



**Självständigt arbete inom vård av äldre, 15 hp,
Magisterexamen
VT 2019/HT 2019
Fakulteten för hälsovetenskap**

Hur omvårdnadspersonal uppmärksammar och lindrar oro på demensboende

En studie med fri noteringsmetod

Erika Tegnér

Författare
Erika Tegnér

Titel
Hur omvårdnadspersonal uppmärksammar och lindrar oro på demensboende
En studie med fri noteringsmetod

Engelsk titel
How nursing staff pay attention to and relieve anxiety in residential care for persons with dementia
A free listing method study

Handledare
Ingela Beck

Examinator
Kerstin Blomqvist

Sammanfattning
Bakgrund: Oro och ångest är vanligt förekommande symtom hos personer med kognitiv sjukdom som en följd av att dessa personer har svårt att hantera olika sinnesintryck. Oro och ångest är plågsamma tillstånd och påverkar välbefinnandet negativt. De som till största delen vårdar personer med kognitiv sjukdom är omvårdnadspersonal. Syfte: Studiens syfte var att beskriva omvårdnadspersonalens erfarenheter av att uppmärksamma och lindra oro hos äldre personer med kognitiv sjukdom vid demensboende. Metod: En kvalitativ innehållsanalys användes för att få svar på studiens syfte. Tio anställda vid två demensboenden i södra Sverige som genomgått utbildning inom personcentrerad vård till äldre och personer med kognitiv sjukdom förde dagboksanteckningar under fjorton dagar där de noterade händelser där de identifierat oro och hur de lindrat den. Meningsbärande enheter togs ut, kondenserades och bildade underkategorier som sedan delades in i kategorier. Resultat: Omvårdnadspersonalen uppmärksammar oro genom kroppsliga- och känslomässiga uttryck. De lindrar oro genom att använda sig själva som redskap, genom att tillgodose kroppsliga behov och göra anpassningar i miljön. Diskussion: När omvårdnadspersonal använder sin kompetens, ett personcentrerat förhållningssätt och är engagerade i sitt arbete lyckas de oftast lindra oro hos personer med kognitiv sjukdom. Slutsats: Omvårdnadspersonalens förmåga att lindra oro var framgångsrik och det verkar som att omvårdnadspersonalen fått nytta av den utbildning de genomgått inom personcentrerad vård till äldre och personer med kognitiv sjukdom. Fortsatt forskning inom området skulle kunna vara att undersöka hur sjuksköterskan arbetar i team för att särskilja kroppsliga- och känslomässiga uttryck för oro och smärta.

Ämnesord
Omvårdnadspersonal, Äldre, Kognitiv sjukdom, Oro/ångest, Demensboende, Omvårdnad

Author

Erika Tegnér

Title

How nursing staff pay attention to and relieve anxiety in residential care to persons with dementia.
A free listing method study

Supervisor

Ingela Beck

Examiner

Kerstin Blomqvist

Abstract

Background: Worry and anxiety are common symptoms in people with cognitive disorders as a result of having difficulty coping with different feelings. Worry and anxiety are distressing conditions and affect well-being. Those who care for people with cognitive disorders are mainly nursing staff. Aim: The purpose of the study was to describe the nursing staff's experiences of paying attention to and alleviating anxiety of older people with cognitive illness in dementia. Method: A qualitative study was used to answer the study's purpose. Ten nursing staff at two dementia residences in southern Sweden who had underwent training in person-centered care for the elderly and people with cognitive illness kept diary notes for fourteen days where they freely noted events in which they identified concerns and how they alleviated them. Data was content analysed. Meaning-bearing units were identified, condensed and formed subcategories, which were sorted into categories. Outcome: The nursing staff draws attention to worry and anxiety through physical and by adjusting in the environment. Discussion: When the nursing staff uses their skills, a person-centered approach and are engaged in their work they often succeed in alleviating the worry of people with cognitive illness. Conclusion: The nursing staff's ability to relieve anxiety was successful and it seems that the nursing staff benefited from the training they had received in person-centered care for the elderly and people with cognitive illness. Future research in this field could be to examine how the nurse work in teams to distinguish between bodily and emotional expressions of anxiety and pain.

Keywords

Nursingstaff, Older, Cognitive disease, Fear/anxiety, Dementia residence, Nursing

Innehållsförteckning

Inledning.....	6
Bakgrund	6
Oro och ångest	7
Omvårdnadsåtgärder vid oro och ångest.....	8
Oro vid kognitiv sjukdom.....	8
Omvårdnadsåtgärder vid oro hos personer med kognitiv sjukdom	9
Omvårdnadspersonalen	10
Personcentrerad omvårdnad	11
Problemformulering.....	12
Syfte	13
Metod	13
Design.....	13
Kontext.....	13
Demensboende	13
Urval och genomförande	14
Datainsamlingsmetod.....	15
Förförståelse	15
Analysmetod.....	16
Etiska överväganden	17
Resultat.....	18
Att uppmärksamma oro.....	18
Kroppsliga uttryck för oro	18
Känslomässiga uttryck för oro.....	19
Att lindra oro.....	20

Att använda sig själv som redskap.....	20
Att tillgodose kroppsliga behov.....	21
Att göra anpassningar i miljön.....	21
Resultat av omvårdnadsåtgärder.....	22
Diskussion.....	25
Metoddiskussion.....	25
Resultatdiskussion.....	27
Slutsats.....	30
Kliniska implikationer.....	31
Förslag till vidare forskning.....	31
Referenser.....	32
Bilagor.....	38
Bilaga 1 Informationsbrev till verksamhetschef.....	38
Bilaga 2 Informationsbrev och förfrågan om medverkan i en studie.....	40
Bilaga 3 Skriftligt informerat samtycke.....	42
Bilaga 4 Noteringsdagbok.....	43

Inledning

Oro och ångest är vanligt förekommande symtom hos personer med kognitiv sjukdom och bidrar till en försämrad livskvalitet (Goyal, Engedal, & Eriksen, 2019). När oro och ångest uppkommer är det primära att ta reda på vad som orsakade den (Edberg & Ericsson, 2017). Inledningsvis kan den som är sjuk ofta bo hemma med stöd av närstående, kommun och landsting/region. När sjukdomen progredierar och vårdbehovet blir större behöver personen ofta flytta till ett särskilt boende anpassat efter deras behov och med personal med kompetens att tillgodose behoven. De som till största delen vårdar personer med en kognitiv sjukdom vid demensboende är undersköterskor och vårdbiträden. De har i många fall en lång och gedigen erfarenhet och har fått specifik utbildning i hur de ska möta personer med kognitiv sjukdom (Socialstyrelsen, 2017). För att äldre personer med kognitiv sjukdom ska få den omsorg och det stöd som de behöver är det angeläget att få kunskap om hur de som till stora delar vårdar de personerna vid demensboenden gör för att uppmärksamma den äldres besvär och lindra dessa.

Bakgrund

I Sverige, beräknas årligen runt 20 000–25 000 personer insjukna i kognitiv sjukdom och gruppen beräknas öka i och med att 40-talisternas börjar bli äldre. I Sverige beräknas omkring 130 000–150 000 personer lever med en kognitiv sjukdom (Socialstyrelsen, 2017). För att förbättra vården för personer med kognitiv sjukdom i Sverige och runt om i världen har internationella riktlinjer tagits fram. Riktlinjerna innefattar att kognitiv sjukdom ska ses som en folkhälsosjukdom, att omsorg och stöd ska ges till den sjuke samt att stöd ska ges till vårdpersonal (WHO, 2018).

Åldrandet innebär inte bara att vi bli äldre utan även en ökad risk för att drabbas av en eller flera sjukdomar (Ernst Bravell, Ivanoff & Edberg, 2017). Risken att drabbas av en kognitiv sjukdom ökar med åldern och för de som är över 90 år har ungefär hälften sjukdomen (Socialstyrelsen, 2018a). Kognitiv sjukdom, även kallat demenssjukdom, inkluderar flera olika tillstånd; primärdegenerativa sjukdomar, vaskulära sjukdomar och sekundära sjukdomar. Det alla har gemensamt är en försämrad kognitiv förmåga. Med kognition menas förmågor såsom tänkande, minne, inlärning, orientering, språk och hantering av information. För att klara av ett vardagsliv krävs en fungerande kognitiv förmåga (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2011). När den kognitiva förmågan

sviktar allt mer kan det bli aktuellt att flytta till ett demensboende (Socialstyrelsen, 2017). En norsk studie följde 696 patienter från det att de flyttade in på vårdboende tills de avled. Över 80% av de personerna som flyttade in på vårdboende hade en kognitiv sjukdom. Dessa personer var i genomsnitt yngre, i bättre fysisk form, hade mindre smärta och bättre syn jämfört med dem som inte hade en kognitiv sjukdom. Av dem med en kognitiv sjukdom uppvisade ca 63% neuropsykiatriska symtom där oro och depression var de vanligaste besvären (Røen, Selbæk, Kirkevold, Engedal, Testad & Bergh, 2017). Vid nedsatt kognitiv förmåga är det alltså vanligt att drabbas av psykiska besvär som exempelvis oro och ångest.

