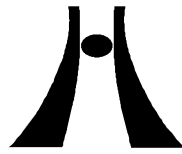


Beteckning: _____



**HÖGSKOLAN
I GÄVLE**

Institutionen för vårdvetenskap

**Omvårdnadspersonalens uppfattning av hur smärta
kan uttrycka sig hos personer med demens och
vilka hjälpmedel de har i sin bedömning -
en intervjustudie**

*Birgitta Danielsson och Linda Hellström
September 2009*

Examensarbete, 15 hp, nivå C
Omvårdnadsvetenskap

**Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Examinator: Gerth Hedov
Handledare: Marianne Hillström**

Förord

Författarna vill varmt tacka de som medverkat till att denna studie var möjlig att genomföra. Främst deltagarna som ställde upp i intervjuer men även vår handledare som har varit till stor hjälp för oss i detta.

Även våra lärare som hjälpt oss att få lite begrepp om vad forskningsmetodik är, samt familj och vänner som har stöttat under tiden vi har arbetat med studien. Utan alla er har det inte gått vägen, TACK.

Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva omvårdnadspersonalens uppfattning av hur smärta kan uttrycka sig hos personer med demens samt att beskriva vilka hjälpmedel de har i sin bedömning

Studien har en beskrivande design med kvalitativ ansats. Urvalet gjordes dels genom bekvämlighetsurval och strategiskt urval. Intervjuerna genomfördes med fem stycken omvårdnadspersonal samt en demenssköterska. Kriterierna var att deltagarna var kontaktperson för en eller flera vårdtagare samt erfarenhet av arbete med demenssjuka i mer än tre år.

Intervjuerna genomfördes med semistrukturerade frågor med hjälp av en intervjuguide. Materialet transkriberades ordagrant som sedan analyserades och delas in i åtta kategorier med tillhörande subkategorier. Deltagarna beskrev hur personer med demens uttrycker smärta genom kroppsspråket. De drar sig undan, ansiktsuttrycket blir förändrat med olika grimaser och kroppshållningen blir annorlunda. Det beskrivs även hur sinnesstämningen förändras, att de blir oroliga, får ångest och blir aggressiva. Det verbala uttrycket förändras såsom att de skriker och jämrar sig. Personer med demens kan börja vandra och även få sömnsvårigheter. Det som även framkommer i studien är vikten av patientkännedom och även att ha en bra kontakt med anhöriga samt ett behov av smärtskattningsinstrument.

Nyckelord: Demens, smärt bedömning, omvårdnadspersonal.

Abstract

The aim of the study was to describe the level of understanding of nursing staff regarding the expression of pain by patients suffering from dementia. A further aim was to examine what help and support is available to nursing staff in aiding assessment of pain levels in these patients.

The study is descriptive in character and has a qualitative perspective.

Six interview subjects, who were strategically chosen for convenience, were selected to help in this study. The criteria used for selection was that all should have a minimum of three years experience caring for patients suffering from dementia. As an aid to the interview process, semi structured questions and an interview guide were used. The material gathered was then literally transcribed, analysed and divided into eight categories and sub categories.

Interviewees report that patient express pain in a variety of different ways. Some patients use body language where they become withdrawn and their facial expressions and posture alters. Mood changes are also described, with patients becoming restless and anxious and sometimes aggressive. Verbal expressions of pain, such as wailing and screaming, are also described as well as the observation that patients suffering from dementia sometimes develop difficulties in sleeping and can wander off.

Further observations from the study show that combined importance of really knowing and being familiar with the patient and his/her background, a good relationship between nursing staff and the patients relatives, and finally, the need of pain assessment tools.

Keywords: Dementia, pain assesment, nursing staff.

Innehållsförteckning		Sida
1	Introduktion	1
1.1	Litteraturgenomgång	1
1.2	Problemområde	4
1.3	Syfte	4
1.4	Frågeställning	4
2	Metod	5
2.1	Design	5
2.2	Urval och undersökningsgrupp	5
2.3	Datainsamlingsmetod	5
2.4	Tillvägagångssätt	6
2.5	Dataanalys	6
2.6	Forskningsetiska övervägande	7
3	Resultat	8
3.1	Uttryck av smärta genom kroppsspråket	8
3.2	Uttryck av smärta genom olika sinnesstämningar	10
3.3	Verbala uttryck	11
3.4	Förändrat rörelsemönster	12
3.5	Sömnsvårigheter	12
3.6	Patientkännedom	13
3.7	Smärtskattningsinstrument	13
3.8	Stöd från anhöriga	14
4	Diskussion	15
4.1	Huvudresultat	15
4.2	Resultatdiskussion	15
4.3	Metoddiskussion	17
4.4	Allmän diskussion	18
5	Referenser	20
	Bilagor	

1. Introduktion

1.1 Litteraturgenomgång

Allmänt om demens och befolkning.

Sverige är ett av de länder i världen som har den äldsta befolkningen. Från år 2010 kommer antalet människor över 65 år att öka markant. Den största ökningen kommer att bli i åldersgruppen 85 år och äldre (1,2). I takt med att allt fler lever längre ökar antalet personer med kroniska sjukdomar och bland dessa är demens en stor grupp (2,3). Demens är en av våra folksjukdomar, vanligast är Alzheimers sjukdom. Nästan varannan i åldrarna 85 – 95 år har Alzheimers sjukdom. Cirka 10 000 med Alzheimers diagnos är under 65 år (4).

Demenssjukdomar delas upp i tre stora grupper, primärdegenerativa sjukdomar, vasculära demenssjukdomar och sekundära demenssjukdomar. Primärdegenerativa sjukdomar orsakas av sjukdomsprocesser i hjärnan. Till denna grupp hör Alzheimers sjukdom, frontallobsdemens eller Picks sjukdom samt Huntingtons sjukdom. Vaskulära demenssjukdomar orsakas av skador på hjärnan orsakat av ev. hjärninfarkt eller blödning. Multiinfarktdemens är den vanligaste av vaskulära demenssjukdomar (MID). Sekundära demenssjukdomar orsakas sekundärt av ex långvarigt bruk av alkohol eller B-12 brist. Blandformer av dessa sjukdomar förekommer (5).

Demens är en sjuklig förändring som drabbar intellektuella funktioner med försämring av minnet och det logiska tänkandet. Likaså försämras kommunikations och orienteringsförmågan samt förmågan att klara av inlärd dagliga vardagssysslor (3). Demens kan även leda till personlighetsförändringar och emotionella störningar, detta fast medvetandet är opåverkat.

Alzheimers sjukdom

De första symtomen på Alzheimers sjukdom är att närminnet sviktar, det så kallade episodiska minnet och det är ett långsamt förlopp som gör att det är svårt att avgöra när symtomen börjar. Många är i yrkesverksam ålder när symtomen börjar och man får svårigheter att utföra sitt yrke. Sjukdomsförloppet har stora variationer. Sjukdomens svårighetsgrad kan mätas i en skala, Global Deteriorations Scale (GDS). Stadierna delas upp med siffrorna 1 till 7. Stadie 5 är tidig demens, 6 är medelsvår demens och 7 är svår demens (Bilaga 1).

