

Vikten med ett gott bemötande av en minnessjuk i vårdverkligheten

En kvalitativ innehållsanalys

Nicolina Ferm

Jennifer Johansson

Jonas Järndahl

Sara Kyrklund

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen och hälsovårdare (YH)-examen

Utbildning till sjukskötare och hälsovårdare

Åbo, 2022

EXAMENSARBETE

Författare: Nicolina Ferm, Jennifer Johansson, Jonas Järndahl & Sara Kyrklund

Utbildning och ort: Sjukskötare (YH), Åbo

Titel: Vikten med ett gott bemötande av en minnessjuk i vårdverkligheten - En kvalitativ innehållsanalys

Datum: 26.04.2022

Sidantal: 55

Bilagor: 3

Abstrakt

En stor del av den äldre populationen i Finland har någon form av minnessjukdom och det blir alltmer vanligt. Bemötandet av en person som lider av en minnessjukdom i vården kan ofta vara problematiskt då vårdpersonal inte har tillräckligt med kunskap eller resurser till att ge de minnessjuka tiden de behöver. Alla individer har mänsklig rätt till att få hjälp och vård som behövs för att stödja de individuella behoven, oberoende av diagnos eller sjukdom. Syftet med detta examensarbete var att utreda vårdpersonalens syn på bemötandet och betydelsen av personcentreringen i bemötandet av en minnessjuk person. Examensarbetet innehöll följande tre frågeställningar som blivit utredda: Vad innebär ett gott personcentrerat bemötande för en minnessjuk? Skiljer sig bemötande av personer med olika minnessjukdomar? samt Finns det faktorer som påverkar bemötandet negativt?

Skribenterna i undersökningen har gjort en kvalitativ innehållsanalys för att utreda och få svar på frågeställningarna. Undersökningen har gjorts genom intervjuer där urvalet var erfarna vårdare som berättat om egna erfarenheter av ämnet i fråga.

Resultatet i undersökningen visade att betydelsen av ett personcentrerat bemötande är viktigt inom vården av en minnessjuk. Vårdaren vårdar en individ och inte en specifik sjukdom, man ska tänka på personen bakom sjukdomen samt att vårdaren ska komma ihåg att personer med samma diagnos, kan ha olika symtom. Det framkom att bemötandet kan skilja sig beroende på den minnessjukas symtom och beteenden, vilket innebär att bemötandet av en minnessjuk är individuellt. Respondenterna önskar att förståelsen för de minnessjuka ska ökas hos professionella i vårdverkligheten. Negativa faktorer som kan påverka bemötandet är tidsbrist, kunskapsbrist och utmanande beteenden hos den minnessjuka. Med dessa negativa faktorer kan det lättare bli missförstånd och bemötandet kan bli bristfälligt.

Genom att vårdaren arbetar personcentrerat samt har tillräckligt med kunskap om de olika minnessjukdomarna har man en bättre förståelse för den minnessjuka och kan bemöta denna individuellt, vilket skapar ett gott bemötandet. Detta leder också till att vissa negativa faktorer minskas och ökar förståelsen för de beteenden den minnesjuka kan ha.

Språk: svenska

Nyckelord: bemötande, minnessjukdomar, personcentrering, vårdrelation, utmaningar

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Nicolina Ferm, Jennifer Johansson, Jonas Järndahl & Sara Kyrklund

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidtaja, (AMK) Turku

Nimike: Tärkeys hyvällä kohtelulla muistisairasta henkilöä kohtaan hoitotodellisuudessa -
Kvalitatiivinen sisältöanalyysi / Vikten med ett gott bemötande av en minnessjuk i
vårdverkligheten – En kvalitativ innehållsanalys

Päivämäärä: 26.04.2022

Sivumäärä: 55

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Suomessa suuri osa vanhuksilla on joku muistisairaus, joka yleistyy aiempaa enemmän. Kohtelu muistisairaita kohtaan on usein ongelmallista, joka voi johtua siitä, että hoitohenkilökunnalla ei ole tarpeeksi tietoa tai resursseja, eikä ole mahdollisuutta antaa heille tarvitsemaansa aikaa. Kaikilla ihmisillä on ihmisoikeus, eli oikeus saada apua ja hoitoa yksilön tarpeiden mukaisesti, riippumatta diagnoosista tai sairaudesta. Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää hoitohenkilökunnan näkemystä kohtelusta, ja tärkeys henkilökeskeisellä kohtelulla muistisairasta henkilöä kohtaan. Opinnäytetyö sisälsi seuraavat kolme kysymystä: Mitä tarkoittaa hyvä henkilökeskeinen kohtelu muistisairasta kohtaan, onko kohtelu erilaista riippuen muistisairaudesta ja onko tekijöitä, jotka vaikuttavat negatiivisesti henkilön kohteluun?

Tutkimuksen tekijät ovat tehneet kvalitatiivisen sisältöanalyysin selvittääkseen vastaukset kysymyksiin. Tutkimus toteutettiin haastatteluiden avulla, joihin osallistui kokenutta hoitajia, jotka kertoivat omista kokemuksistaan kyseisestä aiheesta.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että henkilökeskeisellä hoidolla on suuri merkitys muistisairaita hoitaessa. Hoitajat hoitavat henkilöitä yksilöinä, ei ainoastaan sairautta. Hoitajana tulisi ajatella sairauden taustalla olevaa henkilöä, ja sitä, että samaa diagnoosia sairastavilla ihmisillä, voi olla erilaisia oireita. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että kohtelu voi poiketa riippuen siitä, minkälaiset muistisairaahan henkilön oireet ja käyttäytyminen ovat, joka painoittaa yksilöllistä kohtelua. Vastaajat toivovat, että ymmärrystä lisätään muistisairaita ihmisiä kohtaan ammattilaisilta, hoitoa toteuttaessa. Negatiivisia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa kohteluun, ovat ajan puute, tiedonpuute ja muistisairaahan haastava käyttäytyminen. Näiden tekijöiden takia aiheutuu helpommin väärinkäsityksiä ja kohtelu voi olla puutteellista.

Hoitajan työskennellessä ihmiskeskeisesti ja omaksuvan tarpeeksi tietoa erilaisista muistisairauksista, on hänen helpompi ymmärtää muistisairaita ihmisiä ja pystyy heitä kohtaamaan yksilöllisesti. Tämä myös johtaa siihen, että negatiiviset tekijät vähentyvät ja hoitajilla on enemmän ymmärrystä muistisairaahan käyttäytymistä kohtaan.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: kohtelu, muistisairauksia, henkilökeskeisyys, hoitosuhde, haasteet

BACHELOR'S THESIS

Author: Nicolina Ferm, Jennifer Johansson, Jonas Järndahl & Sara Kyrklund

Degree Programme: Degree Programme in Nursing, Turku

Title: The importance of a good treatment for a person with memory disorder in care reality - Qualitative analysis/Vikten med ett gott bemötande av en minnessjuk i vårdverkligheten - En kvalitativ innehållsanalys

Date: 26.04.2022

Number of pages: 55

Appendices: 3

Abstract

A big portion of the elderly in Finland has some form of memory disorder and it's getting more and more common. The treatment for suffering from this kind of disease can be problematic as care staff might not have the knowledge or resources that are needed. Everyone has the human right to receive the help and care they need, regardless of the disease or diagnosis. The purpose of this thesis was to investigate the care staff's view of the treatment and the importance of person-centered care for people that suffer from memory disorder. The project contained three different issues that have been investigated: What does a good person-centered care involve in memory disorder care? Are there treatment differences in different memory disorders? Are there factors that negatively affect the treatment?

Authors of this survey have made qualitative content analysis to investigate and get answers to these questions. The survey was conducted through interviews where the samples were four experienced caregivers who spoke about their own experiences on the subject in question.

The results show that person-centered approach is to be recommended and that it plays an important role in treating people with memory disorder. The important thing is that healthcare workers must see the person and not just the disease that the person has, and it is important that the health care workers do not forget that the diseases can show different symptoms and that one case is not the same as the other. It was found that the treatment can differ depending on the patient's symptoms and behaviors, which means that the treatment of someone that has a memory disorder is individual. The respondents want the understanding of people who have memory disorder to be increased among professionals in the care reality. Negative factors that can affect the treatment are lack of time, lack of knowledge and challenging behaviors of the person with memory disorder. With these negative factors, it is easy to misunderstand, and the response can be inadequate.

When healthcare workers work from a person-centered angle and has sufficient knowledge regarding the various memory disorders, they have a better understanding of the person with memory disorder and can address them individually, which creates a good treatment. This also leads to a reduction in certain negative factors and increases the understanding of the behaviors the person with memory disorder can have.

Language: Swedish

Key words: treatment, memory disorder, person-centering, care relationship, challenges

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Syfte & frågeställningar	2
3	Teoretiska utgångspunkter	2
4	Litteraturgenomgång	3
5	Bemötande och kommunikation	4
5.1	Bemötande i vårdverkligheten	6
5.2	Utmaningar i bemötande	7
5.3	Kommunikationsstrategier	11
6	Personcentrerad omvårdnad	13
6.1	Empatins betydelse	15
6.2	Helhetssyn på människan	18
7	Minnessjukdomens påverkan på individen	19
7.1	Diagnostisering av en minnessjukdom	21
7.2	De vanligaste minnessjukdomarna i Finland	21
7.2.1	Alzheimers sjukdom	22
7.2.2	Vaskulär demens	23
7.2.3	Parkinsons demens	23
7.2.4	Lewyskroppss demens	24
7.2.5	Frontotemporal demens	24
8	Metod	25
8.1	Urvalsmetod	25
8.2	Datainsamlingsmetod	26
9	Analysprocessen	27
9.1	Kvalitativ innehållsanalys	29
9.2	Analysresultat	30
9.2.1	Synen på en minnessjuk och hur det påverkar bemötande	32
9.2.2	Negativa faktorerers påverkan på bemötande	35
9.2.3	Betydelsen av personcentrerat bemötande	38
9.2.4	Skillnad i bemötande beroende på minnessjukdom	41
9.2.5	Utmaningar i bemötandet samt stöd av dem	45
10	Forskningsetik	49
11	Tillförlitlighet	50
12	Diskussion	52
	Källförteckning	55
	Bilagor	

1 Inledning

Bemötande handlar om hur samtal genomförs, hur man agerar, kroppsspråk samt hur man rör sig kring patienten och anhöriga. Inom vården möter personalen oftast människor som är rädda, osäkra och förvirrade och då är bemötande en av de avgörande delarna för hur de uppfattar kvaliteten på omhändertagandet. Tidigare studier nämner betydelsen om att vara artig, vänlig samt hjälpsam som en grund för ett gott och respektfullt bemötande. Det har även visats att brister i bemötandet beror på att personalen är okunnig, oengagerad, osäkra eller saknar omdöme. (Fossum, 2019, ss. 32-33).

Aktuellt just nu inom vården är personcentrerad omvårdnad (Fossum, 2019, s. s.46). Med det menas att personen man vårdar står i centrum. Då vårdare arbetar personcentrerat respekteras personens individualitet, värdighet samt rättigheter och utgångspunkten är personen som vårdas. Som vårdare utgår man då från personens perspektiv på livet samt hens resurser och behov. (Hewitt- Taylor, 2015, ss. 13-15). Genom att arbeta ur ett personcentrerat synsätt skapar man en jag-du relation med en ömsesidig kommunikation som även skapar delaktighet (Fossum, 2019, s. 166).

Genom detta examensarbete strävar skribenterna till att få en inblick i erfarna yrkespersoners syn på bemötandet av en person med en minnessjukdom samt utreda om det finns några skillnader vid bemötande vid de olika minnessjukdomarna. Skribenterna vill även utreda vikten med personcentrerat bemötande av en minnessjuk och hur vårdrelationen kan påverkas av detta. Utifrån litteratursökning har inte faktabaserad information om skillnader i bemötandet av olika minnessjukdomar hittats.

Examensarbetet skrivs av sjukskötarstuderande inom projektet *resursstarka äldre*. Skribenterna har tidigare erfarenhet inom vården genom grundexamen inom social- och hälsovården och har därmed genom praktiker och arbetserfarenhet vårdat personer med olika minnessjukdomar. Detta har gjort att skribenterna fått kunskap som stöder bemötande av minnessjuka och även blivit intresserade av ämnet. Ämnet valdes eftersom de anser att ett gott bemötande krävs för att vården skall bli fullständig och att patienten ses som en helhet. Arbetet är en kvalitativ undersökning där det gjorts en semistrukturerade intervju av erfarna vårdare. I resultatet analyserar skribenterna intervjufrågorna i en innehållsanalys där resultaten behandlas.

2 Syfte & frågeställningar

Syftet med detta examensarbete är att utreda vårdpersonalens syn på bemötandet och betydelsen av personcentreringen i bemötandet av en minnessjuk person.

Frågeställningarna i examensarbetet är:

- Vad innebär ett gott personcentrerat bemötande av en minnessjuk?
- Skiljer sig bemötande av personer med olika minnessjukdomar?
- Finns det faktorer som påverkar bemötandet negativt?

3 Teoretiska utgångspunkter

Teoretiska utgångspunkter eller referensramar, i ett vetenskapligt arbete eller en studie, utgår alltid från syftet och betyder att det finns grunder till att syftet behöver studeras på grund av att eventuella brister och problem som finns inom ämnet i fråga. (Henricson, 2017, s. 52).

Skribenterna har valt att utgå från vårdteoretikern Katie Erikssons syn på vårdrelationen samt författaren Tom Kitwoods synvinkel på personcentrerat vårdande för den minnessjuka. Teorierna ses som en grund genom hela examensarbetet för att få en bättre förståelse av personcentrerat vårdande och hur det kopplas till vårdrelationen med en minnessjuk.

Då vårdaren ser personen som en helhet är utgångspunkten människans individuella behov, tankar och önskemål. Detta bidrar till en god vårdrelation mellan den professionella och den minnessjuka vilket stöder det goda bemötandet. Det är detta som skribenterna vill få fram med undersökningen det vill säga hur professionella vårdar en minnessjuk genom att se personen som en helhet.

Vårdrelation enligt Eriksson (2014, ss. 55-56) utgör en grund för vårdandet och vårdprocessen. Genom att man som människa träder fram genom den andra personen, skapas en äkta relation där människan kan förmedla kärlek. I en god relation skapar man utrymme för att växa och i relation till vårdaren ska patienten få utrymme att uttrycka sina egna behov och önskemål. Relationen grundar sig på ömsesidighet där både vårdare och

patienten behöver ge sig tid att bygga upp en bra relation, ingenting skall vara tvingat. Vårdrelationen i sig finns hela tiden med och varierar mellan olika patienter beroende på den aktuella vårdsituationen. Genom en djup och trygg relation strävar man till den optimala kunskapen om patienten så att vårdprocessen blir omfattande samt individuell.

Författaren Tom Kitwood är en av de personer som främst utvecklat människornas tänkande på demens, erfarenhet av det och personcentrerat vårdande (Baldwin & Capstick, 2007, s. 15). Kitwood började använda begreppet personcentrerat för att skilja på de medicinska och beteendemässiga synsätten på demens. Därefter kopplade han ihop olika arbetssätt för att lyfta fram kommunikation och relation i vården. Kitwood ansåg att demens bäst kunde förstås om man kopplade det med neurologisk funktionsnedsättning och andra faktorer som hälsa, individuell psykologi och miljö samt sociala sammanhang. Kitwood trodde på att miljön hade en lika stor effekt på hjärnan som hjärnan har effekt på en persons förmågor. Han var även mycket säker på att enbart den medicinska vetenskapen på demenssjukdom och dess behandling medförde en hel del negativa och förutsägbara komplikationer. Kitwood och Bredin var mycket viktiga med att bevisa att demens är mycket individuellt. Demens är olika från person till person och därpå uppkom behovet av vård som stöder personen och innebär erkännande, respekt och tillit och från detta började begreppet personcentrerad vård användas. (Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018, ss. 10-11).

4 Litteraturgenomgång

Litteraturen som använts i arbetet har kommit från artiklar men även via manuell sökning genom evidensbaserad litteratur från böcker och internet som hör ihop med arbetet. Sökningarna är gjorda i början av 2022 i databaserna CINAHL och PubMed där engelskspråkiga artiklar hittades, artiklar söktes även i andra databaser men det framkom inget som var passande till arbetet. De flesta artiklarna har hittats från CINAHL. Fokuset var att hitta olika artiklar om minnessjukdomar och bemötande. Sökorden *dementia*, *alzheimer's*, *communication*, *nurses view*, *care* och *care-planning* har mest varit i fokus under sökningarna. Sökordet *dementia* har fått mest träffar vid sökningarna. Olika begränsningar har använts som till exempel full text, peer reviewed och any author is a nurse för att skribenterna skulle få vårdvetenskaplig synpunkt på fakta i artiklarna. Skribenterna

valde dessa artiklar eftersom de kopplades till arbetet genom bemötande, kommunikation, demens, vårdprocessen av minnessjuka samt vårdarens synvinkel. I sökhistoriken (se Bilaga 1) som är en tabell, berättar vilka sökord, databaser och avgränsningar som använts samt hur många träffar olika sökord fått.

Böcker som skribenterna har använt sig av är relevanta till studien då litteratur har handlat om personcentrering, bemötande, minnessjukdomar, omvårdnad och kommunikation. Flera av böckerna är publicerade av studentlitteratur men även andra förlag. För att göra en tillförlitlig undersökning har skribenterna även använt sig av böcker som stöder forskningsmetodik och skrivandet av examensarbetet.

De mest centrala ämnena i examensarbetet är bemötande och kommunikation samt personcentrerad omvårdnad, som framförs nedan i kapitel 5 och 6. Dessa ämnen forskas och skrivs mer ingående om för att få en bred bakgrundsinformation som grund och därefter påbörja undersökningen om ämnet, för att få svar på syftet och frågeställningarna. Skribenterna har även valt att lyfta upp de olika minnessjukdomarna då en av frågeställningarna handlar om bemötandet vid de olika minnessjukdomarna samt att det inte är självklart att alla vet vilka de olika minnessjukdomarna är.

5 Bemötande och kommunikation

Inom social- och hälsovården sker det hela tiden interaktioner med patienten och under dessa möten är det viktigt att både patienten och vårdgivaren förstår varandra. Alla människor som vårdaren kommer i kontakt med har alla olika behov och förutsättningar vilket betyder att bemötandet är individuell och unikt vid varje interaktion. Det är viktigt att ta reda på individens egna förmågor för att veta vad personen kan och vad hen behöver stöd med. Kommunikationen är en väsentlig del inom vården som både sker direkt genom samtal och indirekt genom kroppsspråket. Att kommunicera är ingen lätt sak då alla människor är olika och man lär sig konstant nya tankesätt som stöder bemötandet. (Fossum, 2019, ss. 27-28).

Viljan och förmågan att kommunicera är en av de viktigaste förutsättningarna hos den enskilda individen och gemenskapen som skapas av det. Kommunikationen samt språket

är grundförutsättningar för att förstå patientens verklighet och upplevelser av hälsa och lidande. (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012, s. 321).

