

”Man har det som man tar det”

Sinnesstämning hos personer
med lätt till medelsvår
demenssjukdom

Mats Wennstig

”Man har det som man tar det”

Sinnestämning hos personer med lätt till medelsvår demenssjukdom

© 2006 Författare och Blekinge FoU-enhet

FÖRFATTARE Mats Wennstig

OMSLAG OCH LAYOUT Ritva Ström

KOPIERINGSFÖRBUD

Detta verk är skyddat av upphovsrättslagen. Kopiering är förbjuden utöver vad som avtalats mellan upphovsrättsorganisationer och högskolor enligt avtalslicensen i 13 § upphovsrättslagen.

TRYCKNING CopyGraf AB, Bräkne-Hoby

Printed in Sweden 2006

ISSN 1400-7959

Innehållsförteckning

Förord	5
Sammanfattning	7
Inledning	9
Bakgrund	11
Syfte	15
Metod	15
Urval	15
Instrument	17
Etiska övervägande	18
Resultat	19
Diskussion	25
Referenslista	29
Bilagor	31
Bilaga 1 Patientenkät	33
Bilaga 2 Informationsblad	43
Bilaga 3 Medgivandeblad	45

Förord

Kunskap om hur personer med demens upplever sin tillvaro har i många studier framförallt varit fokuserade på sjukdomens negativa konsekvenser. Förekomsten av depression, ångest och oro är exempel på symtom som i olika studier lyfts fram som vanligt förekommande. Det finns en risk att personer som får besked om att de har en demenssjukdom därför kopplar samman sjukdomen med den typen av symtom och tror sig gå en mörk framtid till mötes. Det är därför av stor vikt att undersökningar som denna genomförs och att resultat som också visar på positiva aspekter lyfts fram. Undersökningen visar att närstående upplever att deras make/maka/förälder som har en demenssjukdom, i huvudsak har en positiv sinnesstämning. Studiens resultat visar också att kvinnor, i större utsträckning än män, upplevdes ha en positiv sinnesstämning. Även om resultatet bygger på relativt få deltagare, bedömdes även kvinnorna, i mindre utsträckning än männen, ha en misstänkt depression. Det kan finnas många olika tänkbara förklaringar till detta, men vi har idag ganska begränsad kunskap om ifall mäns och kvinnors upplevelse av att drabbas av demens och förmåga att hantera sin sjukdom skiljer sig åt. För att kunna ge mer riktade stödinsatser är det därför av stor vikt att i fortsatta studier vidare undersöka mäns och kvinnors upplevelser.

Denna studiens resultat ger ett värdefullt bidrag till kunskapen om sinnesstämningen hos personer med demenssjukdomar och visar även på vikten av att använda bedömningsinstrument som fokuserar på aspekter som är relaterade till livskvalitet. Ur ett omvårdnadsperspektiv kan kunskapen användas för att ytterligare rikta ljuset mot olika stödinsatser som syftar till att bibehålla upplevelsen av att leva ett gott liv, trots demenssjukdom.

Kristianstad den 23 april 2006

Anna-Karin Edberg

Leg sjuksköterska, Dr Med Vet, Docent i Omvårdnad

Sammanfattning

Demens är ett samlingsnamn för en rad olika sjukdomar där Alzheimers sjukdom och Vaskulär demens är de vanligaste. Demenssjukdomen påverkar en rad kognitiva funktioner men innebär också att personen upplever en tilltagande osäkerhet och minskad självkänsla. Redan i en tidig fas av sjukdomen påverkas även personens sinnesstämning. Syftet med denna studie var att beskriva hur närstående uppfattar sinnesstämningen hos personer med lätt till medelsvår demenssjukdom. En andra del i syftet var att studera tillförlitligheten i skattning av sinnesstämning utförd av någon närstående jämfört med patientens egen uppfattning. Den kvantitativa studien, via en frågeenkät, ingick i ett pågående forsknings- och utvecklingsprojekt i Blekinge, Demensvård i Blekinge (DIBS). I studien användes skalan Patient Mood Assessment Scale (PMAS). I studien ingick 36 personer med en diagnostiserad demenssjukdom, jämt fördelade mellan könen. Resultatet visade att kvinnorna uppfattades ha en mer positiv sinnesstämning än männen. Framförallt visade det att kvinnorna var mer fönöjda och glada än männen. Resultatet visade också på en god samstämmighet mellan den demensdrabbades och närståendes uppfattning om sinnesstämningen. Individer reagerar olika på demenssjukdom och någon form av bedömning av sinnesstämning bör ingå i underlaget för planering av omvårdnadsinsatser.

Inledning

I Blekinge finns sedan flera år en väl uppbyggd organisation för utredning, stöd, vård och boende för personer med minnesproblem eller misstänkt demenssjukdom och deras närstående. Behoven ser olika ut beroende på sjukdomens natur, individuella önsknings och behov hos den sjuke samt närståendes resurser. En förutsättning för god demensvård är ett mångprofessionellt teamarbete och en medveten gemensam strategi för hur man bemöter och omhändertar personer med demens och deras närstående under hela sjukdomsutvecklingen. Det är av yttersta vikt för personen med demens och dess närstående att kunskap om alla tillgängliga resurser finns samlade och lätt tillgängliga när behov uppkommer. Det är vidare viktigt att samordna de resurser som finns att tillgå i form av stöd, konsultation och handledning till personal som arbetar med personen med demens och deras närstående.

För att bedriva en god demensvård utifrån hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen krävs ett nära samarbete mellan huvudmännen. Demenssjuksköterska som finns i samtliga Blekinges fem kommuner har en central roll i denna samordning och har en central roll i processen runt den demenssjuke och dess anhöriga. Demenssjuksköterskan arbetar både inom kommun och landsting vilket således innebär ett gränsöverskridande arbete. Arbetet innebär en konsultativ roll till patient, anhöriga och personal, vilket utesluter PAS-ansvar. Dessutom har demenssjuksköterskan en utredande, rådgivande, stödjande, vägledande, utbildande, kompetenshöjande och handledande funktion. Tillsammans med läkaren medverkar demenssjuksköterskan i utredning av minnesproblem, så att diagnos kan uteslutas eller fastställas. Hembesök utgör en viktig del i utredningen. I arbetet ingår telefonkontakt med patient/anhöriga, mottagningsbesök samt att delta i uppföljning och utvärdering av läkemedel och behandlingar. Vid behov tas kontakt med andra professioner både inom kommun och landsting. Demenssjuksköterskan deltar vid behov i vårdplaneringar samt introducerar dagverksamhet och korttidsvård.

Enligt riktlinjerna (www.lblekinge.se/primarvard) för utredning av minnesproblem och för vård av personer med demenssjukdomar i Blekinge ska en individuell handlingsplan upprättas för varje enskild patient/familj. En förutsättning

för att kunna planera för en god individuell vård och omsorg är en kunskap om hur den sjukdomsdrabbade personen mår. Denna lilla skrift beskriver ett arbete där syftet var att ta fram en bild över hur närstående uppfattar sinnesstämning/humör hos några personer med demens i en lätt till medelsvår fas av demenssjukdomen. Någon form av sådan bedömning av sinnesstämning bör ingå i all vårdplanering för målgruppen.

