



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ATT FÖREBYGGA BPSD-SYMTOM

Betydelsen av ett personcentrerat arbetssätt inom vården av personer med demenssjukdom utifrån ett ledarperspektiv

Martin Agrér

Ulrika Borgman Magnusson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom vård av äldre, OM9160
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Helle Wijk
Examinator:	Hanna Falk

Titel Att förebygga BPSD-symtom
Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program och/eller kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet inom vård av äldre, OM9160
Nivå: Avancerad nivå
Termin/år: Ht/2017
Handledare: Helle Wijk
Examinator: Hanna Falk

Nyckelord: Personcentrerat arbetssätt, teamarbete, helhetssyn, arbetsmiljö, utbildning, utveckling

Abstrakt

Bakgrund: Sedan sent 90-tal har man, genom att arbeta efter begreppet personcentrerad vård, sett detta som en förbättring av vårdkvalitén. Många studier har gjorts i ämnet och man har även infört personcentrerad vård som ett arbetssätt på vissa ställen. Att gå från uppgiftsorienterad vård till personcentrerad vård är ett paradigmskifte. Det finns uppgifter om att man kommit längre inom kommunerna än landstingen/regionerna.

Syfte: Att beskriva och undersöka chefer och ledares syn på faktorer som påverkar omställningen till ett personcentrerat arbetssätt i vård och omsorg av äldre personer med demenssjukdom.

Metod: Intervjuer genomfördes, i ett pågående forskningsprojekt genom Göteborgs universitet, som fokusgruppsintervjuer innan ett personcentrerat arbetssätt implementerats i verksamheterna där chefer för två demensboende utgjorde informanterna. Intervjumaterialet transkriberades med ljudfiler från intervjuerna som grund. Materialet analyserades med kvalitativ manifest innehållsanalys. Resultatet blev fem huvudkategorier, personcentrerad vård, utveckling, samarbete, utbildning och arbetsmiljö.

Resultatet visade att ledarna hade en positiv syn på personcentrerat arbetssätt. Det var tydligt att möjligheten att själva påverka arbetsmiljön var stor med detta arbetssätt genom att ha samarbete mellan professioner. Man upplevde att det borde vara tillgodo för både ekonomi, arbetsmiljö och trivsel för både personal och boende. Cheferna hoppades på mycket positiva effekter och de kommer fortsätta arbeta på det sättet även efter forskningsprojektets slut även fast de var medveten om att det är ett pågående arbete som kräver engagemang och kontinuerlig utbildning av personal. Man hoppades att arbetssättet skulle ge spridning och att fler anammade det.

Nyckelord: Personcentrerat arbetssätt, teamarbete, helhetssyn, arbetsmiljö, utbildning, utveckling

Abstract

Background: Since the late 1990s, working through the concept of person-centered care has been seen as an improvement in quality of care. Many studies have been conducted on the subject, and person-centered care has also been introduced as a way of working in some places. Going from task-oriented care to person-centered care is a paradigm shift. There is evidence that the municipalities have gone further than the county councils / regions.

The **purpose** of this study was to find out what is required of leadership to introduce a person-centered approach, aimed at persons with dementia, and what view leaders have on it.

Method: Interview material that consisted of both transcribed material and audio files came from an ongoing research project in Gothenburg municipality. Part of this material was data for this study, where managers for two dementia residents formed the informants. The material was analyzed with qualitative manifest content analysis. The result was five main categories, person-centered care, development, cooperation, education and the working environment.

Result: The result showed that the leaders had a positive view of person-centered care approaches. It was clear that the ability to influence the work environment itself was great with this approach by working together between professions. It was felt that it was provided for both economy, work environment and well-being for both staff and residents. The managers saw very positive effects and they hoped to continue to work that way, even though they were aware that there is an ongoing work that requires commitment and continuous training of staff. It was hoped that the working method would spread and that more people embraced it.

Keywords: Person-centered approaches, teamwork, overall vision, work environment, education, development

Förord

Författarna vill framföra att det varit intressant och lärorikt att skriva magisteruppsatsen mot ett större och redan befintligt forskningsprojekt i Göteborgs kommun. Vi vill tacka alla i projektet som med positiv anda och engagemang släppt in oss att delta i projektet och förtroendet att få ta del av intervjumaterial. Ett speciellt stort tack till vår mentor Helle Wijk som vi kunnat bolla stort och smått med under arbetets gång.

Innehållsförteckning

Förord	5
Inledning	8
Bakgrund	9
Centrala begrepp för en personcentrerad vård	9
Demenssjukdomar	9
Närståendes roll i den personcentrerade vården av personer med demens	10
Personcentrerat förhållningssätt införs på nationell och regional nivå i hela landet	10
BPSD-symtom och nollvision	11
Ledarskapets betydelse vid implementering av personcentrerad vård	12
Problemformulering	12
Syfte och frågeställningar	13
Syfte	13
Material och metod	13
Design	13
Urval	13
Datainsamling	13
Analys	14
Etiska överväganden	14
Resultat	16
Personcentrerad vård	16
Helhetssyn	16
Självbestämmande	16
Utveckling	17
Personcentrerat ledarskap	17
Samarbete	17
Teamarbete mellan professioner	17
Utbildning	18
Fortlöpande utbildning och rutiner	18
Arbetsmiljö	19
Olika förutsättningar för fysisk och psykisk arbetsmiljö	19
Diskussion	20
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion	22
Klinisk relevans	24
Slutsats	25
Referenslista	26

Bilagor	30
Bilaga 1	30
Bilaga 2	33
Bilaga 3	34

Inledning

Det finns epidemiologiska beräkningar på att över 80 miljoner människor kommer vara drabbade av demens 2040. Till alla olika demensdiagnoser tillkommer psykiatriska och beteendemässiga symtom som är en följd av sjukdomen. De här symtomen kan vara till exempel agitation, psykoser, depression och ångest/oro. Forskare menar att 70–80 % av personer med demenssjukdom har åtminstone ett av dessa symtom. Aggressiva symtom är det vanligaste symtomet, medan känslomässiga symtom ökar med tiden. Många symtom behandlas med läkemedel som inte har bevisad effekt på dessa symtom och riskerar att ge biverkningar, men man gör det i brist på annat. Bäst effekt på både aggressivt beteende och depression har ett personcentrerat förhållningssätt där man behandlar hela personen, både som den är nu men också med dess historia (Rokstad, Rösвик, Kirkevold, Sebaek, Saltyte Benth & Engedal, 2013). WHO meddelade under år 2012 att det finns ett behov av att snarast finna metoder för att mäta vårdens effekter och livskvalitén hos personer med demens (World Health Organization and Alzheimer's Disease International, 2012).

Bakgrund

Centrala begrepp för en personcentrerad vård

Enligt Brooker (2006) har begreppet personcentrerad vård funnits sedan 60-talet, men definitionen av förhållningssättet är inte alltid så enkel. Under åren har det funnits många olika sätt att närma sig begreppet personcentrerad vård. Vissa har sett det som olika tekniker att använda vid vården av personer med demens och andra har haft ett mer fenomenologiskt perspektiv. Personcentrerad vård och intresset runt förhållningssättet fortsätter dock att växa. Utmaningen för detta århundrade är hur man lättast applicerar det arbetssättet i vardagen vid vården av demenssjuka (Brooker, 2006).

I den personcentrerade vården har patientberättelsen en stor roll då vårdpersonalen kan skapa sig en bild av just den personens behov, resurser och preferenser för att kunna möta patienten som en medmänniska och expert på sina egna upplevelser (Ekman, 2014; Edvardsson & Innes, 2010). För att kunna ta reda på vem personen bakom patienten är måste vi veta vem och vad en person är. Vad en person är enklast beskrivet som vad som finns i kroppen, organ, processer och kemiska substanser. Vem vi är måste förklaras med en berättelse, detaljer om personens liv kan nystas samman till vem personen är. Det är berättelsen som är det centrala då vi kan börja arbeta personcentrerat istället för patientcentrerat. Viktigt är också att känna till att en patient är en roll som man får i en klinisk situation och är därmed utbytbar, en person är unik och oersättlig (Ekman, 2014).

