

God vård för äldre med minnessjukdom genom en personcentrerad vårdmetod

Nina Fantback

Examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen inom social- och
hälsovård

Sjukskötare (högre YH)

Vasa 2022



EXAMENSARBETE

Författare: Nina Fantback

Utbildning och ort: Social- och hälsovård (högre YH), Vasa

Profileringsstudier: Avancerad klinisk sjukskötare

Handledare: Ann-Louise Glasberg

Titel: God vård för äldre med minnessjukdom genom en personcenterad vårdmetod

Datum 16.10.2022 Sidantal 76 Bilagor 5

Abstrakt

Med minnessjukdom avses en sjukdom som försämrar minnet och andra kognitiva funktioner. Minnessjukdomar förekommer främst hos äldre men ses även bland personer i arbetsför ålder. Då minnessjukdomen framskrider och de kognitiva funktionerna försämras ökar vårdbehovet och likaså ökar behovet av en trygg plats med vård dygnet runt att bo på. Vården av minnessjuka personer kan av vårdpersonal upplevas som utmanande allteftersom de kognitiva funktionerna hos den sjuke försämras. Syftet med studien var att undersöka hur god vård för äldre med minnessjukdom utgående från en personcentrerad vårdmetod kan genomföras. Studien består av en litteraturstudie med kvalitativ innehållsanalys och en kvantitativ enkätstudie. Vetenskapliga artiklar har analyserats och sedan sammanställts i en matris. I enkätstudien användes en validerad enkät Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT) som datainsamlingsmetod.

I resultatet identifieras fyra huvudkategorier som krävs för genomförandet av personcentrerad vård. Dessa är vårdrelationer, en stödjande miljö, ledarskap och organisationens betydelse och den sociala arbetsmiljön. Till dessa huvudkategorier identifierades underkategorier som skall uppfyllas för att möjliggöra en personcentrerad vårdmetod. Resultatet i enkätstudien visar på förutsättningar för att utveckla en personcentrerad vårdmetod. För att möjliggöra personcentrerad vård kan den mall som skapats utgående från resultatet av litteraturstudien användas som riktlinjer.

Språk: svenska Nyckelord: dementia, person-centered care, elderly, well-being

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Nina Fantback

Koulutus ja paikkakunta: Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK), Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto: Kliinisesti edistynyt hoitotyö, Vaasa.

Ohjaaja(t): Ann-Louise Glasberg

Nimike: Muistisairaiden vanhusten hyvä hoito henkilökeskeisen hoitomenetelmän avulla

Päivämäärä 16.10.2022 Sivumäärä 76 Liitteet 5

Tiivistelmä

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita kognitiivisia toimintoja. Muistisairauksia esiintyy pääasiassa vanhuksilla, mutta niitä esiintyy myös työikäisillä. Kun muistisairaus etenee ja kognitiiviset toiminnot heikkenevät, hoitotarve kasvaa kuten myös tarve turvallisesta ympäristöstä, jossa voi asua ja saada hoitoa ympäri vuorokauden. Hoitohenkilökunta voi kokea muistisairaahan hoitoa haasteellisena, kun potilaan kognitiiviset toiminnot heikkenevät ajan myötä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten muistisairaiden henkilökeskeiseen hoitotapaan perustuva muistisairaiden hyvää hoitoa voidaan toteuttaa. Tutkimus koostuu kirjallisuuskatsauksesta, jossa on laadullinen sisällönanalyysi ja kvantitatiivisesta tutkimuksesta. Tieteellisiä artikkeleita on analysoitu ja sitten koottu matriisiksi. Kyselytutkimuksessa tiedonkeruumenetelmänä käytettiin validoidun kyselylomakkeen Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT).

Tulokset tunnistavat neljä pääluokkaa, joita tarvitaan henkilökeskeisen hoidon toteuttamiseen. Nämä ovat hoitosuhteet, tukea antava ympäristö, johtajuus ja organisaation merkitys sekä sosiaalinen työympäristö. Näissä pääluokissa tunnistettiin alaluokat, jotka pitää täyttyä, jotta hoitoon voitaisiin mahdollistaa henkilökeskeistä hoitotapaa. Kyselytutkimuksen tulokset osoittavat edellytyksiä henkilökeskeisen hoitomenetelmän kehittämiseksi. Henkilökeskeisen hoidon mahdollistamiseksi voidaan käyttää kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella luotua mallia suuntaa antavana.

Kieli: svenska Avainsanat: dementia, person-centered care, elderly, well-being

MASTER'S THESIS

Author: Nina Fantback

Degree Programme: Social and health care (master's degree), Vaasa

Specialization: Advanced Clinical Nursing, Vaasa

Supervisor(s): Ann-Louise Glasberg

Title: Good care for elderly people with memory disorders through a person-centered care method

Date 16.10.2022 Number of pages 76 Appendices 5

Abstract

Memory disorder refers to a disease that impairs memory and other cognitive functions. Memory disorders occur mainly in the elderly but are also seen among people of working age. As the memory disorder progresses and cognitive functions deteriorate, the need for care and the need for a safe place to live with round-the-clock care increase. Healthcare professionals may experience the care of memory-impaired people as exhausting as their cognitive levels deteriorate. The purpose of the study was to investigate how good care for elderly people with memory disorder based on a person-centered care method can be implemented. The study consists of a literature review with qualitative content analysis and a quantitative survey study. Scientific articles have been analyzed which have then been compiled into a matrix. In the survey study, a validated questionnaire Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT) was used as a data collection method.

The results identify four main categories required for the implementation of person-centered care. These are care relationships, a supportive environment, leadership and the importance of the organization, and the social work environment. To these main categories, subcategories were identified to be met to enable a person-centric approach to care. The results of the survey study indicate that there are prerequisites for development of a person-centered care method. To enable person-centered care, the template created based on the results of the literature review can be used as guidelines.

