

# Vårdpersonals upplevelser av att vårda personer med demenssjukdom

Elin Ahlström  
Elina Andersson

**Sjuksköterska  
2016**

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap



Vårdpersonals upplevelser av att vårda personer med  
demenssjukdom

Healthcare personnel experiences of caring for people with  
dementia

Elin Ahlström

Elina Andersson

Kurs: O0009H, Examensarbete

Termin 6

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Handledare: Git-Marie Ejneborn Looi

Institutionen för Hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

# Vårdpersonals upplevelser av att vårda personer med demenssjukdom

Elin Ahlström

Elina Andersson

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för Hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

## Abstrakt

Demenssjukdom är en av de mest vanligt förekommande sjukdomarna och det är främst äldre människor som drabbas. Detta kommer att leda till att antalet personer med demenssjukdom kommer att öka och deras komplexa sjukdomsproblem kommer att leda till ökat behov av sjukhusvistelse och särskilt boende. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vårdpersonals upplevelser av att vårda människor med demenssjukdom. En systematisk litteratursökning av vetenskaplig studier genomfördes inom området, vilket resulterade i tio studier som svarade på syftet. Studiernas innehåll analyserades med en kvalitativ manifest innehållsanalys med en induktiv ansats, som resulterade i fyra kategorier: *Att vårdandet kan vara en utmaning*, *Att både ha kunskaps- och tidsbrist*, *Att vårdmiljön inte är utformad för personer med demenssjukdom* och *Att ha en god relation och kommunikation har stor betydelse*. Studiens resultat diskuteras främst utifrån personcentrerad vård och hur ett personcentrerat förhållningsätt skulle kunna etableras inom vården av personer med demenssjukdom, i syfte att stärka personen med demenssjukdom utifrån dennes unika förutsättningar. Slutsatsen belyser vikten av att arbeta personcentrerat inom demensvården och att kunskap om demenssjukdomar kan underlätta svåra situationer.

**Nyckel ord:** Demens, vårdpersonal, omvårdnad, litteraturstudie, kvalitativ innehållsanalys, upplevelser

Att leva med en demenssjukdom kan upplevas som känslösamt för personen i fråga, då det kan upplevas som frustrerande, skamligt och hopplöst. Personer med demenssjukdom beskriver hur de ser sin framtid som oviss, men att de ser att det har ett behov av att acceptera sin framtid trots demenssjukdomen. Att få stöd och information från vårdpersonal upplever dessa personer som viktigt och positivt (Benbow & Kingston, 2016).

Demenssjukdom är en av de mest vanligt förekommande sjukdomarna och det är främst äldre människor som drabbas. Veselinova (2013), beskriver demenssjukdom som en term eller ett samlingsbegrepp, som används för att beskriva ett tillstånd av nedsatt kognitiv funktion. Det är en eller flera sjukdomar som påverkar hjärnan negativt och personen med demenssjukdom kan bland annat drabbas av kognitiv svikt, minnesförluster, depressioner, förvirring, humörsvängningar samt bristande fysisk kordination. Det finns flera olika typer av demenssjukdomar, däribland Alzheimers sjukdom, frontallobsdemens, Lewy Body samt vaskulär demens. Boyd (2013) beskriver hur sjukdomsförlopp samt symtom varierar mellan de olika diagnoserna och beror på vilken typ av demenssjukdom personen i fråga är drabbad av. Demenssjukdom är en progressiv sjukdom och i nuläget finns det inte något botemedel (ibid.). Scerri, Innes och Scerri (2015) indikerar att den ökande åldrande befolkningen kommer att leda till att patienter med demenssjukdom kommer att öka och att deras komplexa sjukdomsproblematik kommer att leda till ökat behov av sjukhusvistelse.

Demenssjukdomen kan leda till att personen i fråga måste få hjälp för att klara av det dagliga livet (Boyd, 2013). Svårigheter med exempelvis orienteringen i tid och rum, påklädning och förberedelser av måltider kan göra livssituationen ohållbar och sådana faktorer kan till att personen med demenssjukdom behöver flytta till ett särskilt boende. Att vara anhörig till en person som drabbats av demenssjukdom kan upplevas som en stor påfrestning. De anhöriga kan känna en saknad av ett gemensamt liv och uppleva en ensamhet samt drabbas av stress och depression (Førsund, Skovdahl, Kiik, & Ytrehus, 2015). Efter att som anhörig tagit hand om personen med demenssjukdom under en längre tid kan den anhöriga ibland finna en lättnad av att personen flyttar till ett särskilt boende där de kan få extra stöd i det dagliga livet. Att leva på ett särskilt boende skiljer sig från det tidigare hemmet genom att personen i fråga har ett eget boende i form av en lägenhet men att de får kontinuerlig kontakt och hjälp av vårdpersonal som

är på plats dygnet runt. Där får de även hjälp med de dagliga aktiviteterna, omvårdnad och läkemedelshantering (Carroll & Qualls, 2014).

Historiskt sett har sjuksköterskor praktiserat sitt arbetat utifrån ett biomedicinskt perspektiv, då det primära fokuset var på patientens kropp och helheten uteslöts. Under 1970-talet började sjuksköterskor däremot hävda att en patient är mer än bara en sjukdom och består av fysiska, sociala och andliga dimensioner (Thorne et al., 1998). Omvårdnad är sjuksköterskans huvudsakliga ansvarsområde och handlar främst om mötet med patienten. Bedin, Droz-Menzweig och Chappuis (2013) beskriver sjuksköterskans roll inom vården av äldre personer på särskilt boende och indikerar att sjuksköterskan fungerar som en grundsten då de har ett ansvar inom samordningsverksamheten för att skapa kontinuitet för patienten, att vidta och genomföra relevanta omvårdnadsåtgärder och att bygga upp och bevara en relation till patienterna och deras anhöriga. Svensk sjuksköterskeförening (2014) beskriver vad målet för omvårdnaden bland annat är att den människa som får vård ska vara självständig och oberoende så långt som möjligt och att människan i fråga ska uppleva hälsa. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven för en god vård. God vård innebär bland annat att patientens behov av trygghet ska tillgodoses och att den vård som bedrivs ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 1982:763, 2 a §).

Karlsson, Ekman och Fagerberg (2008) beskriver i sin studie hur vårdbiträden och undersköterskor ser på sin roll samt sjuksköterskans roll i vårdarbetet. Sjuksköterskan var den som hade huvudansvaret för omvårdnaden och förväntades kunna arbeta självständigt och ha förtroende för sin egen kompetens. Vårdbiträdena och undersköterskorna beskrev att de kände sig uppskattade och betrodda utifrån sin kompetens när de blev delegerade en arbetsuppgift eller när sjuksköterskan bad om råd eller hjälp (ibid.).

Scerri et al. (2015) indikerar att vårdkvaliteten på sjukhus inte är optimal för personer med demenssjukdom och att det är en väldigt utmanande situation för vårdpersonalen. Det etiska dilemmat gällande människor med demenssjukdom är att de inte alltid är kapabla att värna om sin autonomi och att det då är vårdpersonalen som har ansvaret. I sådana situationer är det viktigt att visa hänsyn och vara lyhörd, då personen i fråga fortfarande kommer att framföra önskemål

(Hertogh, Anne Mei The, Miesen & Eefsting, 2004). Vårdpersonal förväntas tillfredsställa personerna med demenssjukdoms behov och önsningar, och de blir därmed beroende av vårdpersonalen. Personer med demenssjukdom kan ha svårigheter med att uttrycka sig vilket kan leda till att vårdpersonalen förbiser deras behov och detta kan upplevas som hotfullt gentemot personens värdighet (Heggestad, Nortvedt & Slettebø, 2013).

Wolverson, Clarke och Moniz-Cook (2016) belyser i sin studie vikten av att jobba personcentrerat vid vård av människor med demenssjukdom och att syftet med en personcentrerad syn är att maximera potentialen hos individen, dels genom att förstå individens styrkor och dess resurser. Det är individen som ska vara i fokus och i vårdpersonalens intresse och inte demenssjukdomen i sig. Genom den personcentrerade vården kan en positiv social miljö skapas och syftar då till att förbättra vårdkvaliteten men även individens livskvalitet (Veselinova, 2013). Syftet med denna studie var därför att beskriva vårdpersonals upplevelser av att vårda personer med demenssjukdom. Med vårdpersonal avses sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Samtliga demenssjukdomar ingår i denna studie.

