



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Magisteruppsats

Omvårdnadspersonalens upplevelser av bemötande i demensvården

En kvalitativ intervjustudie

Nursing staff´s experiences of treatment in dementia care A qualitative interview study

Författare: Frida Hänninen och Lisbet Pallin

Handledare: Anna Swall

Granskare: Margret Lepp

Examinator: Janeth Leksell

Ämne/huvudområde: Examensarbete i omvårdnad

Kurskod: VÅ3111

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 190523

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Sammanfattning

Bakgrund: Att få en demenssjukdom innebär att olika färdigheter och funktioner försämras allt eftersom. Det är också vanligt att personer med demenssjukdom drabbas av beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) någon gång under sjukdomens förlopp. De varierande symtomen kan vara svåra för vårdpersonal att möta. Genom att ha kunskap om sjukdomen samt ha god moral och etik ökar chanserna till ett gott bemötande och en god personcentrerad omvårdnad.

Syfte: Att beskriva omvårdnadspersonalens upplevelser av bemötande av personer med demenssjukdom.

Metod: En kvalitativ studiedesign valdes och intervjumaterialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. Datainsamlingen utgjordes av fyra semistrukturerade fokusgruppsintervjuer med omvårdnadspersonal från två olika kommuner i Sverige.

Resultat: I resultatet framkom fem kategorier och 10 subkategorier. Det handlar om att *möta personen bakom demenssjukdomen, att bevara personens värdighet, att kunskap har betydelse, att sträva åt samma håll samt känslan av otillräcklighet.*

Slutsats: Studien har bekräftat syftet enligt författarna. Vårdarna är måna om att ha ett bra bemötande och göra gott för den demenssjuke. Det finns många faktorer som påverkar, vissa som främjar och andra som hindrar dem från att alltid ha ett gott bemötande. Kunskap, personalkontinuitet och tillräckligt med tid är grundläggande faktorer för att vårdarna ska kunna arbeta personcentrerat.

Nyckelord: demens, bemötande, omvårdnadspersonal, personcentrerad omvårdnad

Abstract

Background: Getting a dementia disorder means that different skills and functions are impaired. It is also common for people with dementia to suffer from behavioral and psychological symptoms (BPSD) sometime during the course of disease. The varying symptoms can be difficult for healthcare professionals to face. By having knowledge of the disease as well as having good morals and ethics, the chances of good treatment and a good person-centered nursing increase.

Aim: To describe the nursing staff's experiences of treating people with dementia.

Method: A qualitative study design was chosen and the interview material was analyzed according to qualitative content analysis. The data collection consisted of four semi-structured focus group interviews with nursing staff from two different municipalities in Sweden.

Result: The result showed five categories and 10 subcategories. It is about *meeting the person behind the dementia disease, preserving the person's dignity, knowing that knowledge is important, striving for the same direction and the feeling of inadequacy.*

Conclusion: The study has confirmed the purpose of the authors. The caregivers are keen to have a good treatment and want to do good for the persons with dementia. There are many factors that influence, some that promote and others that prevent them from always having a good response. Knowledge, staff continuity and sufficient time are fundamental factors to the caregivers so they can be able to work with person-centered care.

Keywords: dementia, treatment, nursing staff, person-centered care

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Demenssjukdom	1
Leva med demenssjukdom	2
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.....	3
Att vara vårdare inom demensvård	4
Etik och moral ur ett omvårdnadsperspektiv.....	5
Teoretiskt perspektiv - Personcentrerad omvårdnad	6
Problemformulering.....	7
Syfte	8
Metodbeskrivning	8
Val av design.....	8
Population och urval.....	8
Datainsamling.....	9
Tillvägagångssätt.....	9
Dataanalys	10
Etiska ställningstaganden	11
Resultat	12
Att möta personen bakom demenssjukdomen.....	14
Att bevara personens värdighet	15
Kunskapens betydelse	17
Att sträva åt samma håll	18
Känsla av otillräcklighet.....	20
Diskussion.....	22
Sammanfattning av huvudresultat	22
Resultatdiskussion.....	23
Metoddiskussion.....	26
Samhällelig och etisk aspekt utifrån klinisk relevans och nytta.....	28
Slutsats	28
Förslag på fortsatt forskning.....	29
Självständighetsdeklaration	29
Referenser	30
Bilaga 1	38
Bilaga 2	39
Bilaga 3	41
Bilaga 4.....	43
Bilaga 5	45

Inledning

Med stigande ålder ökar risken att drabbas av demenssjukdom. Inom några år förväntas antalet personer med demenssjukdom att öka stort relaterat till att de som föddes på 1940-talet uppnår en högre ålder. Totalt beräknas det finnas omkring 130 000–150 000 personer som har en demenssjukdom i dagens Sverige (Socialstyrelsen, 2017). Enligt Socialtjänstlagen (SOL, 2001:453) ska socialtjänstens omsorg om äldre personer inriktas på att de får leva ett värdigt liv samt får känna värdighet. I Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (2012) betonas vidare att personal ska ha ett gott bemötande till den äldre personen och att kommunikationen anpassas efter personens förutsättningar och behov. Ett gott bemötande framhålls till exempel innebära att personalen visar respekt samt är lyhörda och visar empati i mötet med den äldre (a.a.). Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 2017:30).

Vi vill genom detta arbete få en ökad kunskap om omvårdnadspersonalens upplevelser av bemötande av personer med demenssjukdom. Vad de anser vara viktigt att beakta i mötet samt vilka möjligheter och hinder som finns för att de ska kunna arbeta med ett gott bemötande. Med omvårdnadspersonal menar vi undersköterskor, vårdbiträden och aktivitetshandledare.

Bakgrund

Demenssjukdom

Demenssjukdom är ett samlingsnamn för en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar eller skador i hjärnan (Socialstyrelsen, 2017). Vid demenssjukdom försämras olika funktioner, till exempel kognitiva funktioner såsom att komma ihåg, tänka, planera och tala. Andra exempel på funktioner som kan påverkas negativt vid en demenssjukdom är förmågan att tolka och förstå vad man ser och hör, den praktiska förmågan försämras liksom kroppsliga funktioner. Det är också vanligt med ett förändrat beteende. Det finns många olika typer av demenssjukdomar varav de vanligaste är Alzheimers sjukdom och vaskulär

demens. Symtom och sjukdomsförlopp varierar beroende på vilken typ av demenssjukdom personen lider av (Eriksdotter Jönhagen, 2011; Socialstyrelsen, 2017).

Det går inte att bota demenssjukdom, i stället ligger fokus på att med hjälp av olika vård- och omsorgsinsatser försöka lindra symtomen och kompensera för de funktionsnedsättningar sjukdomen medför. Att få känna sig accepterad och tillåtet att vara den man är, ha rätt till respekt, få delges känslan av att vara värdefull och att den enskildes personlighet värnas är viktigt. Målet med vården är att underlätta vardagen och bidra till en så god livskvalitet som möjligt för personerna med demenssjukdom och deras anhöriga (Skog, Grafström, Negussie & Winblad, 2000; Zingmark, Sandman & Norberg, 2002).

Leva med demenssjukdom

Hela livssituationen påverkas då en person drabbas av en kronisk sjukdom och det innebär också att den drabbade kan behöva stöd i denna situation (Dahlberg & Ekman, 2017). Olika känslor väcks då färdigheter förloras och personen successivt blir mer beroende av andra. Trots demenssjukdomens inverkan försöker de flesta fortsätta leva sitt liv på bästa möjliga sätt (de Boer et al., 2007; Mazaheri et al., 2013). För att en människa ska må väl är det enligt Kitwood (1997a) viktigt att tillgodose de mänskliga behoven, så som att få känna kärlek, tröst, tillgivenhet, att vara sysselsatt, veta vem man är (identitet) samt att få känna sig inkluderad. Vidare framhålls att dessa behov är mer påfallande hos personer med sviktande mental hälsa samtidigt som de också är mer sårbara och mindre kapabla till att ta initiativ som leder till att behoven blir tillgodosedda. Kitwood (1997a) menar att det kan vara svårt att få insikt i den subjektiva upplevelsen av att leva med demenssjukdom, framförallt hos personer som gått längre in i sin sjukdom och som vanligtvis har en mer begränsad kognitiv förmåga. Det finns dock olika vägar att gå för att lyckas (Kitwood 1997a).

Personer med demenssjukdom vill fortsätta må bra, känna sig viktiga och kompetenta, men med sjukdomens konsekvenser innebär det för många en ständig kamp, till exempel mot negativa känslor som meningslöshet. Även hur

omgivningen ser på dem och bemöter dem påverkar deras välmående. En del upplever att sjukdomen medfört att de inte blir respekterade, lyssnade till eller betrodde att klara av saker som tidigare (de Boer et al., 2007; Mazaheri et al., 2013). Kontos (2007) betonar betydelsen av tron på att personligheten hos den som är demenssjuk fortsätter vara stark. Det glöms ofta bort att de faktiskt är människor med en historia och ett liv och att de har önskningar och önskemål precis som alla andra. Att ta del av personens livshistoria och se individualitet är en förutsättning för att kunna öka förståelsen för personen och därmed kunna erbjuda fullgod vård (a.a.). Morhardt och Spira (2013) nämner att förmågan till att kunna kommunicera påverkas och avtar med tiden i demenssjukdomen. Det är enligt dem mycket viktigt att observera beteenden och olika handlingar som i stället uttrycks och måste tolkas av omgivningen för att bevara personens värdighet.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Det är mycket vanligt att personer med demenssjukdom någon gång under sjukdomsförloppet drabbas av någon form av beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD), merparten av alla som lever med en demenssjukdom drabbas (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012; Socialstyrelsen, 2017). Symtomen kan variera, bland annat kan det yttra sig genom hallucinationer, vanföreställningar, aggressivitet, ångest och depression (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012; Läke medelsverket, 2008; Socialstyrelsen, 2017). Samma symtom kan ha olika utlösande faktorer, många gånger är det beroende på personen och situationen. Gemensamt för samtliga BPSD-symtom är dock att de medför ett stort lidande för den som är drabbad och de är ofta svåra att möta för både anhöriga och personal. Vidare har personer med demenssjukdom lättare att utveckla konfusionstillstånd. Det innebär bland annat en ökad känslighet för miljöombyten, smärta, infektioner och en ökad sensitivitet vad gäller läkemedel (Socialstyrelsen, 2017).