Language: svenska Key words: dementia, person-centered care, elderly, well-being

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Bakgrund	2
2.1 Olika typer av minnessjukdomar	2
2.1.1 Alzheimers sjukdom.....	3
2.1.2 Vaskulär demens	4
2.1.3 Lewykroppsdemens (Lewy body demens)	5
2.1.4 Frontotemporal demens.....	6
2.2 Vården av minnessjuka personer	7
2.2.1. Att vårdas på boende	9
2.2.2 Kommunikation	11
2.2.3 Beteendeproblem, en del av vardagen.....	13
2.6 Personcentrerad vård	15
2.7 God vård genom personcentrerad vård.....	17
2.7.1 Mätverktyg för personcentrerad vård	19
2.9 Livsberättelsen	20
3 Teoretiska utgångspunkt	21
3.1 Flower of emotional needs.....	22
3.2 Tröst (comfort).....	23
3.3 Samhörighet (attachment).....	23
3.4 Delaktighet (inclusion).....	24
3.5 Sysselsättning (occupation).....	24
3.6 Identitet (identity)	24
4 Syfte och frågeställningar	25
5 Metod	25
5.1 Litteraturstudie	25
5.1.1 Urvalsmetod för artiklar.....	26
5.2 Innehållsanalys.....	28
5.3 Kvantitativ enkätstudie	29
5.3.1Urvalsmetod för enkätstudie	30
5.3.2 Enkätens utformning	31
5.6 Etiska överväganden	34
6 Resultatredovisning.....	35
6.1 Resultat av litteraturstudien	35
6.1.1 Vårdrelationer	36
6.1.2 En stödjande miljö	39

6.1.3 Ledarskap och organisationens betydelse	40
6.1.4 Den sociala arbetsmiljön	42
6.2 Resultat av enkät undersökningen	44
6.2.1 Graden av personaliserad vård 1-7	45
6.2.2 Mängden av organisatoriskt stöd 8-11	48
6.2.3 Grad av miljötilgänglighet 12-13.....	50
6.2.4 Sammanfattning.....	51
7 Diskussion	52
7.1 Metoddiskussion	52
7.1.1 Delstudie 1	53
7.1.2 Delstudie 2	55
7.2 Resultatdiskussion	57
7.2.1 Litteraturstudien	57
7.2.2 Enkätstudien	64
7.3 Slutledning.....	68
6 Källförteckning.....	69

Bilaga 1. Litteratursökning

Bilaga 2. Tillstånd ansvarig chef

Bilaga 3. P-CAT

Bilaga 4. Information om studien

Bilaga 5. Artikelmatris

1 Inledning

Det är uppskattat att ca 50 miljoner människor över hela världen lider av minnessjukdom och det tillkommer ungefär 10 miljoner nya fall varje år. Alzheimers är den mest vanligt förekommande minnessjukdomen och kan bidra till 60–70% av fallen. (WHO, u.å.). I Finland uppges var tredje person över 65 år lida av minnessymptom och årligen insjuknar ungefär 14 500 personer i minnessjukdom. En betydande del av de personer som lider av minnessjukdom lämnas odiagnostiserade. (God medicinsk praxis, 2021).

Med minnessjukdom avses en sjukdom som försämrar minnet och andra kognitiva funktioner (Institutet för hälsa och välfärd, 2021). Minnessjukdomar delas in i olika huvudgrupper: primärdegenerativa sjukdomar, vaskulära demenssjukdom, sekundära sjukdomar och blanddemens. (Svenskt Demenscentrum, 2020).

Den personcentrerade vården utgår ifrån en holistisk syn på vård, som tar hänsyn till hela människan, inte bara ett smalt fokus på dess sjukdom eller symptom. Utan också personens förmågor, vilja, hälsa, välbefinnande sociala- och kulturella sammanhang. (Vårdförbundet, 2017). Fazio, Pace, Flinner och Kallmyer (2017) beskriver personcentrerad vård som en vårdfilosofi byggt runt den enskildes behov och bidrar till att känna personen genom en interpersonell relation. Den utmanar den traditionella medicinska vården som tenderar att fokusera på processer, scheman och personalens och organisationens behov.

I en studie av Sjögren (2013) om personcentrerad vård i särskilda boenden för äldre, framkommer det att vården ofta kan vara uppgiftscentrerad och inte motsvara de äldres individuella behov och önskemål. Genom att använda sig av en vårdmodell som utgår från personcentrerad vård skall man kunna tillgodose äldre personers multidimensionella behov och önskemål. Det sker genom att personens livshistoria, personlighet, kapacitet och perspektiv uppmärksammas, respekteras och inkluderas i vården.

Orsaken till att jag valt att skriva om äldre med minnessjukdom är att jag har arbetat på ett effektiverat serviceboende för minnessjuka. Mitt intresse för personcentrerad vård uppstod under arbetet på boendet och gjorde att jag ville fördjupa mig i ämnet.

2 Bakgrund

Den stora ökningen av antalet minnespatienter i behov av vård är en betydande utmaning för folkhälsan och nationens ekonomi. För de som är i behov av vård dygnet runt i slutfasen av sin minnessjukdom krävs det stora mängder specialkompetens och resurser. För de som är drabbade av minnessjukdom och deras anhöriga är det viktigt att de olika former av service man behöver för att klara sig finns tillgängliga på ett smidigt sätt, i takt med att sjukdomen framskrider. Såväl hemma som inom långtidsvård. (God medicinsk praxis, 2021).

Enligt det nationella målet skall äldre personer kunna bo hemma och få den service de behöver där. För att möjliggöra detta bör den äldre personen ha stöd av yrkesutbildade, närstående och frivilliga. Långvarig heldygnsomsorg ges först när det finns grundad anledning till det och det inte går att bo hemma ens med intensiv hemvård. (Institutet för hälsa och välfärd, 2020). I Finland kan heldygnsomsorg erbjudas på tre olika sätt: på effektiverat serviceboende, äldreboende och hälsovårdscentralens bäddavdelning (långvård). Två av tre klienter inom heldygnsomsorg har en minnessjukdom med en medelsvår sjukdomsgrad, vilket gör kvaliteten på dygnet runt vård för de med minnessjukdom till en kärnfråga. (Voutilainen & Löppönen, 2020).

Att insjukna i en minnessjukdom leder enligt Raivio (2007) till att den funktionella kapaciteten försvagas, den leder till ett ökat behov av hjälp och slutligen ett behov av vård på anstalt. De som insjuknat i en minnessjukdom behöver speciellt för deras sårbarhetskull ändamålsenlig hälsovård, rehabilitering och tillräckligt med sociala tjänster, så att deras autonomi kan stödas och möjlig vård på anstalt kan fördröjas

2.1 Olika typer av minnessjukdomar

Ordet demens härstammar från latinets "*de mens*" dvs. "utan själ", och avser ett förvärvat och långvarigt kliniskt tillstånd som oftast förvärras med tiden. Tidigare användes benämningen demens synonymt med sinnessjukdom och galenskap. (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2006). I detta examensarbete används ordet minnessjukdom. Nedan följer en sammanfattning av de vanligaste progredierande minnessjukdomarna, symptom, behandling och typiska drag.