Tidigare har man sett på vården av personer med demenssjukdom som att man inte kunde göra något åt deras tillstånd och välmående mer än grundläggande vård som att de skulle hållas varma, få mat och ha rena kläder på sig. De senaste årtionden har ett personcentrerat sätt att se på vården växt fram. Det är viktigt att bemöta en person med demens som en person med egna upplevelser och förflutet och inte sätta sjukdomen först. Det finns olika instrument att mäta effekten av personcentrerad vård till exempel med hjälp av BPSD (beteende och psykiska symtom vid demens) registret där man mäter förekomsten av psykologiska och beteende symtom hos dementa personer (Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, 2010). Enligt Terade, Oshima, Yokota, Ikeda, Nagao, Takeda, Sasaki & Uchitomi (2012) innebär den personcentrerade vården en strävan att behålla personligheten även om den kognitiva förmågan sviktar genom att använda livsberättelsen och relationer för att individualisera vården och miljön. Även familjen ska involveras i vården och spelar en stor roll för patientens mående. Ekman (2014) skriver att det är viktigt att anpassa samtalet till den man har framför sig. Om personen har svårt för att förstå eller göra sig förstådd kan det vara viktigt att uttrycka sig mer genom det man kan se än det man kan höra. För att en person med nedsatt kommunikationsförmåga skall kunna få en personcentrerad vård är närstående ett mycket bra hjälpmedel för att kunna få en bild av personen som skall vårdas.

Demenssjukdomar

Demens är ett kliniskt syndrom som kännetecknas av försämrad mental funktion vilket påverkar kognitiva, känslomässiga och sammanhängande aspekter (SBU, 2006). Demenssjukdom går inte att bota och sjukdomens symtom ökar med tiden (Andershed, Ternestedt & Håkansson, 2013). Det finns flera olika sorters demensdiagnoser och flera av dem går in i varandra (SBU, 2006). Ernst Bravell (2013) beskriver några av demenssjukdomarna enligt följande: *Alzheimers* är en sjukdom som gör att hjärnans celler dör och förhindrar informationsöverföring mellan hjärncellerna. Sjukdomen utvecklas långsamt och kan vara svår att identifiera i tidigt stadium. Symtomen är olika beroende på var i hjärnan skadorna sitter. De vanligaste symtomen är minnesstörning och kognitiv svikt. Psykiska och

beteende mässiga symtom kan också förekomma. **Frontotemporal demens** drabbar frontalloben i hjärnan. Dessa personer får ofta förändrat beteende och personlighetsförändring. Dessa personer kan bete sig omdömeslöst och har ingen sjukdomsinsikt. Den känslomässiga avtrubningen som blir följden gör att sjukdomen kan ha stor påverkan socialt. **Levybodydemens** är en relativt ny diagnos. Sjukdomen kännetecknas av kognitiv svikt, trötthet och kroppslig långsamhet och stelhet med likhet till Parkinsons sjukdom. **Vaskulär demens** är en sjukdom som påverkar hjärnans blodkärl. Den kan utveckla sig olika fort och ge olika symtom efter vilka kärl som är drabbade i hjärnan (Ernst Bravell, 2013).

Närståendes roll i den personcentrerade vården av personer med demens

Andersson, Ekvall, Hallberg & Edberg (2010) beskriver att när den professionella vården tar över känner närstående ofta att de inte kan släppa taget och ansvaret. De har en stark önskan om att vara involverade i vården av den sjuke. Även om den sjuke flyttar till ett särskilt boende så känner närstående sig ansvariga för hur den sjuke har det och man upplever inte alltid att man blir involverad i vården på det sätt man önskar. De närstående vittnar också om stora och tidsödande problem i kontakten med vården. En dålig kommunikation och ett bristande samarbete med vården gör att de närstående tvivlar på vårdens kvalitet. De närstående kan känna sig ensamma och beroende av andra. Men om kontakten är god med andra personer eller med vården så stärks närstående i sin roll och detta leder till en känsla av lättnad och bekräftelse. Närstående står för en stor del av vården av äldre döende med hjälp av kommunal omsorg och vård. Den närstående tar över en stor del av de sysslor som den sjuke inte klarar av själv, allt från ekonomi till besök och kontakter med vården. Detta leder också till att närstående känner en stor börda och press på sig. Det tar mycket av deras tid och engagemang, men ger även tillfredsställelse av att kunna finnas där och hjälpa till (Andersson, Ekvall, Hallberg & Edberg, 2010).

Närstående upplever ofta en stress då den demenssjuke personen flyttar in på särskilt boende. Omställningen leder till problem för närstående så som vilken roll de ska ha i vården. Konflikter kan uppstå mellan närstående och den traditionella institutionsvården då närstående inte känner sig delaktiga utan bara som besökare utan kontroll och inflytande. I en studie av Kellet, Moyle, McAllister, King & Gallagher (2010) infördes en modell för Family Biography Workshop (FBW) på ett särskilt boende. Studien visade sig ha positivt utfall, både närstående och personal beskrev att de fått en större insikt och förståelse för komplexiteten att vårda personer med demens.

Personcentrerat förhållningssätt införs på nationell och regional nivå i hela landet

Sveriges kommuner och landsting (SKL) beslutade på höstens kongress, 2015, att arbeta för att införa personcentrerad vård nationellt. Det betonas i motionen som ligger till grund för beslutet, att ett personcentrerat arbetssätt är ett modernt förhållningssätt som betonar samarbete. Enligt remiss från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2016), innebär begreppet personcentrerad omvårdnad att personen och inte demenssjukdomen sätts i fokus. Att arbeta personcentrerat betyder att hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten ingår ett partnerskap. Patienten kan därmed bli delaktig i vården och få de bästa förutsättningarna att göra val i relation till sin hälsa. Enligt de nationella riktlinjerna bör man ge personcentrerad vård till personer med demenssjukdom. Socialstyrelsens rekommendationer är att man ska ta till vara den vetenskapliga fakta och de erfarenheter som finns i vården av personer med demens och att detta görs tydligt även för

beslutsfattare. Socialstyrelsen bedömer att effekterna av rekommendationerna initialt ökar kommunernas kostnader. Landstingen kostnader bedöms minska på sikt (Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, 2016). I Hälso- och sjukvårdslagen (2017) står att vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande, integritet och främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen (Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30).

Effekter av personcentrerad vård kan mätas i form av lägre frekvens av BPSD-symtom, minskat behov av neurologiska läkemedel och ökad livskvalité. Den personcentrerade vården bedöms som det bästa sättet att vårda äldre och personer med demens, men det finns ett behov av fler empiriska studier. För att göra personen med demens hörd krävs förbättrade metoder än de som finns idag då man mest mäter tolkningar från människorna runt den demenssjuka personen (Edvardsson & Innes, 2010).

BPSD-symtom och nollvision

Enligt Van der Linde, Dening, Matthews & Brayne (2013) är BPSD-symtom vanliga och till dessa räknas dysfori, ångest/oro, apati, psykos, hyperaktivitet, irritabilitet, aggression, ätstörningar och sömnproblem. Symtom som depression och ångest/oro ses ofta tillsammans och kan ha gemensam orsak. Van der Linde et.al (2013) kom fram till fyra grupper av symtom i sin studie: affektiva symtom, psykotiska symtom, hyperaktivitet och eufori. Det mest problematiska symtomet är apati vilket återfanns eller hängde ihop inom flera grupper. Detta är ett problem som måste undersökas närmare menar författarna till artikeln.

Aggression är ett vanligt BPSD-symtom och förekommer hos upp till hälften av personerna med demens på äldreboenden. Vanligast är att det aggressiva beteendet visar sig på morgonen eller kvällen då vårdpersonalen jobbar nära patienten med till exempel hygien och matning. Det finns många orsaker till aggressivitet, en tänkbar orsak är brist på smärtlindring vilket kan visas som aggressivitet hos personen med demens. Personcentrerad vård kan underlätta liknande problematik då exempelvis smärta kan upptäckas i ett tidigare stadie och minska risken för lidande hos patienten. I detta ingår att man som personal har kunskap om personens historia. Personal kan bli avigt inställda till personer som är våldsamma och ger därför inte en tillräckligt god vård. Det är därför viktigt att arbetsledningen för vårdpersonalen erbjuder adekvata utbildningar på området (Isaksson, Graneheim, Åström & Karlsson, 2011). Genom ett personcentrerat arbetssätt kan BPSD-symtom och användandet av läkemedel till personer med demenssjukdom minskas (Edvardsson & Innes, 2010).