Åtgärder som vidtas för att lindra BPSD ska i första hand inte utgöras av läkemedelsbehandling utan istället handla om individuella insatser som exempelvis anpassning av personalens bemötande, anpassning av den omgivande

miljön samt genom personliga aktiviteter (Kim & Park, 2017; Läkemedelsverket, 2008; Socialstyrelsen, 2017).

Att vara vårdare inom demensvård

Det är inte sällan som vårdpersonal hamnar i situationer som utgörs av etiska dilemman, det vill säga, situationer där ingen självklar eller tillfredsställande lösning finns. Det innebär utmaningar av olika slag för personalen, inte minst utmanande upplevs att bevara balansen mellan autonomi och värdighet (Jakobsen & Sörlie, 2010). Vidare menar de att personalen har blivit skolade att beakta en persons självbestämmande, men på samma gång ser de att vissa inte själva kan tillgodose sina behov. Dessa situationer kan väcka känslor som till exempel maktlöshet, men också vara en källa till dåligt samvete. Likaså då det ställs krav från exempelvis anhöriga eller verksamheten, att personal ska vidta en åtgärd trots att personen med demenssjukdom inte själv vill, är något som är svårt för personalen att hantera (a.a.).

Norberg och Zingmark (2011) belyser att vara vårdare som arbetar med personer med långt framskriden demenssjukdom till stor del handlar om att se, tolka och agera utifrån budskap som bland annat förmedlas genom deras ögon, tonfall, kroppsspråk, mimik och andra icke verbala uttryck (a.a.). För att kunna bemöta personer med demens rätt krävs förståelse för sjukdomen och personen bakom den. När personal kommunicerar med en person med demens som en kompetent person, visar medmänsklighet, respekt och stöd utvecklas en relation som leder till att personen visar mer förmåga i sina handlingar (Kitwood, 1997a).

Det finns studier som visar att vårdare som vårdar personer med demenssjukdom har en sämre arbetstillfredsställelse och högre grad av utbrändhet än vårdare som arbetar med äldre vars kognitiva förmåga är intakt (Rahm Hallberg, 2011). Det är viktigt att stödja vårdpersonal i hantering av neuropsykiatriska symtom hos personer med demens och utbilda dem så de kan känna igen symptom som orsakar lidande. Vidare bör handledning för att kunna bemöta olika beteenden samt träning i att se och utvärdera effekterna av individuellt insatta åtgärder mot det specifika beteendet vara en prioritet (Zwijssen et al., 2013). Enligt Edberg och Edfors (2008)

är bland annat kontinuerlig handledning en förutsättning för att personal ska kunna känna att det är möjligt att fortsätta det krävande arbetet med personer som har demens. Även ett öppet arbetsklimat, ömsesidigt stödande, möjlighet att reflektera och få feedback framhålls som viktiga för att kunna lösa svåra situationer i mötet med den sjuke. Reflektion ger vägledning i hur personalen ska agera.

Etik och moral ur ett omvårdnadsperspektiv

Orden etik och moral används på lite olika sätt, det vill säga etiken står för teorin och moralen för praktiken (Skog et al., 2000). Moral kan beskrivas som en definition av praktiska regler vilka man bör leva efter och etik är överordnade värden som ligger till grund för moralreglerna (Stryhn, 2007). Pliktetiskt tänkande innebär att om vi gör det rätta, blir det, det goda, en handling vi måste göra, en norm. Plikt-etikern Immanuel Kant anser att ett handlande mot bakgrund av moraliska och accepterade handlingsregler leder till en säkerhet om att det blir rätt. En acceptabel plikt skulle kunna vara en handlingsregel så god så den skulle kunna vara en allmän lag vilken också innefattar att man arbetar utifrån ett moraliskt tänkande som inbegriper att man handlar utifrån de handlingsregler som anses vara rätt och som alla bör följa (Henriksen och Vetlesen, 2006). Beck-Friis och Strang (2005) nämner även de att etik visas i moral, att grundläggande människosyn avgör etiska ställningstaganden. Etik reflekterar över värderingar och normer som styr handlingar. Det kan till synes vara öppet och klart men också tyst accepterat och underförstått.

Henriksen och Vetlesen (2006) anser att etik är mer än en teori eller en teknik, det handlar om att vara involverad och om att kunna se och förstå situationer som uppstår samt att vara involverad, vilket innebär att vara nära de människor man arbetar med. Skog et al. (2000) nämner att i början vid etablering av en ömsesidig relation mellan parterna finns det alltid frågor om närhet och avstånd, interaktion, professionalism och etik och belyser vidare vikten av kunskap för att kunna bedriva en god vård och omsorg. Det har även visat sig ha stor betydelse för vårdkvalitet, yrkesidentitet och arbetstillfredsställelse att personalen ges möjlighet till att prata om livsfrågor, arbetsvillkor och etik. Reflektion över svåra frågeställningar och beslutsfattande bygger på etik och moral (a.a.).

Vidare belyser Skog et al. (2000) att det framförallt är i svåra valsituationer som personal har mest nytta av det etiska resonemanget, eftersom det ökar chanserna till att de fattar bättre beslut. Grundläggande etiska värderingar är tydliggjorda i Hälso- och sjukvårdslagen och ska styra vår vård och omsorg i hela landet. Etiken kan visa på skillnaden mellan verkligheten och idealet samt stå upp för värderingar som leder till ett gott bemötande. Hälso- och sjukvårdspersonal har en etisk skyldighet att göra bra för de människor för vilka de ger omsorg (a.a). Edvardsson, Winblad och Sandman (2008) föreslår att den kliniska användningen av personcentrerad vård av personer med demens bör antas eftersom det visar på respektfulla, humanitära och etiska värden.

Teoretiskt perspektiv - Personcentrerad omvårdnad

Dewing (2004) beskriver personcentrerad omvårdnad som en etiskt riktig och god omvårdnad från en humanistisk grund vilket bör tillämpas. Den utgår från personens unika behov, önskemål och livssituation. Vid ett personcentrerat förhållningssätt har vårdaren framförallt fokus på personen och inte på det avvikande beteendet, sjukdomen eller symtomet. Vårdaren försöker sätta sig in i patientens situation och se världen utifrån dennes perspektiv (a.a.). Edberg (2011) framhåller att respekten för individens värde och värderingar är centralt för en personcentrerad vård. Skovdahl, Kihlgren och Kihlgren (2003) anser att vårdpersonal vid utövandet av omvårdnad alltid ska utgå från personen och inte demenssjukdomen. De ska behålla lugnet, kunna samarbeta samt ha respekt för personens integritet. Empati, lyhördhet och att ta sig tid är viktiga delar för att personen med demens ska kunna visa sina färdigheter (a.a.). Att vara stöd för en person med demens hjälper personalen att förstå personen som en unik individ och inse vilka resurser som denne fortfarande har. Att lära sig att anpassa arbetstakt är en viktig del till att skapa en relation och tillåter även personalen se effekterna av deras handlingar (Skog et al., 2000).

Personcentrerad vård inkluderar aspekter som stödjer personen att vara den person de är och att få fortsätta med ett så normalt liv som möjligt. Det inkluderar att vara erkänd som en värdefull och kompetent person som respekteras och får

förutsättningar att fatta olika beslut. Att få vara i välbekanta och flexibla omgivningar, få göra val och få möjlighet att upprätthålla relationer ses som viktiga delar i att bevara självet vilket kan stödjas av en personcentrerad vård (Edvardsson, Fetherstonhaugh & Nay, 2010). Edvardsson (2010) menar vidare att personcentrerad omvårdnad är en av nyckelkomponenterna för att uppnå en god vård. McCormack och McCance (2006) ser det personcentrerade synsättet som ett led till ökat välbefinnande, större tillfredsställelse samt bättre hälsa, inte bara för personen som vårdas utan även för de anhöriga och vårdpersonalen.

Kitwood (1997b) konkretiserade vikten av individuell vårdplanering, att arbeta med livsberättelsen och att göra meningsfulla aktiviteter tillsammans. Han nämner även vikten av att miljön kring personen bör ses över så den inger trygghet och manar till möjlighet att kunna uttrycka sin egen person. Det bygger på att kunna skapa goda relationer och ska anses vara lika viktigt som andra arbetsuppgifter (a.a.). De nationella riktlinjerna utgår ifrån att samtliga insatser av vård och omsorg vid demenssjukdom ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2017).

Problemformulering

Personer med demenssjukdom har behov av att få stöd och omtanke i sin vardag för att kunna bevara sin självkänsla samt att bemötas som den de är. Varierande symtom som kan uppstå hos den enskilde är ofta svåra för personalen att möta. God omvårdnad som är anpassad efter olika personer och deras olika personliga behov förväntas ges av vårdpersonalen. Att ha god moral och etik ökar möjligheten som vårdare att fatta bra beslut i arbetet med personer med demenssjukdom för att kunna ge en god omvårdnad. När personer med demenssjukdom upplever sig ha positiva relationer med andra kan en känsla av att befinna sig i en gemenskap infinna sig. Livet kan då upplevas vara meningsfullt. När resurser saknas eller är otillräckliga kan en känsla av utanförskap upplevas (Nordenfelt, 2017). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (HSL, SFS 2017:30).

Syfte

Att beskriva omvårdnadspersonalens upplevelser av bemötande av personer med demenssjukdom.

Metodbeskrivning

Val av design

Utifrån studiens syfte valde författarna att genomföra en kvalitativ intervjustudie. En metod som enligt Forsberg och Wengström (2008) fokuserar på att skapa en mening och förståelse av människans subjektiva upplevelse. Intervjuer med fyra fokusgrupper på vardera fem personer genomfördes, två grupper i en mindre kommun i Norrland och två grupper i en medelstor kommun i Södra Sverige. Fördelarna med fokusgrupper är enligt Wibeck (2017) till exempel att man på kort tid kan få mycket information samt att det ges möjlighet att gå på djupet i hur deltagarna uppfattar och förhåller sig till upplevelser och erfarenheter. Olsson och Sörensen (2008) påvisar att syftet med att flera grupper deltar är att man ska få fram variationer i samtalen och att deltagarna ofta känner att de kan ge varandra både stöd och inspiration.