Alla människor har olika personligheter, attityder, språkvanor och kultur som gör att budskap tolkas på olika sätt, desto större skillnader, desto svårare blir kommunikationen. Kommunikationen är likväl ett redskap för att lösa konflikter och skapar förutsättningar som att den kan ge upphov till konflikter och tensioner i olika situationer. Inom vården är det därför viktigt att vårdaren utgår från patientens perspektiv och skapar en gemenskap mellan vårdare och patienten. Genom att skapa en bra vårdrelation skapas trygghet vilket ökar chansen att patienten vågar öppna upp sig och berätta sina tankar och känslor. Patienten får även vara sig själv vilket gynnar autonomin. (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012, ss. 322-325).

Kommunikationen med en person som har en minnessjukdom kan vara utmanande. Minnessjukdomen som personen har, kan medföra kommunikationssvårigheter, rastlöshet och problem med att uttrycka känslor. En person skall bemötas jämlikt, oberoende om hen har en minnessjukdom eller inte. Då vårdaren kommunicerar med en minnessjuk skall talet vara så tydligt som möjligt och vårdaren skall tala som till vilken annan vuxen som helst. Vårdaren skall lyssna noggrant på den minnessjuka och ge hen den tid som behövs för att uttrycka sig. Den minnessjuka kan ha svårigheter med att uttrycka sig och få sagt det hen vill. Hjälpmedel vid kommunikationen kan bli aktuellt, då verbal kommunikation inte längre är möjligt. (Minnesförbundet, u.å).

Samtal skapas genom kommunikation. Kommunikationen kan delas upp i verbal och icke-verbal kommunikation. Den verbala kommunikationen är vad vi säger och upplevs mera direkt. Genom att använda olika ordval kan vårdaren anpassa sig i olika bemötanden. Den icke-verbala kommunikationen handlar om kroppsspråk, miner, gester, röststyrka och ton samt blickar. Kroppsspråk kan lätt feltolkas och leda till missuppfattningar, därför är det viktigt att vårdaren är medveten om sitt eget och den andras sätt att kommunicera. (Kan & Pohjola, 2016, ss. 66-67).

I samtal är det viktigt att alla som deltar får känna att de har kontroll över situationen samt att man blir sedd samt hörd. Faktorer som bidrar till detta är att vårdaren tar personen på allvar och visar respekt genom att ha förtroende gällande vad som sägs. Genom att bli

bekräftad skapas en känsla av värdighet och betydelsefullhet vilket är viktigt för att kunna skapa en god relation till varandra. (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012, s. 366).

5.1 Bemötande i vårdverkligheten

I framtiden kommer det finnas allt fler personer som har någon typ av minnessjukdom. Vårdaren som tar hand om personer med minnessjukdomar behöver bred kunskap gällande de olika minnessjukdomarna samt hur vårdare skall kommunicera och bemöta dem på ett korrekt och individuellt sätt för att stödja behoven. Ibland kan det vara svårt att veta ifall personen kan ta egna beslut och detta behövs därför redas ut, viktigast är att personen får vara delaktig i sin vård men att vårdaren även vet varifrån stödet kan fås i beslutsfattandet. (Weitzel;Robinson;& Barnes. R, 2011, s. 14).

Som vårdare har man en stor roll i vården av en person med en minnessjukdom, som både kan vara glädjefyllande och tungt. Som vårdare bör man både finnas där som stöd samt upprätthålla eller förbättra den sjukas livskvalitet. (Dixon & Thompson, 2018).

Som vårdare behöver man ha konkret kunskap om interaktioner och interaktionsmetoder. Genom att vårdare reflekterar tillsammans över det som man varit med om samt lärt sig, så utvecklas man som person samt att det ger kollegorna nya idéer och synpunkter om interaktioner. Då vårdare reflekterar, utvärderas egna handlingar i relation till det man vill uppnå med interaktionen och övriga faktorer som påverkar situationen. Den konkreta kunskapen kan till exempel fås från vårdutbildningen och arbetserfarenheter. Inom vårdutbildningen lär de studerande sig de grundläggande handlingarna som stöder kommunikationen, så som tydligt prat, korta meningar, kroppsspråkets betydelse, att ge tid, utrymme och att visa respekt för personens känslor. (Kan & Pohjola, 2016, ss. 66-67). Ouldred och Brynt (2008, s. 245) menar också att då vårdaren väntar på personens svar, håller omgivningen bullerfri, förblir trevlig, lugn och stödjande samt håller ögonkontakten, förbättras kommunikationen.

Genom att ha tillräckligt med kunskap och förståelse om de olika minnessjukdomarna kan vårdaren även förstå olika handlingar och vet bättre hur agera och bemöta i olika situationer. Vårdarens arbetsbelastning, psykiska och fysiska mående, negativa attityder på arbetsplatsen och olämpliga arbetsmiljöer påverkar vårdarens mående som även orsakar problem bland individerna de vårdar. För att minska belastningen behöver arbetsmiljön

förbättras och även via det kan vårdarens egen arbetsförmåga förbättras. Genom att arbeta i ett multiprofessionellt team har det visat sig att vårdbelastningen kan minska, då alla kan fokusera på vården tillsammans med ett gemensamt mål. (Komatsu, ym., 2021, ss. 295-296.; Piers;Albers;& Van den Block, 2018).

Att planera vården för en person med minnessjukdom är viktigt men kan även vara utmanande. När vårdpersonalen planerar vården skall de närmaste anhöriga vara med och planera tillsammans med patienten. De närmaste anhöriga är de som har rätt att göra beslut för den andra när sjukdomen framskridit så långt att hen inte mer kan göra sina egna beslut. Därför är det viktigt att planera vården i god tid medan patienten ännu kan göra sina beslut själv. Vårdplanen innehåller framtida planer och åsikter gällande vården men även livets slutskede kan förekomma där. (Piers;Albers;& Van den Block, 2018).

Som vårdpersonal är det viktigt att veta hur personen vill bli vårdad, vilka åsikter hen har och vad som är viktigt för patienten. Detta hjälper att förbättra vården och kommunikationen till patienten samt bidrar till en trygghetskänsla. Då vårdaren vet hur patienten vill bli vårdad och bemött, är det lättare då sjukdomen framskrider och patienten inte längre kan till exempel uttrycka sina känslor och tankar verbalt. Vid detta tillfälle har vårdaren kunskapen att läsa av kroppsspråket hos patienten eller något annat beteende för att sedan reagera utifrån det. Dokumentationen är viktig så alla i vårdpersonalen kan ta del av kunskapen och kan uppfylla patienten behov och önskemål trots att verbala kommunikationen är nedsatt. (Piers;Albers;& Van den Block, 2018).

5.2 Utmaningar i bemötande

Vid alla minnessjukdomar förekommer det någon typ av beteendesymtom och vilka symtomen är, beror ofta på var i sjukdomsförloppet personen befinner sig. I början av sjukdomen är de kognitiva symtomen oftast milda och det är vanligt att individen känner sig nere på grund av sjukdomsdiagnosen. Senare i sjukdomen kan feltolkningar och missuppfattningar ske samt då kommunikationsförmågan försämras, kan aggressivitet och agitation uppkomma då personen inte kan göra sig förstådd. Alla symtom som uppstår kan bero på olika saker för olika människor. Symtomen som uppstår kan bero på biologiska och neurokemiska förändringar i hjärnan men det kan även bero på att den minnessjuka försöker kommunicera. Under hela sjukdomsförloppet kan nedstämdhet, depression,

ångest och oro uppkomma, detta kan tolkas som en reaktion på att personen har en obotlig sjukdom men att sjukdomen i sig, påverkar serotoninssystemet som reglerar stämningsläget som kan orsaka att symtomen uppstår. (Wahlund, 2020, ss. 207-208).

Vid vården av personer med minnessjukdomar kan det uppstå utmanande beteenden som är plågsamma för individen själv men även för de andra i närheten. Skadliga beteendesymptom som är förknippade med en minnessjukdom måste utvärderas noggrant för att kunna stödja individen. Oftast handlar beteendesymtomen om förändringar i hjärnan men inom vården behövs det även övervägas om andra faktorer kan bidra till symtomen. (Ouldred & Bryant, 2008, s. 242).

Fysiska orsaker samt medicin kan påverka den minnessjukas beteende. Personen kan bli orolig om hen har en oklar infektion i kroppen som inte märks på grund av att hen till exempel har svårt att uttrycka sig. Det kan även bero på bland annat smärta, förstoppning eller störning i vätskeintaget. Olika läkemedel så som antikolinerga, steroider, bensodiazepiner samt en större mängd läkemedel per dag, kan påverka på den minnessjukas beteende och skapa förvirring hos personen. Det kan även vara svårt att skilja på demens, förvirring eller depression. (Georgina, 2012).

Psykotiska symtom så som hallucinationer och vanföreställningar men även misstolkningar förekommer vanligen vid det medelsvåra stadiet. Det är vanligt att patienten upplever att någon är otrogen även fast det inte är så. Det är också vanligt att personen feltolkar sin egen spegelbild eller tror att personen i televisionen, egentligen är i rummet. Vissa mönster kan uppfattas som något helt annat och övriga hallucinationer är vanliga. Dessa symtom kan förklaras av kognitiv nedsättning tillsammans med hur personen var innan insjuknandet och då skapar det fel tolkning av beteende. Detta kan vara svårt för omgivningen att förstå. (Wahlund, 2020, s. 208).

Motorisk oro är vanligt i en mera avancerad minnessjukdom. En av den vanligaste motoriska oron är vandringsbeteendet och med det menas att personen vandrar ständigt och kan bli upprörd om beteendet bryts. Vad som är orsaken till detta är oklart, men det tros att vandrandet är någon form av ångestlindring för personen. Oavsett fallet behöver vårdare försöka reda ut varför beteendet finns. Det kan vara kopplat till att de tidigare i livet rört på sig mycket men även värk, hunger, behov av att gå på toaletten eller en

reaktion på stress, men det kan även finnas annan bakomliggande orsak till beteendet. Ibland i rimliga fall är det bäst att anpassa omgivningen så att det finns möjlighet för personen att kunna vandra. (Wahlund, 2020, ss. 208, 244).

När det gäller den fysiska delen i vårdandet kan det uppstå problem mellan vårdare och den minnessjuka, ifall inte kommunikationen fungerar. Då kan det uppstå problem så att den minnessjuka kan till exempel vägra vården. För att det skall fungera måste vårdaren ha kunskap gällande den minnessjukas funktionsförmåga samt lära sig personens individuella behov så att patientsäkerheten skall vara så bra som möjligt. Det finns olika sätt att gå till väga som till exempel att låta personen göra så mycket som möjligt själv eller följa samma vård mönster så personen blir van och inte obekvä. (Wångblad;Ekblad;Wijk ;& Dahlin Ivanoff, 2009, ss. 644-650).

Aggressivitet kan både förekomma vid ökad irritation och ilska samt verbala och fysiska angrepp mot både anhöriga och vårdare. Detta kan påverkas av feltolkningar och missuppfattning av omgivningen. (Wahlund, 2020, s. 209). Förändringar i hjärnan som kan leda till att personen har svårigheter att utföra olika dagliga sysslor kan även leda till frustration (Ouldred & Bryant, 2008, s. 244).

Ofta kommer medicin in som första lösning när det gäller att lugna ner en minnessjuk person även fast det finns mycket annat icke medicinska behandlingar som kan användas. Varför vården använder sig av medicinsk behandling för att lugna patienten i stället för det icke-medicinska, kan bero på brister i personalens kunskaper gällande bemötande av personer med minnessjukdom. (Weitzel;Robinson;& Barnes. R, 2011, s. 15).

Det finns inte ännu någon forskning på att personer som har en minnessjukdom känner smärta annorlunda än personer utan. Oftast så har en minnessjuk på sjukhus både akut och kronisk smärta. Det kan vara svårare att bedöma om patienten har smärta ifall hen inte kan uttrycka sig. Vårdaren kan fråga eller läsa i journalen om varför personen har ont och var, kolla historia om föregående reaktioner vid smärtor samt kolla upp metoder mot smärta som tidigare använts i hemmet eller boende som är medicinska eller icke-medicinska. För personen som inte mer kan uttrycka sig, finns det ett instrument som kan användas, som heter Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD). Denna skala har olika sätt att

kolla smärta på en person som till exempel genom kroppsspråk, ansiktsuttryck, andning eller följa med de vitala funktionerna. (Weitzel;Robinson;& Barnes. R, 2011, s. 15).

Miljöns betydelse spelar stor roll i hur patienten mår och kan även skapa utmaningar i beteendet, speciellt i sjukhusmiljö. Utmaningarna kan uppstå då det gäller utseendet på lokal, andra okända människor runt om, i allmänhet vara i en främmande miljö, med obekanta rutiner och nya ljud runt omkring. (Ouldred & Bryant, 2008, s. 244). Den minnessjuka blir även påverkad av vårdarens känslor, om patienten upplever att vårdaren är stressad känner patienten att det inte är en trygg miljö vilket kan skapa utmanande beteenden. I en sjukhusmiljö kan det vara svårt för en person med en minnessjukdom att förstå instruktioner och direktiv, svårigheter med att berätta om sina symptom samt få en kontakt med sjukvårdspersonalen. (Weitzel;Robinson;& Barnes. R, 2011, ss. 13-14).

Vårdklimatet utgörs av vårdarna och vilket sätt verksamheten bedrivs på enheten. För ett bra vårdklimat på enheten så behöver det finnas skickliga och kompetenta vårdare som har erfarenhet av arbetet. Också ett genuint intresse för patienternas mående och att utveckla arbetet kontinuerligt behövs för att verksamheten ska fungera. Som vårdare är det viktigt att lära känna patienterna för att genomföra vården enligt patientens önskemål och tankar. Information som detta leder också till en bättre relation mellan vårdaren och den minnessjuka. (Edberg, 2014, s. 220).

Det finns olika behov för olika personer med en minnessjukdom. Oftast är det så att när sjukdomen framskrider behöver personen hjälp med vardagliga sysslor. Personen med en minnessjukdom kan tro att hen är i en annan verklighet och tror att hen är till exempel ung eller i en annan miljö. När patienten behöver hjälp med de vardagliga sysslorna, som hen inte behövt förut, kan det komma som en chock och personen förstår inte varför just hen skulle behöva hjälp. Det kan ofta leda till att personen blir rädd, ångestfylld, aggressiv eller vägrar vården totalt. När den minnesjuka till exempel flyttar till ett äldreboende så kan det också väcka upp olika känslor när det är en ny miljö och deras verklighet inte passar in med livsstilen. Alla personer är olika och kan reagera olika på situationer. (Jenkins ;Smythe;& Galant- Miecznikowska, 2014, ss. 16-19).

Genom att vårdaren har tillräckligt med kunskap om individens bakgrund och livshistoria kan vårdare använda det som vägledning till att förstå varifrån patientens beteende

uppstår. Då man förstår vad patienten varit med om, förstår vårdare också bättre patientens situation som även stöder bemötandet. I senare stadie av sjukdomen då kommunikationen oftast upphört, förekommer vanligen rop i beteendet. Beteendet kan ske på olika sätt, från olika ljud till olika tonlägen. För omgivningen kan detta vara väldigt störande. Det är speciellt viktigt att reda ut varför dessa beteende sker för att kunna hjälpa patienten. (Wahlund, 2020, s. 209).

5.3 Kommunikationsstrategier

Personer som lider av någon form av minnessjukdom kan ofta känna sig oroliga, nervösa, deprimerade eller arga. Som professionell behövs kunskap om att möta dessa känslor på ett sådant sätt som lugnar men också tryggar den minnessjuka. Enligt studier som har gjorts visar det sig att hur människor bemöter, har en stor effekt på den som har en minnessjukdom. Genom att skickligt kunna prata och visa ett lugn i hur man kommunicerar kan vårdaren vända humöret hos den minnessjuka som uppvisar någon form av orolighet eller nedstämdhet. (Schnepp & Erdmann, 2016, ss. 1185-1188).

Validationsmetoden förbättrar kommunikationsförmågan med desorienterade personer som stödjer deras känslor oavsett tid eller plats som är verkligt för dem även om det inte motsvarar det som sker här och nu. I stället för att korrigera det som är fel i diskussionen försöker vårdaren i stället ta reda på den verkliga meningen bakom diskussionen. (Ouldred & Bryant, 2008, s. 246).

Validationsmetoden används genom att kommunicera med patienten. Denna metod hjälper den minnessjuka att känna igen sina känslor och behov. Metoden kan även hjälpa vårdare att kommunicera med personer med en minnessjukdom som har svårt att tala och uttrycka sig själv. När vårdare pratar med personen skall det vara meningar som kan få personens känslor igenkända, som till exempel ledsamhet. Tonläget i talet skall lämpa sig till själva känslan eftersom det då kan vara lättare för den minnessjuka att förstå och acceptera vad vårdaren säger. Genom att lyssna på personen kan det mer givande än att ha en diskussion, att sitta ner och låta den minnessjuka prata, inte ge råd eller försöka få personen tillbaka till verkligheten. Genom att lyssna och kommunicera med respekt och empati kan det hjälpa personen att upprätthålla eller återställa sitt självförtroende och sin stolthet. Metoden skall hjälpa den minnessjuka att acceptera och ta itu med sina tankar

och känslor samt tänka på effekterna det har på personens självkänsla och egen identitet. (Bleathman & Morton, 1996, ss. 868-888).

Enligt Edberg (2014, s. 70) finns det två olika strategier som kan stöda bemötandet i utmanande situationer. Dessa är realitetsorientering och personcentrerad strategi. Båda dessa teorier har fördelar och nackdelar och kräver goda kunskaper för vårdaren att kunna se när vilken kan passa bäst.

Den personcenterade strategin handlar om att vårdaren mera sätter sig in i hur personen upplever och känner. Strategin fungerar bra även vid aggressiva situationer. Genom att vårdaren sätter sig in i hur personen känner sig så utvecklas ett empatiskt vård förhållande mellan vårdare och patient. Även om minnessjukdomen är långt framskriden så fungerar denna strategi eftersom det handlar inte så mycket om att lösa konflikten, utan mera att finnas där för patienten. Det finns dock nackdelar med detta, som vårdare kan man gå in alltför mycket i situationen och inte hålla sig kvar vid målet, alltså att lugna ner eller förbättra tillståndet hos den minnessjuka men som vårdare upplevs förvirring. (Edberg, 2014, s. 72).

Med realitetsorientering menas att vårdaren går in för att försöka få patienten att inse att det som hen pratar om inte stämmer, detta kan till exempel handla om att den minnessjuka tror att sin mamma lever ännu. Denna strategi passar bra då minnessjukdomen inte har framskridit så mycket men den kan upplevas tung både för vårdaren och patienten. (Edberg, 2014, s. 71).

Bemötande av personer med minnessjukdomar kräver dock enligt Schnepf och Erdman (2016, ss. 1189-1204) att vissa saker både från vårdare till hur sjukvården styrs upp, samt vilka värderingar man som vårdare har. En viktig aspekt är att arbetsplatsen säkerställer att vårdarna har en bra utbildning och kan arbeta med minnessjuka. Utan kunskap hos vårdarna så kan inte en god vård garanteras och bemötandet samt förståelsen blir avsevärt sämre. Det andra som poängteras är att det behövs finnas ett gemensamt mål bland både vårdare och att förmän samt administrationen är på samma linje. De nämner också att vården av minnessjuka borde hållas i egna grupper, istället för att vara indelade i grupper tillsammans med de som inte har en minnessjukdom. Detta underlättar vården och det minskar på irritationen som kan förekomma bland andra som bor vid vårdhemmet.