Svenskt demenscentrum (2015) beskriver att tvång- och begränsningsåtgärder är vanligt på äldreboenden i Sverige. Det finns inga lagar som tillåter begränsningar och tvång, även fast åtgärderna oftast är gjorda i godo för att patienterna ej skall skada sig. Det finns ett utformat material, Nollvision, med arbetssätt och metoder för att personal på äldreboende, hemtjänst eller vårdavdelningar skall kunna hantera dessa svåra situationer när de uppstår. Nollvisionens mål är att öka det personcentrerade arbetssättet och minska tvång- och begränsningsåtgärder för att undvika kränkning av demenssjuka personer och integritet. I praktiken innebär detta att lära känna patienten väl utifrån en

levnadsberättelse och med hjälp av denna forma arbetet för vårdtagaren så det är anpassat efter dennes önskemål och rutiner han eller hon burit med sig under livet.

Ledarskapets betydelse vid implementering av personcentrerad vård

Trots att demens är en obotlig och dödlig sjukdom så finns det mycket att göra för att förbättra livskvalitén för dessa patienter. Det finns många utmaningar i vården av de demenssjuka. Deras sjukdomsbild är komplex och innebär ofta beteendemässiga och psykologiska störningar. Vårdpersonalen har många gånger bara en grundutbildning och inte någon specialiserad utbildning inom demensvård. Detta har lett till att det finns ett ökat intresse världen över att arbeta efter olika modeller i vården av personer med demens (Roberts, Morley, Walters, Malta & Doyle, 2015).

För att kunna genomföra en förändring i verksamheten måste ledarskapet stödja att medarbetare och boende får vara med i beslut som påverkar dem. Detta kräver ett ledarskap som är stabilt och kan visualisera förändringen så den blir hållbar för framtiden (Brownie & Nancarrow, s2012). Ett personcentrerat ledarskap kan också bidra till att underlätta förändringen av det traditionella arbetssättet (Moore, Britten, Lydahl, Naldemirci, Elam & Wolf, 2016). Sjuksköterskan spelar en viktig ledande roll i implementeringen av personcentrerad vård, och i arbetet med att förebygga BPSDsymtom, genom att leda utbildning för övrig personal om hur de skall arbeta personcentrerat (Kolanowski, Van Haitma, Penrod, Hill & Yevchak, 2014).

Nyckeln till omställning till en personcentrerad vård är att organisationen är beredd att bryta den traditionella förankring som svensk hälso- och sjukvård har i det patologiska sjukdomsinriktade synsättet på människan och istället gå mot ett personcentrerat synsätt. Ett långsiktigt och hållbart ledarskap är en del av grunden i förändringen. Ledare måste visa tilltro till medarbetarnas och patienternas resurser. Dessutom måste det nya arbetssättet vara både förändringsbenäget och rutinbaserat för att bidra till en framgångsrik utveckling där hela organisationskulturen förändras (Wolf & Carlström, 2014).

Problemformulering

Det saknas kontrollerade studier om förutsättningar för implementering av ett personcentrerat arbetssätt och dess effekter inom den kommunala äldrevården av personer med demenssjukdom avseende BPSD, personalen arbetsmiljö och ledarskapets betydelse. I föreliggande arbetet fokuseras på chefers och ledares syn på personcentrerad vård och omsorg av personer med demenssjukdom och deras roll för implementering och bevarande av ett sådant förhållningsätt.

Syfte och frågeställningar

Syfte

Att beskriva och undersöka chefer och ledares syn på faktorer som påverkar omställningen till ett personcentrerat arbetssätt i vård och omsorg av äldre personer med demenssjukdom.

Material och metod

Design

Föreliggande studie är en del av ett större forskningsprojekt vid Göteborgs universitet med syftet att beskriva och undersöka faktorer som påverkar omställningen till ett personcentrerat arbetssätt i vård och omsorg av äldre personer med demenssjukdom och dess effekter på förekomsten av BPSD samt personalens arbetsmiljö. Forskningsprojektet omfattar såväl kvantitativa som kvalitativa data. Den här studien fokuserar på fokusgruppsintervjuer med chefer och ledare och deras syn på faktorer som påverkar omställningen till ett personcentrerat arbetssätt i vård och omsorg av äldre personer med demenssjukdom. Resultatet i föreliggande magisteruppsats bygger på en sekundär analys av redan insamlade data. Författarna har inte själva deltagit vid fokusgruppsintervjuerna.

Urval

Två särskilda boenden i Göteborg inkluderades i studien. På det ena boendet bodde 59 äldre personer (18 män och 41 kvinnor, medelålder 85 år) i tre mindre demensenheter. Där arbetade 47 vård- och omsorgspersonal (vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut) och två enhetschefer. På det andra boendet bodde 32 äldre personer (12 män och 20 kvinnor, medelålder 85 år) i två mindre demensenheter. Där arbetade 23 vård- och omsorgspersonal och två enhetschefer. Dessutom fanns två sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en fysioterapeut knutna till de två demensenheter. I intervjuerna deltog även en överordnad chef samt en rehabiliteringschef. I ena intervjun deltog en enhetschef från särskilt boende, en gruppchef och en områdeschef. I den andra intervjun deltog två enhetschefer från särskilt boende, en chef från hemsjukvård samt en områdeschef.

Datainsamling

Två grupper med ledare på de aktuella boendena har deltagit i fokusgruppsintervjuer vid två tillfällen där de har kunnat delge sina upplevelser och erfarenheter av Nollvisionsutbildningen som personalen har genomgått samt vilka hinder och möjligheter som de ser med införandet av ett personcentrerat arbetssätt i verksamheten. Intervjuerna har pågått i ca 45 minuter och genomförts på chefernas arbetsplats och spelats in digitalt.

Fokusgruppsintervju är en kvalitativ intervjumetod där en grupp av personer med liknande erfarenheter och liknande intresseområde leds av en gruppledare för att föra fram gruppens gemensamma kunskap och tankar i ett specifikt ämne. Fokusgruppsintervjuer kan bidra till att deltagarna öppnar sig mer än jämfört med individuella intervjuer. I en grupp där man känner gemenskap kan man känna mer trygghet och ha lättare att dela med sig av sina erfarenheter. Fokus är ej på individen utan på gruppens diskussion av ett, av forskaren valt, intresseområde där gruppmedlemmarna har särskild erfarenhet och kunskap där en kollektiv kunskap tas till vara på, vilket är den stora vinsten med fokusgruppsintervjuer (Dahlin-Ivanhoff & Holmgren, 2017).

Analys

Intervjumaterialet har delgetts författarna av uppsatsen i form av utskrifter och ljudfiler. Intervjuerna har använts för att få fram resultat i enlighet med syftet till magisteruppsatsen som planeras att integreras i framtida forskningsartikel. Det planeras även uppföljande intervjuer som skall påvisa resultatet efter att arbetsplatserna implementerat ett personcentrerat arbetssätt.

Studien är genomförd som en kvalitativ manifest innehållsanalys. Den manifesta kvalitativa innehållsanalysen är en textnära metod och lämpar sig bra för att analysera intervjumaterial på en övergripande nivå utan att tolka innebörder (Graneheim & Lundman, 2004). Syftet med kvalitativa studier är att få fram så mycket information man kan genom att lyssna på deltagarnas erfarenheter och uppfattningar. Oftast är deltagarna inte slumpmässigt utvalda utan riktade till en speciell grupp med specifik kunskap inom området (Polit & Beck, 2016). Analysprocessen fortgick i flera steg enligt Graneheim & Lundmans (2004) metod, vilket illustreras i Tabell I nedan.

Tabell 1. Exempel på analysprocessens olika steg från meningsbärande enhet till kategori.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
-Men jag tänker också personcentrering i större perspektiv alltså även när det gäller ledarskap och så också att...	Utgå från individen i ledarskapet. Skapa gynnsamma förutsättningar på arbetsplatsen ...	Individens förutsättningar i teamarbetet	Teamarbete mellan professioner	Samarbete

Etiska överväganden

De chefer som omfattades av projektet deltog på frivillig basis. Innan projektets start inhämtades skriftligt samtycke. Att skifta till personcentrerad vård är ett paradigmskifte och det kan innebära en kulturförändring vilket lägger stort ansvar på chefer och organisation vilket skulle kunna uppfattas som merarbete av vissa chefer om alla inte är lika engagerade i att förändra arbetssättet. I och med chefernas medverkan kan samtalet kring införande av personcentrerat arbetssätt påverka chefernas relation till varandra då olika åsikter kan föreligga samtalet.