I det tidiga stadiet märks svårigheter att komma ihåg ord, man letar ord och kanske har svårt att komma ihåg barnbarnens namn. De har även svårigheter att orientera sig i tid och rum. I det mellersta får man allt svårare att klara av vardagen. Inkontinens förekommer och man behöver tillsyn för att äta och sköta toalettbestyr. De blir mer och mer desorienterade i tid och rum och ibland till person. Även språksvårigheter börjar märkas, såsom läs och skrivsvårigheter. I det senare stadiet av sjukdomen är den sjuke helt hjälpberoende och har mycket svåra kommunikationssvårigheter, tydlig muskelstelhet och rörelsefattigdom. I slutskedet är patienten helt sängbunden (6). Alzheimers är den vanligaste av demenssjukdomarna och risken att drabbas av Alzheimers stiger med åldern (4,5).

Olika typer av smärta

Jacobsson (1) skriver att smärta delas in i akut smärta och långvarig smärta. Akut smärta är en viktig varningssignal om att någon är fel, en skada. Utan den funktionen skulle vi leva farligt. Långvarig smärta däremot är sådan smärta som är kvar efter att ev. vävnadsskada är läkt. Gränsen för långvarig smärta brukar dras vid 3 månader eller i vissa studier 6 månader eller mer.

Smärtsinnet har ingen adaptionsförmåga och upprepad smärta har en tendens att bli värre. En negativ upplevelse av tidigare sjukhusvistelse kan påverka smärtan negativt.

Långvarig smärta påverkar personen både fysiskt och psykiskt. De fysiska symtomen yttrar sig i minskad rörlighet, trötthet, nedsatt aptit med avmagring som följd. Den psykiska påföljden av långvarig smärta kan ses som orolighet, irritation och svårighet att koncentrera sig (1).

Smärta delas in efter var den kommer ifrån, nociceptiv, neurogen och psykogen smärta. Nociceptiv smärta uppkommer från skador på vävnader utanför nervsystemet. När smärtan kommer från själva nervsystemet benämns den som neurogen smärta. Har smärtan en koppling till psykisk sjukdom kallas det psykogen smärta. Idiopatisk smärta kallas smärta som man ej hittar någon orsak till (1,7). Denna indelning av smärta kan uppfattas som fenomen var för sig men ofta förekommer blandformer av smärta t ex cancersmärta. Den här indelningen tar inte hänsyn till att smärtyttringen och möjligen smärtupplevelsen påverkas av psykologiska, sociologiska, kulturella och existentiella faktorer. Olika personer kan uppleva samma typ av smärta på olika sätt. Hur personer kommunicerar sin smärtupplevelse har att göra med personligheten, vilka tidigare erfarenheter de har (7).

Smärta och äldre

Smärta hos äldre personer är vanligt och det visar flera studier (8,9,10). De vanligaste diagnoserna är artrit, artros och osteoporos. Konsekvenserna av smärta är att äldre personer blir inskränkta i sitt dagliga liv. Detta leder i sin tur till dålig aptit, nedsatt muskelstyrka och försämrad cirkulation, vilket i sin tur ökar risken för osteoporos och frakturer (8). Studier visar också att många äldre boende på vårdhem, speciellt personer med demens har obehandlad smärta med underbehandling och onödigt lidande som följd (8,10,11).

Morrisson och Alberts studie visar att personer med demens inte har mindre smärta än de som är kognitivt friska. Trots detta är äldre personer med demens insatt på mindre smärtstillande behandling än friska äldre (12). Att uppmärksamma tecken på smärta och utvärdera smärtlindring är svårt på grund av att personer med demens ofta inte kan uttrycka sig verbalt. Det största problemet med att upptäcka och behandla smärta hos personer med demens är att vårdaren måste se och uppmärksamma olika smärttillstånd hos dessa vårdtagare (13,14,15). Det finns studier som pekar på att personalen behöver valida och reliabla smärtinstrument för att utvärdera smärtan på ett adekvat sätt hos äldre med kognitiva svårigheter (10).

Relationen mellan personal och den demenssjuke

Personer med demens har svårt att uttrycka och tolka sina upplevelser. Saknar de även förmågan att verbalt uttrycka sig så blir vårdtagaren helt beroende av att personalen kan identifiera och tolka vad den demenssjuke vill förmedla (16). På grund av detta är den demenssjuke mycket sårbar. Omvårdnaden måste byggas på kunskap om vårdtagarens kvarvarande kognitiva förmåga samt den demenssjukes personlighet, livshistoria och sjukdomssituation (1). En god omvårdnad bygger på tillit och att personalen är lyhörd för vårdtagarens behov och förmåga. En god omvårdnad betyder också att man har en kommunikation personal och vårdtagare emellan. När vårdtagaren inte kan uttrycka sig så är den icke verbala kommunikationen ytterst viktig där kroppsspråk, gester och mimik kan avslöja vad den demenssjuke känner, tycker och tänker (4). Det ställer stora krav på vårdpersonalen att vara uppmärksam på individen och att skapa ett förtroende till den demenssjuke (17).

1.2 Problemområde

Personer med demens är en mycket sårbar patientgrupp. Mer forskning behövs om denna patientgrupp och deras olika sätt att uttrycka sig. Om omvårdnadspersonalen blir bättre på att uppfatta tecken på smärta och därmed smärtlindra får man en vårdtagare som mår bra.

Därmed blir omvårdnaden bättre och miljön på boendet blir lugnare. Med tanke på att antalet äldre kommer att öka i framtiden och med det personer med demens anser författarna det som ett viktigt omvårdnadsproblem.

1.3 Syfte

Syftet med studien var att beskriva vårdpersonalens uppfattning av hur smärta kan uttrycka sig hos personer med demens samt att beskriva vilka hjälpmedel de har i sin bedömning

1.4 Frågeställning

Hur uppfattar vårdpersonal att smärta uttrycks hos personer med demens?

Vilka hjälpmedel använder vårdpersonalen i sin bedömning?

2. Metod

2.1 Design

Studien har en beskrivande design med kvalitativ ansats (18).

2.2 Urval och undersökningsgrupp

Urvalet gjordes dels genom bekvämlighetsurval och strategiskt urval (19,20).

Undersökningsgruppen bestod av fem omvårdnadspersonal och en demenssjuksköterska som arbetar med personer med demens i den norra delen av Sverige. Inklusionskriterierna var att deltagarna var kontaktperson till en eller flera vårdtagare samt erfarenhet av arbete med personer med demens i minst tre år. Svensk bakgrund och vara mellan 35 och 65 år.

Tabell 1. Deltagare i studien.