Oro och ångest

Psykisk ohälsa såsom oro, ångest och depression hos äldre är ett samhällsproblem som påverkar den enskilda individen negativt. Psykisk ohälsa hos äldre har inte uppmärksammats i samma utsträckning som psykisk ohälsa hos yngre. Biologiska förändringar, kroppsliga sjukdomar, ensamhet och bristfällig kost är några exempel på tänkbara orsaker till den psykiska ohälsan (Socialstyrelsen, 2018b). Oro och ångest kan många äldre känna och ibland förknippas det felaktigt till det naturliga åldrandet. Hur känslorna hanteras skiljer sig åt likaså vilka uttryck symtomen tar. Irrationellt och destruktivt tänkande, en vardag som uppfattas kaotisk och en känsla av att inte ha kontroll över sin situation är vanliga upplevelser. Ångest som uppträder i yngre år brukar följa personen genom livet och benämns då som primär ångestsjukdom. Ångestsymtom som tar sin början efter 65 års ålder kan orsakas av läkemedel, en somatisk sjukdom eller depression, och benämns som sekundär ångest. Även sociala faktorer, såsom att bli beroende av andra, understimulering och att tvingas flytta, kan orsaka ångest. Vanliga symtom vid oro och ångest är sömnsvårigheter, hjärtklappning, sväljbesvär och psykiska åkommor. En rastlöshet som yttrar sig i vandrande kan uppkomma i kroppen. Sviktande hälsa såsom minnesproblematik eller en allmän försämring kan bidra till ökad oro (Edberg et al., 2017b). En randomiserad kontrollerad studie genomförd i Australien av Brook et al. (2011) fann att kroniska hälsoproblem såsom höftartit kunde ge mer oro än exempelvis en stroke vilket förklarades med en påtaglig rädsla för att falla. Att känna sig otrygg och rädsla för att skada sig och bli beroende av andra bidrog till oron (Brook et al., 2011). Således är det viktigt att förstå att det finnas många olika orsaker till äldres oro och ångest och att oro och ångest kan uttryckas på olika sätt.

Omvårdnadsåtgärder vid oro och ångest

Omvårdnadsåtgärder som har lindrande effekt vid oro och ångest kan vara stöd och bekräftelse. Det är även viktigt att den äldre får ge uttryck för sina känslor (Edberg et al., 2017a). I en gruppintervention för personer över 65 år som levde under liknande förhållanden träffades i en grupp regelbundet under en tid och diskuterade existentiella frågor och åldrandet. Deltagarna i gruppen upplevde en bättre psykisk hälsa när de kunde prata om sina känslor och upplevelser men även på grund av att de varje vecka hade som rutin att komma hemifrån och träffa gruppen (Socialstyrelsen, 2019). Vid ångest kan kroppsliga symtom såsom stickningar i händer uppkomma som en följd av hyperventilering då för mycket koldioxid andas ut. Genom att kupa personens händer över munnen för att andas in utandningsluften kan balansen återställas. Känslor av att inte få luft kan lindras av att andas in frisk luft. Kall dryck kan även lindra (Edberg et al., 2017a). När personen åter känner lugn är det viktigt att få prata om det som har hänt och om möjligt identifiera vad som utlöste ångesten (Edberg & Ericsson, 2017; Edberg et al., 2017a). Återkommande ångestattacker/symtom kan behandlas med kognitiv beteendeterapi och läkemedel i form av SSRI-preparat, selektiva serotoninåterupptagshämmare (Edberg et al., 2017a). Drugge, Andersson, Andersson, Sjöström och Östman (2018) fann i sin studie att äldre blev symtomlindrande av samtalsstöd och att få berätta för någon om sin oro och andra känslor. Att få bekräftelse och att någon lyssnade stärkte självkänslan. Samtalen stärkte även förmågan att använda sig av de copingstrategier som de tidigare använt i livet (Drugge et al., 2018).

Oro vid kognitiv sjukdom

Att symtom som oro och ångest ofta uppkommer i samband med kognitiv sjukdom beror på att den sjuke har svårt att hantera olika sinnesintryck, har svårigheter att förmedla sig eller svårigheter med att läsa och tolka kroppsliga signaler som en följd av den kognitiva svikten (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2011). Oro, ångest, hallucinationer och nedstämdhet är de symtomen som ofta visar sig. Även symtom som vandrande, apati, aggressivitet och rastlöshet kan förekomma. När symtom på oro uttrycks är den primära uppgiften att ta reda på vad som orsakar oron. En stressande och störande omgivning kan vara en utlösande faktor, en annan kan vara att personen exempelvis har smärta. Hur oron ska hanteras beror på vad som orsakade den (Edberg & Ericsson, 2017). Personer med kognitiv sjukdom, närstående och personal deltog i en kvalitativ studie som utfördes i

England där syftet var att ta reda på vad som orsakade oron. I början av sjukdomen orsakades oron av att komma till insikt om att ha drabbats av sjukdomen. Förlust av förmågor till verbal kommunikation och bilkörning bidrog till en ökad isolering och beroende av andra människor och försämrad självkänsla ledde till oro. Fysiska besvär som förstoppning och infektioner bidrog även till oro, likasom en stökig miljö. I vissa fall kunde oro uppkomma utan några identifierbara orsaker (Qazi, Spector & Orrell, 2010).

Omvårdnadsåtgärder vid oro hos personer med kognitiv sjukdom

Trots en framskriden kognitiv sjukdom kan självkänslan ändå vara bevarad och det är viktigt att personen bemöts med respekt och att integriteten värnas. Skovdahl och Kihlgren (2011) skriver om att personen har en historia, upplevelser, åsikter och en personlighet som behöver beaktas och bejakas. I samtal kan personen ofta vara delaktig men hen kan behöva extra lång tid på sig för att svara. Det är då viktigt att vänta in personen. Flera direktiv åt gången är svårt att ta in och att använda kroppsspråket vid kommunikation är gynnsamt. För att ge en personcentrerad vård måste omgivningen anpassas efter personens förmågor när det exempelvis finns en fysisk begränsning eller vid kommunikationssvårigheter. Vilka omvårdnadsåtgärder som har god effekt är individuellt men forskning visar att beröring, massage, lugn och ro och fysisk aktivitet kan vara gynnsamt (Skovdahl & Kihlgren, 2011). Musikterapi under sex veckors tid med en terapeut har visat god effekt på att minska graden av agitation dock inte uppkomsten av den (Ridder, Stige, Qvaleb & Gold, 2013). Till en början kunde personerna vara förvirrade och oroliga men när det visade sig att sessionerna var kravlösa blev många lugna och kunde sjunga med (Ridder, Stige, Qvaleb & Gold, 2013). Även omgivningen kan påverka personer med kognitiv sjukdom. En boendemiljö som inte är optimal kan utlösa oro och aggressivitet. Personal som är otålig och tillrättavisar fel och brister kan bidra till oro och få en negativ effekt på självkänslan. Miljön runt personen ska motsvara de behov och förutsättningar som individen faktiskt har. Det ställer höga krav på personalen som ska tillhandahålla en trygg vardag (Skovdahl & Kihlgren, 2011). En tvärsnittsstudie genomförd i USA visade att omvårdnadspersonalens kompetens var starkt förknippad med att kunna lindra ångestsymtom hos personer med kognitiv sjukdom (Neville & Teri, 2011). Att vara omtänksam och inte vara konfronterande i orosituationer minskade oron likaså att det var lugn och ro runtomkring var viktigt och att sömnen fungerade. Meningsfulla aktiviteter som att lyssna på musik, titta på gamla fotografier var

lugnande och personalen ansåg att en högre bemanning bidrog till att kunna ge en trygg och lugn vardag för dem med kognitiv sjukdom. Närstående framhöll vikten av att deras sjuka anhöriga blev bemötta med värdighet och respekt. Lugnande läkemedel skulle användas som en sista utväg vid oro (Qazi et al., 2010). En amerikansk studie av Cohen-Mansfield, Libin och Marx (2006) undersökte effekten av lugnande läkemedel kontra omvårdnadsåtgärder hos personer med kognitiv sjukdom som uppvisade oro. Resultatet påvisade god effekt av omvårdnadshandlingar utarbetade specifikt för varje enskild person, så kallad personcentrerad vård. Genom att ta reda på personens livshistoria och anpassa aktiviteter efter personens förmåga lindrades oron. Med enkla medel såsom promenader, lägga puzzel, filmvisning eller massage stimulerades personerna till en meningsfull vardag vilket resulterade i minskad oro (Cohen-Mansfield, Libin & Marx, 2006). Personalens förmåga att tillhandahålla en lugn och stabil miljö är alltså viktigt för lindring av personers oro och ångest vid kognitiv sjukdom.

Omvårdnadspersonalen

Undersköterskor och vårdbiträden arbetar närmast personer med kognitiv sjukdom och utför den största delen av de omvårdnadsåtgärder som krävs. Många har en kortare teoretisk utbildning och det finns en strävan från samhällets sida att öka kompetensen bland personalen genom demensutbildningar (Socialstyrelsen, 2017). För närvarande är forskning bristfällig om hur omvårdnadspersonalen ska få de kunskaper, färdigheter och det förhållningssätt som krävs för att kunna stödja personer med kognitiv sjukdom (Smythe, Bentam, Jenkins & Oyeboode, 2015). Forskningsgruppen undersökte genom fokusgruppintervjuer personalens erfarenheter av att arbeta med personer med kognitiv sjukdom. Personalen ansåg att färdigheter för att arbeta personcentrerat var medfödda och inte kunde läras. Effektiva sätt för att förbättra sina färdigheter inom personcentrerad vård var att lära av varandra, lära genom erfarenhet och lära genom att arbeta personcentrerat. Den personcentrerade vården genomsyrades av att personalen bemötte personerna med respekt, tålmod och att de hade de rätta förutsättningarna för att kunna uppfylla personernas önskemål (Smythe et al., 2015). I en norsk intervjustudie undersöktes personalens upplevelse av vad som lindrade oro och ångest hos personer med kognitiv sjukdom. Personalen tyckte det var svårt att identifiera vad oron och ångesten berodde på då personer med kognitiv sjukdom har svårt att uttrycka sig men det framkom att personalen ansåg att de bästa sätten att lindra oro var att ge en trygg och stabil miljö och

att stötta deras familjer. Andra viktiga aspekter var att vara närvarande i mötet med personen, att ge trygghet och tröst. Genom att ha förståelse för personerna och genom att ha tagit del av dennes livsberättelse var det lättare att trösta personen. Personalens förmåga att läsa kroppsspråk och ansiktsuttryck kunde bidra till lindring av oro (Engedal & Eriksen, 2019). Följaktligen ställs det höga krav på personalen för att kunna bemöta personer med kognitiv sjukdom och ge en personcentrerad vård anpassad efter varje enskild persons behov.

