

Studerandens upplevelser av missförhållanden inom demensvård

En kvantitativ undersökning på Yrkehögskolan Novia

Linnea Envall

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

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2023

EXAMENSARBETE

Författare: Linnea Envall

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Sirkku Säätelä

Titel: Studerandens upplevelser av missförhållanden inom demensvård – en kvantitativ undersökning på Yrkeshögskolan Novia

Datum: 19.4.2023 Sidantal: 44

Bilagor: 3

Abstrakt

Demens är en av Finlands folksjukdomar som ökar i takt med landets åldrande befolkning. På samma gång finns det en landsomfattande brist på vårdare i landet. Bristen påverkar speciellt äldreomsorgen och skapar konsekvenser för vårdtagarna i form av hårdhänthet och dåligt bemötande från vårdarnas sida. Dessa s.k. missförhållanden antar skribenten att påverkar studeranden på ett eller annat sätt.

Syftet med examensarbetet var att undersöka studerandens upplevelser och frekvens av missförhållanden inom demensvården. Undersökningen har genomförts på Yrkeshögskolan Novias vårdstuderanden genom en webbenkät 23.2-9.3.2023. Enkäten bestod av både öppna och slutna frågor som handlade om arbetsplatskulturen, förekomst av missförhållanden och upplevelsernas påverkan på viljan att studera. Resultatet analyserades med kvalitativ innehållsanalys och kvantitativa svar visualiserades med diagram.

Det kom fram i resultat att majoriteten, 62% av enkätens respondenter, har sett missförhållanden inom demensvård på praktik eller på sitt arbete. Frekvensen av missförhållanden uppgavs av majoriteten att ha skett 1–2 gånger per dag. Upplevelserna av missförhållanden påverkade studerandens vilja att fortsätta studera både positivt och negativt.

Språk: Svenska

Nyckelord: Missförhållanden, demensvård, studeranden, upplevelser

BACHELOR'S THESIS

Author: Linnea Envall

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor: Sirkku Säätelä

Title: Students experiences of malpractice within dementia care – a quantitative study done in Novia school of Applied Sciences

Date: 19.4.2023 Number of pages: 44

Appendices: 3

Abstract

Dementia is one of Finland's national diseases, which is increasing in line with the country's aging population. At the same time, there is a nationwide shortage of caregivers in the country. The shortage affects care for the elderly and creates consequences for patients in the form of harshness and poor treatment. The writer assumes that these so-called malpractice affects the student in one way or another.

The purpose of the degree project was to investigate the student's experiences and frequency of malpractice in dementia care. The survey has been carried amongst nursing students at Novia University of Applied Sciences through a web survey 23.2-9.3.2023. The survey consisted of both open and closed questions that investigated the workplace culture, occurrence of misconduct and the impact of the experiences on the desire to study. The results were analyzed with qualitative content analysis and quantitative results were visualized with diagrams.

It emerged from the results that the majority, 62% of the survey respondents, have seen malpractices in dementia care in practice or at work. The frequency of malpractice was stated by the majority to have occurred 1–2 times per day. The experiences of misconduct affected the student's willingness to continue studying both positively and negatively.

Language: Swedish

Key words: Malpractice, dementia care, students, experience

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund.....	3
2.1	Demenssjukdomar.....	3
2.1.1	Alzheimers sjukdom.....	4
2.1.2	Lewykroppsdemens.....	5
2.1.3	Vaskulär demens.....	6
2.1.4	Frontaltemporal demens.....	7
2.2	Vårdpersonal och den demenssjuka.....	7
2.3	Hur man förstår sig på den demenssjuka	9
2.4	Läkemedel och den äldre kroppen	11
2.5	Tidigare forskning	12
2.6	Teoretisk utgångspunkt	15
2.6.1	Lagstiftning	15
2.6.2	Vårdrelationen.....	16
3	Syfte och frågeställningar	17
4	Metod	17
4.1	Avgränsning och definitioner.....	19
4.2	Urval	19
4.3	Datainsamlingsmetod.....	20
4.3.1	Enkätens uppbyggnad.....	21
4.4	Dataanalys	21
4.5	Etik.....	23
5	Resultat.....	24
5.1	Redovisning av kvantitativa resultat	24
5.2	Redovisning av kvalitativa resultat.....	27
5.2.1	Personal.....	28
5.2.2	Missförhållanden	30
5.2.3	Utbildning	32
5.2.4	Ledarskap.....	32
6	Diskussion	33
6.1	Metoddiskussion.....	33
6.1.1	Validitet och reliabilitet	36
6.2	Resultatdiskussion	38
6.3	Slutsats	42
	Litteraturförteckning	44
	Bilaga 1	
	Bilaga 2	
	Bilaga 3	

1 Inledning

Med Finlands åldrande befolkning ökar antalet personer som insjuknar i demenssjukdomar. Orsakerna till att man kan drabbas är bara delvis besvarat och det finns inga läkemedel eller metoder som kan stoppa utvecklingen. Tills sådana lösningar utvecklas behöver vi fokusera på hur vi ska kunna behandla och ta hand våra demenssjuka, både som medmänniskor men framför allt blivande vårdare. (THL, 2022)

Patientsäkerheten är a och o för vårdare, speciellt då de kommer till personer med demenssjukdomar som inte kan själva se till sin egen säkerhet och övervaka sina egna rättigheter. I tidningar skrivs det om hur demenssjuka och äldre behandlas på sätt som gör en mörkrädd. Svenska Yle publicerade 28.1.2018 en artikel var två systrar berättade om hur deras tredje och demenssjuka syster spändes fast i sängen så att hon inte kunde röra sig fritt (Skön, 2018). Vårdenhetens motivering var att man försökte hindra den demenssjuka systemen att falla eller skada sig. De två andra systerarna hade märkt att hon var ofta ensam då hon var fastspänd. När en patient inom psykiatriska vården bältas måste det finnas en vårdare på plats hela tiden, gäller inte samma villkor för demenssjuka? För att inte nämna hur snabbt det påverkar den geriatriska patientens fysik att vara fastspänd i sängen.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovård, mera känt under namnet Valvira, publicerade 2016 en sammanställning av enkätsvar som gjorts på enheter med dygnetruntvård av Tallavaara, Autio och Uusitalo. Syftet var att reda ut vilka förekomster av missförhållanden och illabehandling som äldre råkar ut för på socialvårdsenheter. Tyvärr svarade de flesta av respondenterna att de hade sett klienter blivit illa behandlade av vårdare. Det handlar bland annat om dåligt språkbruk, bestraffning, att klienten lämnas ensam, förhindrande av rörelsefrihet, agerande mot klientens vilja, hårdhänthet, undernäring, och försummelse av dagliga aktiviteter. Den som utsatte vårdtagaren för olägenheterna rapporterades vara vårdaren i de flesta fallen. (Tallavaara, Autio & Uusitalo, 2016, s. 13–15).

Tallavaara, Autio och Uusitalo (2016, s 19–23) rapporterar att riskerna för illabehandling stiger då enheterna är underbemannade, dåligt ledarskap och bristfälliga anvisningar för

egenkontroll. Det kom också fram från respondenternas öppna svar var att man inte nödvändigtvis visste vad illabehandling betyder. Detta innebar att respondenterna kunde svara att de inte direkt sett illabehandling med nog att vardagliga sysslor som WC besök inte blev av, vilket är en sak som faller under kategorin illabehandling. (Tallavaara, Autio & Uusitalo, 2016, s. 12)

Rapporten reflekterar det som skribenten har upplevt i arbetslivet och i synnerhet inom demensvården. Vårdare som har försummat demenssjuk patients rättigheter och självbestämmanderätt, varit hårdhänt, använder kränkande och hotfullt språk samt fysiskt våld. Enligt skribenten var vårdaren i många av fallen inte lämplig att arbeta med människor i beroendeställning eller ens inom vårddyrket. I diskussion med skribentens medstudering har liknande upplevelser kommit fram. Detta har fått kugghjulen att snurra och frågor som varför och hur utbrett problem är missförhållanden riktade speciellt mot demenssjuka.

Med denna bakgrundsinformation gör skribenten preliminära antaganden att missförhållanden existerar och med en överblick av lagstiftning så ser vi att det sker lagstridig behandling av våra äldre dementa och demenssjuka på boenden för dygnetruntvård. Till sjukskötartutbildningen i Finland hör bland annat en grundvårdspraktik var studeranden kommer med hög sannolikhet i kontakt med demenssjuka. Vad ser dessa studeranden och vad ger det för bild av äldre- och demensvård som framtida arbetsområde? Redan nu har vi brist på vårdare och skribenten undrar om dessa upplevelser kan ha något att göra med dagens personalbrist? (Keva, 2023)

Med tanke på situationen inom äldreomsorgen och rapporten som Valvira gav ut år 2016 undrar skribenten vad vårdstuderanden upplever under sina studieår på sina praktik- och arbetsplatser inom äldreomsorgen. Det är förstås inte bara inom äldreomsorgen som den äldre eller demenssjuka patienten påträffas men det är detta område som examensarbetet kommer att avgränsas till. Finns det möjlighet att studeranden får dåliga erfarenheter inom äldreomsorgen på sina praktikplatser? Ifall ja, påverkar dessa erfarenheter viljan att vilja arbeta inom äldreomsorgen eller till och med viljan att fortsätta inom vårddyrket?

2 Bakgrund

I detta kapitel redovisas centrala begrepp och tidigare teorier som examensarbetet står på. Först följer en redovisning av demenssjukdomar i allmänhet och några av de vanligaste variationerna av demenssjukdomar samt vård. Efter det tar skribenten upp tidigare forskning samt presenterar arbetets teoretiska referensramar.

2.1 Demenssjukdomar

Demenssjukdom är ett samlingsbegrepp för sjukdomar som progressivt försämrar de kognitiva funktionerna (Basun, 2013, s. 12). Enligt Minnesförbundet finns det 193 000 personer i Finland som har olika grader av demenssjukdomar och 14 500 insjuknar per år. Av dessa befinner sig 93 000 i den medelsvåra till svåra fasen av demenssjukdomen (Minnesförbundet rf, 2022). I dagsläget innebär dessa siffror att demenssjukdomarna är en folksjukdom i Finland som främst drabbar äldre men på senare tid har man sett att sjukdomen debuterar i allt yngre ålder. Av alla demenssjukdomar som diagnostiseras hör 70% till Alzheimers sjukdom och 15–20% drabbas av vaskulär demens (Tarnanen et al., 2017).

Demenssjukdom är ett begrepp som idag anses vara luddig och associeras mera med problem med minnet än till sjukdomar som försämrar kognitiva förmågorna. Idag refereras det i vetenskaplig litteratur till neurokognitiv svikt eftersom definitionen demens inte längre finns med i DSM-IV eller ICD-10 (Basun, 2013, s. 12–13). Skribenten håller med om att neurokognitiv svikt beskriver sjukdomen bättre än demenssjukdom men väljer att använda termen demenssjukdom i examensarbetet. Orsaken är att demenssjukdom är än så länge mera använd term än neurokognitiv svikt.

För att kunna diagnostiseras med en demenssjukdom har man haft påvisat under en längre tid nedsatta eller försämrade kognitiva förmågor, problem med att återkalla minnen till arbets- och långtidsminnet, svårigheter att förstå till exempel klockan och att man glömmer bort överenskomna tider. Kriterierna är olika beroende på vilken demenssjukdom det rör sig om och man kan uppvisa symtom på flera olika demenssjukdomar samtidigt. De flesta demenssjukdomar, som Alzheimers sjukdom, drabbar stora hjärnan och symtomen skiljer sig jämfört med demens i pannloberna. (Käypähoito-suositus, 2021; Basun, 2013, s. 13;

Eriksdotter 2020, s. 311). Det finns än så länge ingen medicin som kan göra en frisk ifall man insjuknar i demenssjukdom. Den progresserar och blir allvarligare och utvecklingen beror på individen men leder nästan alltid till en tidigare död. (Basun, 2013, s.13)

När symtomen börjar ge sig till känna så drabbas först människans kognitiva funktioner. Kognitiva funktionerna innefattar språkproduktion, återkallande av minnen samt förmågan att planera (Eriksdotter, 2020, s. 311; Abrahamsson, 2003, s. 20). Den insjuknande kan märka själv att hen har svårare att ta till sig ny information. Gloria Stein är en forskare som insjuknat i Alzheimers sjukdom och förklarade i början av sjukdomen hur hon kunde föreläsa om material hon använt i många år problemfritt men när det kom till att förklara nytt material så fick hon läsa rakt av (Edberg, 2020, s. 25). Stein berättade även att hon i början av sjukdomen upplevde hjärndimma som blev värre med tiden och att verkligheten upplevdes överklig och framtiden svårare att förutsäga.

Det är inte bara demenssjukdomar som påverkar de kognitiva funktionerna mot det sämre hållet och för att fastställa diagnos måste man först utesluta depression, hjärntumör eller -infarkt, blödning, eller stress. (Abrahamsson, 2003, s. 34; Basun, 2013, s. 19)

2.1.1 Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom vet man idag att kan identifieras med rätta biomarkörer många år före symtomen uppträder. Biomarkörerna är atrofi i mediala temporalloben och hippocampusområdet vilket gör att den sjuka hjärnan kan vara 200–300 gram lättare än en frisk hjärna. Neuronernas antal är alltså väldigt mycket färre, likaså synapserna. Neuronerna och synapserna är avgörande för människans alla kognitiva funktioner som att tänka, minnas, planera, styra kroppen med mera. Bindningarna mellan hjärnans olika cortex påverkas betydligt. Förutom atrofien så samlas det plack i hjärnan bestående av proteinlagringar och neurofibriller. Det är proteinet amyloid- β som är huvud boven i dramat (placken). Den har brutit sig från sin modermolekyl med hjälp av enzymer och samlas runt neuronerna. Amyloid- β ska normalt sett finnas och produceras i hjärnan men problem uppstår då proteinet inte bryts ner eller då det produceras för mycket. Då det finns för mycket amyloid- β i hjärnan påverkar det redan i små mängder negativt redan innan det fäster sig på neuronerna i form av plack. Tau-proteinet är en annan skurk som associeras med Alzheimers sjukdom. Tau-proteinet har som uppgift att stabilisera

neuronen men har ändrat form kemiskt till att bli fosforylerat. Då fungerar inte proteinet som det ska. Man har konstaterat att mera plack och fosforylerade tau-proteiner indikerar på svårare insjuknande. (Basun, 2013, s. 13–15; Eriksdotter, 2020, s. 316–317)

Symtomen för Alzheimers sjukdom börjar med små symtom som knappt märks av i början. Saker man just lärt sig blir svårare att återkalla i minnet, förlust av initiativförmåga, störningar i språket, svårare att styra musklerna och feltolkningar av synförmågor. Senare i sjukdomsförloppet förekommer hallucinationer, depression, apati och hyperaktivt beteende med variation. (Basun, 2013, s. 18–19).

När det kommer till Alzheimers sjukdom så har Liang et al. (2020) gjort en studie var de forskade om sambandet mellan kardiovaskulära riskfaktorer och att insjukna i tidigare nämnda demenssjukdom. Deltagarna var i 50-års åldern då studien inleddes och höll på i ca 30 år. Man följde med deltagarnas röningsvanor, fysisk aktivitet, BMI, blodtryck, kolesterol och fastande blodsockerstatus. Dessa parametrar så poängsattes enligt forskarnas egna metoder. I studien kom det fram till att deltagarna i 50 års åldern som hade fått optimala poäng för parametrarna så hade 48% mindre risk för att insjukna i Alzheimers jämfört med jämnåriga med dåliga poäng. I studien pekas det ut att BMI och rökning vägde tyngre än de andra parametrarna. Y. Liang et al. gjorde samma undersökning bland deltagare senare i livet men där fann man inget signifikant samband mellan att insjukna i Alzheimers och dåliga poäng.

