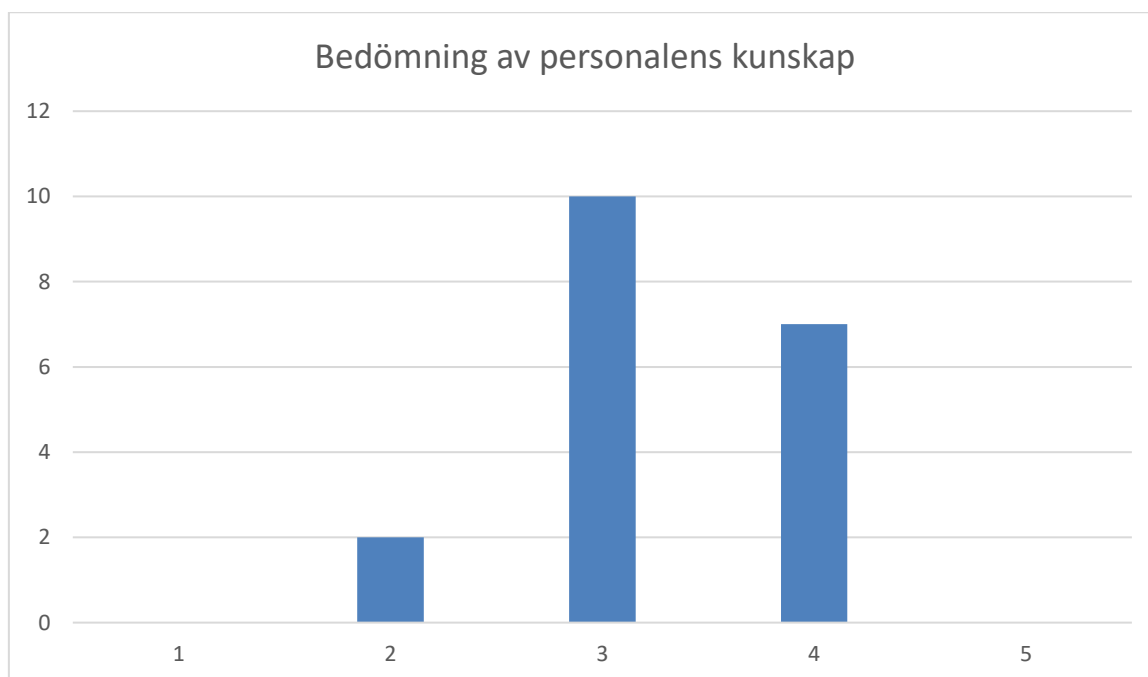
”...oraken och tålmodet tryter ibland.”

6.4 Utvecklingsbehov

Under kategorin **utvecklingsbehov** beskrivs underkategorierna, **personalens kunskap, fortbildning** och **samarbete**. För att lättare kunna tolka resultatet har jag under denna kategori använt mig av ett stapeldiagram och ett cirkeldiagram.

6.4.1 Personalens kunskap

På en fråga där respondenterna skulle bedöma personalens kunskap på en skala från 1 - 5, svarade största delen (10 personer) 3, 2 personer svarade 2 och 7 personer svarade med bedömningen 4. Det betyder att största delen tyckte att personalens kunskap var på medelnivå, varken bra eller dåligt. 2 personer tyckte att kunskapen bland personalen var mindre bra, medan 7 bedömde kunskapen som bra, men ändå inte utmärkt.



Figur 5. Bedömning av personalens kunskap på en skala från 1 – 5

Respondenternas bedömning tyder på att kunskapen om vården och bemötandet av patienter med demenssjukdom var relativt goda, men det finns rum för förbättring. Åsikterna varierade en del, men flera tyckte att personalen kunde ha bättre kunskap och att kunskapen var bättre på mindre avdelningar än på avdelningar med mera akut vård och specialvård.

”...inte optimalt pga. för lite kunskap”

”Jag har upplevt min studietid samt sommarjobb på mindre arbetsställen till exempel närsjukhus eller bäddavdelning på HVC att där finns mera kunskap om den dementa patienten än på större sjukhus/avdelningar där många specialiteter och vårdåtgärden görs...”