	Deltagare 1	Deltagare 2	Deltagare 3	Deltagare 4	Deltagare 5	Deltagare 6
Ålder	38	53	50	38	58	46
Antal år i arbetet med äldre	14	36	32	20	26	14
Antal år i arbetet med dementa	14	10	7	8	15	10
Utbildning	Omvårdnadsprogrammet	Distriktsköterskeutbildning, omvårdnadsvetenskap, handledning, arbetsledning, demens- och smärtutbildning.	Omvårdnadsprogrammet och handledning.	Omvårdnadsprogrammet	Omvårdnadsprogrammet och demensutbildning	Mental-skötare och omvårdnadsprogrammet.

2.3 Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer med hjälp av en intervjuguide (19). Intervjuguiden inleddes med bakgrundsfrågor som ålder, utbildning samt hur många år de arbetat med dementa. Detta för att skapa en avslappnad miljö. Intervjuerna genomfördes i samtalsform så varje intervju blev unik i sig, men några huvudfrågor ställdes:

Hur uppfattar du att personer med demens uttrycker smärta?

Kan du ge något praktiskt exempel?

Använder ni någon typ av smärtskattningsinstrument?

Anser du att det skulle behövas? Följdfrågor ställdes för att få fram mer information som t.ex.

Hur menar du då? Berätta mer? (bilaga 2)

2.4 Tillvägagångssätt

En provintervju med en av författarna känd omvårdnadspersonal genomfördes för att träna på intervjutekniken och för att testa intervjuguiden. Författarna ansökte om tillstånd att genomföra studien hos verksamhetschefen på ett äldre boende där det fanns flera avdelningar med bl a demensboende. Tillstånd gavs och ett missivbrev lades ut på avdelningarna med demensboenden och i det informerades omvårdnadspersonalen om studien och att de kunde skriva upp sitt intresse för deltagande (Bilaga 3). Dock fick författarna inget svar på detta sätt. Av den anledningen gjorde en av författarna ett personligt besök på en av demensavdelningarna och tillfrågade omvårdnadspersonalen som arbetade just då om de kunde tänka sig att delta. Två omvårdnadspersonal erbjöds sig då att delta. Dessa i sin tur berättade om ett annat boende där det arbetar en demenssköterska. Kontakt togs och sköterskan och ytterligare två omvårdnadspersonal från det boendet var villig att delta i studien. Resultatet blev sex intervjuade omvårdnadspersonal inklusive provintervjun. Omvårdnadspersonalen som deltog i studien benämns härefter som deltagare. Innan intervjuerna genomfördes fick deltagarna läsa igenom författarnas PM för att få en uppfattning om vad studien handlade om. Intervjuerna genomfördes under september månad 2008.

Under intervjuerna tog den ena författaren en mer central roll i intervjuandet och den andra författaren hade en mer passiv roll och fyllde i med följdfrågor där det behövdes. Intervjuerna genomfördes i enskilda rum på deltagarnas arbetsplats för att kunna prata ostört. Intervjuerna spelades in på en diktafon och intervjuerna pågick mellan 20 – 45 minuter.

Efter att intervjuerna transkriberats fick deltagarna läsa igenom transkriberingarna för att rätta till eventuella missförstånd. Inga oklarheter uppdagades med detta.

2.5 Dataanalys

Intervjuerna numrerades och transkriberades ordagrant av författarna själva. Texten analyserades med en manifest innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (18). Analysenheterna lästes igenom för att bilda en uppfattning av vad det handlade om, därefter delades texten i domäner som sammanföll med frågeområdena i intervjun detta gjordes av författarna var för sig. Författarna tillsammans identifierade meningsbärande enheter som kondenserades och förseddes med koder. Koderna jämfördes efter innehåll och sorterades i subkategorier och kategorier. Detta var en tidskrävande process där författarna fick gå fram

och tillbaka i materialet för att inget i materialet som svarade mot syftet skulle falla bort eller för att det inte fanns någon kategori att sätt in i.

Under analysprocessen framkom resultat som inte svarade på syftet, men författarna tyckte att resultaten var så viktiga att syfte och frågeställningar utökades för att inte viktigt material skulle uteslutas (20). Analysprocessen presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enheter	Kondenserad text	Kod	Subkategori	Kategori
...vi skulle vända och då Of... det syns liksom på kroppsspråket att det är obehagligt... det kanske gör ont då... att det blir svårt i vändningen	När man vänder patienten syns det på kroppsspråket att det gör ont	Visar obehag vid lägesförändring	Kroppshållning	Uttryck av smärta genom kroppsspråket
...men det vanligaste är just de här med oron ... öh ja att dom inte liksom kan få ro i kroppen.	De är orolig får ej ro.	Orolig	Oro	Uttryck av smärta genom olika sinnesstämningar

2.6 Forskningsetiska överväganden

Deltagarna informerades skriftligt och muntligt att intervjuerna skedde frivilligt. Deras medverkan kunde avbrytas när som helst och utan motivation. Deltagarna fick läsa igenom det transkriberade materialet innan resultatet presenterades. Intervjumaterialet behandlades konfidentiellt så att inte någon intervjuare skulle kunna identifieras. Författarna lämnade även sitt namn och telefonnummer till deltagarna så att de kunde ta kontakt vid eventuella frågor (21).

3. Resultat

Deltagarna i studien beskriver att personer med demens har många olika tecken att visa smärta och obehag. De beskriver att kroppsspråket förändras, de drar sig undan, de kan ha en stirrande blick, ansiktsuttryck som grimaser och rynkad panna, de tar sig på kroppsdelar som t. ex. knäet och de får en förändrad kroppshållning som t. ex. att de drar ihop sig och ligger i fosterställning. En del visar ingen smärta alls i situationer som borde göra ont.

Smärta kan också visa sig i olika sinnesstämningar som att de blir oroliga, har svårt att sitta stilla, får ångest och vill gå hem till sina barn, de kan bli aggressiv och kan visa rädsla men även bli ledsen och deprimerad.

I omvårdnadssituationer kan verbala uttryck som jämmer skrik och svordomar visa sig som smärta. Personer med demens kan också få ett förändrat rörelsemönster dvs de vandrar fram och tillbaka i korridorerna. Deltagarna beskriver det som att de kan ha cirkulationsstörningar som gör att det lättar när de är uppe och rör på sig.