Forskning är viktigt och nödvändigt för både individens och samhällets utveckling. Samhällets medlemmar har ett berättigat krav på att forskning bedrivs och att den håller hög kvalitet (Codex, 2016). Ansvariga forskare måste inför varje vetenskaplig undersökning väga värdet av det förväntade

resultatet mot möjliga risker i form av negativa konsekvenser för berörda deltagare/uppgiftslämnare och eventuellt för tredje person. I den aktuella studien var de äldre ej direkt involverade utan intervjuer riktar sig mot chefer och ledare inom kommunal rehabilitering och vård- och omsorg (Johansson & Wallin, 2013).

Enligt Dahlin-Ivanoff och Holmgren (2017) ska deltagarna i fokusgrupperna informeras om att intervjuerna spelas in, vad de skall användas till, att forskningen lyder under konfidentialitetskravet vilket innebär att forskarna har tystnadsplikt och att ljud- och textmaterial från intervjuerna förvaras på ett säkert sätt. Deltagarna informerades även om syftet med forskningen, att deltagandet är frivilligt och att när som helst kunde avbrytas, informationen skall ges både skriftligt, muntligt och vid flera tillfällen. Deltagarna skulle inför intervjuerna fylla i ett samtyckesformulär. Studien har etiskt tillstånd av EPN i Västra Götalandsregionen, samt i den lokala etikprövningsnämnden inom ramen för utbildningen.

Resultat

Utifrån analysen framkom fem huvudkategorier samt sex subkategorier som presenteras nedan (tabell 2). Resultaten har även styrkts med citat i texten.

Tabell 2. Kategorier och subkategorier.

Kategori	Subkategori
Personcentrerad vård	-Helhetssyn -Självbestämmande
Utveckling	-Personcentrerat ledarskap
Samarbete	-Teamarbete mellan professioner
Utbildning	-Fortlöpande utbildning och rutiner
Arbetsmiljö	-Olika förutsättningar för fysisk och psykisk arbetsmiljö

Personcentrerad vård

Helhetssyn

För att arbeta personcentrerat i vardagen med personer med demenssjukdom anser cheferna att det är viktigt att utgå från personens levnadsberättelse för att få en helhet av personen, men också att se till hela livet. Man tar hänsyn till personens historia och hur det är idag. Det är en helhet kring individens önskemål och närståendes önskemål, och att ha mer fokus på levnadsberättelser än tidigare. Personen med demens står för den subjektiva kunskapen medan personalen har professionell kunskap och tillsammans kan man skapa den bästa omvårdnaden. Genom att ta hänsyn till både individen och dess närståendes önskemål skapas en helhet kring personen. Genom god kontakt med närstående bidrar detta även till att personalen och närstående kommer i samma fas, då arbetet handlar om en helhet. Det anses viktigt att ej kategorisera personerna utan att se individen som ett subjekt där alla individer har sina specifika behov som måste tillgodoses. Det anses av ledarna att personalen bör vara duktiga på att både ta in det som uttrycks verbalt från personerna men också kunna se det som är underförstått eller ej är verbalt uttalat från personerna.

”Individen som vi är till för får styra och bestämma över sitt liv, ha mandat över sitt liv så långt det är möjligt”

Självbestämmande

Cheferna menade att det personcentrerade arbetssättet innebär att arbeta med en helhetssyn och respekt för individens självbestämmande så långt det går. Genom att bemöta personens önskemål om

dagliga rutiner och vilken ordningsföljd arbetsuppgifter skall genomföras anser cheferna att personens självbestämmande efterlevs. Det anses vara viktigt att det är just personen som bestämmer och att närstående ej skall detaljstyra vården. Det påpekas att personalen måste vara lyhörd för individens rätt att ha mandat över sitt liv och att kunna se varje individs olikheter. Personalen måste lära sig att tolka en individ som förlorat förmågan att uttrycka sig så att dennes egen vilja och egna önskemål respekteras. Det anses viktigt att individen i fokus även om man bor på särskilt boende. Man har olika kunskaper som patient, närstående eller vårdare men man har lika viktig kunskap och av detta blir det ett team som visar ömsesidig respekt.

”...frun vill ha att han kommer upp på morgonen” ”...det är hans önskemål som vi ska lyssna på, hans vilja jag vill inte komma upp jag vill sova lite till, då måste vi lyssna på honom” ”Ja, att man är jämlik, att man ser patient behandlaren eller vem det nu är att man ser varandra som jämlika”

Utveckling

Personcentrerat ledarskap

Cheferna hade till stor del lika syn på ledarskapet. I frågan om att låta personalens åsikter bidra till arbetssättet i större grad eller att vara en chef som angav riktning med mer auktoritet, skilde de sig åt något. Genom att se och uppskatta olikheter och styrkor arbetar dock cheferna likvärdigt och personcentrerat mot personalen. Det ansågs att den som skall leda arbetslaget måste vara lyhörd för att all personal ej alltid arbetar på samma sätt, alla är olika och att vissa individer behöver mer tid för att kunna förändra ett arbetssätt. Det kan enligt cheferna ibland vara svårt att fånga de som ej är lika drivna som andra i personalgruppen. Det är viktigt att ledaren ser de kulturer som kan bildas på arbetsplatsen för att kunna bedriva sin ledande roll och att styra medarbetarna i den riktning ledaren vill.

Cheferna anser att de ser utvecklingspotential i ett personcentrerat arbetssätt och att deras medarbetare kommer att se positiva effekter av att utgå från individens önskemål. Det finns förväntningar om att arbetet kan förbättras mer. Genom att personcentrera även arbetsgrupperna anses detta kunna bidra till en mer personcentrerad vård där varje medarbetare ser på arbetsplatsens mål och fokuserar på att samarbeta för de boendes omsorg. Cheferna är medvetna om att arbetssättet måste vara levande och föränderligt. Det finns en tro på att ett personcentrerat arbetssätt kommer bli ett efterfrågat av närstående och nya medarbetare.

”En utvecklingspotential vi står inför” ”Det handlar om att se effekter”

Samarbete

Teamarbete mellan professioner

Det poängteras att ha fokus på strukturerat samarbete med teammöten för att fördela rollerna mellan de olika professionerna och att leda medarbetarna mot gemensamma mål. För att stärka varandra är det viktigt med teamsamverkan då några professioner har djupare kunskap inom exempelvis demenssjukdomar och denna kunskap kan då delas mellan professionerna. De olika professionerna har olika verktyg, utbildning och bakgrund. Genom specifik utbildning och samarbete via arbetsplatsen, anser ledarna att målen är lättare att nå.

Det anses viktigt att sjuksköterskorna har ett tydligt mål och att deras arbete är transparent för att kunna tas upp av en vikarie vid behov. Det förtydligas att det är ledarens roll att visa vägen i teamarbetet och deras roll att skapa gynnsamma förutsättningar för detta.

Cheferna påpekar att det är olika lätt med samarbete mellan olika professioner. Sjuksköterskan, undersköterskan, arbetsterapeuten och sjukgymnasten står ofta i fokus, men läkaren anses vara delvis eller helt utanför teamet. Cheferna tror att det faktum att man har olika huvudmän mellan kommunen och läkarna kan göra det svårare för samarbete. Det framgår dock att kommunen behöver bli bättre på att bjuda in läkaren till teamet och läkaren anses ha en viktig roll. Läkarens roll skulle dock kunna utökas genom att medverka i skattningar av de demenssjuka samt att skattningarna används mer i samarbetet mellan sjuksköterska och läkare.

”Men som ledare tycker jag ändå man måste slå an tonen på något sätt” ”Jag tänker att teamet blir så oerhört viktigt, att jobba med teamet” ”Vi har ett uppdrag, ett mål, vi ska jobba tillsammans”

Utbildning

Fortlöpande utbildning och rutiner

Utbildning anses vara viktigt, dels kunskap som medarbetare redan bär på men också att uppmärksamma de som är i behov av ytterligare kunskap för att utföra ett bra arbete. Hos de anställda finns det både de som har formell- och de som har reell kompetens. Man anser att medarbetarna även ska ha personlig lämplighet. Detta kan vara en utmaning för ledaren som behöver använda värdegrunden på arbetsplatsen för att förbättra kunskapen hos den personalen. Att skapa rutiner och utbildningar anses vara viktigt för att all personal ska kunna arbeta personcentrerat.