Respondenterna fick även bedöma sin egen kunskap kring att förstå och tolka patienter med demens, och de flesta bedömde sina kunskaper som goda eller tillfredsställande, men svaren

var varierande. Några nämnde att de hade fått kunskapen om vården av personer med demens på annat håll än från sitt nuvarande arbete, bland annat från jobb på demensavdelning eller genom erfarenheter av egna närstående med demens. Det fanns även de som nämnde att deras kunskap var ganska svag och att de gärna skulle lära sig mera.

”Bra kunskap med många års erfarenhet”

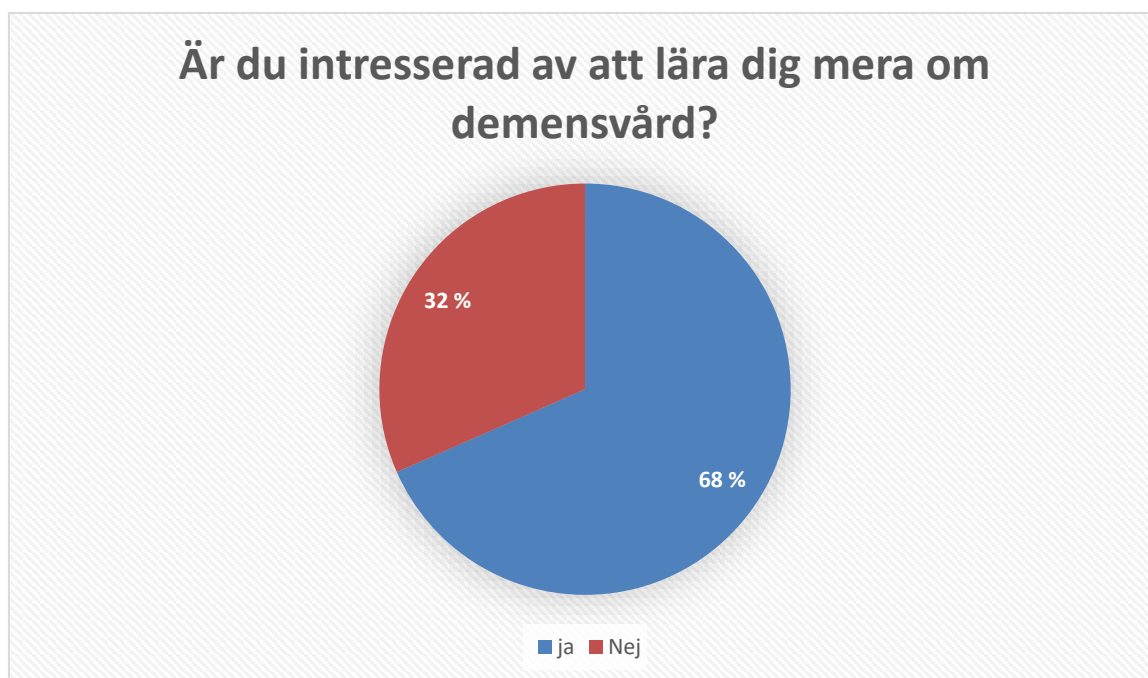
”Jag skulle gärna lära mig mera”

6.4.2 Fortbildning

Man skulle kunna utveckla förståelsen och vården av patienter med demens genom skolning och föreläsningar, särskilt om bemötande och medicinering. 68 procent av respondenterna var intresserad av att lära sig mera om demensvård, medan 32 procent inte var intresserade av att lära sig mera angående vården av patienter med demens. Detta innebär att majoriteten ändå var intresserade av någon slags tilläggs skolning. En person var av den åsikten att behovet av tilläggs skolning om vården och bemötandet av patienter med demens inte är nödvändigt inom specialistsjukvården eftersom det inte är en demensavdelning och att det i huvudsak inte är personer med demens som vårdas på avdelningen.

”Föreläsningar, läsa in sig mera på hur man skall bemöta en dement person.”

”Med skolningar och korta info”



Figur 6. Respondenter som vill lära sig mera om demensvård respektive de som inte var intresserad av att lära sig mera om demensvård.

Förutom smärtlindring, bemötande och kommunikation fanns även några andra saker som personalen borde få mera skolning om, såsom medicineringen av patienter med demens, vilken påverkan lugnande och smärtstillande medicin har på patienten, mera kunskap om de olika demenssjukdomarna, demensvårdens utveckling och vilka metoder man kan använda sig av för att få patienten att känna sig trygg.