6 Personcentrerad omvårdnad

Ouldred och Bryant (2008, s. 242) hänvisar till Kitwood (1997), att då vårdaren arbetar personcentrerat ses hela individen och inte bara sjukdomen, i stället för att behandla och kontrollera symtom och beteenden tar den personcentrerade vården hänsyn till varje individs unika egenskaper, förmågor, intressen, val och behov.

Inom vården är det vårdaren som är kunnig inom sitt område men det är patienten som är expert på sitt eget liv. Som vårdare är det viktigt att man bemöter patienten som en individ som kan bidra till vården med sina egna lösningar, åsikter och ta ställning till vad som är lämpligt för personen själv. Patienten bör alltså betraktas som en jämbördig partner inom vården och vårdpersonalen får inte använda sin expertmakt över patienten utan i stället utgå ifrån patienten och detta genom det skapas delaktighet. (Kan & Pohjola, 2016, s. 68).

Jenkins, Smythe och Galant- Miecznikowska (2014, ss. 16-19) hänvisar till att regeringen i Storbritannien har gjort ett samarbete med Dementia Action Alliance och kommit fram till olika fraser som vårdpersonal skall tänka på när det gäller personcentrerad vård och den minnessjukas synvinkel. Fraserna är att personen med en minnessjukdom skall få vård och stöd enligt dess sjukdom och hens liv, att den minnessjuka känner sig inkluderad i samhället, får ta egna beslut, blir behandlad med värdighet och respekt, får rätt stöd samt att personen skall få sina önskningar vid livets slutskede och ända fram till döden.

För att personen skall få en personcentrerad vård finns det vissa saker som personalen inom hälso- och sjukvård måste göra. Personalen måste bemöta personen individuellt och unikt oavsett om hen har vissa funktioner som inte är den samma, försöka sitt bästa för att förstå och lära känna personens intressen och hens perspektiv på livet. Även att försöka få fram patientens självbestämmanderätt samt medbestämmande så långt det bara är möjligt. Som vårdare skall man även försöka få med personens sociala nätverk i vården samt att försöka hålla en meningsfull relation. För att personen med minnessjukdom skall känna sig unik kan det hjälpa att till exempel låta hen prata om sig själv och sitt liv, få anhöriga att hjälpa med orientering enligt vad personen önskar samt att traditioner och kulturer håller kvar sig i vården. Det har visat sig att ifall personer med minnessjukdomar får en personcentrerad vård, ökas självständigheten, integriteten samt minska agitation

och användningen av lugnande läkemedel. Även ökar det trygghet och välbefinnande för den minnessjuka personen. (Ekman , 2014, ss. 152-153).

Vården av en person med en minnessjukdom ska fokusera på att patienten själv ska klara av dagliga aktiviteter och genom att anpassa omgivningen åt patienten kan den klara sig med mindre stöd samt utifrån dem även kunna förbättra och upprätthålla sin funktionsförmåga. Miljöförändringar som underlättar den självständiga funktionen, så som hjälpmedel, bör regelbundet utvärderas för att ge tillräckligt med stöd för patienten att få göra saker i egen takt och även få delta i aktiviteter de tycker om. (Ouldred & Bryant, 2008, s. 242).

Patienten och dess anhöriga bör få vara delaktiga i vården med tanke på egenmakt och motivationen till att upprätthålla sin hälsa och välbefinnandet. Då patienten får vara delaktig bidrar det med ett positivt resultat och vården ges på ett personcentrerat sätt. Genom ett personcentrerat arbetssätt skapas en god relation mellan vårdare och patient samt att vården är då uppbyggd av värderingar om respekt för människans självbestämmande rätt och man ser även hela helheten av människan. (Dixon & Thompson, 2018, ss. 351-352). De mål som ställs upp behöver alltid vara i relation till patientens situation och inte utifrån vad vårdpersonalen förväntar sig (Kan & Pohjola, 2016, s. 68).

Med hjälp av familjen kan den minnessjuka få ett stabilt dagligt liv samt att det förbättrar mående och livskvaliteten. Då vårdaren behöver bedöma den minnessjukas tillstånd beaktas patienten under olika interaktioner men i allmänhet är det viktigt att arbeta i en lugn och stödjande miljö. Vårdaren kan ta stöd av de anhöriga samt följa med handlingar för att kunna lära sig hur just den individen vill bli vårdad. Genom att bli bra bemött skapas även en positiv inställning till sjukdomen, vilket också förbättrar livskvaliteten. Som vårdare är det viktigt att man har ett betydelsefullt förhållningssätt till vården av minnessjuka. (Komatsu, ym., 2021, s. 296).

Inom vården har det upplevts svårt att arbeta personcentrerat på grund av arbetspressen och brist i resurserna. Resursbristen har identifierats som en orsak till sämre vård och bristfällig symtomatisk behandling. Fastän man inom vården står inför många utmaningar är det viktigt att alla inom vården har tillräckligt med kunskaper och färdigheter. Vårdaren skall se till att anhöriga får ta del av vården. Som vårdare har man

ansvaret för att genomföra en helhetsbedömning, omvärdera och planera omvårdnaden för patienten, genom att regelbundet granska vård förhållandet kan man även förbättra den personcentrerade vården. (Dixon & Thompson, 2018, ss. 351-352).

Genom att vårdaren får reflektera över sin vård ger det möjlighet för dem att få ett tydligare inblick och en djupare förståelse för varje patients unika behov av vård. Som vårdare ser man även till att nya sätt att ta hand om patienterna och sina egna svaga sidor förbättras. Då en vårdare reflekterar, förstår hen även bättre att man bör engagera sig i processen, inte bara involvera sig i personernas vård rutinmässigt utan att vårdaren betonar det unika hos varje enskild patient. Genom att vårdaren tänker på sitt arbete, omvärderar sina vårdbeslut och fokusera på varje patients individuella behov, skapar man bättre personcentrerad vård. Detta förbättrar dagliga interaktioner mellan varje patient. Vårdare upprätthåller en öppen, tydlig och effektiv kommunikation med varje patient och andra i vårdteamet för att kunna bygga en bra relation där man visar både respekt och skapar en trevlig miljö. Målet med den personcentrerade vården är att uppmuntra patienterna till att bli mera delaktiga i sin dagliga vård. (Mansah;Coulon;Brown;Reynolds;& Kisiwaa, 2014, ss. 40-42).

6.1 Empatins betydelse

Empati lindrar patientens oro och skapar trygghet samt främjar också vårdrelationen (Kan & Pohjola, 2016, s. 70). Empati är en förmåga att leva sig in i hur en annan människa upplever en situation och hur de tänker samt känner. Då man som patient känner sig sedd, respekterad och accepterad som människa och upplever att en annan person är engagerad, bidrar det till positiva känslor. Som vårdare behöver man ha intresse av att förstå hur en annan människa upplever en situation. (Olivestam & Thorsén, 2012, s. 128).

I interaktionssituationer behövs både emotionell intelligens och social begåvning. Till det hör till exempel att individen kan identifiera och förstår sina känslor, kan kontrollera sina känslor enligt förhållandet vid olika tillfällen, har självdisciplin genom att inte alltid säga något bara för att tillfredsställa sig själv utan fokuset ligger på patienten. Vårdaren behöver även förstå andras känslor, ha empati samt sträva till en god relation. (Kan & Pohjola, 2016, s. 69).

Till vårdarens uppgift hör det till att hjälpa patienten med olika handlingar så som att sköta sin hygien, stöd i ätandet, på- och avklädning och bäddning. Det finns skillnader i vårdandet, om man vårdar rutinmässigt utifrån arbetsuppgifter eller om vårdare inkluderar empati i vården och de uppgifter hen utför. Skillnaden är att hur vårdaren gör arbetet istället för vad som görs. Inom bemötandet finns det alltid ett förhållande mellan makt och beroende, att en professionell vårdare är medveten om sin makt och använder den på ett ansvarfullt sätt som stöder patienten. (Olivestam & Thorsén, 2012, ss. 123-124).

Som vårdare utför man vården både med sitt tal och med sitt kroppsspråk, en handling kan utföras på två olika relationssätt; jag-det-relation eller i en jag-du-relation. I en jag-det-relation ser vårdaren patienten som ett föremål som inte kan känna eller uppleva och vårdaren själv är en människa och gör vad man själv egentligen vill utan att ta patientens önskemål och känslor i beaktande. (Olivestam & Thorsén, 2012, s. 124).

I en jag-du-relation bemöter vårdaren patienten som en unik individ som både känner, tänker och drömmer. I bemötandet bekräftar båda varandra som människa som är likvärdiga och visar ömsesidig respekt. Som vårdare är man närvarande och lyssnar aktivt på vad patienten önskar sig och samarbetar för att skapa en bra vård där patienten också får vara delaktig. Då patienten är delaktig upprätthålls patientens egen funktionsförmåga också. Jag-du-relationen bygger sig på en bra kommunikation och gemensamma handlingar. (Olivestam & Thorsén, 2012, s. 126).

Inom vården skyller vårdare oftast på att det inte finns tid, men att avstå från empati tar lika länge som det skulle ha tagit för att visa empati. Det handlar bara om inställningen vårdaren har till patienten. Som vårdare skall man inte nedvärdera patienten och försöka få den att vara tyst om upplevelser utan det är viktigt att låta patienten prata om sina känslor och åsikter. Om man som vårdare inte håller med, bör man ändå inte förminska patientens upplevelser. Genom att vårdaren istället bekräftar vad patienten har gått igenom, som till exempel genom att ställa frågan "har jag förstått dig rätt, var det så här du tänkte?" inser också patienten att vårdaren förstår vad hen menar och är intresserad av det. Som vårdare kan det vara svårt att komma nära någon som lider och för att kunna stöda patienten på ett professionellt sätt är det viktigt att man kan gå in med en medkänsla till patienten och inte med medlidande. (Olivestam & Thorsén, 2012, ss. 128-129).

Medlidande betyder att vårdaren lider med patienten, det vill säga om patienten upplever oro så upplever vårdaren också det. Skillnaden mellan du och jag suddas ut och vårdaren får svårt att lämna patienten då vårdaren vet att det skapar en känsla av övergivenhet. Om man som vårdare hela tiden lider med patienten kan det leda till att det drabbar en både fysiskt och psykiskt. Medlidande är inte en professionell hållning och om vårdaren hamnar in i det förhållningssättet kan det lätt ske att man går till ett jag-det-relation. Man tar över den andras självbestämmanderätt och tar allt ansvar. Detta påverkar negativt på hela värdeförhållandet och patientens delaktighet. (Olivestam & Thorsén, 2012, s. 130).

Dock, då en vårdare visar medlidande betyder det att hen vill det allra bästa för patienten. En vårdare som har mera erfarenhet har bättre möjligheter att leva sig in i upplevelser som gör det möjligt att lindra en dålig känsla hos den lidande. (Arman, Empati och medlidande, 2020; Holmberg, 2019). Vårdteoretikern Björk tycker enligt Wiklund Gustin & Bergbom (2012) att begreppet medlidande inte alltid handlar om att lida med någon utan kan också handla om att minska den andras lidande. Då medlidandet är optimalt ser vårdaren patienten som en helhet och inte som en sjukdom eller lidandet för sjukdomen utan även känslorna kring sjukdomen och livssituationen. Medlidande är en äkta känsla som gör att tryggheten i miljön i vårdarbetet ökar. Enligt Myers (2013, s. 311) talar även vårdteoretikern Simone Roach om hur medlidande är en egenskap hos en vårdare, som kan leva sig in i en annan persons upplevelser, känslor och lidande som förbättrar vårdrelationen.

Enligt Olivestam och Torsén (2012, s. 131) bör vårdaren istället visa medkänsla åt patienten. Med medkänsla menas att vårdaren känner med patienten men lider inte med patienten. Vårdaren lever sig in i hur patienten känner och upplever, visar engagemang och intresse men vårdaren tar inte med sig lidandet från patienten. Med medkänsla menas medmänsklighet och formar en jag-du-relation som är en professionell distans. Detta är dock ingen lätt sak att upprätthålla och det påverkas mycket av vårdarens egen självinsikt och livserfarenheter.

För att kunna leva sig in på ett professionellt sätt krävs förmågan att skilja på sina egna inre upplevelser från patientens upplevelser. Det kräver att vårdaren kan kontrollera sina egna tankar och känslor och istället ta till sig det som patienten säger utan att lägga till eller ta bort något. (Kan & Pohjola, 2016, s. 70).

6.2 Helhetssyn på människan

Skribenterna anser att helhetssynen är viktig inom vården idag, eftersom man försöker komma bort från att endast se en liten del av människan till att i stället se en större helhetsbild. För att kunna göra detta behöver man en djupare uppfattning av människan man vårdar. Det finns flera olika aspekter som bygger upp människan så som tro, värderingar men också av sociala faktorer så som familj och vänner.

Människan är en komplex varelse och för att få en helhetssyn på henne måste man förstå att olika aspekter bygger upp henne. För att kunna ge vård behöver man ha en baskunskap i vad som behövs för att kunna se den hela människan. Alla är individer och har sina egna värderingar samt tro som måste respekteras. När man förstår att människan är en individ så förstår man samtidigt att en vård för en människa är inte den samma som för en annan, även om dessa två skulle ha samma sjukdom. (Eriksson, 2014, s. 28).

De åtta olika nivåerna av människan är; biologisk, person, interpersonell, organisation, samhällelig, kulturell, ekologisk och religiös. De olika nivåerna av människan bygger på helhetssynen som stöder vården då det inte bara räcker med att ta i beaktande den biologiska nivån utan måste agera utifrån alla nivåer för att kunna skapa en personcentrerad vård. (Olivestam & Thorsén, 2012, ss. 97,99).

Med biologisk nivå menas att människans behov är kopplat till kroppen. Inom sjukvården är denna nivå viktig då den är kopplad till hur uppfattningen av människors beteende styrs av omedvetna biologiska faktorer. Då man betraktar människan ur personnivå ser man personen med känslor, eget medvetande och upplevelser. Förmågan att leva sig in i andra människors upplevelser är en viktig del inom vården. Interpersonell nivå betraktar hur människan påverkas av de personerna som finns i livet så som familj, vänner och arbetskamrater. Inom vården är anhöriga en viktig resurs till vårdarbetet. Ur organisationsnivån tar man i beaktande människans sätt att fungera, positivt eller negativt, beroende på vilken ställning människan har i en organisation, som till exempel i skolan eller på arbetet. (Olivestam & Thorsén, 2012, s. 97).

Människan ur en samhällelig nivå fokuserar på hur människorna är medlemmar i ett stort kollektiv. Detta gäller till exempel kostnader inom vården, juridiska rättigheter och hur detta påverkar vården. Då man betraktar människan ur en kulturell nivå studerar man

beteenden i olika kulturer. Kulturer påverkar till exempel människans egenuppfattning, vilka roller man har och hur olika sjukdomar definieras. Inom vården stöter man på många olika kulturer som behöver tas i beaktande. (Olivestam & Thorsén, 2012, s. 97).

Ur den ekologiska nivån studerar man hur människan påverkas av natur, färg, former, ljud, stress samt vad man äter och dricker. Hur hela miljön runt om påverkar hälsan och trivseln samt vilken betydelse det har för människans tillfriskande. Den religiösa nivån eller existentiella nivån fokuserar på hur människans tro påverkar på hur man fungerar. Vissa religiösa människor tror på en högre makt och liv efter döden och vissa igen tror att det inte finns något liv efter döden samt att det inte finns någon större mening med människans liv. Alla människor har olika uppfattningar om religioner och det påverkar dem på olika sätt, inom vården behöver man beakta detta för att inte gå emot deras tro. (Olivestam & Thorsén, 2012, s. 98).

7 Minnessjukdomens påverkan på individen

Skribenterna har valt att ta med om minnessjukdomar i allmänhet eftersom arbetet fokuserar på det. Det kan vara klart för skribenterna och andra inom hälso- och sjukvården vad dessa sjukdomar är och vad en minnessjuk behöver, men för andra personer kan det vara obekant och svårt att förstå. För att få en helhetsbild till arbetet och för läsarna har skribenterna valt att skriva kort om detta för att öka förståelsen för alla parter.

Ofta antas det att minnessjuka är passiva deltagare i sitt liv och har svårigheter med att engagera sig på grund av sin sjukdom. Studier har visat att de är aktiva individer som genom att skapa en bra vårdrelation med sina vårdare kan öka känslan av tillfredsställelse, ger känsla av trygghet och förbättra livskvaliteten. Inom detta finns det tekniker för att stödja detta, som till exempel validationsmetoden och personcentrerad omvårdnad. (Komatsu, ym., 2021, s. 295).

Under det senaste två decennierna har studier visat att äldre personer med tecken på Alzheimers sjukdom uppvisar inga eller få kliniska tecken på minnesförlust då man har ett bra socialt nätverk och aktiviteter. Då den minnessjuka har en funktionsnedsättning rekommenderats det att man i den latent fasen bygger vidare på sina styrkor och stöder hjärnhälsan genom att öka sin kognitiva aktivitet. Denna process kan ge hopp för individer

och möjlighet att bygga upp samhällets medvetande om styrkor hos personer med en minnessjukdom samt även på det viset minska skammen av en minnessjukdom. (McCormick,;Becker;& Grabowski, 2018, ss. 357-358).

McCormick, Becker och Grabowski (2018, s. 362) menar (enligt McGovern, 2015) att andra aspekter av det kognitiva kan förbli intakta i flera år även när andra minnen bleknar och personer med en minnessjukdom kan fortsätta delta i många aspekter i sitt liv.

Att få diagnosen är en svår upplevelse och tankarna kretsar kring hur livet kommer att se ut framöver. Alla bearbetar och lär sig på olika sett hur det hanterar sin sjukdom, oftast är det något de har tyckt om att göra tidigare som får dem på bättre humör. Då individen är nydiagnostiserad är det viktigt att inse att livet inte slutar utan man ska njuta istället, man kommer inte kunna göra allt man trodde men man gör det som är överst på listan. Som vårdare är det viktigt att hjälpa den minnessjuka att hitta sina egna resurser och tjänster som stödjer människans egen funktionsförmåga och de utmaningar som kan komma. Det är viktigt att fokusera på styrkorna hos den minnessjuka och involvera dem i aktivitet som gynnar deras liv och ger värdefull mening. (McCormick,;Becker;& Grabowski, 2018, ss. 358,361-362).

Personer som har en minnessjukdom får stöd av sina familjer och från vårdpersonal i olika sammanhang, men även från samhället. Socialt stöd kan beskrivas på olika sätt men det som används mest är att socialt stöd är en verbal och icke-verbal kommunikation. Kommunikationen är mellan den som har en sjukdom och den som försörjer personen. Kommunikation hjälper människan att minska osäkerhet och stärker personens uppfattning om personlig kontroll. Det stöder även helhetsituationen och relationen till varandra. Det finns även andra varianter av socialt stöd som känslomässigt, respekt, nätverk, information och konkret stöd. Det känslomässiga stödet och respekt kan höja den minnessjukas humör och motivera hen till utförandet av olika åtgärder som i sin tur ökar självförtroendet. (Kourakos;Kafkia;& Minasidou, 2016, ss. 1168-1188).