2.1.1 Alzheimers sjukdom

Den vanligaste minnessjukdomen är Alzheimers sjukdom. Förändringar i hjärnan relaterade till Alzheimers sjukdom kan börja utvecklas tiotals år innan själva sjukdomen kan diagnosticeras. (Institutet för hälsa och välfärd, 2020).

Sjukdomen kännetecknas av hjärnatrofi och typiska proteininlagringar i hjärnan. Som ett tidigt symptom ses påverkan på episodminnet (ny inlärd kunskaper) och senare tillkommer andra kognitiva symptom. Sjukdomen har en smygande start och i det första skedet är det semantiska minnet (kunskapsminnet) oftast bevarat och personligheten intakt. Då sjukdomen framskrider tillkommer minnesstörningarna gradvis och andra symptom framträder. Dessa symptom kan vara initiativförlust, språkstörningar, nedsatt planeringsförmåga, dyspraxi, okoordinerade muskelrörelser och svårigheter att med synens hjälp orientera sig i sin omgivning så kallade visuospatiala förmågor. (Basun, Skog, Whalund & Wijk, 2013, s. 13–18).

Mer än 80% av personer med Alzheimers utvecklar neuropsykiatriska symptom någon gång under sjukdomsförloppet. Dessa kan sammanfattas under begreppet BPSD, beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Det vanligaste beteendesymptomet är apati men även depression och andra psykiatriska symptom som syn- och hörselhallucinationer är vanligt förekommande. (Basun m.fl., 2013, s. 18–19).

Den största riskfaktorn för sjukdomen är hög ålder. Sannolikheten att insjukna ökar betydligt efter 65 år. Ärftliga faktorer har betydelse, det finns en ökad risk att själv drabbas om man har en förälder med Alzheimer. Det finns en rent ärftlig form av sjukdomen, familjär Alzheimers sjukdom, som består av genmutationer, sjukliga förändringar i arvsanlagen, som kan gå i arv och är direkt orsak till sjukdomen. Familjär Alzheimers sjukdom brukar debutera före 65 års ålder. Den som bär på den så kallade sårbarhetsgenen ApoE4-allelen har också större risk att drabbas av sjukdom. (Svenskt Demenscentrum, 2020). Av de riskfaktorer man kan påverka finns högt blodtryck och höga blodfetter i medelåldern, dessa ökar risken att man 25–30 år senare insjuknar. Övriga riskfaktorer är låg utbildningsnivå, diabetes och upprepade slag mot huvudet. (Demensförbundet, u.å.).

För att diagnostisera sjukdomen görs en sammanvägd bedömning av resultateten från en rad olika underökningar och provtagningar. Mini-mental test är det vanligaste instrumentet

för att mäta kognitiva funktioner. (Basun m.fl. 2013, s. 18). Genom att ta prov och mäta proteiner i ryggvätskan har förmågan att identifiera sjukdomen även mycket tidigt ökat. Datortomografi eller magnetkameraundersökning av hjärnan är också av stort värde då vissa förändringar i hjärnan är typiskt vid sjukdomen. (Demensförbundet, u.å.).

De läkemedel som finns idag kan lindra symptomen men stoppar inte sjukdomsutvecklingen. Acetylkolinesterashämmare och memantin är läkemedel som används för att lindra kognitiva symptom. De används i olika faser av sjukdomsförloppet. (Svenskt Demenscentrum, 2020). Omega 3-fettsyror kan ha en skyddande effekt då det gäller andra typer av behandlingar och åtgärder. B-vitaminbrist är förenat med Alzheimers sjukdom men i många omfattande studier har försök gjorts för behandling av sjukdomen med b-vitamin utan effekt. (Demensförbundet, u.å.).

2.1.2 Vaskulär demens

Vaskulär demens (blodkärlsdemens) är den näst vanligaste typen av minnessjukdom. Enligt Institutet för hälsa och välfärd (2020) är det bland äldre åldersgrupper vanligt att minnessjukdomar har drag av både Alzheimers sjukdom och vaskulär sjukdom.

Vaskulär demens orsakas av störningar i blodflödet i hjärnan och det leder till att olika delar av hjärnan inte kan få tillräckligt med näring eller syre. Hjärnans nervceller är känsliga för brist på syre och näringsämnen. Därför bidrar långvariga eller plötsliga försämringar i hjärnans blodförsörjning till att nervcellerna går förlorade. Speciellt känsliga områden är de mellersta delarna av tinningloben som bland annat styr minnesfunktionerna. Ett försämrat blodflöde kan ha många olika orsaker. En orsak kan vara att blodkärlen i hjärnan förkalkats genom att fett, blodkroppar och bindväv har lagrats på den inre kärlväggen en längre tid. Andra orsaker till att hjärnan kan få för lite syre är blodproppar eller blödningar i hjärnan. (Demensförbundet, u.å.).

Långvarigt högt blodtryck eller upprepade blodtrycksfall kan bidra till utvecklingen av sjukdomen. Enstaka familjer med ärftlig form av sjukdomen finns men de flesta fallen av vaskulär demens har ingen tydlig ärftlig koppling. Stora mängder alkohol och rökning kan skada hjärnans celler och försämra hjärnans funktioner. (Demensförbundet, u.å.).

Symptomen är beroende av vilka delar av hjärnan som skadats och det är mycket individuellt vilka besvär man får och hur man klarar vardagen. Vanligt förekommande är att viktiga hjärnfunktioner som minne, tolkning av sinnesintryck, omdöme och insikt försämras vilket medför att man blir alltmer beroende av sin omgivning. Framskridandet av sjukdomen sker stegvis och långa perioder kan gå utan försämring. (Demensförbundet, u.å.).

Det finns inga läkemedel som kan lindra symptomen vid vaskulär demens. De läkemedel som används är för att förhindra att nya kärlskador uppkommer. Vid strokerelaterad demens ges ofta låga doser av acetylsalicylsyra för att förebygga blodproppsbildning och därmed ytterligare hjärninfarkter. En sänkning av högt blodtryck är en annan förebyggande åtgärd för att minska risken för nya kärlskador. (Svenskt demenscentrum, 2020).