2.1.2 Lewykroppsdemens

Lewykroppsdemens påminner om Alzheimers men förloppet av sjukdomen är inte lika linjär. Det förekommer också mera förvirring, synhallucinationer, Parkinsonliknande symtom och fall än hos Alzheimers. De symtom som räknades upp kan ses som kärnan i Lewykroppsdemens. Andra symtom som synkope, tillfällig medvetandeförlust, urininkontinens, depression och vanföreställningar är vanliga. I tester kan man se att det fattas både acetylkolin och dopamin i hjärnan. Vid Parkinsons sjukdom så finns det för lite dopamin vilket bidrar till skakningar i vila, balansproblem och kognitiva förändringar (Parkinsons sjukdom: God medicinsk praxis-rekommendation, 2022). Det förekommer även amyloida plack och s.k. lewykroppar i hjärnan. Lewykroppsdemens anses således vara

”besläktat” med både Parkinsons sjukdom Alzheimer vilket också kan ses i symtombilden att det är en blandning av de båda sjukdomarna. (Basun, 2013, s. 27–29)

För att diagnostiseras med Lewykroppsdemens så ska patienten ha två av tre kärnsymtom, det vill säga fluktuerande kognition, synhallucinationer, och parkinsonism. Men ifall patienten bara har ett kärnsymtom men flera av de andra symtomen (synkope, tillfällig medvetandeförlust, urininkontinens, depression och vanföreställningar) så kan det stöda en diagnos. Andra sjukdomar ska uteslutas för att kunna ställa en diagnos. (Basun, 2013, s. 30–32)

2.1.3 Vaskulär demens

Demens kan orsakas av att blodcirkulationen inte fungerar som den ska i hjärnan. Orsakerna till cirkulationsstörningarna är bland annat inflammation i blodkärlen eller aterosklerotiska förändringar. För att man ska slå fast vid att det handlar om vaskulär demens så ska patienten ha både demenssymtom och synbara förändringar eller skador i hjärnans blodcirkulation och att båda förändringarna sker så gott som samtidigt. Symtomen som kännetecknar vaskulär demens är asymmetriska reflexer, språksvårigheter i både eget producerat tal och språkförståelsen, svårigheter att gå och urininkontinens. Sjukdomen kommer plötsligt, inte helt ovanligt i samband med en hjärtinfarkt, och framskrider i ojämna etapper. Vissa kognitiva egenskaper kan drabbas hårdare än andra och ibland kan försämringen upplevas endast framskrida på ett eller två områden. Den insjuknades humör kan variera stort och drabbas inte sällan av depression och blir emotionellt mera känslig. Symtomen kan utrycka sig kraftigare nattetid än under dagtid vilket kan bero på blodtrycksfall och avsaknad av stimuli runtomkring patienten. (Whalund, 2013, s 50–51)

Som med de flesta andra demenssjukdomar så kan man endast bromsa upp förloppet och inte bota det. Målet är att förebygga blodtrycksfall och andra faktorer som kan påverka blodets genomströmning i hjärnan. Man ska använda mediciner mot blodtryckssjukdomar med försiktighet samt psykofarmaka. (Whalund, 2013, s. 54)

2.1.4 Frontaltemporal demens

Samlingsnamnet frontaltemporal demens innefattar demenssjukdomar som härstammar från förändringar i frontallobens cortex i hjärnan. Förändringarna är neurodegenerativa, de vill säga att hjärncellerna dör ut. Symtomen varierar mellan individer men studier har gjorts var man kommit fram till att svårigheter med att producera tal och personlighetsförändringar hör till de vanligaste symtomen. Personlighetsförändringarna ses ofta som impulsivitet och avsaknad av empati. Det förekommer även förändringar i sociala förmågorna och planering samt utförande av en handling. Diagnostiseringen baseras på avbildningar i hjärnan och att man kan fastställa neurodegenerativa förändringar. (Kilander, 2013, 34–35)

Frontaltemporal demens utvecklas ofta långsamt under flera år och omgivningen kan uppleva den drabbade som ouppmärksam, lyssnar inte eller har svårt att hitta orden. Personen kan ge ett pratsamt intryck men samtalsämnen kan vara lösryckta och inte passa in i sammanhanget. Det kan också vara att patienten är tyst och fåordig men gemensamt för båda typerna är att de inte alltid håller med om att det finns ett problem med kognitionen. Man behöver ofta samla information från närstående för att kunna sammanställa en anamnes och dra slutsatser tillsammans med bilddiagnostiska undersökningar. Genom att fråga om patientens intressen och hur de har förändrats, empatiförmåga och beteende får man relevant information för diagnostik. Det tar längre innan patienten börjar prestera märkbart sämre på arbetet vilket gör att iakttagelser av vardagliga livet väger tyngre. (Kilander, 2013, s. 46)

Det finns ingen effektiv behandling för frontallobsdemens. Stödåtgärder är att koppla in en logoped som kan stöda talet samt att fixa så att anhöriga får avlastning. Patienter med denna typ av demens är ofta krävande och uppmärksamhetssökande så det är viktigt att man tar hand om alla i patientens stödnätverk så att hen kan bo hemma så länge som möjligt. (Kilander, 2013, s. 48–49)

2.2 Vårdpersonal och den demenssjuka

När man som vårdare möter personer med demenssjukdom så har man ett övertag. Så skriver Anna-Karin Edberg i *Omvårdnad av personer med demenssjukdom* (2020, s. 29). Den demenssjukas kognitiva funktioner fungerar långsamt när man utsätts för många

olika uttryck skapar stress och förvirring. Hjärnan arbetar långsammare och hinner inte med samma tempo som omgivningen. Som exempel nämns då en demenssjuk placeras på servicehem var allt är nytt. Ljud, omgivningen, människor och rutinerna. Ingenting är som den demenssjuke är van att eller har förmåga att hantera eller bearbeta på en kort stund. Detta gör att den demenssjuka blir väldigt beroende av andra och ger vårdpersonalen oproportionerlig makt över den demenssjuka (Edberg, 2020, s. 30). I ett möte mellan vårdpersonal och demenssjuk så har den demenssjuka sämre förutsättningar att påverka huruvida mötet sker i positiv eller negativ anda vilket också bidrar till att den demenssjuka är i ett underläge (Edberg, 2020, s. 34; Lindqvist, 2015, s. 40)

En person med demenssjukdom utgör utmaningar för vårdpersonalen i och med att sjukdomen gör det svårt att uttrycka vad patienten känner eller vilka behov den demenssjuka har. Enligt Edberg (2020, s. 30) så tolkar vårdpersonal en demenssjuks sinnesstämning utgående från hur vårdpersonalen själv mår just den dagen. Tolkningen kan då bli fel och personalen väljer fel taktik vid vårdsituationer. Den demenssjuka reagerar negativt på att inte bli förstådd och situationen blir negativ för båda parterna. Edberg fortsätter med att beskriva hur vården av demenssjuka var bättre på de enheterna var man dokumenterade noggrannare om boendens mående och inte bara fysiska aspekter. På samma enheter iakttog man också att en vårdare som hade mindre antal klienter kommunicerade bättre med klienten. Det fanns möjlighet till att skapa en djupare relation mellan vårdare och klient vilket i sin tur gav bättre vårdresultat. Edberg spekulerar om den djupare relationen gör att man ser patienten som en person och inte som en arbetsuppgift. (Edberg, 2020, s. 31).

Enligt Edberg (2020, s. 34) så finns det två förhållningssätt som personalen när de utför sitt arbete. Det första är att man har en uppgift, t.ex. hjälpa klienten med att klä på sig, som man ska utföra. Uppgiften kommer alltså före patienten. Det andra förhållningssättet är att man ska hjälpa klienten med en uppgift. Man ser personen i första hand och uppgiften i andra hand.

I vårdsituationer där det ingick två eller flera vårdare och en klient så har det noterats att personalen är mera intresserad av varandra än klienten (Edberg, 2020, s. 34–35). Personalen talar då ofta över klientens huvud och stöder inte klientens funktionsförmåga. Bemötande som detta påverkar klienten negativt. Hen behöver bli sedd, få hålla

ögonkontakt och uppmuntras att göra det som klienten själv kan göra, på så sätt bibehålls tron på den egna förmågan och risken för depression minskar. Negativa känslor som skapas av möten stannar länge kvar hos den demenssjuka även om hen inte längre kommer ihåg orsaken varför (Lindqvist, 2015, s. 122).

Utgående från litteraturen kan man dra slutsatsen att man som vårdpersonal är den som påverkar huruvida ett möte med en demenssjuk blir positiv eller negativ. Man bör vara noggrann med att se klienten och vara uppmärksam på deras kroppsspråk. När man ställs inför att göra en uppgift så underlättar det arbetet ifall man hjälper en demenssjuk att genomföra uppgiften genom att stöda funktionsförmågan. Man ska inte göra en uppgift i första hand och i andra hand tänka att man jobbar med en människa.

2.3 Hur man förstår sig på den demenssjuka

Människans grundläggande behov ändrar inte fastän man insjuknar i demenssjukdom eller någon annan sjukdom för den delen heller. Enligt Lindqvist som skriver i *Vård och omsorg vid demenssjukdom* (2015, s. 36) är människans grundläggande behov bland annat mat och vatten, lämplig temperatur, motion, närhet, trygghet, utveckling, att bli sedd, bekräftad och accepterad, stimulans och att kunna tömma urinblåsan och tarmen. Alla människor har samma behov men det kan skilja sig i vilka rutiner man har för att tillgodose behoven. Som vårdare bör man vara medveten om människans grundläggande behov och veta så mycket om sin demenssjuka vårdtagare som möjligt för att kunna se till att denna får rätt vård och stöd i vardagen (Lindqvist, 2015, s. 37).

Genom att samla information om den demenssjukes liv och bakgrund så ökar de positiva möten mellan klient och personal. Det hjälper en att förstå sig på klienten och lättare att hantera svåra situationer. Till exempel så kan en plockig klient kräva mycket uppmärksamhet ifall denna går in på andra klienters rum. Ifall man vet att klienten en gång i tiden varit städare så kan man hitta på aktiviteter med klienten som att städa hens egna rum tillsammans, vika handdukar eller ordna upp bland kläder. Då kan klienten för en stund känna igen sig själv och känna sig trygg till den grad att hen sitter ner en stund. (Holst, 2020, s. 51–58)

Demenssjukdomens art gör att det är svårt att fråga klienten information om deras livshistoria. Då behöver man samarbeta med anhöriga som kan berätta om vad klienten

jobbat med, hurudan levnadssituationen varit och vad som varit viktigt för klienten. Man ska dock använda den informationen som utgångspunkt men inte förlita till 100% på informationen. Anhörigas uppfattning om klienten kan skilja sig från den demenssjuka egen uppfattning. Det kan också hända att den anhöriga och klienten inte har ett nära förhållande. Sen måste man ta i beaktande hur sjukdomen påverkar den demenssjuke. Detta är inte en lätt uppgift att navigera med den information man får av anhöriga, observerar och vet om klienten. Därmed är det igen viktigt att vårdpersonalen tar sig tid att lära känna den demenssjuka och är fullt närvarande vid möten. (Holst, 2020, s. 58–59; Lindqvist, 2015, 37–38; Abrahamsson, 2003, s. 86)

Oberoende var den demenssjuka befinner sig i sitt sjukdomsförlopp ska man tilltala personen som vanligt. Då visar man att hen är lika respekterad och värdig som andra (Abrahamsson, 2003, s. 83). Det har också skillnad hur man lyssnar. Man ska tillägna hela kroppen till att lyssna, alltså man vänder hela kroppen mot den man samtalar med och tittar hen i ögonen. Man låter hen uttrycka sig i lugn och ro utan att avbryta. Man ska undvika att göra något annat samtidigt, t.ex. att titta på telefon eller städa. Man ska även undvika att "tala över huvudet" på personen, som att hen skulle vara ett spädbarn som inte förstår någonting. Det har ingen skillnad om den demenssjuka svarar tillbaka eller inte. Dessutom är den demenssjuke med stor sannolik äldre än en själv och hen vet av det, det gör att situationen upplevs som mera kränkande. (Abrahamsson, 2003, s. 84–85; Lindqvist, 2015, s. 106–107)

Det händer sig ofta att en demenssjuk patient uttrycker sig fel eller gör slänger eller tappar saker. Som vårdare eller anhörig ska man inte bli arg och visa missnöje utan erbjuda att hjälpa eller föreslå att man ska t.ex. städa bort det tappade vattenglasets tillsammans. Den som drabbats av demenssjukdom så vet att allt inte står rätt till och behöver inte skuldbeläggas ytterligare. Då det är dags för blöjbyte eller att duscha så ska det ske i samarbete med och inte åt den demenssjuka. Det ökar chansen för att mötet upplevs som positivt då den sjuka får känna att hen kan hjälpa till med något. Man ska även låta den demenssjuka göra saker och ting så långt som möjligt själv och man ska undvika att ingripa om det bara går. Ifall man måste hjälpa till så ska man uttrycka det som "vi gör det tillsammans" eller "jag hjälper dig" i positiv mening. (Abrahamsson, 2003, s. 84–85)

Man är förstås ingen maskin och ibland så kan man inte behärska sin irritation eller ilska. Man ska dock inte ta ut detta på den demenssjuka, då ska man lämna situationen och be någon annan ta över (Abrahamsson, 2003, s. 84). Att jobba med geriatriska patienter är tungt fysiskt samt psykiskt och det är fullt tillåtet att inte orka hela tiden. Det är viktigt att man då tar stöd av sina arbetskamrater och inte låter det gå ut över patienterna. Den demenssjuke uppfattar att det är hen som det är fel på i sådana situationer vilket ökar ångest och depression.

Den demenssjuka är till viss del medveten om sin demenssjukdom så man ska inte hålla på och påminna hen med meningar som "minns du inte" eller fråga om saker som hen gjort under dagen men glömt. Man kan leda den demenssjuka till att minnas utan att tvinga eller kränka. Samma gäller då den demenssjuka beter sig opassande. Hen kommer inte att minnas vad som skedde några sekunder eller minuter sedan så den demenssjuka kommer inte att förstå ifall vårdaren reagerar negativt. I stället kan man stöda den demenssjuka genom att upprepa de som blev sagt i form av en fråga vilket kan trigga igång flera minnen och demensbilder. Det ger den demenssjuka en chans att utveckla sin mening längre och göra kommunikationen klarare. (Abrahamsson, 2003, s.84; Asplund & Norrman, 2017, s. 87–89)

2.4 Läkemedel och den äldre kroppen

Äldre människor använder idag flera läkemedel än tidigare. Det är inte nödvändigtvis en dålig sak men samtidig användning av många läkemedel kan göra det svårt att avgöra vad som hör till sjukdomarna och vad orsakas av läkemedelsbiverkningar. När den äldre kroppen åldras sker även andra förändringar som att fettmassan i kroppen ökar, vattenmängden minskar och ämnesomsättningen förändras. Detta påverkar effekten av läkemedel och därför ska man utgå från en lägre dos när ett nytt läkemedel sätts in. Centrala nervsystemet blir känsligare för läkemedel som psykofarmaka och opioider. En äldre människa blir lättare förvirrad och konfunderad. (Larsson, Rundgren & Wisten, 2013, ss. 217, 219–220)

En studie gjord av Buckley et al. (2022) fann att läkemedel som inte anses passande för äldre med kognitiv svikt kan öka risken för tidig död. Antikolinerga läkemedel pekas ut som ett läkemedel som man borde undvika speciellt mycket i och med att det minskar

acetylkolin, som är ett ämne som en hjärna drabbad av Alzheimer redan producerar för lite av. Leponex och Akineton är till exempel en medicin som blockerar upptaget av acetylkolin (Larsson, Rundgren & Wisten, 2013, s. 226).