Nätverksstödet visar den minnessjuka att hen aldrig är ensam utan alltid har någon vid sin sida. Informationsstöd är bra för patienten men även de anhöriga, då de behöver kunskap om sjukdomen. Stödet behövs speciellt då sjukdomen framskrider och den fysiska funktionsförmågan försämras och stödet i vardagen behövs allt mer. Det är en mycket tung

och utmattande uppgift för den anhöriga att ta hand om en minnessjuk och det behövs mycket tid och energi för det. Det finns utbildad vårdpersonal som hjälper patienter och de anhöriga genom detta, och finns där för dem att tala med. Det främjar till att inga negativa attityder förekommer samt att det ökar välbefinnandet för patienten och anhöriga. (Kourakos;Kafkia;& Minasidou, 2016, ss. 1186-1188).

7.1 Diagnostisering av en minnessjukdom

Enligt Amjad, med flera (2018) är det vanligt att minnesproblem förblir odiagnostiserade. Detta är ett problem på många sätt som komplicerar vården men även individen. På grund av att diagnos fattas kan man inte heller vårda individen på korrekt sätt. Det är lätt att tänka att detta inte spelar någon roll men utan diagnos kan det skapa svårigheter till exempel vid patientförflyttningar eller flytt från hemmet till ett boende.

Diagnosen är även viktig för vårdpersonalen för att kunna planera vården individuellt, men också för att kontinuerligt kunna följa med sjukdomstillståndet. Demenssymtom ser man ofta i patientjournalen och behöver därför utredas och specificeras vilken minnessjukdom det handlar om. (Amjad, o.a., 2018).

7.2 De vanligaste minnessjukdomarna i Finland

Skribenterna har valt att ta med bakgrundsinformation om olika minnessjukdomar eftersom de anses vara relevant då arbetet undersöker om det finns skillnader i bemötande vid de olika minnessjukdomarna. Tidigare fakta och forskning har inte hittats om det finns någon skillnad i bemötandet. Bakgrundsinformation ger även läsaren en helhetsbild av de olika minnessjukdomarna och få en generell förståelse för vilka kognitiva svårighetsgrader och symtom de olika minnessjukdomarna kan orsaka.

Minnessjukdom är en folksjukdom i Finland där minnet och andra kognitiva funktioner försämras. De vanligaste minnessjukdomarna i Finland är Alzheimers sjukdom, Lewykroppss demens anknutet till Parkinsons demens, cerebrovasculär sjukdom samt frontotemporal demens. (THL, 2021). Skribenterna har nedan valt att grundligt gå in på de vanligaste minnessjukdomarna i Finland.

Demens i sig är ingen specifik sjukdom utan det är ett övergripande begrepp för olika symtom som orsakas av olika hjärnskador. Symtomen på minnessjukdom kan delas in i; kognitiva förändringar, funktionella förändringar, beteendemässiga/psykiska förändringar. (Wahlund, 2020, s. 191).

Den kliniska bilden avspeglar sig beroende på lokaliseringen av hjärnskadan, nedan kommer några exempel på vad som påverkas i hjärnan beroende på var i hjärnan minnessjukdomen ligger.

I frontalloben kan det ske beteendeförändringar i personligheten, nedsatt kunskap, försämrat omdöme, irritation, aggressivitet, oro, försämrat födointag, nedsatt självkritik och obehärskade kommentarer samt bristande motivationsförmåga. Emotionella tecken som kan förekomma är bortfall av empati, sympati och engagemang samt tilltagande ointresse. Inom språkstörningar kan det förekomma nedsatt spontant tal, försämrad förmåga att benämna och förstå ords betydelse, imitationsbeteende samt mutism. I tinningloben kan det ske förändringar med att inte känna igen ljud och rytmer, nedsatt flytande tal och förståelse, svårigheter till att finna vissa ord och nedsatt minne samt inlagring. (Wahlund, 2020, s. 191).

I hjässloben kan det påverka svårt att läsa och räkna, svårigheter med att identifiera föremål med fingrarna, problem med topografiskt minne alltså att man kan ha svårigheter med att klä på sig rätt, svårigheter i att tolka lukt, ljud och även att känna igen ansikten. Om sjukdomen förekommer i nackloben förekommer synhallucinationer, dyslexi, oförmåga att känna igen färger trots normalt färgseende och man har även svårigheter i att tolka synintryck. (Wahlund, 2020, s. 191).

7.2.1 Alzheimers sjukdom

Av alla de olika formerna av minnesjukdomar så dominerar Alzheimers sjukdom med upp till 70% av alla diagnostiserade personer med någon form av minnessjukdom. Sjukdomen är vanligtvis väldigt långsam och stora hopp i framskridandet kan inte ses, som det kan göra vid andra minnessjukdomar. Detta gör att sjukdomen kan pågå en längre tid utan att personen som har insjuknat eller dess anhöriga vet av det. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, 2021).

När sjukdomen framskrider drabbas flera olika kognitiva förmågor, personen får svårare att minnas det som nyligen har hänt, detta kallas för episodiskt minne. I början av sjukdomen är det färre saker som glöms bort och som lätt kan förväxlas med tankspriddhet så som var man har satt saker. När sjukdomsförloppet framskrider syns minneslösheten mer tydligt hos personen. Eftersom sjukdomen inte går att bota betyder detta att sjukdomen på sätt och vis tar över och en del personer klarar inte av att sköta vardagliga funktioner. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, 2021).

Vid Alzheimers finns det forskning om att nervceller kring tinningloben blir förstörda. Sjukdomsförloppet kan delas in i mild, medel och svår Alzheimers. I den milda fasen är sjukdomen inte så pass utvecklad så den insjuknade människan klarar av det mesta själv, men behöver lite stöd och påminnelse i vardagen. När sjukdomen går över till den svåra fasen behövs ofta mer hjälp i vardagliga behov. (Ekwall & Jansson, 2016, ss. 183-184).

7.2.2 Vaskulär demens

Vaskulär demens kommer till följd av olika störningar i hjärnans blodcirkulation (Vanhala , 2021). Blodcirkulations rubbningarna sker vanligen på grund av infarkter i de subkortikala småkärlen i hjärnan (Erkinjuntti & Vataja, 2016). Skadorna som uppstår påverkar individens symtombild. Blodtrycksfall påverkar personer med vaskulär demens mycket lätt och det är vanligt att personens kognitiva tillstånd försämras till natten då blodtrycket sjunker och mörkret sänker sinnesstimuli. Personer som lider av vaskulär demens är ofta deprimerade och har ångest samt är långsamma och passiva. (Wahlund, 2020, ss. 201-203).

7.2.3 Parkinsons demens

Parkinsons sjukdom är en neurologisk sjukdom där rörelsekontrollen försämras och skakningar, långsamma rörelser och balansproblem uppstår. Även smärta, depression, sömn, magfunktion och blodtrycket påverkas vid sjukdomen. Symtomen uppstår eftersom dopaminnivå i hjärnans signalsubstans är bristfällig. Störningar i frontalloben vid Parkinsons kommer med förändringar i beteendet och svårigheter med att utföra, planera och fokusera sig på uppgifter. Personer som har Parkinsons har ofta återkommande visuella hallucinationer. Demens vid Parkinsons klassas som sekundär demens och har samma drag som Lewykroppss demens och är därför svåra att skilja från varandra. Parkinsons

demensdiagnosen får då man över ett år har kognitiva symtom på Parkinsons sjukdom. (Wahlund, 2020, ss. 205-206).

7.2.4 Lewyskroppss demens

Lewyskroppss demens, förkortat LBD (Lewybody disease) är en mindre vanlig minnessjukdom. Olikt Alzheimers som går med en mer jämn sjukdomsutveckling, så har Lewybody mera varierande sjukdomsfall där det finns större skillnader i hur man mår, fungerar och vilka kognitiva problem som uppstår. Patienter med LBD kan också känna av att humöret och sjukdomen beter sig olika från dag till dag. Varierande humör och hallucinationer kan förekomma hos personer med Alzheimers men är mer vanliga vid LBD. På grund av att humöret förändras kan personer med minnessjukdomen få en annan personlighet som kan göra att personliga förhållanden lider av det. (Ekwall & Jansson, 2016, s. 184).

Bemötandet och vården av människor med LBD kan i vissa fall vara utmanande med tanke på hur sjukdomens beteendemönster kan göra den minnessjuka misstänksam eller att de upplever sig själva i en annan verklighet. Det som märks hos patienter med LBD är att motoriska funktioner blir svårare och kan se ut som det gör hos Parkinsons. I slutstadiet av sjukdomen försvinner så gott som all mobilitet samt kognitiva funktioner. Detta betyder att personen behöver hjälp med så gott som allting i vardagen. (Erkinjuntti, Remes, Rinne, & Soininen, 2019).

7.2.5 Frontotemporal demens

Frontotemporal demens eller Pannlobs demens, förekommer i relativt tidig ålder, 50 – 60 års åldern, men det är inte heller ovanligt att den redan uppstår i 40 års åldern. Frontotemporal demensen drabbar den främre sidan av hjärnan, i pannloben och i den främre tinningloben. Den sjuka personen har ofta personlighetsförändringar, beteendestörningar och andra förändringar i det emotionella, som försämrade insiktsförmåga, hämningsslöshet och en sviktande empati. Personen med sjukdomen är ofta rastlös, motoriskt orolig och apatisk. Andra symtom som kan förekomma är bland annat hypersexualitet och hyperoralitet, det vill säga att hen använder munnen allt mer på grund av rastlöshet, som till exempel att lägga olika föremål i munnen. Personen kan även få palilali som betyder att personen får ett tvångsmässigt behov av att upprepa ord. Ekolali är även

vanligt, där personen upprepar vad en annan säger. Senare av sjukdomsbilden kan leda till mutism, det vill säga stumhet och personens förmåga att klara sig självständigt i vardagen och i de vardagliga sysslorna blir knapp. (Wahlund, 2020, s. 203).

8 Metod

Vid en kvalitativ studie kan till exempel intervju, blogg, berättelse, fokusgrupper och observation användas som en datainsamlingsmetod. Det är utföraren som väljer vilken datainsamlingsmetod som lämpar sig till studien. Det är utföraren som skall vara flexibel under datainsamlingen, det vill säga mot de eller den som deltar i studien samt miljön vart datainsamlingen utförs. Utföraren skall även kunna vara flexibel om det sker förändringar i tidpunkten av datainsamlingen. (Henricson, 2017, s. 115).

Vid en kvalitativ studie är det syftet och frågeställningarna som har en betydelse och styr själva forskningsmetoden. En kvalitativ forskningsmetod kan vara lämplig då utredarna vill ha en förståelse och bredare inblick i händelse eller situation. För att få en bred förståelse och ett så brett svar på syftet som möjligt, är intervju en lämplig datainsamlingsmetod. En intervju kräver välutförda förberedelser för att den skall kunna analyseras så att innehållet förblir trovärdigt. Frågorna i en intervju har en stor betydelse för att detta skall uppnås. (Henricson, 2017, ss. 111-112, 143).

Skribenterna har valt att göra en kvalitativ forskningsmetod, i form av en semistrukturerad intervju. Detta motiveras med att det skapar en mera personlig intervju med respondenterna samt att skribenternas syfte är svårt att undersöka och forska kring, ifall det inte sker med en semistrukturerad intervju. Det skribenterna vill få reda på, sker på en djupare nivå av förståelsen av bemötande av minnessjuka och därför valdes denna metod för att ge deltagarna chans att svara öppet med egna åsikter och erfarenheter.

8.1 Urvalsmetod

Urval inför en intervju kan väljas slumpmässigt eller på förhand. Antalet personer som intervjuas och som deltar i studien kan väljas utgående från syfte och metod. Vid en kvalitativ studie är det ofta ett färre antal deltagare som är insatta på ämnet som undersöks, som gör innehållet begränsat och värdefullt. Ett större urval ger ofta stort

datamaterial som försvårar forskningsprocessen. Personerna som väljs till att delta i studien, väljs inte slumpmässigt, utan de personer som utför studien kan själva välja urvalet med tanke på att få svar på syftet eller inrikta sig på en viss yrkesgrupp eller målgrupp som är lämpliga till studien. (Henricson, 2017, ss. 115, 289).

Skribenterna har i detta examensarbete använt sig av bekvämlighetsurval. Detta bekvämlighetsurval kan användas då det inte behövs många informanter och denna urvalsform är ofta lättillgänglig (SBU, 2017, s. 78). Urvalet av respondenterna i denna undersökning är vårdpersonal som arbetar med personer med minnessjukdomar. Kontakten till dessa respondenter har skett genom e-post och personlig kontakt. Valet av dessa personer har utgått från yrkesbeteckning och från erfarenheten av bemötandet och vård av minnessjuka, som gjorde personerna till lämpliga respondenter.

Skribenterna har valt att intervjua fyra vårdare med erfarenhet av att arbeta med minnessjuka. Respondenterna arbetar på olika arbetsplatser samt har olika yrkesbeteckningar som närvårdare, sjukskötare, hälsovårdare samt sjukskötare på magisternivå. Genom att alla har olika yrkesteckningar och olika arbetsplatser vill skribenterna få fram en bredare syn på bemötande av minnessjuka.

Alla respondenter i studien är i arbetslivet för tillfället. Respondenterna i intervjun är anonyma som valt att berätta om deras individuella syn på bemötandet av de minnessjuka i vårdverkligheten. Inget forskningslov har gjorts inför intervjuerna eftersom anonymiteten noggrant bevakats och ingen information om vem de är eller var de arbetar framkommer i något skede av undersökningen. Forskningslov behövdes inte heller trots att ena respondenter var på arbetsplatsen då hen fått muntligt lov av förmannen att intervjun får ske på arbetstid. Respondenterna har fått muntlig information om undersökningens syfte och process samt att de har givit muntligt lov till att deras svar får tas upp i arbetet.

8.2 Datainsamlingsmetod

En intervju som är *semistrukturerad* betyder att intervjufrågorna är öppna och strukturerade i en viss form, men att varje intervju inte behöver ha samma ordning på frågorna, utan intervjuaren kan välja att ta frågorna efter vad som passar in i diskussionen. Intervjufrågorna skall inte vara allt för detaljerade eftersom det kan förstöra interaktionen under intervjun. (Henricson, 2017, s. 145). Vid en semistrukturerad intervju förhåller man

sig till ett specifikt tema men intervjupersonen har frihet att utforma svaren på sitt eget sätt. Frågor som inte ingår i intervjufrågorna kan även ställas om skribenterna anknyter det till något som intervjupersonen har sagt. I stort sett kommer frågorna att ställas i den ursprungliga ordningen och med de ursprungliga orden. (Bryman, 2018, s. 301).

Vid en kvalitativ intervju är man oftast intresserad över vad respondenterna säger och hur de säger det. Eftersom intervjuaren behöver vara uppmärksam på det som sägs, är det bra att inte blir distraherad genom att föra anteckningar om det som sägs, utan det då är lättare att spela in intervjun. Detta tillvägagångssätt skapar en noggrannare analys och via det kan man även förhålla sig till reliabiliteten. (Bryman, 2018, s. 310).

I skribenternas fall handlar temat om bemötande av minnessjuka vilket intervjufrågorna (se Bilaga 2) är uppbyggda på, men även med hjälp av litteraturen i arbetet och utgående från arbetets syfte. Skribenterna har valt att använda sig av en semistrukturerad intervju för att få en djupare förståelse från erfarnas syn på vården av minnessjuka samt utreda bemötande och betydelsen av personcentreringen i bemötandet. Semistrukturerad intervju ger respondenterna frihet till att utforma svaren på eget sätt med koppling till temat samt att skribenterna ville ha möjlighet att fråga följdfrågor om något övrigt skulle komma upp som inte fanns med i intervjufrågorna.

Skribenterna har genomfört en semistrukturerad intervju med öppna neutrala frågor så att frågorna har lämpat sig för alla respondenter oavsett yrkesbeteckning eller arbetsplats utan i stället få en helhetsbild på bemötandet av den minnessjuka inom vården. Genom detta har respondenterna lätt kunnat svara på frågorna utifrån individuella erfarenheter, tankar och arbetsuppgifter inom vården av minnessjuka. Alla intervjufrågor har blivit ställda i samma ordning men även följdfrågor har kunnat ställas. Intervjuerna har blivit bandade för att intervjun och diskussionen skulle vara mer flytande. Detta kommer mer fram under följande kapitel i arbetet.

9 Analysprocessen

Skribenterna har delat upp intervjuerna så att alla fått leda en intervju var. En av intervjuerna är gjorda på respondentens arbetsplats där respondenten hade talat med sin förman angående intervjun och fått muntligt godkännande att den fick ske på arbetstid.

Två av intervjuerna gjordes i hemmamiljö och den sista intervjun utfördes i ett bokat rum på en offentlig plats. Miljön under dessa intervjuer har varit lugn och bullerfri för att främja en god koncentration. Intervjuerna har spelats in på band, vilket deltagarna har varit medvetna om och givit muntligt lov till. Det inspelade banden har inte använts för något annat syfte än att intervjun skall bli mer flytande och äkta i stället för att intervjuande skribenten skulle skriva ner anteckningar som kontinuerligt skulle avbryta intervjun. Deltagarna har även fått information om att banden förstörs efter att de är behandlade samt att de fortfarande hålls anonyma samt att skribenterna har tystnadsplikt.

Intervjufrågorna (se Bilaga 2) har blivit ställda på ett sätt så att respondenterna har haft tid att i lugn och ro fundera och svara med egna tankar och erfarenheter. Vid tre av intervjuerna har det ställts följdfrågor som beaktats vid transkriberingsprocessen. Följdfrågor har kunnat ställas till exempel då deltagaren svarat på en fråga och ett intresse om ämnet har väckts hos skribenterna. Intervjuerna har tagit allt från 30 minuter till 1 timme.

Vid en kvalitativ studie där intervju använts som datainsamlingsmetod transkriberas ofta intervjutexten eller observationsanteckningarna. Transkribering betyder att man tar bort det som inte är aktuellt eller nödvändigt för studiens syfte, som till exempel skratt, gråt och pauser, vilket gör att analyseringen blir lättare. Därefter fortsätter man genom att läsa igenom anteckningarna och materialet flera gånger för att få en tydligare helhetsbild som man därefter börjar plocka ut det som har en betydelse i arbetet. Dessa saker som man plockar ut ur materialet är till exempel saker som svarar tydligt och bra på syfte och på frågeställningarna som man har i arbetet. Det är viktigt att det tar den tid som behövs då man går igenom materialet och att man hela tiden har studiens syfte i åtanke. (Henricson, 2017, ss. 116-117).