2.1.3 Lewykroppsdemens (Lewy body demens)

Lewy bodies är små sfäriska strukturer som innehåller protein som kan bidra till celledöd. Det har noterats att uppemot en fjärdedel av dem som har diagnostiserats med minnessjukdom av Alzheimer typ också har Lewy bodies i sina nervceller. Forskare har angivit att cirka 15 procent av de patienter som har Parkinsons sjukdom även utvecklar minnessjukdom av Lewybodytyp. (Demensförbundet, u.å.). Lewykroppar innehåller en skadlig form av proteinet alfa-synuklein och kan finnas i hjärnbarken och hjärnstammen men även i delar av nervsystemet (Svenskt demenscentrum, 2020).

Symptomen börjar oftast med störd drömsömn, personen ropar och fäktas på natten, flera år före andra symptom visar sig. Andra symptom är svårigheter med den rumsliga uppfattningen och tankeförmågan. Minnesstörningar förekommer, framför allt senare i sjukdomsförloppet men inte lika framträdande som vid Alzheimers sjukdom. Personer är ofta väl orienterade men har svårigheter att bedöma avstånd och att uppfatta saker tredimensionellt. Vanligt förekommande symptom kan vara, inbillning, vanföreställningar, depression, syn- och hörselhallucinationer. Dessa symptom medför i sig ångest och oro. Lewykroppsdemens ger även liknande symptom som vid Parkinsons sjukdom, som förlångsamning, muskelstelhet, framåtlutad gång med små steg och stel mimik. (Demensförbundet, u.å.).

Sjukdomen är en progressiv minnessjukdom som bryter ut i 50–80 års åldern. Diagnosen görs på basen av en typisk sjukdomsbild. Vid magnetfotografering av hjärnan ses vanligen inga förändringar som hör till sjukdomen men genom isotopfotografering beta-CIT-SPECT kan sjukdom upptäckas. (Muistiliitto, 2013).

Många med sjukdomen svarar bra på behandling med alzheimerläkemedlen kolinesterashämmare och memantin. Låga doser av L-dopa- läkemedel kan användas om de motoriska symptomen blir allt för besvärande. Behandling med neuroleptika bör undvikas eftersom lewykroppsdemens kan leda till en markant ökad känslighet mot sådana läkemedel med en kraftig försämring och möjligen livshotande tillstånd. (Svenskt demenscentrum, 2020).

2.1.4 Frontotemporal demens

Frontotemporal demens kallas även för pannlobs- eller frontallobsdemens. Symptomen varierar beroende på i vilken del av hjärnan som sjukdomsprocessen börjar. Oftast är det i pannloben men det kan även vara i främre delen av tinningloberna (temporalloberna). I båda fallen förtvinar nervceller gradvis i de drabbade områdena. (Svenskt Demenscentrum, 2020).

Frontotemporal demens som startar i främre tinningloberna, i de delar av hjärnan som är avgörande för vår språkliga förmåga, benämns som *primär progressiv afasi (PPA)* och finns i två former: sematisk demens och progressiv icke - flytande afasi (Svenskt Demenscentrum, 2020).

Symptomen har ett smygande förlopp på samma sätt som vid Alzheimers sjukdom. Minnet och inlärningsförmågan är däremot oftast inte påverkade i samma utsträckning. Symptomen beror på var hjärnskadan uppstår. I pannloben styrs bland annat koncentration, omdöme och impuls kontroll. Personligheten hos den som insjuknar börjar långsamt förändras och allt oftare betar sig personen inadekvat eller omdömeslöst. Andra tidiga symptom är sämre initiativförmåga och flexibilitet, liksom plötsliga och till synes oförklarliga vredesutbrott. Personen blir ofta apatisk, rastlös, självupptagen och känslomässigt avtrubbad. Empati förmågan försämras gradvis. Överkonsumtion av mat, rökning eller alkohol kan förekomma. I senare delen av sjukdomsförloppet brukar talet bli enformigt och mimiken stel och uttryckslös. (Svenskt Demenscentrum, 2020).

Sjukdomen anses vanligen debutera i åldrarna 50–65 år. Sannolikt är sjukdomen vanligare än man hittills trott i de högre åldersgrupperna, där symptomen lätt kan feltolkas som orsakade av Alzheimers sjukdom eller vaskulär demens. (Basun m.fl. 2013, s. 35). Sjukdomen förväxlas också ofta med depression, utmattningssyndrom eller annan psykisk ohälsa. Eftersom glömska, inlärningssvårigheter och andra typiska minnessymptom är ovanliga i början av sjukdomsförloppet kan den vara svår att upptäcka. Ärftlighet spelar en viss roll, det har framkommit att vissa mutationer i arvsmassan är direkt orsak i ca 10 procent av samtliga fall. I övriga fall är det sannolikt en kombination av ärftliga riskfaktorer och miljöfaktorer som orsakar sjukdomen. (Svenskt Demenscentrum, 2020).

Det finns inget bromsande eller botande behandling för sjukdomen. Psykofarmaka kan ibland ha viss framgång vid behandling av vissa beteendestörningar. Vården och omhändertagandet kan vara svårt på grund av patienternas ovilja att delta i de åtgärder som föreskrivits och föreslagits. Efterhand sjukdomen framskrider brukar dessa problem minska. (Demensförbundet, u.å.).

2.2 Vården av minnessjuka personer

Antalet personer med minnesrubbingar eller andra symtom relaterade till minnessjukdomar ökar snabbt över hela världen. År 2015 fanns det cirka 50 miljoner personer med minnessjukdom runt om i världen och antalet uppskattas mer än fördubblas under de kommande tjugo åren. (Institutet för hälsa och välfärd, 2021). Enligt WHO (2021) är minnessjukdomar i nuläget den sjunde vanligaste dödsorsaken bland alla sjukdomar och en de främsta orsakerna till funktionshinder och beroende bland äldre människor globalt. Det finns ofta en bristande medvetenhet och förståelse för sjukdomen, vilket leder till stigmatisering och hinder för diagnostik och vård.

En minnesutredning är alltid komplicerad och resurskrävande och det krävs därför stor flexibilitet och kompetens för ett tillfredsställande resultat. Diagnostiken av de vanligaste minnessjukdomarna bygger på att man väger samman information från en rad olika undersökningar, som grund i diagnostiken är patientens egen sjukhistoria, medan de övriga test-och undersökningsresultaten stärker eller talar emot en viss diagnos. En nära anhörig till personen bör även delta i utredningen. (Basun m.fl., 2013, s.76).