När man drabbas av demenssjukdom som Alzheimers eller Lewy Body demens rekommenderar Socialstyrelsen att vid indikation använda kolinesterashämmare som rivastagmin för att dämpa symtomen och påverka kognitionen positivt. Det finns även forskning som påvisar att kolinesterashämmare kan förebygga beteendemässiga och psykiska symtom som hör till demenssjukdom. Memantin är ett annat läkemedel som man kan prova att använda ifall man inte får önskad effekt av kolinesterashämmare. Läkemedlen kan användas enskilt eller tillsammans. (Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre, 2017, s. 65–66)

2.5 Tidigare forskning

Beroende på demenssjukdom eller orsak till demens sker försämringen etappvis under månader eller år. Utvecklingen av sjukdomen är individuell. Eftersom de kognitiva färdigheterna försämras är demenssjuka och dementa utsatta för både utnyttjning och illabehandling. Ifall en dement person befinner sig i en omgivning som inte förstår sjukdomen eller vet hur man ska kommunicera med den demenssjuka finns det risk för att den demente kan bli utsatt för ovärdigt bemötande och till och med våld.

Mark Johannesen och Dina LoGuidice utförde en systematisk litteraturoversikt 2012 över riskfaktorer i 49 studier över risker för att äldre kan utsättas för osakligt beteende och misshandel. Resultatet av en studie påvisade att äldre med nedsatta kognitiva funktioner och demens var en klar riskfaktor för att bli utsatt för dålig behandling av närstående och vårdare. Även ”problematiskt uppförande” och behov av hjälp med aktiviteter i dagliga livet (ADL) ökade risken i tre av de granskade undersökningarna. I fyra av studierna såg man att nedsatt fysisk funktionsförmåga utgjorde en riskfaktor samt låga inkomster. Övriga riskfaktorer som är relevanta för detta arbete som observerades i studierna är ensamhet, alkoholanvändning, inkontinens, vissa personlighetsdrag som anti-social personlighetsstörning och anklagande personlighet samt ingen regelbunden kontakt med läkare. (Johannesen & LoGuidice, 2013, s. 294-296)

Även om alla objekt för studien inte hade diagnostiserats med demens har de drag gemensamma och applicerbara på personer med demens och demenssjukdomar. Som tidigare konstaterats har dementa nedsatta kognitiva funktioner som förvärras långsamt att sjukdomen framskrider. Med nedsatta kognitiva funktioner följer svårigheter att reglera känslor, känna igen ansikten och objekt, svårigheter att utföra vardagliga sysslor, känna igen signaler när man behöver gå på wc och dylikt. I Johannesen och LoGuidices litteraturöversikt kunde man konstatera att dessa drag var riskfaktorer för att utsättas för dålig behandling. (Johannesen & LoGuidice, 2013, s. 294-296)

Orsakerna till att behandla sårbara människor som inte kan tillgodose sina egna behov dåligt kommer vi att gå djupare in på i examensarbetet. Den obehagligaste frågan av dem alla är: vem är det som behandlar dementa och demenssjuka dåligt? Tyvärr visar rapporten att det är personal på långtidsboenden som oftast är förövaren (Autio, Tallavaara & Uusitalo, 2016, s. 15). När en närstående sköter demenssjuk eller dement i hemmet är det den närstående som behandlar den sjuke dåligt.

Mileski et al. (2019) har gjort en systematisk litteraturöversikt var man ville undersöka misshandel av personer med Alzheimers sjukdom eller demens som bor på institutioner med dygnetrunt-vård. Man ville även identifiera möjliggörare och möjliga barriärer för att kunna förhindra misshandel i fortsättningen. Misshandel definieras av Mileski et al. som när man med vett och vilja orsakar skada, skrämmer, isolerar eller bestraffar en klient på långtidsboende. Förutom fysiskt och psykiskt våld får dementa även utstå att deras pengar används fel av anhöriga eller att de blir sexuellt utnyttjade. Misshandeln kan lämna spår som fysiska skador eller smärta, psykiskt obehag eller negligering av individen. Även uppsåtlig eller oavsiktlig försummelse av patient räknas in i kategorin misshandel orsakar samma skador om inte värre.

I artikeln tas okunnig personal upp som en stor riskfaktor för att misshandel kan ske men också personalbrist och att personalen inte får den uppskattning som de förtjänar. Okunnig personal benämns som personal som inte har tillräcklig skolning för att sköta personer med terminala demenssjukdomar. Personalen saknade kunskap om själva sjukdomen samt vad som var de bästa vårdåtgärderna eller vilka behov som man behöver tillgodose klienten. Det visade sig också att vissa ur personalen inte visste hur man skulle identifiera missförhållanden och misshandel och därmed rapporterades inte missförhållanden till

ledningen. Men det kom även fram att även om personalen visste vad missförhållande för patienterna innebär så rapporterades detta inte framåt eftersom personalen var rädd för att det skulle bli bestraffade själva. Den dåliga skolningsnivån ökade även stressen hos personalen eftersom de inte hade kunskap att klara av svåra situationer. Sambandet mellan låg kvalitativ vård korrelerar med antalet klienter som blir misshandlade på intuitioner för långtidsvård. (Mileski et al., 2019)

Mileski et al. (2019) gjorde även observationen att det var inte bara personalen som är förövaren. I de fallen då det råder personalbrist ökade risken för att det skulle ske våld mellan klienter. Detta berodde på att personalen inte är tillräckligt många och då går det inte att lika effektivt övervaka alla klienter på samma gång. Samma sak har skett i Finland på ett boende i Åbo vid namn Tranbackhemmet 2, vilket är ett serviceboende för personer med demenssjukdomar. På natten upptäckte personalen att en klient hade tagit livet av en annan klient. Då fanns det två från personalen nattetid på 29 klienter (Lundström & Hoffman, 2021). I artikeln beskrivs det att det är normalt att vara två vårdare nattetid vilket oftast beror på att läget på enheten är lugnare men visade sig att det slutade fatalt.

Pillemer et al. (2016) publicerade en översikt gjord på global nivå av misshandel av äldre, vilka som är riskfaktorerna samt bästa förebyggande strategierna, i *The Gerontologist*, en journal för forskning om människans åldrande och vård av äldre. Författarna använde sig av en systematisk litteraturöversikt för att kunna presentera nyckelfaktorer till misshandel av äldre. I artikeln definieras misshandel som bl.a. fysisk misshandel som resulterar i uppsåtlig smärta eller skada, psykologisk misshandel som resulterar i emotionell smärta eller skada, sexuella överträdelser, ekonomisk misshandel eller avsiktlig eller oavsiktlig försummelse (Pillmer, Burnes, Riffin & Lachs. 2016, s. 195).

I artikeln lyfter man fram nedsatta kognitiva förmågor och demens som en stor riskfaktor för att utsättas för någon form av misshandel. Vid tidpunkten då denna artikel blev skriven fanns det inte många stora undersökningar gjorda som inkluderade dementa eller personer med nedsatta kognitiva förmågor men det fanns mindre studier gjorda var man kan anta att det finns en högre prevalens av misshandel jämfört med äldre som inte har samma diagnoser. Den vanligaste typen av misshandel sker på ett psykologiskt och emotionellt plan (Pillmer, Burnes, Riffin & Lachs. 2016, s. 197).

2.6 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten används i examensarbete för att belysa att det finns ett problem (Henricsson, 2017, s. 52–53). När man väljer teori så ska man utgå från det syfte man har i examensarbetet. I detta examensarbete kommer den teoretiska referensramen att användas induktivt, det vill säga att teorierna kommer att diskuteras tillsammans med resultatet i slutet av arbetet. Den första delen består Finlands författningssamling stadgan samt Kati Erikssons teori om vårdrelationen.

2.6.1 Lagstiftning

All lagstiftning i Finland baserar sig på Finlands grundlag (1999/731). Lagen har funnits i sin nuvarande form sedan år 2000 och stadgar var medborgares rättigheter och skyldigheter. I andra kapitlet bestäms alla människor i Finlands grundläggande rättigheter och friheter. Kapitlet inleder med 6 § var det stadgas att "*alla är lika inför lagen*" (1999/731, 6 §). Med detta menar man att man inte får behandla någon annorlunda på grund av kön, ålder, etnicitet, språk, åsikt, övertygelse, hälsotillstånd eller handikapp. Eftersom grundlagen är en tvingande lag kan man inte frånga eller stifta avtal som går emot något av dess stadgan.

Paragraf 19 3 mom. stadgar att alla ska bl.a. ha tillgång till grundläggande och tillräcklig hälso- och sjukvårdstjänster. Detta gäller även socialtjänster. Alla har oberoende av socioekonomisk ställning eller sjukdom rätt till sjukvård och hjälp för att klara av vardagen.

I Finlands ordningsstadga ingår patientsäkerhet i Lag om patientens ställning och rättigheter (1992/785). Lagen omfattar patientens rättigheter, journalhandlingarnas hantering, rätten till patientombudsman och vad dennes uppgifter innefattar.

I kapitel 2 3 § 1 mom. stadgas patientens rätt till både bra hälsovård och bemötande. Detta innebär att patienten har rätt till att få ändamålsenlig vård enligt behov. I 3 mom. Stadgas det att man ska ta individuella behov i beaktande så långt som det går och finns möjlighet. I mom. 2 stadgas det att var patient har rätt till vård av bra standard samt att patienten ska bemötas på ett sätt som inte nedvärderar dennes värde eller övertygelser.

I 6 § i samma kapitel stadgas vad som gäller patientens självbestämmanderätt. I 1 mom. står det att patienten ska få vård och behandling ifall denna så önskar det och att man inte får behandla en patient mot dess vilja. I andra momentet slår man fast att ifall en patient

som inte kan föra sin egen talan ska en laglig företrädare, nära anhörig eller en person nära till patienten få säga sitt tycke om avgörande vårdbeslut. Genom att höra en sådan person är målet att få fram en uppfattning om vad är patientens vilja. Ifall det inte finns möjlighet till att höra någon annan har patienten rätt att få sådan vård som denna mår bäst av. Vad händer ifall ens nära anhörig inte vill ens bästa? Det bestäms i följande moment att ifall anhörig eller laglig företrädare motsätter sig vården ska man ta de vårdbeslut som är bäst för patienten.

Med dessa paragrafer vill skribenten lyfta fram att ingen ska behandlas ojämlikt på grund av deras ålder eller sjukdom oberoende om man bor hemma eller på boende. Det är lagstridigt att behandla klienter och patienter på sådant sätt som tas upp i avsnittet för tidigare forskning.

2.6.2 Vårdrelationen

Katie Eriksson beskriver vårdrelationen mellan patient och vårdare som grunden för hela vårdprocessen. Patienten ska få vara som hen är och tryggt kunna uttrycka vad det finns för begär, behov och problem (Eriksson, 2018, s. 67). Förutsättningarna för att patienten ska kunna uttrycka sina behov så är ett s.k. sant möte. Sant möte menar Eriksson (2018, s. 67) är då båda parterna i mötet tar ansvar för att den andra får vara den hen är i relation till andra. Patienten måste även ha förmågan eller lära sig att kunna ta emot eller att ge till vårdaren och ingendera av dessa två handlingar kan ses från vårdarens sida som en självklarhet. Relationen kan inte tvingas fram från en part i vårdrelationen utan ska komma naturligt från att båda parterna.

Vårdrelationen varierar i både intensitet och djup enligt Eriksson. Det bestäms av vårdförhållandet som i sin tur innebär att vårdaren är professionell och baserar sitt handlande på kunskap och etik med syfte att stödja patientens hälsoprocesser. För att patienten ska tillfriskna så behöver det finnas kontinuitet i vårdrelationen. Kontinuitet innebär att en patient har en egenvårdare som bär ansvaret över ett antal förutbestämda patienter. När vårdaren får vårda samma patient under en längre tid så bygger hen förutsättningar för en god relation med patienten som i sin tur leder till mera tillförlitlig information från och om patienten. Vikten av en god relation mellan vårdare utgör en

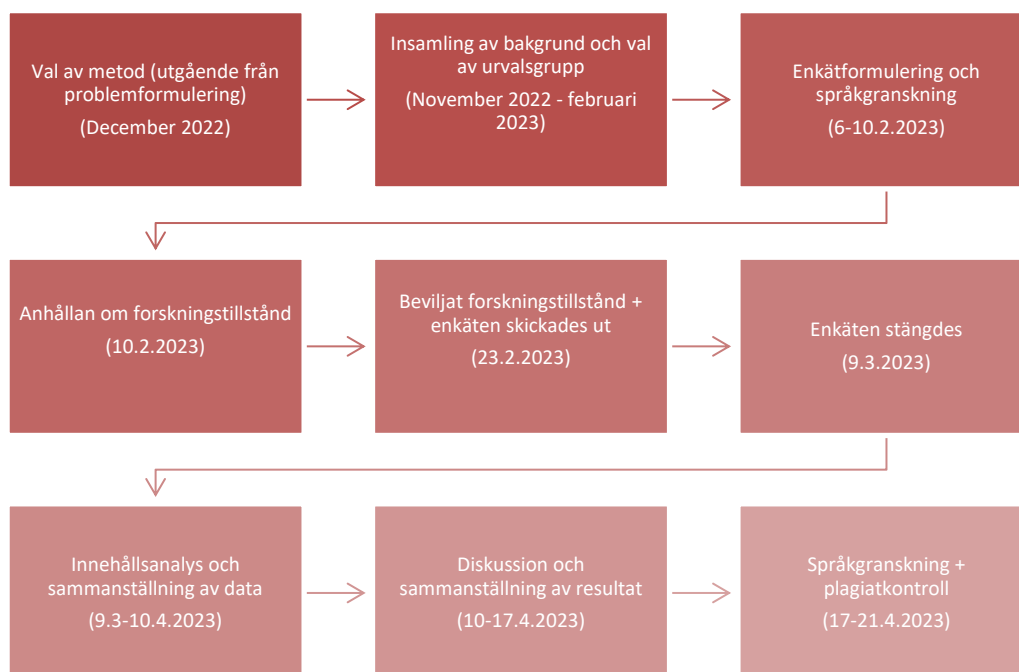
grundpelare för vården och hela vårdprocessen i sin helhet och utan den så anses vården endast bli uppgifter som utförs i en viss ordning. (Eriksson, 2018, s. 68)

3 Syfte och frågeställningar

Det som intresserar skribenten mest är att fråga vårdstuderanden om deras erfarenheter av missförhållanden, speciellt i vården av dementa. Syftet med arbetet är att undersöka vårdstuderandens upplevelser och frekvens av missförhållanden av dementa i äldrevården. Som stödfrågor till syftet ställer skribenten följande frågor:

1. Upplever studeranden att det finns missförhållanden inom demensvård?
2. Hur påverkar upplevelserna studerandens vilja att fortsätta studera?

4 Metod



Figur 1 Tidslinje över arbetsprocessen

För att uppnå examensarbetets syfte så valde skribenten att använda en blandning av kvantitativ och kvalitativ metod med enkäter som studiedesign. Enkäten bestod delvis av öppna frågor som hade som syfte att kvalitativt undersöka respondenternas upplevda erfarenheter (Henricsson & Bullhult, 2017, s. 111). Det andra elementet i enkäten bestod

av kvantitativa frågor som hade som målsättning att undersöka hur stor del av den undersökta gruppen upplevde samma sak (Eliasson, 2022, s. 30).