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad är en viktig grund vid vård av personer med kognitiv sjukdom (Edberg, 2011). Personcentrerad vård betyder att hela personen synliggörs inte bara sjukdomen. Att arbeta personcentrerat innebär, trots sjukdom som påverkar hälsa och förmåga negativt, en strävan efter att bibehålla det friska (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Inom demensvården beskrivs vikten av att ha fokus på de förmågor personen har och inte sätta sjukdomen i fokus. Kännedom om personens levnadsberättelse och information från närstående om vem personen som vårdas är underlättar för personalen att kunna ge personcentrerad omvårdnad (McCormack & McCance, 2010). Edvardsson, Winblad och Sandman (2008) har i en forskningsöversikt identifierat sex kärnkompetenser för personcentrerad omvårdnad: att se personligheten och det som kan vara dolt, observera personens behov, sträva efter en personlig vård, om möjligt låta den sjuke vara delaktig i beslut, att genom observation kunna se verkligheten ur det perspektiv den med kognitiv sjukdom har och att prioritera personen före praktiska uppgifter som står på dagordningen. Värderingar och varje individs värde är grundpelarna inom den personcentrerade vården (Edvardsson et al., 2008). McCormack och McCance (2010) har utarbetat en personcentrerad modell för att kunna möjliggöra personcentrerad vård på ett bra sätt. Modellen som är framtagen inom vård av äldre personer innehåller fem komponenter för personcentrerad vård; samhällsperspektiv, förutsättningar, vårdandets sammanhang, den personcentrerade processen och personcentrerat resultat. För att kunna ge personcentrerad vård behöver organisationen vara uppbyggd för att möjliggöra personcentrerad vård. Vårdaren behöver kompetens och ett engagemang för sitt arbete med äldre personer. Teamet runt den äldre ska vara organiserat för att kunna ta till vara allas kompetenser. Den äldre personens värderingar ska stå i centrum och hur de ska få möjlighet att delta i beslutsfattandet. Dessa åtgärder ska mynna ut i ett resultat där

den äldre personen känner välbefinnande och delaktighet (McCormack & McCance, 2010). Edvardsson, Fetherstonhaugh och Nay (2010) genomförde en kvalitativ studie där personer med kognitiv sjukdom, närstående och personal fick beskriva vad personcentrerad vård var för dem. De ansåg att personcentrerad vård innebär att personer med kognitiv sjukdom skulle stöttas i att kunna fortsätta leva ett så normalt liv som möjligt, behandlas med värdighet och delta i beslut om sitt eget liv. Kunskap om personens tidigare liv och intressen var förutsättningar för en personcentrerad vård. Involvering av närstående i vården var en central del som bidrog till en ökad tillit till personalen. Erbjudande av meningsfulla aktiviteter till den äldre och att omges av personliga föremål såsom fotografier stärkte identiteten och kunde bidra till samtalsämnen. Slutligen, innefattade personcentrerad vård att vara flexibel som personal och anpassa sig till personens behov och inte personalens behov och göromål (Edvardsson et al., 2010). De som vårdar personer med kognitiv sjukdom behöver alltså besitta en specifik kompetens för att uppmärksamma personers behov för att lindra oro.

Problemformulering

På demensboenden i Sverige bor omkring 66 000 äldre personer med någon form av kognitiv sjukdom. De som arbetar närmast dessa personer är undersköterskor och vårdbiträden (Socialstyrelsen, 2017). Det är en stor utmaning att vårda personer som har svårt att uttrycka sig verbalt (Rahm-Hallberg, 2011). Vården av personer med kognitiv sjukdom bör genomsyras av personcentrerad omvårdnad som innebär att omvårdnaden anpassas efter personens situation och behov (Socialstyrelsen, 2017). En utmaning för personal som arbetar inom demensvården är att upptäcka och lindra symtom som exempelvis ångest och oro eftersom personer med kognitiv sjukdom ofta har svårt att kommunicera sina problem och behov (Rahm-Hallberg, 2011). Det är samtidigt rimligt att tro att många anställda besitter tyst kunskap om hur ångest och oro yttrar sig och vad som lindrar besvären. Eftersom ångest och oro är plågsamma tillstånd är det angeläget att undersöka omvårdnadspersonalens erfarenheter av att uppmärksamma och lindra oro hos personer med kognitiv sjukdom. Den tysta kunskapen omvårdnadspersonalen besitter behövs även för att förstå vilket stöd omvårdnadspersonal behöver för att kunna uppmärksamma oro och tillgodose behov vid oro och ångest hos personer med kognitiv sjukdom.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva omvårdnadspersonals erfarenheter av att uppmärksamma och lindra oro hos äldre personer med kognitiv sjukdom vid demensboende.

Metod

Design

Studien har genomförts med kvalitativ metodik (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017) där data samlats in med en fri noteringsmetod (Lindqvist et al., 2012). Metoden går ut på att fritt, under en begränsad tid, notera de iakttagelser som personalen uppmärksammar och variationen av åtgärder som utförts. Kvalitativ innehållsanalys är lämplig metod för att tolka texter (Graneheim & Lundman, 2004), exempelvis dagboksanteckningar. Således bedömdes kvalitativ innehållsanalys vara lämplig för att analysera data.

Kontext

Demensboende

Studien har genomförts vid demensboenden i södra Sverige. På det ena demensboendet bor 16 personer fördelat på två avdelningar och det andra boendet 20 personer fördelat på två avdelningar. Personerna har sina egna lägenheter men det finns möjlighet till umgänge i gemensamma utrymmen. På boendena arbetar undersköterskor och vårdbiträden närmast personerna med kognitiv sjukdom. Servicepersonal arbetar på boendena och har som uppgift att ansvara för aktivitet, tillreda mat och servera den samt bistå dem som behöver hjälp vid matsituationen. Utöver undersköterskor och vårdbiträden arbetar även en omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt en fysioterapeut och en arbetsterapeut i ett teambaserat arbete. Undersköterskor, vårdbiträden och servicepersonal kommer härnäst i detta arbete benämnas som personal.

Vid de demensboenden där studien genomförts har en tredagars utbildning i personcentrerad vård till äldre personer med kognitiv sjukdom hållits till personalen. All personal har gått en tredagars utbildning inom personcentrerad vård till äldre och personer

med kognitiv sjukdom följt av vägledning vid fem tillfällen av utbildaren, därefter har regelbundna reflektionstillfällen genomförts. Varje avdelning/boende har en utsedd demensansvarig som har fått extra utbildning i att stödja den egna arbetsgruppen att hålla kvar bra arbetssätt samt att leda kollegorna i att reflektera. För att behålla kompetens och sprida kunskap hålls regelbundna nätverksträffar för demensansvariga tillsammans med andra verksamheter som arbetar på samma sätt. I samband med utbildningsinsatsen erbjuds närstående studiecirklar för att få tips och råd om åldrande och kognitiv sjukdom. Årligen undersöks att arbetssättet efterlevs genom egenkontroller och nätverksträffar. Två gånger per år genomförs egenkontroller på respektive boende där verksamhetschef alternativt en verksamhetschef från ett annat boende kontrollerar att de bestämda riktlinjerna efterföljs. Några av de krav som finns är att minst 80 % av personalen genomgått utbildning inom personcentrerad vård till äldre och personer med kognitiv sjukdom, att närstående erbjuds utbildning och att varje boende har en utsedd demensansvarig person. Den utsedda demensansvariga får två gånger per år delta i en nätverksträff där de får redogöra för hur arbetet med personcentrerad vård efterlevs på deras boende.

Urval och genomförande

Ett ändamålsenligt urval av omvårdnadspersonal har använts. Polit och Beck (2017) beskriver att en kvalitativ studie bör använda sig av ett ändamålsenligt urval, vilket innebär att informanterna har erfarenhet av ämnet som undersöks. Inklusionskriterierna för att delta i studien var att ha arbetat som undersköterska, vårdbiträde eller som servicepersonal inom demensvård under minst ett år samt att ha genomgått en tredagars utbildning inom personcentrerad vård till äldre och med kognitiv sjukdom. Totalt tillfrågades omkring 35 personer varav tio tackade ja till att delta i studien. Samtliga deltagare var kvinnor, sju var undersköterskor, två vårdbiträden och en serviceassistent. Sju hade arbetat i mer än tio år inom demensvård och tre i ett till fem år. Hälften av deltagarna var över 46 år och en var under 25 år.

Verksamhetschefer för respektive demensboende har kontaktats via telefon och givits muntlig och skriftlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt samt tillfrågats om tillstånd att genomföra studien inom deras verksamhet (bilaga 1). Efter godkännande deltog jag på en APT (arbetsplatsträff) där omvårdnadspersonalen gavs information om studiens syfte och genomförande och tillfrågades om intresse av att delta i studien. I informationen poängterades att deltagandet var frivilligt och deltagandet kan avbrytas när

som helst utan vidare förklaring (bilaga 2). Skriftligt informerat samtycke inhämtades från deltagarna innan studien påbörjades (bilaga 3).