Kognitiv svikt är ett begrepp som innebär att informationsbearbetningen inte fungerar som den ska, det vill säga att hjärnan tar in information från omgivningen på ett bristfälligt sätt. Bearbetning och tolkning av information sker även på felaktigt sätt. De mentala processer vi behöver för de kognitiva funktionerna är: perception, uppmärksamhet, minne, rumsorientering, språk och exekutiva funktioner. Vid kognitiv svikt kan olika kognitiva funktioner drabbas men inte endast en begynnande minnessjukdom utan även andra sjukdomar kan ge upphov till kognitiv svikt. (Cars & Terzis, 2015, s. 11–12).

Vid utredning är det därför viktigt att utesluta andra möjliga orsaker till personens symptom, till exempel olika bristtillstånd och felaktigt använda läkemedel kan ge liknande symptom som vid minnessjukdom. Sekundära minnessjukdomar har en gemensam nämnare vilken är att de i vissa fall leder till minnessjukdom men behöver inte göra det. De kan vara behandlingsbara och symptomen kan avhjälpas om åtgärder sätts in i tid. Till sekundära minnessjukdomar hör bland annat störningar i hjärnans hålrum, hjärntumör, störd ämnesomsättning, alkohol och lösningssmedel. (Svenskt Demenscentrum, 2020).

Ärftlighetsfaktorn är inblandad i vissa fall av neurodegeneration men faktorer som kost, livsstil och miljö har mycket stor betydelse enligt Fife (2011, s. 23). Om man har nära anhöriga som drabbats av sjukdom löper man själv större risk att drabbas, inte nödvändigtvis på grund av genetiska orsaker, utan också på grund av att man levt och vuxit upp i samma miljö och därigenom anammat vanor som gynnar sjukdomen.

Minnessjukdom och andra former av neurodegeneration ingår inte i den normala åldringsprocessen (Fife, 2011, s.23). Det väsentliga är att vid misstanke om minnessjukdom påbörja utredning så snabbt som möjligt, eftersom en tidig diagnos underlättar vårdplaneringen (Svenskt Demenscentrum, 2020).

Minnessjukdomar och kognitiva nedsättningar medför genomgripande förändringar och även förluster inom en mängd områden enligt Cars och Terzis (2015, s.17). Ring (2013, s.41) menar att det är en stor utmaning inom äldrevården att förstå och möta individuella behov hos svårt minnessjuka personer. Diagnosen ospecifik demens är fortfarande vanligt förekommande för personer på boenden, vilket försvårar för personalen att förstå symptombilden bakom sjukdomen.

I det nationella minnesprogrammet i Finland 2012–2020 uppgjort av social- och hälsovårdsministeriet framkommer att en odiagnostiserad minnespatient är den dyraste patienten i samhället. Även om det här är känt förblir en betydande andel av minnesstörningarna odiagnostiserade. Vilket leder till okontrollerad användning av social- och hälsovårdstjänster. Det är primärhälsovården eller företagshälsovården för dem som ännu är i arbetsför ålder, som har till uppgift att identifiera minnessymptom och remittera vidare för ytterligare undersökningar. En fungerande vård- och servicekedja integrerar socialt arbete, primärvård, specialistvård och rehabiliteringstjänster till en fungerande helhet. Den ger stöd och service till personen med minnessjukdom och dennes närstående i takt med att minnessjukdomen fortskrider.

2.2.1. Att vårdas på boende

Att ha en minnessjukdom och bo på ett boende kan kännas svårt och ensamt för den äldre. I studien av Mjørud, Engedal, Røsvik och Kirkevold (2017) beskriver man den äldres upplevelse av att bo på ett äldreboende och undersöker de faktorer som gör livet bättre eller sämre på boendet från den minnesjukes perspektiv. I studien framkom att personer boende på äldreboende för personer med minnessjukdom är kapabla att kommunicera om deras känslor och tankar om deras liv på boendet. De förstod att de måste bo där för att de inte kunde sköta om sig själva längre i deras egna hem. De förstod att det krävdes en anpassning av deras förväntningar och en följsamhet till rutiner och att det inte försåg samma hemtrevnad som ett eget hem. I studien framkom saknad av familjemedlemmar och intressen eller sysselsättningar som tidigare varit viktiga. Några personer beskrev också känslan av att inte längre känna igen sig själva vilket kan upplevas som skrämmande och potentiellt leda till ökad nivå av depression och känslor av isolering.

Att ha ett eget personligt utrymme med sina egna tillbehörigheter och att prata om deras tidigare liv menar Mjørud m.fl., (2017) var viktigt för de äldre på boendet. Fotografier och andra tillbehörigheter hjälpte dem att minnas gladare tider, vilket hjälpte dem att acceptera och hantera sin situation. Aktiviteter, att ha något att göra, var viktigt för lindrande av ensamhet. Det framkom att personalen behöver kunskap om den viktiga roll de har gällande vardagen och välmående hos de äldre. Om vårdaren har kunskap om vad den äldre tycker eller inte tycker om och kan använda den kunskapen praktiskt, är det lättare att skraddarsy aktiviteter enligt den äldres intresse och behov. Personalen beskrevs

generellt som vänliga och snälla, och att de tillgodosåg de äldres fysiska behov men även som frånvarande, irriterande och respektlösa. De äldre hade skillnad på vårdpersonal och vem de föredrog. I allmänhet var de äldre nöjda med livet men vardagen sågs som tråkig.

En personcentrerad boendemiljö kännetecknas enligt Basun m.fl., (2013, s.160) av förtroende, social gemenskap och goda relationer. Den omfattas av faktorer som man vet bidrar till trivsel och hemkänsla och stimulerar personen att använda sina kvarvarande resurser så att personen kan fungera adekvat i vardagen. Detta förutsätter en miljö som tar vara på personens kompetens, kunskap och initiativ. Vilket även förutsätter ambitionen att skapa trygga och säkra miljöer utan institutionsprägel där man kan erbjuda valfrihet mellan avskildhet och social gemenskap.