Efter att bakgrunden till undersökningen hade samlats in och sammanställts följde problemformuleringen och examensarbetets egentliga syfte. Som stöd till syftet utformades forskningsfrågorna. Syftet och forskningsfrågorna har ändrat lite genom arbetets gång men grundtanken har bevarats. När syftet var formulerat och metoden vald stod skribenten inför att välja urvalsgrupp. Mera om detta under avsnitt 4.2 Urval.

Undersökningen fodrade att skribenten ansökte om forskningstillstånd. För att kunna anhålla om forskningstillståndet behövdes förutom forskningsplan och själva anhållan en färdig enkät. I och med att det var tänkt att enkätens svarsperiod skulle vara två veckor, att analysen av svaren beräknades ta många veckor i anspråk och färdigställande av resultat innan examensarbetets deadline så kändes tiden knapp. Utgående från dessa faktorer så sammanställdes enkäten på ca. en vecka för att kunna skickas in med anhållan om forskningstillstånd 10.2.2023 till Novias forskningschef. Frågorna i enkäten gick genom med handledaren för examensarbetet och det lades till en hel sektion med frågor om arbetsplatskultur. Det var till en början oklar process om hur anhållan ska göras med stöd från handledaren så gick processen framåt.

Det beviljade forskningstillståndet (bilaga 3) mottogs via email 23.2.2023. Samma dag översattes enkäten och informationsbrevet till engelska för att också kunna nå ut till de engelskspråkiga vårdstuderandena på Yrkeshögskolan Novia. Enkäten skickades inte ut ensam utan ackompanjerades av ett informationsbrev (bilaga 1) som innehöll information om undersökningens ändamål, syfte, vad svaren kommer att användas till och hur svaren behandlas efteråt, respondenternas anonymitet och uppmaning om att inte använda identifierbara uppgifter i sina svar. I informationsbrevet definierades vad termen missförhållanden betyder i undersökningen.

Senare samma dag (23.2.2023) skickades enkäten ut med målet att vara öppen i två veckor framåt, d.v.s. 9.3.2023. När enkäten stängdes hade 87 svarat på den svenskspråkiga enkäten och 13 på den engelskspråkiga. Ett svar valdes att tas bort hel och hållet eftersom respondenten missförstått vad enkäten handlade om. Resterande svar gick vidare till data- och innehållsanalys.

4.1 Avgränsning och definitioner

Målgruppen för undersökningen avgränsades till vårdstuderanden på Yrkeshögskolan Novia. Vårdstuderanden innefattar sjukskötare-, hälsovårdare-, barnmorske- och röntgenskötarestudier. De som svarat på enkäten kallas i arbetet för respondenter.

I enkäten frågas det av respondenterna deras upplevelser av missförhållanden. Vad menas med missförhållanden? I informationsbrevet definierar skribenten missförhållanden som fysiskt, psykiskt, osakligt språkbruk, försummelse av hygien eller utevister, övermedicinering, restriktion av rörelseförmågan, ekonomiskt eller sexuellt våld. Skribenten har utgått från det som beskrivs i av Autio, Tallavaara och Uusitalos rapport (2016, s. 6) för att definiera ordet missförhållanden. Märk att i nämnda rapport talas det om illabehandling medan skribenten väljer att använda sig av missförhållanden som kan indikera också på yttre faktorer som miljö jmf. illabehandling som handlar om en handling eller utebliven sådan som kan skada mottagarens mående. Definitionen för missförhållanden inkluderades i informationsbrevet så att respondenterna utgår från samma definition när de svarat på enkäten.

Frågorna begränsades till att endast fråga om personer med demens eftersom denna grupp intresserar skribenten mest. Benämningarna patient och klient har sammanslagits till vårdtagare i resultatavsnittet.

4.2 Urval

Målgruppen för enkäten utgår från syftet i examensarbetet och föll på vårdstuderanden på Yrkeshögskolan Novia. Med tanke på enkätens kvantitativa natur skulle det ha varit intressant att skicka ut enkäten till flera yrkeshögskolor men den planerade tidsramen för arbetsprocessen satte begränsningar.

Det viktigaste kriteriet för de som deltog i enkäten var att de var vårdstuderanden då deltog i undersökningen. Det hade ingen skillnad inom vilken inriktning eftersom demenspatienter förekommer inom så gott som alla områden. Man kan argumentera att barnmorskestuderanden inte jobbar med äldre men under utbildningen så ska de genomföra praktik inom grundvård samt grundstudier inom palliativ vård (Yrkeshögskolan Novia, 2023). Enkäten skickades ut via email till alla vårdstuderanden med inbjudan att

delta i enkäten och de som valde att delta är benämnda som respondenter i examensarbetet. Ålder eller kön ansåg inte skribenten att spela avgörande roll för urvalet av målgruppen.

4.3 Datainsamlingsmetod

Skribenten har valt att utföra undersökningen enligt en kvantitativ metod med enkäter som studiedesign. Genom att använda webbaserade enkäter var det möjligt att samla in många svar snabbt och smidigt. Det var viktigt att få in många svar för att se ifall studeranden ser missförhållanden i utbredd grad eller om det endast rör sig om enstaka tillfällen. Skribenten har själv skrivit och byggt upp enkäten utgående från examensarbetets frågeställning.

Det finns nackdelar med att konstruera en egen enkät. Enligt Billhult (2017, s.123) så har man lättare att jämföra svar med tidigare undersökningar då man använder enkätmall som har tidigare blivit testad i andra undersökningar. När man skapar en egen enkät så vet man inte ifall respondenten förstår frågan på ett annat sätt än skribenten menade eller ifall det går att tolka svaren i slutändan. Frågorna kanske också ställs på ett ledande sätt som pekar respondenten till att ge en viss typ av svar. Man bör som skribent tänka noggrant genom enkäten och enkätfrågorna samt formuleringen för att undvika avspegla sina egna uppfattningar allt för mycket (Billhult, 2017, s. 123). Skribenten försökte hålla detta i åtanke och bollade formuleringar med utomstående som har tidigare gjort enkätundersökningar eller forskning.

Det goda med att göra en egen enkät är att man kan fråga specifikt de frågor som man vill ha svar på och man kan bestämma längden på enkäten. Man får även bestämma hur enkätfrågornas svar samlas in, alltså om frågorna är öppna eller slutna, skattningsskalor med mera. (Billhult, s. 123). Enkäten (bilaga 2) som användes för arbetet är konstruerad med hjälp av verktyget Google Forms. Det goda med Google Forms är det går att ställa in så att respondenterna svarar på enkäten anonymt och gör det omöjligt för skribenten (eller någon annan) att koppla ihop svar med person. Respondenterna svarade således på enkäten anonymt. Enkäten skickades ut till målgruppens email adresser som de fått tilldelade från skolan. Målgruppen hade möjlighet att bekanta sig med informationsbrevet och enkäten i lugn och ro på sina egna villkor under den period som enkäten var öppen.

4.3.1 Enkätens uppbyggnad

Enkäten delades upp i fyra olika delar. Den första delen agerar som en inledning var respondenten kunde läsa informationsbrevet igen samt svara på ifall de har hunnit göra praktik eller jobbat inom äldrevård. Ifall en respondent svarar nej på första frågan (*Har du jobbat/haft praktik inom äldrevård*) som är andra frågan i del 1 av enkäten avslutas enkäten, samma gäller sista frågan i del 2. Detta för att göra enkäten så användarvänlig och ta så lite tid i anspråk som möjligt av respondenten.

Den andra delen handlade om arbetsplatskulturen på arbetet och hur det påverkade resultatet av vården. I sista frågan i andra delen svarade respondenten på ifall de har sett missförhållanden eller inte. Ifall svaret var jakande fortsatt enkäten och om inte så avslutades enkäten. Skribenten valde att ställa in enkäten på de sättet för att det skulle orsaka så lite olägenheter för respondenten som möjligt att fylla i enkäten.

I den tredje delen av enkäten frågades efter respondentens upplevelser av missförhållanden inom demensvård, frekvens och vad respondenten tror var orsakerna till det skedda. I fjärde och sista delen frågades hur upplevelserna påverkade viljan att både fortsätta att studera och jobba inom vårdområdet.

I den slutliga modellen av enkäten så fanns det tolv frågor av tre olika skalor. Fem av frågorna bestod av slutna frågor och resterande sju frågor fick respondenten skriva med egna ord. När man konstruerar en enkät så bör man utföra en pilotstudie för att kontrollera ifall frågorna fungerar som tänkt (Billhult, 2017, s. 123). Det fanns flera orsaker till att skribenten valde att inte göra en regelrätt pilotstudie av enkäten, varav det viktigaste faktorn var tidsbrist. Frågorna togs dock inte fram helt på egen hand av skribenten. Som hjälp hade hon handledaren att bolla med. En del frågor togs bort och andra lades till.

Under processen som frågorna togs fram så tillfrågades fem olika personer att svara på enkäten, varav två färdiga sjukskötare. Med responsen reviderades frågorna till att bli tydligare och stavfel rättades.

4.4 Dataanalys

Det samlades in två olika typer av data, kvantitativ och kvalitativ data. Den kvantitativa data gick smidigt att överföra från båda enkäterna till diagram i Excel och vidare till Word som

presenterar svaren visuellt och i procent. En öppen fråga märkte skribenten under analysprocessen att skulle ha passat bättre som ja eller nej fråga så hon räknade antalet ja och nej svar och sammanställde ett diagram. Svaren ingick också i den kvalitativa innehållsanalysen.

För de öppna svaren valdes kvalitativ innehållsanalys som metod. Det var en krävande och svår process enligt skribenten. Processen följde den modell som presenteras av Danielsson (2017, s 286–287). Först läste skribenten genom svaren flera gånger för att få en helhetsbild och för att kontrollera ifall svaren är giltiga för att analyseras. Sedan plockades alla svar från en enkätfråga in i ett skilt Word-dokument med fyra olika kolumner. I den första kolumnen längst till vänster placerades enkätsvaren och benämndes som *analysenhet*. I nästa kolumn skrev skribenten det som hon ansåg var mest väsentligt ur det originella svaret, även kallat för *meningsenhet* eller *reducering*. I följande kolumn gällde det att hitta en etikett eller *kod* som beskrev innehållet på reduceringen. Att koda meningsenheterna var svårt enligt skribenten och det var i samband med det som hon insåg vilka brister som enkäten hade. Liknande koder samlades in till *underkategorier* som sedan kunde delas in i tre stora kategorier.

Följande tabell visar exempel på hur sorteringen har gjorts i analysen:

Analysenhet:	Reducering:	Kod:	Underkategori:
<i>"Med god och hjälpsam stämning bland personalen, anser jag att man blir mer motiverad till sitt jobb och kan bidra med bättre resultat"</i>	Hjälpsamhet, god stämning leder till bättre motivation och resultat	God stämning Bättre motivation Bättre vårdresultat	Samarbete
<i>"Kollegor som ogillar varandra, och pratar illa om varandra bakom ryggen. Vårdare som mer eller mindre struntar i patienternas välmående."</i>	Kolleger ogillar och baktalar, vårdare försummar patientens välmående	Dålig stämning Sämre vård	Samarbete

Samma process gjordes sex gånger, en gång per svar. Skribenten valde att presentera svaren enligt kategorierna för att sedan i resultatdiskussionen knyta an till examensarbetets syfte och forskningsfrågor. Underkategorierna har sedan samlats ihop under kategorier som presenteras i resultatavsnittet.

4.5 Etik

I ett examensarbete så bör man hålla sig till de etiska principerna som gäller för forskning i allmänhet. Det innebär att forskningen och undersökningar som man gör ska utföras så att ingen som väljer att delta blir kränkt och skyddas de som väljer att delta. Man får inte heller förödmjuka de som väljer bort att delta i ens undersökning. När man håller sig till forskningsetiska principerna så uppehåller man även forskningens anseende och respekt. (Kjellström, 2017, s. 57).

Etiska principer som beaktats i utförande av enkätundersökningen följer Etiska Rekommendationer För Examensarbete På Yrkehögskolor som är utarbetat av Arene år 2020. Tanken med undersökningen är inte att hitta enskilda personer eller enheter att peka beskyllande fingrar mot utan att undersöka studerandens upplevelser och hur det påverkat viljan att studera och jobba inom vården. I enkätens informationsbrev uppmanas respondenten att inte skriva namn eller plats. Respondenten påminns om anvisningarna i enkätens olika delar, speciellt på de frågor som skribenten ansåg att det är lätt att försäga sig. Det förelåg ändå en risk för att identifierbara uppgifter skulle förekomma och skribenten bar ansvar för att ta bort uppgifterna från resultatredovisningen. Det finns en del nackdelar med att skicka ut enkäter var man fyller i information anonymt. Ifall en respondent skriver personuppgifter i enkäten går det inte att radera svaret och sedan kontakta personen och be hen att fylla i enkäten på nytt. Skribenten förberedde sig på att bevara enkätsvaren på ett sådant sätt så att eventuellt känsliga uppgifter inte skulle spridas vidare. Det förekom dock inga känsliga uppgifter i enkäterna eller något som kunde koppla svaren med respondenterna.

Det samlades inte heller in information om respondenterna som ålder eller kön för det är inte relevant till innehållet. Inställningarna i Google Forms har programmerats så att skribenten uppgifterna inte kommer att veta något om skribenterna förutom de svar som de själv väljer att ge.

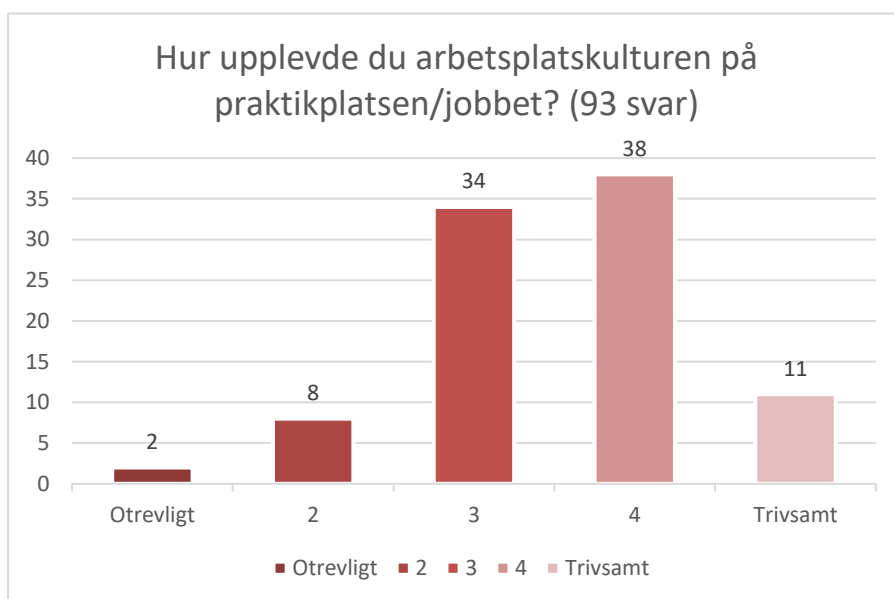
Svaren från enkäten används endast för detta examensarbete och kommer inte att delas i helhet med någon annan än handledaren vid behov. Svaren raderades efter att examensarbetet blev godkänt och avslutat.

5 Resultat

Presentationen av resultatet delas in i två delar. I den första delen visualiseras den kvantitativa med hjälp av stapeldiagram och pajformer och i den andra delen presenteras resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen.