Uppsatsen som ligger till grund för detta meddelande är framförd som en C-uppsats i ämnet omvårdnad vid Högskolan i Kristianstad.Handledare under arbetet har varit Göran Holst, FoU-handledare vid Blekinge FoU-enhet.

Bakgrund

Demenssjukdom är ett tillstånd som redan i en tidig fas påverkar sinnesstämningen hos den som är drabbad. Vanliga känslor hos personer med demens kan i ett tidigt skede vara skam, sorg och vemod (Holst & Hallberg, 2003). Sinnesstämning (engelskans mood) kan enligt Norstedts engelska ordbok (2001) beskrivas som en sammanfattning av en persons humör, lust och håg. Nationalencyklopedin (1998) förklarar ordet sinnesstämning som ett känslomässigt tillstånd.

Demens är ett tillstånd med en stadigvarande nedsättning av kognitiva funktioner som minne och andra intellektuella funktioner. Vid demenssjukdom är också personlighet och emotionella funktioner påverkade. De vanligaste demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom och Vaskulär demens. Demens är en folksjukdom som drabbar en stor del av den äldre befolkningen och är starkt åldersrelaterad. Beräkningar har visat att 5-8 % av alla över 65 år lider av en demenssjukdom (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2003). Detta betyder att ca. 150.000 personer är drabbade av någon form av demenssjukdom i Sverige (Wimo & Sandman, 1999).

Demenssjukdomen kan delas in i tre faser; lätt, medelsvår och svår demens. Lätt demens kan definieras som ett tillstånd där personen har en klar nedgång i intellektuell förmåga, nedsatt social och arbetsmässig förmåga men klarar av att leva på egen hand. En medelsvår demens innebär att personen behöver daglig tillsyn och hjälp att klara de vardagliga sysslorna. Såväl de språkliga som praktiska problemen blir alltmer påtagliga i denna fas av sjukdomen. Vid svår demens är hjälpbehovet stort och den drabbade är helt desorienterad till tid och rum (Marcusson et al, 2003).

Personen med demens får efterhand i sjukdomsförloppet allt svårare att minnas och väva samman händelser i livet. En konsekvens av detta kan bli en ökad svårighet att uppleva helhet och mening i sin tillvaro (Kihlgren, 2002). Nedsättningen av den intellektuella funktionen innebär att personen med demens upplever en allt mer tilltagande osäkerhet och minskad självkänsla (Marcusson et al, 2003). En demenssjukdom drabbar i hög grad även de närstående. Som närstå-

ende kan man i den förändrade livssituationen uppleva en såväl fysisk, emotionell som social börda (Almberg & Jansson, 2002).

Förekomsten av depression beräknas vara ca 25 % hos personer med demens av Alzheimertyp (Gottfries, Londos & Sandman, 2004). Depressionen kan dels vara en psykologisk reaktion på det försämrade minnet och de övriga funktionsnedsättningarna, dels vara orsakad av de strukturella och neurokemiska förändringar som ses vid demenssjukdom (Marcusson et al, 2003). Depression hos personer med demens har med framgång kunnat behandlas med olika farmaka under de senaste åren. Ett sätt att undersöka förekomsten av depression hos äldre patienter kan vara att använda skattningsskalan GDS (the Geriatric Depression Scale). En variant av GDS har 20 ja och nej – frågor och kan användas som ett screening-instrument vid misstanke om depressionssjukdom (Gottfries et al, 2004).

BPSD (Beteendemässiga och Psykologiska Symtom vid Demens) är ett samlingsnamn för olika känslouttryck eller psykiska symtom vid demenssjukdom. Exempel på BPSD kan vara oro, ångest och aggressivitet. I vissa fall kan orsaken till symtomen bero på ett bristfälligt bemötande från närstående eller personal. Att exempelvis få en känsla av att inte förstå vad som sägs eller görs, att mötas av en nedlåtande attityd eller av respektlöshet kan utlösa någon form av BPSD (Basun, Ekman, Gustafson, Lannfelt, Nygård, Terzis & Wahlund, 1999; Eriksson, Minthon, Moksnes, Saarela, Sandman, Snaedal & Karlsson, 2003).

Omgivningsfaktorer, som bemötande och miljö, kan således ha en avgörande betydelse för upplevelsen av funktionsnedsättningen. Att i olika omvårdnadssituationer få ett bemötande fyllt av respekt, värdighet och integritet kan skapa ett klimat som gör det lättare att leva med demenssjukdom (Gottfries et al, 2004). En avgörande faktor för hur personen upplever och hanterar sjukdomen är den enskildes förmåga till anpassning. Även den tidigare personligheten spelar här en stor roll (Cars & Zander, 1999; Holst, 2000). En utveckling av olika copingstrategier kan innebära att personen med demens kan uppleva ett meningsfullt liv trots svår sjukdom (Harris & Durkin, 2002).

Tidigare forskning har bl.a. undersökt sinnesstämningen hos personer med demens i särskilt boende. Dessa studier visade att sinnesstämningen, hos personer med svår demens, kan förbättras genom en väl anpassad omvårdnad (Edberg, Hallberg & Norberg, 1999). I intervjuer med närstående (Kilander, 2004) har 4

av 10 beskrivit att den demensdrabbades sinnesstämning är dålig eller någorlunda. Drygt hälften av de närstående beskrev periodvisa humörsvängningar i form av aggressivitet och/eller nedstämdhet som de mest påtagliga yttringarna av demenssjukdomen (a.a.). Inhämtande av information från någon närstående är ganska vanligt i demensvård. Ofta har personer med medelsvår eller svår demens pga dysfasi eller afasi svårt att på egen hand berätta om sina upplevelser med hjälp av det talade ordet (Norberg & Zingmark, 2002). Det finns en risk att andrahandsinformation från exempelvis en närstående inte helt överensstämmer med patientens egen uppfattning. Tidigare forskning har dock visat att det finns en överensstämmelse mellan egen och närståendes skattning bland yngre personer i en personlighetsbeskrivning (Holst, 2000). Det saknas studier som studerar överensstämmelse mellan anhörigs och patientens egen skattning av sinnesstämning.

Syfte

Huvudsyftet med studien var att beskriva hur närstående uppfattar sinnesstämningen hos personer med lätt till medelsvår demenssjukdom. En andra del i syftet var att studera tillförlitligheten i skattning av sinnesstämning, utförd av någon närstående jämfört med patientens egen skattning.

Metod

Urval

Materialet till denna studie hämtades från ett pågående forsknings- och utvecklingsprojekt, Demensvård i Blekinge (DIBS). Projektet pågår under åren 2002-2006 och har personer med misstänkt eller diagnostiserad demens som målgrupp. Projektet samlar in data, från såväl patienten som närstående, med hjälp av enkäter i samband med första kontakten efter sex månader och därefter var tolfte månad (bilaga 1). Länets demenssjuksköterskor, där författaren av denna studie är en, ansvarar för datainsamlingen.