Då intervjuerna är gjorda har skribenten som utfört intervjun, självständigt lyssnat igenom det inspelade bandet och transkriberat intervjusvaren. Därefter har alla skribenter samlats tillsammans för att läsa igenom den transkriberade texten flera gånger för att få en bred helhetssyn på svaren som de fått vid intervjuerna. Slutligen har skribenterna i samband med nedan kommande innehållsanalys (se Bilaga 3) och analysresultat tagit upp de svar de fått på frågorna. Dessa transkriberade svar på frågorna finns inte som en bilaga i denna studie, eftersom det inte är relevant och för att behålla anonymiteten.

9.1 Kvalitativ innehållsanalys

En kvalitativ innehållsanalys kan hjälpa vid analysering av data efter intervju men kan även användas vid annan forskningsmetod. Efter en intervju kan man till exempel bygga upp en mall, ett analyschema. Vid användning av analyschema, sätts intervjuerna i numreringsordning upp till de antal intervjuer finns och bygger därefter upp kolumner med rubrikerna text/domän, meningsenhet, kod, underkategorier, kategorier och tema. (Henricson, 2017, s. 292). Granskär och Höglund-Nielsen (2008, s. 163) menar att en kvalitativ innehållsanalys fokuserar på skillnader och likheter i textinnehållet av en intervju och genom det skapas kategorier och teman på olika nivåer som stöder analysen.

Nedan har skribenterna valt att kort berätta om de delar som innehållsanalysen består av. Detta gör att läsaren får en bättre förståelse till vad som menas med en innehållsanalys. I detta examensarbete har skribenterna byggt upp analysen på: domän, meningsenhet, kod, kategori och tema.

Domän är en del av texten som handlar om ett specifikt område och utgör en grund som möjliggör att identifiera och tolka intervjun. Domäner kan till exempel vara delar i en intervju eller intervjufrågor. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 162).

Meningsenhet koncentrerar på att texten blir sammanfattad och kortare med det väsentliga innehållet, för att sedan fortsätta till kod. Meningsenheten består av ord, meningar eller hela stycken med gemensamt budskap och som svarar på syftet. (Henricson, 2017, s. 287.) Allt för stora meningsenheter kan vara svåra att hantera eftersom det kan ha flera betydelser och det finns risk att innehållet går förlorat allt efter att analysen fortskrider (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 163).

Kod förklarar i korthet meningsenhetens innehåll (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 163). Kod kan beskrivas med ett enda ord, ett beskrivande ord av innehållet. Koden är ett ord som stöder förståelsen av sammanhanget i texten. Liknande koder, eller ord kan sammankopplas och bilda kategorier eller underkategorier. (Henricson, 2017, s. 287).

Kategori betyder att koderna har samma innehåll. En kategori måste behandla en sak eller ett ämne för att sedan fortsätta på en ny kategori vid nytt ämne. Kategori svarar på frågan vad texten innehåller. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 163).

Slutligen i analystabellen kommer *tema*. Tema är som den röda tråden i innehållet som inte kan beskriva ett objekt eller en sak. Tema svarar på frågan hur och utgör en tråd av mening av den tolkade innehållet. Tema kan vara det samma för alla kategorier. (Granskär & Höglund-Nilsen, 2008, s. 164).

Henricson (2017, s. 290) menar att då man gör en innehållsanalys kan den beskrivas på två olika sätt utifrån hurudan analysform som använts, *induktiv eller deduktiv*. Då en analys är induktiv betyder det att den baserar sig på textens innehåll medan en deduktiv analys baseras på bestämd teori eller modell. En induktiv innehållsanalys heter konventionell innehållsanalys där koderna, kategorierna eller teman i tabellen kommer direkt från texten. Den deduktiva analysformen, en riktad innehållsanalys, är uppbyggd på teori och modell som använts vid analys av text. Empirismen i en metod framhäver erfarenhet som framkommer i fakta, till exempel intervju, och detta gör att induktionen blir unik för sig (NE Nationalencyklopedin AB, u.å). Vid en induktiv innehållsanalys utgår man från slutsatser från erfarenheter som sedan forskaren analyserar i arbetets diskussion och jämför med teori (Henricson, 2017, s. 114).

Innehållsanalysen som gjorts i detta arbete fyller kraven på att vara en induktiv ansats. Innehållsanalysen består av respondenternas intervjusvar som är individuella erfarenheter som därefter byggs upp till de olika koderna. Kategorierna är skapade av arbetets litteratur vilket gör att innehållsanalysen har en del som är deduktiv. Hela innehållsanalysen har sedan tolkats av skribenterna för att få en sammanfattning och gemensamt tema för varje domän. Nedan tar skribenterna upp mera djupgående hur innehållsanalysen har skapats.

9.2 Analysresultat

Skribenterna skapade en helhetskänsla av intervjuerna genom att lyssna på de inspelade banden och läsa den transkriberade texten flera gånger. Detta gjordes för att få en djup inlevelse i respondenternas berättelser och erfarenhet av arbetet och bemötandet av de minnessjuka. Det som varit irrelevant i intervjusvaren har tagits bort då det inte är passande med tanke på syftet och frågeställningarna. I innehållsanalysen (se Bilaga 3) har domänerna skapats utifrån de intervjufrågor som ansetts vara mest relevant för att få svar på syftet och frågeställningarna i undersökningen. Skribenterna valde även att använda intervjufrågorna som domäner för att kunna få varje respondentsvar kopplade till varandra

och för att skapa en helhet av svaren och utifrån det tolka samband och olikheter. Detta underlättar även kopplingen till arbetets syfte därför att arbetets intervjufrågor utgår från arbetets litteratur samt syftet och därför valde skribenterna att använda intervjufrågorna som domäner för att bättre kunna koppla analysprocessen till litteraturen.

De fyra meningsenheterna vid varje domän är uppdelade utifrån varje respondents svar till frågan i domänen. I denna undersökning är det inte relevant att få reda på vilken intervju som har vilka svar, men denna uppdelning valdes att göras för att få en lättare struktur och en bättre helhet av respondenternas svar. Meningsenheterna är skapade från den transkriberade texten utifrån ord, meningar eller hela stycken, det vill säga att meningsenheterna är direkta citat av respondenterna. Meningsenheten analyserades för att hitta olikheter samt samband för att sedan kunna skapa koder. Alla meningsenheter har skilda koder för att skapa en bättre helhetsbild av texternas innehåll. Koderna beskriver meningsenhetens betydelse i korthet. Exempel på koder är tidskrävande & bråttom, försöker uppfostra, kunskapsbrist, personalbrist, trygghet, person inte sjukdom samt beteendestörningar.

Kategorierna i analystabellen skapades genom sammanfattning av meningsenheterna samt koderna och från litteratur som använts i arbetet. En del koder fick samma kategori eftersom skribenterna tolkade att innehållet hade anknytning till varandra utifrån intervju svaren. Exempel på kategorier är miljöns betydelse, nedvärdering, vilshenhet och olika tankesätt, brist på tid och kunskap samt varierande beteende, individuell vård och självbestämmanderätt.

Skribenternas tolkning på meningsenheterna, koderna och kategorierna har bildat teman för varje enskild domän med koppling till arbetets syfte och frågeställningar. De teman som bildats tar även stöd av litteraturen i arbetet. Teman är även skapade för att ge en helhetsbild av vad som kommer tas upp i resultatet. Skribenterna har utifrån analysen hittat samband i bemötande utifrån respondenternas svar och tidigare litteratur. Dessa teman är; *synen på en minnessjuk och hur det påverkar bemötande, negativa faktorer påverkan på bemötande, betydelsen av personcentrerad omvårdnad, skillnad i bemötande beroende på minnessjukdom och utmaningar i bemötande samt stöd av dem.*

Nedan redovisas resultatet av analysen och skribenterna kopplar det till tidigare litteratur i arbetet samt ny litteratur som har koppling till arbetets syfte. Den nya litteraturen har tagits med för att respondenterna har nämnt nya aspekter på bemötande som inte skribenterna tagit med tidigare i arbetet. Skribenterna valde även att ta med ny litteratur för att ge en djupare syn och förståelse på ämnet.

I redovisningen fungerar teman som huvudrubriker och kategorierna används som underrubriker, som ses nedan i kursivstil, för att framföra resultatet på ett tydligt sätt samt att skribenterna vill betona de faktorer som inverkar på dessa teman.

9.2.1 Synen på en minnessjuk och hur det påverkar bemötande

Respondenterna menar att i allmänhet upplevs det som att människor har svårt att bemöta minnessjuka. De vet inte hur de ska vara och glömmar bort att människan har en sjukdom. Människor kan känna sig obekväma då de inte förstår sjukdomen och på grund av detta, kan det hända att bemötandet försämras.

Miljöns betydelse

Respondenterna lyfter fram att miljön har stor påverkan på hur man ser på en person med en minnessjukdom. På en plats där det är stressigt och knappt om tid, som till exempel en jourmottagning, kan de minnessjuka upplevas som tidskrävande och besvärliga. På grund av att arbetet är hetsigt leder det till att den minnessjuka inte får den handledning och det stöd som skulle behövas. Detta anser skribenterna att även hör ihop med *tidsbristen* inom vården men att miljöns betydelse också påverkar bemötande av minnessjuka.

Respondenterna upplever också att om avdelningen är blandad med somatiskt sjuka och minnessjuka kan det skapa problem. Vården påverkas då man arbetar med människor med olika diagnoser och hur de fungerar tillsammans kan vara utmanande.

Tidigare i arbetet nämner Ouldred och Brynt (2008, s. 244) att miljön har en stor betydelse på hur patienten upplever vården. Om miljön känns otrygg och stressig kan det påverka den minnessjuka och leda till utmanande beteenden.

Det som framkom i tidigare litteratur var också att vårdarens arbetsbelastning, negativa attityder på arbetsplatsen samt olämplig arbetsmiljö påverka negativt på vårdarens

mående vilket även påverkar på patienternas mående och trivsel. Genom att arbetsmiljön förbättras kan arbetsbelastningen och vårdarens mående förbättrats vilket gynnar patienterna. (Komatsu, ym., 2021, ss. 295-296.; Piers;Albers;& Van den Block, 2018). Komatsun, med flera (2021, s. 296) menar också att för en minnessjuk är det viktigt med en lugn och stödjande miljö för att skapa godare förutsättningar till att bygga upp en bra vårdrelation vilket skribenterna tolkar att det gynnar det goda bemötandet.

När människan blir patient ser man världen från ett annat perspektiv, där miljön, handlingarna och förhållningssättet är annorlunda från ens vardagliga liv. Vårdare använder sig av annorlunda begrepp och rutinerna som görs är obekanta. I en ny miljö kan patienten känna sig vilsen. Det är viktigt att vårdare lyssnar på patienten och ge rätt vård och behandling utifrån patientens individuella behov. (Arman;Dahlberg;& Ekebergh, Teoretiska grunder för vårdande, 2015, s. 73).

Syn på minnessjukdomen

Respondenterna anser att det är vanligt att alla minnessjuka oftast dras över samma kam men det är viktigt att komma ihåg att alla minnessjuka är individer, redan beroende på vilken minnessjukdom patienten har kan det ge olika symtom och påverkar funktionsförmågan på olika sätt. Detta betyder att fast två minnessjuka skulle ha samma diagnos kan deras sjukdomsförlopp vara helt olika. Alla individer har olika syn på människan som kan påverka på bemötandet och vården, men viktigt att komma ihåg att en minnessjuk är som vilken annan människa som helst.

Skribenterna kopplar detta till vikten med personcentrerad omvårdnad då Arman, Dahlberg och Ekebergh (2015, ss. 77-78) menar att det fungerar med att bara se individens kropp, sjukdom eller symtom eftersom man bara förminskar människan genom det. En människa behöver ha ett värde i sig själv, en själ och ses som en unik individ med egna förutsättningar och önskemål. Detta går hand i hand med det som tagits upp tidigare i arbetet då Eriksson (2014, s. 28) talar om att alla är individer som har sina egna värderingar och åsikter måste respekteras. Då man ser människan som en enskild och unik individ förstår man att vården för en människa inte är den samma som för en annan, även fast de skulle ha samma sjukdom.

Kitwood som tillhör skribenternas teoretiska utgångspunkt för arbetet önskar att det skall läggas mera vikt på kommunikation och relation i vården av en person med demens. Kitwood tillsammans med en annan författare ville även lyfta fram det viktiga med att komma ihåg att alla personer är olika, även så de personer med demens, sjukdomsförloppen och dess symtom är individuella vilket även betyder att vården behöver vara individuell för att stöda personens egna behov. (Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018, ss. 10-11).

Okunskap & Nedvärdering

Respondenterna hävdar att speciellt anhöriga till den minnessjuka försöker hålla kvar den så kallade gamla människan och de kan bli stressade eller irriterade på den minnessjuka om den inte kommer ihåg eller beter sig som sig själv. Det händer även att den minnessjuka bli behandlad som ett barn, speciellt då beteendet inte alltid är på en vuxen nivå. Anhöriga försöker uppfostra dem vilket då kan skapa konflikter. Detta lönar sig inte eftersom den minnessjuka kanske inte förstår och det påverkar negativt på självkänsla samt att det kan kännas nedvärderande för den minnessjuka.

Detta tolkar skribenterna att kan bero på anhörigas okunskap om sjukdomen och vägran att acceptera den näras sjukdom och förändringarna som kommer med det. Som vårdare behöver man stödja de anhöriga med att förstå sjukdomen och dess förlopp, att ta vara på det som ännu finns kvar och även se personen nya egenskaper som en bra sak. Okunskapen har stor betydelse för synen av och bemötande för en minnessjuk.

Nedvärdering kan vara vanligt bland minnessjuka och andra kan försöka uppfostra dem samt behandla dem som barn igen. Viktigt att tänka på att personen som vårdas behöver hjälp med sina behov och antagligen utveckla dess behov samt kräver mera tid under livets gång. Det betyder inte att personen behöver lära sig allt på nytt som ett barn, utan hen behöver handledning och hjälp i sina dagliga behov. (Hejlskov Elven; Agger; & Ljungman, 2015, ss. 61-62).

Som tagit upp i tidigare litteratur är det bra att vårdare ger stöd och kunskap åt de anhöriga som hjälper dem att få en annan syn på situationen samt stöd att tala ut om det. Detta minskar på negativa attityder och ökar välbefinnandet. (Kourakos; Kafkia; & Minasidou, 2016, s. 1187). Genom att ha tillräckligt med kunskap och förståelse om olika

minnessjukdomar kan man lättare förstå olika handlingar och man har även lättare att agera samt bemöta de minnessjuka i olika situationer (Komatsu, ym., 2021, ss. 295-296.; Piers;Albers;& Van den Block, 2018).

Tom Kitwood har sjutton olika sätt som kan vara destruktivt och kan leda till beteendeproblem hos den minnessjuka. Två exempel är infantilisering som handlar om att vårdaren behandlar den minnessjuka som ett barn genom till exempel tonfall eller olika krav. Ett annat är anklagande som är när vårdaren eller annan anklagar den minnessjuka för att ha gjort eller inte gjort något. (Hejlskov Elven;Agger;& Ljungman, 2015, ss. 170-171).

9.2.2 Negativa faktorerers påverkan på bemötande

Respondenterna gav flera svar till frågan om vad som kunde påverka negativt på bemötandet och det som togs upp mest var att vårdare inte alltid har den kunskap som behövs för att bemöta den minnessjukas behov rätt eller tiden att lära känna dem. Hos minnessjuka kan det förekomma olika beteenden som misstänksamhet, anklagelser och obekväma förhållanden som kan bero på olika faktorer som till exempel stressig miljö och tidsbrist hos personalen.

Vilsenhet & olika tankesätt

Utifrån intervjuerna analyserades det att minnessjukdomen påverkar människan som en berg och dalbana, från dag till dag kan humöret ändra, många har en tendens att ha dåligt humör, vara misstänksamma och anklagande och att sedan som vårdare lösa situationen kan vara utmanande. Det är väldigt individuellt hur man löser problem som detta, ibland lönar det sig inte att diskutera i 10 minuter om ämnet för då kanske den minnessjuka redan har glömt bort vad problemet är, vilket då påverkar negativt på bemötandet då patienten inte förstår varför vårdare skulle vara irriterad.

Respondenterna menar att utmanande beteenden hos den minnessjuka påverkar negativt på bemötande men även hur de andra patienterna beter sig mot varandra påverkar. I vårdarbete kan detta upplevas som frustrerande och stressande men utifrån intervjuerna kom det fram att man borde mera försöka sätta sin in i hur personen känner sig, vad som kan orsaka det utmanade beteendet, i stället för att bli frustrerad.

Skribenterna vill betona det som respondenterna tar upp i intervjuerna, att negativa faktorer i bemötandet kan förekomma på avdelningar som är blandade med både somatiskt sjuka patienter och minnessjuka. Problematiken i detta kan vara att de somatiska patienterna inte förstår sig på de minnessjuka och att detta kan skapa frustration, till exempel om en minnessjuk rotar i andra patienters lådor och skåp. Även avdelningar med enbart minnessjuka patienter kan också vara problematiska då deras symtom är så olika från person till person och det är tungt att arbeta med endast minnessjuka.

I arbetet tas det upp av Ouldred och Brynt (2008, s. 242) att vid vården av en minnessjuk uppstår ofta utmanande beteenden som är plågsamma för den sjuka men även för nätverket runt om personen. En minnessjuk person behöver alltid utvärderas noggrant för att bedöma skadliga beteendesymtom för att sedan kunna stöda individen och dess vård. Schnepf och Erdman (2016, ss. 1189-1204) nämner också att minnessjuka borde hållas i samma grupp i stället för att vara tillsammans med personer som inte har en minnessjukdom. Detta underlättar vården och minskar irritationen som kan förekomma bland andra patienter.

Utifrån respondenternas syn på att den minnessjukas beteenden kan leda till frustration så anknyter skribenterna det till att som vårdare behöver man kontrollera sina känslor vid bemötandet av en minnessjuk. I litteraturen i arbetet nämner Kan och Pohjola (2016, s. 69) att som vårdare behöver man både emotionell intelligens och social begåvning. Till det menas att man kan identifiera och förstå sina egna känslor samt kontrollera dem i förhållande till olika tillfällen. Som vårdare behövs självdisciplin och insikt att man inte alltid kan säga det man vill, utan vårdaren ska tänka på vad som är bäst för patienten. Dessutom är det viktigt att vårdaren förstår patientens känslor och klarar av att visa empati.

Brist på tid och kunskap samt varierande beteende

Respondenterna anser att ifall vårdaren inte har erfarenhet och kunskap med minnessjuka kan hen lätt bli obekvämt. Den oerfarna kan tro att den minnessjuka inte förstår situationen men den minnessjuka märker av saker genom att läsa av kroppsspråk och känsloutstrålning, de är som alla andra människor och kan märka av om någon blir nervös eller inte vet hur de ska vara. Om någon då är obekvämt mot den minnessjuka påverkar det negativt på hela bemötandet. Även i allmänhet om det inte finns tillräckligt med kunskap

om hur sjukdomarna framskrider och att det faktiskt inte bara påverkar minnet utan också funktionsförmågan, kan det lätt påverka negativt på bemötandet. Det kan vara väldigt utmanande att handleda och stödja patienten om vårdaren inte förstår hur sjukdomen har påverkat individen och inte heller förstår vad det betyder för patienten.