Datainsamlingsmetod

För att undersöka personalens upplevelser av hur de uppmärksammar oro och vilka åtgärder de vidtar för att lindra oro hos personer med kognitiv sjukdom höll författaren ett reflektionsmöte med deltagarna i studien. De som gav sitt samtycke till att delta i studien erbjöds att närvara i en reflektionsgrupp där de reflekterade över hur oro kan uttrycka sig och vilka omvårdnadsåtgärder de vidtar för att lindra oron. Författaren betonade att studien inte fokuserade läkemedelsbehandling vid oro utan konkreta omvårdnadsåtgärder. Syftet med reflektionsmötet var att ge ett konkret exempel på hur de kunde skriva vad de faktiskt gör för att uppmärksamma oro och vilka åtgärder de vidtar för att lindra oro hos personer som de vårdar under en dag. Efter reflektionen och efter att ett konkret exempel tagits fram påbörjades datainsamlingen där var och en fritt noterade händelser när de identifierat oro och hur de lindrat den. Variationen i hur oro uppmärksammades var intressant och inte frekvensen. Fingerade namn som Kalle och Stina användes för att personernas identitet inte skulle röjas men också för att inte objektifiera personerna. Under två veckor noterade personalen fritt hur de uppmärksammat oro och vilka omvårdnadsåtgärder de vidtog vid en situation där en person med kognitiv sjukdom var orolig. Alla fick en egen noteringsdagbok (bilaga 4). Författaren föreslog att de efter avslutat arbetspass skulle sätta sig ner enskilt och reflektera och skriva noteringar. Under studiens första vecka skickade författaren ut e-postmeddelande till deltagarna för att påminna om studien samt gick runt på avdelningarna för att kunna ge stöd i hur de skulle föra sina anteckningar. När två veckor hade gått fick personalen lägga dagboksanteckningarna i en försluten låda. På så vis gick det inte att urskilja vem som skrivit vad. Totalt gjordes 44 dagboksanteckningar som kunde delas in i 60 olika noteringar om hur oro uppmärksammades och 92 noteringar av vilka åtgärder som vidtogs. Vissa av noteringarna beskrev mer omfattande medan andra var mer kortfattade.

Förförståelse

Syftet med forskning är att få fram ny kunskap. Oftast finns det inte bara en sanning utan flera beroende på hur datamaterial tolkas. I den hermeneutiska fenomenologin används

den egna förförståelsen för att tolka materialet (Pilhammar & Skyvell-Nilsson, 2017). Den egna studiens trovärdighet handlar därför om hur författaren har hanterat sin förförståelse. Huruvida förförståelsen ska nyttjas i studier är omtvistat dock vet vi att den kunskap och erfarenhet författaren besitter påverkar (Lundman & Graneheim, 2017). Författaren har en viss förförståelse inom det valda området utifrån att arbeta som sjuksköterska på demensboenden. Jag har arbetat elva år som sjuksköterska och inom äldreården till och från under 20 års tid. På grund av det egna arbetet inom demensården har intresset väckts just för en studie kring hur oro yttrar sig och vilka omvårdnadsåtgärder som ges vid oro. Min förförståelse skulle kunna vara att jag redan sett hur en del av personalen hanterar oro och därmed redan tror mig veta deras uppfattningar. Då medvetenheten finns om denna förförståelse vill jag tro att den genererar nyfikenhet som kan bidra till en djupare förståelse av materialet. Min handledare har viss erfarenhet av att vårda äldre personer med kognitiv sjukdom genom att ha arbetat som undersköterska på en psykiatrisk avdelning samt att ha vårdat personer med nedsatt kognitiv förmåga i samband med hjärnmetastaser vid cancersjukdom och vid vård i livets slutskede. Hon har även studerat omvårdnadspersonals erfarenhet av palliativ vård till äldre personer vid vård- och omsorgsboende och hur en utbildningsinsats påverkade dem och deras arbetsituation. Handledarens förförståelse är att personalen framförallt uppmärksammar oro genom att notera ett förändrat beteende och att åtgärder som genomförs framförallt handlar om avledande åtgärder och att genomföra förändringar i den fysiska miljön. Genom att analysera materialet tillsammans vill vi tro att vi lyckats undvika att vår förförståelse påverkat analysen.

Analysmetod

Materialet som samlats in har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. Lundman och Graneheim (2017) beskriver denna metod som användbar inom vårdvetenskapen där texter ska tolkas och analyseras. Det insamlade materialet har analyserats av författaren med stöd av en handledare. Materialet har lästs igenom flera gånger av båda för att få en förståelse för texten. Därefter togs meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte ut. Meningsenheterna kondenserades, det väsentliga i materialet bibehölls och onödiga ord sorterades bort. De kondenserade meningsenheterna sorterades in i underkategorier och slutligen i kategorier om hur oro uppmärksammas respektive hur oro

lindras. Ett mönster framträdde av omvårdnadsåtgärder som vidtogs för de olika orosuttrycken. Under analysprocessen fördes kontinuerliga diskussioner mellan författaren och handledaren. Huvuddelen av analysen har gjorts av författaren men med stöd av handledaren. Det slutgiltiga resultatet presenterades för tre av studiedeltagarna som kunde bekräfta resultatet.

Etiska överväganden

Ansökan om forskningsetiskt godkännande inhämtades 190510 från etikrådet vid Högskolan i Kristianstad innan studien påbörjades (Dnr. SPÄ 2019:6). Kjellström (2012) beskriver att respekt, självbestämmande och integritet är grundpelarna inom forskning (Kjellström, 2012). Etiska överväganden har genomförts under studiens gång och inför de aktiviteter som utförts. Forskningsetiken regleras via Personuppgiftslagen (1998:204) som är till för att värna om varje individs integritet när det gäller hantering av personuppgifter samt via Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003: 460). Lagen syftar till att värna den enskilda personen och respektera människovärdet. I denna studie var deltagarna personal som arbetar vid demensboenden och som fått utbildning i personcentrerad vård till äldre med kognitiv sjukdom. Innan studien påbörjades fick personalen på aktuella demensboenden både muntlig och skriftlig information om studiens syfte och genomförande. Författaren kontrollerade noggrant att deltagarna förstått den information som givits om studien. Deltagandet var frivilligt och deltagarna kunde när som helst under studiens gång avbryta utan att ange skäl. Innan studien påbörjades inhämtades skriftligt informerat samtycke från deltagarna. Detta gjordes för att skydda personernas frihet och självbestämmande samt för att säkerställa frivilligheten i deltagandet (Kjellström, 2012). För att tillgodose konfidentialitetskravet hölls de underskrivna samtyckena förvarade inlåsta så att ingen obehörig kunde komma åt materialet. De dokument som samlats in genom fri noteringsmetod har kontrollerats så att de var avidentifierade och förvarades så ingen obehörig kommit åt dem. Studien presenteras på ett sådant sätt att det inte går att identifiera vilket boende studien utförts på och från vem noteringarna kommer från. Materialet som samlades in användes endast för att svara på studiens syfte. Under studiens gång har etiska överväganden gjorts med avsikt att undvika att människor kan komma till skada, alltså utnyttjas eller såras (Kjellström, 2012). Vetenskapsrådet (2017) beskriver vikten av integritet och sekretess

för att skydda personer och deras privatliv. I denna studie studerades äldre personers oro och de omvårdnadsåtgärder personalen utförde. Författaren är införstådd i problematiken och har därför vidtagit åtgärder som fingerade namn samt att inte gått ut med vilka boenden som deltagit i studien för att skydda den äldres integritet och inte röja uppgifter som är sekretessbelagda (Vetenskapsrådet, 2017). All forskning ställer krav på forskaren att tydliggöra vad forskningens syfte är. Frågan forskaren bör ställa sig är om forskningen är relevant och kan den bidra till en bättre vård och förståelse för den enskilde individen (Johansson, 2017) i detta fall för äldre personer med kognitiv sjukdom men även för omvårdnadspersonalen. Jag har arbetat omkring 20 arbetspass under tre års tid ihop med några av studiedeltagarna men tror inte att det påverkade dem i deras frivillighet att delta i studien eller i datainsamlingen. Författaren har ingen ledande position på respektive demensboende och ingen av omvårdnadspersonalen sitter i en beroendeställning gentemot mig. Då fri noteringsmetod användes är det inte sannolikt att relationen mellan författaren och studiedeltagarna har påverkat deras beskrivningar.

Resultat

Analysen genererade två kategorier som svarar på hur personalen uppmärksammar personers oro; *att uppmärksamma kroppsliga uttryck* och *att uppmärksamma känslomässiga uttryck* samt tre kategorier som svarar på hur de lindrar oro; *att använda sig själva som redskap*, *att tillgodose kroppsliga behov* och *att göra anpassningar i miljön*.

Att uppmärksamma oro

Kroppsliga uttryck för oro

Oro uppmärksammades genom att notera kroppsliga uttryck som att den äldre personen vandrade fram och tillbaka i korridoren, gick in och ut ur sitt rum eller vandrande inne på sitt rum. Vandrandet kunde även vid något tillfälle uppfattas som en rastlöshet. Att uppmärksamma vandring som ett tecken på oro var vanligt. Ett annat kroppsligt uttryck för oro var när personen andades tungt, något som noterades nattetid. Andra kroppsliga uttryck för oro var illamående och att personen besvärades av sin kateter och drog ut den eller klädde av sig och urinerade på golvet. Vid ett tillfälle uppmärksammades de olika

kroppsliga uttrycken samtidigt, personen både vandrade av och an och klädde sedan av sig och urinerade på golvet.

”Orolig, vankar av och an i korridor. Är agiterad mot annan boende”

(Informant 3)

”Stina har svårt att sova, tungandad. Kan inte koppla av” (Informant 10).