Det finns, enligt ledarna, svårigheter att anställa sjuksköterskor, arbetsterapeuter och undersköterskor med specifik kunskap inom demens, det anses viktigt att ha specifik kunskap för att orka arbeta inom detta vårdområde. Vissa av ledarna vidareutbildar undersköterskor om de ser att önskemål finns och om medarbetare har potential att utvecklas. För undersköterskor anses det finnas god potential för att göra karriär men det krävs engagemang både från medarbetare men även från ledare som i vissa fall kan bekosta utbildning om personalen är målinriktad. Chefen får kämpa med att uppmuntra, se och bekräfta sina medarbetare för att få dem att arbeta i rätt riktning.

”Vi har undersköterskor som är utbildade men som inte alls är lämpliga och där måste vi komma in med förhållningssätt och värdegrunden och hur ska vi tänka”

Arbetsmiljö

Olika förutsättningar för fysisk och psykisk arbetsmiljö

Cheferna är övertygade om att det går att förbättra arbetsmiljön. Att ändra arbetssätt är något som de själva kan påverka, men det är svårare att påverka gamla lokalers utformning. För att få ett teamarbete och personcentrerat arbetssätt att fungera på bästa sätt anses det positivt om alla i teamet satt på samma arbetsplats och att lokalerna var utformade efter detta. Det påpekas också att miljön för brukarna skulle kunna förbättras då lokalerna i dagsläget är stora men byggda så att de ger en dålig överblick. En ledare anser att med förbättrad arbetsmiljö bör patientlarm minskas vilket skulle kunna leda till mindre oro på arbetsplatsen tillika hemmet. Man anser därför att arbeta mer personcentrerat även gynnar arbetsmiljön för personalen.

Det finns en missnöjdhet i intervjugruppen om att demensvården verkar vara lägre prioriterad politiskt än exempelvis skola och utbildning, men att hopp finns om att studier likt denna kan öppna ögonen för politiker. Bilden av äldreomsorgen behöver förändras till en mer sann bild där inte den negativa delen är det som syns mest. Fokus bör ligga på medarbetare, aktiviteter för de äldre och allt arbete personalen gör för de boende. Det behövs enligt cheferna en annan bild av äldreomsorgen för att politiker skall kunna omfördela ekonomin till äldreomsorgens fördel. Det finns en tro om att ett personcentrerat arbetssätt kan kosta mer initialt med under tid vara mer sparsamt än det traditionella arbetssättet.

”En bättre arbetsmiljö tror jag. Man slipper alla dessa larm som bara gör alla nervösa hela tiden”

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka ledare i omsorgens syn på de faktorer som kan påverka omställningen till ett personcentrerat arbetssätt i vården av personer med demens.

Brooker (2006) beskriver fyra olika delar i den personcentrerade vården av personer med demens: bekräfta personen som är sjuk och de som vårdar, behandla människor som individer, se på en person med demens livsvärld från dennes perspektiv och sträva efter att all mänsklig kontakt bygger på relationer och att personer med demens behöver en rik social miljö som kompenserar deras funktionsnedsättningar och ger möjligheter till utveckling. Brookers tankar överensstämmer i stort med det resultat som kom fram i intervjuerna om ledarnas syn på personcentrerat arbetssätt. I diskussionen diskuteras tyngdpunkten i resultatet av analysen av intervjuerna i relation till tidigare forskning.

Under intervjuerna framkom det att ledarna ansåg att kunna se helheten runt den demenssjuke personen är av stor vikt för att arbeta personcentrerat. Man ansåg det viktigt att utgå från personens livsberättelse och att personen med demenssjukdom ska ha kvar mandat över sitt eget liv i den utsträckning som det är möjligt. På detta sätt involverar man närstående, personal och den sjuke själv och tar till vara på önskemål som finns menar informanterna. Egan, Munroe, Hubert, Rossiter, Gauthier, Eisner, Fulford, Neilson, Daros & Rodrigues (2007) fann i sin studie att kunskapen man fick av livsberättelsen gjorde att man fick mer empati och förståelse för den sjuke och att användandet av livsberättelsen tenderar till att öka livskvalitén hos personer med demenssjukdom som lider av aggressivitetsrelaterade problem genom att vårdaren känner till både positiva och negativa aspekter i personens bakgrund. Detta stämmer överens med informanternas beskrivning av vikten av att se till helheten av personen i vården av den demenssjuke.

Informanterna anser att det är viktigt att inte kategorisera personerna utan att se individen som någon som har sina egna speciella behov som ska tillgodoses. De menar att i demensvården är det viktigt att personalen även utvecklar en förmåga att kunna tolka personer som förlorat sitt talspråk. Att ha kunskap om personen är en förutsättning för det. Det här synsättet stöds även i forskningen. De Medeiros och Doyle (2013) menar att det är viktigt att inte bara fokusera på livsberättelsen och vad närstående till personen med demenssjukdom berättar utan att även prata med den drabbade om det är möjligt för att se hur den personen ser på sig själv just nu. Man kanske har glömt bort en del av sitt liv och befinner sig mentalt i en annan ålder och vad det innebär för tankar och drömmar.

Ledarna i intervjun anser att man ska ta hänsyn till önskemål från de boende om dagliga rutiner på avdelningen och inte låta organisatoriska rutiner styra till exempel morgonarbetet. I forskningen har vi funnit att som vårdare är kunskapen om vem personen egentligen är det bästa redskapet för den bästa vården och att man inte bara antar att saker är eller varit på ett speciellt sätt. Mötet mellan vårdare och patient har visat sig bli mer meningsfullt och givande om man känner till personens historia och ser personen som en "riktig" person och i längden leder det också till mer tillfredsställelse och trivsel för personalen (Egan et al., 2007).

Informanterna ansåg i olika stor utsträckning, att man som ledare måste man vara lyhörd, vara tydlig i sitt ledarskap och se kulturer på arbetsplatsen. De menar att det är lika viktigt att arbeta personcentrerat med personalen också samt att se varje enskild personals styrkor och svagheter och aktivt arbeta för en starkare personalgrupp. Vikten av ett tydligt ledarskap vid organisatoriska förändringar går även att förankra i forskningen. Enligt Maslow, Fazio, Ortigara, Kuhn & Zeisel (2013) kan det vara svårt att förändra organisationer och individer i organisationen. Man fastnar lätt i gamla kända mönster. För att genomföra en förändring är det viktigt att man har tålamod, är informativ och stöttande samtidigt som man trycker på att förändringar kan leda till något gott genom att förbättra vårdens kvalitet. De lyfter bland annat fram hur viktigt det är att organisationens ledarskap är med på noterna från början och att målen ska vara både kortsiktiga och långsiktiga.

Ledarna i studien poängterar vikten av ett strukturerat samarbete mellan professioner. Man anser att man har ett gott samarbete och att det har varit starkt bidragande till att kunna införa ett nytt arbetssätt. Dock menar man att läkaren behöver bjudas in mer aktivt då denne inte blivit delaktig i teamet på samma sätt. Det framgår inte under intervjuerna vem som bär ansvaret för att teamsamverkan ska kunna fungera, vem som är sammankallande, så det är en fråga som författarna till det här arbetet inte kunnat få svar på. Kellet, Moyle, McAllister, King & Gallagher (2010) vill belysa hur viktigt samarbete mellan professioner är i sin studie. Svårigheterna med införandet av nytt arbetssätt visade sig vara tidskrävande, både för personal och närstående. Närstående upplevde det som att det var mycket information som skulle lämnas och det var en källa till stress. Personalen menade att det krävs mycket teamwork för att all information runt patienten skulle kunna appliceras i vården. Enskilda sjuksköterskor har skyldighet att göra sitt arbete så bra som det är möjligt i den personcentrerade vården, men det är organisationen i stort, och inte den enskilde individen, som påverkar hur resultatet blir (McCormack & McCance, 2006).

Informanterna i den här studien, som alla är ledare, belyser vikten av både formell och reell kompetens hos sin personal. De är även medvetna om att det finns personer som är mer eller mindre lämpade detta arbete med demenssjuka personer. Ledarna ser sig själva som ansvariga att få alla i personalgruppen med på arbetssättet och att vissa personer behöver mer riktlinjer än andra. Maslow, Fazio, Ortigara, Kuhn, Zeisel (2013) menar att det kan vara svårt att förändra organisationer och individer i organisationen. Man fastnar lätt i gamla kända mönster. För att genomföra en förändring är det viktigt att man har tålamod, är informativ och stöttande samtidigt som man trycker på att förändringar kan leda till något gott genom att förbättra vårdens kvalitet. Målen ska vara både kortsiktiga och långsiktiga.