Respondenterna tog även upp det som också betonats i arbetet att inom vården kan det vara stressigt och att det inte finns tillräckligt med personal. Detta kan leda till att vårdaren inte har den tid som behövs för att lära känna personen eller kunna stöda dess behov. Detta påverkar då kvaliteten på vården av den minnessjuka. Tidsbristen som vanligtvis orsakas av personalbristen påverkar negativt på bemötande och kan då leda till svårigheter att ta reda på deras bakgrund och levnadshistoria. Alla individer har olika tankar, åsikter och önskemål som ska respekteras och tas i beaktande inom vården.

Enligt Hewitt-Taylor (2015, s. 16) kan tidsbrist bero på personalbristen inom vården. Personalbrist kan påverka vårdens kvalitet negativt. Det påverkar motivationen till personalen och påverkar andan på arbetsplatsen. Det är svårare att faktiskt utföra arbetet samt utveckla det. Tidigare i arbetet har Dixon och Thompson (2018, ss. 351-352) identifierat att resursbrist är en orsak till sämre vård och bristfällig symptomatisk behandling. Som vårdare behövs det trots utmaningarna inom vården, tillräckliga kunskaper och färdigheter som också anhöriga behöver få stöd med för att kunna hjälpa med den bristfälliga vården.

Skribenterna tolkar att kunskapsbristen även kan bero på vad man har lärt sig i vårdutbildningen. Respondenterna tog upp att bemötandet tas väldigt lite upp i utbildningen samt att de upplever att man förskönar sjukdomsförloppet av den minnessjuka och undviker att ta med utmanande beteenden fast det egentligen hör till den minnessjukas vardag. Då man tystar ner på förändringar i beteendet kan patienten och anhöriga skämmas för situationen och som vårdare känner att man inte kan stödja dem tillräckligt då vårdaren inte fått tillräcklig kunskap. Respondenterna upplever att det skulle vara viktigt att få den kunskap som behövs så att man också inser att en minnessjukdom inte bara innebär minnesproblematik utan även andra förändringar medföljer som är helt normalt och inget att skämmas för.

Tidigare i litteraturen nämner McCormick, Becker och Grabowski (2018, ss. 357-358, 361-362) att om man som vårdare i den latent fasen av en minnessjukdom stöder patientens egna styrkor och hjärnhälsa, ger det hopp att individen kan använda sina styrkor i samhället trots sjukdomen och genom det även minska skammen av sjukdomen. Det är viktigt att patienten får bearbeta sjukdomen eftersom det är via det patienten kan lära sig att hantera sjukdomen. Då man har fått en diagnos är det viktigt att få stöd för att inse att livet inte slutar på grund av det. Som vårdare anser Dixon och Thompson (2018, ss. 351-352) också att ett betydelsefullt förhållningssätt till vården behövs för att kunna skapa ett gott bemötande och en positiv inställning till sjukdomen vilket förbättrar livskvaliteten för patienten.

9.2.3 Betydelsen av personcentrerat bemötande

Respondenterna vill betona att det är en individ som vårdas och inte en sjukdom. Det finns en människa bakom sjukdomen och att som vårdare i stället frågar sig själv; vem är det jag tar hand om, vad har hänt före och vad kommer hända då sjukdomen framskrider. Viktigt att komma ihåg att fast två personer har samma diagnos så har de inte likadant sjukdomsförlopp och därför är det viktigt med individuell vård. Tidsbristen kan ha stor påverkan till att det inte alltid finns tid att lära känna patienten men trots att man inte vet allt, så kan man ändå arbeta personcentrerat och fokusera på patienten där och nu.

Visa förståelse & Respekt

Vid intervjuerna kom det upp att det är mycket viktigt att behandla en minnessjuk person som en vanlig människa, det skall inte vara något annorlunda. De minnessjuka skall bemötas med respekt oberoende hur de beter sig och de skall bemötas så att de känner sig trygga. En av respondenterna tog upp ett citat som hen hade hittat på sociala medier som bra hör ihop med förståelse och att bemöta respektfullt "*they are not giving you a hard time, they are having a hard time*". Som vårdare skall man försöka leva sig in i patientens livssituation och bemöta dem som vilken annan människa som helst och en vårdare skall finnas där för den minnessjuka.

Skribenterna tolkar det som respondenterna tar upp, med att då man som vårdare tar i beaktande samt visar förståelse för den minnessjukas tankar, åsikter och behov i vardagen, leder det till en mer personcentrerad vård samt att vårdaren och den minnessjuka får en

bättre vårdrelation. Skribenterna anser även att vissa egenskaper gör detta lättare som till exempel empati och respekt för att bättre kunna stödja och förstå patienten. Detta kopplar skribenterna nedan ihop med tidigare litteratur från arbetet.

Hewitt-Taylor (2015, ss. 13-15) menar att då vårdare arbetar personcentrerat respekteras personens individualitet, värdighet samt rättigheter och utgår från dem vid vårdandet. Som vårdare utgår man då från personens perspektiv på livet samt hens resurser och behov. Vid förståelse och respekt för människan tar man patienten på allvar och skapar förtroende för varandra som främjar en god vårdrelation (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012, s. 366).

Empati som egenskap hos en vårdare gör att hen lever sig in i hur patienten lever och hur livssituationen är som gör att förståelsen för patienten ökar. Då en patient märker att en person förstår en, så förekommer positiva känslor, man känner sig sedd, respekterad och bekräftad som människa. För att förståelse och respekt skall vara optimalt behöver en vårdare ha vilja och intresse för en annan persons upplevelser. (Olivestam & Thorsén, 2012, s. 128).

Livsberättelse

Respondenterna menar att kunskap bidrar till bättre bemötande, både kunskap om sjukdomen och om patienten själv. Det underlättar vårdandet då man förstår patientens historia, då ökar förståelsen till varför personen är som den är och utifrån det kan man lättare skapa en mera personcentrerad vård. Informationen om patienterna fås vanligen från anhöriga men även från patienten själv, beroende på hur sjukdomsförloppet ser ut. Som vårdare behöver man även vara som en detektiv för att försöka tolka den minnessjukas beteende. Ibland kan beteendet vara något helt annat än vad det egentligen handlar om, därför är det viktigt att man tar tiden att lära känna den minnessjuka för att kunna stödja dem på bästa sätt.

I arbetet tar skribenterna upp att Wahlund (2020, s. 209) menar att om vårdaren har tillräckligt med kunskap om den minnessjukas bakgrund och livshistoria så kan detta användas som en vägledning till att förstå varför personen gör det som den gör. Genom att veta patientens livshistoria förstår man patientens situation bättre och kan underlätta bemötandet.

Som vårdare behövs det ett genuint intresse för att skapa en optimal vård utifrån patientens behov. Då man lär känna patienten förstår man bättre den minnessjukas vilja, tankar och önskemål. Genom att känna den minnessjuka skapas även en bättre vårdrelation. (Edberg, 2014, s. 220).

Trygghetskänsla & Lära känna patienten

Respondenterna tar upp att då vårdarna känner sina patienter underlättas vårdandet samt ger en bättre vård eftersom man vet hur den minnessjuka tänker. Genom att också veta den minnessjukas bakgrund så kan vårdarna hjälpa och stöda dem. Det är även viktigt att försöka ingiva trygghet för patienten eftersom den minnessjuka kan vara vilsen och rädd till exempel på grund av främmande platser eller att hen inte vet vad som skall hända till näst. Tryggheten kan skapas genom att vårdaren visar att man finns där för personen genom att till exempel bekräfta för den minnessjuka att man vet vem hen är och att allt är okej.

Skribenterna nämner tidigare i arbetet vikten med att lära känna patienten då Jenkins, Smythe och Galant- Miecznikowska (2014, ss. 16-19) beskriver att alla personer är olika samt att alla reagerar olika vid olika situationer. Genom att vårdaren lär känna patientens åsikter, kommunikationssätt samt behov så underlättar det bemötandet då personens sjukdom framskrider. Eriksson (2014, s. 28) menar att människan är en komplex varelse och för att kunna ge en god vård behöver man se hela människan, genom det förstår vårdaren också att vården ser olika ut för alla människor, även fast de skulle ha samma sjukdom. Olivestam och Thorsén (2012, ss. 97,99) delar in människan på åtta olika nivåer av människan, dessa är; biologisk, person, interpersonell, organisation, samhällelig, kulturell, ekologisk och religiös och man behöver utgå från alla nivåer för att skapa en optimal personcentrerad vård.

Det tas upp tidigare i arbetet att tryggheten är viktig i vårdandet när Wilkund, Gustin och Bergbom (2012, ss. 322–325) beskriver att en bra vårdrelation hjälper att skapa trygghet hos patienten och det leder även till att hen vågar prata om sina känslor samt visa sina åsikter och tankar för vårdaren.

Individuell vård & självbestämmanderätt

I intervjuerna kommer det fram att självbestämmanderätten har blivit mer central på senaste. Respondenterna anser att när det gäller en minnessjuk person kan det vara utmanande med självbestämmanderätten till exempel vid viljan av dusch eller näring. Den minnessjuka har såklart en egen säga men vårdaren måste utgå från den minnessjukas bästa och mående, genom till exempel medbestämmanderätt eftersom den minnessjuka inte alltid är kapabel att ta sina egna beslut eller förstå meningen med dem.

Skribenterna kopplar självbestämmanderätten och den individuella vården till det personcentrerade arbetssättet. I arbetet beskriver Kan och Pohjola (2016, s. 68) att genom ett personcentrerat arbetssätt så skapas det en bra relation mellan den som vårdar och patienten men för att detta skall ske behöver det utgå från patientens självbestämmanderätt och värderingar i livet. Ekman (2014, ss. 152-153) tar upp hur viktigt det är att vårdaren ser patientens individuella behov samt ser patienten som en unik individ. Genom att lyssna på patientens livshistoria, vilja och önskemål med stöd av anhöriga, visar vårdaren ett genuint intresse för patientens unika het och det ökar självbestämmanderätten samt skapar en personcentrerad vård. Detta ökar även välbefinnande hos patienten och skapar en känsla av trygghet. Skribenterna tolkar att genom att lära känna patienten samt veta hur hen vill bli vårdad, är det lättare att skapa ett personcentrerat bemötande.

Skribenterna anknyter vikten med den individuella vården till vad Fossum (2019, ss. 27-28) nämner, att under interaktionerna är det viktigt att vårdare och patienten förstår varandra. Alla människor har olika behov och förutsättningar vilket gör att alla bemötanden är individuella och unika. Eriksson (2014, s. 32) menar att man behöver beakta detta då man planerar vården och utförandet av den. Grund tanken är att få sin vård så personlig som möjligt.

9.2.4 Skillnad i bemötande beroende på minnessjukdom

I intervjuerna kom det fram olika synvinklar på skillnader i bemötande beroende på minnessjukdomen. Det kom fram att respondenterna inte hade tänkt på det men tillika kom det fram en viss kunskap gällande ämnet. Respondenterna berättade om olika symptom som kan påverka samt hur vårdaren skall kommunicera och bemöta den minnessjuka beroende på vilken sjukdom personen har. Den viktigaste synen som kom

fram var att vårdare skall bemöta den minnessjuka individuellt, lära känna personen genom dess sjukdomsförlopp och vårdar enligt personens behov. Genom att lära känna dem kan vårdaren känna igen olika behov och stoppa vissa situationer som man vet kan gå för långt om man låter det vara. Även önskas det att förståelsen för den minnessjuka skulle öka bland professionella och allmänheten.

Skribenterna nämner i början av arbetet att ämnet är okänt och de inte har hittat litteratur gällande skillnader i bemötandet av olika minnessjukdomar. Från intervjuerna kan skribenterna dra en slutsats att det finns en viss skillnad i bemötandet av olika minnessjukdomar utifrån den minnessjukas symtom och beteendet. Detta reflekteras och betonas längre fram i arbetet.

Är okänt - behövs mera kunskap

I intervjuerna kom det fram olika tankar kring om det finns skillnader i bemötande av olika minnessjukdomar. Ämnet är väldigt okänt men en viss kunskap finns angående de olika minnessjukdomarna och sjukdomsförloppet men dock allt för lite. Respondenterna önskar mera skolning om de olika minnessjukdomarna eftersom sist och slutligen är det stor skillnad mellan alla minnessjukdomar och hur de framskrider samt hur man ska bemöta dem. Respondenterna skulle även vilja öka förståelsen kring hur viktigt det är att ha kunskap om de olika minnessjukdomarna och de förändringar som kan ske.

Respondenterna menar att de olika diagnoserna och deras symtom påverkar vårdandet och kan vara krävande. Om vårdaren inte förstår symtomen kan det hända att dessa tolkas som utmanande beteenden vilket gör det svårare för både patienten och vårdaren. Redan en vanlig sak som en måltidssituation kan vara utmanande då man som vårdare vill skapa en bra stund för alla men då alla patienter har olika behov och beteenden kan det skapa konflikter. Till exempel att vissa kan behöva mera hjälp i olika situationer än andra, då kan den som behöver mindre hjälp bli irriterad då vårdaren fokuserar för mycket på den andra patienten eller kan bli irriterad över att vårdaren upprepar trots behovet av det finns hos den andra patienten. Att sedan som vårdare försöka hitta en balans i det hela kan vara utmanande, men genom kunskap om de olika minnessjukdomarna samt att lära känna patienten kan det underlätta situationen. Det som också påverkar vårdandet är om personalen byter ofta eller om det finns oskolad personal, då finns inte den rätta kunskapen

som behövs för att skapa den optimala vården för patienterna samt att rutinerna förändras vilket kan påverka negativt ifall den minnessjuka är i behov av det. n

Detta kopplar skribenterna till att oberoende av sjukdom behöver man trots allt arbeta personcentrerat för att ge den optimala vården till patienten. I arbetet framkom det enligt Schnepf och Erdman (2016, ss. 1189-1204) att utan kunskap hos vårdaren kan man inte garantera en god vård eller gott bemötande vilket leder till att vården blir sämre.

Skribenterna vill även betona vikten med att få en diagnos och hur det påverkar vården. I arbetet menar Amjad, med flera (2018) att det är ett vanligt problem att den som har en minnessjukdom inte får en diagnos. Detta komplicerar vården för både patienten samt vårdaren. Utan en diagnos så blir inte vården korrekt och optimal för patienten. Skribenterna tolkar det som att då vårdaren inte känner till diagnosen kan hen till exempel inte förstå om beteendet hör ihop med sjukdomen eller inte. Detta leder också till att vårdaren kan ha mera utmaningar med att arbeta personcentrerat och stödja patientens behov.

Tidigare i arbetet kommer det fram enligt Wiklund Gustin & Bergbom (2012, ss. 322–325) att alla människor har olika personligheter, attityder, språkvanor och kulturer som behöver tas i beaktandet vid vårdandet och bemötandet av en minnessjuk person. Alla dessa egenskaper hos en person tolkas på olika sätt. Det är viktigt att försöka förstå personen och utgå från hans perspektiv. Förståelse skapar en gemenskap mellan vårdare och patient som sen igen skapar trygghet för personen som har en minnessjukdom.

Olika symptom beroende på minnessjukdom

Det kommer fram i intervjuerna olika symptom på minnessjukdomarna samt att skribenterna tar upp det tidigare i arbetet. Skribenterna tolkar att de olika symptomen och beteenden som kommer med olika minnessjukdomar påverkar på bemötandet. Exempelvis ifall det förekommer mycket humörsvängningar så vet vårdaren om att det kan vara normalt för den personen eller om sjukdomen medför aggression så är vårdarna medvetna om det. Viktigt ändå att tänka på att alla är olika, fastän de kan ha samma diagnos.

Det kommer fram i intervjuerna att en del av de minnessjuka kan tappa talförmågan samt att även ifall personen har en minnessjukdom som diagnos så behöver inte hen ha problem

med minnet men behöver hjälp med annat i stället. Alzheimers går oftast sakta men säkert framåt och personen har ofta svårt med dagliga aktiviteter som att till exempel äta. I början av sjukdomsförloppet kan personen förneka sin sjukdom och vilja åka hem och söker efter sina föräldrar, men när den fasen är förbi och ångesten är över lugnar sig situationen. Frontotemporal kan ha symptom på aggression, beteendestörningar samt på personligheten medan Alzheimers inte har det lika mycket. Frontotemporal och Lewybody kan ha växlandet humör att ena stunden gråter personen och andra stunden är hen glad, samt dess sociala hämningar kan vara helt borta och personen kan göra sådant som kan vara opassande men inte förstå själv att det är fel. Personen kan även vara psykomotoriskt orolig. Vaskulär demens kan vara varierande, personen kan ha vissa dagar som är helt klara men sedan vissa dagar som är mer virriga. Personen kan även ha svårigheter med gåendet. Sedan finns det yngre personer med demens där sjukdomsförloppet oftast går fortare och de blir fortare sämre. Det kommer även fram likheter gällande de alla olika minnessjukdomarna och det är att personen ofta kan känna sig vilsen och rädd i olika situationer.

Skribenterna tolkar att den litteraturen som finns under rubriken *de vanligaste minnessjukdomarna i Finland* tidigare i arbetet har en koppling till det som respondenterna säger i intervjuerna. Det nämns tidigare att det inte finns litteratur gällande skillnader i bemötandet av de olika minnessjukdomarna och framkommer även i intervjuerna att det förekommer okunskap gällande ämnet. Skribenterna tolkar att det behövs mer kunskap gällande ämnet eftersom okunskap kan påverka negativt på bemötandet av den minnessjuka samt vården i sin helhet. Om man alltså inte förstår den minnessjukas beteenden eller inte kan stödja deras behov så kan inte vårdaren heller bemöta den minnessjuka på ett gott sätt. Det kommer även fram av respondenterna att det skulle behövas mer kunskap gällande detta för att få en bättre förståelse för den minnessjuka.

I arbetet nämner Wahlund (2020, ss. 207-208) att vid alla minnessjukdomar förekommer de olika beteendesyntom som beror på i vilken fas av sjukdomsförloppet patienten är i. De olika symtomen som uppstår kan framträda olika från människa till människa och är därför väldigt individuellt. Ouldred och Brynt (2008, s. 242) menar att man behöver lära känna patienten för att utvärdera den minnessjukas symtom för att kunna stödja individen. Vanligen orsakas symtomen av de förändringar som sker i hjärnan men som vårdare behövs det kunskap att kunna överväga om det skulle kunna vara något annat som orsakar det.

Orsaker kan vara till exempel infektioner, smärta, förstoppning och olika läkemedel kan även ha en inverkan på den minnessjukas beteende (Georgina, 2012).

9.2.5 Utmaningar i bemötandet samt stöd av dem

Respondenterna tar främst fram det att det finns kommunikationssvårigheter mellan vårdare och patient. Ofta finns det inte någon förståelse för den minnessjuka personen och medkänslan samt inlevelsen i deras vardag är svår. Som vårdare kan det vara svårt att förstå vilken värld den minnessjuka personen lever i. Den minnessjuka kan ofta leva i en värld som hen upplever sig själv som yngre, de lever det livet de redan tidigare levt.