Population och urval

Ett strategiskt urval gjordes i enlighet med Henricson och Billhult (2017). Tillsvidareanställd omvårdnadspersonal med erfarenhet i arbetet med personer med demenssjukdom och som dagligen möter dem tillfrågades om att delta i denna studie. Urvalet bestämdes utifrån syftet och tanken hos författarna var att de som arbetar närmast personerna med demenssjukdom i vardagen är de som känner dem bäst och därmed kan delge sina upplevelser av möten. Undersköterskor, vårdbiträden och aktivitetshandledare som känner personerna de arbetar med väl valde att delta. Aktivitetshandledaren arbetar i vården 25 procent och 75 procent med både individuella aktiviteter och gruppaktiviteter på boendet.

Wibeck (2017) anser att ett lämpligt antal deltagare i en fokusgrupp ligger mellan fyra till sex deltagare, de ska vara representativa för målgruppen och inte stå i beroendeförhållande till varandra. Valet av fem personer per grupp kom författarna överens om eftersom det kändes som en lagom grupp att kunna hantera, men även

för att deltagarna skulle kunna känna sig bekväma i gruppen. Samtliga deltagare var kvinnor i åldrarna 20–64 år och de hade mellan 1–40 års erfarenhet av arbete inom vården.

Exkluderade var omvårdnadspersonal som arbetar natt, vikarier och nyanställda som arbetat mindre än ett år.

Datainsamling

För att få ut så mycket information som möjligt för att kunna besvara syftet användes semistrukturerade fokusgruppsintervjuer, vilket innebär att moderatorn utgår från en intervjuguide som består av ett antal frågeområden som bör ingå i samtalen. I en semistrukturerad fokusgruppsintervju finns också möjligheten för deltagarna att ta upp frågor som inte ingår i intervjuguiden, men som ändå kan vara intressanta för studien (Wibeck, 2017). Intervjuguiden som användes bestod av fem öppna frågor som kompletterades med flertalet uppföljningsfrågor, se *Bilaga 1*.

För att testa om intervjuguidens frågor gav svar som berörde studiens syfte genomfördes provintervjuer, först en med två sjuksköterskor och sedan en med två undersköterskor på ett boende av en av författarna som sedan delgav sin uppfattning till den andra författaren. Ingen inspelning skedde och inga anteckningar sparades och de är ej inkluderade i studien. En provintervju kan med fördel utföras enligt Paulsson (2008) i syfte att dels testa frågornas utformning för att besvara syftet, men även för att stärka analysens trovärdighet. Frågorna vid provintervjun gav svar som motsvarade syftet. Intervjuerna utfördes sedan med ursprungligt frågeformulär i fyra fokusgrupper med omvårdnadspersonal från två kommuner.

Tillvägagångssätt

Författarna tog personlig kontakt med verksamhetschefer i respektive kommuner både muntligt och via mail för att informera och efterfråga ett godkännande för genomförandet av studien, se *bilaga 2*. Därefter kontaktades enhetschefer för äldreomsorgens olika enheter där personer med demens vistas, via mail, med

information om studien. I dessa mail bifogades även informationsbrevet, se *Bilaga 3*, som riktade sig till omvårdnadspersonalen och som enhetscheferna lämnade vidare till berörda i urvalsgruppen. Personal fick därmed information om studien och de som ville delta ombads anmäla sig till författarna. Då det kom in få anmälningar gjordes påminnelser om studien och önskan om deltagande omvårdnadspersonal mailades ut. En författare åkte även själv ut till enheterna och informerade berörda om studien och dess syfte. En författare delade själv ut informationsbladen till alla berörda enheters kontor. Tio stycken deltagare anmälde sig till slut i vardera kommun.

Deltagandet i studien var frivilligt där man kunde avsäga sig deltagandet när som helst under studien. Samtycke och konfidentialitet delgavs och hämtades enligt det kontrakt som skrevs under av deltagarna vid respektive intervjutillfälle. Intervjutillfällena som ägde rum i kommunala konferensrum inleddes med fika och presentation av varandra. Det inledande samtalet utgjordes till stor del av bakgrundsfakta som exempelvis aktuell arbetsplats och hur lång erfarenhet de har av att arbeta inom vården. Varje intervju tog sedan cirka en timme och fyrtio minuter och samtalen spelades in. Avsatt tid som helhet var två timmar per intervju. En av författarna deltog som moderator och höll i intervjun och en var observatör som förde stödanteckningar under intervjuens gång. Anteckningarna användes av författarna som en förstärkning till det inspelade materialet om det skulle behövas något förtydligande under analysen.

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) användes som analysmetod för bearbetning av intervjumaterialet. Efter att all data samlats in lyssnade författarna på samtliga intervjuer flera gånger och därefter transkriberades materialet ordagrant i sin helhet inklusive betoningar på vissa ord, pauser och skratt. Författarna transkriberade två intervjuer vardera och fokusgrupperna kodades med numrering 1–4.

För att få en gemensam helhetsbild lästes textmaterialet igenom och tillsammans diskuterade och reflekterade författarna över innehållet och dess betydelse. Detta

ledde i sin tur fram till att meningsbärande enheter utifrån studiens syfte kunde plockas ut. Nästa steg i analysprocessen utgjordes av att de meningsbärande enheterna kondenserades, vilket enligt Lundman och Graneheim (2017) innebär att texterna kortas ner, men att det mest väsentliga innehållet sparas. Därefter försåg författarna de meningsbärande enheterna med koder som mycket kort beskrev dess innehåll. Som hjälp för att tydliggöra analysen och flödesprocessen användes ett analyschema i tabellform som utformades i Windows Words. De koder som hade liknande innehåll sorterades i grupper, vilka därigenom mynnade ut i subkategorier och kategorier. Författarnas analysprocess växlade lite fram och tillbaka mellan utvecklingen av de olika delarna, framförallt framtagandet av koder, subkategorier och kategorier. Att analysprocessen handlar om en rörelse fram och tillbaka mellan hela och delar av texten bekräftas av Graneheim och Lundman, (2004) och Lundman och Graneheim (2017). Exempel på analysprocessen kan ses i *tabell 1*.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod
Det händer ju faktiskt att man inte tror det finns så mycket där, men så plötsligt glimmar det till, alltså man hittar anslag för att komma nära en person. Det finns en väg till de allra flesta även om det bara är en glimt och det är det som är spännande.	Det finns en väg till de allra flesta även om det bara är en glimt. Det är spännande.	Det finns en väg till de flesta.
Att man behandlar dem som vuxna och som den människa de är, det tycker jag är viktigt.	Det är viktigt att behandla dem som vuxna och för den människa de är.	Behandla dem för den människa de är.

Etiska ställningstaganden

Studien med tillhörande intervjuer har till största del gjorts med personer som inte har någon anknytning till författarna för att kunna vara så neutral som möjligt. För

att kunna ha en skälig intervjutid var det viktigt att vara formell men samtidigt ha en öppen och vänlig framtoning. Det var viktigt att kunna bevara den röda tråden och låta samtalet flöda med hjälp av intervjufrågorna.

Innan intervjun började förvissade sig författarna om att deltagarna var väl informerade och hade förstått syftet med genomförandet av studien samt att deltagandet i studien var frivilligt där man kan avsäga sig deltagandet när som helst under studien. Bevarandet av integritet ska beaktas (Olsson & Sörensen, 2008) och enligt Dataskyddsförordningen (2018) har deltagare i undersökningen rätt att få information om hur deras personuppgifter behandlas. Anmälan om behandling av personuppgifter skickades in av författarna till Högskolan Dalarna, se *Bilaga 4*.

I denna studie har enligt Codex riktlinjer, hänsyn tagits till forskningsregler vad gäller kraven om information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Arbetet ska vara av god kvalitet och vara moraliskt acceptabel, ha en universell möjlig förankring och ej vara egennyttig, den ska tjäna mänskligheten, vara för den goda sakens skull och ha respekt för allt mänskligt liv (Codex, 2017). En etisk självgranskning är gjord av författarna enligt riktlinjer från högskolan, se *Bilaga 5*.

Resultat

Resultatet är baserat på analys av fyra fokusgruppsintervjuer och presenteras genom fem kategorier med tillhörande subkategorier. Kategorierna var *Att möta personen bakom demenssjukdomen*, *Att bevara personens värdighet*, *Kunskapens betydelse*, *Att sträva åt samma håll* samt *Känsla av otillräcklighet*. Författarna har valt att benämna omvårdnadspersonal som vårdare i presentationen av resultatet.

Tabell 2: Översikt över subkategorier och kategorier

Subkategori	Kategori
Hitta nyckeln	Att möta personen bakom demenssjukdomen
Dela stunden	
Respekt och acceptans	Att bevara personens värdighet
Tillåtande miljö	
Utbildning och erfarenhet	Kunskapens betydelse
Verktyg som underlättar	
Personalkontinuitetens betydelse	Att sträva åt samma håll
Reflektionens betydelse	
Att vara i svåra situationer	Känsla av otillräcklighet
Stressens påverkan	

Att möta personen bakom demenssjukdomen

Det framhölls som betydelsefullt av vårdarna att möta personen bakom demenssjukdomen. Resultatet presenteras med subkategorierna *Hitta nyckeln* samt *Dela stunden*.

Hitta nyckeln

På grund av de kognitiva svårigheter personer med demenssjukdom har, beskrevs det av vårdarna som en utmaning att hitta rätt, att hitta nyckeln fram till den demenssjuke och genom det kunna skapa trygghet. Det finns en väg till de allra flesta även om det bara är en glimt vilket de tycker är spännande. Vårdarna beskrev vidare att genom att hitta nyckeln, gör det gott inte bara för vårdtagarna utan även för anhöriga och vårdpersonal.