Basun m.fl., (2013, s. 154, 157, 159, 160) beskriver miljö begreppet så att det omfattar både den objektivt synliga och den subjektivt upplevda omgivningen. Objektiva aspekter kan handla om lägenheten eller rummets storlek, om den är ljus eller mörk och om den har utsikt och närhet till natur. Den subjektiva upplevelsen av miljön är mer personlig och påverkas av individuella perceptuella förutsättningar som syn, hörsel och känselintryck. Den fysiska miljöns utformning är av stor betydelse för den minnessjukes välbefinnande och för deras förmåga att fungera i sin närmiljö. Boendemiljön bör därför efterlikna det goda som ett hem kan erbjuda i form av känsla av gemenskap, frihet, atmosfär och aktivitet. Det skall kännas naturligt och inbjudande för människor att komma på besök, vilket på så sätt kan understödja relationer med anhöriga och vänner.

I studien av Mjørud m.fl., (2017) framkom olika saker som de äldre inte tyckte om gällande personalen. De ogillade då personal kom in i deras rum utan att knacka på dörren först och somliga ansåg att personalen inte behandlade dem på ett sådant sätt som de accepterade. De upplevde att personalen var frånvarande och ofta försvann, vilket gjorde att de oftast satt ensamma på boendet.

En aspekt som Cars och Terzis (2015, s.69) tar upp gällande för de som arbetar inom vården är hur relationen till personer med minnessjukdom är uppbyggd. Det är viktigt att vara medveten om skillnaden mellan en professionell relation och en vänskapsrelation. I en vänskapsrelation finns en ömsesidighet, båda har rätt att uttrycka olika känslor. En professionell relation är inte jämlik eftersom den som vårdas är beroende av vården. Den

är inte frivillig, de som vårdas kan inte välja vem de får hjälp av. Det viktiga för vårdpersonalen är att inte utnyttja den maktposition som yrkesrollen ger.

2.2.2 Kommunikation

Den språkliga påverkan för personer med minnessjukdom är väldigt varierande beroende på vilken minnessjukdom man drabbats av (Basun, 2013, s.81). Den försämring som märks först är svårigheten att komma på rätt ord. Namn på välbekanta personer eller föremål glöms bort och omformuleringar görs. I stället för ordet ”kniv” kan det uttryckas ”en sådan som man skär med” och andra liknande omformulering. Efterhand blir talet torftigare och mera ordfattigt, det spontana talet minskar och meningarna blir kortare. Språksvårigheterna hos de drabbade personerna betyder dock inte att de inte kan tänka, de kan bara inte klä sina tankar i ord. (Cars & Terzis, 2015, s.50).

I den dagliga vården och i kommunikationen med personen med minnessjukdom måste man hålla i minnet begreppen anomi, afasi, apraxi, agnosi och svårigheter med abstrakt tänkande, eftersom de så påtagligt påverkar den sjukes vardag (Basun m.fl., 2013, s.81).

En förklaring av de olika begreppen förklaras kort i tabell 1.

Tabell 1. Begrepp.

Anomi	Ordglömska, och svårigheter att hitta rätt ord.
Afasi	Impressiv afasi: svårigheter att förstå vad andra människor säger. Expressiv afasi: svårigheter att uttala och säga det man vill.
Apraxi	Nedsatt förmåga att t.ex. klä sig, äta eller borsta tänderna, detta kan feltolkas som att personen inte vill eller vägrar utföra uppgiften.
Agnosi	Svårigheter att känna igen föremål och att tolka synintryck.
Abstrakt tänkande	Svåra och nya ord, avancerade skämt, ironi och betydelsen av ordspråk ger problem eftersom abstrakt tänkande innebär att man förstår innebörden eller tvetydigheten i ord och talesätt.

(Basun m.fl., 2013, s.81–81).

I kommunikation med en minnessjuk person bör man komma ihåg att varje person har sin egen unika bakgrund och unika symptom. Varje person har också sin egen unika kommunikationsprofil. Några riktlinjer kan ges för att underlätta kommunikationen. Det kan till exempel vara bra att ge instruktioner istället för att formulera frågor, att erbjuda två svarsalternativ på en fråga kan leda till att personen upprepar det sista ordet i första alternativet och svaret är därmed kanske inte en bekräftelse på frågan. Felaktigt formulerade frågor kan minska personens möjligheter att svara och att delta i samtal, snarare än bristande förmåga. I kommunikationen kan språket förenklas utan att göra det banalt, korta, direkta och enkla meningar används, man undviker att avbryta och låter personen tala även om de rätta orden inte hittas. Bilder, album, kommunikationsböcker, surfplattor och andra hjälpmedel kan användas. Kognitiva hjälpmedel för den minnessjuka personen kan användas till exempel syn- och hörselhjälpmedel. Svårigheter att använda telefon är vanligt förekommande, den minnessjuka kan inte läsa eller uppfatta siffrorna, inte förstår hur man gör när telefonen ringer, inte hör signalen eller hör vad som sägs i telefonen, heller inte minns vad som sagts. (Basun m.fl., 2013, s.100, 102).

Det är bra att vara förberedd och kunna förebygga de situationer som skapar problem i kommunikationen. Detta kan ske genom att prata om saker som man vet intresserar personen, lyssna aktivt, invänta svar och inge personen en känsla av att finnas med i ett sammanhang och få vara betydelsefull i samtalet. För personalen handlar det också om att visa upp ett kroppsspråk som är i samstämmighet med tonläget, för förmedling av en genuint positiv framtoning i sättet att kommunicera. (Ring, 2013, s. 76).

Kommunikationen sker också genom känslor. Elvén, Agger och Ljungmann (2017, s.84) menar att människor upplever andras känslor genom att de smittas av sig på oss. Det är lättare att vara glad om vi är tillsammans med glada människor, och vi lugnas av att vara tillsammans med lugna människor. Det varierar dock hur lätt eller svårt vi har för att smittas av andras känslor. På ett boende finns troligen alla typer av människor, vilket gör att stämningen påverkas av både de boendes och personalens humör. Detta kan betyda att vissa personer med minnessjukdom påverkas starkt om personalen sätter gränser och skäller. Motreaktionen blir då att skälla tillbaka. Personal med sådant beteende skapar enbart genom sin personlighet och sitt sätt att vara stor ångest hos de äldre. Det kan möjligen bli ett problem och kan innebära att den typen av personal inte bör arbeta med de mest affektkänsliga personerna på boendet.

2.2.3 Beteendeproblem, en del av vardagen

Oberoende av minnessjukdom får 90% av patienterna i något skede beteendesymptom. Dessa beteenden ger försämrad livskvalitet, ökar behovet av olika tjänster och är den viktigaste orsaken till att man går in för långtidsvård. (God medicinsk praxis, 2021).