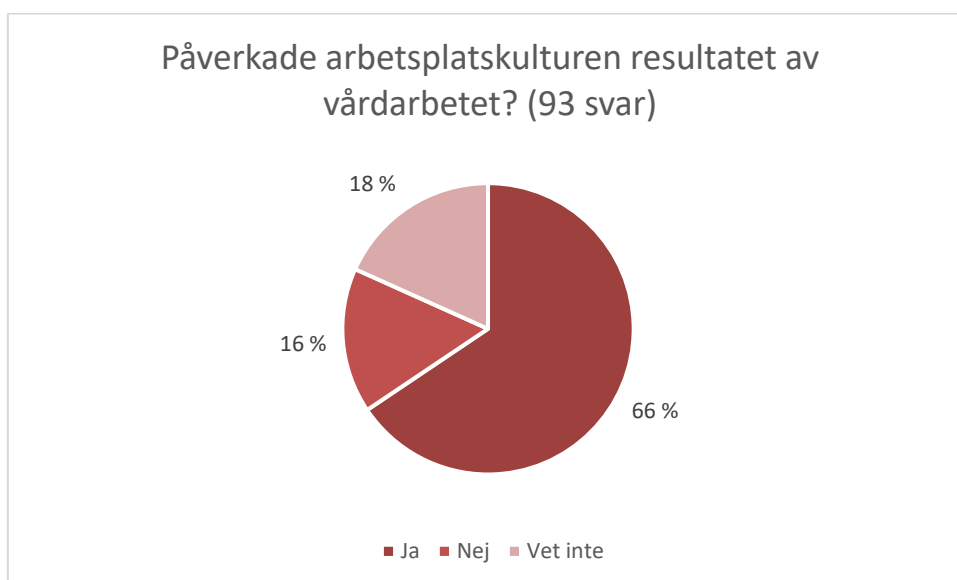
5.1 Redovisning av kvantitativa resultat

Av alla 99 respondenter som svarade på enkäten så studerar 70% i Vasa och 30% i Åbo. Av dessa så hade 96% jobbat eller haft praktik inom äldrevården.



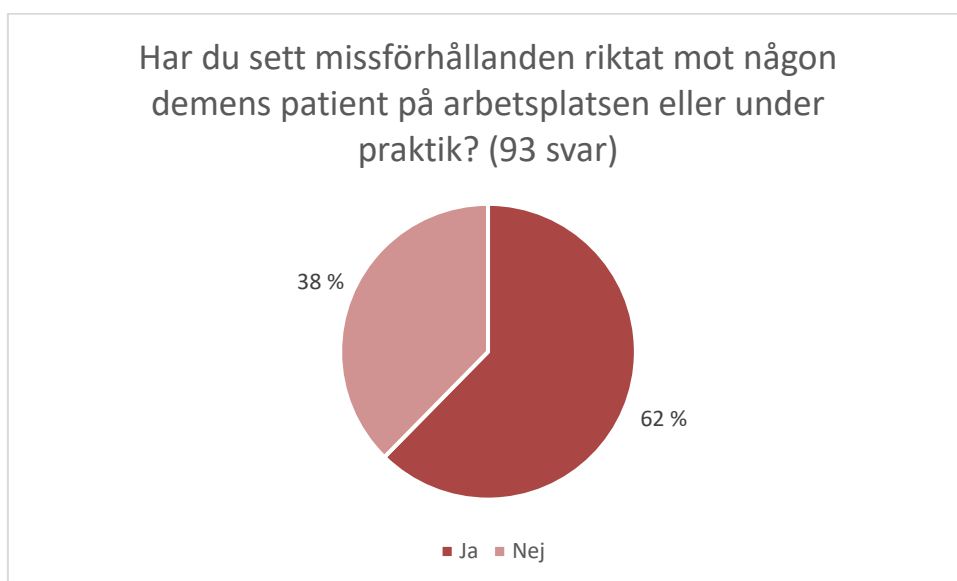
Figur 2 Bedömning av arbetsplatskulturen

Kulturen på arbetsplatsen har majoritet bedömt att ligger på 3 eller 4 (var 1 står för otrivsamt och 5 för trivsamt) med litet spridningsmått åt båda hållen. Elva personer har bedömt att arbetsplatskulturen har varit trivsamt och två personer bedömde den som otrivsamt.



Figur 3 Arbetsplatskulturen och vårdarbetsresultat

Av respondenterna ansåg 66% (61 personer) att arbetsplatskulturen påverkade resultatet av vårdarbetet (figur 3) medan 16% (15 personer) svarade att det inte påverkade. Resterande 18% (17 personer) kunde inte avgöra ifall arbetsplatskulturen påverkade.



Figur 4 Missförhållanden riktat mot demenspatient

Majoriteten av respondenterna, 62% (58 personer), rapporterade att de hade sett missförhållanden riktade mot demenspatienter och 38% (35 personer) uppgav att de inte hade sett. Respondenterna fick även uppge hur många gånger per dag som de såg

missförhållanden

(figur

5).



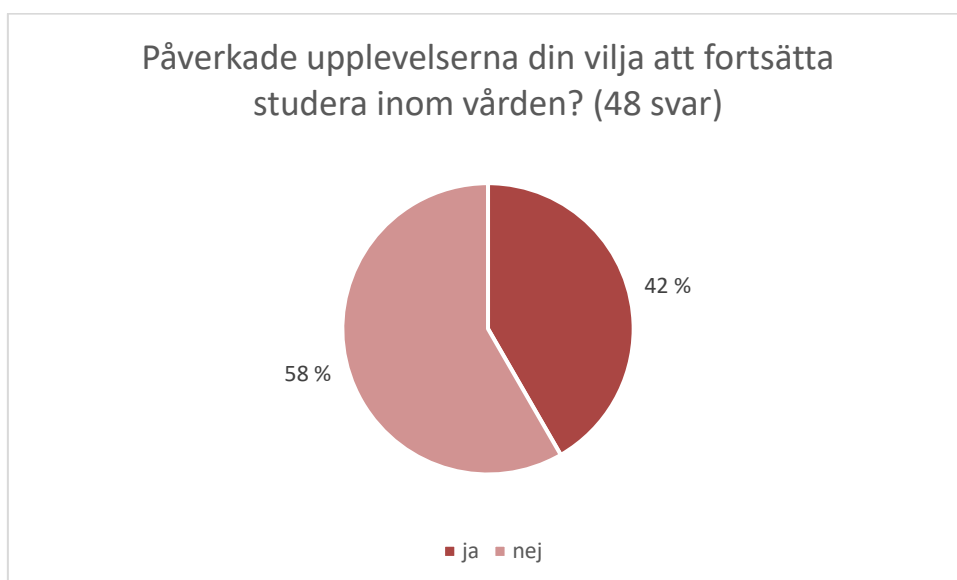
Figur 5 Hur många gånger skedde missförhållanden

Så många som 77% (45 personer) av att de hade sett missförhållanden förekomma 1–2 gånger per dag, 12 % (7 personer) svarade att de hade sett 2–3 gånger per dag, 9% (5 personer) uppgav 0 gånger per dag och 2% (1 person) uppgav 4 gånger eller mera per dag.



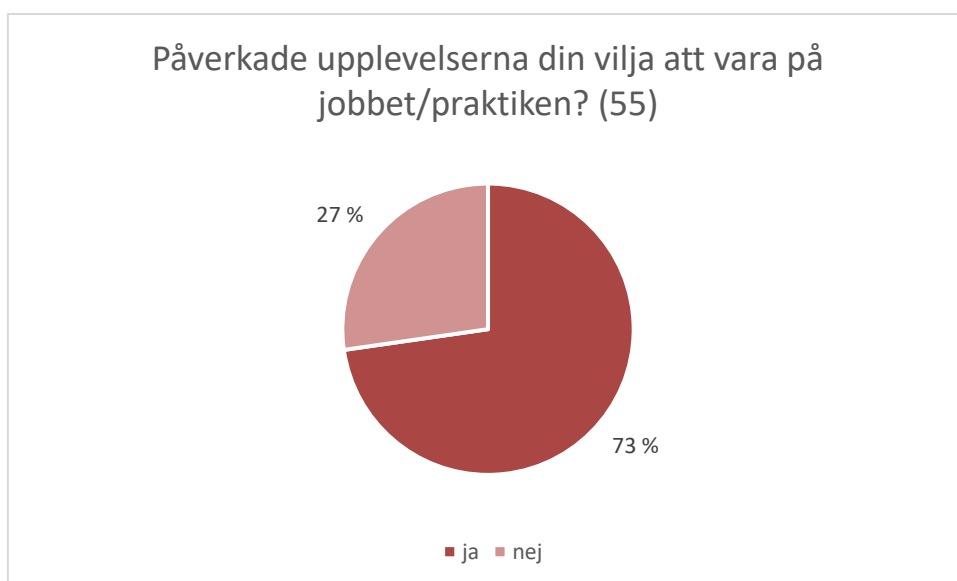
Figur 6 Arbetsplatskulturens påverkan på missförhållanden

Av respondenterna ansåg 59% (29 personer) att arbetsplatskulturen påverkade i någon mån ifall det förekom missförhållanden på arbets- eller praktikplatsen. Av de resterande svarade 33% (16 personer) nej och 8% (4 personer) uppgav att de inte kan säga (figur 6). I nästa avsnitt kommer en noggrannare redovisning av de öppna svaren.



Figur 7 Upplevelsernas påverkan på viljan att studera

Av respondenterna ansåg 58% att deras upplevelser på praktiken och på arbetet påverkade viljan att fortsätta studera och 42% ansåg att det inte påverkade (figur 7).



Figur 8 Upplevelsernas påverkan på viljan att vara på jobbet

Av de som svarade på frågan huruvida upplevelserna påverkade viljan att vara på jobbet/praktikplatsen svarade 40 personer (73%) jakande och 15 personer (27%) nekande (figur 8).

5.2 Redovisning av kvalitativa resultat

Utifrån tematiseringen formades följande underkategorier och kategorier:

Underkategori	Kategori
Samarbete arbetsplatskultur Motivation Bemötande missförhållanden	Personal
Okunskap Medicinering	Utbildning
Struktur Resurser	Ledarskap

Tillsammans med resultatet presenteras citat från enkätsvaren för att belysa resultatredovisningen. Citaten är markerade med kursiv stil i sin originella form.

5.2.1 Personal

Av enkätsvaren framkom det att *samarbetet* i personalen påverkade många områden av arbetet både positivt och negativt. Arbetsplatskulturen ansågs vara bättre på de ställen var samarbetet mellan personalen fungerade vilket i sin tur *motiverade* respondenten till att göra bättre arbete. Det upplevdes även att en god stämning även påverkade resultatet av vården till det bättre. Flera respondenter ansåg att det var lättare att fråga om hjälp när man kände att personalen var villig att stå till tjänst och alla behandlades jämlika. När personalen själv var lugn och lyssnade på patienten så fungerade olika vårdåtgärder smidigare. När stämningen i personalen uppgavs vara god var det både lättare och roligare på praktik- eller arbetet. Gott samarbete mellan personalen och bra *arbetsplatskultur* ansåg en del respondenter att påverkade vårdarbetet positivt. Lugna och sansade vårdare som gav patienterna tillräckligt mycket med tid speglade av sig och gjorde att patienterna och stämningen var bättre.

”Med god och hjälpsam stämning bland personalen, anser jag att man blir mer motiverad till sitt jobb och kan bidra med bättre resultat”

Flera respondenter uppgav av att på de platser som stämningen var sämre förekom det baktalande i personalen, vårdresultatet var sämre, patienterna behandlades sämre och det upplevdes som svårare att fråga hjälp av handledare eller kolleger. Flera respondenter uppgav dock att de lärde sig genom att iaktta dessa vårdare hur man inte ska bemöta dementa patienter och att det motiverade till att studera och att agera bättre i framtiden. Det var flera respondenter som skrev om samma problem vilket var om vårdare som varit länge på samma arbetsplats. Dessa vårdare ansåg att de stod högre i rang och behövde inte bemöta nya som jämlikar. De äldre vårdarna ville inte diskutera om nya tillvägagångsätt utan vårdåtgärder ska göras på deras sätt. De kunde till och med uppstå bråk mellan personalen då de inte kunde komma överens om vilket typ av hjälp patienten behöver. Det dåliga samanhållningen mellan personalen gjorde det även svårare att påpeka då den andra gjorde fel för man ville inte göra stämningen ännu sämre.

”personalen ser dåligt på de som försöker stöda patienten till att klara av ADL på egen hand och göra så att patienten känner sig trygg”

Flera respondenter påpekade även om ifall vårdaren själv mådde dåligt så gick det ut över både kolleger och patienter. Ofta var det samma enskilda vårdare som ansågs vara *”dåligt äpple”* som stod för de negativa upplevelserna som de hade på en arbets- eller praktikplats. Även om det var endast en negativ vårdare så smittade det lätt av sig till andra. Det kunde till och med vara så att om man själv är lugn och inte stressad så blev den man jobbade tillsammans med sur.

Det framkom några saker som kunde falla inom både positiv och negativ påverkan. Hur man upplevde att atmosfären påverkades av de andra som var på samma skift, deras motivation och tankesätt. Mörk humör nämndes också som en inverkan faktor, vilket kan vara både positivt och negativt.

Respondenternas upplevelser påverkade viljan att studera inom vården hos en del. En del berättade om att de blev mera motiverade till att jobba för förbättring inom vården och att de motiverades att lära sig mera om demenssjukdomar. En del uppgav att de blev drivna till att söka sig till ledarpositioner för att ha förmågan att kunna driva genom ändringar. Andra berättade att de valde att sluta på enheten och söka sig annanstans men att det inte påverkade viljan att fortsätta studera. Vissa kände sig tudelade, de kunde känna att de vill fortsätta studera för att sedan kunna påverka men då de ser hur det går för branschen idag

så kändes det även hopplöst. En del svarade att deras upplevelser gjorde att de inte vet om de ville fortsätta studera inom yrket eller vidareutbilda sig så att de kan jobba med andra arbetsuppgifter.

Vårdarens *bemötande* av patienten uppgav respondenterna att ofta bidrog till vårdens resultat. De vårdare som bemötte demenspatienten som en vuxen människa påverkade arbetet men det framkom dock inte i svaret om det var i positiv mening eller negativ. Några andra aspekter framkom dock tydligare. Personalen rapporterades att ha bemött den demenssjuka dåligt och pratade över huvudet eller negativt. Personalen gömde sig ofta bakom att det är för brådskande för att man ska hinna bemöta patienten på rätt sätt. Personalen upplevdes att ville få arbetsuppgifter snabbt gjorde eftersom de då kan sitta längre på paus vilket innebar att vårdresultatet och bemötandet inte var på den nivå det borde vara. Respondenterna uppgav flera gånger att de upplevde att vårdarna saknade empati med patienterna och inte har temperament som inte är lämpligt för ett människonära yrke. Personalen utnyttjade också patientens sjukdom i och med att denna inte själv kan berätta åt sina anhöriga hur patienten blir bemött.

5.2.2 Missförhållanden

På frågan var respondenterna ombads att berätta vad de har sett för missförhållanden som personalen utsatt patienter eller klienterna för så bestod det av både psykisk och fysisk försummelse. Skribenten väljer att redovisa dessa svar under en skild rubrik för att de ska lyftas upp tydligt.

I den psykiska missförhållandekategorin hittas svar som att vårdare ropade eller skriker, osakligt språkbruk och nedvärderande kommentarer till patienten eller klienten.

”Vårdaren som skötte om patienten sade och uttryckte sig framför patienten så patienten hörde vad vårdaren sade. Vårdaren sade och tyckte det var äckligt att byta blöja på patienten...”

I svaren kom det även fram att vårdaren kunde förnedra klienten när hen inte gjorde som vårdaren ville eller betedde sig annorlunda på grund av sin sjukdom. Vårdaren kunde även medvetet trigga i gång negativt beteende av den demenssjuka och sedan skratta åt klienten för att hen blev upprörd. Klient som sökte efter vårdarens sällskap blev nonchalerad för att vårdaren inte orkade prata.