## Metod

Eftersom syftet var att beskriva vårdpersonalens upplevelser av att vårda personer med demenssjukdom genomfördes en litteraturstudie. En litteraturstudie innebär att systematiskt söka kunskap och förståelse utifrån ett specifikt syfte (Polit & Beck, 2012, s.653).

## Litteratursökning

Den systematiska litteratursökningen inleddes med att en pilotsökning genomfördes i databaserna PubMed och CINAHL. En pilotsökning kan vara nödvändig att göra för att försäkra sig om att det finns vetenskaplig litteratur i det området som ska beforskas (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011, s.61). I samband med pilotsökningen prövades olika medicinska sökord som tagits fram i Svensk MeSH och dessa sökord presenteras i tabell 1 och 2. Willman et. al (2011, s.72-73) beskriver att Booleska sökoperatörer är ord (AND, OR och NOT) som på olika sätt kombinerar de olika sökorden, och betonar att det är av stor vikt att söka på varje sökord var och en för sig innan de kan kombineras. Efter pilotsökningen användes fortsättningsvis databaserna PubMed och CINAHL. Booleska sökoperatoren AND användes vid specificeringen av

sökningen. Inom databasen CINAHL användes avgränsningarna Peer reviewed, Full text, English language och en tidsavgränsning från år 1990 till 2016. I databasen PubMed fanns inte avgränsningarna Peer reviewed och Full text utan avgränsningarna som användes var English language samt tidsavgränsning från år 1990 till år 2016. Svensk MesH termer användes om de var tillgängliga annars användes sökorden som nyckelord, key word. I tabell 1 och 2 framgår det vilka sökord som är MeSH-termer, fritext eller CINAHL-headings.

Inklusionskriterierna i denna litteraturstudie var den vårdpersonal som är med i det patientnära arbetet, i detta fall sjuksköterskor, undersköterskor samt vårdbiträden. Med vård avses den vård som bedrivs på sjukhus samt på särskilt boende och samtliga demenssjukdomar har inkluderats.

*Tabell 1. Översikt av litteratursökning*

<b>Syftet med sökningen: Beskriva vårdpersonals upplevelser av att vårda personer med demenssjukdom</b>					
PubMed 2016 08 30 Begränsningar: English language, publication date 1990-2016					
<b>Söknr</b>	<b>*)</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Granskade</b>	<b>Valda</b>
<b>S1</b>	MSH	Dementia	132 601		
<b>S2</b>	MSH	Nursing staff, hospital	40 181		
<b>S3</b>	MSH	Nurse-patient relations	32 525		
<b>S4</b>	MSH	Nursing	232 998		
<b>S5</b>	FT	Nurse experience	23 548		
<b>S6</b>	MSH	Qualitative research	227 825		
<b>S7</b>		S1 AND S2 AND S6	15	7	1
<b>S8</b>		S1 AND S3 AND S6	18	9	2
<b>S9</b>		S1 AND S3 AND S5	41	6	3
<b>S10</b>		S1 AND S4 AND S5 AND S6	13	5	0

\*MT- MeSh termer i databasen PubMed, FT- Fri text.

*Tabell 2. Översikt av litteratursökning*

Syftet med sökningen: Beskriva vårdpersonals upplevelser av att vårda personer med demenssjukdom					
CHINAHL 2016-08-30 Begränsningar: English language, peer reviewed, publication date 1990-2016					
Söknr	*)	Sökord	Antal träffar	Granskade	Valda
S1	MSH	Dementia	9 597		
S2	FT	Nursing staff	6 358		
S3	MSH	Nursing staff, hospital	3 707		
S4	FT	Dementia care	2 756		
S5	FT	Nursing	149 038		
S6	FT	Nurse experience	3 223		
S7	CH	Qualitative studies	26 957		
S8		S1 AND S2 AND S7	23	4	1
S9		S1 AND S5 AND S7	198	3	0
S10		S1 AND S3	28	5	1
S11		S1 AND S6	35	6	1
S12		S3 AND S4	23	2	1

\*MSH - MeSh termer i databasen, CH- CINAHL hednings i databasen CINAHL, FT - fritext sökning.

### Kvalitetsgranskning

Urvalet av artiklar gjordes genom en överblick av studiernas titlar för att sedan läsa abstrakten. Genom att läsa abstrakten som svarade på syftet valdes artiklar ut och lästes i sin helhet. Artiklarna som svarade på syftet valdes ut till analysen. I sökningen valdes totalt tio (n=10) artiklar ut till analysen. De artiklar som valdes ut kvalitetsgranskades utifrån en kvalitetsgranskningsmall från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2014, s.229). Kvalitetsgranskningen genomfördes gemensamt. Kvalitetsgranskningmallen som användes var anpassad för kvalitativa studier. Frågor som tas upp i kvalitetsgranskningsmallen handlar bland annat om studiens syfte är tydligt, om studiens förekomst av etiskt resonemang och förekomst av hur väl datainsamlingen och analysprocessen är beskriven. Kvalitetsgranskningmallen



modifierades genom att fyra punkter togs bort, då dessa punkter inte hade någon inverkan på studiernas kvalitet, dessa handlade om studiernas data- och analysmättnad. Resterande två borttagna punkter frågade om hypotes eller teori genererats, samt om resultatet presenterades i någon teoretisk referensram. Frågorna besvarades med "ja", "nej", "ej tillämpligt" och "oklart" och värderades sedan för att sammanställa kvaliteten på studien, vilket kunde resultera i låg, medelhög och hög kvalitet. Studiernas sammanställdes utifrån Willman et al (2011, s.108; 2006, s.95-96). För varje positivt svar i kvalitetsgranskningsmallen gavs ett poäng till studien, och ett negativt svar gav noll poäng. Dessa poäng sammanräknades sedan och omvandlades till procent. Efter utförd kvalitetgranskning konstaterades att fem av studierna fick hög kvalitet (80-100%), tre stycken fick medelhög kvalitet (70-79%) och två fick låg kvalitet (60-69%). De två studierna som genererade en låg kvalitet valdes att ta med i analysen, trots den låga kvaliteten, på grund av att de svarade på syftet och att denna litteraturstudie handlar om att beskriva människors upplevelser.

**Tabell 3.** Översikt över artiklar ingående i analysen (n=10)

Författare/ År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling /Analys	Huvudfynd	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Bryon, Dierckx De & Gastmans/ 2012/ Frankrike	Kvalitativ	21	Djupgående intervjuer/ Grounded theory	Beskriver vårdpersonalens upplevelser om att vårda personer med demenssjukdom på sjukhus, och den vård som handlar om beslut gällande artificiell nutrition.	Hög
Byers & France /2008 / USA	Kvalitativ	9	Intervjuer/ Hermeneutiskt fenomenologisk analys	Att vårdpersonalen upplever det som frustrerande att vårda människor med demenssjukdom och att vårdpersonalen behöver mer tid till personerna för att vården ska bli bättre och säkrare.	Låg
Cowdell/ 2010/ UK	Kvalitativ	58	Intervjuer/obser vationer/ Etnografisk analys	Beskriver vårdpersonalens filosofier om att vårda människor med demenssjukdom, hur de värderar sitt arbete och deras förmåga att ge vård.	Medel