”Jag tycker det är så spännande att hitta nyckeln fram till en person så att man kan göra gott, göra det bra, så det kan bli ett bra liv för dem och skapa en trygghet.” (G:1)

Vårdarna talade om vikten av att ha ett bra och personfokuserat bemötande, att ha ett bra förhållningssätt hjälper till att kunna möta personen. En vårdare berättade till exempel om att hon ber aftonbön tillsammans med vårdtagare eftersom hon vet att det betyder så mycket för dem, trots att vårdaren själv inte är troende. Om vårdarna känner att de har ett gott bemötande och ser att vårdtagarna mår bra av det, känner de själva lugn och harmoni.

Dela stunden

I mötet såg vårdarna det som mycket viktigt att ha goda relationer. Många upplevde det som att de nästan umgås mer med de gamla och deras anhöriga än med sin egen familj. Stunder när vårdtagarna och vårdarna ges möjlighet att sitta ner tillsammans i lugn och ro uppskattas. Genom att dela stunden med varandra öppnar det upp för en känsla av att man är tillfreds.

”Det var fantastiskt hur hon öppnade upp sig och vi kunde ha existentiella samtal med henne... vi planterade ett träd en gång och då sa hon “det här kommer ni se växa upp, men det kommer inte jag” ... Ja, det var ett fint ögonblick” (G:1)

Det leder också till att vårdarna känner sig betydelsefulla, känner ett stort ansvar och än mer vill leva upp till att kunna göra vårdtagarens liv så bra som möjligt.

”...Åh, här kommer mina änglar... det tycker jag är så fantastiskt fint att få höra och att man försöker leva upp till det då, just det här att man är så betydelsefull.” (G:1)

Vårdarna framhöll att de har ett roligt jobb som bjuder på många roliga episoder. Visst är det tungt många gånger men samtidigt oerhört givande. Arbetet bjuder på mycket glädje, många goa skratt och de tycker att det är utmanande och roligt. Uppfattningen är att man kanske inte alltid ger så mycket, men att man får mycket tillbaka. Vårdarna får möjlighet att vara här och nu, vara i stunden och uppleva att vårdtagarna kommer ihåg dem. Goda relationer leder till positiv bekräftelse åt båda håll. Det blir igenkännande möten.

Att bevara personens värdighet

Vårdarna såg det som en viktig del i bemötandet att bevara personens värdighet. Resultatet presenteras med subkategorierna *Respekt och acceptans* samt *Tillåtande miljö*.

Respekt och acceptans

Vårdarna såg det som en viktig del i bemötandet att behandla personerna med demenssjukdom för den vuxna människa de är. Det betonades att de behöver vägledas och inte fostras. Vidare var vårdarnas uppfattning att det skett en utveckling av attityder de senaste årtiondena, till exempel ses det idag som mer acceptabelt att vara olika. Som vårdare anpassar man sig efter vårdtagarna på ett annat sätt än tidigare och att vara accepterande och följsam ses som viktiga delar i bemötandet.

”Vår uppgift är att lotsa dem rätt, se till att de lyckas och att de får en känsla av att de klarar av sin vardag.” (G:1)

Den rådande synen är att det går att göra mycket och att det är viktigt att lägga fokus på personens kvarvarande funktioner. Vårdarna framhöll att om de hela tiden skulle påvisa och påminna om vad vårdtagarna inte längre klarar av hade det bidragit till en känsla av misslyckande. För vårdarna var det viktigt att vårdtagarna ska känna att de klarar av sin vardag.

Tillåtande miljö

Synen på boendet och personen med demenssjukdom kan spela roll för hur vårdtagarna bemöts i sin miljö. Ses boendet som vårdtagarnas hem blir även bemötandet från besökare och andra vårdare mer respektfullt. Likaså kan den fysiska miljöns utformning ha betydelse för vårdarnas bemötande. Det är positivt då det finns möjlighet att välja olika utrymmen och anpassa utefter vårdtagarnas behov och intressen.

” Det är viktigt att skapa möjligheter för de äldre och få flexibilitet under dagen, få lite ombyte och få byta miljö.” (G:3)

Är miljön tillåtande kan det öppna upp för möten och också hjälpa vårdarna att möta vårdtagaren utifrån dennes värld. Upplevelsen var att mycket tas ifrån dem, de tycker att man ska låta de göra mer, bibehålla vardagliga sysslor. De kan ju ha varit vana att ha hjälpt till hemma.

” De behöver få vara med och göra, plocka av bordet som exempel, göra sysslor. Viktigt att de får göra det de kan, bre sig en smörgås, ofta blir de så uppassade, allt är serverat. (G:3)

Vårdarna menade att så länge det går och det fungerar för personen bör denne få fortsätta och besöka olika instanser i samhället, exempelvis fotvård och frisersalong. Det är viktigt att de får känna att de har kvar sitt värde, att de får känna sig friska och vara fina. Det ska vara en rättighet att få fortsätta göra olika aktiviteter som vanligt, om det går och om man vill.

Kunskapens betydelse

Vårdarna belyste kunskapens betydelse för det goda bemötandet. Resultatet presenteras med subkategorierna *Utbildning och erfarenhet* samt *Verktyg som underlättar*.

Utbildning och erfarenhet

Både erfarenhet och utbildning ger kunskap om hur vårdarna kan bemöta personer med demenssjukdom på ett bra sätt. Vårdarna menade att för att de ska kunna vara professionella är det viktigt med utbildning. De nämnde att alla som arbetar inom demensvården åtminstone borde göra web-utbildningarna Demens ABC och Mötas i Musik. Kunskap om sjukdomen och vad det innebär för den enskilde sågs som en viktig faktor för att kunna ha ett gott och anpassat bemötande av personer med demenssjukdom. Då kunskapen finns blir även de mer svåra situationerna lättare att hantera på ett bra sätt. Till exempel att man kan byta med en kollega när det behövs, att man har förmågan att kunna spela lite av teater emellanåt, vara anpassningsbar beroende på situationen, att kunna möta personen där den är.

”Jag tycker att det är bra att vi lärt oss att byta ansikte, det är mycket vi måste kunna för att läsa av.” (G:3)

Det är viktigt att vårdaren kan inge trygghet och vilja att personer med demenssjukdom ska leva ett fortsatt betydelsefullt liv oavsett sin sjukdom och det den för med sig. Det krävs en stor personlig flexibel förmåga hos vårdaren att kunna sadla om för den person de möter för stunden.

“Tålamod har jag fått, väldigt mycket tålamod av att arbeta med dessa personer, jag har inte så bra tålamod hemma.” (G:2)

Brist på kunskap kan leda till att vårdarna bemöter och hanterar olika situationer på ett mindre bra sätt. Det är missgynnande för omvårdnaden och som kollega påverkas man av det. Man känner ett ansvar inte bara för sitt eget bemötande utan också för sin kollegas bemötande av vårdtagarna.

Verktyg som underlättar

Vårdarna framhöll levnadsberättelsen som ett viktigt verktyg för att kunna arbeta med ett personcentrerat bemötande och förhållningssätt. För att lära känna vårdtagarna och veta hur de vill ha det, underlättar det om de har kunskap om personerna de möter, deras liv och intressen. Som vårdare kan man bekräfta den enskilde på ett mer personligt plan och denne får lättare att känna förtroende. Vårdarna uppfattade det som att det känns tryggt för personen med demenssjukdom att de som vårdare vet lite om dem och deras bakgrund. Det blir lättare att skapa en relation dem sinsemellan, samtidigt som kunskapen också kan medföra att det blir lättare för vårdarna att lindra olika BPSD-symtom. Även att arbeta med BPSD-registret, göra skattningar och sedan skapa individuella åtgärder ses av vårdarna som ett bra verktyg till att kunna ge ett personcentrerat bemötande.

”Utifrån verktygen når man fram och många gånger kan minska på lugnande läkemedel.” (G:4)

BPSD-verktyget hjälper dem att tänka till hur varje individ behöver bemötas då man upprättar en individuell bemötandeplan och sedan förhåller sig till den i omvårdnaden.

Att sträva åt samma håll

Vårdarna beskrev det som betydelsefullt för bemötandet då man i arbetsgruppen strävar åt samma håll. Faktorer som kan påverka detta presenteras med subkategorierna *Personalkontinuitetens betydelse* samt *Reflektionens betydelse*.

Personalkontinuitetens betydelse

Vårdarna ansåg att valet av att arbeta med personer med demenssjukdom är ett viktigt val, alla passar inte till det och arbetet kräver mycket. Vid en god personalkontinuitet skapas goda förutsättningar för att bygga fina relationer och leder till trygghet både hos vårdtagarna och vårdarna. Trygghet skapar ett lugn och lugnet skapar ett lugn hos dem de ska ta hand om. När vårdarna känner varandra väl och vet vem som gör vad, ökar möjligheterna till att vårdtagarna får ett gott bemötande. Om samarbetet i arbetsgruppen fungerar väl kan vårdtagarnas välmående förbättras.

”Man är så synkade med varandra att det ibland inte ens behövs ord för att veta.” (G:2)

Vidare betonade vårdarna vikten av att ha samsyn i arbetsgruppen. Då man strävar åt samma håll bidrar det till en god lagkänsla i arbetsgruppen. Det i sin tur öppnar upp för att man kan känna stöd i varandra och att man hjälps åt i omvårdnadsarbetet.

”Det är skönt att jobba med personal man känner sig trygg med, som också ser. Det kan då räcka med en blick bara.” (G:2)

Professioner som enhetschef och sjuksköterska framhölls som viktiga samarbetspartners i omvårdnaden. Även anhöriga sågs som en viktig länk för att bemötandet ska kunna bli så bra som möjligt för den demenssjuke.

” Ett team med olika kunskaper och som pratar ihop sig kan ge en bättre vård.” (G:4)

I vissa fall kan det innebära att vårdarna rådfrågar de anhöriga och i andra fall handlar det om stöttning till dem. Lyckas man få anhöriga att känna sig trygga och lugna leder det många gånger även till att vårdtagaren blir lugnare.