Materialet till denna studie är hämtat från den del i DIBS-projektet som berör patientens sinnesstämning vilken närstående har besvarat. Mätpunkten har varit vid det andra mättillfället i projektet, sex månader efter första kontakt med demenssjuksköterskan. I studien deltar 36 personer som fått en demensdiagnos vid detta tillfälle (Tabell 1).

Tabell 1.
Personer med diagnostiserad demenssjukdom sex månader efter första kontakten (n=36) samt grad av demens (enligt Berger) och misstanke om depression (GDS 20).

	Totalt	Man	Kvinna
Ålder (år)			
Medel	76,81	76,22	77,39
Kön		18 (50%)	18 (50%)
Ensam-/sammanboende			
Sammanboende	27 (75%)	15 (83%)	12 (67%)
Ensamboende	9 (25%)	3 (17%)	6 (33%)
Typ av boende			
Ordinärt	33 (92%)	18 (100%)	15 (83%)
Särskilt	3 (8%)	0	3 (17%)
Diagnos			
Alzheimers sjukdom	23 (64%)	12 (67%)	11 (61%)
Vaskulär demens	2 (6%)	1 (6%)	1 (6%)
Blanddemens	2 (6%)	2 (11%)	0
Demens	7 (19%)	3 (17%)	4 (22%)
Övriga	2 (6%)	0	2 (11%)
Demensgrad (enl. Berger)			
Lätt demens	10 (28%)	4 (22%)	6 (33%)
Medelsvår demens	25 (69%)	14 (78%)	11 (61%)
Svår demens	1 (3%)	0	1 (6%)
Depression			
Ej depression	22 (61%)	8 (44%)	14 (78%)
Misstanke om depression	11 (31%)	8 (44%)	3 (17%)
Ej genomförd	3 (8%)	2 (11%)	1 (6%)

I länets fem kommuner finns totalt tio demenssjuksköterskor som i samband med första kontakten med patienten erbjöd personer med misstänkt eller diagnostiserad demens att medverka i projektet. Demenssjuksköterskan ansvarade för att ge information om projektet samt att inhämta samtycke, såväl skriftligt som muntligt, från patienten och när det var möjligt, även från närstående (bilaga 2 och 3).

Instrument

I projektet har skalan Patient Mood Assessment Scale (PMAS) använts. Denna är skapad av Hallberg och Norberg och senare testats avseende reliabilitet av Edberg (2000). Skalan utvecklades för att mäta sinnesstämningen hos personer med svår demens i särskilt boende. Skalan anses vara ett känsligt instrument i värderingen av patientens sinnesstämning före och efter omvårdnadsåtgärder och bedömts ha en god reliabilitet och validitet. Instrumentet tycks vara ett värdefullt komplement till informationen från patienten själv, men har tidigare ej använts på personer med en lätt till medelsvår demenssjukdom. Instrumentet används för att skatta patientens sinnesstämning den senaste veckan. Det baseras på information från någon som känner personen väl, och har varit nära personen under den aktuella perioden. I detta projekt är det närstående som har fyllt i PMAS efter instruktion från demenssjuksköterskan. Skalan består av 10 delfrågor med vardera en positiv och en negativ dimension. Den positiva dimensionen representeras av värdet 1 och den negativa av värdet 5. De 10 olika delfrågorna är:

1. Tillitsfull/trygg - Misstrogen/rädd
2. Självständig/oberoende - Osjälvständig/beroende
3. Nyfiken/engagerad - Likgiltig/apatisk
4. Säker/tveklös - Osäker/tveksam
5. Tydlig/stolt/jagmedveten - Vag/osäker/skamsen
6. Varm/tillgiven - Kylig/avståndstagande
7. Fridfull/lugn/harmonisk - Ängestfylld/orolig/förtvivlad
8. Godmodig/fredlig - Argsint/aggressiv
9. Förförad/glad - Sorgsen/ledsen/missnöjd
10. Skojfrisk/humoristisk - Torr/humorfri

I projektet har dessutom en skala för bedömning om depression föreligger hos patienten GDS (the Geriatric Depression Scale) i en version med 20 frågor använts. Denna har besvarats av patienten inom samma tidsperiod som närstående har besvarat frågorna om sinnesstämning (PMAS). I denna studie jämförs två frågor i GDS; ”Är du ofta orolig eller ängslig” och ”Känner du dig oftast glad och nöjd” med frågorna 7 och 9 i PMAS enligt ovan. För att möjliggöra jämfö-

relsen gjordes resultatet i PMAS om till en positiv dimension (värdet 1-2) och en negativ dimension (värdet 4-5). Detta innebar att svaren med värdet 3 i PMAS togs bort i jämförelsen. I respektive jämförelsefråga fanns därför 24 patienter där en jämförelse var möjlig.

Etiska överväganden

I samband med den första kontakten i projektet gavs en såväl muntlig som skriftlig information (bilaga 2 och 3). Informationen beskrev syfte och tillvägagångssätt samt att medverkan var helt frivillig. I informationen betonades dessutom att svaren skulle komma att behandlas konfidentiellt utan möjlighet för utomstående att kunna spåra medverkande personer med namn eller födelsedata. Detta möjliggjordes genom att personuppgifter och kopplingen mellan dessa förvarades i ett låst dokumentskåp. I den första kontakten inhämtades även ett skriftligt samtycke till medverkan i studien (bilaga 3).

Att som närstående beskriva sin närståendes sinnesstämning riskerade att röra upp en del känslor vilket också kunde ha en nytta i att personen gavs en möjlighet att bearbeta sin aktuella livssituation. Varje patient och närstående i projektet har haft en kontinuerlig kontakt med demenssjuusköterska och därigenom haft möjlighet att diskutera de känslor och reaktioner som kan ha uppkommit som en följd av medverkan i projektet.

Resultat

Den totala poängsumman för de 10 frågorna i PMAS kunde vara mellan 10 och 50. Poängsumman i denna studie varierade mellan ett lägsta värde 11 och som högst 47, med ett medianvärde på 28.

De två frågor som låg mest åt en positiv dimension (värdet 1-2) enligt närståendes uppfattning var godmodig/fredlig – argsint/aggressiv samt varm/tillgiven – kylig/avståndstagande. Åt en mer negativ dimension (värdet 4-5) låg de två frågorna självständig/oberoende – osjälvständig/beroende samt säker/tveklös – osäker/tveksam (Tabell 2).

Tabell 2.**De 10 delfrågorna och fördelning mellan deltagarna i Patient Mood Assessment Scale (PMAS) (n=36).**

Värdet 1-2 står för en mer positiv dimension och värdet 4-5 står för en mer negativ dimension.