<b>Författare/ År</b>	<b>Typ av studie</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Metod Datainsamling /Analys</b>	<b>Huvudfynd</b>	<b>Kvalitet (Hög, Medel, Låg)</b>
Edberg et al. / 2008 / Sverige	Kvalitativ	35	Fokusgruppsinte rvjuer/ Innehållsanalys	Beskriver att vårdpersonalen upplevde olika miljöfaktorer, som att de exempelvis tog med sig arbetet hem, som påfrestande och att det upplevdes som påfrestande att vårda människor med demenssjukdom.	Medel
Eriksson & Saveman/ 2002/ Sverige	Kvalitativ	12	Intervjuer/ Innehållsanalys	Att svåra etiska situationer kan uppstå vid vården av personer med demenssjukdom och att de kan komma att leda till att personen inte får rätt vård. Att akutvårdsmiljön inte är optimal för att vårda personer med demenssjukdom.	Hög
Fukuda, Shimizu & Seto / 2015 / Japan	Kvalitativ	50	Fokusgrupp intervjuer / Kvalitativ syntetisk metod	Beskriver vårdpersonalen upplevelser om relationen till patienten med demenssjukdom i akutvårdsmiljö, och problem som kan uppstå på grund av personens beteende. Handlar även om att anhöriga behöver stöd.	Hög
Hynninen, Saario & Isola/ 2015 / Finland	Kvalitativ	19	Ostrukturerade intervjuer / Induktiv innehållsanalys	Att vårdpersonalen upplever det som ansträngande för personer med demenssjukdom att vara inlagd på sjukhus. Faktorer som hindrar och bidrar till god vård.	Hög
Nolan/ 2007 / Irland	Kvalitativ	7	Djupgående intervjuer / Tematisk innehållsanalys	Att vårdpersonalen upplever att det är annorlunda att ta hand om personer med demenssjukdom jämfört med att ta hand om personer som inte hade en demenssjukdom, inom akutsjukvården, och hur vårdpersonalen upplever att vårda personerna.	Låg

Författare/ År	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsamling /Analys	Huvudfynd	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Rasmussen & Hellzen /2013/Norge	Kvalitativ	10	Kvalitativa intervjuer / Fenomenologisk analys	Att se personen med demenssjukdom och relationen till patienten upplevs som viktig. Att det är jobbigt och frustrerande att vara osäker på arbetet på grund av personens beteende.	Hög
Sellevoid et al. /2013/Norge	Kvalitativ	12	Kvalitativa intervjuer / Fenomenologisk hermeneutisk analys	Hur vårdpersonalen upplevde hur de kunde förstå och känna av personerna med demenssjukdoms uttryck.	Medel

## Analys

Studien genomfördes som en kvalitativ manifest innehållsanalys med en induktiv ansats. En kvalitativ innehållsanalys är en metod för att analysera bland annat skriftlig och muntlig kommunikation och målet är att uppnå en kondenserad och bred beskrivning av ett visst fenomen (Elo och Kyngäs, 2007). Graneheim och Lundman (2004) beskriver i sin studie att en manifest innehållsanalys innebär att det endast är det övergripande och det som tydligt framgår i materialet som kommer att analyseras. Denna innehållsanalys analyserades utifrån Graneheim och Lundmans metodartikel, där de bland annat tar upp begrepp som är centrala för innehållsanalysen (ibid.).

Analysen påbörjades genom att texten från studiernas resultat lästes igenom ett flertal gånger för att få en överblick av materialet. Detta gjordes individuellt, men resterande delen av analysen genomfördes gemensamt. Det som analyserades var texter från studier där vårdpersonals upplevelser om att vårda människor med demenssjukdom beskrevs. Meningsenheter som svarade på studiens syfte plockades ut från materialet och översattes från engelska till svenska, som därefter kondenserades. Totalt blev det 264 meningsenheter. Meningsenheterna fick även ett nummer så att det skulle vara lättare att hitta dess ursprungliga källa under analysprocessens gång, exempelvis 1:1 vilket innebär att det är artikel ett samt meningsenhet ett. Graneheim och Lundman (2004) beskriver en meningsenhet som en sammanställning av exempelvis ord, fraser eller uttalanden. De beskriver vidare att kondensering kan liknas vid en process där texten i

meningsenhet förkortas men där kärnan i texten, det centrala, består. Nästa steg i analysprocessen var att skapa kategorier och i denna studie har detta skett i fyra steg. En kategori är ett visst innehåll som har något gemensamt och kategorierna beskriver Graneheim och Lundman som själva kärnan i den kvalitativa innehållsanalysen. Vidare indikerar Graneheim och Lundman att en kategori svarar på frågan "Vad?" samt att ingen data ska kunna passa in i två kategorier då de ömsesidigt ska uteslutande varandra. Detta innebär dock inte att data bör uteslutas bara för att de inte platsar in i någon kategori. Kategorierna innehåller oftast subkategorier och sub-subkategorier på olika nivåer av abstraktion (Ibid.).

I det första kategoriseringssteget fördes meningsenheterna samman med de meningsenheter som hade ett textnära innehåll och sammanlagt skapades 67 kategorier. Den andra kategoriseringen resulterade i 26 kategorier genom att liknande kategorier från första kategoriseringen fördes samman. Meningsenheter eller kategorier som inte passade in i någon kategori sparades för att se om de skulle komma att passa in i någon kategori längre fram. I den tredje och fjärde kategoriseringen skapades bredare kategorier och resulterade i elva respektive fyra kategorier och följande fyra resulterade i slutkategorierna. Genom alla steg i kategoriseringsprocessen har de kondenserade meningsenheterna, kategorierna och dess innehåll lästs igenom ett flertal gånger för att få en bättre överblick av materialet. För att lättare kunna gå tillbaka i processen och för att kunna hitta kategoriernas ursprungskälla markerades även alla kategorier som skapades i varje steg, liksom meningsenheterna, med en bokstav och en siffra, exempelvis A:1 vilket innebär att det första kategoriseringssteget och första kategorin. De fyra kategorierna markerades även med olika färger för att på ett lättare sätt kunna få en överblick.

## Resultat

Analysen resulterade i 4 kategorier (tabell 4). Resultatet presenteras nedan i brödtext och illustreras med citat.

**Tabell 4 - Översikt av kategorier (n=4)**

Kategorier
Att vårdandet kan vara en utmaning
Att både ha kunskaps- och tidsbrist
Att vårdmiljön inte är utformad för personer med demenssjukdom
Att ha en god relation och kommunikation har stor betydelse

**Att vårdandet kan vara en utmaning**

Vårdpersonal i flera studier (Cowdell, 2010; Hynninen et al., 2015; Saarnio & Isola, 2015) upplevde att det var fysiskt och psykiskt utmanande att vårda människor med demenssjukdom. De beskrev att arbetet var tungt, på grund av att en del personer med demenssjukdom inte klarade att ha hand om sig själva utan behövde mer hjälp från vårdpersonalen med att tillgodose sina vardagliga behov (Hynninen et al., 2015).

Vårdpersonalen beskrev att ett aggressivt beteende var något som förekom hos personerna med demenssjukdom och att detta väckte känslor av oro och ilska samtidigt som det aggressiva beteendet försvårade arbetet. Det fanns även en oro då det aggressiva beteendet sågs som oförutsägbart och att vårdpersonalen kunde möta våld i arbetet, vilket ledde till osäkerhet och maktlöshet (Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2007; Rasmussen & Hellzen, 2013).

Vårdpersonalen försökte finna strategier för att hantera det aggressiva beteendet genom vägledning och förebyggande arbete, bland annat genom att undvika fysiska begränsningar och aktiviteter som kunde skapa stress hos personerna med demenssjukdom (Hynninen et al., 2015; Rasmussen & Hellzen, 2013).

Vårdpersonalen upplevde en konstant oro för att vårda personer med demenssjukdom. De kände sig tryggare i att ge fysisk vård än psykosocial vård (Byers & France, 2008; Cowdell, 2010; Fukuda et al., 2015). Vårdpersonalen beskrev att personerna kunde ha ”klara stunder” och att de då fick en inblick i hur personen med demenssjukdom såg på sin situation som hopplös och detta upplevdes som påfrestande och svårt (Edberg et al., 2008).