En annan sak som lyfts fram av flera respondenter är att den demenssjuka inte behandlas som en likvärdig människa. Till exempel så kunde det vara att vårdaren inte brydde sig om att berätta för klienten vad vårdaren kommer att göra eller försummade att berätta något med hänvisning till att den demenssjuke ändå inte kommer att komma ihåg informationen. Det kom till och med fram om att personalen hade medvetet gjort snabba rörelser som hen visste att skulle skrämma den demenssjuka.

Vanliga fysiska missförhållanden som respondenterna uppgav var att vårdarna försummade medvetet mobilisering, hygien och matintag. Patienter lämnades länge liggandes i sängen utan lägesvård, blöjor blev inte bytta på hela dagen eftersom vårdtagaren "inte berättade själv" att blöjan är smutsig och måltider uteblev med hänvisning till att patienten inte kommer ihåg ifall de har ätit eller inte. Det nämndes också flera gånger om att medicinering uteblivit eller att man övermedicinerat.

"...det kom även fram att vissa i personalen slarvade med vårdåtgärder pga att patienterna inte kunder berätta till nån om det."

"När dementa ibland blir oroliga av olika orsaker lämnade man dem ensam på den låsta demensavdelningen. Dessutom gick en patient hela dagen med samma blöja eftersom klienten var så orolig. Ingen tänkte på att patienten var så orolig just därför att hens blöja var så våt....."

De patienter som upplevdes av personalen att vara i bättre skick fick vara med om flera olika aktiviteter under dagen jämfört med de som inte kunde uttrycka sina behov och önsknings. De kunde handla om mera utevistelser, underhållning och sällskap medan de klienter med längre gången sjukdom endast fick ta del av grundvården.

Flera respondenter skrev även om hårdhänthet som vårdare utsatt klienter för. De var speciellt vid klädbyte som vårdare hade en tendens att vara mera hårdhänta men också vid wc-besök, då trycktes den demenssjuka ner på toaletten med våld. Ifall en klient knep vårdaren svarade hen med samma metod och knep klienten. En respondent skrev om att hon sett vårdare trycka in löständer med våld hos en klient. En gemensam nämnare är att hårdhänthet förekom ofta i samband med vårdåtgärder.

Tyvärr kom det en del svar angående fysiskt våld mot vårdtagaren. Det fanns svar om vårdare som slog, sparkade och tvångsmatande. Det berättades i kontexten att den demenssjuka hade agerat våldsamt först och vårdaren sedan retaljerat med samma handling. Det förekom till och med ett svar om vårdare som spottat på en patient.

"... En händelse som jag gärna skulle vilja kunna radera ur mitt minne är då en dement patient hade en dålig dag, hen blev arg, slog och spottade på vårdaren i fråga. Denna vårdare tog bort sitt munskydd och spottade på patienten och började ropa åt patienten.."

5.2.3 Utbildning

Inom underkategorin utbildning framkom det element som på ett sätt eller annat grundar sig på att personalen saknar tillräcklig utbildning för att jobba med dementa patienter. Allt det som nämndes under rubriken missförhållanden eller ledarskap skulle även kunna passa här men skribenten ansåg att ämnet skiljer sig tillräckligt för att redovisas i en egen kategori.

Det framkom speciellt på frågan vad skribenten tror att orsaken till missförhållanden beror på att den troliga orsaken är brist på utbildning. Vårdare som inte vet hur man ska bemöta patienten på rätt sätt, inte förstår sig på demenssjukdomar och vet inte hur vårdaren själv kan påverka klienten med sitt eget beteende. Många respondenter nämnde utbildad personal på arbetet, alltså personal som inte har fått någon vårdutbildning över huvudet. En respondent berättade att hen inte hade tillräckligt med kunskap för att hantera risksituationer.

Det kom in många svar om att demenssjuka övermedicineras för att de ska hållas lugna. Det framkom dock inte vilken typ av beteende man ville undvika förutom i ett svar och i svaret det nämndes att patienten var aggressiv.

5.2.4 Ledarskap

Flera respondenter knyter an arbetsplatskulturen och ledningen. Det saknades tydliga rutiner, miljön beskrivs som opassande och personalen kände att de inte blev bra omhändertagna.

"Ja, det var sån oreda på det stället. Och det berodde i stort på ledningen som inte tog tag i att få in bättre rutiner, bättre miljö samt bra och motiverad personal som tyckte om sitt arbete."

Det lades också på ledningens last att det togs in personal som saknade utbildning, vilket försvårade ordinarie personals arbete. Ledningen kändes inte närvarande och tog inte tag i problemen som fanns bland personalen. När ledningen inte upplevdes sköta om personalen eller moralen så spred det sig till vårdpersonalen som sänkte motivationen och personalen gjorde bara de absolut nödvändigaste för patienterna.

Respondenterna nämner även resursbristen på ett sätt eller annat på varje fråga. Det är främst tidsbrist som lyfts fram. Då det fanns inte tid att ge åt vårdtagaren och vårdåtgärder gjordes så snabbt vilket i sin tur orsakar en negativ spiral. Resultatet av vårdarbetet upplevs som både slarvigt och av dålig kvalitet. Tidsbristen nämns som en anledning till att personalen inte själv heller orkar med arbetet eller klienterna. En del har dåligt samvete för att de inte hinner ge den tid som patienten behöver. Det nämns av flera respondenter att de får välja mellan att hoppa över pauserna för att kunna ge den tid som klienterna behöver.

6 Diskussion

I följande avsnitt diskuteras val av metod och tillvägagångssätt under en underrubrik och resultatet av undersökningen i påföljande avsnitt.

6.1 Metoddiskussion

Undersökningen genomfördes med en induktiv design vilket i skribentens mening var en bra utgångspunkt för att svara på examensarbetets syfte. Själva idén till examensarbetet kom från många diskussioner och skribentens egna erfarenheter men empirin bakom saknades. Det krävdes således att samla in relevant information och söka tidigare studier både nationellt och internationellt för att se om det finns belägg för diskussionerna. Nackdelen med att utföra en induktiv design kan göra att man endast upprepar den fakta som redan finns (Priebe & Landström, 2017, s. 31). Undersökningen som nu gjordes hade till sin styrka att undersöka förekomsten av missförhållanden och hur det påverkar viljan att studera inom vården, en modell som inte fanns från förut. Om undersökningen skulle ha gjorts från en deduktiv ansats skulle skribenten ha hoppat ut i tomma intet med allt för liten teoretisk ram som utgångspunkt. Även om det fanns en hypotes om vilket resultat examensarbetet kommer att sluta med så fanns det inte goda grunder att utgå från. Slutresultatet skulle ha kunnat bli liknande men utgångspunkten skulle ha stått på för tunna pelare och resultatet skulle i teorin kunnat sluta var som helst.

Den kvantitativa modellen för undersökningen bidrog till att svara på examensarbetets syfte. Förutom att undersöka vad studeranden har upplevt så ville också skribenten veta hur ofta eventuella missförhållanden förekommer och ifall det påverkar viljan att studera.

Med en kvantitativ metod finns det i teorin ingen övre gräns för hur många som kan delta i en enkätundersökning. Det var tiden och skribentens resurser som satte gränserna. Att använda kvalitativ undersökningsmetod skulle också ha svarat på syftet och gett en djupare förståelse av kontexten och möjlighet att ställa följdfrågor till informanten. Det var många gånger under resultatanalysprocessen som skribenten skulle ha önskat att det skulle ha funnits möjlighet att fråga mera eller be om specificering. Vid samtal och intervjuer kommer det fram nyanser som kan vara svårt att få fram via ett formulär och som samtidigt som på många plan är opersonligt och begränsande. Respondenten vet inte heller vem det är som de ger informationen till vilket kan påverka svaren.

För att man ska kunna anse att svaren på en enkät är tillförlitlig så bör 70–75% av målgruppen svara på enkäten (Billhult, 2017, s. 128). Det når denna undersökning inte upp till. Enkäten skickades ut till ca. 1500 email adresser som inte bara bestod av vårdstuderanden utan innefattade alla studeranden inom social- och hälsovårdsområdet. Skribenten valde att göra så för att det var knepigt att försöka hitta alla vårdgruppers email koder. Genom att skicka ut en inbjudan till alla på social- och hälsovårdssidan på Novia kunde alla vårdstuderanden få en chans att svara på enkäten. Enkäten skickades ut två dagar före en studiefri vecka som inföll samtidigt om det så kallade sportlovet vilket kan ha minska antalet svar. För att få in flera svar så skickades det ut en påminnelse om enkäten den 6.2.2023. Enligt billhult (2017, s. 128) så kan en lockande rubrik på e-målet och en kort enkät locka till flera svar. Båda dessa tumregler försökte skribenten uppfylla. Efter första e-målet hade det kommit in ca. 60 svar på enkäten och en påminnelse kom det in ca. 40 svar till.

Det går inte att garantera att de som svarade på enkäten är endast vårdstuderanden eftersom respondenterna har svarat anonymt. Det skrivs ut i informationsbrevet att enkätundersökningen är riktad mot vårdstuderanden och i första frågan får respondenten välja om denna studerar vård i Åbo eller Vasa.

Urvalet som ingick i målgruppen skulle ha kunnat vara större. Det skulle ha gett fördelen att jämföra orter mellan varandra för att se ifall det finns någon trend, till exempel trivseln på arbetsplatsen eller förekomsten av missförhållanden per geografiskt område. Nu valdes alla vårdstuderanden på Yrkeshögskolan Novia, vilket innefattar för tillfället Åbo och Vasa. Det fanns ingen åldersgräns eller andra gränser för deltagandet. Det som i efterhand var

kan ses som onödigt var frågan om huruvida respondenten har haft praktik eller jobbat inom äldrevården. Tanken med den frågan var att sälla bort de studeranden som inte än har tidigare erfarenheter eller hunnit vara på praktik. Men det gick då att inkludera vårdstuderanden med vårdexamen från tidigare utbildningsstadium som har erfarenheter att dela med sig, i stället för att omedelbart exkludera alla första årets studeranden. Det är oklart exakt hur många studeranden som nåddes av inbjudan till att delta i enkäten men med tanke på Yrkeshögskolan Novias storlek så översteg deltagarantalet högst troligen inte med 70% som tidigare nämnt att är en gräns för att kunna anse en undersökning vara trovärdig. Det går alltså inte att generalisera resultatet på en större population utan resultatet stämmer endast för den undersökta gruppen. Skribenten spekulerar att antalet som deltog kan ha påverkats av informationsbrevets längd och/eller enkätens syfte gjorde att det fanns personer som inte upplevde att de hade något att dela med sig av.

Antalet respondenter gör att det inte går att anta att resultatet skulle vara det samma för alla vårdstuderanden i Finland. Resultatet gäller således endast för den grupp som valde att delta i undersökningen.

Faktorer som har haft inverkan på datainsamlingen var flera. Bland annat så skickades enkäten ut under en ganska dålig tidpunkt, de vill säga just före ett lov. Alla vårdstuderanden hade inte lov samtidigt, det fanns även grupper som var på praktik samtidigt. Skribenten vet att omständigheter som dessa gör att man inte kontrollerar sin skol-email vart enkäten skickades. Med den tidsram som skribenten hade för processen så var det tyvärr inte möjligt att skicka ut enkäten efter lovet för att målgruppen skulle ha större möjlighet att svara på enkäten. Sen så gick det inte att skicka ut enkäten tidigare på grund av anhållan för forskningstillståndets behandlingstid.

Sättet som enkäterna har analyserats på var nytt för skribenten. Det krävdes många genomgångar av alla öppna svar och skribenten märkte tidigt att en del enkätfrågor var inte optimala. Till exempel fråga 10 var respondenten får svara på om arbetsplatskulturen påverkade förekomsten av missförhållanden så skulle ha passat bättre som slutet med alternativ än som en öppen fråga. Sedan skulle det ha kunnat finnas en följdfråga var respondenten skulle utveckla sitt svar. Det är lättare för respondenten att svara på frågor med alternativ eftersom det går snabbare att klicka i ett alternativ än att skriva text. Detta märktes i och med att så gott som alla respondenter svarade på de slutna frågorna med

svarsalternativ men lämnade öppna frågorna obesvarade. De som svarade på de öppna frågorna så svarade dock på så gott som alla. Det påverkade analysmetoden genom att göra det svårare. Sedan skulle det kanske varit bättre att använda sig av ett program för att analysera svaren. Nu gjordes allt manuellt i olika Word dokument som sedan sammanställdes. Det manuella tillvägagångssättet kan ha gjort att skribenten missat att analysera något öppet svar och sänker därmed undersökningens reliabilitet.

Är syftet för examensarbetet och undersökningen etiskt motiverat? Enligt Kjellström (2017, s. 64) så borde syftet uppfylla tre kriterier för att vara etiskt motiverat. Första kriteriet handlar om huruvida arbetet undersöker något som är relevant och viktigt. Skribenten anser att undersökningen har varit viktig eftersom demenssjukdomar ökar i samhället och är idag en folksjukdom. Som vårdare på sjukhus, hälsocentral eller inom specialistsjukvården möter man förr eller senare en person med demenssjukdom och som förklarades i kapitel 2.1.2 så är det inte alltid lätt att kommunicera med en demenssjuk och man bör vara bra på att läsa av människor för att man ska skapa positiva möten. Men det resultat som syns i enkäten är något annat. Med andra ord är det ett problem som finns inom demensvården eller vården överlag som måste lyftas fram.

Det andra kriteriet som lyfts upp är att arbetet ska vara av god vetenskaplig kvalitet. För att uppnå god vetenskaplig kvalitet så behöver arbetet vara baserat på relevant empirisk forskning och metod som i slutändan ger bästa svaren på forskningsfrågorna. Tillvägagångssättet ska också rapporteras noggrant i examensarbetet. (Kjellström, 2017, s. 65–67). I nästa avsnitt presenteras det noggrannare argument för att arbetets grund är baserat på fakta och metoder.

Skribenten har strävat efter att genomföra studien så etiskt som möjligt. Det innebär att skribenten har noggrant påmint respondenterna att inte skriva identifierbara uppgifter och inte samlat in information om respondenterna. Det sänker i sin tur undersökningens reliabilitet men det var i detta fall viktigare att behålla respondenternas anonymitet.

6.1.1 Validitet och reliabilitet

Arbetet använder sig av källor från många olika författare och myndigheter. De vetenskapliga artiklarna som använts har skribenten strävat efter att se till är referentgranskat för att öka trovärdigheten. Bakgrunden består allra mest av böcker som

är utgiven som studentlitteratur och dagstidningsartiklarna har haft som uppgift att belysa teoretiska problem i vardagliga livet. Få källor har hämtats direkt från internet vilket har både för- och nackdelar. De som publiceras på internet kan vara det senaste inom vetenskapen men de kan också vara svårt att faktagranska, av den anledningen har skribenten valt att satsa mest på traditionella källor för examensarbetet.

För att avgöra undersökningens pålitlighet så bör undersökningen genomföras flera gånger. Mätinstrumenten som använt har dock inte varit de bästa och skribenten kan inte garantera att de som svarat på enkäten endast har varit studeranden på Yrkeshögskolan Novia. Enkäten skickades ut via e-mail till skolans vårdstuderande men det är lätt att kopiera och dela länkar via internet. Skribenten ansåg dock att en webbenkät via Google Forms var det snabbaste och enklaste sättet att samla in data med kort varsel och att det var tillräckligt för en undersökning på denna nivå. För att få ett pålitligt resultat krävs det dock lite mera än vad som har gjorts i detta arbete. Skribenten anser inte att de går att generalisera eller överföra resultatet på en annan undersökningsgrupp men anser att resultatet stämmer för denna undersökning.