Det finns ett önskemål hos informanterna om att lättare att få tag i personer med rätt utbildningar, men man är även positiv till att befintlig personal får möjligheten att utbildas. Maslow et. al., (2013) anser att man bör möta personalen i utbildningen på deras nivå. Miljön där utbildningen ska ske måste vara trygg för att även de personer som inte har så starkt självförtroende ska kunna utvecklas. Informanterna är medvetna om att det är viktigt att lyfta fram alla i en arbetsgrupp och att se styrkor och svagheter hos individer i personalgruppen.

Ledarna i den här studien i Göteborg är positivt inställda till sitt mandat att förändra arbetsmiljön till det bättre. Det som anses vara det största hindret är gamla lokalers utformning. Det som upplevdes lättast att förändra var det som ledarna själv kunde påverka såsom den psykiska arbetsmiljön, men även att teamet kunde ha sina arbetsplatser närmare varandra. De påpekade att det personcentrerade

arbetsättet kan ha positiv inverkan på arbetsmiljön genom att det generellt kan bli lugnare på avdelningen och både boende och personal kommer må bättre och känna mindre stress. I en studie av Roberts, Morley, Walters, Malta & Doyle (2015) kom man fram till samma sak, att miljön för både boende och personal blev mindre stressig.

Roberts et. al (2015) valde i sin studie att arbeta efter en Montessoribaserad personcentrerad modell på ett särskilt boende för personer med demenssjukdom. Målet var att bevara förmågor hos de sjuka och öka deras livskvalité. Man fokuserade på följande områden: förmågor hos den sjuke, bakgrund av den sjuke, ledarskap, kulturförändring, utbildning och miljöanpassning. Man fick feedback från både boende, närstående, personal och ledare på vad man skulle kunna förbättra. Störst problem hade de personer med vandringsbeteende, fysiskt/verbalt aggressivt beteende samt de som var ledsna och uttråkade. En hög andel av de boende sov mycket på dagen. Förutom projektledaren anställdes en demensspecialist och en rehabpersonal med speciella kunskaper. Man utarbetade även nya blanketter avsett för inflyttning, för närstående och personal, att fylla i. Personalen på vårdavdelningen utbildades i sammanlagt fyra dagar där de fick utbildning i både demens och Montessorimodellen. Miljöanpassningar gjordes på vårdavdelningen för att mer tillgodose de demenssjuka personernas behov. Resultatet blev överväldigande bra. Från början använde 12 av de 16 boende psykofarmaka och i slutet av studien var det bara två som fortfarande hade lugnande mediciner. Både närstående och personal var mycket nöjda med resultatet och de boende upplevdes ha fått en högre livskvalité (Roberts, Morley, Walters, Malta & Doyle, 2015).

Enligt Egan, Munroe, Hubert, Rossiter, Gauthier, Eisner, Fulford, Neilson, Daros & Rodrigues (2007) kan så många som 50 % av personer med demens som bor på särskilt boende, också lida av aggressivt beteende och att det i många fall kvarstår resten av livet. Läkemedelsbehandling vid aggressivt beteende ger ofta biverkningar vilken ej beteendemässig behandling ger. Personal som arbetar med dessa utmaningar känner ofta en stress av att inte duga eller räcka till. Som vårdare är kunskapen om vem personen egentligen är det bästa redskapet för den bästa vården och att man inte bara antar att saker är eller varit på ett speciellt sätt. Mötet mellan vårdare och patient har visat sig bli mer meningsfullt och givande om man känner till personens historia och ser personen som en ”riktig” person och i längden leder det också till mer tillfredsställelse och trivsel på sitt arbete för personalen. Man ser helt enkelt sig själv och den sjuke som personer med styrkor och svagheter som tillsammans gör det bästa av en svår situation (Egan et al, 2007).

Metoddiskussion

Författarna har tagit del av transkriberat intervjumaterial från två olika intervjuer med ledare knutna till två olika särskilda boenden med demensinriktning. Författarna har inte varit de som lett intervjuerna och ej heller transkriberat materialet vilket har påverkat analysarbetet. Dels har risken för tolkning av material minskats då inga band är knutna till de intervjuade individerna, dels har författarna ej haft makt över valet av design.

Genom att genomföra flera fokusgrupper tillgodoses studiens trovärdighet, vilket i denna studie tillgodosetts genom att genomföra två olika fokusgruppsintervjuer med samma intervjuledare men med två olika grupper. Trovärdighet i fokusgruppsintervjuerna skulle även kunnat ha tillgodosetts genom att intervjuledaren sammanfattat intervjun för att se om intervjuledarens och informanternas

upplevelse av intervjun överensstämmer och ges möjlighet till tillägg och diskussion, vilket ej genomförts. Vidare för att tillgodose pålitligheten i studien har man redan med valet att genomföra fokusgruppsintervjuer tillgodosett en del av pålitligheten då man har stor deltagardelaktighet och interaktion mellan de olika deltagarna. Genom att ytterligare stärka studiens pålitlighet kan man, som gjort, transkribera intervjumaterialet. Det som skulle kunna stödja studien mer är, åter igen, en sammanfattning i slutet på intervjuerna då även pålitligheten kan stärkas och ge mer perspektiv för deltagarna. Genom att författarna till arbetet har gjort en tydlig kondensering av intervjumaterialet, med hjälp av en kvalitativ manifest innehållsanalys, anser vi att studien i sin helhet har god överförbarhet, resultatet som presenterats är välorganiserat och har god fyllighet där teman och kategorier stärks med citat från intervjuerna (Dahlin-Ivanhoff & Holmgren, 2017). Graneheim & Lundman (2004) diskuterar hur studiens värde skall tillgodoses, dock anser de att begreppen validitet och reliabilitet bör användas. Utfallet blir dock detsamma och vikten av att välja rätt datainsamlingsmetod är avgörande men också att man som författare väljer rätt meningsbärande enhet där enheterna ej skall vara för stora då de då kan innehålla flera olika betydelser eller för snäva då de kan resultera i splittrade svar. Även Graneheim & Lundman (2004) anser, att författarna, genom att visa citat från intervjuerna påvisar skillnad mellan och likheter inom de olika kategorierna.

Likt vad Polit & Beck (2016) nämner bör deltagarna i studien ej vara slumpmässigt utvalda utan att intervjupersonerna är en specifik grupp, valda för ämnet. Författarna anser att valet av informanter var adekvat då de chefer och ledare som medverkat i studien, genom en saklig intervju, har kunnat besvara på vår frågeställning för detta examensarbete. Genom att använda en kvalitativ manifest innehållsanalys har författarna kunnat bearbeta intervjumaterialet på ett sådant sätt att ett resultat har framskridit.

Vad som framhållits som en svaghet med fokusgruppsintervjuer är att en grupp med informanter kan bli partisk där ej avvikande idéer ej framkommer då alla anpassas till de mest starka åsikterna i gruppen. Detta har ej författarna haft någon makt över utan en erfaren intervjuledare har lett fokusgruppsintervjuerna som bidragit till resultatet i detta examensarbete. Om deltagare ej är intresserade av diskussionerna som förs eller ej vågar framföra sin ståndpunkt kan ett sämre utfall fås från intervjun, mycket av detta styrs av gruppammansättningen (Dahlin-Ivanhoff & Holmgren, 2017).

Klinisk relevans

Författarnas förhoppning med studien är att demenssjukvården i Sverige får ökad vetenskaplig grund och att personer med demenssjukdom med BPSD i större utsträckning får en personcentrerad vård där personen bakom sjukdomen sätts i fokus och inte sjukdomen. Johansson & Wallin (2013) menar att "Omvårdnadsåtgärder som används för att identifiera, förebygga, lindra, behandla och utvärdera omvårdnadsproblem hos en patient ska vara vetenskapligt underbyggda". För att kunna genomföra ett paradigmskifte mot ett personcentrerat arbetssätt är det nödvändigt att organisationen och cheferna tror på och kan se nyttan av detta arbetssätt. Specialistsjuksköterskan och cheferna bör sträva mot gott samarbete där sjuksköterskan kan bidra med att kontinuerligt visa på eventuell minskning av psykofarmaka och ökat välmående hos patienter och personal.