“ Det är ju många gånger en jobbig sjukdom för anhöriga, jag tycker nästan det är värre, många anhöriga som sliter ont. Det är viktigt att man får bra kontakt, det betyder så mycket.” (G:3)

Vårdarna framhöll att brist på personalkontinuitet skapar en oro hos dem och påverkar bemötandet. Det blir lättare att missa viktig kunskap om vårdtagarna och hur de behöver bli bemötta då det är många vikarier i omlopp. Det kan skapa otrygghet hos vårdtagarna och leda till att de får BPSD. Vårdarna betonade vikten av att det finns tillräckligt med resurser avsatt för introduktion av nyanställda och vikarier.

Reflektionens betydelse

Vårdarna ansåg det vara mycket viktigt med regelbunden reflektion över bemötandet, både enskilt och med sina kollegor. Det kan till exempel hjälpa till att tydliggöra bemötandet i olika situationer och förklara varför det blev som det blev.

Om kunskap och erfarenhet i arbetsgruppen finns kan man som personal stötta varandra och ha förståelse för arbetet och de som vårdas. Man har förståelse för problematiken i arbetsgruppen och kan byta med varandra om någon ”misslyckas”. Några av vårdarna hade erfarenhet av att tidigare ha haft daglig reflektion tillsammans med kollegor och chef. De upplevde att det var stora vinster med att kunna ta upp olika situationer när det nyligen inträffat. Både egen och gemensam reflektion över olika situationer uppfattas kunna leda till ökad kunskap som förbättrar bemötandet. Det är vanligt att man reflekterar tillsammans i gruppen, men fler ”organiserade” möjligheter till reflektion efterfrågades.

”Ja, det är synd att vi inte har mer, för det skulle nog behövas” (G:2)

” Ibland kommer det upp situationer som kanske inte blir så bra och då är det bra att bolla med sina kollegor.” (G:2)

Extra viktigt ansåg de det vara med möjlighet till reflektion i svårare fall, där man inte riktigt hittar rätt vad det gäller bemötandet. Situationer som många gånger tar mycket energi från vårdarna.

Känsla av otillräcklighet

Vårdarnas arbete är många gånger komplext och det kan uppstå en känsla av otillräcklighet. Resultatet presenteras med subkategorierna *Att vara i svåra situationer* samt *Stressens påverkan*.

Att vara i svåra situationer

Vårdare som arbetar inom demensvården ställs ibland inför olika etiska dilemman i sitt arbete, exempelvis kan duschsituationer innebära stora utmaningar och etiska prövningar. Vårdarna beskrev situationer där det är särskilt svårt, till exempel då en demenssjuk person fått avföring i sina byxor och inte förstår att det behöver tas bort och tvättas rent. Vårdarna skulle inte ge sig in i en sådan situation om det inte var absolut nödvändigt, men de gör det för den enskildes bästa. Trots att vårdarna tänker på att ha ett gott bemötande, är lugna och försöker göra det så lindrigt som möjligt för vårdtagaren, upplevs dessa situationer som väldigt jobbiga. Vårdarna känner sig elaka och känslan blir nästan som att de begår ett övergrepp.

”Man måste ju läsa av hela tiden, man kliver inte över barriären och gränserna hos den gamle. De ska vara trygga och ha ett betydelsefullt liv.” (G:2)

Då sjukdomen fortskrider i snabb takt och det är svårt att se att det bemötande och de omvårdnadsåtgärder som vidtas inte leder till önskade effekter, kan också bidra till negativa känslor hos vårdarna.

”Ja, man mår rätt dåligt när man ser att man inte riktigt når fram oavsett vad du gör och vilka ansträngningar du gör och hur mycket vi än pratar och försöker hitta på olika lösningar så når man inte riktigt dit ändå” (G:4)

Det kan även väcka negativa känslor hos vårdarna i de fall då de har kunskap och arbetar utefter vad som krävs för att en vårdtagare ska må bra, men då de tvingas gå ifrån avdelningen för att hjälpa sina kollegor på övriga enheter. I och med att vårdarna lämnar, kan kaos fort skapas hos den vårdtagaren som blir ”lämnad”, tryggheten tas bort. Vårdarna beskrev att det kan vara svårt att få lugnet, men väldigt lätt att få till det motsatta.

Stressens påverkan

Tid är någonting som alla vårdare var rörande överens om är viktigt. Att ha tid och ta sig tid är nyckelfaktorer som många gånger gör att hela dagen kan bli bra, både för vårdtagarna och för vårdarna. Om tiden finns redan från morgonen blir det oftast väldigt bra. Tyvärr händer det relativt ofta att vårdarna känner att de inte räcker till då det är många arbetsuppgifter som ska utföras.

” Det kan vara tajt med personal, man hinner inte alltid det man vill, man ska ju inte skynda sig men... Att man känner att man inte räcker till alla gånger, man hinner inte alltid vara överallt.” (G:3)

Vårdarna uttryckte att det är viktigt att antalet personal är anpassat efter behovet hos vårdtagarna samt efter övriga arbetsuppgifter som ingår i deras roll som omvårdnadspersonal. En vårdare berättade om ett tidigare boende hon arbetat på och vilka effekter det förde med sig när de var för få personal:

”...Vi hann aldrig prata med dem, aldrig.” (G:1)

Då upplevelsen är att man inte hinner med att utföra de arbetsuppgifter man är ålagd är det lätt att man blir frustrerad vilket kan påverka bemötandet. Vårdarna uttryckte att det även innebär en stress då man ser någon av ens kollegor ha ett dåligt bemötande. Vårdarna var eniga om att stress påverkar deras bemötande, inte minst genom deras kroppsspråk.

”...jag blir så frustrerad för att jag inte hinner med allt. Jag får så dåligt samvete, så jag håller på att bli tokig...ja, man ser väl kanske inte sådär väldigt snäll och gullig ut. Jag blir superstressad.” (G:1)

Även övriga vårdare beskrev att de mött reaktioner och kommentarer från vårdtagare på grund av deras kroppsspråk. Vårdtagare som fortfarande har den verbala kommunikationsförmågan kan ge uttryck för att de ser att vårdaren är stressad.

”Hur mår du egentligen? ...Hur är det? Är du stressad? Du får lugna ner dig lite grann.” (G:1)

Vidare framhöll vårdarna att stress också kan påverka dem att agera på ett sätt som inte är förenligt med deras kunskaper. Många gånger är de medvetna om det och det väcker dåligt samvete hos dem.

”Ja, alltså det känns ju inte bra. Jag vet ju precis att det här är jättefel. Jag gör helt fel, men stressen gör ju att jag kanske känner att det här måste jag göra.” (G:1)

Fastän vårdarna inte vill visa att de är stressade så är de medvetna om att vårdtagarna märker av det och påverkar deras välmående negativt.

Diskussion

Sammanfattning av huvudresultat

Det framkom i studien att vårdarna sätter stor vikt vid att lära känna personen bakom demenssjukdomen och att viljan att göra gott för den enskilde är stor. Bevarande av personens värdighet är en viktig del i arbetet. Kunskap om sjukdomen demens och vad det innebär ger goda förutsättningar för vårdare att

kunna ha ett anpassat och personligt bemötande av personer med demenssjukdom. Kontinuitet i personalgruppen anses vara extra viktigt då det skapar förutsättning till etablering av fina relationer, som i sin tur skapar trygghet för den enskilde. Ytterligare förutsättningar för att kunna utföra ett bra arbete är att det finns tid och att antalet vårdare är anpassat efter behovet hos vårdtagarna.

Resultatdiskussion

Med denna studie ville författarna undersöka och beskriva omvårdnadspersonalens upplevelser av bemötande av personer med demenssjukdom. I problemformuleringen tas vikten av att som personal ha god etik och moral upp för att kunna ge en god omvårdnad.

Resultatet i studien visar att vårdarna sätter stort värde på att ge och utföra god omvårdnad. Vårdarna framhåller vikten av att ha ett bra och personcentrerat bemötande. Det anses vara en grundläggande del i det dagliga arbetet och som stärker känslan av att man utför en etisk och human omvårdnad i enlighet med Rokstad, Vatne, Engedahl och Selbäck (2015). När personal har ett personcentrerat synsätt ökar chanserna till välbefinnande och ett bättre mående, inte bara för vårdtagarna utan även för anhöriga och vårdpersonal (McCormack & McCance, 2006). Det beskrivs av vårdarna som ett nöje att hitta nyckeln fram till personerna med demenssjukdom. Att dela stunderna när de uttrycker och visar sig själva som de är, liksom när de visar en medvetenhet och bekräftar genom en blick eller med ord uppskattas. Stunder av lycka och närhet beskrivs av personal bidra till en känsla av arbetstillfredsställelse och är positivt för alla inblandade liksom det Ericson-Lidman, Franklin Larsson och Norberg (2014) skriver.

Vidare framkommer det i resultatet att känslan av värdighet kan bevaras då personen med demenssjukdom bemöts med respekt och acceptans, liksom då vårdarna fokuserar på det som personen fortfarande kan. Detta stärks av Sellevold, Egede-Nissen, Jakobsen och Sörlie (2014) som dessutom framhåller att förståelse och acceptans av vårdtagaren som individ även kan leda till ömsesidigt fina relationer.

Kompetens hos vårdarna och ett gott utövande i omvårdnad är nyckeln för att lyckas enligt Dierckx de Casterlé (2015). Vårdarna uttrycker ett behov av bland annat utbildning för att de ska kunna bemöta och ta hand om varje person med demenssjukdom på ett bra sätt. Vårdarna berättar att de är medvetna om betydelsen av att lära känna personen, ta del av dennes levnadsberättelse och arbeta för att få en bra relation till den de vårdar. Detta torde leda till en omvårdnad som fokuserar mer på personen än sjukdomen om det fullföljs, vilket stöds av Kitwood (1997b) som menar att det är grundläggande för att kunna utföra en personcentrerad omvårdnad. Enligt Ericson-Lidman et al. (2014) ses utbildning också som viktigt för att känna engagemang till sitt arbete. I bakgrunden belyser författarna etik och moral ur ett omvårdnadsperspektiv där Skog et al. (2000) bland annat tar upp vikten av interaktion, professionalism, etik och värdet av kunskap vilket visat sig ha stor betydelse för att kunna bedriva god vård och omsorg.