”...vilken effekt fysisk kontakt har åt dem.”

”...att man är lugn när man vårdar en patient med demens...”

6.4.3 Samarbete

Det borde finnas bättre informationsflöde och bättre samarbete mellan anhöriga och avdelningen samt mellan demensboende och avdelningen. Eftersom patienter med demens mår bäst och känner sig trygg med bekant miljö och kända ansikten kom också som förslag att patienter med demens borde så långt som möjligt vårdas av kända vårdare på demensboenden om de bor på anstalt. Ifall patienten bor hemma och behöver sjukhusvård var det önskvärt någon anhörig följer med som kan ge information om patienten.

”Vanhukset ovat usein yksin vastaanotolla ilman saattajia/omaisia. Myös tiedonkulussa palvelukotien ja erilaisten tukiasumisten välillä on ongelmia.”³

”Tietoja potilaasta yhteisestä järjestelmästä, hoitokodista, omaisilta, jne.”⁴

”...meillä ei aina edes ole tietoa, että potilaalla on joku muistisairaus”⁵

³ ”Åldringar är ofta ensamma på mottagningen utan följeslagare/anhöriga. Också informationsflödet mellan vårdhemmen och olika stödboenden är bristfällig”

⁴ ”Information om patienten från ett gemensamt system, vårdhem, anhöriga osv.”

⁵ ”...vi har inte alltid ens information om att patienten har en minnessjukdom”

7 Diskussion

Syftet med examensarbetet var att studera vårdpersonalens synpunkter på vården och bemötandet av patienter med demens inom specialsjukvården. Om patienter med demens får annorlunda vård jämfört med andra patienter samt hurdana utvecklingsbehov eller behov av fortbildning som finns när det gäller vården av patienter med demens inom specialsjukvården. I detta kapitel diskuteras metod och resultat baserat på syftet och frågeställningarna.

7.1 Metoddiskussion

Metoddiskussionen ska påvisa hur kvaliteten säkerställts i examensarbetet. Både styrkor och svagheter ska diskuteras i examensarbetet, så även begränsningar. Det kan vara själ att nämna att jag är nybörjare och det är första gången jag skriver ett examensarbete. Men för att se det positivt har jag lärt mig mycket genom hela processen och insett vad jag kunde ha gjort annorlunda. (Henricson 2013, s. 472)

Vid diskussion om en kvalitativ metod kan man använda sig av begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Tidsbrist kan påverka examensarbetets kvalitet. I metoddiskussionen diskuteras trovärdigheten och avser i vilken utsträckning fenomenet blivit studerat, samt om syftet och frågeställningarna blivit besvarade med hjälp av metoden man valt. Examensarbetets reliabilitet kan diskuteras, det vill säga dess pålitlighet och möjlighet att man skulle kunna komma till samma slutsats igen. Man behöver diskutera hur frågorna har konstruerats, hur stort bortfall och hur bortfallet kan påverka pålitligheten av resultatet. (Henricson 2013, s. 474)

Eftersom syftet med studien var att studera vårdpersonalens synpunkter på vården av dementa i specialsjukvården, var det lämpligt att utföra studien med en kvalitativ enkätstudie. I examensarbetet har jag studerat en upplevelse av ett fenomen och därför har jag använt mig av en kvalitativ metod för att kunna få förståelse för upplevelserna och analysera och beskriva insamlade data. Jag har använt mig av en elektronisk enkät (Bilaga 1), vilket var ett väldigt effektivt sätt för att nå ut till ett större antal personer, och kräver relativt lite uppoffring av respondenterna och är även en mycket kostnadseffektiv metod. Med en enkätstudie får man svar från många människor på samma gång vilket är en fördel. Nackdelen med en enkätstudie är att det lätt blir stort bortfall, särskilt många öppna frågor kanske avskräcker respondenter. En enkät är inte lika personligt och man vet inte vem respondenterna är. Ett alternativ hade varit att göra en intervjustudie med ett färre antal

personer men istället kunnat ställa följdfrågor och få längre och mera djupt ingående svar. I en intervjustudie kan man även tolka respondenternas kroppsspråk, vilket kan vara av betydelse när man studerar upplevelsen av ett fenomen. En intervjustudie hade även gjort att jag kunnat försäkra mig om att jag förstått svaren rätt, vilket skulle ha gjort studien mera trovärdig.