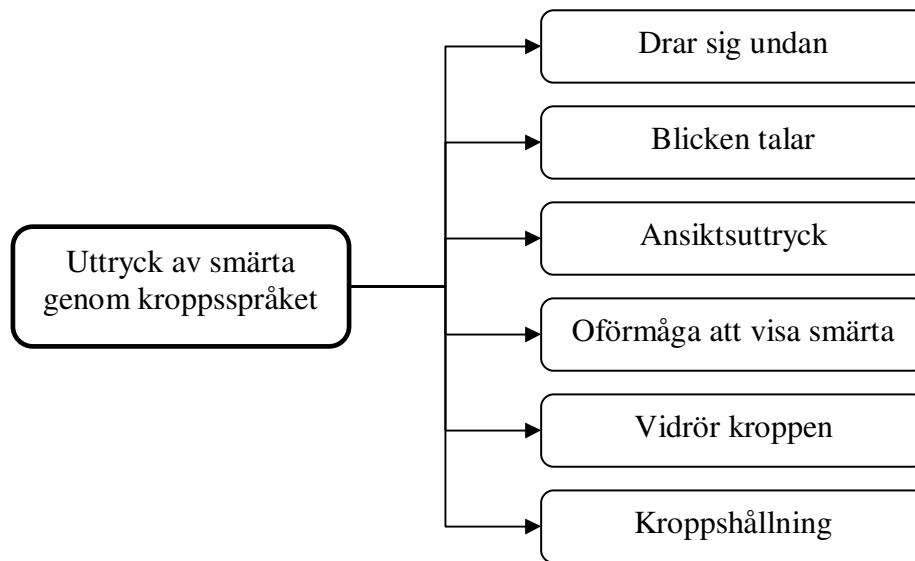
Att uppmärksamma smärta hos personer med demens beskrivs av deltagarna som en svår uppgift och att de är beroende av att ha en viss patientkänedom. Men även en god kontakt med anhöriga för att genom dessa få en uppfattning av hur personen var innan sjukdomen. Deltagarna beskriver också att det säkert underlättande om de hade tillgång till något slags smärtskattningsinstrument.

Resultatet presenteras i löpande text utifrån kategorier och subkategorier. Uttalanden som styrker subkategorierna exemplifieras med citat. Vårdpersonalens uppfattning om vilka tecken de tolkade som smärta kunde kategoriseras i kategorierna kroppsspråk, sinnesstämning, verbala uttryck, förändrat rörelsemönster och sömnsvårigheter. Det stöd de hade i sin bedömning kunde kategoriseras i kategorierna patientkänedom, smärtskattningsinstrument och stöd från anhöriga. De underliggande kategorierna presenteras i figurer.

3.1 Uttryck av smärta genom kroppsspråket

Det är viktigt att observera kroppsspråket hos personer med demens där kan man urskilja förändringar som kan tyda på smärta.

Uttrycket av smärta genom kroppsspråket framkom på olika sätt (fig.1).



Figur 1. Kategori kroppsspråk med subkategorier.

Studien visade att personer med demens drar sig undan och blir avståndstagande vid uttryck av smärta.

”Och sen det här att dom kan vara lite avståndstagande, att dom liksom... drar sig undan.”(Deltagare 6)

Det beskrivs också att det syns i blicken på personer med demens att det är något som inte stämmer, det är något som är fel.

”Blicken... Jaa, det syns liksom på ansiktsuttrycket och allting, att det är någonting som är fel.”(Deltagare 6)

Demenssjuka kan också visa smärta genom ansiktsuttrycken, beskriver deltagarna. De visar detta genom olika typer av ansiktsuttryck så som att de grimaserar, rynkar pannan eller grinar upp sig.

”...öhh, det här att dom med ansiktsuttrycket, det här med mimiken va, de här att man kanske åååh, rynkar hela pannan å man liksom ser på dom att något är fel va.”(Deltagare 2)

”Ja, det ser man ju ofta på ansiktsuttrycket tycker jag, ansiktsuttrycket liksom man kanske ser där hur den betar sig va, man ser att de kanske grimaserar sig när, när jag tar lite extra om man säger på armen, då grimaserar de sig.”(Deltagare 5)

De beskriver även att personer med demens ibland inte visar någon smärta trots att något skett som är väldigt smärtsamt.

”Vi hade ju en tant som trampade in en glasbit i hälen ja menar dä men hon visade ju absolut ingenting i ansiktet att det gjorde ont.”(Deltagare 4)

Att vidröra kroppen vid smärta beskrivs av deltagarna att det är något som personer med demens brukar göra. När personer med demens vidrör kroppen kan detta visa sig på olika sätt, som att de tar sig på magen.

”Dom kanske tar sig på magen. Dom har kanske inte varit på toaletten på länge så det kan vara det dom har ont av...”(Deltagare 1)

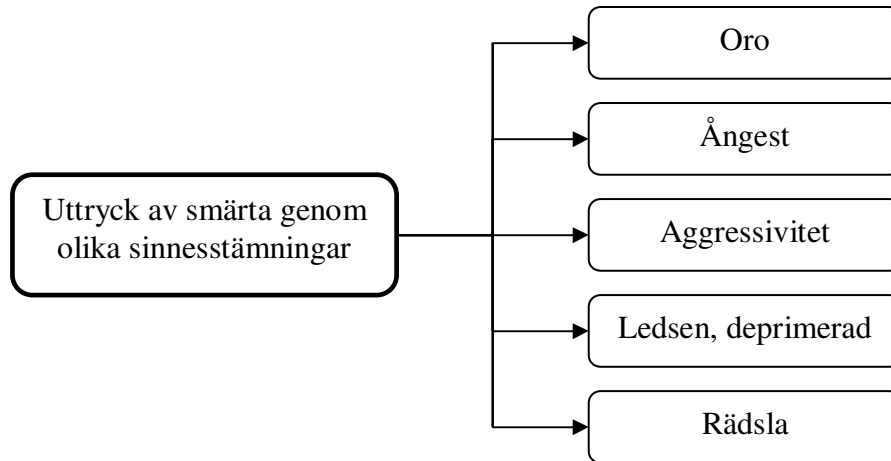
”...och hon beklaga sig och tog sig åt knä och åt höften, och hon har en utsliten höft.”(Deltagare 2)

Deltagarna beskriver att de kan se på kroppshållningen när personer med demens uttrycker smärta, genom att de till exempel ligger och drar ihop kroppen.

”...dom ligger kanske och drar ihop sig... ja, men om dom har ont i magen kanske dom drar ihop sig och ligger i fosterställning eller så...”(Deltagare 4)

3.2 Uttryck av smärta genom olika sinnesstämningar

Att personer med demens uttrycker smärta genom olika sinnesstämningar är något som framkommer i intervjuerna som är vanligt att deltagarna ser (fig.2).



Figur 2. Kategori sinnesstämning med subkategorier.

Oro är något som är väldigt vanligt och deltagarna beskriver att denna oro kan vara uttryck för smärta. Deltagarna beskriver att personer med demens är orolig, de springer runt och plockar och är stökiga.

"...men det vanligaste är just de här med oron... öh ja att dom inte liksom kan få ro i kroppen."(Deltagare 2)

" Mycket oro kan man se, man kan ju se att personen är väldigt orolig många gånger och man kan kanske säga lite plockig och man märker att de är någonting som inte är riktigt bra..."(Deltagare 3)

Personer med demens får även ibland ångest beskrivs det om i intervjuerna. De får denna ångest för att de till exempel vill gå hem till sina barn eller föräldrar.