*“We had this man, he never said anything, he was quiet and introverted and he tried to open all the doors everyday, trying to go home. And then one day,*

*he waved at me and said, ‘Do you know Johannesson?’ and I said, ‘No’.*  
*He said, ‘He was my neighbour’, and I said, ‘No, I don’t think I know him’.*  
*He said, ‘Well do you think you could call him?’ I said, ‘Yes, was it*  
*anything special?’ And he answered, ‘Well you know, he has a damned*  
*good gun, could you phone him and ask if he could come over and shoot me?’*  
*There was, sort of, nothing more to add. It happened about ten years ago,*  
*maybe more, but I still remember . . .”* (Edberg et al., 2008, s.239)

I studier (Bryon, Dierckx De Casterlé & Gastmans, 2012; Byers & France, 2008; Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2007) beskrev vårdpersonalen att de upplevde skuld när personer med demenssjukdom inte fick vård med en god kvalitet. De upplevde även att de inte värnade om patientens autonomi på ett tillförlitligt sätt (Byers & France 2008; Eriksson & Saveman, 2002; Fukuda et al., 2015; Nolan, 2007). Skuld känslor förekom även då vårdpersonalen försatte personen med demenssjukdom i jobbiga vårdssituationer de inte hade förståelse för på grund av sin demenssjukdom (Bryon et al., 2012; Edberg et al., 2008).

*“I think it is very stressful when one is going to help someone that just holds on, you are trying to take the trousers down at the same time as she is holding on to her trousers. You explain and explain but they just get more and more frightened . . . and maybe it’s because of pain . . . one never knows.”* (Edberg et al., 2008, s.239)

Personerna med demenssjukdoms välbefinnande upplevde vårdpersonalen att de påverkade dem och att de behövde styrka för att klara av att kunna hanteras att inte påverkas för mycket (Edberg et al., 2008). Samtidigt upplevde vårdpersonalen att det var viktigt att det fanns en positiv atmosfär vid mötet med personen med demenssjukdom, då det upplevdes underlätta samarbetet (Hynninen et al., 2015). Vårdpersonalen beskrev hur de kunde bli berörd vid mötet med personen med demenssjukdom, och att det i sig var likt en drivkraft för vårdpersonalen för att ge bästa möjliga vård. Vårdpersonalen upplevde att de kunde känna stark empati för personerna med demenssjukdom samtidigt som de upplevde en svårighet gällande att inte bli för engagerad i personen (Bryon et al., 2012). I studier (Byers & France, 2008; Bryon et al., 2012) beskrev vårdpersonalen att de inte kunde släppa jobbiga situationer som uppstått på arbetet, utan att de tog med sig tankarna och känslorna hem.

*“Oh, um, sometimes I, for me, personally, I try to leave work at work and home at home. Unfortunately, it blends and um, a frustrating day like that...it’s just hard to shake. You can’t just leave it at the door, it comes home with you.”* (Byers & France, 2008, s. 47)

Vårdpersonalen upplevde att de var tvungen att skydda personen med demenssjukdom, både mot sig själv och mot andra, för att därigenom bevara personens värdighet. Det kunde till exempel handla om att skydda personen med demenssjukdom mot andras nedsättande toner genom att dra vita lögner eller genom att fysiskt begränsa personen (Bryon et al., 2012; Edberg et al., 2008; Eriksson & Savman, 2002; Hynninen et al., 2015). Vårdpersonalen upplevde att de skyddade personen med demenssjukdoms värdighet genom att ge vård på ett sådant sätt som de själva skulle vilja ha vård, genom att ifrågasätta beslut och genom att samarbeta (Cowdell, 2010).

Vårdpersonalen upplevde det som viktigt att kollegor och vårdlaget stöttar och hjälper varandra i arbetet och visar en förståelse för när arbetet upplevs som tungt. Även kollegors tidigare erfarenheter och genom varierade arbetsuppgifter kunde svårare situationer i mötet med personer med demenssjukdom underlättas, både psykiskt och fysiskt (Bryon et al., 2012; Fukuda et al., 2015; Hynninen et al., 2015; Rasmussen & Hellzen, 2013). Ett samarbete som inte fungerade kollegor emellan kunde leda till upplevelser av att inte ge tillräckligt bra vård, samtidigt som vårdpersonalen kände att de genom ett dåligt samarbete förlorade drivkraften (Bryon et al., 2012; Eriksson & Saveman, 2002). Vårdpersonalen upplevde även att enhetschefen hade en viktig roll när det kommer till att stötta personalen att stärka omvårdnadsarbetet, samt att dess uppmuntran ledde till att vårdpersonalen motiverades (Rasmussen & Hellzen, 2013).

Vårdpersonalen upplevde att personer med demenssjukdom betraktades annorlunda jämfört med andra personer, men även att vårdpersonalen själv märkte att de är annorlunda. Vidare upplevde vårdpersonalen att personerna med demenssjukdom i större utsträckning kunde få så kallade etiketter satta på sig beroende på hur de betedde sig (Cowdell, 2010). Studier (Cowdell, 2010; Edberg et al., 2008) tog även upp att vårdpersonalen upplevde att det inte ansågs som ett fint arbete att jobba med personer med demenssjukdom och att det kunde liknas med att vara på botten av sjuksköterskeyrket. Vårdpersonalen upplevde dessutom att personer med demenssjukdoms beteende kunde skyllas på symtom från sjukdomen och inte andra

bakomliggande orsaker samt att även läkare ibland har en begränsad förståelse för människor med demenssjukdom (Cowdell, 2010 & Fukuda et al., 2015).

*“One patient did not eat his/her meals at all and came to dislike even seeing food. I thought that this was because of the dementia; however, the actual reason was a cancer metastasis.”* (Fukuda et al., 2015, s.8)

De anhörigas medverkan i vårdprocessen kunde ses som väldigt positiv av vårdpersonalen men kunde även vara väldigt intensivt och ansträngande i vissa skeden (Bryon et al., 2012).

Vårdpersonal kunde i vissa situationer uppleva att de anklagades av de anhöriga i somliga situationer, exempelvis vid fallproblematik. Att anklagas av anhörig upplevdes av vårdpersonalen som mycket betungande och tufft (Edberg et al., 2008; Fukuda et al., 2015).

*“When a patient falls and problems ensue, the family may ask the nurse, ‘Why did you not prevent the fall?’ or ‘Why did the patient fall down?’”* (Fukuda et al., 2015, s.9)

Vårdpersonalen upplevde att de anhörigas beslut i vårdprocessen kunde ge en negativ inverkan på personerna med demenssjukdoms livskvalitet (Bryon et al., 2012; Fukuda et al., 2015). Detta beskrevs kunna leda till en inre konflikt hos vårdpersonalen, då de upplevde att de var dömande gentemot de anhöriga för att de beslut som togs gynnade dem och inte personen med demenssjukdom. Vidare upplevde vårdpersonalen att de anhörigas kunskapsbrist gällande personens demenssjukdom och vården av dem kunde leda till att de ställde krav som inte gynnade personen med demenssjukdom (Edberg et al., 2008; Fukuda et al., 2015). Ett kränkande beteende från de anhöriga mot personen med demenssjukdom upplevdes som ett hinder i vården och vårdpersonalen kunde upplevde även att anhöriga kunde ha ett aggressivt beteende mot personen med demenssjukdom (Fukuda et al., 2015).

### **Att både ha kunskaps- och tidsbrist**

Vårdpersonal i studier (Cowdell, 2010; Edberg et al., 2008; Eriksson & Saveman, 2002; Fukuda et al., 2015; Hynninen et al., 2015) upplevde att de inte hade tillräckligt med kunskap om demenssjukdomar, vilket de beskrev ledde till en känsla av osäkerhet samt att personerna med demenssjukdom fick sämre vård. De kände att de ville vidareutvecklas och få mer utbildning för



att på så sätt få en möjlighet att underlätta de svåra situationer som uppstod i mötet med personer med demenssjukdom (ibid.). Vårdpersonal beskrev även att de inte fick nog för att kunna utvecklas trots att behovet av vidareutbildning fanns (Cowdell, 2010; Fukuda et al., 2015). Studier (Byers & France, 2008; Hynninen et al., 2015; Nolan, 2007) beskrev att vårdpersonal upplevde det som mer tidskrävande att vårda personer med demenssjukdom jämfört med de patienter som inte hade en demenssjukdom, och även de akuta behoven upplevdes som svårare att tillfredsställa. Vidare beskrev vårdpersonalen att de upplevde att personer med demenssjukdom var i ett ständigt behov av vård men att detta glömdes bort.