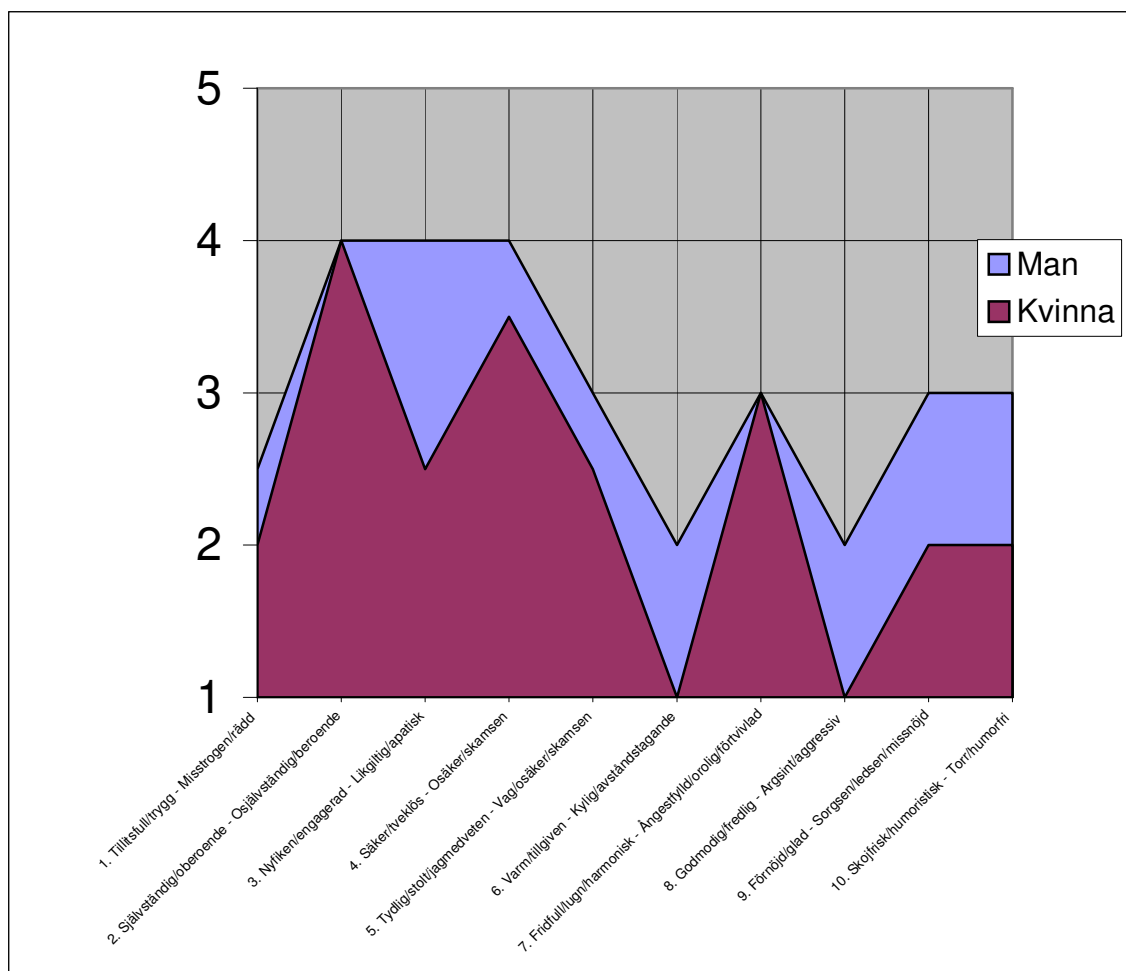
	1	2	3	4	5	Median
1. Tillitsfull/trygg - Misstrogen, rädd	8	11	8	6	3	2
2. Självständig, oberoende - Osjälvständig, beroende	1	3	10	16	6	4
3. Nyfiken, engagerad – Likgiltig, apatisk	7	5	9	11	4	3
4. Säker, tveklös – Osäker, tveksam	5	2	9	10	10	4
5. Tydlig, stolt, jagmedveten –Vag, osäker, skamsen	6	5	13	7	5	3
6. Varm, tillgiven – Kylig, avståndstagande	14	12	6	2	2	2
7. Fridfull, lugn, harmonisk –Ångestfull, orolig, förtviv- lad	6	8	11	6	5	3
8. Godmodig, fredlig – Argsint, aggressiv	16	9	7	3	1	2
9. Förtrodd, glad – Sorgsen, ledsen, missnöjd	8	7	11	7	3	3
10. Skojfrisk, humoristisk – Torr, humorfri	10	6	13	7	0	3

Resultatet visade en signifikant skillnad mellan män och kvinnor på den totala skattningen av sinnesstämning med hjälp av PMAS ($p = 0,045$). Det sammanlagda medianvärdet för de 10 frågorna var för män 31,5 och för kvinnor 24. Det var en signifikant skillnad mellan könen på en fråga, nämligen frågan ”förför, glad – sorgsen, ledsen, missför” ($p=0,049$). Detta betyder att kvinnorna i högre grad beskrevs som förförda och glada än männen. På ytterligare en fråga, ”nyfikna, engagerad – likgiltig, apatisk” låg p -värdet strax över den nivå som beskriver en signifikant skillnad ($p=0,054$). Detta betyder att kvinnorna i högre grad beskrevs som nyfikna och engagerade än männen. Även i de övriga frågorna sågs en skillnad mellan hur män respektive kvinnor uppfattades av närstående, dock ej signifikant (Tabell 3 och Figur 1).

Tabell 3.**Jämförelse mellan män (n=18) och kvinnor (n=18) i de 10 delfrågorna i Patient Mood Assessment Scale (PMAS).**

Värdet 1-2 står för en mer positiv dimension och värdet 4-5 står för en mer negativ dimension.

	Kön	Pos.	3	Neg.	Median
1. Tillitsfull/trygg - Misstrogen, rädd	Man	9	5	4	2,5
	Kvinna	10	3	5	2
2. Självständig, oberoende - Osjälvständig, beroende	Man	1	5	12	4
	Kvinna	3	5	10	4
3. Nyfiken, engagerad - Likgiltig, apatisk	Man	3	5	10	4
	Kvinna	9	4	5	2,5
4. Säker, tveklös - Osäker, tveksam	Man	1	6	11	4
	Kvinna	6	3	9	3,5
5. Tydlig, stolt, jagmedveten - Vag, osäker, skamsen	Man	2	9	7	3
	Kvinna	9	4	5	2,5
6. Varm, tillgiven - Kylig, avståndstagande	Man	12	3	3	2
	Kvinna	14	3	1	1
7. Fridfull, lugn, harmonisk - Ångestfyll, orolig, förtvivlad	Man	6	6	6	3
	Kvinna	8	5	5	3
8. Godmodig, fredlig - Argsint, aggressiv	Man	11	5	2	2
	Kvinna	14	2	2	1
9. Förnöjd, glad - Sorgsen, ledsen, missnöjd	Man	4	7	7	3
	Kvinna	11	4	3	2
10. Skojfrisk, humoristisk - Torr, humorfri	Man	5	9	4	3
	Kvinna	11	4	3	2



Figur 1. En jämförelse mellan medianvärdet för män och kvinnor i de 10 olika delfrågorna i Patient Mood Assessment Scale (PMAS). Värdet 1 står för en positiv dimension och värdet 5 står för en negativ dimension.

I jämförelsen mellan två frågor i PMAS och två liknande frågor i GDS konstaterades en god överensstämmelse i hur närstående och patienten skattade patientens sinnestämning. Närståendes skattning vad gäller ”fridfull/lugn/harmonisk - ångestfylld/orolig/förtvivlad” jämförd med patientens svar på ”Är du ofta orolig eller ängslig” överensstämde i 20 (83 %) av de 24 fallen. I jämförelsen mellan ”förolyglad/glad - sorgsen/ledsen/missnöjd” och ”Känner du dig oftast glad och nöjd” var det en överensstämmelse i 18 (75 %) av de 24 fallen.