"...å de är ju mycket med de här att dom får ångest, dom blir orolig på grund av att de här att öh, dom måste hem, dom måste hem till sina barn, dom måste hem till mamma och pappa, dom måste ut med korna, hästarna eller va de nu är. ...va de nu är som dom har haft hand om tidigare, eller barn dom har alltså. ...för eftersom dom lever så långt tillbaka så alltså i de här med att dom hade familj och barnen var små då måste dom ju hem."(Deltagare 2)

Deltagarna beskriver att aggressivitet visar sig hos personer med demens när de har smärta, de kan även bli irriterad.

”...öhh, jaa, de kan ju bli irriterad, elak... Allra helst att dom blir irriterad för det mesta.”(Deltagare 1)

Att vara deprimerad och ledsen är något som deltagarna beskriver att de kan se hos personer med demens. De har kanske fått flyttat ifrån sin fru eller man och då kommer saknaden av varandra fram.

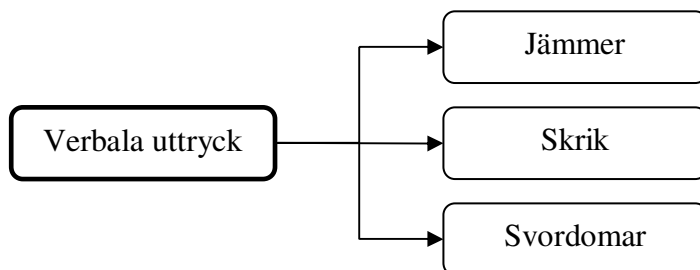
”Och så just de hära att man, ööhh, just de här att man också att man kanske har bott hemma med frun eller tvärsom då. Och sen ska behöva skiljas åt när man bor på olika ställen då. Å så här då. Just saknade av varann.”(Deltagare 2)

Personer med demens förstår inte alltid världen omkring sig och då kan det enligt deltagarna dyka upp rädsla hos dessa personer.

” ...ja det är klart när man inte förstår världen omkring sig och vad vi är där för fast vi förklarar så blir det ju att man är rädd.”(Deltagare 4)

3.3 Verbala uttryck

I de fall den demenssjuke har talet kvar förekommer ibland verbala uttryck som kan uppfattas som smärta. Deltagarna beskriver att de kan jämra sig och även blir aggressiv och skrika svordomar och fula ord, ofta i samband med omvårdnaden.



Figur 3. Kategori verbala uttryck med subkategorier.

Jämrande och ojande är ett verbalt uttryck som den demenssjuke kan ge ifrån sig vid smärta då i samband med en rörelse.

"...hon var på toaletten och kissa och hon jämra sig å å ojojoj så här."(Deltagare 2)

Ett annat verbalt uttryck är att de skriker ut sin smärta.

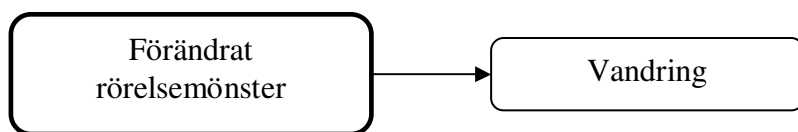
"...eller de kan också vara att dom ligger på sängen och bara skriker å man får inte röra dom."(Deltagare 2)

Aggressivitet förekommer också som ett verbalt uttryck av smärta, svordomar och ramsor av fula ord kan uppstå om man tar i den demenssjuke.

"Sen det här, har dom talet kvar, så kan det ju bli massa ordbajseri va. Att det blir hemska uttryck och så här, man får ju heta hemska saker. Och det kan ju också vara ett uttryck."(Deltagare 6)

3.4 Förändrat rörelsemönster

Demenssjuka kan även börja vandra, gå fram och tillbaka i korridorerna. De vandrar och plockar i saker som ligger, deras rörelsemönster förändras.



Figur 4. Kategori förändrat rörelsemönster med subkategori.

Vandring kan vara ett sätt för den demenssjuke att uttrycka smärta, de går fram och tillbaka i korridorerna och har svårt att sitta still. Detta beteende är ofta förekommande hos demenssjuka och det är svårt för vårdpersonalen att vara tillhands för dem i fall de har lätt för att ramla. De blir också ett orosmoment för övriga boende när de vandrar hela tiden.

"Gången, vandring. Kan ju också vara ett beteende... ...när det är smärta."(Deltagare 6)

3.5 Sömnsvårigheter

Deltagarna beskriver att den demenssjuka har ofta sömnsvårigheter, har svårt att komma till ro på kvällarna. Ofta behöver vårdpersonalen sitta på sängkanten en stund för att de ska komma till ro. Detta kan också vara ett uttryck för smärta.

”det är väl mycket man sånt man ser den här oron och svårt att sova...”(Deltagare 5)

3.6 Patientkännedom

Något som framkommer tydligt av resultatet är betydelsen av att känna patienten.

Patientkännedom innebär bland annat personalkontinuitet så att de lär känna personen och vet hur dem beter sig i normala situationer.

”Jag tror att det är viktigt det här med kontinuiteten att man lär känna personerna... så man vet hur de beter sig normalt... i olika situationer.”(Deltagare 4)

Patientkännedom innebär att omvårdnadspersonalen kan se om något är fel, om det är något som avviker från det normala. Detta innebär att de bland annat kan se om personen är oroligare än vanligt.

”jaa... en del kan det ju vara att dom är tystare än vanligt eller oroligare än vanligt eller...”(Deltagare 4)

Att känna den demenssjukes vanliga beteende är viktigt också för att urskilja om de är oroliga för att de har smärta eller om de är oroliga och vandrar av andra orsaker.

3.7 Smärtskattningsinstrument

Att uppmärksamma smärta hos personer med demens är inte enkelt det uttrycker samtliga deltagare. När vi frågar om de har någon form av hjälpmedel så svarar de nekande, en deltagare säger att det har talats om det och att det kanske kommer i framtiden. Vi beskriver att det finns s.k. smärtskattningsinstrument där man kan dokumentera beteendeförändringar samt vilka tider och vid vilka tillfällen de framträder. Dessa kan vara till god hjälp för bedömningen av smärta och många av deltagarna tror att det skulle vara ett bra hjälpmedel.

”För det är inte enkelt...det är inte enkelt. ...sen det här med mätinstrument och nu vet jag ju inte mycket om det men att det, det är ju någonting som jag tror säkert skulle vara väldigt, väldigt bra.”(Deltagare 3)

”det skulle vara bra att ha det ha det här instrumentet att man går efter stegvis så här så att man inte missar något... och så att man dokumenterar då va... tecken då och vad kan vara orsaken då...”(Deltagare 2)

En av deltagarna beskriver att de gjort ett eget smärtskattningsinstrument för att kunna se när personerna med demens har smärta, hur de gjorde för att förbättra och vilket resultat de fick.