Äldrevårdens viktigaste uppdrag är enligt Elvén m.fl., (2017, s.10, 30–31) att se till att äldre personer som behöver stöd i vardagen får det, så att de kan leva ett så fullvärdigt liv som möjligt. Vid vården av minnessjuka personer innebär dock de beteendeproblem som kan uppträda att uppdraget blir svårare för personalen. Beteendeproblem har en tendens att uppfattas som avvikelser från det normala men istället kunde det vara bättre och effektivare om de börjar ses som en del av vardagen. Fokus borde vara på att granska, göra plats för och hantera beteendeproblem, istället för att arbeta med förmaningar och medicinering. Allt beteende sker i samspel med omgivningen. Antingen i direkt samspel med vårdpersonal eller i samspel med de fysiska ramar som personalen har inflytande över. För en mera långsiktig och solid grund för bedömning och planering när det gäller beteendeproblem bör man fundera över de krav och förväntningar man har på den enskilde äldres förmågor.

Piirainen, Pesonen, Kyngäs och Elo (2021) har studerat förekomsten av utmanande situationer på boenden för äldre personer med minnessjukdom, vårdpersonalens respons på dessa och vilka kompetenser en vårdare behöver. I studien deltog 106 vårdare från två äldreboenden i Finland. De utmanande situationerna som framkom i studien var: vandrande, rastlöshet, iväg gående, upprepade förfrågningar och begäran, och motsättande av behandling. Dessa beteenden inträffade "ganska ofta" eller "ofta". Medan självskadebeteenden, till exempel att personer biter sig själva eller andra, inträffade ibland eller sällan. Olämpliga sexuella beteenden inträffade också ibland eller sällan. Över hälften av de tillfrågade vårdarna rapporterade att utmanande beteenden hos äldre med minnessjukdom hade en stark påverkan på att orka på arbetet.

Vid utmanande beteende rapporterade vårdarna att de ofta ordnade aktiviteter, som att se på tv, lyssna på musik eller gav de äldre tid, en pratstund och närhet. Fysiska begränsningar som var godkända av läkaren, såsom bälten och låsta dörrar rapporterades användas till viss del. Användning av sedativa mediciner rapporterades förekomma. De vårdare som inte gjorde något i utmanande situationer rapporterades ge sedativa

mediciner mera ofta än andra. Erfarna vårdare verkade vara mera benägna att avgöra det känslomässiga tillståndet hos personen med minnessjukdom som visade utmanade beteende, än mindre erfarna vårdare, och mindre troliga att ge order eller förbud. (Piirainen m.fl., 2021).

Förutom de utmanande beteende som nämndes i Piirainen m.fl., (2021) studie, beskriver också Basun m.fl., (2013, s.82) beteende som: aggressivitet, oro, apati, skrik, hallucinationer eller sömnstörningar, som kan vara svåra för vårdpersonal att hantera.

Skattningsskalan NPI (Neuro Psychiatric Inventory) nämner Ring (2013, s.32–33) för mätning av beteendesymptom och effekter av insatta läkemedel. Instrumentet omfattar 12 neuropsykiatriska symptom som ses som vanliga vid minnessjukdom. Allvarlighetsgrad och frekvens av neuropsykiatrisk symptom skattas. Instrumentet i sig kan vara en bra bas för förbättring av vården men det ger inte personalen någon kunskap om de bakomliggande orsakerna till problemen.

Fem nyckelkomponenter identifierades av Piirainen m.fl., (2021) som krävs av vårdpersonal inom vården av minnessjuka personer: praktisk kunskap, teoretisk kunskap, terapeutiskt kunnande, social kompetens och självständighet. Aspekter av vårdarens egen personlighet och beteende nämns som viktiga i situationer som inkluderar närvaro, tålamod och situationsmedvetenhet. I studien framkom för att vårdpersonalen skall orka med arbetet, är stöd från ledning och arbetsledare mycket viktigt. Ledarskap som uppmuntrar individualiserad vård och tar hänsyn till individuella behov verkade minska användningen av fysiska begränsningar.

Inom social-och hälsovården är patientens självbestämmanderätt en ledande princip. Den gäller varje människa även den som lider av minnessjukdom. En minnessjukdom innebär inte av sig själv att självbestämmanderätten fråntas, även en minnessjuk person kan ha förmåga att på ett adekvat sätt fatta beslut gällande sig själv. Så länge personen själv förmår ta beslut om sina egna angelägenheter bör de beslut prioriteras framom en laglig företrädares eller någon annan närstående persons åsikter. Inom verksamhetsenheter kan skrivna och oskrivna regler så kallade husets kutym finnas som innefattar begränsningar av självbestämmanderätten. En del rutiner som utförs kan ha blivit en så införlivad del av arbetssättet och verksamhetskulturen att de inte uppfattas som begränsningsåtgärder. Till sådana förfaranden hör användningen av till exempel hygien halare, eller att man fattar

beslut för en minnessjuk person .(Tillstånds - och tillsynsverket för social - och hälsovården, 2018).

2.6 Personcentrerad vård

Begreppen personcentrerad vård och omvårdnad har utvecklats under 2000-talet i framförallt Storbritannien och Australien och började förekomma i nordiska studier och texter mellan år 2005 och 2010. I Storbritannien och Australien återfinns begreppet "Person-centred nursing" som en gyllene regel och mål i såväl styrdokument kring vård och omvårdnad på regeringsnivå som i reklamskrifter från enskilda vårdgivare, akutsjukhus, rehabiliteringsinrättningar, vårdcentraler och äldrevårdsenheter. (Edvardsson & Backman, 2020, s. 49–51).

I litteraturen tillskrivs ofta psykologen Carl Rogers som fadern till uttrycket personcentrerad, genom att han i mitten av 1900-talet använde "Client-centred psychotherapy" för att förstå fenomen som personlighet och mellanmänskliga relationer. I ett senare skede övergick Rogers till begreppet "person-centred". Under 1990-talet återkom begreppet "person-centred" inom demensvården genom Tom Kitwood. (Edvardsson & Backman, 2020, s.50).