Diskussion

Resultatet visar en signifikant skillnad mellan män och kvinnor i det sammanlagda medelvärdet för de 10 frågorna i Patient Mood Assessment Scale (PMAS). Detta resultat väcker en del frågor. Är det så att män och kvinnor reagerar olika på demenssjukdom eller är det personens livshistoria och personlighet som spelar en större roll? Resultatet visar också att det fanns en god överensstämmelse mellan den demensdrabbades och närståendes uppfattning om sinnesstämningen i de två delfrågor som jämförts i denna studie.

Det totala resultatet visar att en majoritet av de närstående uppfattade personen med demens som mer godmodig/fredlig än argsint/aggressiv. En majoritet uppfattade också personen som snarare varm/tillgiven än som kylig/avståndstagande. Dessa positiva dimensioner kan uppfattas som i huvudsak känslomässiga funktioner hos en människa. Det är väl känt att dessa funktioner är påverkade i en lägre grad hos en person med en demenssjukdom (Edberg, 2002).

I det totala resultatet konstateras också att en majoritet av de närstående uppfattade personen med demens som mer osjälvständig/beroende än självständig/beroende. En majoritet uppfattade också personen som mer osäker/tveksam än säker/tveklös. Dessa negativa dimensioner kan på många sätt relateras till minnesfunktioner och praktiska funktioner, vilka i hög grad är påverkade vid en demenssjukdom (Marcusson et al, 2003).

Resultatet visar en signifikant skillnad mellan könen i det sammanlagda medianvärdet för de 10 frågorna. Detta betyder att män uppfattades ha en sinnesstämning åt en mer negativ dimension än kvinnor. En möjlig förklaring kan vara att männen i denna studie sammantaget var något sämre i sin kognitiva funktion jämfört med kvinnorna. En annan förklaring, eller bekräftelse på detta resultat, kan vara att männen i högre grad bedömdes ha en misstänkt depression i GDS 20-skattningen (Tabell 1). Enligt Wasserman (2003) finns det ingen skillnad i förekomst av depression mellan äldre män och kvinnor. Däremot är betydligt fler kvinnor drabbade av depression bland yngre och medelålders personer (a.a.).

Resultatet visar att kvinnorna i studien uppfattades vara mer förnöjda och glada än männen. Enligt Magai, Cohen, Gomberg, Malatesta & Culver (1996) är glädje en av de få känslor som verkar bli mindre uttryckt i takt med att demenssjukdomen fortskrider (a.a.). Är det så att män förlorar mer av sin roll och kompetens och därmed uppfattas som mindre förnöjda och glada än kvinnorna? Hagberg & Rennemark (2004) menar att de sociala funktionerna är olika för äldre män och kvinnor. Kvinnor lägger större vikt vid emotionellt stöd och intima kontakter medan männen är mer inriktade på sociala aktiviteter, där självständighet och konkurrens är viktiga inslag (a.a.). Detta kan tolkas som att män är mer prestationsinriktade och påverkas därmed mer av demenssjukdomens konsekvenser. Kvinnor som då är mer känslomässigt inriktade påverkas i lägre grad av sjukdomen. Enligt Holst (2002) kan det finnas ett samband mellan en persons livshistoria och personlighet och hur man reagerar på demenssjukdomen med olika känslouttryck. Det finns mycket som talar för att vissa personer har egenskaper som gör att de lättare anpassar sig till ett liv med demenssjukdom (a.a.). Sannolikt har både personlighet och kön en stor betydelse för hur en person reagerar på demenssjukdom.

Resultatet visar att det fanns en god överensstämmelse mellan den demensdrabbades och närståendes uppfattning om sinnesstämningen i de två delfrågor som har jämförts i denna studie. Med tanke på att personen med demens i denna studie svarade på frågor kring här och nu, och närstående ombads att mer sammanfatta den senaste veckan, blev detta resultat ännu mer intressant. Personen med demens riskerar också att ge en bild av en verklighet som är förskönad jämfört med den rådande. Närståendes bild av den demensdrabbade är inte heller helt objektiv, utan kan avspegla stressen, oron och den egna hälsan. I Kilanders intervjuer med personer med demens och närstående visade det sig att det rådde överensstämmelse i endast 12 av 30 fall kring sinnesstämningen (Kilander, 2004).

Resultaten från denna studie kan överföras och användas i omvårdnadsarbetet. Individer reagerar olika på demenssjukdomen och någon form av bedömning av sinnesstämning bör ingå i underlaget för planering av omvårdnadsinsatser. PMAS verkar vara en lättanvänd och tillförlitlig skala som kan användas i detta syfte. Studien tyder vidare på att det råder ganska god överensstämmelse i anhörigas och patientens skattning av sinnesstämning. Detta måste dock undersökas vidare i mer omfattande forskningsprojekt eftersom det finns studier (Kilander,

2004) som pekar i en annan riktning, nämligen att det är svårt att bedöma andras sinnesstämning.

En rad frågor växer fram ur ett resultat som detta. I vilken grad påverkas sinnesstämningen av bemötandet och förståelsen från såväl familjen som övriga i personens närhet? Hur påverkas sinnesstämningen av över- respektive understimulans? Vilken betydelse har olika stödformer, till såväl den demensdrabbade som närstående, för sinnesstämningen? I vilken omfattning påverkar i sin tur en persons sinnesstämning utvecklingen respektive begränsningen av olika former av BPSD? Sinnesstämningen och dess betydelse för personer med en lätt till medelsvår demenssjukdom är således ett intressant fält för framtida forskning. Det är också ett område som inte är helt lätt att studera. Nästa steg för att få en djupare förståelse för denna patientgrupps situation, kan vara att intervjua ett antal personer med en lätt till medelsvår demenssjukdom kring deras egen uppfattning om sinnesstämningen.

Referenslista

Almberg B. & Jansson W. (2002). Att vara anhörig till en person med demenssjukdom. I A-K Edberg (Red.) *Att möta personer med demens* (61-81) Lund: Studentlitteratur.

Basun H., Ekman S-L., Englund E., Gustafson L., Lannfelt L., Nygård L., Terzis B. & Wahlund L-O. (1999). *Om demens*. Stockholm: Förlaget Hagman.

Cars J. & Zander B. (1999). *Samvaro med dementa*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Edberg A-K., Hallberg I.R. & Norberg A. (1999). Mood and general behaviour of patients with severe dementia during one year of supervised, individualized planned care and systematic clinical supervision. Comparison with a similar control group. *Aging. Clinical and experimental research*. 11, 395-403.

Edberg A-K. (2000). Assessment by nurses of mood, general behaviour and functional ability in patients with dementia receiving nursing home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 14, (1), 52-61.

Edberg A-K. (2002). Att möta personer med demens. I A-K Edberg (Red.) *Att möta personer med demens* (13-27) Lund: Studentlitteratur.