”Vi har gjort en annan variant där vi har haft klockslag vi har gjort som ett diagram i oro och lite mer så... om man har någon som är orolig vilken tid de var orolig å vad vi gjorde för att försöka förbättra det och vilket resultat det hade.”(Deltagare 4)

3.8 Stöd från anhöriga

Att få hjälp och stöd från anhöriga är viktigt. Anhöriga kan berätta om den demenssjuke, om de har några gamla skador sen förr, hur de är till sin personlighet och vad de uppskattar och tycker illa om. Bra kontakt med anhöriga beskrivs som mycket viktigt när det gäller att tolka den demenssjuke och att man kan ringa till dem när det uppstår något problem.

”...och så är det viktigt att ha kontakt med anhöriga för de kan ju berätta de också... sånt som inte alltid står heller.” (Deltagare 4)

”...anhöriga det är det största redskapet vi har ...det är ju frun eller make/maka eller barn som vet hur mamman och pappa... har varit va, det är ju det största redskapet...det ska vi ta vara på...”(Deltagare 5)

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

I resultatet framkommer att det finns olika uttryck för smärta som kan uppmärksammas hos personer med demens. Uttryck av smärta genom kroppsspråket, olika sinnestämningar, verbala uttryck, förändrat rörelsemönster och sömnsvårigheter. Det som var mest framträdande och nämndes av alla deltagare var oron, att de är extra orolig, plockar och vandrar kan vara ett tecken på smärta. Även olika ansiktsuttryck som grimaser, stirrande blick sågs som ett vanligt tecken på smärta. Det framkommer även i alla intervjuerna att det är en mycket svår uppgift att uppmärksamma smärta hos personer med demens eftersom de inte kan tala om när det gör ont. De påtalar även att det är mycket viktigt att känna patienten för att på det viset kunna se om det är något avvikande i deras beteende. Hjälpmedel som deltagarna använder sig av i sin bedömning är patientkännedom, stöd av anhöriga och smärtskattningsinstrument.

4.2 Resultatdiskussion

Föreliggande studie visade att kroppsspråket är viktigt att observera hos personer med demens då de på detta vis uttrycker sin smärta. Olika typer av kroppsspråk som att ansiktsuttrycket förändras med grimaser. Detta överrensstämmer med Closs m.fl. (22) studie där resultatet visar att genom att iaktta kroppsspråket hos personer med demens kan man se om de har smärta eller obehag.

Andra kroppsspråk som kan uppfattas är att den demenssjuke drar sig undan vid beröring, blicken blir stirrande. Även i en studie av Kunz m.fl. (23) kan man se på personer med demenssjukdom när de har smärta genom ansiktsuttrycket. Konsekvenserna av att smärta och obehag inte blir upptäckta och obehandlade leder till onödigt lidande för den demenssjuke.

Det framkom i denna studie att personer med demens blir orolig och plockig. Detta beskrivs även i studien av Pellitier och Landreville (24) där de beskriver att dementa visar oro vid obehag. Omvårdnadspersonalen berättar om att personer med demens uttrycker sin smärta genom olika sinnestämningar såsom oro, ångest och aggressivitet. Det framkommer även i en studie av Cotter (25) att oro och vandring är ett uttryck som kan tolkas hos personer med demens. Detta uppstår oftast på grund av ett underliggande behov såsom smärta, obehag eller att de söker efter social kontakt. I den här studien framkom också att demenssjuka kunde visa

aggressiva beteenden vid smärta vilket styrktes i en studie av Kovach m.fl. (26) där man påtalar att det visar på att personalen inte har förstått vad den demenssjuke försöker förmedla vilket skapar frustration och otillfredsställda behov som kan visa sig i aggressivitet.

Personer med demens kan även uttrycka sin smärta genom att skrika, använda svordomar och jämra sig. I Blomqvists och Hallbergs (11) studie beskrivs att smärtan uttrycks verbalt, genom att använda ett paralingvistiskt språk, förändrat ansikts- eller kroppsspråk och även i humör och lynne.

Sömnsvårigheter är något som uttrycks i denna studie. Att personer med demens har svårt att komma till ro på kvällarna och att detta kan vara ett uttryck för smärta. Diagnoser som claudio intermittens och restless legs gör att det känns bättre om man stiger upp och rör sig, även psykisk smärta som oro, ångest och hemlängtan kan vara en förklaring till detta. Detta resultat finns ej att hitta i någon annan studie. Men i en studie av Deschenes och McCurry (27) framkommer det att sömnstörningar är vanligt hos äldre vuxna med demens. I den studien beskrivs det att sömnstörningar tros bero på en progressiv försämring och minskning av antalet nervceller i centrala nervsystemet (CNS).

Deltagarna beskriver i den här studien att patientkännedom är något som är mycket viktigt för att kunna se om den demente har smärta. Personal som känner igen patienten och dess normala beteende ser avvikande beteende. Detta styrks av en studie med Closs m.fl. (22) där det beskrivs att det var lättare för omvårdnadspersonalen att se när personer med demens har smärta om de sedan tidigare sett hur de reagerar vid smärta, särskilt när den kognitiva förmågan minskade successivt. Även Parke (28) påtalar i sitt resultat vikten av att känna igen patienten för att uppmärksamma beteendeförändringar hos den demenssjuke.

Den här studien visar att det behövs någon form av smärtskattningsinstrument som kan vara till hjälp för bedömningen av smärta. I en studie av Cohen-Mansfield och Lipson (17) framkommer det att det finns ett behov av förbättrade metoder för att kunna identifiera smärta hos personer med en demenssjukdom. Axelsson m.fl. (8) kom fram till i sin studie att det är bra att använda sig av smärtskattningsinstrument för att få fram information från dem som har kognitiva och kommunikativa svårigheter. Även enligt Akbarzadehs och Jacobssons (10) studie behövs valida och reliabla smärtinstrument för att kunna utvärdera smärtan på ett adekvat sätt.

Bra kontakt med anhöriga beskrivs av deltagarna som något att ta vara på för de kan berätta om hur den demente har fungerat tidigare innan han/hon blev sjuk. I en studie av Lau m.fl. (29) pågår det en interaktiv process mellan vårdtagarens familj och personalen på boendet för att uppnå samarbete. När denna process är framgångsrik så uppstår en gemensam och harmoniskt partnerskap mellan familjen och personalen som gör att de kan skapa en ömsesidig omvårdnad.

4.3 Metoddiskussion

Författarna valde att göra en intervjustudie därför att det inte finns så många studier om just dementa och smärta.

Credibility eller trovärdighet

Något som kan ha påverkat trovärdigheten negativt är att den ena författaren som var den ledande i intervjuerna, har omvårdnadsutbildning och har arbetat med äldre människor i många år samt har en viss erfarenhet av att arbeta med personer med demens. Denna förförståelse var svår att åsidosätta vid intervjuerna eftersom författaren var ovan att göra intervjuer. Det faktum att några av deltagarna kände igen den ena författaren kan ha inverkat negativt på trovärdigheten men även positivt eftersom det bidrog till en avslappnad miljö vid intervjuerna som kändes mer som ett samtal.