Vårdpersonalen uppgav även att det skulle finnas mer tid att ge till personerna med demenssjukdom om patientbelastningen på vårdavdelningar minskade (Byers & France, 2008). Att inte ha tillräckligt med tid upplevdes av vårdpersonalen som frustrerande och irriterande (Byers & France, 2008; Eriksson & Saveman, 2002). Vårdpersonalen uppgav att mer tid skulle underlätta möjligheterna till att ge bättre vård till personerna med demenssjukdom och att de med mer tid skulle få en större chans att kunna kommunicera bättre med personerna med demenssjukdom, lära känna dem och få förståelse för deras individuella behov (Byers & France, 2008; Fukuda et al., 2015; Eriksson & Saveman, 2002). Vårdpersonalen upplevde även att stödet till anhöriga inte var tillräckligt på grund av att det inte fanns tid (Byers & France, 2008). Att det inte fanns nog med resurser beskrev vårdpersonalen som en bidragande orsak till tidsbristen, men även att ett uteblivet stöd av organisationen ledde till känslor av maktlöshet när vårdpersonalen ombads att arbeta mer effektivt (Eriksson & Saveman, 2002; Byers & France, 2008).

*“It can be real challenging [looks away, closes eyes]. Uh, it can be rewarding. And in some ways, it can be frustrating. And sometimes it can be frightening [crosses legs].” She continued to say after a 3 second pause, “Frustrating because it takes so much of your time and your resources but then sometimes you don’t have time to give care to the other patients that you need to.” (Byers & France, 2008, s.45)*

### **Att vårdmiljön inte är utformad för personer med demenssjukdom**

I studierna (Fukuda et al., 2015; Hynninen et al. 2015; Nolan, 2007) framkom det att vårdpersonal som arbetade på sjukhus upplevde vården av personer med demenssjukdom som mer riskfylld jämfört med personer som inte hade en demenssjukdom. Vårdpersonal som

arbetade på en kirurgisk- respektive akutavdelning beskrev att en ofullständig bild av personen med demenssjukdom kunde leda till skador och att fallrisken ökade betydligt mer för dessa personer efter en operation (Fukud et al., 2015; Hynninen et al., 2015). Sjukhusmiljön beskrevs av vårdpersonalen som stressande, överstimulerande, hotfull samt något som gör personen med demenssjukdom orolig. Att sjukhusmiljön för en person med demenssjukdom ansågs som olämplig var bland annat på grund av att det stora personalantalet som cirkulerade runt personen och att fler anhöriga kom på besök under sjukhusvistelsen (Cowdell, 2010; Eriksson & Savman, 2002; Nolan, 2007).

*“The morning activities, getting everybody ready, doctors' rounds, that kind of thing ... when there is more activity on the ward, when there are so many people on the ward it triggers the confused patient and it makes them more anxious, more worked up.”* (Nolan, 2007, s.420).

Vårdpersonalen beskrev dock att de aktivt försökte skapa en trygg och säker vårdmiljö för personerna med demenssjukdom men att säkerhetsåtgärderna trots detta kunde misslyckas. Vårdpersonalen upplevde att de försökte se till att personerna med demenssjukdom inte blev lämnade ensamma och att personerna med demenssjukdom som vårdades på sjukhus ibland blev tilldelade speciella och helst egna rum (Fukuda et al., 2015; Hynninen et al., 2015; Nolan, 2007).

Sjukhusmiljön på en akutavdelning var något som upplevdes av vårdpersonalen som begränsad och otillräckligt utformad för vård av patienter med demenssjukdom (Nolan, 2007). Att personerna med demenssjukdom inte kunde röra sig som de ville på akutavdelningen och bristen på personal resulterade i otillräckligt god vård vilket upplevdes av vårdpersonalen som frustrerande (Byers & France, 2008; Eriksson & Saveman, 2002; Nolan, 2007). De upplevde även maktlöshet när en patient med demenssjukdom förflyttades till en annan avdelning trots att vårdpersonalen visste att det skulle förvärra deras tillstånd (Eriksson & Savman, 2002). Vårdpersonalen beskrev dock att de upplevde att demenssjukdomen tillfälligt upphörde vid akuta fysiska tillstånd, då det istället var fokus på personens fysiska tillstånd (Cowdell, 2010).

Under vårdvistelsen beskrevs beteendet förändras hos personen med demenssjukdom. Dygnsrytmen rubbandes, personerna kunde motsätta sig vård och dess kognitiva förmåga försämrades ytterligare (Hynninen et al., 2015). Att personerna med demenssjukdom under vårdtiden störde andra patienter genom sitt beteende ledde till en orolig stämning på avdelningen

och detta upplevde vårdpersonalen som frustrerande (Eriksson & Savman, 2002; Fukuda et al., 2015; Nolan, 2007). Vårdpersonal beskrev även att de som delade sal med personerna med demenssjukdom blev oroliga eller upplevde obehag på grund av personernas beteende (Fukuda et al., 2015; Hynninen et al., 2015).

*“Roommates [often] call for help on behalf of the patient and tell the nursing staff that the patient did this and that.”* (Hynninen et al., 2015, s.196)

### **Att ha en god relation och kommunikation har stor betydelse**

Att se människan bakom demenssjukdomen upplevdes av vårdpersonalen som viktigt då detta kunde ge information om den unika individen, dennes resurser, individuella behov och vad vårdkvalitet var för just den personen (Nolan, 2007; Rasmussen & Hellzen, 2013; Sellevold, 2013). När vårdpersonalen gjorde bedömningar utifrån individen upplevde de att de kunde ge en vård av bra kvalitet. Vidare uppgav de att det var värdefullt att kunna skilja på symtom från demenssjukdomen och individen och att det kan komma att underlätta hanteringen av olika situationer (Bryon et al., 2012; Cowdell, 2010; Hynninen et al., 2015; Rasmussen & Hellzen, 2013).

*“I think you’ve got to, um, respect them, I think you know and maybe treat them how you would like, or your relative.”* (Cowdell, 2010, s. 87)

Vårdpersonalen beskrev att ”klara stunder” hos personerna med demenssjukdom ibland kunde upplevas som något positivt och något som ingav både hopp och glädje för båda parterna (Rasmussen & Hellzen, 2013). Vårdpersonalen upplevde det som viktigt att inte störa personerna med demenssjukdom när de upplevde välbefinnande (Sellevold, 2013).

*“The clear moments mean a lot. I believe that if we didn’t experience them, it would be dispiriting working here. It means a lot that we have these glimpses of light.”* (Rasmussen & Hellzen, 2013, s.5)

Vårdpersonal i studier (Eriksson & Savman, 2002; Nolan, 2007; Rasmussen & Hellzen, 2013) beskrev vad som kan komma att påverka relationen och när det är särskilt fördelaktigt att ha en relation till personen med demenssjukdom. Att personen visar ett aggressivt beteende eller beter

och uttrycker sig på ett sätt som av vårdpersonalen upplevdes som förödmjukande beskrevs ha en negativ inverkan på relationen. Vidare uppgav vårdpersonalen att bristande kommunikation hade negativt påverkan på relationen (Nolan, 2007; Rasmussen & Hellzen, 2013). Vårdpersonalen upplevde att det underlättar att ha en relation till personen med demenssjukdom när personen i fråga inte vill delta i vården eller när personen har ångest. Vidare beskrevs att vårdpersonalen upplevde att en stor del av vården till personerna med demenssjukdom handlade om att få personen i fråga att lita på en (Nolan, 2007).

*“Caring is to get the patient to trust you ... making sure the patient can talk to you whenever they need to talk, so they can tell you if there is pain ..”*(Nolan, 2007, s.421)

Vårdpersonalen beskrev att personerna med demenssjukdom kunde visa att de brydde sig om vårdpersonalen och att detta upplevdes kunna leda till att nära relationer skapades mellan dem (Sellevold, 2013). Vidare beskrev de att en del vårdpersonal har bättre kemi med somliga personer med demenssjukdom än andra i personalgruppen och att personerna ibland inte vill att vårdpersonalen ska komma dem för nära inpå (Rasmussen & Hellzen, 2013).