Det som mättes i enkäten motsvarade syftet för examensarbetet. Innehållsanalysen av vissa svar gjordes flera gånger med samma resultat även om det ställdes upp och sorterades på olika sätt. Som tidigare nämnt så har skribenten inte tidigare erfarenhet av att utföra enkätundersökningar eller av innehållsanalys. Men med tanke på att resultatet förblev lika så finns det nog en viss stabilitet i svaret. Skribenten hade förstås sina egna förutsägelser åt vilket håll svaren kommer att luta mot men har strävat efter att göra analysen så objektiv som möjligt för att stilla nyfikenheten om att hennes antaganden stämmer överens med verkligheten.

Metoderna för analysen av resultatet följer en modell som presenteras av Danielsson (2017, s 286–287) som är en godkänd metod för kvalitativ innehållsanalys. De brister i analysen har skett beror inte på metoden utan skribentens förmåga att använda sig av den.

En faktor som försvagar resultatets reliabilitet är att översättningen av enkäten. Det tog länge för skribenten att hitta rätt ord för missförhållande på engelska och landade till sist efter diskussion med bättre kunniga på "wrongdoings". Det klingade inte helt rätt men i brist på bättre vetande och i förhoppning om att respondenterna läser informationsbrevet

och definitionen av missförhållande så antog skribenten att de skulle duga. I efterhand har skribenten upptäckt ett bättre ord som skulle passa bättre, nämligen ”malpractise” som är en översättning som används då en yrkeskunnig utövar tjänstefel eller agerar vårdslöst.

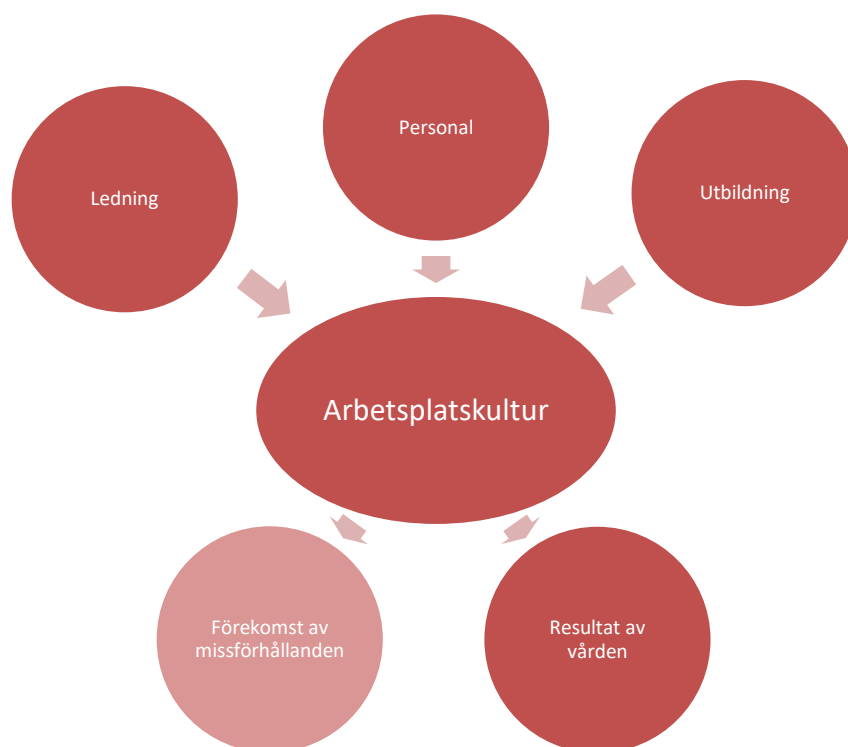
6.2 Resultatdiskussion

Det kom fram flera resultat från undersökningen enligt skribenten. De viktigaste resultaten är de, som svarat på examensarbetets syfte och forskningsfrågor. Syftet var att undersöka vårdstuderandens upplevelser och frekvens av missförhållanden av demenssjuka inom äldreården. I resultatet framkom det att 62% av respondenterna som jobbat eller gjort praktik sett missförhållanden som var riktat mot demenspatienter. Utgående från respondenternas svar så var det vanligast att missförhållanden förekom 1–2 gånger per dag. Under insamlingen av data om hur många respondenter som sett missförhållanden noterade skribenten att det höll sig stadigt runt 60% under hela svarsperioden.

Resultatet visar att över hälften av respondenterna upplevt missförhållanden enligt den definition som gavs i informationsbrevet. Det framkom dock i öppna svaren att vissa respondenter inte var helt säkra på vad missförhållanden betyder men beskrev sedan händelser som går under samma definition som skribenten använt sig av. Det framkommer inte av Autio, Tallavaara och Uusitalos rapport (2016) motsvarande siffror i och med att den undersökningen koncentrerades på typen av missförhållanden och orsakerna och vem som utför handlingarna och skribenten hittar inte en annan rapport att jämföra svaret med. Men det förekom i både Autios, Tallavaara och Uusitalos (2016) enkätundersökning och skribentens undersökning att respondenterna inte visste exakt vad missförhållanden är. Skribenten tror att det beror på att det kan finnas ett visst agerande på vissa arbetsplatser som anses vara normalt fastän det inte borde vara det. Det kan också vara ett resultat av en arbetsplats som inte har tillräcklig egenkontroll (Autio, Tallavaara & Uusitalo, 2016, s. 21). Missförhållanden inom vården upplever skribenten att i allmänhet är ett tabubelagt och obehagligt ämne att prata om. De som vårdar äldre och försvarslösa människor vill man att ska vara fyllda med empati, kunskap och vara motiverade till att utföra sitt arbete så osjälviskt som möjligt. Nu börjar det dock komma fram att verkligheten är något annat. Det är även problematiskt för servicehemmen var våra demenssjuka människor bor och är helt i beroendeställning att de inte klarar av att trygga den säkerhet som utlovas i lagen. Men skribenten anser att problemen måste belysas och analyseras för att lösa problemen, det

händer ingenting genom att man sticker huvudet i säcken. Tvärt om kan problemen bli värre.

Missförhållanden betyder inte alltid en olaglig handling eller att man orsakar skada med uppsåt men resultatet kan orsaka lidande för den utsatta. I avsnittet som behandlade Finlands författningssamling noterades allas lika värde inför lagen och rätt till bra hälsovård och bemötande. Missförhållandena som respondenterna uppgett var i alla situationer utom en mellan vårdare och klient eller på något sätt förorsakats av vårdare. Som skribenten ser det så reflekterar inte resultatet från undersökningen den verklighet som Finlands lag försöker uppnå. Orsakerna till missförhållanden pekades ut att vara tidsbrist, personalens motivation samt beteende, utbildning och arbetsplatskulturen. Som skribenten förstår resultatet och innehållsanalysen är arbetsplatskulturen en kombination av personalen, deras utbildningsnivå och ledningens engagemang. Arbetsplatskulturen påverkar i sin tur ifall resultatet av vården och ifall det förekommer missförhållanden, avbildat i figur 9.



Figur 9 9 Arbetsplatskulturens påverkas av flera områden

När personalen upplevdes som stressad, ointresserad av sitt arbete och/eller ansåg sig vara högre i rang än sina kolleger så påverkades resten av personalen negativt. Personalens mående spelade indirekt roll på arbetsplatskulturen i och med att vårdarbetet påverkades

positivt eller negativt. När resultatet av vårdarbetet upplevdes som bra upplevde och respondenterna att de kunde göra ett bra arbete och var nöjdare medan dåligt resultat av vårdarbetet skapade skuldkänslor.

I resultatet kom det fram att 59% ansåg att arbetsplatskulturen påverkade delvis eller helt förekomsten av missförhållanden. Skribentens tolkning blir utgående från innehållsanalysen att tidsbrist, brist på engagemang från ledningen och att arbetet upplevs som att det blir tyngre påverkar personalen negativt. Dessa element är svårt för den enskilda vårdaren att påverka. Att man själv ger akt på sitt beteende, speciellt på arbetstid var man agerar som professionell och ska utgå från evidens vid vårdåtgärder hör till arbetsbilden. Men den rådande brist på utbildad personal är det en naturlig följd att det saknas kunnig personal inom äldreården och speciellt inom demensården.

Utbildad personal som inte förstår eller kan utgå från evidens i arbetet spekulerar skribenten att kan ha svårt att se personen bakom sjukdomen och gör endast arbetsuppgifter framom att vårda människan som Edberg beskrev (2020, s. 34). Man behöver veta hur demenssjukdomen påverkar den drabbade, hur nedsatt kognition påverkar språkproduktionen, planeringen och beteendet (Abrahamsson, 2003, s. 20; Edberg, 2020, s. 29; Eriksson, 2020, s. 311). Det kan vara en orsak till att arbetet upplevs som tungt då ordinarie personal ska sköta sitt arbete men även utbilda nya på arbetsplatsen. En annan aspekt som skribenten tror att påverkar vården av dementa som inte diskuteras tillräckligt är hur stort ansvar över relationen mellan demenssjuk och vårdare som faller på vårdaren. Som Edberg konstaterade (2020, s. 25) så bör personalen veta att de jobbar med en person och inte en diagnos. Mötet blir då inte ett sant möte (Eriksson, 2018, s. 67) och den demenssjuka, har svårare att uttrycka sitt sanna jag. Demenssjukdom så försvårar såklart den demenssjukas uppfattning om sig själv och hur de ska kunna framföra sin personlighet. Då är det desto viktigare för vårdaren att hen låter den demenssjuka vara en person och inte en arbetsuppgift. Vårdrelationen kan då inte uppstå utan blir endast uppgifter som avlöser varandra och man inte stöder den demenssjukas hälsa.

I resultatet hittades svar till examensarbetets två forskningsfrågor:

1. Upplever studeranden att det finns missförhållanden inom demensvård?

Som tidigare nämnt svarade 62% av respondenterna, som i detta fall var studeranden på Yrkehögskolan Novia, att de upplevt missförhållanden inom demensvården. I denna undersökning har majoriteten upplevt att de förekom missförhållanden inom demensvården. I innehållsanalysen kom det fram att de vanligaste missförhållanden var osakligt språkbruk, hårdhänthet och försummande av aktiviteter i dagliga livet. Autio, Tallavaara och Uusitalo (2016, s. 12) konstaterar i deras undersökning att det var vanligast att boenden blir utsatta för osakligt språkbruk, försummelse av utevistelser och att vårdtagarna blev bestraffade eller klandrade. Även om studierna har delvis olika målgrupper så finns det likheter mellan resultaten.

Förekomsten av missförhållanden ansågs hänga ihop med arbetsplatskulturen men också ledningen. Ledningen upplevdes inte ta ansvar över det som hände på avdelningen och hjälpte inte till att organisera. Även om ledningen blivit delgiven information om vad som händer på avdelningen så ändrade inget vilket ledde till att respondenterna slutat eller sökt sig till annat arbete. Det kommer inte fram vad som gör att ledningen inte hjälper till på avdelningen. Skribenten vet att sist och slutligen är det vårdare som utför handlingarna och jobbar med patienterna, vårdarna vet vad de har för uppgift, vad de får och inte får göra. Men när man observerar att en kollega inte handlar på rätt sätt kan det vara svårt att påpeka i och med att man ska arbeta tillsammans flera gånger i veckan. Då vänder man sig till sin förman som man hoppas att ska lösa saken så att man inte behöver skapa dålig stämning på arbetsplatsen som kanske redan är inflammerad. Om då inte ledningen ingriper så kan vårdaren som sett missförhållandet och illabehandlingen känna att kollegans handlingar ligger också på ens ansvar för man vill inte att vårdtagaren ska fara illa. Skribenten tror att upplevda ansvar kan göra jobbet ännu tyngre. I det stora hela antar skribenten att vårdarbristen och svårigheter att rekrytera spelar roll och gör ledningens arbete svårt men det borde inte gå ut över andra arbetstagare och absolut inte över vårdtagarna.

Vad som skulle behöva göras för att åtgärda förekomsten av missförhållanden inom demensvården tror skribenten minst är tre saker utgående från undersökningens resultat: 1, att ledningen lyssnar på personalen och tar till åtgärder då det kommer fram problem samt ser till att det finns tillräckligt med kompetent personal som i sin tur ökar mängd tid för varje patient. 2, att personalen ska vara utbildad, få tillräckligt med inskolning och känna att de har ledningens stöd i arbetet samt tillräckligt mycket tid för återhämtning och 3,

fortbildning och tillräcklig utbildning inom demensvård. Men för att få fram exakt vilka åtgärder som skulle behövas så föreslår skribenten att man gör en undersökning med mål att reda ut vad som behövs göras för att åtgärda förekomsten av missförhållanden inom demensvården.

2. Hur påverkar upplevelserna studerandens vilja att fortsätta studera?

I resultatet kom det fram att 58% ansåg att upplevelserna inte påverkat av viljan att studera och 42% ansåg att det hade påverkat viljan att studera. Det kom tyvärr inte in många motiveringar till varför det inte hade påverkat men utgående från de få som kom så ansåg respondenterna att vårddyrket är brett och man kan söka sig annanstans och till bättre kolleger. Det är en sanningsenlig observation men det behövs bra och trevlig personal även inom demensvården som kan handla utgående från evidens och bemöta vårddagarna på rätt sätt.

I innehållsanalysen kom det fram två saker som respondenterna anser att påverkade viljan att studera. Det första var att respondenterna blev mera motiverade av att studera och söka sig till ledarskapspositioner för att därifrån kunna påverka och göra förändringar till det bättre. Det andra var att lära sig mera om demenssjukdomar och hur man inte ska behandla en demenssjuk vårddagare. Några få avvikande resultat var att respondenterna slutade eller bytte arbetsplats. Det kan tyckas vara ett paradoxalt resultat att missförhållanden skapar motivation till att skapa förändring och motivera till att utbilda sig mera men tanken till detta arbete föddes även från samma motivation hos skribenten.

6.3 Slutsats

Undersökningens resultat lämnar skribenten med flera frågor än svar. Det kom fram att det finns missförhållanden inom demensvården som inte borde finnas. Skribenten frågar sig nu vad man ska göra för att förhindra missförhållanden, hur ska man få ledningen mera aktiverad på gräsrotsnivå och råda bot på resursbristen inom vården? Även om resultatet inte är överförbart på en större helhet så finns det nog en gnutta sanning någonstans i resultatet. Mängden svar som berättade om samma problem och pekade fingret åt samma håll tyder på det.

Som en fortsättning på detta arbete rekommenderar skribenten att man gör en ny enkät med tydligare frågor men med samma syfte och större målgrupp. Det skulle även kunna inkludera att reda ut vilka riskfaktorerna är för att missförhållanden ska uppkomma och hur de ska förebyggas.