Datansamlingen pågick under relativt kort tid, september månad 2008. Om längre tid förlöpt mellan intervjuerna kunde författarna haft mer tid att reflektera och förbättra intervjutekniken och på detta sätt förstärkt trovärdigheten i studien.

Deltagarna i studien valdes ut dels genom att tillfråga personal personligen och dels att de i sin tur fick ge förslag på personer som kunde tänkas vara intresserad. Detta urvals sätt var inget författarna hade tänkt sig från början men då den skriftliga informationen inte gick fram och några deltagare anmälde sig frivilligt var detta en metod som fungerade. Det som var viktigast var att deltagarna var kontaktpersoner för någon eller några demenssjuka och hade arbetat i mer än tre år.

Författarna har även använt sig av en viss källtriangulering med att deltagarna är från två olika personalgrupper. Genom att intervjua personer med olika relation till problemet ses olika perspektiv på problemet och det stärker trovärdigheten.

Transferability eller överförbarhet

Trots att detta är en mycket liten studie anser författarna att resultatet är överförbart på andra demenssjuka med tanke på att deltagarna har arbetat med äldre i genomsnitt 21 år och med dementa i genomsnitt 14 år.

Dependability eller pålitlighet

Ljudåtervinningen vid intervjuerna var av mycket god kvalitet, vilket gjorde det lätt att transkribera materialet. Vilket påverkade pålitligheten positivt. I en av intervjuerna pratade deltagaren och intervjuarna i munnen på varandra, vilket försvårade transkriberingen. Efter att ha lyssnat på intervjuerna vid transkriberingen kunde författarna konstatera att de borde ha lyssnat igenom dem redan efter två intervjuer för att rätta till brister i intervjutekniken. Samtliga deltagare i studien var kvinnor, detta kan ha påverkat pålitligheten, eftersom författarna inte vet hur manliga deltagare skulle ha påverkat resultatet.

Författarnas handledning har varit objektiv och av mycket hög kvalitet då handledaren har många års erfarenhet av forskning.

Confirmability eller bekräftbarhet.

Se Credibility (20).

4.4 Allmän diskussion

Smärta är en subjektiv känsla och upplevs och uttrycks olika av olika personer. En del personer uttrycker högt och tydligt att de har ont, andra gnäller och jämrar sig, medan andra personer drar sig undan och säger ingenting. Även sättet att hantera smärta är olika från person till person och är beroende av vilka fysiska och psykiska förutsättningar du har.

Det framkommer i den här studien att oro, plockighet, vandring och svårigheter att sitta stilla är vanliga beteenden hos den demenssjuke vilket kan tyda på psykosocial smärta. Den här smärtan kanske man bäst behandlar med god omvårdnad dvs. personal som har tid att engagera sig, se personen bakom sjukdomen och lära känna människan. Vad är det som gör den här människan glad och nöjd?

Deltagarna i studien framhåller att det är av yttersta vikt att personalen som arbetar med personer med demens måste vara intresserad av sitt arbete och tycka om sina vårdtagare. Den

demenssjuke går tillbaks i utvecklingen och det är många gånger likvärdigt med att vårda ett barn. Patientkännedom och en hög grundbemanning är av största vikt för att kunna vårda dessa patienter på ett bra sätt och för att uppmärksamma beteendeförändringar.

Hög grundbemanning och kontinuitet i vården är i dag ingen prioritering då vården kostar stora pengar och ska vara så effektiv och kosta så lite som möjligt. Det ställs höga krav på personalen som ska vårda demenssjuka som är mycket vårdkrävande.

I en rapport från SBU står det att i begreppet omvårdnad ligger även insatser för att stödja vårdarna t ex genom regelbunden handledning och kompetensutveckling. Grundtanken är att om vårdare får ökad kompetens och trivs med sin uppgift så leder det till högre livskvalité för de demenssjuka personerna.

Att personalen gör egna smärtskattningsdokument tyder på att det finns ett behov av hjälpmedel, personalen inser sitt eget tillkortakommande när det gäller bedömning av de demenssjuka, speciellt då det är stor personalomsättning. Ett instrument där man kan dokumentera när, var och hur och även göra anteckningar om åtgärder, uppföljning och utvärdering av åtgärder skulle behövas. Men detta hjälpmedel får inte vara alltför krångligt, det ska vara lätt att fylla i och lätt att läsa av.

Författarna föreslår vidare forskning där man använder sig av smärtskattnings instrument som är utformat här i Sverige och utvärderar om det kan vara till hjälp för personalen att uppmärksamma och utvärdera smärta på personer med demens.

Projektets betydelse

Sverige är ett av de länder som har den äldsta befolkningen och den förväntas att öka inom några år. Vilket också gör att antalet personer med demens ökar. Demens är en våra största folksjukdomar så det är av intresse för oss som författare till den här uppsatsen att kunna ge en så bra omvårdnad som möjligt till våra äldre personer med demens. Förståelsen av deras upplevelser är en förutsättning för god omvårdnad. Därför är det av vikt att ta reda på hur personer med demens ger uttryck för smärta. Genom att belysa det här omvårdnadsproblemet kan sjuksköterskor få bättre kunskaper och vara mer observant i omvårdnaden av personer med demens.

Referenser:

1. Jakobsson U. (red.) Långvarig smärta. Polen: Studentlitteratur; 2007.
2. Socialstyrelsen. Demenssjukdomars samhällskostnader och antalet dementa i Sverige. [Hemsida på Internet] c2005 [Uppdaterad 2007-09; Åtkomst 2008-02-10] Tillgänglig från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/FBF2CF90-53A4-4538-8953-EEF235BC790B/8297/200712332.pdf>
3. SBU rapport nr 172. Demenssjukdomar. [Hemsida på Internet] c2006 [Åtkomst 2008-02-20] Tillgänglig från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Demens_sammanfattning.pdf
4. Ekman S-L, Eriksson Jönhagen M, Fratiglioni L, Graff C, Jansson W, Robinsson P, et al. Alzheimer. Kristiansstad: Kristiansstads boktryckeri AB; 2007
5. Larsson M, Rundgren Å. Geriatriska sjukdomar. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2003.
6. Basun H, Ekman S-L, Englund E, Gustavsson L, Lannfelt L, Nygård L, et al. Om Demens. Förlaget Hagman: Stockholm; 1999.
7. Haegerstam G. Smärta hos äldre. Polen: Studentlitteratur; 2007.
8. Axelsson K, Ahrel K, Friström A-E, Hallgren L, Nydevik I. Pain among persons living at a nursing home. *Vård i Norden*. 2/2000;56(20):20-23.
9. Horgas A.L, Nichols A.L, Schapson C.A, Vietes K. Assessing Pain in Persons with dementia: Relationships among the non-communicative patient's pain assessment instrument self-report, and behaviour observations. *Pain management nursing*. 6/2007;8(2):77-85.
10. Akbarzadeh M, Jakobsson U. Smärtbedömning hos äldre personer med kommunikationssvårigheter – en utvärdering av den svenska versionen av Doloplus-2. *Vård i Norden* 4/2007;86(27):26-31.
11. Blomqvist K, Hallberg I.R. Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults. *International Journal of Nursing Studies*. 2001;38:305–318.
12. Morrison R.S, Albert L. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2000;19(4):240-248.
13. Epps C.D. Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. *Geriatric nurse*. 2001;22(2):71-79.