Innan enkäten konstruerades läste jag på om olika demenssjukdomar, definitioner, vård och behandling, och skrev sedan bakgrundsinformation. Informationen hittade jag på tillförlitliga internetsidor och några böcker, fastän det var svårt att hitta böcker som inte var för gamla för att kunna användas till examensarbetet. Bakgrundsinformation kompletterades med några vetenskapliga artiklar. Som teoretiska utgångspunkt valde jag Boykin & Schoenofers (1993, 2001) teori om omtänksamhet i vården.

Enkätfrågorna baserade sig på syftet och frågeställningarna. Enkäten (Bilaga 1) konstruerades genom att samla inspiration från andra enkäter samt genom handledning. Jag hade även några personer att läsa genom min enkät för att se om det är något jag borde ändrat på. Jag upplever att jag genom enkäten fick bra svar på min frågeställning. Det hade varit bättre om jag skulle ha hittat en färdig konstruerad och testad enkät. Billhult & Gunnarsson (2013) förklarar att en färdig konstruerad enkät minskar risken för missuppfattning och en annan fördel med att använda en redan färdig enkät är att man kan jämföra sin egen studie med andra studier som använt sig av samma formulär.

Enkäten skickades ut till sammanlagt 77 vårdare varav 19 besvarade enkäten, vilket betyder att svarsprocenten är endast 25 procent. För att få studien ännu mera tillförlitlig borde jag ha fått in ännu flera svar. Respondenterna fick enkäten skickad till sig på samma gång de fick information om studien. Det vill säga, jag skickade ingen förfrågan om intresserade respondenter, utan de respondenter som var intresserade att delta fick direkt svara på enkäten. Det förklarar delvist det stora bortfallet. Men eftersom enkäten bestod av öppna frågor och liknade mera en intervju, fick jag samlat in tillräckligt med material för att kunna göra en innehållsanalys. Det kom in svar från alla tre enheterna och respondenternas arbetserfarenhet var väldigt varierande, vilket gör att man kan räkna med att de som svarade kan representera även andra än dem själva. Enligt Billhult och Gunnarsson (2013., s.309) kan man räkna med att studien inte påverkats alltför mycket åt det negativa hållet om bortfallet inte skiljer sig så mycket åt jämfört med de som deltagit i studien. Det var bara 1 man som svarat på enkäten och de resterande 17 var kvinnor. Det är oklart hur många män respektive kvinnor som arbetade på de avdelningar jag skickade enkäten till. Men eftersom

vårdpersonalen i Finland består av över 90 procent kvinnor, enligt THL (2018) kan man utgå från att den allra största andelen som fått enkäten skickat till sin e-post var just kvinnor.

I en kvalitativ metod ska man reflektera över förförståelsen och hur det gick att hantera förförståelsen inför dataanalysen. Det kan man göra genom att skriva ner erfarenheter och förväntningar som man hade innan, och i vilken grad de kan ha påverkat resultatet. (Henricson, 2013., s. 474)

Resultatet kan påverkas av egna erfarenheter och upplevelser. Det ökar även risken när jag gjort studien ensam och fastän jag försökt ha ett objektivt synsätt i analysen. Om man skulle ha gjort analysen tillsammans med flera andra personer skulle det ha ökat pålitligheten. Jag hade en del gissningar och förväntningar på hur resultatet skulle bli, men jag försökte lägga mina egna erfarenheter och fördomar åt sidan när jag analyserade materialet och tolkat det utifrån svaren jag fick.

I slutet av metoddiskussionen reflekteras styrkorna och svagheter i det etiska förhållningssättet. (Henricsson, 2017., s. 412–413)

De etiska övervägandena skrev jag innan påbörjandet av datainsamlingen och de har följts hela vägen. Respondenterna fick själv välja om de deltog, och skriva det de själv velat berätta. Eftersom jag inte har några uppgifter på respondenterna finns det ingen risk att deras identitet kan avslöjas.