Eriksson S., Minthon L., Moksnes K.M., Saarela T., Sandman P.O., Snaedal J. & Karlsson I. (2003). *BPSD i ett nordiskt perspektiv. Beteendestörningar och Psykiska Symtom vid demenssjukdom*. Sollentuna: Janssen-Cilag.

Gottfries C.G., Londos E. & Sandman P.O. (2004). *Depression och demens hos äldre*. Helsingborg: H Lundbeck AB.

Hagberg B. & Rennemark M. (2004). *Den åldrande människans psykologi. Ett livsloppsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Harris P.B. & Durkin C. (2002). Building Resilience through Coping and Adapting. I P.B. Harris (Red.), *The person with Alzheimers disease* (165-184) Baltimore & London: The John Hopkins university press.

Holst G. (2000). *Bridging the communicative gap between a person with dementia and caregivers. A nursing perspective*. Lund: Lunds universitet.

Holst G. & Hallberg I.R. (2003). Exploring the meaning of everyday life, for those suffering from dementia. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*. 18, (6), 359-65.

Kihlgren M. (2002). Integritetsbefrämjande omvårdnad vid åldrande och demens. I A-K Edberg (Red.) *Att möta personer med demens* (137-152) Lund: Studentlitteratur.

Kilander L. (2004). *Samtal om Alzheimer – Trettio patienter berättar*. Sollentuna: Janssen-Cilag AB.

Magai C., Cohen C., Gomberg D., Malatesta C. & Culver C. (1996). Emotional expression during mid to late stage dementia. *International Psychogeriatrics* 8, (3), 383-95.

Marcusson J., Blennow K., Skoog I. & Wallin A. (1997). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber AB.

Nationalencyklopedin. (1998). Höganäs: Bra Böcker.

Norberg A. & Zingmark K. (2002). Att leva med svår demens. I A-K Edberg (Red.) *Att möta personer med demens* (137-152) Lund: Studentlitteratur

Nordstedts engelska ordbok. (2001). Stockholm: Nordstedts.

Wasserman D. (2003). *Depression. En vanlig sjukdom. Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter*. Stockholm: Natur och kultur.

Wimo A. & Sandman P-O. (1999). *Demensvård för nästa sekel*. Stockholm: Svenska kommunförbundet, Äldreberedningen.

Bilagor

Patientenkät

Med början under våren 2002 kommer varje patient i länet som utreds för minnessvårigheter och misstanke om demenssjukdom och har kontakt med demenssjuksköterska eller konsultsjuksköterska att inkluderas i studien. Demenssjuksköterska/konsultsjuksköt. eller behandlande läkare informerar om studien och de personer som lämnar sitt informerade samtycke inkluderas. Inklusion i projektet skall pågå under minst ett år eller tills minst 100 patienter finns i gruppen läkemedelsbehandlade Alzheimerpatienter. Uppföljning beräknas pågå under minst tre år med kontroller inbärande upprepade tester och intervjuer vid 6, 12, 24 och 36 mån efter inklusionstillfället. Studien beräknas pågå i 4-5 år.

Löpnr enligt lista: _____

Kön Man Kvinna **Födelseår**

Födelseland om annat än Sverige _____

Huvudsaklig yrkesverksamhet**Utbildning** (flera alternativ kan anges)

- Folkskola/motsv
- Grundskola
- Praktisk gymnasie/yrkesutbildning
- Teoretisk gymnasieutbildning
- Högskoleutbildning
- Saknar utbildning

Nuvarande civilstånd

- Gift/Sammanboende
- Änka / Änkling
- Ogift
- Frånskild

Antal barn _____

Samboende

- Nej
- Ja

Om samboende, samboende med

- Make/ maka/ partner
- Barn/ svärdotter/ svärson
- Syskon/ svägerska/ svåger
- Annan släkting
- Annan person

Ålder på samboende _____ **år**

Bostadsort _____

Nuvarande bostad

Ordinärt boende

SÄBO

Typ av SÄBO _____ Enhetens namn _____

Sedan hur länge i nuvarande bostad år

Aktuellt med insatser enligt SoL Nej Ja

Om ja, Beslutade insatser enligt SoL.

- | | | | |
|----|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 | Hemvård, IADL (serviceinsatser) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka |
| 2 | Hemvård, PADL (personlig omvårdnad) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka |
| 3 | Matdistribution, färdiglagad mat | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, leverans/vecka..... |
| 4 | Ledsagare | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka |
| 5 | Personlig assistent | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka |
| 6 | Avlösarservice i hemmet | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, tim/vecka |
| 7 | Dagvård för personer m. demenssjukdom | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, dagar/vecka |
| 8 | Hemvårdsbidrag/ anhörigbidrag | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, kr/månad |
| 9 | Närstående anställd som vårdgivare | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| 10 | Trygghetslarm, kroppsburet | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| 11 | Trygghetslarm, annat. | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| 12 | Korttidsvistelse (växelvård likn) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| 13 | Telefonservice | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

Aktuellt med insatser enligt LSS/LASS Nej Ja

Om ja, beslutade insatser:

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Personlig assistent | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Ja, tim/vecka |
| Ledsagare | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Ja, tim/vecka |
| Kontaktperson | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Ja, tim/vecka |
| Avlösarservice i hemmet | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Ja, tim/vecka |
| Korttidsvistelse | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Ja, tim/vecka |
| Bostad med särskild service | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Ja, tim/vecka |

Hjälp från annan person än personal från kommun eller landsting
Vem ger regelbundet hjälp utifrån IADL (IADL=Instrumentella Aktiviteter för Dagligt Liv: städning, matuppköp, transport och matlagning)?

Får ingen hjälp från annan person än personal från kommun eller landsting

(markera samtliga alternativ som gäller för personen)

Make/ maka/ partner	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen
Barn/ svärdotter/ svärson	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen
Barn-barn	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen
Syskon/svägerska/svåger	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen
Annan släkting	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen
Vän/Granne/god man	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen
Privat företag eller person som anlitas och avlönas	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen
Hjälp från förening/ frivilligorganisation (oavlönad ex. väntjänst)	<input type="checkbox"/> Ingen sådan hjälp	<input type="checkbox"/> Mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/> En eller flera gånger per vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen

Bor den som är den huvudsakliga hjälparen, IADL, i samma hushåll?