”Kalle larmar och har dragit sin kateter” (Informant 7)

Känslomässiga uttryck för oro

Oro uppmärksammades genom att notera känslomässiga uttryck som aggressivitet mot både personal och medboende. Vid ett tillfälle spottade, fräste och sparkade personen medan en annan person tog hårt tag om personalens armar i samband med omvårdnad. De negativa känslorna uppmärksammades vid flertalet tillfällen. Ilska, ledsenhet, dödsångest, missnöjdhet, känslan av att vara övergiven var några av uttrycken som personalen ansåg uttryckte oro. Oro uppmärksammades genom att flera av personerna sökte bekräftelse genom att ”tjoa” högt, skrika för att få svar på sina frågor, prata med hög röst och ropa när personen inte trodde att någon var där. Sömnsvårigheter uppmärksammades som tecken på oro när personerna plockade med sina sängkläder, gick upp och ner från sängen, drömde mardrömmar om döden och vaknade tidigt och hallucinerade. Vid ett fåtal tillfällen uppmärksammades de känslomässiga uttrycken som brådska när personen hade packat sina väskor och behövde skynda iväg. Personen uttryckte missnöje med sin boendesituation och ville flytta. Vid ett tillfälle uppmärksammades flera av de känslomässiga uttrycken samtidigt genom att den äldre personen gav uttryck för negativa känslor och samtidigt sökte bekräftelse, ”Idag är Kalle orolig. Det började vid frukost. Han vill ordna med jobbet, möta entreprenaderna. Han berättar om saker som måste göras idag... Han pratar högre och högre, söker uppmärksamhet och svar, har bråttom, t.om börjar skrika om han inte får svar på sina frågor” (Informant 5).

”Sitter och gungar fram och tillbaka när vi kommer in på rummet.

Tittar inte på mig. Tittar ner i golvet” (Informant 3)

”Kalle mycket orolig, sömnsvårigheter. Hallucinerar. Mardrömmar om döden” (Informant 10)

”Stina kommer ut varje morgon. Hon har redan packat sina påsar och vill komma iväg. Hon frågar om tåget, biljetten och resan. Hon har alltid bråttom för att hinna. Hon vill flytta och inte bo kvar. Samma fråga 15–20 gånger om” (Informant 5)

”Boende pratar med hög röst och frågar efter sin fru, blir arg när andra boende inte svarar på frågor” (Informant 1)

Att lindra oro

Att använda sig själv som redskap

Personalen beskrev hur de använde sig själva som redskap genom att prata med lugn röst, sitta ner med personen och försöka inge trygghet och ge den information som personen sökte. Lugnande samtal var den mest använda omvårdnadsåtgärden och användes vid samtliga uppmärksammade uttryck för oro. Lugnande beröring var ett annat arbetssätt som beskrevs. De satt och höll handen, gav närhet och massage. Lugnande beröring gav god effekt vid samtliga tillfällen när det användes. Att ge bekräftelse användes vid flera tillfällen och då bekräftade personalen var personen befann sig och gav ärliga svar. Personalen beskrev att de strävade efter att avleda personerna när oro uttrycktes. För att avleda användes omvårdnadsåtgärder som att ringa anhöriga, visa kontaktbok, använda djupandning och öppna fönstret. En deltagare uttryckte att det gällde att vara påhittig. Strävan efter att avleda gav gott resultat vid alla tillfällen. Det var vanligt att flera omvårdnadsåtgärder användes vid en och samma situation. Vid ett tillfälle samtalade personalen och gav bekräftelse och gav lugnande beröring samtidigt när personen uttryckte negativa känslor. Vid tre tillfällen kombinerades åtgärderna lugnande samtal och strävan efter att avleda när personerna uttryckte negativa känslor, kroppsliga symtom och orolig sömn och vid alla tre situationer blev personerna lugna.

”Sitter tillsammans med personen och pratar en stund. Återkommer och talar om att vi finns här hela tiden” (Informant 3)

”Satt med henne på sängkanten. Hon lutade sig mot min axel. Sökte en famn, hålla i handen. Närhet” (Informant 8)

”Be honom snällt lugna ner sig, lyssna färdigt på det han vill säga. Berättar att vi ordnar med jobbet. Sitta en stund och hålla handen. Lugna

ner honom och berättar att allt är ordnat för dagen och att han inte behöver oroa sig” (Informant 5)

”Då gör vi det hon tycker mycket om vilket resulterar i bättre sinne”
(Informant 4)

Att tillgodose kroppsliga behov

För att lindra oro beskrev personalen att de tillgodosåg kroppsliga behov som att erbjuda mat och dryck. Denna omvårdnadsåtgärd användes både när oro uppmärksammades genom kroppsliga- och känslomässiga uttryck. Uttryck såsom orolig sömn, kroppsliga symtom och att söka bekräftelse förekom. Personalen erbjöd mat och dryck både dagtid och nattetid. Behovet av hygienvård tillgodosågs genom att byta inkontinensskydd, hjälpa till toaletten och tvätta personerna. Oron som då uppmärksammades var både kroppsliga och känslomässiga uttryck som vandrande och negativa känslor. Det vanligaste uttrycket när personalen utförde hygien var negativa känslor. En person vandrade i korridoren och var lättirriterad och ledsen. Personalen upptäckte att inkontinensskyddet behövde bytas och efter det blev personen direkt lugn. Vid ett annat tillfälle uttryckte personen negativa känslor genom att sitta och plocka efter lunch och då hjälpte personalen personen till toaletten varvid oron försvann.

”Pratade lugnt med Kalle och gick in på rummet och bjöd på smörgås och mjölk” (Informant 7)

”Visade sig att inkontinensskyddet var smutsigt och blött så byta om på boende och tvättade rent” (Informant 1)

Att göra anpassningar i miljön

Personalen anpassade den psykosociala miljön runt personerna genom att sjunga och spela lugn musik. Den åtgärden användes både vid tecken på kroppsliga och känslomässiga uttryck för oro. Vid ett tillfälle uppmärksammades oro genom att personen spottade, fräste och sparkade åt personalen och åtgärden blev att börja sjunga vilket lugnande personen som började sjunga med. Vid ett par tillfällen nattetid när inkontinensvård skulle utföras uttryckte personerna negativa känslor och utåtagerande beteende. Personalen utförde inkontinensvården och satte sedan på musik Vid dessa

tillfällena somnade personen om. Att ge utrymme och hålla avstånd var en åtgärd flera använde sig av när personen uttryckte känslomässiga uttryck såsom oro över sitt "jobb" eller när personen satt och gungade fram och tillbaka. Personalen beskrev att ge utrymme gavs genom att hålla avstånd, att backa undan, tala lugnt medan några valde att sluta prata.

"Sätter på lugn musik" (Informant 2)

"Presenterar mig, ger utrymme, kommer ej för nära. Stannar flera meter från personen och talar tydligt, lugnt" (Informant 3)

Resultat av omvårdnadsåtgärder

Personalens förmåga att lindra oro beskrevs i de allra flesta fallen som framgångsrika. Då personen som varit orolig blev lugn efter att omvårdnadsåtgärder genomförts. Flera beskrev att deras uppfattning var att för att lyckas lindra oro krävdes att personerna fick bekräftelse, att de fick känna sig trygga och fick känna kontroll. Vid några tillfällen lindrades oron delvis då personen inte "muttrade" lika mycket längre eller att personen blev lugn men fortfarande inte kunde somna. Vid många tillfällen beskrev personalen att personerna blev lugna och de tolkade det som att oron lindrats. Vid två tillfällen när personalen uppmärksammade oro hjälpte inte de vidtagna omvårdnadsåtgärderna. Vid ena tillfället uppfattade personalen oro genom att personen uttryckte urinbesvär. Personalen försökte lugna personen genom att ge lugnande samtal, utföra hygienvård, erbjuda mat och dryck och nya försök till lugnande samtal utan effekt. Vid ett annat tillfälle uppmärksammades oro när personen sökte bekräftelse och försökte då lugna personen genom att utföra hygienvård, erbjuda mat och dryck samt ge lugnande samtal utan effekt.

"Bättre humör, lugn" (Informant 2)

"Personen blir lugn och sjunger med. I det här fallet har personen nästan tappat språket" (Informant 3)

"Kalle lugnade sig och kunde förstå vart han var och varför" (Informant 8)



"Kalle somnade av musiken" (Informant 10)

Personalen uppmärksammade både kroppsliga- och känslomässiga uttryck för oro. Vid flera tillfällen uppmärksammades båda uttrycken samtidigt. Personalen kunde

exempelvis uppmärksamma oro genom att personen vandrade i korridoren och var samtidigt ledsen och lättirriterad. En annan person vandrade i korridoren och var samtidigt arg på andra boende på avdelningen. Det var inte ovanligt att personalen vidtog flera olika omvårdnadsåtgärder och kombinerade olika åtgärder från de framkomna kategorierna; att använda sig själv som redskap, att tillgodose kroppsliga behov och att göra anpassningar i miljön. Inte vid något tillfälle kombinerades alla tre samtidigt. I mer än hälften av alla situationer när personalen uppmärksammade oro användes flera omvårdnadsåtgärder. Lugnande samtal var den överlägset mest använda omvårdnadsåtgärden följt av strävan efter att avleda samt erbjuda mat och dryck. En vanlig kombination av omvårdnadsåtgärder var att använda sig själv som redskap och tillgodose kroppsliga behov. Vid flera tillfällen när personalen uppmärksammade oro genom uttryck som negativa känslor, urinbesvär och sömnbesvär användes de båda åtgärderna. I de allra flesta fallen lindrades oron hos personer med kognitiv sjukdom av de omvårdnadsåtgärder personalen vidtog (se matris 1).

Lugnande beröring användes vid både kroppsliga och känslomässiga uttryck men framför allt när personen sökte bekräftelse och uttryckte negativa känslor. Att ge bekräftelse användes vid flera tillfällen när de äldre personerna uttryckte exempelvis negativa känslor. Vid vissa tillfällen som oro uppmärksammats genom att personerna sökte bekräftelse genom att prata högt och då beskrevs att bekräftelse gavs genom att bekräfta att deras minne sviktade eller att allt var ordnat med jobbet. Det vanligaste uttrycket när personalen strävade efter att avleda var negativa känslor. De känslorna uttrycktes genom att personerna var lättirriterade, inte gav ögonkontakt, visade dödsångest, ilska och känslor av övergivenhet.

Matris 1. Översikt över resultatets ingående kategorier för kroppsliga- och känslomässiga uttryck och för åtgärder samt frekvensen av åtgärder som vidtogs för de olika uttrycken.