7.2 Resultatdiskussion

Syftet med examenarbetet var att studera vårdpersonalens synpunkter på vården och bemötandet av personer med demens, om de överlag får annorlunda vård samt behovet av fortbildning eller eventuella utvecklingsbehov. Utifrån analysen av data uppstod det fyra huvudkategorier. Alla kategorier tillsammans binder samman min första frågeställning: *Hurudana synpunkter har vårdpersonalen på vården och bemötandet av patienter med demenssjukdom inom specialistsjukvården.* Kategorierna **Omvårdnad** och **utmaningar** ger svar på min andra frågeställning: *Hur är vården och bemötandet av patienter med demenssjukdom jämfört med andra patienter?* Den sista kategorin, **utvecklingsbehov** ger svar på min tredje frågeställning: *Hurudana utvecklingsbehov eller behov av fortbildning som finns, gällande vården av patienter med demenssjukdom inom specialistsjukvården?* Även de tre första kategorierna svarar delvist på min tredje frågeställning eftersom det lyfts fram många problem, vilka kan ses som eventuella utvecklingsbehov. Resultatet diskuteras i

relation till bakgrunden och teoretiska utgångspunkten. Som stöd används kategorierna **omvårdnad**, **utmaningar** och **utvecklingsbehov** med syftet och frågeställningarna i baktanke.

7.2.1 Omvårdnad

Hälften av respondenterna tyckte att vården av dementa inom specialsjukvården är lika bra som för andra patienter, medan andra hälften var av annan åsikt. En stor del tyckte att vårdåtgärderna som utförs är av samma kvalitet men att det fanns en hel del utmaningar som gör att slutresultatet inte blir lika bra för patienter med demens. Flera respondenter lyfte fram att det är inte heller alltid möjligt att göra alla vårdåtgärder på patienter med demens och därför kan vården av dementa bli mera konservativ istället för aktiv. Till exempel skriver Rosenvall & Koivisto (2018) ska man undvika faktorer som förvärrar symtomen så som kirurgiska ingrepp och anestesi.

Boykin och Schoenofel (2001) beskriver i sin teori, vikten av att visa medlidande och omtänksamhet mot patienten. Personlighet är att man som genuin omtänksam person är öppen för att utveckla viljan av att bry sig om andra. Genom att man bemöter patienten med omtänksamhet och genom att man försöker ha en inbjudande relation till patienten gör att patienten får tillit till vårdaren. Att försöka lära känna och tolka patienten och dess behov och kunna ge den vård som önskas, bidrar till en god vårdrespons. Kommunikationen och bemötandet av patienter med demens var bristfällig. Patienterna med demens blir inte alltid tagna på allvar. Det kom fram att vårdpersonalen fokuserar mera på specialsjukvården och vårdåtgärderna, och tar inte tillräckligt i beaktande patientens demensdiagnos.

Tertan & Tertan (2014) hade kommit till den slutsatsen i en studie, att patienter med demens och särskilt de som inte kan prata för sig själva, löper hög risk för underbehandling av smärtmedicinering. Bristfällig smärtlindring för dementa patienter var ett klart problem i vården av patienter med demenssjukdom.

7.2.2 Utmaningar

Det fanns flera utmaningar inom specialsjukvården och patienter med demens som försvårar förutsättningen för att den demenssjuke ska få en kvalitativ vård. Tidsbrist eller personalbrist samt stressiga förhållanden var ett stort hinder för att ge patienterna den tid de behöver få, eftersom de kan behöva mera tid än andra patienter för att de ska känna sig trygga. Avdelningarna är inte anpassade för patienter med demens, vilket gör att bland annat

patientens säkerhet blir lidande. En annan utmaning är att patienten inte alltid förstår behovet av vård, förstår inte restriktioner eller varför olika vårdåtgärder utförs. Vilket kan leda till problem eftersom det ofta är en förutsättning för en lyckad vård. Socialstyrelsen (2018) beskriver vikten av en personcentrerad vård, att man sätter patienten i fokus, inte sjukdomen. Genom att man försöker förstå personen och lära sig att tolka signaler, blir patienten tryggare och får mera tillit till vårdpersonalen. Oroliga och aggressiva patienter var ett ofta återkommande problem inom specialistsjukvården. Enligt Hallikainen et.al. (2018) är det vanligt med beteendestörningar, försämrade anpassningsförmåga och att patienten saknar hämning vid en demenssjukdom.