14. Kaasalainen S, Coker E, Dolovich L, Papaioannou A, Hadjistavropoulos T, Emili A. et al. Pain Management Decision Making Among Long-Term Care Physicians and Nurses. *West J Nurs Res.* 2007;29:561.
15. Buffum M.D, Hutt E, Chang V.T, Craine M.H, Snow A.L. Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenges. *Journal of Rehabilitation Research & Development.* 2007;2(44):315–330.
16. Socialtjänsten Uddevalla kommun. Uddevalla: Smärta & Demens; 2002.
17. Cohen-Mansfield J, Lipson S. Pain in Cognitively Impaired Nursing Home Residents: How Well Are Physicians Diagnosing It? *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1039–1044.
18. Graneheim U.H, Lundman B. Qualitative content analyses in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today.* 2004;24:105–112.
19. Polit D, Beck C.T. *Nursing research principles and methods* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
20. Malterud K. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning.* Lund: Studentlitteratur; 1998.
21. Bell J. *Introduktion till forskningsmetodik.* 4:e uppl. Danmark: Studentlitteratur; 2006.
22. Closs S.J, Cash K, Barr B, Briggs M. Cues for the identification of pain in nursing home residents. *International Journal of Nursing Studies.* 2005;42:3–12.
23. Kunz M, Mylius V, Scharmann S, Schepelman K, Lautenbacher S. Influence of dementia on multiple components of pain. *European Journal of Pain.* 2008;13:317–325
24. Pelletier I.C, Landreville P. Discomfort and agitation in older adults with dementia. *BMC Geriatrics.* 2007;7(27):1-8
25. Cotter V. The burden of dementia. *American Journal of managed care.* 2007;13(8):193-197
26. Kovach C.R, Noonan P.E, Schlidt A.M, Wells T. A model of consequences of need-driven, dementia-compromised behaviour. *Journal of nursing scholarship.* 2005;37:2, 134-140
27. Deschenes C, McCurry M. Current treatments for sleep disturbances in individuals with dementia. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11(1):20-26

28. Parke B. Realizing the presence of pain in cognitively impaired older adults. *Journal of gerontological nursing*. 1998;24(6):8-21
29. Lau W-Y A, Shyu Y-I L, Lin L-C, Yang P-S. Institutionalized elders with dementia: collaboration between family caregivers and nursing home staff in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17:482-490

Bilaga 1

GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS)

Stage	Deficits in cognition and function	Usual care setting
1	Subjectively and objectively normal	Independent
2	Subjective complaints of mild memory loss. Objectively normal on testing. No functional deficit	Independent
3	Mild Cognitive Impairment (MCI) Earliest clear-cut deficits. Functionally normal but co-workers may be aware of declining work performance. Objective deficits on testing. Denial may appear.	Independent
4	Early dementia Clear-cut deficits on careful clinical interview. Difficulty performing complex tasks, e.g. handling finances, travelling. Denial is common. Withdrawal from challenging situations.	Might live independently – perhaps with assistance from family or caregivers.
5	Moderate dementia Can no longer survive without some assistance. Unable to recall major relevant aspects of their current lives, e.g. an address or telephone number of many years, names of grandchildren, etc. Some disorientation to date, day of week, season, or to place. They require no assistance with toileting, eating, or dressing but may need help choosing appropriate clothing.	At home with live-in family member. In seniors' residence with home support. Possibly in facility care, especially if behavioural problems or comorbid physical disabilities.

6	<p>Moderately severe dementia May occasionally forget name of spouse. Largely unaware of recent experiences and events in their lives. Will require assistance with basic ADLs. May be incontinent of urine. Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) are common, e.g. delusions, repetitive behaviours, agitation.</p>	<p>Most often in Complex Care facility.</p>
7	<p>Severe dementia Verbal abilities will be lost over the course of this stage. Incontinent. Needs assistance with feeding. Lose ability to walk.</p>	<p>Complex Care</p>

Bilaga 2

Intervjuguide

Hur många år har du arbetat med äldre?

Hur många år har du arbetat med personer med demens?

Hur gammal är du?

Vad har du för utbildning?

Kan du beskriva hur smärta kan uttrycka sig hos personer med demens?

Kan du ge något praktiskt exempel?

I fall ni misstänker smärta hur gör ni då?

Använder ni någon form av smärtinstrument till hjälp i er bedömning?

I fall av nej anser du att det skulle behövas?

Upplever du att personer med demens har mindre smärtlindrande medicin än kognitivt friska?

I så fall har du någon teori om varför?

Vad skulle man kunna göra åt det?

Bilaga 3

Till dig som är omvårdnadspersonal vid demensboende.

Vi är två sjuksköterskestuderande vid högskolan i Gävle som under vår utbildning skall göra en C uppsats med syfte att beskriva hur omvårdnadspersonal uppfattar att personer med demens uttrycker smärta.

Eftersom demens är en av våra största folksjukdomar är det viktigt för oss i vårt kommande yrke att ha förståelse för de dementas upplevelse för att kunna ge en god omvårdnad. Vi är tacksamma om ni med era erfarenheter kan hjälpa oss att belysa detta omvårdnadsproblem.

Studien kommer att utföras med hjälp av bandinspelande intervjuer, beräknad tid 45-60 min. Intervjuerna kommer att skrivas ut i sin helhet till text och analyseras. Detta material kommer sedan att ligga till grund för C uppsatsen.

Intervjuerna kommer att äga rum under våren eller hösten 2008.

Deltagande i intervjun är frivillig och kan när som helst avbrytas.

Materialet kommer att behandlas konfidentiellt d.v.s. endast författarna till uppsatsen och handledaren kommer att ha tillgång till materialet. De intervjuade kommer att få läsa igenom innehållet i intervjun innan resultatet presenteras.

Vi vill att du som intervjuas är kontaktperson för en eller flera vårdtagare samt att du har minst 3 år erfarenhet med omvårdnad av äldre personer med demens. Du bör även ha svensk bakgrund och vara i ålder 35 – 65 år.

Vill du hjälpa oss med att ställa upp på en intervju, skriv upp dig på listan eller ta kontakt med oss per telefon eller mail.

Tack på förhand för din medverkan.

Med vänliga hälsningar

Birgitta Danielsson

070-538 97 95 mail: birgitta-62@mitt-tdc.se

Linda Hellström

070-210 66 04