Slutsats

Ledarens roll är central i implementeringen av ett personcentrerat ledarskap. Inte bara medarbetarna behöver arbeta personcentrerat utan även ledarna behöver ha ett personcentrerat tankesätt och ledarskap. Varje individ är unik, både medarbetare och patient, därför behöver vården anpassas efter individen och en subjektiv bild skall ges från den som står i centrum. De påtalas av informanterna att ett ökat samarbete mellan professioner är viktigt i den dagliga vården för att öka kunskapsbasen i arbetslaget. Samarbetet flyter oftast på bra men mer fokus på att bjuda in läkaren i teamet bör vara av vikt för ett ökat teamarbete och bättre vård. Ledarna påpekar även att ökad kunskap inom teamet även kan komma genom utbildning som erbjuds genom arbetsplatsen, de medarbetare som är villiga att vidareutbilda sig bör få denna chans och också kunna ha en utveckling i sin karriär som också bör kunna leda till ökad kunskap inom personcentrerat arbetssätt.

Det är troligt att ökad forskning inom ämnet ledarskap inom vården bör kunna bidra till ökad förståelse för det behovet av ökad kompetens som föreligger för att ett personcentrerat arbetssätt skall kunna implementeras bredare. Författarna anser att både ökad kompetens för ledare, för att de skall kunna se fördelen med personcentrerat arbetssätt, men också ökad kompetens för medarbetare där exempelvis ökat antal specialistsjuksköterskor bidrar till kunskap inom personcentrerat arbetssätt men också ökad kompetens inom specifik omvårdnad. Ekman (2014) menar att genom personcentrerat arbetssätt kan man inte bara förbättra livskvalitén för den enskilde utan även minska vårdtiderna, förbättra sjukvårdens ekonomi och förstärka respekten för medborgarna och deras rättigheter.

Referenslista

Andershed B., Ternestedt B-M., Håkansson C. (2013) Livet med avancerad demenssjukdom. Palliativ vård, begrepp & perspektiv i teori och praktik. Lund: studentlitteratur

Andersson, M., Ekvall AK., Hallberg IR. & Edberg A-K. (2010) The experience of being next of kin to older person in the last phase of life. Palliative and Supportive Care, 8: 17-26.

Brownie, S., Nancarrow, S., (2012) Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. Clinical Interventions in Aging 2013:8 1–10.

Dahlin-Ivanhoff, S., & Holmgren, K., (2017) *Fokusgrupper*. Studentlitteratur: Lund.

Codex. Regler och riktlinjer för forskning, (2016). <http://codex.vr.se/index.shtml>

Dawn Brooker. Person-Centred Dementia Care: Making Services Better. University of Bradford Dementia Good Practice Guides. Jessica Kingsley Publishers. 2006

De Medeiros K., Doyle PJ. Remembering the person in person-centered residential dementiacare. Journal of the American Society in aging. 2013. Vol.37 No 3. 83-86

Edvardsson D., Innes A. (2010) *Measuring person-centered care: A critical comparative review of published tools*. The Gerontologist, 50, 834-846 Doi: 10.1093/geront/gnq047

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

Edvardsson D., Fetherstonehaugh D., Nay R., Gibson S., (2010). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). International Psychogeriatrics, 22, 101-108.

Egan, M.Y., Munroe, S., Hubert, C., Rossiter, T., Gauthier, A., Eisner, M. Fulford, N., Neilson, M., Daros, B., Rodrigues, C. Caring for residents with dementia and aggressive behavior: impact of life history knowledge. Journal of Gerontological Nursing, 2007, 33(2):24–30.

Ekman I. (2014) *Personcentrering inom hälso-och sjukvård*. Från filosofi till praktik. Liber Stockholm

Ernst Bravell M. (2013) *Geriatrisk och psykiatri. Äldre och åldrande*. Malmö: Gleerups utbildning AB

Goeman D., Beanland C., Koch S. The role of clinical nurse consultant dementia specialist: A qualitative evaluation. *Dementia*, 2015. 14; 436-449 Doi: 10.1177/1471301213498759

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

Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30. Socialdepartimentet

Johansson E., Wallin L. Evidensbaserad vård. Edberg A-K., Ehrenberg a., Friberg F., Wijk H & Öhlén J. *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. 2013. studentlitteratur. Lund

Josefsson K., Sonde L., Robins Wahlin T-B, (2008). *Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey*. *International journal of nursing studies*.2008. 45:428-441 Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.09.009

Kellet U., Moyle W., McAllister M., King C., Gallagher F. Life stories and biography: a means of connecting family and staff to people with dementia. *Journal of clinical nursing*, 2010. 19, 1707-1715 doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03116.x

Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Penrod, J., Hill, N., Yevchak, A., (2014) "Wish we would have known that!" Communication Breakdown Impedes Person-Centered Care. *The Gerontologist*, Vol. 55, No. S1

Maslow K., Fazio S., Ortigara A., Kuhn D., Zeisel J. From concept to practice; Training in person-centered care for people with dementia. *Journal of the American Society on Aging*. 2013. Vol 37. No3. 100-107

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

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., Wolf, A., (2016) Barriers and facilitators to the implementation of personcentred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; doi: 10.1111/scs.12376

Mork Rokstad A-M., Rösвик J., Kirkevold Ö., Sebaek G., Saltyte Benth J., Engedal K. The effect of person-centered dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: A 10- month randomized controlled trial. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 2013, 340-353. Doi: 10.1159/000354366

Polit D., Beck C. (2016) *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia: Wolters Kluwer

Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldreomsorg & Svensk sjuksköterskeförening (2012), *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre* (<https://www.swenurse.se/Sektioneroch-Natverk/Riksforeningen-for-Sjukskoterskan-inom-Aldrevard/Kompetensbeskrivning/>)

Roberts G., Morley C., Walters W., Malta S., Doyle C. Caring for people with dementia in residential age care: Successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities. *Journal of geriatric nursing*. 2015,36. 106-110 doi: 10.1016/j.girinurse.2014.11.003

SBU-rapport (2006) Rapportnr 172 <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/demenssjukdomar/>

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - remissversion, 2016.

Statens offentliga utredningar (2017), Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, Stockholm 2017

Svenskt demenscentrum (2015), *Nollvision*, Stockholm

Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, 2010

Terade S., Oshima E., Yokota O., Ikeda C., Nagao S., Takeda N., Sasaki K. & Uchitomi Y. (2012) *Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities.* *Psychiatry Research*, 2013. 205: 103-108. Doi: 10.1016/j.psychres.2012.08.028

Van der Linde R.M., Dening T., Matthews F., Brayne C. (2013) *Grouping of behavioral and psychological symptoms of dementia*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2013. 29: 562–568
Doi: 10.1002/gps.4037

Wolf, A., Carlström, E., (2014) Implementering av personcentrerad vård i slutenvården. Ekman, I. (red.). Personcentrerad inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

World Health Organization and Alzheimer's Disease International. (2012). Dementia: A public health priority. Geneva: World Health Organization.

Yasuda M., Sakakibara H. Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *Aging and mental health* 2016 Doi: 10.1080/13607863.2016.1191056

Bilagor

Bilaga 1

Ansökan om etikprövning för studerande vid specialistsjuksköterskeprogrammet inom vård av äldre

Fylls i av lärosätet: Lärosäte

Göteborgs Universitet

Ankomstdatum

170428, kompletterades 170510

Diarienummer

SPÄ 2017: 1/2017-04-28

Fylls i av sökande:

Projektets titel

PERSONCENTRERAT ARBETSSÄTT UTIFRÅN ETT LEDARSKAPSPERSPEKTIV

Att förebygga BPSD-symtom

Namn sökande student/er

Martin Agrér & Ulrika Borgman Magnusson

Namn, titel handledare

Helle Wijk, docent, leg sjuksköterska

Sammanfattning av projektarbetet

1996 infördes begreppet BPSD av International Psychiatric Association. BPSD-symtom är vanliga hos personer med demens. Demenssjukdomen kan leda till symtom av dysfori, ångest/oro, apati, psykos, hyperaktivitet irriterabilitet, aggression, ätstörningar och sömnproblem. För att hantera dessa symtom är det vanligt att ta till tvångs- och begränsningsåtgärder på äldreboenden i Sverige. Svenskt demenscentrum tog på uppdrag av regeringen 2015 fram ett material som syftade till en nollvision av tvångs- och begränsningsåtgärder. Forskning pekar på att införandet av en personcentrerad vård kan minska dessa tvångsåtgärder och då även BPSD-symtomen.