Studiens resultat visar att vårdarna har kunskap om vad som är viktigt i arbetet med personer med demenssjukdom, såsom att ha rätt bemötande, se människan bakom demenssjukdomen samt att det finns bra verktyg för att lyckas. Det måste ges mer förutsättningar för att handleda och lära upp ny personal. Detta för att skapa god kontinuitet och för att vidare kunna hantera vården, omsorgen och olika situationer som uppkommer på ett bra och etiskt acceptabelt sätt vilket bekräftas av Juthberg, Eriksson, Norberg och Sundin (2008).

Vårdarna beskriver sitt arbete som utmanande, givande och betydelsefullt. Att arbeta med äldre personer med demenssjukdom beskrivs som ett arbete som kräver vissa färdigheter såsom till exempel tålamod och kreativitet. För att uppnå en god vårdkvalitet ses det som viktigt att vårdarna är lyhörda och försöker förstå vårdtagarnas uttryck, såväl verbala som icke-verbala. Det är grundläggande att vårdarna bekräftar personen för den unika människa hen är. Detta kan vidare möjliggöra för goda relationer mellan vårdtagare och vårdpersonal, vilket stöds av Sellevold et al. (2014) som menar att trots etiska utmaningar i mötet finns det också möjligheter.

I resultatet framkommer det att det är viktigt med personalkontinuitet då det främjar ett gott samarbete i arbetsgruppen och leder till ett gemensamt arbetssätt. Det blir till fördel både för vårdare och vårdtagare, vilka blir trygga och lugna.

Känslor som underlättar för goda, ömsesidiga relationer och ett gott bemötande. Enligt Edwall, Hellström, Öhrn och Danielson (2008) ses det som mycket viktigt inom omvårdnad att skapa goda relationer. När man strävar efter att ha en god relation utbyts förtroenden och när man känner sig förtrogen skapas trygghet och trygghet skapar lugn. Enligt Edvardsson och Nordvall (2007) blir även självbilden starkare om personen som vårdas känner sig trygg och det kan öka välmåendet och självkänslan hos den enskilde.

Sjögren (2013) framhåller vikten av att olika värderings- och bedömningsmetoder används när det gäller vård av personer med demenssjukdom vilket ökar motivationen och moralen hos vårdarna samt stärker dem i deras yrkesroll.

Cavendish (2013) belyser att det är viktigt att man har fallenhet att utöva omvårdnad samt att finns med tillräckligt med personal och tid för att kunna utöva god omvårdnad vilket överensstämmer med studiens resultat. Att ha tid framhålls vara en viktig faktor för att ha ett gott bemötande vilket även nämns i bakgrunden. Vårdarna beskriver att tidsbrist gör det svårt att tillgodose vårdtagarens behov och att de inte alltid känner sig tillgängliga. Tiden upplevs viktig även för att kunna minska det dåliga samvetet som skapar samvetsstress då det många gånger är ett påfrestande arbete, vilket stärks av Glasberg, Eriksson och Norberg (2007) och Ericson-Lidman, Franklin Larsson och Norberg (2014).

Betydelsen av reflektion och kommunikation vårdarna emellan anses vara en mycket viktig del i arbetet. Författarna har erfarenhet av att handleda omvårdnadspersonal i samtal kring omvårdnadssituationer och kan bekräfta betydelsen av reflektion. Edberg och Edfors (2008) nämner reflektionens betydelse för vägledning i hur vårdarna bör agera i svåra situationer.

I resultatet framkommer det att arbetet inom demensvården många gånger upplevs vara krävande, stressigt och innebär en känsla av att inte alltid göra ett bra jobb. Det kan handla om situationer då vårdare tappar tålamodet eller gör/säger saker som de vet egentligen är fel. Sjögren (2013) bekräftar att när vårdare inte kan leva upp till att utföra en vård som är i enlighet med deras egna moraliska värderingar kan det leda till dåligt samvete och samvetsstress (a.a.). Vidare framhåller Juthberg, Eriksson, Norberg och Sundin (2008) att det finns ett samband mellan samvetsstress och utbrändhet hos vårdpersonal.

Då personalen kan ge den omvårdnad och ordna med de aktiviteter de vill minskar deras samvetsstress enligt Edvardsson, Sandman och Borell (2014). Sjögren (2013) bekräftar det i sin studie genom att påvisa lägre samvetsstress och högre tillfredsställelse i arbetet när personcentrerad vård utförs.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva omvårdnadspersonalens upplevelser av bemötande i demensvården. För att kunna besvara studiens syfte valde författarna att i fokusgrupper intervjua tillsvidareanställd vårdpersonal med erfarenhet av att arbeta med personer med demenssjukdom. Enligt Wibeck (2017) är metoden lämplig då människors erfarenheter ska studeras, det genererar en bredd vad det gäller åsikter samtidigt som det möjliggör att fördjupa sig i olika uppfattningar.

Författarna gjorde också ett strategiskt urval vilket enligt Henricson och Billhult (2017) öppnar upp för ett bra underlag till att kunna svara på studiens syfte. Nattpersonal exkluderades då det upplevdes vara viktigt för författarna att personal som intervjuades känner dem de vårdar väl och delar dagliga upplevelser med dem. Vårdarna som intervjuades har arbetat mellan 1–40 år, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) är bra då det anses vara en fördel med deltagare med olika lång erfarenhet för att kunna delge upplevelser utifrån olika perspektiv. Författarna utarbetade intervjufrågor som skulle svara mot syftet i studien. Författarna anser det vara en styrka i arbetet att intervjuguiden testats i förväg i enlighet med Paulsson (2008).

Varje fokusgruppintervju började med fika och småprat då alla fick berätta vem man var och hur lång erfarenhet man har vilket kändes som att det skapade tillit och tilltro i gruppen. Författarna tydliggjorde studiens syfte, hur kriterierna för urvalet hade arbetats fram samt betonade att det som togs upp under samtalen var konfidentiellt och inte skulle diskuteras utanför gruppen. Enligt Dahlin-Ivanoff (2016) är detta ett sätt att skapa en miljö som känns trygg och som kan stimulera deltagarna att delta i samtalen. För att främja interaktionen mellan deltagarna bör även moderatorn undvika ordförandeplatsen vid bordet (Wibeck, 2017) och detta var ytterligare en åtgärd som beaktades vid intervjuerna. Författarna har deltagit i samtliga fyra intervjuer. Deltagarna hade variationer i både ålder och erfarenhet

vilket gav god information till studien. Intervjuguiden med följdfrågor gjorde det möjligt att locka fram rika svar vilket bekräftas av Polit och Beck (2012).

Svagheten med studien kan vara att det var svårt att nå ut och få personer att medverka till studien. Intresse fanns, men bristen på tid för att hinna delta upplevdes som ett hinder. Författarna fick stöta på både verksamhets- och enhetschefer att ge vårdpersonal förutsättningar till deltagande. Det är även möjligt att resultatet skulle blivit annorlunda om nattpersonal med erfarenhet av demensvård skulle inkluderats i urvalet. Forskningsetiskt så utformades intervjutillfällena så neutrala och formella som möjligt av författarna så att utbytet i samtalet skedde mellan vårdarna.

Resultatet stärks av att alla deltagare har erfarenhet i yrket samt är vana att möta personer med demenssjukdom. Alla i studien har fått likvärdiga förutsättningar och intervjuats med samma intervjuguide vilket är viktigt enligt Carlsson (2008) då det är av stor betydelse hur frågor ställs. Olika formuleringar kan leda till olika resultat. Intervjuerna blev likartade med bra mix i grupperna och varade ungefär lika länge, cirka en timme och fyrtio minuter. Intervjumaterialet är väl genomgången av båda författarna. För ökad förståelse för hur analysprocessen skulle gå till togs hjälp av handledaren. För att stärka valideringen i arbetet har författarna valt att presentera stora delar i resultatet med citat från vårdarna. Intervjuerna genomfördes i olika delar av landet för att utröna om några skillnader kunde ses och i så fall vilka. Det kändes spännande för författarna och det visade sig finnas mycket likheter, mer än förväntat.

Tillförlitlighet: Vårdares information och beskrivningar av händelser och upplevelser har med innehållsanalys tolkats objektivt utan att blanda in författarnas egna värderingar vilket ger hög tillförlitlighet. Vårdarna har fått tala fritt samt fått tid för både reflektion och samtal under intervjun.

Giltighet: Citat från intervjuerna i samtliga fokusgrupper som visas i studien stärker vårdarnas upplevelser av att bemöta och arbeta med personer med demenssjukdom vilket svarar mot syftet.

Överförbarhet: Resultatet i studien kan användas som ett stöd till omvårdnadspersonal som arbetar med personer med demenssjukdom men även för chefer och sjuksköterskor för ökad förståelse för arbetet.

Förförståelse: Författarna har båda förförståelse och egna kunskaper inom området. De har tillsammans under arbetet med studien samtalat och reflekterat kring studien utifrån det vilket är viktigt enligt Olsson och Sörensen (2008). Då de upplevde sig vara ovana inför uppgiften att intervjua i fokusgrupper var det viktigt att dels vara medveten om det samt att testa frågeguiden inför intervjuerna.

Samhällelig och etisk aspekt utifrån klinisk relevans och nytta

Studiens syfte har betydelse för vårdandet och är viktigt att belysa inom demensvården för att värna om ett gott bemötande och människors lika värde. *”Det är i vården som den mänskliga värdigheten befästs. Man känner sig mer värdesatt när någon tar hand om en. Det är ett kärleksbevis, och det ger värdighet”* (Nordenfelt, 2017 s.230). Möjlighet till samtal om etik och människovärdet har stor betydelse för arbetstillfredsställelse och vårdkvalitet. Att arbeta med gemensamma mål är nödvändigt för framgångsrika resultat. Att känna sig otillräcklig är ett hot mot arbetstillfredsställelse (Skog et al., 2000). Resultatet av vår studie kom att belysa omvårdnadspersonalens attityder och beteenden som både främjar och inte främjar bemötande och förhållningssätt utifrån individens behov.

Slutsats

Studien har bekräftat syftet enligt författarna samt givit vårdare möjlighet att ge sin syn på sina upplevelser, erfarenheter men även önskemål om hur de vill att vården ska vara för de personer de vårdar som är drabbade av demenssjukdom.