I studierna (Bryon et al.; Gastmans, 2012; Fukuda et al., 2015; Hynninen, Saarino & Isola; 2015 Sellevold, 2013; Rasmussen & Hellzen, 2013) framkom det att vårdpersonalen upplevde att de fick olika former av information genom att vara lyhörda och uppmärksamma på personerna med demenssjukdom samt dess kroppsspråk och uttryck. Detta var ett bra verktyg inom vården av dessa personer. Genom kroppsspråket och ansiktsuttrycket kunde vårdpersonalen få en förståelse om personens sinnesstämning och om de var i behov av vård, men de fick fundera över om de tolkade patientens signaler rätt (Bryon et al., 2012; Sellevold, 2013; Rasmussen & Hellzen, 2013). Att känna personen med demenssjukdom sågs av vårdpersonalen som fördelaktig när det gällde att få information utifrån observationer (Rasmussen & Hellzen, 2013).

Studier (Rasmussen & Hellzen, 2013; Sellevold, 2013) visade vidare att vårdpersonalen ansåg att de använde både verbal- samt ickeverbal kommunikation för att kunna kommunicera med personerna med demenssjukdom och att det var viktigt att tänka på hur man kommunicerar. Vårdpersonalen upplevde att människorna med demenssjukdom var lyhörda inför både verbal- och ickeverbal kommunikation, men att de i större utsträckning förstod kroppsspråk (ibid.). Att

kommunicera genom att vara närvarande och använda sinnen som syn, hörsel och beröring upplevde vårdpersonalen att de kunde få respons av de patienter som inte hade förmågan att prata (Sellevold, 2013). Vårdpersonalen såg även kroppsspråket som ett användbart verktyg mellan varandra i omvårdnadsarbetet och ansåg att det var ibland var onödigt med verbal kommunikation. Detta upplevdes som en speciell kemi kollegor emellan (Rasmussen & Hellzen, 2013).

*“Being coordinated means that we . . . together . . . can predict actions that may occur. We kind of see the situation together; we all know what to do without speaking to each other. We are a step ahead, the intuition is constant.”*(Rasmussen & Hellzen, 2013, s.6)

Studier (Bryon et al., 2012; Hynninen et al., 2015) visade att vårdpersonal upplevde att de anhöriga hade en nyckelroll i patienternas vårdprocess, samtidigt som relationen mellan vårdpersonal och anhöriga en möjlighet att påverka personen med demenssjukdom och dennes vårdprocess. Vårdpersonalen upplevde att de anhöriga kunde vara till en stor hjälp vid omvårdnaden, speciellt vid de situationer då personen med demenssjukdom visar ett aggressivt beteende (Fukuda et al., 2015).

## Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vårdpersonals upplevelser av att vårda personer med demenssjukdom. I resultatet framkom det att vårdpersonalen upplevde det som utmanande att vårda personer med demenssjukdom, både fysisk och psykiskt. Vårdpersonalen upplevde även att de inte hade tillräckligt med tid för att vårda personerna med demenssjukdom på ett bra sätt och på ett sätt som de egentligen ville. De upplevde även att de hade bristande kunskap gällande demenssjukdomar samt vad det innebär att ha en demenssjukdom, men att de ville ha mer utbildning. Det framkom även att vårdpersonalen upplevde vårdmiljön som riskfylld och påfrestande för personerna med demenssjukdom, framförallt då de vårdades på sjukhus. Vårdpersonalen upplevde även att kommunikationen och relationen till personen med demenssjukdom har betydelse för vårdkvaliteten.

Att vårda människor med demenssjukdom beskrevs i denna litteraturstudie som en utmaning för

vårdpersonalen. Vårdandet upplevdes som utmanade både fysiskt, men framförallt psykiskt och dessutom, framkom det att vårdpersonalen upplevde att omvårdnaden inte alltid värnade om personen med demenssjukdoms egen vilja och autonomi. Lowery och Warner (2009) beskriver i sin studie om beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och att det leder till en sämre kognitiv funktion. Exempel på symtom vid BPSD är depression, psykos, störd sömn och aggressivitet. Vidare beskriver Lowery och Warnes att dessa symtom kan ha en stor påverkan på personen med demenssjukdom och även de personer som befinner sig i personens omgivning, då bland annat vårdpersonalens säkerhet kan påverkas om personen i fråga är fysiskt aggressiv. För personen med demenssjukdom kan det vara avgörande att flytta till ett särskilt boende, då detta bland annat kan innebära att de flyttar till en plats som är obekant vilket kan öka förvirringen och förvärra symtomen vid BPSD (ibid.). Utifrån detta finner vi det viktigt att vårdpersonalen är medveten om att personerna med demenssjukdom förmodligen också finner vården och omgivningen runt omkring dem som utmanade. Med detta menar vi inte att förminska vårdpersonalen och dess upplevelser, men att innebörden av individen med demenssjukdomens upplevelse, förståelse och kunskap inom området är av stor vikt för att klara av att arbeta med dessa personer.

I denna litteraturstudie framkom att vårdpersonalen upplevde tidsbrist som ledde till att personerna med demenssjukdom inte fick vård av tillräckligt bra kvalitet. Att vårdpersonalen ibland måste prioritera sin tid framkommer i Egede-Nissen, Jakobsen, Sellevold, och Sørlie's (2013) vilka vidare beskriver att tiden är betydelsefull komponent när det gäller att ta reda på vad som kan göras för att förbättra en persons situation, och för att ta reda på vad som fungerar och inte fungerar. Vidare beskriver Egede-Nissen et al. att tiden är viktig för att vårdpersonalen ska ha en möjlighet att avlasta varandra när de upplever något som är stressande eller ansträngande, för att information ska kunna vidarebefordras ordentligt och för att vårdpersonalen ska kunna reflektera tillsammans. I denna litteraturstudie upplevde vårdpersonalen sin kunskap som otillräcklig angående personer med demenssjukdomar och demenssjukdomar i sig och att de ville ha mer utbildning inom området. Detta ledde bland annat till att vårdpersonalen kände sig osäkra och att personerna med demenssjukdom fick sämre vård. Att bristande kunskap kan komma att leda till sämre vård återges även i Preshaw, Brazil och McLaughlin's (2016) studie, där de beskriver att den bristande kunskapen som kan finnas hos nyutbildad-, utbildad- och tillfällig

personal kan komma att leda till sämre vård. Vidare beskriver Preshaw et al. (2016) att utbildning skulle kunna komma att underlätta för förståelse och understödja riskidentifiering hos personer med demenssjukdom.

I denna litteraturstudie upplevde vårdpersonalen att vårdmiljön, framförallt vårdmiljön på sjukhus och inom akutsjukvården, var riskfylld och ansträngande för personerna med demenssjukdom och att den inte var utformad för dessa personer. Heath, Sturdy och Wilcock (2010) indikerar att effekten av att läggas in på sjukhus för en person med demenssjukdom kan vara överväldigande, då bland annat takten inom akutsjukvården är snabb och då vårdpersonalen prioriterar de akuta fysiska behoven hos patienterna. Patienter som kräver ytterligare tid och stöd eller beter sig på ett sätt som kan störa avdelnings rutiner kan upplevas som störande. Vidare beskriver Heath et al. att nyckel till att hantera dessa problem är att utgå ifrån personen med demens och dennes behov och svara mot dem på ett kreativt och flexibelt sätt. Detta beskrevs kunna göras på en mängd olika sätt, bland annat genom att anpassa miljön för att underlätta orienteringen, genom att minimera onödiga ljud och genom att ta med sig personliga saker hemifrån (Heath et al., 2016).