Litteraturförteckning

- Abrahamsson, B-L. (2003). *Demens – omsorg och omvårdnad*. Bonnier Utbildning AB: Stockholm
- Asplund, K. & Norrman, K. (2020) Episoder av psykisk klarhet hos personer med svår demenssjukdom. I: A. Edberg (red.), *Att möta personer med demenssjukdom*. (s. 81–93) Lund: Studentlitteratur AB
- Basun, H. (2013). Demenssjukdomar. I: H. Basun, M. Skog, L-O. Wahlund, H. Wijk (red.), *Boken om demenssjukdomar*. (S. 11–68). Stockholm: Liber AB
- Billhult, A. (2017). Enkäter. I: M. Henricsson (red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination i omvårdnad* (s. 121–131). Lund: Studentlitteratur AB
- Buckley, E., Jonsson, A., Flood, Z., Lavelle, M., O'Sullivan, N., Nurdin, N., ... McCabe, J. (2022). *Potentially inappropriate medication use and mortality in patients with cognitive impairment*. European Journal of Clinical Pharmacology, volym 78. Doi:10.1007/s00228-022-03410-2
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Henricsson (red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination i omvårdnad* (s. 285–299). Lund: Studentlitteratur AB
- Edberg, A-K. (2020) Personen kommer först. I: A. Edberg (red.), *Att möta personer med demenssjukdom*. (s. 25–37) Lund: Studentlitteratur AB
- Eliasson, A. (2022). Kvantitativ metod från början. Lund: Studentlitteratur AB
- Eriksdotter, M. (2020) Demenssjukdomar. I: A. Edberg (red.), *Att möta personer med demenssjukdom*. (s. 311–322) Lund: Studentlitteratur AB
- Eriksson, K. (2018). Vårdprocessen. Stockholm: Lieber AB
- Finlands grundlag 1999/731 (2020). Hämtat från www.finlex.fi
- God medicinsk praxis. (2022). *Parkinsons sjukdom*. Hämtat den 14.4.2023. Käypähoito.fi: <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00046#K1>
- Holst, G. (2020) Livet som en berättelse. I: A. Edberg (red.), *Att möta personer med demenssjukdom*. (s. 51–64) Lund: Studentlitteratur AB
- Johannesen, M., & LoGuidice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42(3), 292–298.
- Keva. (2023) *Kuntien työvoimaennuste: Hoitajapula kaksinkertaistui kahdessa vuodessa*. Hämtat den 18.4.2023 från <https://www.keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/kuntien-tyovoimaennuste-hoitajapula-kaksinkertaistui-kahdessa-vuodessa/>
- Kilander, L. (2013). Frontotemporal demens. I: H. Basun, M. Skog, L-O. Wahlund, H. Wijk (red.), *Boken om demenssjukdomar*. (S. 34–49). Stockholm: Liber AB

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I: M. Henricsson (red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination i omvårdnad* (57–80). Lund: Studentlitteratur AB

Lag om patientens ställning och rättigheter 1992/785 (1994). Hämtat från www.finlex.fi

Larsson, B., Rundgren, W. & Wisten, A. (2013). *Akut geriatrik*. Lund: Studentlitteratur AB

Liang Y., Ngandu T., Laatikainen T., Soininen H., Tuomilehto J., Kivipelto M., et al.. (2020) *Cardiovascular health metrics from mid- to late-life and risk of dementia: A population-based cohort study in Finland*. PLoS Med 17(12): DOI: 10.1371/journal.pmed.1003474

Lindqvist, E-L (2015). *Vård och omsorg vid demenssjukdom*. Gleerups Utbildning AB: Malmö

Lundström, M., & Hoffman, L. (2021). *Äldre person dödade av en annan klient på äldreboende i Åbo*. Hämtat från svenska.yle.fi: <https://svenska.yle.fi/a/7-10005717>

Mileski, M., Bourquard, Cavazos, B., Dusek, K., Kimbrough, K., Sweeney, L., & McClay, R. (2019). *Preventing The Abuse Of Residents With Dementia Or Alzheimer's Disease In The Long-Term Care Setting: A Systematic Review*. Gerontology and Geriatrics. S. 100. doi: 10.2147/CIA.S216678

Minnesförbundet rf. (2022). *Minnessjukdomar i Finland*. Hämtat den 24.11.2022. [muistiliitto.fi](https://www.muistiliitto.fi): <https://www.muistiliitto.fi/sv/minnessjukdomar>

Minnesförbundet rf. . (2022). *Demens*. Hämtat den 24.11.202. [muistiliitto.fi](https://www.muistiliitto.fi): <https://www.muistiliitto.fi/sv/minnessjukdomar/Minnesrubbnings-och-sjukdomar/minnessjukdomar/demens>

Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention strategies. *Gerontologist* vol 56, 194-205. doi: 10.1093/geront/gnw004

Priebe, G. och Lundström, C. (2017) Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskaplig teori. I: M. Henricsson (red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination i omvårdnad* (s. 25–42). Lund: Studentlitteratur AB

Rådet för yrkeshögskolornas rektorer Arene rf. (2020). *Etiska rekommendationer för examensarbeten på yrkeshögskolor*. Hämtat den 24.11.2022. [arene.fi](http://www.arene.fi): http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/ETISKA%20REKOMMENDATIONER%20F%C3%96R%20EXAMENSARBETEN%20P%C3%85%20YRKESH%C3%96GSKOLOR_2020.pdf?t=1578480382

Käypähoito-suositus. (2021). *Muistisairadet*. Hämtat den 24.11.2022. [kaypahoito.fi](https://www.kaypahoito.fi): <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>

Socialstyrelsen. (2017). *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Hämtat den 10.4.2023 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-6-7.pdf>

Skön, P. (2018). *Geriatriker: Vi måste sluta binda fast våra åldringar*. Hämtat 24.11.2022. [Svenska.yle.fi](https://svenska.yle.fi): <https://svenska.yle.fi/a/7-1258541>

Tallavaara, M.-S., Autti, L., & Uusitalo, E. (2016). *Illabehandling vid enheter med dygnetruntvård inom äldreomsorgen enligt rapportering av anställda*. Helsingfors: Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira).

Tarnanen K., Rosenvall A., Tuunainen A., Finska Läkaresällskapet (2017). Minnesluckor – vad är det fråga om, vad hjälper? I: *Duodecim – God medicinsk praxis*. Hämtat 8.3.2023. <https://www.kaypahoito.fi/sv/khr00072>

Institutet för hälsa och välfärd (2022). *Minnessjukdomar*. Hämtat från thl.fi: <https://thl.fi/sv/web/folksjukdomar/minnessjukdomar>

Yrkeshögskolan Novia (2023). *Praktik: Grundvård*. Hämtat från studieguide.novia.fi: <https://studieguide.novia.fi/sv/13622/sv/13648/DAG23H-V-USS/225/year/2023>

Whalund, L-O. (2013). Vaskulär demens. I: H. Basun, M. Skog, L-O. Wahlund, H. Wijk (red.), *Boken om demenssjukdomar*. (S. 50–55). Stockholm: Liber AB

Informationsbrev till målgruppen:

Jag heter Linnea Envall och är tredje årets sjukskötarstuderande på Yrkeshögskolan Novia, Vasa. Under våren skriver jag mitt examensarbete var det ingår en enkätundersökning bland vårdstuderanden.

Enkäten är riktad till vårdstuderanden på Yrkeshögskolan Novia i alla årskurser. Examensarbetets syfte att undersöka ifall studeranden blir utsatta att se missförhållanden inom äldreården, specifikt demensvård, under studietiden och hur detta påverkar dig som studerande och din vilja för att fortsätta studierna inom vårddyrket. Det är inte meningen att hitta syndabockar utan att undersöka studerandens upplevelser. Svaren som ges i enkäten behandlas anonymt, alltså inga namn eller platser rapporteras om i examensarbetet samt att de inte går att identifiera vem som gett vilka svar. Det samlas inte in data dig och det kommer inte gå att koppla svaret till enskilda personer. Svaren som samlas in kommer att raderas efter att examensarbetet är färdigt och godkänt.

Deltagande i enkäten är **frivilligt** och genom att skicka in ett ifyllt formulär godkänner man att svaren används i mitt examensarbete. Jag hoppas att så många som möjligt vill delta :).

Enkäten består av 11 frågor, några ja och nej frågor och några med öppna svar. På frågorna med öppna svar är det viktigt att man inte skriver identifierbara uppgifter. Om sådana förekommer kommer de att tas bort i examensarbetet.

Med missförhållanden så menas fysiskt våld (slag, sparkar, hårdhänthet), psykiskt våld (glåpord, osakligt språkbruk, förolämpningar m.m.), försummelse av utevistelser eller hygien, övermedicinering, restriktion av rörelseförmågan m.m.

Tack på förhand!

Linnea

Engelska versionen som är riktad till Nursing-studeranden på Yrkeshögskolan Novia:

My Name is Linnea Envall and I'm a third-year student at Yrkeshögskolan Novia in Vasa. I'm in the process of writing my nursing-thesis where an inquiry for nursing students is included.

The inquiry is meant for all healthcare students at Yrkeshögskolan Novia. The purpose of my thesis, and also the inquiry, is to ask whether nursing-students have seen wrongdoings within healthcare on practice or at their workplace in Finland and if this has affected **your will** to continue studying within healthcare. The inquiry questions are about **wrongdoings of dementia patients**.

The purpose of this inquiry is **not to find scapegoats** but to ask about students experiences. The answers given in the inquiry will be gathered anonymously which also means that I ask respondents not to write out any names of nurses, patients, places etc. The inquiry (Google Forms) will not gather any information about you and will not link

Bilaga 1

your answers to email or other personal data. The answers will be deleted after the thesis is done and approved.

Participation in the inquiry is voluntarily and by sending your answers you also accept that your answers can be used in my thesis (anonymously of course). I do hope as many as possible will participate :).

The inquiry contains 12 questions, some yes and no questions and some with free text option. It is important to note again not to write out any identifiable details. I will remove sensitive data if such occur.

Wrongdoings means: physical violence (hitting, kicking, roughness), psychological violence (taunting, swearwords, insults etc.), neglecting hygiene or not taking patients outside, overmedication, excessive restriction of movement, economical violence, sexual misconduct etc.

Thank you on beforehand!

Linnea

Del 1

1. Har du jobbat/haft praktik inom äldrevård?

Ja

Nej

Del 2

Frågorna i del 2 till 4 gäller äldreomsorg, speciellt vården av dementa patienter. Välj en plats du har erfarenheter från av när du svarar på frågorna.

2. Hur upplevde du arbetsplatskulturen på praktikplatsen/jobbet?

Skattningsskala 1–5 var 1 står för otrevligt och 5 för trivsamt.

3. Påverkade arbetsplatskulturen resultatet av vårdarbetet?

Ja

Nej

Vet inte

4. Ifall du svarade ja på föregående fråga:

Berätta kort hur:

Långt öppet svar

5. Har du sett missförhållanden riktat mot någon demenspatient på din arbetsplats eller under praktik? (om nej avslutas enkäten här)

Ja

Nej

Del 3

I denna del frågas det om vilka upplevelser du haft på jobb- och praktikplatser vid vård av dementa. Kom ihåg att utelämna namn, plats och annan identifierbar information!

6. Hur många gånger per dag såg du missförhållanden?

0-1 gånger

1-2 gånger

2-3 gånger

4 gånger eller flera

7. Berätta om vilka missförhållanden du upplevt, kan vara flera saker/händelser
(utelämna namn och plats)

Långt öppet svar

8. Vad tror du är orsaken till att missförhållanden som du beskrev ovan skedde?

Långt öppet svar

9. Upplever du arbetsplatskulturen påverkar förekomsten av missförhållanden?

Långt öppet svar

Del 4

I denna del får du berätta om hur det du upplevt påverkat din vilja för fortsatta studier inom vårdbranschen.

10. Påverkade upplevelserna din vilja att vara på jobbet/praktiken?

Långt öppet svar

11. Påverkade upplevelserna din vilja att fortsätta studera? Motivera hur:

Långt öppet svar

Engelska enkäten:

1. I study within healthcare at...

Vaasa/Vasa

Turku/Åbo

2. Have you worked/had practice within elderly care? (Inquiry will end here if you haven't)

Yes

No

Part 2

The questions in part 2-4 is about care of elderly and demented patients. Choose one place in your mind that you think of while answering the questions.

3. What did you feel about workplace culture where you did your practice/at work?

Unpleasant 1 – 5 Pleasant

4. Did the workplace culture affect the results of care work?

Yes

No

Don't know

5. If you answered yes:

Write shortly in what way

6. Have you seen wrongdoings against dementia patients during practice or at work?
(Inquiry will end if you haven't)

Yes

No

Part 3

Questions in this part will be about what kind of experiences you have seen/had at practice or at work.

Remember to not write out name, places or other identifiable information!

7. How many times per day did you see wrongdoings?

0

1-2 times

2-3 times

4 times or more

8. Please write down what kind of wrongdoings you have seen, can be many different occurrences or events (do not include places or names)

9. What do you think is the reason for the wrongdoings?

10. Do you feel the workplace culture influenced the occurrence of wrongdoings?

Part 4

This part is about whether the wrongdoings you have seen affected your will to continue studying within healthcare.

11. Did your experiences affect your will to be at the practice or workplace?

12. In what way did your experiences affect your will to continue studying within healthcare?

ANHÅLLAN OM FORSKNINGSTILLSTÅND
APPLICATION FOR A RESEARCH PERMIT

Sökandes namn / Name of applicant		
Linnea Ervall		
Adress / Address	Postnummer / Post code	Ort / Place
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Telefonnummer / Phone number	E-post / E-mail	
[REDACTED]	[REDACTED]	
Forskning, läroinrättning eller övrigt samfund / Research, educational institution or other community	Forskarens befattning/titel / Researcher's title	
Yrkeshögskolan Novia	Studera	
Ort och datum / Place and date	Sökandes underskrift / Applicant's signature	
Vasa den 9.2.2023		
DEFINITION AV EFTERFRÅGADE MATERIALET ELLER DATAN FRÅN NOVIA (Bifoga en forskningsplan) / DEFINITION OF THE REQUESTED MATERIAL OR DATA FROM NOVIA (Attach a research plan)		
Begäran att få utföra en enkät-undersökning bland Yrkeshögskolan Novias vårdstuderande.		
PRELIMINÄR TIDTABELL FÖR FORSKNINGEN / PRELIMINARY SCHEDULE FOR RESEARCH		
Så snart som forskningstillståndet godkänns. Preliminärt februari-mars		
Forskningens handledare / Supervisor of the research		
Namn / Name	Utbildning och yrke / Education and title	
Sirkku Saateela	utbildningsprogrammet för sjukskötare Lektor	
Arbetsplats och adress / Workplace and address		
[REDACTED]		
Telefonnummer / Telephone	E-post / E-mail	
[REDACTED]	[REDACTED]	
Ort och datum / Date and place	Underskrift (jag förbinder mig att handleda forskningen) /	Signature (I commit to supervise the research)
8.2.2023	[REDACTED]	[REDACTED]
Villkor		
Beviljande av tillstånd förutsätter att sökanden förbinder sig att följa gällande lagstiftning avseende behandling av personuppgifter. Sökanden bör respektera uppgifternas konfidentiella natur och använda uppgifterna endast för genomförandet av i denna ansökan åsyftad forskning. Efter att forskningen slutförts bör uppgifterna förstöras på tillbörligt sätt. Sökanden bör leverera den färdiga rapporten när forskningen genomförs.		
Andra villkor: En forskningsplan bör bifogas Motivering om forskningstillstånd inte beviljats:		
Conditions		
Granting of a permit presupposes that the applicant undertakes to comply with current legislation regarding the processing of personal data. The applicant should respect the confidential nature of the data and use the data only for the purpose of carrying out the research referred to in this application. After the research is completed, the data should be destroyed properly. The applicant should submit the completed report when the research has been completed.		
Other conditions: A research plan is required as an attachment Justification for not granting a research permit:		
IFYLLS AV NOVIA kontaktpersonens namn och E-post / DEFINED BY NOVIA name and E-mail of contactperson		
Sirkku Saateela Sirkku.Saateela@novia.fi		
BEVILJANDE AV FORSKNINGSTILLSTÅND / APPROVAL OF RESEARCH PERMIT		
<input checked="" type="checkbox"/> Beviljas / Granted <input type="checkbox"/> Beviljas inte / Not granted		
Ort och datum / Place and date	Underskrift / Signature	
Vasa 23.2.2023	Johanna Linnamäe	