Vårdarna är måna om att ha ett bra bemötande och göra gott för den demenssjuke, men det är en ständig strävan för att lyckas. De delar många fina ögonblick tillsammans med vårdtagarna, det är uppskattade möten och ses som värdefullt för att orka fortsätta arbeta inom demensvården. Det finns många faktorer som påverkar, vissa som främjar och andra som hindrar dem från att ha ett gott bemötande. Kunskap, personalkontinuitet och tillräckligt med tid är faktorer som är grundläggande för att vårdarna ska kunna arbeta med personcentrerad vård.

Förslag på fortsatt forskning

Att tydliggöra nattpersonalens upplevelse av bemötande av personer med demenssjukdom. Nattpersonal arbetar ofta ensamma, de kanske inte alla gånger känner personen med demenssjukdom eller ens har träffat dem. Vilka utmaningar ställs man inför som nattpersonal? Hur ser samarbete och informationsöverföring ut med dagpersonal i syfte att göra det gott för vårdtagaren nattetid?

Självständighetsdeklaration

Frida Hänninen och Lisbet Pallin har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

Referenser

Beck-Friis, B., & Strang, P. (2005). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Carlsson, G. (2008). Critical incident. I A. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (1:2, s. 27–39). Studentlitteratur AB.

Cavendish, C. (2013). The Cavendish Review: An Independent Review into Healthcare Assistants and Support Workers in the NHS and social care settings. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/236212/Cavendish_Review.pdf

Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3, 1–21. doi:10.3389/fneur.2012.00073

Codex. Forskningsetik och riktlinjer. Hämtad 2015-04-15 från: <http://www.codex.uu.se/forskarenetik.shtml>

Dahlberg, K., & Ekman, I. (Red.). (2017). *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård*. Stockholm: Liber AB.

Dahlin-Ivanoff, S. (2016). Fokusgruppsdiskussioner. I A. G. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (2:2, s. 81–92). Stockholm: Liber.

de Boer, M. E., Hertogh, C. M. P. M., Dröes, R-M., Riphagen, I.I., Jonker, C., & Eefsting, J. A. (2007). Suffering from dementia - the patient's perspective: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1021–1039. doi:10.1017/S1041610207005765

Dataskyddsförordningen (GDPR). Stockholm: Datainspektionen. Hämtad från: <https://www.datainspektionen.se/lagar-->

regler/dataskyddsförordningen/dataskyddsförordningen---fulltext/

Dewing, J. (2004). Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 39–44. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00925

Dierckx de Casterlé, B. (2015). Realising skilled companionship in nursing: a utopian idea or difficult challenge? *Journal of Clinical Nursing, 24*(21–22), 3327–3335. doi:10.1111/jocn.12920

Edberg, A-K. (2011). Personcentrerad omvårdnad. I A. A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (2:1, s.151–168). Lund: Studentlitteratur AB.

Edberg, A-K., & Edfors, E. (2008). Nursing care for people with frontal-lobe dementia – difficulties and possibilities. *International Psychogeriatrics, 20*(2), 361–374. doi:10.1017/S1041610207005595

Edvardsson, D. (Red.). (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 2611–2618. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x

Edvardsson, D., & Nordvall, K. (2007). Lost in the present but confident of the past: experiences of being in a psycho-geriatric unit as narrated by persons with dementia. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 491–498. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01826.x

Edvardsson, D., Sandman, P-O., & Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged

care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26 (7), 1171-1179.

doi: 10.1017/S1041610214000258

Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*, 7(4), 362-367. doi:10.1016/S1474-4422(08)70063-2

Edwall, L-L., Hellström, A-L., Öhrn, I., & Danielson, E. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 772-781.

doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02015.x

Eriksdotter Jönhagen, M. (2011). Demenssjukdomar – en översikt. I A. A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (2:1, s. 345-356). Lund: Studentlitteratur AB.

Ericson-Lidman, E., Franklin Larsson, L-l., & Norberg, A. (2014). Caring for people with dementia disease (DD) and working in a private not-profit residential care facility for people with DD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 337-346. doi: 10.1111/scs.12063

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier, värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). Burnout and "stress of conscience" among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 392-403. doi:10.1111/j.1365-2648-2006.04111.x

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I. A. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2:2, s. 111–119). Lund: Studentlitteratur.

Henriksen, J-O., & Vetlesen, A. J. (2006). *Etik i arbete med människor*. Lund: Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Jakobsen, R. & Sörlie, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing ethics*, 17(3), 289–300.
doi:10.1177/0969733009355375

Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A., & Sundin, K. (2008). Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1897-1906.
doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02184.x

Kim, S. K., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centred care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 381–397. doi:10.2147/CIA.S117637

Kitwood, T. (1997a). The experience of dementia. *Aging & Mental Health*, 1(1). 13–22. doi:10.1080/13607869757344

Kitwood, T. M. (1997b). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Kontos, P. C., & Naglie, G. (2007). Bridging theory and practice: Imagination, the body, and person-centred dementia care. *Dementia*, 6(4), 549–569. doi:10.1177/1471301207084394

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I A. B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3:3, s. 219–234). Lund: Studentlitteratur.

Läkemedelsverket. (2008). *Läkemedelsbehandling och bemötande vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom - BPSD*. Hämtad från https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/BPSD-rek_webb_bokmarken.pdf

Mazaheri, M., Eriksson, E. E., Heikkilä, K., Nikbakht Nasrabadi, A., Ekman, S-L., & Sunvinsson, H. (2013). Experiences of living with dementia: qualitative content analysis of semi-structured interviews. *Journal of clinical Nursing*, 22, 3032-3041. doi: 10:1111/jocn.12275

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for personcentred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

Morhardt, D., & Spira, M. (2013). From person-centred care to relational centred care. *Journal of the American Society on Aging*, 37(3), 37–44. <https://web-a-ebsochost-com.www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=3f43d869-2625-44b3-bb25-8e3e9a63033f%40sdc-v-sessmgr02>

Norberg, A., & Zingmark, K. (2011). Att leva med långt framskriden demenssjukdom. I A. A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (2:1, s. 35–53). Lund: Studentlitteratur AB.

Nordenfelt, L. (Red.). (2017). *Värdighet i vården av äldre personer*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2008). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Paulsson, G. (2008). Fenomenografi. I A. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (1:2, s. 73–84). Studentlitteratur AB.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9. ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rahm Hallberg, I. (2011). Att vara vårdare – tillfredsställelse och påfrestning. I A. A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (2:1, s. 85–104). Lund: Studentlitteratur AB.

Rokstad, A. M. M., Vatne, S., Engedahl, K., & Selbäck, G. (2015). The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 15-26. doi:10.1111/jonm.12072

Sellevoid, S. G., Egende-Nissen, V., Jakobsen, R., & Sörlie, V. (2013) Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics. *Nursing ethics*, 20(3), 263-272. doi:10.1177/0969733012462050

Sjögren, K. (2013). *Personcentrerad vård i särskilda boenden för äldre*. (Doktorsavhandling, Umeå Universitet, Institutionen för omvårdnad). Från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:644045/FULLTEXT04.pdf>

Skog, M., Grafström, M., Negussie, B., & Winblad, B. (2000). The patient as 'teacher': learning in the care of elderly persons with dementia. *Nurse Education Today*, 20, 288-297. doi:10.1054/nedt.1999.0388

Skovdahl, K., Kihlgren, L. A., & Kihlgren, M. (2003). Dementia and aggressiveness: a video recorded morning care from different care units. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), 888–898. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00809.x

Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre. (SOFS 2012:3). Hämtad från:

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18610/2012-2-20.pdf>

Socialstyrelsen (2017). *Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning.* Hämtad från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20739/2017-12-2.pdf>

Socialtjänstlagen (2001:453). Hämtad från Riksdagens webbplats:

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. I A. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2:2, s. 169–188). Lund: Studentlitteratur.

Zingmark, K., Sandman, P. O., & Norberg, A. (2002). Promoting a good life among people with Alzheimers disease. *Journal of Advanced Nursing*. 38(1) 50-58. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02145.x

Zwijzen, S. A., Kabboord, A., Eefsting, J. A., Hertogh, C. M. P. M., Pot, A. M., Gerritsen, D. L., & Smalbrugge, M. (2013). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 384–391. doi:10.1002/gps.4014

Bilaga 1

Intervjuguide

1) **Berätta om er upplevelse av att arbeta inom demensvård**

- a) Vilka positiva upplevelser har ni?
- b) Finns det något som är negativt?
- c) Finns det något som är svårt med att arbeta inom demensvård?
Varför tror ni att det är så?

2) **Vilka tankar har ni kring att möta och bemöta personer med demens?**

- a) Kan ni berätta om en situation som ni upplevde som positiv i bemötandet av en person med demenssjukdom?
- b) Kan ni berätta om en situation som ni upplevde som mindre positiv i bemötandet av en person med demenssjukdom?

Eventuella följdfrågor:

- Du nämnde..., kan du utveckla vad du menar?
- Vad tror du orsaken var till att det blev som det blev?
- Hur hanterade du det?
- Fick du något stöd?

3) **Vilken möjlighet ges till reflektion över bemötandet till era vårdtagare som har en demenssjukdom?**

- a) Reflekterar ni över bemötandet tillsammans i arbetsgruppen?
- b) Reflekterar ni över bemötandet med någon annan?
- c) Hur viktigt tycker ni att det är att reflektera över bemötandet?

4) **Vilka faktorer påverkar er känsla över att ni gör ett gott arbete och har ett bra bemötande?**

5) **Upplever ni att det finns verktyg som kan vara till hjälp? Och i så fall vilka?**

Bilaga 2

Akademien Utbildning, hälsa och samhälle

Omvårdnadspersonalens upplevelse av bemötande i demensvården

Verksamhetschefens godkännande av datainsamling

Vi är två legitimerade sjuksköterskor som studerar till Specialistsjuksköterskor med inriktning Demens på Högskolan i Dalarna. Som en del i denna utbildning gör vi en Magisteruppsats där vårt syfte är att utforska omvårdnadspersonalens upplevelse av bemötande inom demensvården. Vi vill genom detta arbete få en ökad kunskap om hur vårdpersonal upplever möjligheter och hinder att kunna arbeta med ett gott bemötande i omvårdnaden av personer med demens.