I denna litteraturstudie framkom det vidare att vårdpersonal upplevde att de genom att se personen bakom demenssjukdomen kan få omfattande information om den unika individen och vad som är vårdkvalitet för just den personen. Att lära känna personen bakom patienten antyder Ekman et al. (2011) vara det som är centralt den personcentrerade vården. Även Maslow (2013) säger att det är en stor fördel att fokusera på och lära känna individen inom demensvården och att detta innebär att anta ett personcentrerat förhållningssätt. Maslow beskriver vidare att ett personcentrerat förhållningssätt kan komma att motverka stereotypa bilder av personen med demenssjukdom bland vårdpersonal, men även bland andra människor. Maslow pekar även på de faktorer som innebär att personen med demenssjukdom är unika på grund av anledningar som inte bara är orsakande av personens demens. Listan på dessa egenskaper kan göras lång, men inkluderar exempelvis personens ålder, dennes allmänna hälsa, övriga sjukdomar, kultur, språk, socioekonomisk status och framför allt personens egenskaper och styrkor (ibid.).

Enligt Maslow (2013) skulle vården bli bättre om vårdpersonalen i större utsträckning skulle anta ett personcentrerat förhållningssätt. Den bristande förståelsen om vad personcentrerad vård är,

vad det innebär och funderingar om hur det skulle kunna tillämpas inom demensvården hindrar dock det personcentrerade förhållningssättet att ta fäste inom vården, beskriver Maslow vidare. Enligt denna studies resultat beskriver vårdpersonalen att de upplever att tiden inte räcker till, och att de på grund av tiden inte kan ge den vård som de egentligen hade velat. Att som Maslow menar att det är bristen på förståelse som är anledningen till att det personcentrerade förhållningssättet inte får fäste anser vi vara motsägande gentemot denna studies resultat, då det i denna studie framkommer att vårdpersonalen upplever att de har bristande kunskap gällande personer med demenssjukdom och demenssjukdomar i sig, men inga upplevelser beskrivs gällande bristande kunskap angående det personcentrerade förhållningssättet specifikt. Vi menar att som vårdpersonal antyda att det är tiden som utgör hindret för att kunna arbeta personcentrerat och därmed uppnå en vård av god kvalitet kan dels vara förståeligt och dels ses som ett sätt att fransäga sig ansvaret för personen som är i behov av vård. Ekman, Hedman, Swedbern och Wallengren (2015) säger att det finns en rad olika fördelar med att arbeta personcentrerat inom vården och att personcentrerad vård är associerad med minskad oro och osäkerhet hos patienten, förbättrad smärtlindring och reducerade medicinska komplikationer efter kirurgi. De beskriver vidare att personcentrerad vård är kostnadseffektivt och leder till minskad sjukhusvistelse efter kronisk hjärtsvikt och höftfrakturer.

För att den personcentrerade vården ska kunna fungera i praktiken även fast tiden är knapp, krävs det att den praktiseras systematiskt och konsekvent, vilket innebär att rutiner bör upprättas för att därigenom skydda och integrera den personcentrerade vården i den dagliga kliniska praxisen (Ekman et al., 2011). Ekman et al. ger förslag på detta, hur den personcentrerade vården ska kunna integreras i den dagliga kliniska praxisen, genom att initiera en rutin i tre olika steg. Det första steget benämns som en initiering till ett partnerskap och handlar om att fånga patientens berättelse i ett vardagligt sammanhang, då den personcentrerade vården handlar om att sätta personens åsikter om dennes livssituation och tillstånd i centrum för vården. Det andra steget handlar om att arbeta på, och upprätthålla partnerskapet samt om att fatta gemensamma beslut, dela erfarenheter och lära av varandra. För att ett gemensamt mål ska kunna uppnås är det nödvändigt att utveckla ett partnerskap. Det tredje och sista steget beskriver Ekman et al. som skyddandet av partnerskapet, och handlar om att personens berättelse ska dokumenteras i patientjournalen. Vårdpersonalen kan bland annat dokumentera sådant som handlar om



personens preferenser, värderingar, övertygelser och engagemang i vård och behandling och bör anses som lika obligatoriskt som dokumentationen av lab- och kliniska fynd (ibid). Utifrån vår litteraturstudie menar vi att vårdpersonalen behöver prioritera den personcentrerade vården och arbeta med detta systematiskt som ovanstående antyder, då det i längden har visat sig spara både tid och pengar. Att spara tid och pengar är av stor betydelse, men en faktor som är av ännu större betydelse och som vi anser bör ses som den största vinsten gällande personcentrerad vård är att den unika individen, dennes värld och allt vad det innebär sätts i centrum för sin egen vård.

### **Metoddiskussion**

För att värdera trovärdigheten i denna litteraturstudie har den bedömts utifrån de fyra kriterierna tillförlitlighet, pålitlighet, bekräftbarhet och överförbarhet (Polit och Beck, 2012, s. 584-585).

För att få en bra tillförlitlighet i denna litteraturstudie har sökorden som använts ansetts som relevanta för studien och för att få fram dessa sökord har svensk MeSH samt fritext använts. Booleska sökoperatörer är ord (AND, OR och NOT) som är till för att kombinera de olika sökorden med varandra (Willman et. al, 2011, s.72-73). I denna litteraturstudie har endast AND använts, detta på grund av att vi fick fram våra studier vid dessa sökningar. Om så inte hade varit fallet, hade sökningar med OR använts som ett verktyg i de systematiska litteratursökningarna. Sökoperatören NOT har inte använts på grund av att detta hade begränsat sökningen, och då vi inte hade något behov av att göra det. Willman et al. (2011, s.73) indikerar att sökoperatören OR "breddar" den systematiska litteratursökningen vilket kan liknas vid att sökningens sensitivitet ökar. Genom att använda OR hade denna litteratursökning fått en större bredd. Vi är medvetna om att sökningen hade kunnat genomföras annorlunda och andra sökoperatörer hade kunnat kombineras för att få en större bredd och mer systematik vid litteratursökningarna och att studien på grund av detta har en lägre tillförlitlighet. För att få en bredare sökning av artiklar användes två databaser. Tillförlitligheten stärktes ytterligare genom att de artiklar som valdes till analysen kvalitetsgranskades med ett protokoll från SBU (2014, s.229), vilket genomfördes av båda författarna. Tio studier kvalitetsgranskades, varvid fem fick hög kvalitet, tre fick medelhög kvalitet och två fick låg kvalitet. Enligt Polit och Beck (2012, s.585) ska studiens tillvägagångsätt vara tydligt beskrivet, för att få en ökad förståelse av resultatet och för att det ska vara tillförlitligt. I denna litteraturstudie är tillvägagångssättet tydligt beskrivet vilket vi ser som en styrka i denna litteraturstudie.

Polit och Beck (2012, s.585) beskriver att pålitlighet handlar om att ha möjligheten till att göra om samma studie och få ett likande resultat. I denna studie har analysen utgått från en metodartikel av Graneheim och Lundman (2004) där de beskriver manifest innehållsanalys, och vi har utifrån denna metodartikel utgått ifrån centrala begrepp som beskrivs i analysen. Analysprocessen har tydligt och detaljerat beskrivits av författarna i brödtext och detta medför att de olika stegen kan följas, enligt Holloway och Wheeler (2013, s.303) är detta ett sätt att stärka pålitligheten i en studie.

För att uppnå bekräftbarhet beskriver Polit och Beck (2012, s. 585) att studiens resultat ska vara kopplat till studiens syfte och att resultatet ska spegla deltagarnas berättelser och upplevelser, inte forskarnas perspektiv och vinklar. Författarna har i denna studie försökt att undvika att se resultatet utifrån egna erfarenheter och tolkningar och innehållet i studien har därför inte tolkats. Detta har vi försökt att uppnå genom ett textnära arbete, vilket även den manifesta innehållsanalysen innebär och kräver. Vi har även förstärkt brödtexten med citat, vilket kan ses som en stryka. Trots detta kan författarnas uppfattningar haft en inverkan på resultatet. Inga meningsenheter har under processens gång tagits bort, utan alla meningsenheter som svarat mot studiens syfte ingår i analysen. Under processens gång har författarna även gått tillbaka till ursprungskällan och diskuterat alla delar i analysen med handledare och studiekamrater för att minska risken för tolkningar.