Kategorier 	Kategorier 		Att använda sig själv som redskap				Att tillgodose kroppsliga behov		Att göra anpassningar i miljön	
	Uttryck	Åtgärd	Lugnande samtal	Lugnande beröring	Ger bekräftelse	Strävar efter att avleda	Erbjuder mat och dryck	Utför hygien	Sång och musik	Ger utrymme/håller avstånd
Kroppsliga uttryck	Vandrar oroligt av och an	X*, X*, X*, X*, X*, X*, X*	X*, X*			X*, X*, X*	X*, X*, X*, X*, X*	X*, X*		X*
	Kroppsliga symtom	X*, X*, X*	X*			X*, X*	X*			
	Urinbesvär	X*, X					X*, X	X		
Känslomässiga uttryck	Utåtagerande beteende	X, X*, X*	X*						X*, X*	X*, X*
	Negativa känslor	X*, X*, X*, X*, X*	X*, X*, X*	X*, X*		X*, X*, X*, X*, X*, X*, X*		X*, X*, X*, X*	X*, X*, X*	X*
	Orolig sömn	X*, X*, X*, X*, X*	X*			X*	X*, X*			
	På flykt	X*			X*		X*			
	Söker bekräftelse	X*, X*, X	X*, X*, X*	X*, X*		X*, X*	X*, X	X*, X		X*

X påvisar en omvårdnadshandling, * personen blev lugn av åtgärden

Diskussion

Metoddiskussion

För att få svar på studiens syfte att beskriva personalens erfarenheter av att uppmärksamma och lindra oro hos äldre personer med kognitiv sjukdom på demensboende användes en kvalitativ studiedesign. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att en kvalitativ studies trovärdighet kan bedömas utifrån begreppen giltighet (credibility), pålitlighet (dependability) och överförbarhet (transferability). I avsnittet nedan kommer därför dessa begrepp att användas för att diskutera studiens trovärdighet.

Studiens giltighet innebär att insamling av data och analys är utförd utifrån studiens syfte. Att använda sig av deltagare som kan tänkas ha olika erfarenheter ökar chanserna att få ett varierat resultat (Graneheim & Lundman, 2004). Hälften av deltagarna hade mer än tio års arbetslivserfarenhet inom demensvården. En svaghet i denna studie kan tänkas vara att deltagandet var relativt lågt då endast tio personer deltog. Avsikten vid studiens planering var att 30–40 deltagare skulle föra dagboksanteckningar om hur äldre personers oro uppmärksammades och vilka omvårdnadsåtgärder som vidtogs. Anledningen till att så få valde att delta i studien kan tänkas vara en belastad arbetsmiljö på arbetsplatserna när studien presenterades samt att det var precis innan sommaren och många väntade på semester. Det kan tänkas att personalen som valde att delta i studien var de som var mest engagerade i sitt arbete och ville bidra till forskning om att lindra oro hos personer med kognitiv sjukdom. Samtidigt hade det blivit ett övermäktigt arbete att hantera material om 30–40 deltagare fört dagboksanteckningar. Trots så få deltagare blev materialet ändå innehållsrikt och varierat. Författaren informerade på en APT och reflekterade tillsammans med deltagarna hur exempel på dagboksnoteringar kunde se ut. I efterhand borde mer tid lagts på detta då vissa av dagboksanteckningarna var kortfattade. Exemplet som togs fram kunde med fördel sparats och kopierats för att användas som mall för noteringarna. En studies giltighet förstärks även av en variation i ålder och kön (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt statistiska centralbyrån (2019) är 92% av alla undersköterskor kvinnor och därmed dominerar arbetsmarknaden vilket avspeglas i denna studie där enbart kvinnor deltog. Samtidigt hade majoriteten av deltagarna lång

arbetslivserfarenhet och hade arbetat i mer än tio år vilket är en styrka liksom att deltagarnas ålder varierade.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska konsekventa ställningstaganden göras under datainsamlingen och analysens gång och genom metodbeskrivningen ska analysprocessen kunna följas. Konsekventa ställningstaganden innebär en öppenhet för sin egen förförståelse så att det inte inverkar menligt på resultatet. Den röda tråden genom analysprocessen och resultatet ska även kunna följas. En styrka i studiens genomförande är att alla deltagare fick samma information om hur dagboksanteckningarna skulle skrivas. Innan datainsamlingen påbörjades togs ett exempel fram på hur dagboksanteckningarna kunde skrivas. Exemplet togs fram i grupp på respektive boende och alla fick samma struktur att följa vid dagboksanteckningen vilket stärker pålitligheten. Författarens förförståelse och erfarenhet kan påverka analysen och därför är det viktigt att fler än en person tolkar texterna för att få fler infallsvinklar. Merparten av analysen har genomförts av författaren men med stöd av handledaren. Regelbundna diskussioner om materialet har hållits för att inte låta förförståelsen styra analysen.

Vid analysprocessens början reflekterade författaren över det lidande personer med kognitiv sjukdom kan ha på grund av deras oro och hur det påverkar välbefinnandet. Analysprocessen har beskrivits steg för steg så att det ska vara möjligt att kunna göra om studien på samma sätt. Studiens pålitlighet stärks även av att tre av studiedeltagarna genom så kallad member checking bekräftat att resultatet överensstämmer med deras uppfattning om hur oro uppmärksammas och vilka omvårdnadsåtgärder de vidtar. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det viktigt att tydligt beskriva metoden och genomförandet av studien för att kunna bedöma överförbarheten av resultatet. Med överförbarhet menas om resultatet är överförbart till andra grupper och andra situationer än för dem som deltagit i studien och därför behövs det beskrivas i metoden hur urvalet gjordes, vilka personer som deltog, hur datainsamling gick till och hur analysen genomfördes (Graneheim & Lundman, 2004). Alla deltagare i studien hade genomgått en tredagars utbildning inom personcentrerad vård till äldre och personer med kognitiv sjukdom. Var femte vecka hölls reflektionsmöten där demensansvarig personal leder gruppen i att hålla kvar ett bra arbetssätt i att leda dem framåt i sitt arbete. När författaren deltog diskuterades bemötandepplaner som hade upprättats för personer med kognitiv sjukdom och åtgärderna utvärderades. Personalen reflekterade över situationer där det

varit svårigheter i bemötande men även när bemötandet fungerat väl. Personalens olika uppfattning om situationer som varit svåra resulterade i att de kunde ge varandra tips och råd på tillfällena när bemötandet för personer med kognitiv sjukdom fungerat bra. Författaren har noggrant beskrivit kontext, tillvägagångssätt och deltagarna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) förstärks resultatet om adekvata citat används och därmed underlättar läsarens bedömning om studien är överförbar. Författaren har under varje kategori tagit med citat för att illustrera resultaten.

Resultatdiskussion

Erfarenhet och utbildning i personcentrerad vård ger förutsättningar för personal att uppmärksamma och lindra oro. Studiens resultat visar hur personalen använde sin kompetens, ett personcentrerat förhållningssätt och var engagerade i sitt arbete för att lindra personers oro hos personer med kognitiv sjukdom. För att upptäcka och lindra oro riktades uppmärksamhet mot personens kroppsliga- och känslomässiga uttryck och identifierade uttryck för oro genom att se och lyssna på personen vilket tyder på en kompetens. Resultatet kan förstås utifrån McCormack och McCances (2010) modell för personcentrerad vård som innefattar personalens kompetens för att bland annat kunna göra observationer och samtala. Kompetens innebär att vara sensibel, alltså användas sig av sin syn och hörsel för att förstå vad observerats. Studiens resultat visade att personalen uppmärksammade många uttryck som de ansåg berodde på oro såsom vandrande, negativa känslor och orolig sömn. Vidare använde personalen sig av många olika omvårdnadsåtgärder för att lindra oro. Ett centralt fynd i studien var att personalen använde sig själva som redskap för att lindra oro genom exempelvis ge lugnande samtal och lugnande beröring. Att använda sig själv som redskap i sitt arbete tyder på ett engagemang och hängivenhet. McCormack och McCance (2010) beskriver i sin modell för personcentrerad vård att hängivenhet innebär att vara engagerad i sitt arbete. Att vara engagerad innebär att ha en förmåga att lyssna och tolka in vad som är betydelsefullt i varje situation. Det är inte ovanligt att personer med kognitiv sjukdom pratar om känslor och upplevelser som hände för länge sedan (McCormack & McCance, 2010), vilket flera personer med kognitiv sjukdom gjorde i denna studie när de var exempelvis bekymrade över sina jobb. Personalen uttryckte att det gällde att vara påhittig i sådana situationer och försöka avleda vilket tyder på ett engagemang. Personalen stannade kvar och lyssnade på personen vilket den personcentrerade modellen menar är betydelsefullt för att personen