7.2.3 Utvecklingsbehov

Respondenterna såg sin egen och resten av personalens kunskap som relativt god, men det fanns utan tvekan rum för förbättring. Majoriteten av respondenterna var även intresserad av någon slags fortbildning. Områden som är i behov av förbättring är bland annat bemötande och kommunikation, smärtlindring, medicinering av patienter med demens samt vilken effekt lugnande och smärtstillande medicin har på patienter med demens, demensvårdens utveckling samt vilka metoder man kan använda sig av för att få patienten att känna sig lugn och trygg. Bökberg et.al. (2014) kom i en studie fram till att förutsättningarna för god kvalitet i vården är en kompetent vårdpersonal.

Rosenvall & Koivisto (2018) beskriver att det är viktigt med stöd till närstående och att man även ser till deras behov av hjälp och avlastning. Samarbetet mellan sjukhus och olika vårdanstalter som vårdhem och demensboenden samt mellan avdelningar och anhöriga var en sak som respondenterna tyckte att behöver förbättras. En önskan kom även att man kunde utveckla samarbetet så att all vård av den dementa patienten så långt som möjligt skulle utföras på demensboendet om de bor på anstalt eller om de bor hemma och behöver sjukhusvård skulle det vara önskvärt att anhöriga deltar i vården. Som Molin (2017) skriver kan många förändringar, nya ansikten och stressig miljö göra att patienten blir förvirrad.

8 Slutledning

Orsaken till att jag valde att skriva om just specialistsjukvården av patienter med demens, var att jag i mitt eget arbete inom sjukvården upplevt personer med demens som en särskilt utsatt grupp. Jag har fått den upplevelsen att de inte alltid blir tagna på allvar, att de upplevs som en extra börda och blir inte alltid bemötta på det sätt som de förtjänar.

Frågeställningarna besvarades och jag anser att jag fått mina antaganden bekräftade, men jag fick även många nya synpunkter som jag inte tidigare tänkt på. Det finns uppenbarligen problem med sjukvården av patienter med demens. Dels att det skulle krävas mera kunskap hos personalen, dels att det finns andra utmaningar som gör att vården av patienter med demens på sjukhus blir problematiskt. På min andra frågeställning, hurudan vården av patienter med demens är jämfört med andra patienter kan man konstatera att vården av patienter med demens är annorlunda jämfört med andra patienter. Även om de flesta vårdåtgärder som utförs är av samma kvalitet kan resultatet bli sämre eftersom den dementa inte alltid förstår behovet av vård och restriktioner som ges. Man kan inte heller utföra alla vårdåtgärder för en person med demenssjukdom vilket gör att vården blir mera konservativ. En orsak till att vården av patienter med demens inte alltid är lika bra som för andra patienter är att de inte alltid kan framföra sin vilja och sina behov, smärtlindringen är en konkret sak som inte är av samma kvalitet för patienter med demenssjukdom.

Behovet av fortbildning är varierande bland personalen, eftersom kunskapen och erfarenheterna varierar. En bättre kunskap hos personalen skulle kunna lätta på många problem. Med hjälp av kunskap om personcentrerade vårdstrategier kunde man få bättre bemötande, lugnare patienter och vinna patienternas tillit. Även kunskapen om smärtmedicinering, allmän medicinering av dementa, olika demenssjukdomar och hur patienter med demens fungerar borde personalen få mera fortbildning om.

En slutsats som man kan dra är att sjukhusvården av dementa kan vara problematisk. Det finns utvecklingsbehov inom vården och bemötandet av patienter med demenssjukdom inom specialistsjukvården. En sak man skulle kunna studera vidare är på vilka sätt man praktiskt skulle kunna utveckla och förbättra vården av patienter med demens på sjukhus.

Källförteckning

Atula S., 2019. *Vaskulaarinen dementia*. u.o. Lääkärikirja Duodecim

Billhult A., 2017. *Enkäter*. i: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB, 121 – 127.

Billhult & Gunnarsson 2013. *Bortfallsanalys & beskrivande statistik*. i: M. Henricsson, red. *Vetenskaplig teori och metod* Lund: Studentlitteratur AB, s. 307 - 311

Bergquist F., 2018. *Parkinsons sjukdom, bakgrund och behandlingsprinciper*. u.o. Internetmedicin. [Online] <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=253> [Hämtat: 26.10.2019]

Boykin A. & Schoenhofer S. O. (1993). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. New York: NLN Publications

Boykin A. & Schoenhofer S. O. (2001). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Sudbury, MA: Jones & Barlett Publishers.