Skribenterna tolkar utifrån intervjuerna att utmaningar i bemötandet kan höra ihop med de negativa faktorerna, som till exempel miljö, tidsbrist, stress, personalbrist med mera. Bemötandet blir lidandet då dessa faktorer blandas in eftersom då finns eventuellt inte den tid som behövs för att bemöta en person individuellt. Det kan även förekomma vissa beteenden och känslor som kan vara utmanande vid vården av en minnessjuk, som ofta kommer fram senare i sjukdomsförloppet.

Kommunikationssvårigheter

Utifrån intervjuerna kom det fram att kommunikationssvårigheter inom vården ofta beror på språket. Det är inte självklart mer att man talar samma språk. En konkret sak är då talet försvinner och det blir svårt att kommunicera verbalt. Då kanske det behövs ersättas det verbala med något annat som bildspel, kroppsspråk och beröring. Det lyfts även fram att det också är utmanande att vara professionell då man skulle vilja hjälpa mera och stödja, men hos den patienten finns det inte lika bra förståelse för sjukdomen.

I arbetet tar skribenterna upp olika kommunikationsstrategier som kan stödja bemötande och kommunikationen med en minnessjuk. Ouldred och Bryant (2008, s. 246) anser att validationsmetoden förbättrar kommunikationsförmågan med desorienterade personer och att deras känslor stöds oavsett tid eller plats som är verklig för dem, utan att korrigera det som är fel i diskussionen försöker vårdaren reda ut vad det bakomliggande problemet är. Schnepf och Erdman (2016, ss. 1185-1188) menar att validationsmetoden är en effektiv metod för att bidra till ett gott bemötande för den minnessjuka. Det är vanligt att en

minnessjuk känner sig till exempel orolig, nervös eller arg och som vårdare behöver man då ha kunskap i att bemöta deras känslor på ett lugnt och tryggt sätt.

Validationsmetoden hjälper den minnessjuka att få ett grepp om sin egen verklighet och hjälper den minnessjuka att känna sig mindre orolig och det upprätthåller patientens egenvärde. Som vårdare ska man lyssna och kommunicera med respekt och visa empati vilket också bidrar till patientens självförtroende. (Bleathman & Morton, 1996, ss. 868-888). Skribenterna nämner även Edberg (2014, ss. 70-72) som tar upp om realitetsorientering och den personcentrerade strategin. Med realitetsorientering går vårdaren in för att få patienten att inse att det som hen pratar om inte stämmer och vid den personcentrerade strategin försöker vårdare inte på det viset lösa problemet utan mera finnas där för den minnessjuka. Som vårdare sätter man sig in i patientens situation och skapar ett empatiskt förhållningssätt.

Skribenterna kopplar även kommunikationssvårigheterna till missuppfattningar som kan ske. Tidigare i arbete tar Kan och Pohjola (2016) upp att missuppfattningar i kommunikationen kan lätt uppstå då till exempel kroppsspråk feltolkas och det viktigt att vårdaren är medveten om hur hen som vårdare kommunicerar. Wahlund (2020, ss. 207-208) menar också att då feltolkningar sker kan det framstå bland annat aggressivitet och orolighet då patienten inte blir förstådd.

Då sjukdomen framskrider och det verbala språket kan försvinna kan patientens språk i stället bli rop eller ljud i olika tonlägen vid olika beteenden och situationer. Detta är en utmaning då det blir svårt att förstå patienten och hans behov samt önskemål. Detta kan även vara problematiskt i olika omgivningar då ljud och rop kan vara störande och frustrerande, men det är viktigt att utreda varför detta beteende förekommer för att sedan kunna hjälpa patienten. (Wahlund, 2020, s. 209). Wångblad, Ekblad, Wijk och Dahlin Ivanoff (2009, ss. 644-650) menar att ifall kommunikationen inte fungerar kan det uppstå problem inom vården. Vårdaren behöver ha kunskap gällande den minnessjukas funktionsförmåga och dessutom lära sig patientens individuella behov.

Leva i en annan verklighet samt känsloupplevelser

Respondenterna tar upp exempel som att de minnessjuka ofta kan uppfatta dem själva som unga vuxna på väg att hämta barnen från daghemmet och behöver laga mat då det inte

finns någonting i kylskåpet. Ofta i denna situation kommer en vårdare emellan och nekar deras handlingar och berättar sanningen om att de är inlagda på boende eller anstalt och redan har vuxna barn och att de inte behöver laga mat, vilket kan väcka flera känslor hos den minnessjuka, speciellt förvirring. Respondenten jämför detta med att någon skulle komma och säga till en vårdare att hen inte får lämna arbetsplatsen för att hen sover över här. Då väcker denna situation frustration och förvirring för vårdaren, men det är så som en minnessjuk upplever situationen då någon säger emot deras verklighet. Respondenterna upplever att det till en viss del är okej att leva sig in i personernas verklighet och spela med dem då till exempel de talar om att de varit på torget och köpa fisk. Dock får vårdaren dra små vita lögnar men endast så länge det gör dem lugna eller är tröstande. Som vårdare skall man inte konfrontera dem eftersom de då väcker negativa känslor.

Skribenterna kopplar det respondenterna säger till litteratur som tagits upp tidigare i arbetet, Jenkins, Smythe och Galant-Miecznikowska (2014, ss. 16-19) menar att en minnessjuk person lever ofta i en annan verklighet och tror att hen är ung eller i en annan miljö. Då den minnessjuka så tydligt lever i en annan verklighet blir till exempel vardagliga sysslor mycket förvirrande eftersom hen inte förstår varför hjälpen behövs. Hos den minnessjuka väcks då känslor som rädsla, ångest, aggressivitet som kan leda till att den minnessjuka vägrar vården totalt.

Skribenterna kopplar detta till att förståelsen för den minnessjukas känslor är bristfälliga. En vårdare kan ha svårt att förstå varför den minnessjuka blir arg och ledsen vid nekandet av hens handlingar och känslor samt att vårdare kan missförstå patientens känslor. Detta kan leda till svårigheter och utmaningar i bemötandet för en person med en minnessjukdom.

Individuella behov och tolkning av beteenden

I intervjuerna framkom det att beteendestörningar är mycket vanliga symtom som förekommer vid en minnessjukdom. Beteendestörningarna kan bero på flera olika saker, en minnessjuk kan till exempel vara hungrig, törstig, trött, vilsen, ha värk eller uppleva rädsla. Respondenterna menar att beteendestörningarna alltid är beroende på att man inte får sina behov bemötta och därför är det viktigt att lära känna patienten för att kunna utgå

från hens behov och som vårdare förstår man också bättre de beteenden den minnessjuka har. Respondenterna tog även upp att mot minnessjuka skall vårdaren alltid vara saklig och vänlig men ibland behöver det till exempel tillrättavisning och tillsägelse, som till exempel "nu sitter du här".

I arbetet nämner Ouldred och Brynt (2008, s. 242) att utmanande beteendeförändringar hos minnessjuka personer som är plågsamma för dem själv och för omgivningen behöver utvärderas noggrant för att den personen skall få korrekt stöd som uppfyller patientens individuella behov. Beteendeförändringar beror ofta på förändringar som sker i hjärnan då sjukdomen utvecklas.

Skribenterna vill lyfta fram betydelsen av den personcentrerade omvårdnaden i samband med utmanande beteenden hos den minnessjuka. Enligt Wångblad, Ekblad, Wijk och Dahlin Ivanoff (2009, ss. 644-650) så har alla personer individuella behov som bör uppfyllas. Som en frisk person känner man bra till sina egna behov, men som minnessjuk är det svårt att veta sina behov och hur de skall uppfyllas. För att vården skall vara optimal behöver vårdaren lära känna personen för att veta de individuella behoven. Piers, Albers och Van den Block (2018) menar att med hjälp av att vårdaren känner den minnessjuka är det lättare att veta hur gå till väga för att vårda patientens utifrån hens vilja och behov när sjukdomen framskridit och patienten inte längre kan uttrycka sina känslor och åsikter. Vårdaren kan i denna situation läsa patientens kroppsspråk eller övriga beteendet och agera utifrån patientens önskemål.

Skribenterna tar upp i arbetet gällande olika beteenden som kan förekomma under sjukdomsförloppet hos en minnessjuk. Wahlund (2020, ss. 207-208,244) tar upp att olika beteendesymptom som den minnessjuka får är mycket individuella och beror på hur långt sjukdomsförloppet framskridit. Det kognitiva kan vara milt i början och det kan förekomma nedstämdhet och depression i början när personen fått sjukdomen. När det verbala blir svårare så kan det lätt ske missförstånd och kan leda till exempel till aggressivitet när den minnessjuka inte blir rätt förstådd. Det kan även förekommer hallucinationer och vanföreställningar när sjukdomen framskrider som till exempel att den minnessjuka tror vissa saker är levande eller att det finns någon i rummet som inte existerar, detta kan då vara mycket svårt för andra runt omkring att kunna acceptera och förstå. Även vandringsbeteende kan förekomma och det kan vara oklart varför personen har detta

beteende men det kan även vara tecken på att hen behöver sina behov bemötta till exempel att personen är hungrig eller har värk.

10 Forskningsetik

Vid en studie är det bra att vara medveten om de etiska principerna för att öka sannolikheten att deltagarnas säkerhet, välbefinnande och rättigheter tas i beaktande. I korthet handlar de etiska principerna om att påminna oss att alla människor och deras egenskaper är lika värda och att egenskaperna skall tas i beaktande. Människor skall respektera, behandla varandra väl och visa rättvisa för varandra. (Henricson, 2017, ss. 61-62).

Skribenterna är medvetna om att examensarbetet är ett officiellt dokument samt tagit i beaktande att arbetet skall plagiatgranskas när det är klart. All litteratur i arbetet är hänvisat till källor och ifall skribenterna har sina egna åsikter och tolkningar, framkommer det klart och tydligt. Källorna som använts är behandlade med hänsyn till god hänvisningspraxis. Skribenterna är medvetna om att studerande behöver följa god sed och de etiska reglerna som gäller för vetenskapliga arbeten i Yrkeshögskolan Novia samt har beaktat detta under hela arbetsprocessen. Respondenterna har även fått information om hur examensarbetsprocessen kommer att se ut samt hur de får tillgång till arbetet.

Vid genomförandet av en vetenskaplig undersökning eller studie involveras alltid ett urval av människor. Detta urval kommer till nytta för att få en bredare kunskap inom ämnet i fråga. Forskningsetik betyder att de människorna som deltar i arbetet, är individuella och deras värde och rättigheter skall respekteras och tas i beaktande. Förutom att människan beaktas, skall också hen skyddas, för att bygga respekt och visa att hen tas på allvar. Forskningsetiken beaktas innan, under och efter examensarbetet. Människor har även rätt till självbestämmande, det vill säga att de får självständigt välja om de deltar i arbetet eller inte och oberoende val skall det bemötas och respekteras. Människorna har även rätt att avbryta medverkandet när som helst. Personerna som utför arbetet bör få ett samtycke av medverkarna innan de kan delta i arbetet. Samtycket bekräftar att deltagaren förstår att hens åsikter, erfarenheter och överlag det hen säger, kommer vara med i en vetenskaplig undersökning. (Henricson, 2017, ss. 57-58).

Två av respondenterna har haft personliga kontakter med vissa av skribenterna. Skribenterna har varit noga med att se till att även vid personliga respondenter utföra intervjuerna professionellt och objektivt, vilket påvisar skribenternas jäv. Alla respondenter har fått ta del av samma frågor. Det enda som skiljer sig är att vissa respondenter har fått följdfrågor eftersom skribenterna har velat få en bättre bild av vad respondenterna vill få fram samt att det har väckt ett intresse hos skribenterna angående svaren.

Respondenterna som deltagit har fått muntlig information om undersökningen och vad svaren de ger vid intervjuerna används till. Intervjuerna är inspelade på skribenternas privata telefoner som respondenterna varit medvetna om samt gett muntligt samtycke till. Respondenterna har också gett sitt samtycke till att använda materialet för examensarbetet och att skribenterna få använda direkta delar av det insamlade materialet. Det insamlade materialet raderas efter att det bearbetats, vilket deltagarna godkännt. I analysstabellen förekommer det meningar som är utdragna direkt från intervjuerna, meningarna som tagits ut är i olika ordningar och det finns inget som helst bevis eller tecken på vem som sagt vad. På detta sätt har anonymiteten av respondenterna säkerställt.

Skribenterna har läst sig in på Forskningsetiska delegationens anvisningar (2012) samt bekantat sig med principerna för behandling av personuppgifter och dataskydd och skribenterna anser att arbetet följer dess principer. Det har inte framkommit några personuppgifter så som arbetsplats, stad och namn, som skulle bevisa vem personen är i examensarbetet. Skribenterna är medvetna om tystnadsplikten samt följt den under hela arbetsprocessen och kommer att hålla det även efter att examensarbetet är klart.

11 Tillförlitlighet

Tillförlitlighet och trovärdighet handlar om hur noggrann samt organiserad forskningsprocessen har varit och hur trovärdigt samt tillförlitligt resultatet är med tanke på datainsamlingsmetoden och analysen som har använts. (Fejes & Thornberg, 2019, s. 276).

Skribenterna har hållit sig till ämnet genom arbetets gång. Frågeställningarna och syftet har hållit i sig som en röd tråd genom litteraturen och analysprocessen. Intervjufrågorna har formats utgående från litteraturen som används i arbetet samt utgående från syftet och

frågeställningarna. Skribenterna har använt sig av ett flertal artiklar som hör ihop med arbetets syfte vilket stöder tillförlitligheten.

Genom att respondenterna har erfarenhet samt är kunniga angående ämnet i undersökningen så ger det ett bättre resultat även fast urvalet är fyra respondenter. Respondenterna är valda utifrån deras yrkesbeteckning och arbetsuppgifter kopplas de ihop med arbetets syfte och frågeställningar. Då detta är en kvalitativ undersökning behöver det inte delta så många respondenter men om skribenterna skulle ha valt ett större urval, skulle det eventuellt precisera resultatet tydligare samt att arbetet skulle få in flera synvinklar på bemötandet av minnessjuka. Skribenterna anser att trots det valda urvalet så har arbetet fått svar på syftet och frågeställningarna.

Skribenterna har redogjort för alla moment i arbetet för att förtydliga hur arbetsprocessen gått till. Strukturen är tydligt gjord så att det är lättare att följa med och hitta rätt litteratur. All litteratur hänger ihop med varandra vilket ger en helhetsbild och den röda tråden genom av hela arbetet. Genom att skribenterna har skrivit tydligt och strukturerat samt steg för steg vad som har gjorts så kan processen återskapas i en ny undersökning. För att strukturen i arbetet skall vara tydlig och lätt att förstå, har skribenterna hänvisat till bilagorna, bland annat till innehållsanalysen, för att läsaren av undersökningen skall hänga med och förstå vad skribenterna syftar på vid olika tillfällen. Skribenterna har i hela arbetet hänvisat till källor och omformulerat text till egna ord men har inte tolkat litteraturen utan alltid utgått från vad författarna sagt.

Före datainsamlingen gick skribenterna tillsammans igenom hur intervjuerna skulle gå till, spelas in och transkriberas så att alla var förberedda och pålästa. Skribenterna hade även kommit överens om innan, vem som skulle intervjua vem, och enskilt med respondenterna kommit överens om när intervjuerna skulle äga rum. Efter intervjuerna har skribenterna lyssnat igenom sina egna intervjuer och transkriberat svaren enskilt för sig och därefter har alla samlats på plats för att ta del av den transkriberade texten och diskuterat för att få en större helhetsbild.

Skribenterna har senare insett att de kunde ha förbättrat förberedningen av respondenterna genom att skicka frågorna i förväg för att låta dem förbereda sig mera. Trots detta anser skribenterna att alla respondenter har fått den tid de behöver för att

svara på frågorna, då intervjutillfällena har varit väl planerade och respondenterna har haft gott om tid att svara.

Under hela processen har skribenterna diskuterat samt analyserat tillsammans om litteraturen och respondentsvaren. Litteraturen som skrivits har gått igenom flera gånger gemensamt med alla skribenter. Texten har ändrats under arbetets gång samt litteraturen som valts har skribenterna noggrant analyserat och valt det mest relevanta till själva arbetet. Intervjusvaren har även funnits på ett skilt dokument som gjort det lättare att koppla ihop svaren med varandra.

Skribenterna har använt sig av Henricson (2017) som stöd för forskningsmetodiken genom hela arbetet och Granskär och Höglund-Nilsen (2008) för analysprocessen. Detta ger läsaren en bättre bild av hur skribenterna har tänkt och det underlättar också om man vill skapa en ny undersökning.

12 Diskussion

Syftet med detta examensarbete var att utreda vårdpersonalens syn på bemötande och betydelsen av personcentrering i bemötandet av en minnessjuk person. Skribenterna valde syftet och frågeställningarna eftersom ämnet är intresseväckande samt att skribenterna har erfarenhet inom ämnet och märkt att det inte pratas om det tillräckligt samt tycker att bemötandet av de minnessjuka kan emellanåt vara bristfälligt. Frågeställningarna var att vad innebär ett gott personcentrerat bemötande för en minnessjuk? Skiljer sig bemötandet av personer med olika minnessjukdomar? och finns det faktorer som påverkar bemötandet negativt?

De teoretiska utgångspunkterna igenom hela examensarbetet har varit Katie Eriksson och Tom Kitwood. Det är dem som skribenterna utgått från och kopplat innehållet med, deras syn på vårdrelation och personcentrerat vårdande för den minnessjuka. Att skribenterna utgått från dem betyder att all skriven text har en grund för varför skribenterna valt att ta upp det innehåll de gjort. Detta har gjorts för att skapa en röd tråd genom hela arbetet. Enligt Eriksson (2014, s. 56) stödjer ett optimalt kunnande till en trygg relation för patienten som gör att vårdprocessen blir alltmer omfattande och individuell. Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer (2018, s. 11) beskriver hur noggrann Kitwood var med att lyfta fram att demens

är mycket individuellt och olika för varje person samt att vård skall ges så, att det stöder en persons individuella behov respektfullt och med tillit. Kitwoods tankar och syn på denna typ av vård har senare fått ett gemensamt begrepp, personcentrerad vård.

Skribenterna har fördjupat sig i frågeställningarna och syftet i analysresultatet tidigare i arbetet. Nedan kommer en sammanfattning över svar på frågeställningarna.