ska känna välbefinnande och delaktighet. I mer än hälften av alla situationer där oro uttrycktes använde personalen flera olika omvårdnadsåtgärder för att lindra oron vilket tyder på en hängivenhet att lindra personernas oro. De använde omvårdnadsåtgärder som att ge lugnande samtal och när det inte fungerade gavs lugnande beröring och därefter lugnande samtal igen för att slutligen få personen att bli lugn. Deras strävan i att använda sig av olika åtgärder tyder på att de utvärderar åtgärden och använder sig av nya åtgärder när den tidigare inte fungerar. Personalens personcentrerade förhållningssätt och deras val av omvårdnadsåtgärder ligger i linje med vad som tidigare visat sig vara gynnsamt vid oro hos personer med kognitiv sjukdom (Cohen-Mansfield, Libin & Marx, 2006; Quazi et al., 2010). Personalens kompetens stärks av att majoriteten av alla situationer där oro uttrycktes resulterade i att personen visade tecken på att bli lugn och därmed troligtvis fick ökat välbefinnande. Utifrån studiens resultat verkar det som att omvårdnadspersonalen fått nytta av den utbildning de genomgått inom personcentrerad vård och av de tillfällena till reflektion de regelbundet haft. Socialstyrelsen (2017) påpekar att de som arbetar närmast personer med kognitiv sjukdom har en kort teoretisk utbildning och att deras kompetens bör stärkas genom utbildningar inom demens vilket dessa två arbetsplatser som deltog i studien har gjort. Smythe, Bentham, Jenkins och Oyebo (2015) fann att personalen menade att förmågan att kunna arbeta personcentrerat var medfödd och inte kunde läras, men samtidigt menade de att de som hade förmågan kunde förbättra sitt arbetssätt genom utbildningar och handledning (Smythe et al., 2015). Arbetsplatserna där studien genomfördes arbetade med reflektionsgrupper var femte vecka vilket ska bidra till ett förbättrat arbete med personcentrerad vård. Således bör personalen ha fått goda förutsättningar för att arbeta personcentrerat. Personcentrerad vård syftar till att öka välbefinnandet hos personen som är i behov av vård (McCormack & McCance, 2010) och för att det ska kunna uppnås behöver samhället/organisationen stödja arbetssättet genom att ge de rätta förutsättningarna. Socialstyrelsen (2017) ger rekommendationer för vad personer med kognitiv sjukdom ska erbjudas för vård, hur anhöriga ska omhändertas och hur personalen ska få och bibehålla kompetens. McCormack och McCances modell (2010) syftar till att personer med kognitiv sjukdom ska få känna delaktighet och välbefinnande genom att de involveras i beslutsfattande och det friska hos personen tillvaratas (McCormack & McCance, 2010). Personer med kognitiv sjukdom har som alla människor mänskliga rättigheter och rätt till att delta i beslutsfattande men de är extra utsatta och beslut fattas

ofta över deras huvuden. Det är en balansgång att avgöra när en person fortfarande är kapabel att fatta egna beslut och när andra ska träda in (Edberg & Ericsson, 2017). Personalen i denna studie minskade troligen lidande hos personerna med kognitiv sjukdom genom att uppmärksamma och lindra oro. Kognitiv sjukdom ska ses som en folkhälsosjukdom (WHO, 2018) och drabbar inte bara den sjuke utan även närstående. Att närstående till personer med kognitiv sjukdom stöttas är viktigt för att de ska känna trygghet över att deras sjuka anhöriga tas om hand av kompetent personal. Därför är det viktigt att personalen har förmågan, engagemanget och kompetensen som krävs för att vårda dem. Socialstyrelsen (2017) har tagit fram nationella riktlinjer som syftar till att stärka kompetensen hos de omvårdnadspersonal som arbetar närmast personer med kognitiv sjukdom. I riktlinjerna beskrivs att vården ska arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och vikten av att personalen har den utbildning som krävs för att möta dessa personer.

Trots att personalen uppmärksammade oro när personerna med kognitiv sjukdom var irriterade, rastlösa, spottade eller fräste och agiterade mot medboende reflekterade personalen förvånande nog inte över att det skulle kunna vara tecken på smärta eller infektion. Hos sköra äldre personer kan smärta uttrycka sig genom irritation, nedstämdhet och ledsenhet och infektionstecken kan visa sig genom konfusion, yrsel och vanföreställningar (Edberg et al., 2017a) och det var ingen av personalen som uppmärksammade de 44 olika noteringar för oro som uttryck för tecken på smärta eller infektion. Å ena sidan efterfrågades inte orsak till oro i studien. Dock hade en omvårdnadsåtgärd vid ett förändrat kroppsspråk såsom rastlöshet, vaggande, ihopkrupen eller skyddande av kroppsdel kunnat vara att skatta personen enligt Abbey Pain Scale alternativt att kontakta sjuksköterskan för vägledning. Det är en utmaning att bedöma smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Abbey Pain Scale (APS) är ett smärtskattningssinstrument som är användbart för bedömning av smärta hos personer med kognitiv funktionsnedsättning (Vårdhandboken, 2019). I denna studie framkom inte att personalen använde sig av något bedömningsinstrument när personer med kognitiv sjukdom uppvisade förändrat kroppsspråk vilket kan vara ett tecken på smärta. I kompetensbeskrivningen för legitimerade specialistsjuksköterskor står det att sjuksköterskan ska bedöma, leda och prioritera arbetet för patienterna hälsa och mående och således kunna stötta personalen i sitt arbete med personer med kognitiv sjukdom (Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldrevård & Svensk sjuksköterskeförening,

2012). Enligt Socialstyrelsen (2017) besitter personalen oftast en kortare teoretisk utbildning och har möjligtvis inte kunskap att kunna dra slutsatsen att oro kan vara ett uttryck för smärta eller tecken på infektion. Å andra sidan hade mer än hälften av deltagarna i studien en arbetslivserfarenhet på över tio år inom demensvård och det vore således inte orimligt om de besatt den kompetens som krävs för att kunna uppmärksamma om kroppsliga uttryck är ett uttryck för exempelvis smärta.

Övriga fynd i studien var att personalen lyckades lindra oro i nästan alla situationer genom omvårdnadsåtgärder. Personalen använder sig själva som redskap genom att ge lugnande beröring, de tillgodoser kroppsliga behov genom att ge mat och dryck och de gör anpassningar i miljön genom att ge utrymme och hålla avstånd. Som McCormack och McCance (2010) beskriver innebär kompetens att personalen har förmågan att kunna läsa av och observera en situation. I en studie av Goyal, Engedal och Eriksen (2019) ansåg personalen att bästa sättet att hantera ångest hos personer med kognitiv sjukdom var just att kunna observera och läsa av kroppsspråket för att ge det optimala bemötandet. Vidare konstaterade de att kännedom om personens liv och bakgrund var centralt för att kunna ge individuella omvårdnadshandlingar. Således kan man anta att personalen i denna studie har kännedom om personernas tidigare liv och intressen och därmed använder sig av individuellt anpassade omvårdnadsåtgärder i och med att personalen hade god förmåga att lindra oro. Enligt Qazi et al. (2010) ska lugnande läkemedel ges som en sista utväg och Cohen-Mansfield et al. (2006) studie visade god effekt av omvårdnadsåtgärder vid agitation således bör ett gott resultat kunna uppnås utan lugnande läkemedel vilket denna studie bekräftar.

Slutsats

Det framkommer i studien att personalen uppmärksammar kroppsliga- och känslomässiga uttryck som tecken på oro hos äldre personer med kognitiv sjukdom på demensboende. Genom sin kompetens, sitt personcentrerade förhållningssätt och sitt engagemang lindrar omvårdnadspersonalen oro genom att använda sig själva som redskap, att tillgodose kroppsliga behov och att göra anpassningar i miljön runt personerna. Personalen använde ofta flera olika omvårdnadsåtgärder för att lindra oro och i de flesta fallen bedömde de att de vidtagna åtgärderna hjälpte för att lugna personen. Personalens kompetens, personcentrerade förhållningssätt och deras engagemang kan tänkas ha stärkts av den

utbildning de fått inom personcentrerad vård till äldre och personer med kognitiv sjukdom samt av de regelbundna reflektionsträffarna.

Kliniska implikationer

Enligt de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017) bör den personal som arbetar närmast personer med kognitiv sjukdom få utbildning inom demens och personcentrerad vård för att kunna ge en god vård men också kunna möta de utmaningar som de ställs inför. Resultatet i denna studie visar att personalen som genomgått utbildning inom personcentrerad vård till äldre och personer med kognitiv sjukdom hade en god förmåga att kunna lindra oro hos äldre personer med kognitiv sjukdom. Resultatet stärker därmed vikten av att personalen erhåller utbildning inom demens och personcentrerad vård och möjlighet till återkommande reflektion. Således bör all personal som arbetar på demensboende få den utbildningen.

Förslag till vidare forskning

Det skulle vara värdefullt att undersöka hur sjuksköterskan arbetar i team för att särskilja kroppsliga- och känslomässiga uttryck för oro och smärta genom att använda sig av fri noteringsmetod för att dokumentera potentiella orsaker till oro hos personer med demens.

Referenser

Brock, K., Clemson, L., Cant, R., Ke, L., Cumming, R., Kendig, H., Mathews, M. (2011). Worry in Older Community-residing Adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 72(4), 289-301. doi: 10.2190/AG.72.4.a

Cohen-Mansfield, J., Libin, A., & Marx, M, S. (2006). Nonpharmacological Treatment of Agitation: A controlled trail of systematic Individualized intervention. *Journal of Gerontology*, 62A (8), 908-916. doi: 10.1093/gerona/62.8.908

Drugge, C., Andersson, G., Andersson, K., Sjöström, A-K., & Östman, M. (2018) *Kvalificerat samtalsstöd till äldre personer med psykisk ohälsa ger ökad livskvalitet. Socialmedicinsk tidskrift* 1, 33-45

Edberg, A-K. (2011). Personcentrerad omvårdnad. I A-K. Edberg (Red). *Att möta personer med demens*. (s. 151-166). Studentlitteratur: Lund

Edberg, A-K., Blomqvist, K., Molander, U., Wijk, H., Sund-Levander, M., & Ernsth Bravell, M. (2017a). Vanliga symtom hos äldre. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell., & H. Wijk (Red). *Omvårdnad och Äldre* . (353-402). Lund: Studentlitteratur

Edberg, A-K., & Ericsson, I. (2017). Kognitiv förmåga och svikt. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell., & H. Wijk (Red). *Omvårdnad och Äldre*. (s. 403-428). Lund: Studentlitteratur.