- Nej (markera samtliga alternativ som gäller för personen)
 Ja

Vem ger regelbundet hjälp utifrån PADL (PADL=Personliga Aktiviteter för Dagligt Liv: badning, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens och födointag)

Får ingen hjälp från annan person än personal från kommun eller landsting

(markera samtliga alternativ som gäller för personen)

Make/ maka/ partner Ingen sådan hjälp Mindre än en gång i veckan En eller flera gånger per vecka Dagligen

Barn/ svärdotter/ svärson Ingen sådan hjälp Mindre än en gång i veckan En eller flera gånger per vecka Dagligen

Barn-barn Ingen sådan hjälp Mindre än en gång i veckan En eller flera gånger per vecka Dagligen

Syskon/svägerska/svåger Ingen sådan hjälp Mindre än en gång i veckan En eller flera gånger per vecka Dagligen

Annan släkting Ingen sådan hjälp Mindre än en gång i veckan En eller flera gånger per vecka Dagligen

Vän/Granne/god man Ingen sådan hjälp Mindre än en gång i veckan En eller flera gånger per vecka Dagligen

Privat företag eller person som anlitas och avlönas Ingen sådan hjälp Mindre än en gång i veckan En eller flera gånger per vecka Dagligen

Hjälp från förening/ frivilligorganisation (oavlönad) Ingen sådan hjälp Mindre än en gång i veckan En eller flera gånger per vecka Dagligen

4. Bor den som är den huvudsakliga hjälparen, PADL, i samma hushåll?

Nej

Ja

Kan den sjuke lämnas ensam

Nej

Ja

Om ja, hur länge som längst _____

Sjukdomsduration

Symtomdebut enligt patient (datum: år-mån-dag om möjligt)

år mån dag

Symtomdebut enligt anhöriga (datum: år-mån-dag om möjligt)

år mån dag

Första kontakt med demenssjuk om symtom togs av:

- patienten själv
- anhörig
- biståndshandläggare
- distriktssköt
- kommunsjuksköt
- Läkare i primärvård
- Annan läkare , i så fall var? _____ (ex. FHV)

Datum för första kontakt

år mån dag

Finns en Demensdiagnos Nej Ja

Om ja, ange specifik Demensdiagnos:

Diagnos	ICD 10 kodnr

Diagnos fastställd:(ange datum) år mån dag

Utredning förutom av demenssjuk även av:

- Läkare i primärvården
- Läkare i länssjukvården
- Psykiatriatrik klinisk
- Regionsjukhus
- Annan läkare, i så fall var? _____ (Ex FHV)

Utredning för demensdiagnos, har omfattat förutom undersökning av dsjsk:

- Lab status utfört Ej utfört
- CT-skalle utfört Ej utfört
- Flödesmätning utfört Ej utfört
- Neuropsykologisk us Ej utfört

Övrigt (Ange vad): _____

Vårdberoende

Funktionsnedsättning

Fråga 1-4 I-ADL enligt ADL-trappan, Hulter Åsberg K & Sonn U. 1989

Fråga 6-11 P-ADL enligt Katz index, Katz S m.fl. 1963

1. Städning (rengör bostaden, dammsuger, torkar golv. Noggrannheten i städningen bedöms ej)

- Städar enligt ovan vid behov
- Får hjälp med att bära ut mattor
- Städar inte alls eller får hjälp med något av ovanstående

2. Matuppköp (tar sig till affären, klarar trappor eller andra hinder, plockar varor, betalar, bär hem.)

- Handlar mat enligt ovan vid behov
- Handlar mat tillsammans med ledsagare
- Handlar inte mat eller får hjälp med något av ovanstående.

3. Transport (tar sig till hållplats för allmän kommunikation, stiger på och färdas med exempelvis buss, spårvagn eller lokaltåg.)

- Använder allmänna kommunikationsmedel vid behov
- Måste ha ledsagare i någon del av aktiviteten
- Tar sig inte till hållplats eller måste ha ledsagare hela vägen

4. Matlagning (tar sig till köket, tillreder middag, sköter spisen)

- Lagar mat enligt ovan vid behov
- Lagar inte middag eller värmer enbart färdigmat
- Lagar inga mål

5. Tvätt (sortera tvätt, sköta tvättmaskin samt hänga tvätten eller sköta torkskåp/torktumlare. Ej mattvätt, la-kanstvätt eller skötsel av mangel)

- Sköter sin personliga veckotvätt själv
- Får delvis hjälp med veckotvätt
- Får fullständig hjälp med veckotvätt

6. Badning (ta sig till tvättplats, tvätta hela kroppen, i dusch, eller med tvättlapp vid handfat)

- Får ingen hjälp eller övervakning. Tar sig till handfatet själv eller ingen tillsyn i duschen
- Får tvätthjälp med ryggen
- Får hjälp att ta sig till tvättplats eller vatten framburet. Tillsyn i dusch, hjälp med fötter och/eller underlivet alternativt total hjälp

7. På- och avklädning (ta sig till låda eller skåp, ta fram kläder, ta av och på kläderna)

- Får ingen hjälp eller övervakning. Hämtar kläder, klär på och av sig, även strumpor och ev. skor
- Får hjälp att ta på sig strumpor och ev. knyta skor
- Får hjälp att hämta kläder, eller med på- och avklädning, eller förblir ofullständigt klädd. Alternativt total hjälp

8. Toalettbesök (ta sig till toaletten, komma på och av toalettstolen, torka sig, tvätta sig, ordna kläderna)

- Får ingen hjälp eller övervakning. Kan använda käpp, gästol, rullstol. Kan använda nattkärl och då tömma detta själv
- Får hjälp att ta sig till toaletten, eller med något ovan
- Får hjälp/ övervakning; kan inte ta sig till toaletten. Använde bäcken, blöja eller rullande toalettstol

9. Förflyttning (ta sig ur sängen till en stol eller mellan två stolar = överflyttning av kroppen)

- Får ingen hjälp eller övervakning. Kan använda stöd t.ex. käpp, sängstolpe
- Får hjälp av en annan person (OBS ej två personer)
- Sängbunden. Kan eller får ej lämna sängen, eller behöver lyftas av två personer

10. Kontinens (fysiologisk tömning av blåsa och tarm: Inkontinens = ofrivillig urin- och avföringsavgång. Hygien, toalettbesök och förstoppning räknas ej)

- Kontinent. Sköter själv ev. lavemang, colostomi, KAD
- Hinner inte till toaletten. Inkontinent minst en gång under observationstiden
- Inkontinent ständigt. Får ständig tillsyn eller hjälp av annan. KAD / colostomi som sköts av annan

11. Födointag (få mat från tallrik eller dylikt in i munnen. Hygien och bordsskick bedöms ej)

- Får själv in maten i munnen och sväljer
- Får hjälp att skära kött, öppna förpackningar
- Får hjälp att få in maten i munnen eller sondmatas, eller har näringsdropp

12. Oro, otrygghet

- Visar inga tecken på oro eller otrygghet
- Har lätta eller tillfälliga problem
- Har periodvis svåra problem
- Har ständigt mycket svåra (invalidiserande) problem
- Vet ej

13. Nedstämdhet

- Visar inga tecken på nedstämdhet
- Har lätta eller tillfälliga problem
- Har periodvis svåra problem
- Har ständigt mycket svåra (invalidiserande) problem
- Vet ej

14. Kognitiv nedsättning (Bergerskalan)

- Har ingen kognitiv nedsättning.
- Kan fungera i de flesta miljöer. De dagliga aktiviteterna påverkas/störs ofta av glömska
- Reder sig själv, men endast i välbekant miljö
- Behöver vägledning /t.ex. råd, påminnelse, påpekanden, uppmuntran) för att fungera till och med i välbekant miljö. Svarar adekvat på instruktioner
- Behöver hjälp ("handgriplig", praktisk) för att fungera. Kan inte handla enbart efter instruktioner
- Förflyttar sig själv. Behöver hjälp med att fungera. Kan inte kommunicera verbalt på ett begripligt sätt
- Är säng- eller rullstolsbunden. Svarar endast på beröringsstimulans
- Vet ej

16. Har det under den senaste månaden förekommit något problem hos personen som upplevts svårt att hantera i den dagliga omvårdnaden?