2015 tog Sveriges kommuner och landsting beslutet att arbeta för att införa personcentrerat arbetssätt på alla nivåer nationellt. Personcentrering innebär en förskjutning från det traditionella perspektivet på den medicinska diagnosen till att personen sätts i fokus. Målsättningen är att personen trots sin kognitiva funktionsnedsättning får stöd för att bibehålla sin personlighet genom det personcentrerade förhållningssätt. För att vården ska kunna möta de speciella behov som demenssjukdomen medför krävs kunskap och utbildning om symtom och dess hantering. Socialstyrelsen genomförde en kartläggning av den geriatriska kompetensen inom universitets utbildningar inom vård 2012 som ledde fram till förslag om utveckling av utbildningarna inom geriatrisk vård där bland annat vikten av specialistsjuksköterskor lyftes fram. Fem år senare tog Statens offentliga utredningar (2017) fram en

nationell handlingsplan för vård och omsorg av äldre där ett av förslagen omfattar vikten av att tillföra mer kompetens i vården i form av specialistsjuksköterskor.

Syfte

Att undersöka och beskriva faktorer som påverkar omställningen till ett personcentrerat arbetssätt i vård och omsorg av äldre personer med demenssjukdom utifrån ett ledarskapsperspektiv. Relation till deltagare

Ingen, för oss känd, personlig relation till deltagare då vårt arbete är en del av en större studie där författarna ej tagit del av medverkandes namn.

Risk – nytta

Den övergripande studien omfattar såväl äldre, chefer och ledare som personal. Denna delstudie fokuserar på ledarperspektivet. Man kan anta att man som anställd eller boende kan uppleva det som nödvändigt att delta i studien och därför kommer betoning på frivillighet att särskilt beaktas. Resultatet av studien kan förhoppningsvis leda till ökad förståelse för ett personcentrerat arbetssätt som i sin tur kan implementeras i vården samt ge boende och personal en bättre arbetsplats tillika hemmiljö.

Hur tillgodoses informationskravet?

De deltagande cheferna har via projektledare fått information muntligt och skriftligt. Informationen innehöll syftet, planen för studien och metoden som kommer användas för insamlingen av data.

Hur tillgodoses samtyckeskravet?

Cheferna har fått lämna skriftligt samtycke till att vara med i studien.

Hur tillgodoses konfidentialitetskravet?

Allt material är avidentifierat. Genom att ta del av intervjumaterial som transkriberade intervjuer och ljudfiler åtar sig författarna att hantera dessa uppgifter på ett sätt att ej utomstående kan ta del av materialet. De transkriberade intervjuerna skrivs ut och sparas ej på datorn medans ljudfiler sparas på separat USB-minne och förvaras i låsta och brandsäkra skåp.

Hur tillgodoses nyttjandekravet?

Användandet av intervjuerna kommer endast att vara i samband med studien och kommer ej spridas vidare till tredje part. Deltagarna har erbjudits att få ta del av den färdiga rapporten.

Beskriv vilka särskilda etiska överväganden som krävs med tanke på chefer inom området målgruppen äldre

De chefer som omfattas av projektet deltar också på frivillig basis. Innan projektets start inhämtas skriftligt samtycke. Att skifta till personcentrerad vård är ett paradigmskifte och det kan innebära en kulturförändring vilket lägger stort ansvar på chefer och organisation vilket skulle kunna uppfattas som merarbete av vissa chefer om alla inte är lika engagerade i att förändra arbetssättet. I och med chefernas medverkan kan samtalet kring införande av personcentrerat arbetssätt påverka chefernas relation till varandra då olika åsikter kan föreligga samtalet.

I all forskning som innefattar äldre personers medverkan eller samtal kring äldre måste hänsyn till personen i sig men också deras förmåga att hantera information eller medverkan relaterat till eventuella funktionshinder. Forskning är dock viktigt och nödvändigt för både individens och samhällets utveckling. Samhällets medlemmar har ett berättigat krav på att forskning bedrivs och att den håller hög kvalitet. Ansvariga forskare måste inför varje vetenskaplig undersökning väga värdet av

det förväntade resultatet mot möjliga risker i form av negativa konsekvenser för berörda deltagare/uppgiftslämnare och eventuellt för tredje person. I den aktuella studien är ej de äldre direkt involverade utan intervjuer riktar sig mot chefer och ledare inom kommunal rehabilitering, vård- och omsorg. Särskild försiktighet bör iakttas då det gäller omyndiga eller sådana personer som själva ej kan tillgodogöra sig given information. Kravet på samtycke bör dock så långt möjligt tillämpas. Förmyndare eller närstående personer kan ges detta ansvar.

Underskrift sökande student/er:

Underskrift handledare:

Bilaga 2

Till chefer och ledare inom kommunal rehabilitering, vård- och omsorg.

PERSONCENTRERAT ARBETSSÄTT UTIFRÅN ETT LEDARSKAPSPERSPEKTIV

Att förebygga BPSD-symtom

Du tillfrågas härmed om deltagande i en fokusgruppsintervju med chefer inom demensboenden att utifrån sitt ledarskapsperspektiv samtala om betydelsen av ett personcentrerat arbetssätt för att minska BPSD-symtom.

Vi heter Ulrika Borgman Magnusson och Martin Agrér och arbetar som sjuksköterskor inom kommunal hälso-och sjukvård i Halmstad och Göteborg. Vi vidareutbildar oss till specialistsjuksköterskor med inriktning vård av äldre vid Göteborgs Universitet. I utbildningen ingår ett arbete som kommer ge oss magisterexamen.

Vi gör vårt arbete inom ett befintligt forskningsprojekt där syftet är att undersöka om införandet av en personcentrerad omsorg i praktiken kan förebygga och minska beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom. Inom denna delstudie är fokus på chefer och ledares tankar kring sin roll i införandet.

Enhetschefer inom vård, omsorg och rehabilitering samt omsorgschef på två demensboenden tillfrågas därför om att delta i fokusgruppsintervjuer vid sammanlagt två tillfällen, före respektive efter införandet av ett personcentrerat arbetssätt inom deras enheter och ansvarsområden. Intervjuerna fokuserar på erfarenheter av interventionen samt hur man som chef ser på betydelsen av sin roll i införandet av ett personcentrerat arbetssätt.

Intervjuerna beräknas pågå ca en timma och görs på chefernas arbetsplats. Deltagandet är helt frivilligt. Om du vill kan du hoppa över någon fråga som du inte känner dig bekväm med. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande i undersökningen utan att ange skäl. Intervjumaterialet som kommit oss tillhanda behandlas konfidentiellt, vilket innebär att inget kan härledas till dig som person utan resultatet presenteras på gruppnivå. Du kommer att få möjlighet att ta del av resultatet när studien är klar. De transkriberade intervjuerna skrivs ut och sparas ej på datorn medans ljudfiler sparas på separat USBminne och förvaras i låsta och brandsäkra skåp.

Studien har granskats och godkänts av etikrådet vid Göteborgs Universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa. Diarienumr.: SPÅ 2017:1 2017-04-28

Om Du har några frågor kring ovanstående är Du välkommen att kontakta oss på telefon här nedan. Vi kontaktar gärna Er inom en vecka för att efterhöra om intresse finnes att delta i studien. Innan fokusgruppsintervjuen startar ber vi Er att lämna det informerade skriftliga samtycket, se bilaga.

Underskrift

Ulrika Borgman Magnusson 0734221245

Underskrift

Martin Agrér 0704976038

Halmstad och Göteborg

170507

Helle Wijk, docent, handledare; helle.wijk@gu.se, telefon: 0733 70 34 62

Bilaga 3

Till chefer och ledare inom kommunal rehabilitering, vård- och omsorg.

PERSONCENTRERAT ARBETSSÄTT UTIFRÅN ETT LEDARSKAPSPERSPEKTIV Att förebygga BPSD-symtom

Blankett för informerat samtycke

Jag har tagit del av informationen om studien, dess genomförande, frivilligheten att delta och min möjlighet att när som helst avbryta mitt deltagande utan angivande av skäl utan att det får några konsekvenser. Jag har kunnat ställa och fått svar på mina frågor. Härmed ger undertecknad sitt godkännande att delta i studien riktat till chefer inom demensboende angående personcentrerad omsorg i praktiken för att förebygga beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Underskrift chef/ledare:

_____ Namnförtydligande och datum:

Underskrift:

Ulrika Borgman Magnusson

Martin Agrér

170507