Bökberg C., Ahlström G., Karlsson S., Hallberg I. & Janlöv A-C. 2014 Best practice and needs for improvement in the chain of care for persons with dementia in Sweden: a qualitative study based on focus groups interviews. *BMC*, 14(596) [Online] <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-014-0596-z> [Hämtat: 28.10.2019]

D Maidment I, Damery S., Campbell N., Seare N., Forx C., Ilffe S., Hilton A., Brown G., Barnes N., Wilcock J., Randle E., Gillespie S., Barton G & Shaw R. (2018) Medication review plus person – centred care: a feasibility study of a pharmacy – health psychology dual intervention to improve care for people living with dementia. *BMC*, 18(340) [Online] <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1907-4#Sec23> [Hämtat 29.10.2019]

Danielson E., 2017 *Kvalitativ innehållsanalys*. i: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB, s. 286 – 293.

D. Zwan M., H. Bouwman F., Koiijnenberg E., M. Van der Flier W., A. Lammertsma A., R.J. Verhey F., Aalten P., N.M van Berckel B & Scheltens P. (2017) Diagnostic impact of

[18F] fluetamol PET in early-onset dementia. *BMC*, 17(2) [Online] <https://alzres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13195-016-0228-4> [Hämtat 7.4.2020]

Giebel C., Eastham C., Cannon J., Wilson J., Wilson J., & Pearson A., 2020. Evaluating a young-onset dementia service from two sides of the coin: staff and service user perspectives. *BMC*. 20(187) [Online] <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-5027-8> [Hämtat: 22.4.2020]

Hallikainen M., Paajanen T. & Erkinjuntti T., 2018. *Muistioireet, lievän tiedonkäsittelyn heikentyminen ja dementia*. u.o., Terveystieteiden tutkimuskeskus Duodecim.

Henricsson M., 2013. *Diskussion*. i: M. Henricsson, red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB, s. 472 – 474

Henricsson M., 2017. *Diskussion*. i: M. Henricsson red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund Studentlitteratur AB, s. 412-413

Henricsson M. & Billhult A. 2017 *Kvalitativ metod*. i: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB, s. 111 – 112

Härmä H. & Juva K., 2013a. *Alzheimers sjukdom*. u.o., Muistiliitto. [Online] https://www.muistiliitto.fi/application/files/3415/1263/4605/Alzheimers_sjukdom.pdf [Hämtat: 21.10.2019]

Härmä H. & Juva K., 2013b. *Blodkärlsrelaterad minnessjukdom*. u.o., Muistiliitto. [Online] https://www.muistiliitto.fi/application/files/4115/1263/4862/Blodkarlsrelaterad_minnessjukdom.pdf [Hämtat: 22.10.2019]

Härmä H. & Juva K., 2013c. *Lewy body – sjukdomen*. u.o., Muistiliitto. [Online] https://www.muistiliitto.fi/application/files/8415/1263/4646/Lewy_body_sjukdom.pdf [Hämtat: 22.10.2019]

Härmä H. & Juva K., 2013d. *degeneration i pann- och tinningloben*. u.o. Muistiliitto. [Online] https://www.muistiliitto.fi/application/files/5115/1263/4809/Degeneration_i_pann_och_tinningsloben.pdf [Hämtat: 26.10.2019]

Institutet för hälsa och välfärd, THL, 2019. *Minnessjukdomar*. u.o., THL. [Online] <https://thl.fi/sv/web/folksjukdomar/minnessjukdomar> [Hämtat: 22.9.2019]

Institutet för hälsa och välfärd, THL, 2018. *Arbete*. u.o., THL [Online] <https://thl.fi/sv/web/jamstalldhet/jamstalldhet-i-finland/arbete> [Hämtat 11.4.2020]

Kjellström S., 2017. *Forskningsetik*. i: M Henricson. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur AB, s. 58 – 73

Käypä hoito, 2019. *Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) ja vaskulaarinen dementia (VD)* [Online] <https://www.kaypahoito.fi/nix01587> [Hämtat: 20.4.2020]