Skribenterna nämnde redan till en början i arbetet att det inte hittades tidigare faktabaserad information gällande skillnader i bemötandet beroende på minnessjukdom. I arbetet kommer det fram att bemötandet skiljer sig beroende på minnessjukdom. Utifrån intervjuerna kom det fram att minnessjuka har olika symtom och beteenden beroende på minnessjukdom, vilket skribenterna tolkar att påverkar bemötandet. I arbetet har det framkommit att bemötandet kan påverkas negativt av tidsbrist, kunskapsbrist och utmanande beteenden. Tidsbristen orsakas vanligen av personalbrist och det är vanligt att det leder till att vårdare inte hinner ta reda på den minnessjukas livshistoria men även individuella tankar, åsikter och önskemål. Även en stressig miljö gör att vårdare inte hinner ge den tid som skulle behövas för patienterna, vilket påverkar kvaliteten på bemötandet och vården. Kunskapsbristen har också stor inverkan på bemötande då man som vårdare inte förstår de olika sjukdomarna samt sjukdomsförloppet, eftersom då vet man inte heller hur man ska bemöta. Tidigare i arbetet kom det också fram att respondenterna önskar mer kunskap och förståelse för den minnessjuka och hela sjukdomsförloppet. De utmaningar som en minnessjukdom kan medföra är inget som den minnessjuka kan påverka utan det hör till vårdaren att ha tillräckligt med kunskap för att kunna förstå samt stödja patienten. Kunskapsbristen påverkas även av vad vårdare lär sig i utbildningen och utifrån resultatet kom det fram att det inte tas upp tillräckligt gällande bemötandet av minnessjuka samt hela sjukdomsförloppet och de skillnader som finns angående symtom.

Ett gott personcentrerat bemötande kan betyda olika för olika individer, eftersom vården och behoven är individuella för alla. Det kom fram att genom att veta den minnessjukas livsberättelse kan vårdaren förstå den minnessjuka och lära känna personen bättre. Vissa beteenden kan bättre tolkas av vårdare ifall man vet bakgrunden hos personen. Genom att lära känna och vårda individuellt ökar det en trygghet hos den minnessjuka men även hos vårdpersonalen, eftersom vårdarna lättare kan känna igen personens behov samt att det skapar en större förståelse för olika beteenden. Genom detta skapas även en god

vårdrelation mellan den minnessjuka och vårdaren. Det är viktigt att komma ihåg att även fast flera personer har samma diagnos så är vårdandet aldrig lika, samt att kunna respektera den minnessjuka oavsett beteende och behov.

Anhöriga till personer med minnessjukdom är viktiga att inkludera i vården. De anhöriga är betydelsefulla då de oftast känner den sjuka bäst och vet om deras bakgrund, liv samt personlighet innan de insjuknat. Som vårdare skall man diskutera och lyssna på den anhöriga eftersom hen kan ha givande information gällande den minnessjukas önskemål om vård. En vårdare skall uppfylla önskemål samt lära känna personens bakgrund men bör även lära känna den personen som finns i nuet. Anhöriga vill ofta hålla kvar det gamla, hur den människan har fungerat förut och de blir ofta stressade och olyckliga då personen ändrar under sjukdomen. Anhöriga kan även vara en negativ faktor som påverkar bemötandet och vården, då de till exempel inte förstår att sjukdomsförloppet framskrider. Vårdare skall kunna visa stöd, medkänsla och respekt för den anhöriga som till vilken annan människa som helst.

I sin helhet har ett gott personcentrerat bemötande en stor inverkan på den minnessjuka. Skribenterna vill sammanfatta att genom att arbeta personcentrerat samt ha tillräckligt med kunskap angående de olika minnessjukdomarna har vårdaren en bättre förståelse till patienten och kan bemöta dem individuellt, vilket skapar en bättre vårdrelation. Genom det minskas även vissa negativa faktorer som påverkar på bemötande och ökar förståelsen till de beteenden den minnessjuka kan ha.

Eftersom bemötandet är en viktig del inom vården så skulle det behövas mera förståelse kring hur det påverkar vårdarbetet och vårdrelationen. Respondenterna nämner skillnader i bemötandet som de tagit med sig genom arbetserfarenhet, dock nämner de även att de saknar forskning och litteratur om ämnet. Utifrån resultatet tolkade skribenterna att skillnader i bemötande kan bero på den minnessjukas symtom och beteenden och därför skulle fortsatt forskning kring detta ämne vara bra, för att få en djupare förståelse om bemötandet skiljer sig. Respondenterna nämner även att det kunde finnas mera skolningar eller fortbildningar för vårdpersonal angående bemötandet av minnessjuka, samt inkludera ämnet mer i utbildningen om hur bemötande av minnessjuka kan tillämpas i vårdverkligheten.

Källförteckning

- Amjad, H., Roth, D., Sheehan, O., Lyketsos, C., Wolff, J., & Samus, Q. (2018). Underdiagnosis of Dementia: an Observational Study of Patterns in Diagnosis and Awareness in US Older Adults. *Journal of general internal medicine*, 1131-1138.
- Arman, M. (den 6 Juli 2020). *Empati och medlidande*. Hämtat från Svenska sjuksköterske förening: <https://swenurse.se/omvardnadsmagasinet/tidigare-nummer/omvardnadsmagasinet-nr-1---2016/empati-och-medlidande> den 12 Maj 2022
- Arman, M., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2015). *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber Ab.
- Baldwin, C., & Capstick, A. (2007). *Tom Kitwood on Dementia A reader and critical commentary*. Berkshire, England: Open University Press.
- Bleathman, C., & Morton, I. (den 25 Juli 1996). Validation therapy: a review of its contribution to dementia care. *British Journal of Nursing*, ss. 866-868.
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Lund: Liber Ab .
- Dixon, L., & Thompson, H. (Juli 2018). The role of the district nurse in caring for patients with dementia. *British Journal of Community Nursing*, 23(7), ss. 348-353.
- Edberg, A.-K. (2014). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman , I. (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber AB.
- Ekwall, A., & Jansson, A. (2016). *Omvårdnad & medicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.
- Erkinjuntti , Remes, Rinne, & Soininen. (den 2 4 2019). *Terveyskirjasto*. Hämtat från Lewyn kappale -tauti: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01105> den 10 januari 2022
- Erkinjuntti, T., & Vataja, R. (den 21 September 2016). *Subkortikaalisen vaskulaarisen demention kriteerit ja subkortikaalisen vaskulaarisen demention kuvantamiskriteerit*. Hämtat från Käypä hoito: <https://www.kaypahoito.fi/nix01588> den 10 Januari 2022
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontological Society of America*, ss. 10-19.
- Fejes, A., & Thornberg, R. (2019). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber Ab.
- Fossum, B. (2019). *Kommunikation samtal och bemötande i vården* . Lund: Studentlitteratur.
- Georgina, C. (den 1 Juli 2012). Alzheimer´s and other dementias. *Kai Tiaki nursing New Zealand*, ss. 20-24.

- Granskär, M., & Höglund-Nilsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Studentlitteratur AB.
- Hejlskov Elven, B., Agger, C., & Ljungman, I. (2015). *Beteendeproblem i äldrevården, att förstå och möta*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (2:a upplagan uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hewitt- Taylor, J. (2015). *Personcentrerad vård i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Holmberg, J. (den 12 Juli 2019). *Empatia on hoitajan työssä tärkeä mittari*. Hämtat från TEHY: <https://www.tehylehti.fi/fi/blogit/mainio/empatia-hoitajan-tyossa-tarkea-mittari> den 12 Maj 2022
- Jenkins, C., Smythe, A., & Galant- Miecznikowska. (den 1 Oktober 2014). How can training interventions for nurses promote personcentred dementia care in nursing homes? *Mental Health Nursing*, ss. 16-19.
- Kan, S., & Pohjola, L. (2016). *Äldreomsorg för närvårdare*. Helsingfors: Utbildningsstyrelsen.
- Komatsu, M., Hayakawa, S., Ohnishi, N., Takemura, K., Shimizu, R., & Tabata, M. (2021). Developing a Cooperative Caring Model for Nurses and Older Adults With Dementia. *International Journal for Human Caring*, 24(4).
- Kourakos, M., Kafkia, T., & Minasidou, E. (den 1 September 2016). Social Support and Care for Patients with Alzheimer's Disease in the Community. *International Journal of Caring Sciences*, ss. 1186-1188.
- Mansah, M., Coulon, L., Brown, P., Reynolds, H., & Kisiwaa, S. (den 1 Juni 2014). Tailoring Dementia Care Mapping and Reflective Practice to empower Assistants in Nursing to provide quality care for residents with dementia. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 21(4).
- McCormick, A. J., Becker, M. J., & Grabowski, T. J. (Oktober 2018). Involving People with Memory Loss in the Development of a Patient Handbook: A Strengths-Based Approach. *Social work*, 63(4), ss. 357-364.
- Minnesförbundet. (u.å). *Bemötande av en person med minnessjukdom*. Hämtat från Minnesförbundet rf: <https://www.muistiliitto.fi/sv/minnessjukdomar/sarskilda-fragor/bemotande-av-en-person-med-minnessjukdom> den 14 Januari 2022
- Myers, M. (2013). *Two Roads Diverges in a Wood: The Story og caring Theorist Sister M. Simone Roach*. Admonton, Alberta: University of Alberta.
- NE Nationalcyklopedin AB. (u.å). *Induktion*. Hämtat från NE: <https://www-ne-se.ezproxy.novia.fi/uppslagsverk/encyklopedi/lang/induktion> den 20 April 2022
- Olivestam, C. E., & Thorsén, H. (2012). *Etik och människans livsvillkor*. Stockholm: Liber.
- Ouldred, E., & Bryant, C. (den 28 Februari 2008). Dementia care. Part 2: understanding and managing behavioural challenges. *British journal of nursing*, 17(4), ss. 242-247.

- Piers, R., Albers, G., & Van den Block, L. (den 2 Juni 2018). Advanced Care Planning in dementia; recommendations for healthcare professionells. *BMC palliative Care*.
- SBU. (2017). 8 Värdering och syntes av studier utföra med kvalitativ analysmetodik. i S. B. Utvärdering, *Utvärdering av Metoder i Hälso- och Sjukvården - en Handbok* (ss. 69-105). Stockholm: SBU.
- Schnepf, W., & Erdmann, A. (2016). Conditions, components and. *Dementia*, 1185-1204.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim. (den 29 01 2021). *Muistisairaudet*. Hämtat från Duodecim käypähoito: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s11>
- TENK, Forskningsetiska delegationen. (den 14 November 2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Hämtat från [tenk.fi](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf): https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- THL. (den 20 April 2021). *Minnessjukdomar*. Hämtat från Institutet för hälsa och välfärd: <https://thl.fi/sv/web/folksjukdomar/minnessjukdomar> den 7 Januari 2022
- Vanhala , M. (den 4 Januari 2021). *Aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistisairaus*. Hämtat från Sariaanhoitajan tietokannat, Terveysportti: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk03645/search/vaskulaarinen%20dementia> den 10 Januari 2022
- Wahlund, L.-O. (2020). *Geriatriboken*. Stockholm: Liber AB.
- Weitzel, T., Robinson, S., & Barnes. R, M. m. (Februari 2011). The Special Needs of the Hospitalized Patient with Dementia. *CNE, Medsurg Nursing*, ss. 13-20.
- Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur Ab.
- Wångblad, C., Ekblad, M., Wijk , H., & Dahlin Ivanoff, S. (den 1 December 2009). Experience of physical strain during person transfer situations in dementia care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, ss. 644-650.

Sökhistorik

Datum för sökning	Databas	Söktermer	Sök fras	Antal träffar	Avgränsningar (t.ex. språk, år)	Antal träffar efter avgränsningar	Antal valda artiklar
7.1.2022	CINAHL	Care for a alzheimer	Care for a Alzheimers	497	Peer Reviewed, Full text, any author is a nurse, English language, PDF full text	2	1
7.1.2022	CINAHL	Dementia, approach, tool	Dementia AND approach AND tool		Peer Reviewed, Full text	76	3
10.1.2022	CINAHL	Validation therapy for dementia	Validation therapy for dementia	12	Peer Reviewed, full text	2	2
10.1.2022	CINAHL	Communicating with dementia patients	Communicating with dementia patients	34	Peer Reviewed, PDF full text, English language, Any author is a nurse	1	1
11.1.2022	CINAHL	Communication and dementia	Communication and dementia	3426	Peer Reviewed, PDF full text, English language, Any author is a nurse	17	1
12.1.2022	CINAHL	Dementia and care	Dementia care	9998	Peer Reviewed, PDF full text, English language, Any author is a nurse	36	1
13.1.2022	CINAHL	Communication, empathy, dementia	Communication AND empathy		Full text, peer reviewed,	1	1

Bilaga 1

			AND dementia		any author is nurse		
13.1.2022	CINAHL	Vascular and dementia	Vascular dementia	3020	Peer Reviewed, PDF full text, English language, Any author is a nurse	8	1
13.1.2022	CINAHL	Nurses views or nurses' opinions or nurse's perception or nurses or nurses experience, dementia	Nurses views or nurses' opinions or nurse's perception or nurses or nurses experience AND dementia	255	Peer Reviewed, PDF full text, English language, Any author is a nurse	3	1
13.1.2022	PubMed	Undiagnosed dementia	Undiagnosed AND dementia	118	Full text, free full text	64	1
13.1.2022	PubMed	Care-planning, dementia care	Care-planning and dementia care	495	Free full text, 5 years, abstract	218	1

Intervjufrågor

1. Hur lång arbetserfarenhet har du med minnessjuka? På vilket sätt har du arbetat med dem?
2. Hur upplever du bemötandet i allmänhet är mot de minnessjuka?
3. Vilka faktorer kan påverka negativt på bemötandet?
4. Vad säger begreppet *personcentrerat* för dig?
5. Vad innebär ett gott personcentrerat bemötande för en minnessjuk och vad bidrar till en gott bemötande?
6. Anser du att det finns skillnader på bemötande vid de olika minnessjukdomarna? – vilka och hur påverkar det vårdandet?
7. Vad finns det för utmaningar vid bemötandet och kommunikationen av de minnessjuka?
8. Använder ni hjälpmedel för kommunikationen med en minnessjuk?
9. På vilket sätt skulle du vilja förbättra ett gott bemötande och god personcentrerad vård för de minnessjuka?

Innehållsanalys

Domän	Meningsenhet	Kod	Kategori	Tema
Hur upplevs bemötande mot de minnessjuka?	På en jour upplevs de som besvärliga och tidskrävande ... alla försöker sitt bästa men det är otåligt om det är bråttom... detta upplever jag inte på min mottagning...	Tidskrävande och bråttom	Miljös betydelse	Synen på en minnessjuk och hur det påverkar bemötande
	Man behöver inte ändra bemötandet bara för att man får en diagnos...vilken syn på människan... det är säkert varierande...	Varierande bemötande Synen på människan	Syn på minnessjukdom	
	Många vet inte hur de ska vara, glömmar bort att människan har en sjukdom...blir irriterade... behandlar personen som ett litet barn... Folk i allmänhet har utmaningar i bemötande av en minnessjuk...	Vet inte hur man ska vara	Okunskap	
	Man drar alla över samma kam...behandlar dom ibland som barn och försöker uppfostra dom och lite gråla på dom fast det inte är någon vits med en minnessjuk	Behandlas som barn Försöker uppfostra	Nedvärdering	
Vilka faktorer kan påverka negativt på bemötandet?	Avdelningen är bladad med somatiska och minnessjuka...Stress...tungt arbete... om det är bråttom, ger man inte den tiden som skulle behövas	Stress och tungt arbete	Tidsbrist	Negativa faktorer påverkan på bemötande
	Utmanande beteende... gör något som är på något sätt fel...finns förklaring hos den minnessjuka	Utmanande beteende	Vilsenhet Olika tankesätt	
	Inte har mycket erfarenhet...märker nog ändå om någon blir obekvämt mot dem... tendens att ha dåligt humör, misstänksamma och anklagande...påverkar på ens eget tålamod	Kunskapsbrist Obekvämt	Brist på tid och kunskap samt varierande beteende	
	Okunskap om hur sjukdomen framskrider... tidsbrist att lära känna den här personen... utmattade anhöriga...i ett visst skede	Okunskap om sjukdom		

	kommer det olika beteendestörningar... personalbrist...	Tidsbrist/ personalbrist		
		Beteendestörningar		
Vad innebär ett gott personcentrerat bemötande för en minnessjuk och vad bidrar till en gott bemötande?	Bemöter dem som en vanlig människa... veta en minnessjunks bakgrund...trygghet för personal om man känner dem, eftersom man vet hur de tänker...använda den minnessjukas resurser och göra det som den tycker som	Bemöta som vanlig människa Trygghet Göra vad de tycker om	Visa förståelse Livsberättelse Trygghetskänsla	Betydelsen av personcentrerat bemötande
	Se alla som individer och lära känna dem... få en bra vård... livsberättelsen är en bra sak... ge vård till individen och inte ser alla som likadana	Lära känna dem Livsberättelse Alla är olika		
	Det är en person man vårdar och inte en sjukdom... inte glömma bort att det finns en människa bakom sjukdomen... fast två personer har samma diagnos så har man inte ett likadant sjukdomsförlopp... självbestämmanderätt... underlättar vårdande om man vet lite deras historia... försöka hitta lösningar... vad skulle personen önska om den skulle vara frisk	Person inte sjukdom Samma sjukdom är inte samma vårdande Bakgrund Självbestämmanderätt	Individuell vård & självbestämmanderätt	
	Vad har hänt före och vad kommer hända då sjukdomen framskrider... livsberättelse... kan ändå jobba personcentrerat fast man inte vet allt... respekt... ingen trygghet...	Framskridning av sjukdom Livsberättelse Respekt Trygghet	Lära känna patienten Respektfullhet	
Finns skillnader på bemötande vid de olika minnessjukdomarna?	Individuellt och alla har olika symtom... Jag vet inte skillnad på bemötande vid olika sjukdomar... Frontal och tinning har symtom av aggression och personlighet, som inte har med minnet och göra.... Beteendestörningar, det har ofta inte alzheimer.	Individuellt Olika symtom Ovetande Beteendestörning	Olika symtom beroende på minnessjukdom	Skillnad i bemötande beroende på minnessjukdom
	...tänker jag att det inte finns så stor skillnad... handlar om vad man ser	Ovetande		

	hos personen hur dessa sjukdomar syns utåt	Sjukdomarna utåt	Är okänt – behövs mera kunskap	
	Alla minnessjukdomar är sista slutligen ganska olika, sjukdomsförloppet går mycket upp och ner... inte fokusera så mycket på vad de har för diagnoser utan man lär känna patienterna efter hand... människor med olika diagnoser så sen hur dom alla personerna fungerar tillsammans...	Olikheter Inte fokusera endast på diagnosen Lära känna patienten		
	Mer skolning med de olika minnessjukdomarna att det är stor skillnad... Förståelsen skulle jag vill ha öka... beroende på hur långt man är i sjukdomen...	Mer skolning Stora skillnader Öka förståelse		
Vad är utmanande i bemötande?	Mera förståelse... talar samma språk... inte självklart...	Förståelse Samma språk	Kommunikationssvårigheter	Utmaningar i bemötandet samt stöd av dem
	En konkret sak är när talet försvinner och det blir svårt att kommunicera verbalt	Verbal kommunikation		
	Inte är på samma plan... tror att någonting annat är verkligheten... det är helt förståeligt att inte kan någon annan komma och säga något då man tror att något annat är verkligheten	Annan verklighet Förändringar i beteendet	Leva i en annan verklighet	
	Beteendestörningar... inte har sina behov bemötta... försöka tolka ett beteende... de kan glömma vad du säger men de glömmar inte känslan som du förmedlar... övertalande och förklarande	Behov bemötta Tolka beteenden Tolkning av känslor	Individuella behov och tolkning av beteenden Känsloupplevelser	