Polit och Beck (2012, s.585) beskriver att överförbarhet handlar om ifall resultatet är överförbart eller går att föra över till andra grupper eller kontexter. Författarna tror att delar av resultatet är överförbart till vårdpersonal som vårdar personer med demenssjukdom inom hemsjukvården och inom andra sjukvårdsavdelningar, alltså inte bara inom akutvårds- och kirurgiska avdelningar och särskilda boenden. Resultatet kan även vara överförbart vid vård av personer som drabbas av konfusion och andra tillstånd som påverkar personens kognitiva förmågor.

## Slutsatser

Utifrån studiens resultat och diskussion menar vi att det är av stor vikt att vårdpersonalen anammar ett personcentrerat förhållningssätt inom vården av personer med demenssjukdom. Vårdpersonalen behöver prioritera den personcentrerade vården trots att de upplever tiden som

knapp, främst för att personen i fråga ska få bästa möjliga vård men även då det har visat sig spara både tid och pengar i längden. Vi tycker även att studiens resultat samt diskussion tyder på att det krävs en psykisk styrka för att vårda personer med demenssjukdom, samtidigt som det är av stor vikt att ha kunskap om varför personen med demenssjukdom beter sig som hen gör, när personen till exempel är aggressiv, då vi menar att detta kan underlätta svåra situationer.

Studiens resultat har betydelse inom den kliniska praxisen i den bemärkelsen att den bidrar med kunskap om hur vårdpersonal kan komma att uppleva hur det är att vårda människor som har en demenssjukdom inom vård som bedrivs både på sjukhus och på särskilda boenden. Denna kunskap är viktigt för att vårdpersonalen ska kunna stötta varandra i det dagliga arbetet. Den forskning som vi i denna litteraturstudie tagit del av har till stor del skildrat vårdpersonals upplevelser av att vårda äldre personer med demenssjukdomar, och till mindre del återgett vårdpersonals upplevelser av att vårda personer som får sin diagnos före pensionsålder. Därav är ett förslag till vidare forskning inom detta område är vårdpersonalens upplevelser av att vårda personer i yrkesverksam ålder med demenssjukdom. Även ett patientperspektiv inom detta område är ytterligare ett förslag på vidare forskning. Vi förstår att det kan innebära svårigheter med forskning utifrån ett patientperspektiv, då personer med demenssjukdom kan hamna i en särskild utsatt situation, exempelvis när informerats samtycke ska lämnas och när det kommer till att förstå given information om vad forskningen kan komma att innebära för dem. Samtidigt skulle detta kunna medföra att vårdpersonal får en större förståelse av hur personer med demenssjukdom upplever den vården de får.

## Referenser

Referenser markerade med \* ingår i analysen

Bedin, M. G., Droz-Mendelzweig, M., & Chappuis, M. (2013). Caring for elders: The role of registered nurses in nursing homes. *Nursing Inquiry*, 20(2), 111-120. doi:10.1111/j.1440-1800.2012.00598.x

Benbow, S., & Kingston, P. (2016). 'Talking about my experiences ... at times disturbing yet positive': Producing narratives with people living with dementia. *Dementia*, 15(5), 1034-1052. doi:10.1177/1471301214551845

Boyd, R. (2013). Early diagnosis and access to treatment for dementia patients. *Nurse Prescribing*, 11(4), 174-178.

\* Bryon, E., Dierckx De Casterlé, B., & Gastmans, C. (2012). 'Because we see them naked' – nurses' experiences in caring for hospitalized patients with dementia: considering artificial nutrition or hydration (ANH). *Bioethics*, 26(6), 285-295. doi:10.1111/j.1467-8519.2010.01875.x

\* Byers, D., & France, N. (2008). The lived experience of registered nurses providing care to patients with dementia in the acute care setting: a phenomenological study. *International Journal for Human Caring*, 12(4), 44-49.

Carroll, J., & Qualls, S. H. (2014). Moving into senior housing: Adapting the old, embracing the new. *Generations*, 38(1), 42-47.

\* Cowdell, F. (2010). Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nursing Standard*, 24(23), 42-48.

\* Edberg, A., Bird, M., Richards, D., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health*, 12(2), 236-243.

Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., Sellevold, G. S., & Sørli, V. (2013). Time ethics for persons with dementia in care homes. *Nursing Ethics*, *20*(1), 51-60. doi:10.1177/0969733012448968

Ekman, I., Hedman, H., Swedberg, K., & Wallengren, C. (2015). Commentary: Swedish initiative on person centred care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *350*h160. doi:10.1136/bmj.h160

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., & ... Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *10*(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, *62*, 107-115.

\* Eriksson, C., & Saveman, B. (2002). Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *16*(1), 79-85.

Førsund, L. H., Skovdahl, K., Kiik, R., & Ytrehus, S. (2015). The loss of a shared lifetime: a qualitative study exploring spouses' experiences of losing couplehood with their partner with dementia living in institutional care. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(1/2), 121-130. doi:10.1111/jocn.12648

\* Fukuda, R., Shimizu, Y., & Seto, N. (2015). Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *10*25828. doi:10.3402/qhw.v10.25828

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

Heath, H., Sturdy, D., & Wilcock, G. (2010). Improving quality of care for people with dementia in general hospitals. *Nursing Older People*, 1-16.

Heggestad, A. T., Nortvedt, P., & Slettebø, Å. (2013). 'Like a prison without bars': Dementia and experiences of dignity. *Nursing Ethics*, 20(8), 881-892. doi:10.1177/0969733013484484

Hertogh, C. M., Anne Mei The, B., Miesen, B. M., & Eefsting, J. A. (2004). Truth telling and truthfulness in the care for patients with advanced dementia: an ethnographic study in Dutch nursing homes. *Social Science & Medicine*, 591685-1693. doi:10.1016/j.socscimed.2004.02.015

Holloway, I., & Wheeler, S. (2013). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Chicester: Wiley-Blackwell.

\* Hynninen, N., Saarnio, R., & Isola, A. (2015). The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1/2), 192-201. doi:10.1111/jocn.12669

Karlsson, I., Ekman, S., & Fagerberg, I. (2008). To both be like a captain and fellow worker of the caring team: The meaning of nurse assistants' expectations of registered nurses in Swedish residential care homes. *International Journal of Older People Nursing*, 3(1), 35-45. doi:10.1111/j.1748-3743.2007.00084.x

Lowery, D., & Warner, J. (2009). Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD): The personal and practical costs of dementia. *Journal of Integrated Care*, 17(2), 13

Maslow, K. (2013). Person Centered Care for People with Dementia: Opportunities and challenges. *Generations*, 37(3), 8-15.

\* Nolan, L. (2007). Mental health. Caring for people with dementia in the acute setting: Study of nurses' views. *British Journal Of Nursing*, 16(7), 419-422.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer

business.

Preshaw, D. H., Brazil, K., McLaughlin, D., & Frolic, A. (2016). Ethical issues experienced by healthcare workers in nursing homes: Literature review. *Nursing Ethics*, 23(5), 490-506.

doi:10.1177/0969733015576357

\* Rasmussen, H., & Hellzen, O. (2013). The meaning of long-term caregiving for patients with frontal lobe dementia. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 819860. doi:10.3402/qhw.v8i0.19860

SBU (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. (2 uppl.) Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2015). Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13/14), 1916-1925. doi:10.1111/jocn.12822

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

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 31 augusti, 2016, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Svensk sjuksköterskeföreningen om...: Omvårdnad och god vård* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från [http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.vard\\_april\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.vard_april_2014.pdf)

Thorne, S., Canam, C., Dahinten, S., Hall, W., Henderson, A., & Kirkham, S. (1998). Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1257-

1268. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00623.x

Veselinova, C. (2013). Dementia awareness: providing person-centred care. *Nursing & Residential Care*, 15(9), 622-626.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtzevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (2. uppl.). Studentlitteratur: Lund.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtzevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3. uppl.). Studentlitteratur: Lund.

Wolverson, E., Clarke, C., & Moniz-Cook, E. (2016). Living positively with dementia: a systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Aging & Mental Health*, 20(7), 676-699. doi:10.1080/13607863.2015.1052777