Käypä hoito 2020., *Minnessjukdomar*. [Online] <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00014#s1> [Hämtat: 20.4.2020]

Liew T. 2020., Neuropsychiatric symptoms in cognitively normal older persons, and the association with Alzheimer's and non-Alzheimer's dementia. *BMC*. 20(35) [Online] <https://alzres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13195-020-00604-7> [Hämtat: 22.4.2020]

Lindqvist E-L., 2015. *Vård och omsorg vid demenssjukdom*. Malmö: WikingTryck AB s. 22–23, 38 – 44

Molin K., 2017. *Om demenssjukdom på sjukhus*. Ödeshög: DanagårdLiTHO. Svenskt Demenscentrum

Nägga K., 2019. *Minnesstörningar (lindriga kognitiva symtom)* Linköping., Internetmedicin. [Online] <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=864> [Hämtat: 20.4.2020]

Nägga K., 2020. *Demens – utredning specialistnivå*. Linköping., Internetmedicin. [Online] <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=288> [Hämtat 1.4.2020]

Pfister B., Jonsson J. & Gustafsson M., 2017. Drug related problems and medications reviews among old people with dementia. *BMC*. 17(52) [Online] <https://bmcpharmacoltoxcol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40360-017-0157-2> [Hämtat 1.4.2020]

Purnell M., u. å. Allgood M. R. ed. *Nursing theorists and their work* St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby, pp. 293 – 298

Remes A. & Hallikainen M., 2019. *Alzheimerin tauti*. u.o. Terveysportti Duodecim.

Rosenvall A. & Koivisto A., 2018. *Muistisairaahan potilaan hoito*. u.o. Terveysportti Duodecim.

Rosenvall A. & Erkinjuntti T., 2018. *Muistipotilaan tutkimukset*. u.o. Lääkäriin käsikirja.

Socialstyrelsen, 2018. Nationella riktlinjer – utvärdering 2018. *Vård och omsorg vid demenssjukdom*. u.o. Socialstyrelsen. [Online]

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-3-2.pdf> [Hämtat: 17.11.2019]

Tertan D. & Tertan OB., 2014. EHMT-0027. The neuropathic pain in vascular dementia. *BMC*. 14(C59) [Online]

<https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1186/1129-2377-15-S1-C59> [Hämtat: 8.4.2020]

Patienter med demens inom specialsjukvården

Bakgrundsinformation

1. Kön?
2. Yrke?
3. Vilken enhet jobbar du på?
4. Hur många års arbetserfarenhet har du inom sjukvården?

Sjukvården av patienter med demens

Nedan följer några öppna frågor och några slutna frågor, där du får svara med egna ord. Det finns ingen begränsning på hur mycket du får skriva.

5. Hur upplever du att vården och bemötandet av personer med demenssjukdom fungerar inom specialsjukvården?
6. Har personalen tillräckligt med kunskap om vården och bemötandet av personer med demenssjukdom? (skala från 1–5)
7. Finns det något man borde få mera kunskap om, i så fall vad?
8. Blir sjukvården av patienter med demenssjukdom av samma kvalitet som för andra patienter? Motivera!
9. Hur skulle man kunna utveckla förståelsen av patienter med demens?
10. Hur upplever du Din kunskap kring att förstå och tolka patienter med demens?
11. Är du intresserad av att lära dig mera om demensvård?
12. Vilken ytterligare kunskap om demenssjukdom tycker du att Du är i behov av?
13. Är det något annat du vill tillägga?

Tack för ditt svar!

Patienter med demens inom specialsjukvården

Mitt namn är Hanna Vesternäs och jag studerar till sjukskötare vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Jag skriver mitt examensarbete om sjukvården av patienter med demenssjukdom. Jag hoppas att med enkäten få fram personalens upplevelser om hur sjukvården av patienter med demens fungerar, främst om patienter med demens bemöts annorlunda. Jag är också intresserad av eventuella utvecklingsbehov eller behov av fortbildning.

Deltagandet är frivilligt och respondenterna i denna undersökning kommer att vara anonyma. Denna data kommer inte att förmedlas till en tredje part. Resultatet av denna undersökning kommer att presenteras i mitt examensarbete.

Tack för ditt deltagande!