Edberg, A-K., Ericsson, I., & Gunnarsson, E. (2017b). Psykisk ohälsa. I K. Blomqvist., A-K. Edberg., M. Ernsth Bravell., & H. Wijk (Red), *Omvårdnad & Äldre*. (s. 431–455). Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: person-centered care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (17-18), 2611-2618. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x

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, 362-367. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70063-2

Engedal, K., & Eriksen, S. (2019). Clinicians' experiences of anxiety in patients with dementia. *Dementia* 18(1), 80–93. doi: 10.1177/1471301216659770

Ernst Bravell, M., Ivanoff, S., Edberg, A-K. (2017). Äldres komplexa vårdbehov. I K. Blomqvist., A-K. Edberg., M. Ernst Bravell., & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & Äldre*. (s. 217-233). Lund: Studentlitteratur AB.

Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper, *Nurse Education Today*. 56, 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002

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

Goyal, A. R., Engedal, K., & Eriksen, S. (2019). Clinicians' experiences of anxiety in patients with dementia. *Dementia* (1814713012), (1), 80–93. doi:10.1177/1471301216659770

Johansson, M. (2017). Etiska aspekter på forskning som involverar äldre personer. I K. Blomqvist., A-K. Edberg., M. Ernst Bravell., & H. Wijk (Red). *Omvårdnad & Äldre*. (s. 679–690). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Lundman, B. & Hällgren Granheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. B. Höglund-Nielsen., & M. Granskär (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s 219-233). Lund: Studentlitteratur AB

Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I., & Wallin, A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber.

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing - Theory and practice*. Wiley-Blackwell.

Neville, C., Teri, L. (2011). Anxiety, anxiety symptoms, and associations among older people with dementia in assisted-living facilities. *International Journal of Mental Health Nursing* 20, 195-201. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00724.x

Olsson Möller, U., Stigmar, K., Beck, I., Malmström, M., & Rasmussen, B. H. (2018). Bridging gaps in everyday life : a free-listing approach to explore the variety of activities performed by physiotherapists in specialized palliative care. *BMC Palliative Care* 17(1). doi: 10.1186/s12904-018-0272-x

Pilhammar, E., & Skyvell-Nilsson, M. (2017). Etnografi. I B. Höglund- Nielsen. M. Granskär (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s 65-85). Lund: Studentlitteratur AB

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research , Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (s.557-575). China: Wolters Kluwer

Qazi, A., Spector, A., Orrell, M. (2010). User, carer and staff perspectives on anxiety in dementia: A qualitative study. *Journal of Affective Disorders*. 125 (295-300). doi: 10.1016/j.jad.2009.12.015

Rahm-Hallberg, I. (2011). Att vara vårdare- tillfredsställelse och påfrestning. I A-K, Edberg (Red). *Att möta personer med demens*. (s 85-100). Studentlitteratur: Lund

Ridder, H-M., Stige, B., Ovaleb, L-G., & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health* 17(6), 667–678

Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldreomsorg & svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre. Hämtad 191022 från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/aldrekompwebb.pdf>

Røen, I., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Engedal, K., Testad, I., & Bergh, S. (2017). Resource Use and Disease Course in dementia - Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 17, 1–15. doi: 10.1186/s12913-017-2289-x

Skovdahl, K., & Kihlgren, M. (2011). Beteenden som kan vara svåra att tolka och förstå. I A-K, Edberg (Red). *Att möta personer med demens*. (s. 288-298). Studentlitteratur: Lund

Smythe, A., Bentham, P., Jenkins, C., & Oyebode J-R. (2015). The experiences of staff in a specialist mental health service in relation to development of skills for the provision of person centred care for people with dementia. *Dementia*, 14, 184-198. doi: 10.1177/1471301213494517

Socialstyrelsen (2019). *Vård och omsorg av äldre. Lägesrapport 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2017). *Vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2018a). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2018b). *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre. Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser*. Stockholm: Socialstyrelsen

Statistiska centralbyrån. (2019). Yrken i Sverige. Hämtad 191002 från : <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/yrken-i-sverige/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016) *Personcentrerad vård*. Hämtad 190925 från : https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed. Hämtad 190429 från:

https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Vårdhandboken. (2019). Smärtskattningsinstrument. Hämtad 191017 från:

<https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/smarts kattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/smarts kattningsinstrument/>

World Health Organization (WHO). (2018). *Towards a dementia plan: a WHO guide*.

World Health Organization Hämtad 190401 från:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272642/9789241514132-eng.pdf?ua=1>

Bilagor

Bilaga 1 Informationsbrev till verksamhetschef

Informationsbrev om studie till verksamhetschef för
omvårdnadspersonal vid:

Jag önskar ditt tillstånd om att få genomföra en studie och få komma i kontakt med deltagare till min studie. Syftet med studien är ta reda på hur oro uppmärksammas och vilka omvårdnadsåtgärder omvårdnadspersonalen vidtar vid oro. Oro och ångest är vanligt hos personer med kognitiv sjukdom och det är angeläget att få kunskap om hur omvårdnadspersonal uppmärksammar och lindrar oro hos personer med kognitiv sjukdom.

Jag planerar att 30–40 omvårdnadspersonal ska föra dagboksanteckningar om hur oro uppmärksammas och vilka omvårdnadsåtgärder som blivit vidtagna vid oro under två veckors tid. För att medverka i studien ska omvårdnadspersonalen ha genomgått en tredagars utbildning inom personcentrerad vård av äldre och personer med kognitiv sjukdom samt arbetat i minst ett år.

Allt deltagande i studien är frivilligt och om tillstånd att genomföra studien erhålls vill jag få möjlighet att på en APT berätta om studien för omvårdnadspersonalen och lämna skriftlig information om studien och vad det innebär att delta. Därefter önskar jag få delta på ett av era reflektionsmöten där vi diskuterar hur oro uppmärksammas och vilka omvårdnadsåtgärder som kan vidtas. Tanken med reflektionen är att arbeta fram ett exempel på hur omvårdnadspersonalen ska dokumentera i sina dagböcker. Alla får ett dagboksblad där de under två veckors tid dokumenterar.

Materialet som samlas in kommer analyseras och sammanställas till en uppsats. Vilka som deltagit i studien kommer inte framgå, ej heller kommer det framkomma vilket demensboende i Östergötland som deltagit i studien. Jag som kommer utföra studien heter Erika Tegnér och är legitimerad sjuksköterska och läser till specialistsjuksköterska inom vård av äldre vid Högskolan Kristianstad.

Om det tillkommer några frågor eller funderingar vänligen kontakta mig eller min handledare.

Student: Erika Tegnér

E-post: erikateg@hotmail.com

Mobil: 0709-315510

Handledare: Ingela Beck

E-post: ingela.beck@hkr.se

Telefon: 044-250 39 69

Skriftligt godkännande från ansvarig verksamhetschef/områdeschef:

Datum/underskrift:

Bilaga 2 Informationsbrev och förfrågan om medverkan i en studie

Informationsbrev och förfrågan om medverkan i en studie

Syftet med studien är ta reda på hur oro uppmärksammas och vilka omvårdnadsåtgärder omvårdnadspersonalen vidtar vid oro. Oro och ångest är vanligt hos personer med kognitiv sjukdom och det är angeläget att få kunskap om hur omvårdnadspersonal uppmärksammar och lindrar oro hos personer med kognitiv sjukdom. Att delta i studien är helt frivilligt och deltagandet kan närsomhelst avbrytas utan att ange förklaring.

De som kan delta i studien är undersköterskor, vårdbiträden eller servicepersonal som arbetat i minst ett år och genomgått en tredagars utbildning inom personcentrerad vård av äldre och personer med kognitiv sjukdom. Deltagandet i studien innebär att delta vid ett av reflektionsmötena och diskutera era erfarenheter av att uppmärksamma oro och vilka åtgärder som görs för att lindra oro. Därefter under två veckors tid skrivs dagboksanteckningar i slutet av arbetspasset om hur du uppmärksammat oro och vilka åtgärder du utförde för att lindra oron. Om liknande situationer uppkommer flera gånger samma dag behöver inte dessa skrivas ner. Det är inte antalet tillfällen som är relevant utan variationen av händelser och åtgärder. Dagboken kommer inte att märkas med namn. Om de har märkts med namn kommer dem att avidentifieras och förvaras på ett sätt så att ingen utomstående får tillgång till dem. Anteckningarna kommer att analyseras, sammanställas och redovisas i en uppsats på ett sådant sätt så att ingen utomstående kan identifiera vad just du har skrivit.

Mitt namn är Erika Tegnér och jag är legitimerad sjuksköterska och studerar till specialistsjuksköterska inom vård av äldre vid Högskolan Kristianstad. Studien är godkänd av verksamhetschef på boendet samt av forskningsetiska rådet vid Högskolan Kristianstad. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Vill du ta del av uppgifterna ska du kontakta ansvariga för projektet. Om du har frågor om dataskydd kan du i första hand kontakta ansvariga för studien, men du kan även kontakta HKR:s dataskyddsombud. Om du är missnöjd med hur dina

personuppgifter behandlas har du rätt att lämna klagomål till Dataskyddinspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Har du några frågor kring den planerade studien vänligen kontakta mig.

Student: Erika Tegnér

E-mail: erikateg@hotmail.com

Telefon: 070-9315510

Handledare: Ingela Beck

E-mail: ingela.beck@hkr.se

Telefon: 044-250 39 69

Bilaga 3 Skriftligt informerat samtycke

Skriftligt informerat samtycke till att delta i studien.

Härmed intygar jag genom min underskrift att jag vill delta i studien *Hur oro uppmärksammas och vilka omvårdnadsåtgärder som vidtas för att lindra ord hos personer med kognitiv sjukdom*. Jag har fått skriftlig och muntlig information om deltagande i studien och jag kan närsomhelst avbryta mitt deltagande utan vidare förklaring.

.....

Ort och datum

.....

Namnsteckning

.....

Namnförtydligande

Bilaga 4 Noteringsdagbok

Hur yttrade sig oron?	Vad gjorde du?	Vad blev resultatet?

--	--	--