- Nej
 Ja, beskriv kortfattat beteende
-

17. Beskrivna beteende/n enligt föregående fråga är:

- Lätta eller tillfälliga problem
 Periodvis svåra problem
 Ständigt mycket svåra problem

18. Behov av extra tillsyn

- Nej
 Ja, med anledning av
-

MMT poäng: _____ (skala 30 poäng användes)

Klocktest: ua klarar ej

Patientens sinnesstämning

Skatta patientens sinnesstämning på den femgradiga skalan i vilken 1 representerar en positiv dimension och 5 dess negativa motsats. Utgå från hur Du upplevt patienten den senaste veckan genom att sätta en ring runt lämplig siffra.

Tillitsfull, trygg	1	2	3	4	5	Misstrogen, rädd
Självständig, oberoende	1	2	3	4	5	Osjälvständig, beroende
Nyfiken, engagerad	1	2	3	4	5	Likgiltig, apatisk
Säker, tveklös	1	2	3	4	5	Osäker, tveksam
Tydlig, stolt, jagmedveten	1	2	3	4	5	Vag, osäker, skamsen
Varm, tillgiven	1	2	3	4	5	Kylig, avståndstagande
Fridfull, lugn, harmonisk	1	2	3	4	5	Ångestfylld, orolig, förtvivlad
Godmodig, fredlig	1	2	3	4	5	Argsint, aggressiv
Förnöjd, glad	1	2	3	4	5	Sorgsen, ledsen, missnöjd
Skojfrisk, humoristisk	1	2	3	4	5	Torr, humorfri

Depression

Är du i grund och botten nöjd med ditt liv?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du givit upp många aktiviteter och intressen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tycker du att ditt liv är tomt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Blir du ofta uttråkad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är du oftast på gott humör	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är du rädd att något skall hända dig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Känner du dig oftast glad och nöjd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Känner du dig ofta hjälplös?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vill du hellre stanna hemma än gå ut och pröva nya sysselsättningar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tycker du att du har fler problem med ditt minne än de flesta andra?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tycker du att det känns bra att leva?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Känner du dig tämligen värdelös som du är nu?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Känner du dig full av energi?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tycker du att din situation är hopplös?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tycker du att de flesta har det bättre än du?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att somna och/eller vaknar du tidigt morgonen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är du ofta orolig eller ängslig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kan Du ibland känna så kraftig oro att det känns outhärdligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du ofta smärtor och/eller värk i kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Oroar du dig ofta för att du har en kroppslig sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Vem svarade på frågorna om depression?

Patienten Närstående Annan vem? (ex kontaktman) _____

INFORMATION OM PROJEKTET

Ett utvecklingsprojekt som handlar om personer med minnessvårigheter och/eller misstanke om demenssjukdom och deras närstående.

Syftet med studien är att få belyst hur väl vård och omsorg är anpassad till kraven från personer med minnessvårigheter och deras familjer.

Vilka frågor vill projektet ge svar på?

- Hur påverkas välbefinnande och funktionsförmåga hos en person med en misstanke om eller med en utvecklad demenssjukdom, av omvårdnad och behandlingsinsatser som erhålls från närstående, kommun, landsting samt i förekommande fall, privat finansierad hjälp och frivilliga organisationer?
- Läkemedels betydelse för välbefinnande och förmåga att fungera i vardagen?
- Vilken omfattning har omvårdnadsinsatser som görs av närstående och frivilliga organisationer?
- Hur påverkas den närståendes tillvaro av att vara närståendevårdare?
- Hur påverkas närståendevårdarens tillvaro av de insatser som erbjuds i form av närståendestöd?
- Hur utreds personer vid misstanke om demenssjukdom och hur utnyttjas landstingets och kommunernas vård och omsorgsnivåer?

Vem kan delta i studien?

Samtliga personer i länet som utreds för minnessvårigheter eller med misstanke om diagnos demens och deras närstående och som har kontakt med demenssjuksköterska eller psykiatriatrika klinikens konsultsjuksköterska kommer att erbjudas att medverka i studien.

Hur genomförs studien?

Studien startar i maj 2002 och genomförs huvudsakligen av länets tio Demenssjuksköterskor samt konsultsjuksköterska. Deras insats innebär att följa de personer som medverkar i studien under projekttiden dvs under ca 3-5 år. Under inklusionstiden som blir cirka 1½ år krävs även visst deltagande av distriktsläkare och läkare inom den Psykiatriatrika vården på Blekingesjukhuset.

I projektets styrgrupp ingår Göran Holst och Ingvar Ovhed vid Blekinge FoU enhet samt ordförande i Läkemedelskommitténs Terapigrupp Psykofarmaka, verksamhetschef Psykiatriatrika sektor Karlshamn dr Barbara Sedvallson.

Blekinge Forsknings- och Utvecklingsenhet

Göran Holst
Dr med vet-omvårdnad
Högskolelektor
0454-840 40

Ingvar Ovhed
Med dr
Distriktsläkare
0454-840 40

Löpnr: **VILL DU VARA MED?****Information om ett utvecklingsprojekt för vården av personer med minnessvårigheter i Blekinge**

Under våren 2002 påbörjades ett utvecklingsprojekt som ska studera hur väl Blekinges vård och omsorg är anpassad till kraven från personer med minnessvårigheter.

Vilka frågor vill projektet ge svar på?

- Hur påverkas välbefinnande och funktionsförmåga av omvårdnad och behandlingsinsatser som erbjuds från kommun, landsting och andra vårdgivare?
- Vilken omfattning har omvårdnadsinsatser som görs av närstående och frivilliga organisationer?
- Hur påverkas den anhöriges tillvaro av att hjälpa närstående med minnessvårigheter?
- Hur påverkas anhörigas tillvaro av de insatser som kommunen och andra erbjuder i form av anhörigstöd?
- Hur utreds personer med minnessvårigheter och vid misstanke om demenssjukdom och hur utnyttjas landstingets och kommunernas vård och omsorgsnivåer?

Vem kan delta i studien?

Samtliga personer i Blekinge som utreds för minnessvårigheter och deras närstående kommer att erbjudas att medverka i studien. Medverkan är helt frivillig. De uppgifter som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt. Det betyder att inga möjligheter finns för utomstående att spåra medverkande personer med namn eller födelsedata.

Hur genomförs studien?

Uppgifter hämtas in av en sjuksköterska som patienten och de närstående har kontakt med. Detta kommer att ske med hjälp av intervjuer som upprepas med 6 månaders mellanrum. Information om aktuella läkemedel och genomförda undersökningar kommer att hämtas från den medicinska journalen.

_____ har idag den ___/___ år _____ lämnat sitt medgivande att bli kontaktad för intervju och att uppgifter om hälsotillstånd och läkemedel får inhämtas från medicinsk journal.

Om Du har frågor kontakta någon av nedanstående personer

Göran Holst
Dr med vet-omvårdnad
Temaledare, Äldreomsorg
0454-840 40

Ingvar Ovhed
Med dr
Distriktsläkare
0454-840 40