Vi önskar få lov att intervjua tillsvidareanställd vårdpersonal med vårdutbildning inom Er verksamhet. Vi skulle behöva få lämna ut ett informationsbrev med förfrågan om medverkan till samtlig personal på olika demensboenden. De får sedan anmäla sig till undertecknade. De som först anmäler sig tas med. Vi kommer att genomföra studien med fokusgrupper där fem stycken ingår per grupp. Det blir fyra grupper, två i denna kommun och två i en annan kommun. Båda författarna är med på plats.

Intervjuerna beräknas ta cirka två timmar och kommer att spelas in. Tid och plats kommer att bestämmas i samråd med personal och student. Deltagarna informeras sedan både muntligt och skriftligt om syftet med studien och hur intervjun kommer att gå till.

Intervjuerna behandlas konfidentiellt vilket betyder att de avidentifieras och behandlas i enlighet med gällande riktlinjer. Varken namn eller personuppgifter kommer att redovisas. Medverkan är frivillig och kan när som helst avbrytas utan att orsak anges. All insamlad data kommer att hanteras med största försiktighet.

Vår handledare i examensarbetet heter Anna Swall och arbetar på Högskolan Dalarna, Akademin Utbildning, hälsa och samhälle.

Med vänliga hälsningar

Frida Hänninen, Legitimerad Sjuksköterska och Lisbet Pallin, Legitimerad Sjuksköterska, Vård av äldre.

Frida Hänninen

070-3667749

Lisbet Pallin

070-3470209

Omvårdnadspersonalens upplevelse av bemötande i demensvården.

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Frida Hänninen och Lisbet Pallin genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivs.

Ort och datum: _____

Godkännande: _____

Namnförtydligande _____

Bilaga 3

Information om undersökning av hur personal upplever att arbeta med ett gott bemötande i demensvården.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.

Undersökningens syfte är att utforska omvårdnadspersonalens upplevelse av bemötande av med demens. Vi vill genom detta arbete få en ökad kunskap om hur vårdpersonal upplever möjligheter och hinder att kunna arbeta med ett gott bemötande i omvårdnaden av personer med demens.

Totalt är det tjugo vårdpersonal, vilka arbetar dagtid på demensboende som kommer att delta i undersökningen, tio från en kommun och tio från en annan kommun. Tillsvidareanställd vårdutbildad personal som arbetar dag/kväll önskas intervjuas då det är ni som arbetar närmast personerna med demenssjukdom och som träffar dem mest i deras vardag och känner dem bäst.

Intervjuer kommer att genomföras i så kallade fokusgrupper med fem deltagare per grupp. Samtliga deltar vid ett tillfälle vardera och intervjun beräknas ta max ett par timmar. Hela intervjun kommer att spelas in och därefter skrivs ut ordagrant. Intervjumaterialet behandlas sedan konfidentiellt, vilket betyder att det kommer att avidentifieras, behandlas och handhas så att vederbörande ej går att känna igen. Varken namn eller personuppgifter kommer att redovisas.

Högskolan Dalarna är ansvarig för behandlingen av personuppgifter i samband med examensarbetet. Som deltagare i undersökningen har du enligt Dataskyddsförordningen (GDPR) rätt att få information om hur dina personuppgifter kommer behandlas. Du har också rätt att ansöka om ett så kallat registerutdrag, samt att få eventuella fel rättade. Vid frågor om behandlingen av personuppgifter kan du vända dig till Högskolans dataskyddsombud.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Undersökningen kommer att presenteras i form av en magisteruppsats vid Högskolan Dalarna och presenteras så småningom på portalen diva.

Om du önskar att medverka i studien kan du ta kontakt med vederbörande sjuksköterska via telefon inom en vecka. Lämna ett meddelande så blir du kontaktad för att bestämma en tid för sammanträffande och genomförande av intervjun.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga.

Frida Hänninen, specialist-sjuksköterskestudent

Telefon: 070-3667749

E-post: h17frhan@du.se

Lisbet Pallin, specialist-sjuksköterskestudent

Telefon: 070-3470209

E-post: h17lisbp@du.se

Handledare:

Anna Swall, Leg. Sjuksköterska, Högskolan i Dalarna, Akademin Utbildning, hälsa och samhälle.

Mail: asw@du.se

Samtycke till deltagande i intervjustudie om omvårdnadspersonalens upplevelser av bemötande i demensvården

Jag har informerats om studiens syfte, om hur informationen samlas in, bearbetas och handhas. Jag har även informerats om att mitt deltagande är frivilligt och att jag, när jag vill, kan avbryta min medverkan i studien utan att ange orsak.

Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie samt att mina personuppgifter behandlas i samband med studien.

Ort/Datum:

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Bilaga 4

Anmälan om behandling av personuppgifter

Blanketten skickas med internpost eller mejlas till dataskydd@du.se

Registret/behandlingen	Uppgifterna nedan gäller: <input checked="" type="checkbox"/> Ny behandling <input type="checkbox"/> Ändring av tidigare anmälan <input type="checkbox"/> Avanmälan
	Register/behandling (t.ex. namn på register, databas, IT-system, forskningsprojekt etc.): Undersökning magisteruppsats
	Ändamål med behandlingen: Undersöka omvårdnadspersonals upplevelser av bemötande av personer med demenssjukdom
	Kategorier/grupper av personer som berörs av behandlingen:
	Källa där uppgifterna hämtas:
	Mottagare/grupper av mottagare som uppgifterna kan komma att lämnas ut till:
	Hanteras uppgifterna av någon annan part för er räkning, t.ex. av en leverantör av IT-system?
	Kommer uppgifterna att föras över till tredje land (utanför EU/EES)?
	Åtgärder som har vidtagits för att trygga säkerheten i behandlingen:
	Tidpunkt när behandlingen beräknas upphöra: 20190607
Laglig grund för behandlingen	Ange enligt vilken eller vilka rättsliga grunder behandlingen kommer att ske: Den registrerade har lämnat sitt samtycke Avtal med den registrerade ska kunna fullgöras Den personuppgiftsansvarige ska kunna fullgöra en rättslig skyldighet Vitala intressen för den registrerade ska skyddas En arbetsuppgift av allmänt intresse ska kunna utföras En arbetsuppgift i samband med myndighetsutövning ska kunna utföras Berättigat intresse för behandlingen väger tyngre än den registrerades intresse av skydd mot kränkning av den personliga integriteten (inte tillämpligt för myndigheter)

Övriga uppgifter om behandlingen	Behandlade personuppgifter: <input checked="" type="checkbox"/> Namn <input type="checkbox"/> Adress <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> E-postadress <input type="checkbox"/> Personnummer <input type="checkbox"/> Foto		
	Övriga uppgifter som behandlas: Förnamn, ålder, kön, arbetslivs erfarenhet och arbetsplats ska behandlas i arbetet som bakgrundsuppgifter.		
	Behandlas känsliga uppgifter (ras/etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös/filosofisk övertygelse, medlem i fackförening, hälsa, sexualliv, sexualitet, genetiska eller biometriska uppgifter)		
	Om känsliga uppgifter behandlas utan att samtycke inhämtas, ange skälen till behandlingen:		
	Behandlas uppgifter om lagöverträdelser? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej		
Uppgiftslämnare	Har den registrerade informerats om registreringen? <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Ja <input type="checkbox"/> Muntligt <input type="checkbox"/> Skriftligt <input type="checkbox"/> På annat sätt: </td> <td style="border-left: 1px solid black; vertical-align: top;"> Nej <input type="checkbox"/> Registreringen är författningsreglerad <input type="checkbox"/> De registrerade känner redan till att de förekommer i registret <input type="checkbox"/> Annat skäl: </td> </tr> </table>	Ja <input type="checkbox"/> Muntligt <input type="checkbox"/> Skriftligt <input type="checkbox"/> På annat sätt:	Nej <input type="checkbox"/> Registreringen är författningsreglerad <input type="checkbox"/> De registrerade känner redan till att de förekommer i registret <input type="checkbox"/> Annat skäl:
	Ja <input type="checkbox"/> Muntligt <input type="checkbox"/> Skriftligt <input type="checkbox"/> På annat sätt:	Nej <input type="checkbox"/> Registreringen är författningsreglerad <input type="checkbox"/> De registrerade känner redan till att de förekommer i registret <input type="checkbox"/> Annat skäl:	
Övriga uppgifter om behandlingen: Ingen registrering har skett i något register gällande personuppgifter, endast namn har angivits i skriftligt samtycke av deltagarna till författarna.			
	Uppgiftslämnarens namn och befattning: Frida Hänninen och Lisbet Pallin Studenter på Specialistsjuksköterskeprogrammet inom demens, VÅ3111		
	<table border="1"> <tr> <td> Telefonnummer: 070-3667749 070-3470209 </td> <td> Datum för anmälan: 20190201 </td> </tr> </table>	Telefonnummer: 070-3667749 070-3470209	Datum för anmälan: 20190201
Telefonnummer: 070-3667749 070-3470209	Datum för anmälan: 20190201		

Bilaga 5

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Projekttitel: Vårdpersonals upplevelser av etik i bemötande i demensvården – Etik i relation till det goda bemötandet

Studenter: Lisbet Pallin och Frida Hänninen

Handledare: Anna Swall

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas, d.v.s. innehåller studien t.ex. barn, personer med nedsatt kognitiv förmåga, personer med psykiska funktionshinder samt personer i beroendeställning i förhållande till den som utför studien (ex. på personer i beroendeställning är patienter och elever)?			X
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			X
3	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			X
4	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt (t.ex. väcka traumatiska minnen till liv)?			X
5	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
6	Avser du att behandla känsliga personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)? Med känsliga personuppgifter avses, enligt Personuppgiftslagen (PuL), uppgifter som berör hälsa eller sexualliv, etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse samt medlemskap i fackförening			X
7	Avser du att behandla personuppgifter som avser lagöverträdelser som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden, och som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)?			X

Fastställd av Forskningsetiska nämnden 2008-10-23