Enligt Fazio m.fl., (2018) använde Kitwood termen personcentrerad vård för att skilja av en viss typ av vårdmetod från mer medicinska och beteendemässiga tillvägagångssätt. Han använde termen för att sammanföra idéer och arbetssätt som betonade kommunikation och relationer. Det han föreslog var att minnessjukdomar bäst skulle kunna förstås som ett samspel mellan neurologisk försämring och psykosociala faktorer som hälsa, individuell psykologi, miljö, och särskild tonvikt på socialt sammanhang. Det han trodde på var att miljön har lika mycket effekt på hjärnan som hjärnan har på en persons förmågor.

Tillsammans med sina adepter etablerade de Nordiska pionjärerna Astrid Norberg, Katie Eriksson, Kari Martinsen och Marit Kirkevold en begreppsapparat för beskrivning av god omvårdnad, som till både innehåll och etik och filosofi i stor utsträckning påminner om vad som nu beskrivs som en personcentrerad vård (Edvardsson & Backman, 2020, s.52).

Begrepp som patientcentrerad, patientfokuserad och klientcentrerad används i vården och litteraturen och kan betraktas som jämförbara med personcentrerad vård. Eftersom inriktningen är den samma nämligen att "patienten" först och främst ses som en person med unika behov, erfarenheter och mänskliga resurser och inte skall objektifieras till en sjuk kropp, ett tillstånd eller en diagnos. (Vårdhandboken, 2020).

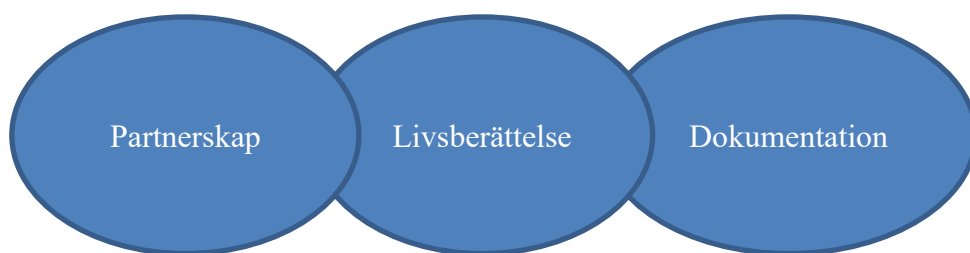
Förändring från en institutionell vårdmetod till en modell som accepterar personcentrerad vård som den styrande vårdmodellen är en del av en kulturell förändring som påverkar tillhandhållandet av äldrevårdstjänster runt om i världen. Personcentrerade insatser är förknippade med att ha en positiv påverkan på vårdpersonal, genom ökad tillfredsställelse och en ökad förmåga att ge individualiserad vård. En förbättring av de vårdandes psykologiska tillstånd med en minskning av tristess och känsla av hjälplöshet, och en minskning av agitation i boenden för personer med minnessjukdom. (Brownie & Nancarrow, 2013). En möjlig nackdel menar Willemse, De Jonge, Smit, Visser, Depla och Pot (2015) med personcentrerad vård är att det kan orsaka emotionell utmattning för personalen, därför borde det inom organisationen finnas ett system som hjälper dem att skapa en hållbar balans mellan deras engagemang och deras professionella avstånd.

För att på ett framgångsrikt sätt implementera personcentrerad vård och förvänta sig en personcentrerad attityd av vårdpersonal, bör arbetsmiljön kännas trygg och vårdpersonalen bör känna att de har stöd av framförallt sin förman enligt Willemse m.fl., (2015) Edvardsson och Backman (2020, s. 178) menar att vårdmetoden kräver både individuellt stöd till vårdpersonalen och stöd till hela teamet. Som ledare är det viktigt att man har kunskap och förståelse av vad personcentrerad vård är, samt en tydlig vision framåt och egna idéer.

Möjliga hinder för implementering av personcentrerad vård omfattar enligt Moore, Britten, Lydahl, Naldemirci, Elam och Wolf (2017) tre teman: traditionella vårdmetoder och strukturer; skeptiska, stereotypa attityder från vårdpersonal; och faktorer relaterade till utveckling av personcentrerade insatser. Ett starkt ledarskap och anpassningsbara strategier krävs och är viktiga för att övervinna befintliga vårdmetoder, rutiner och metoder för dokumentation.

Svenska sjuksköterskeföreningen, svenska läkarsällskapet och dietisternas riksförbud (2019, s. 8) har i sin handbok beskrivit vårdmetoden personcentrerad vård, som en

kärnkompetens som alla arbetande inom vården behöver ha. Partnerskapet mellan hälso- och sjukvårdens professioner och den person som är i behov av insatser är det centrala i kärnkompetensen. Det innebär att man sätter personen som har behov av vård i centrum framför sjukdom, symptom eller tecken på ohälsa och att personen ses som en beslutskapabel, värdefull och jämbördig samarbetspartner i planering, utförande och uppföljning av vård och omsorg. Personens egen berättelse, det vill säga den egna upplevelsen av sin vardag och situation, är en förutsättning för att personen skall ha inflytande på riktigt.



Figur 1. Tre nyckelbegrepp inom personcentrerad vård (Svenska sjuksköterskeföreningen, svenska läkarsällskapet och dietisternas riksförbud, 2019).

2.7 God vård genom personcentrerad vård

Internationellt har begreppet personcentrerad vård vuxit fram som en beskrivning av god vård (Vårdhandboken, 2020). God vård kännetecknas enligt Socialstyrelsen (2021) av att den är personcentrerad, jämlik och säker.

I The Institute of medicines (IOM) definition av kvalitet inom vården, som används flitigt över hela världen, är personcentrerad vård inkluderad som en av de sex pelarna för högkvalitativ vård. En vård som är respektfull, medkännande och lyhörd för individer prioriteras som en nyckelindikator på kvalitet och en väsentlig komponent att sträva efter vid förbättring av hälso- och sjukvårdssystemen. (The Health Foundation, 2014).

Personcentrerad vård utgår från en holistisk syn på vårdandet. Det mest centrala i den holistiska synen på vård är att vården utgår från den enskilde personen och dennes rätt till hälsa. En vård som efterfrågar personens förmågor och är aktiverande. Vården är sammanhållen och alltid möter varje människa med värdighet, medkänsla och respekt utgående från ett grundläggande etiskt förhållningssätt. (Vårdförbundet, 2015).

Vi är alla patienter vid olika perioder i livet och många av oss är det ofta. Men även i de situationer man är patient så är man först och främst en person och medmänniska. När man talar om personcentrerad vård finns det ingen motsättning till ordet patient. Patientrollen kan vara tydlig och fokusera på sjukdomen, behandlingen, rehabiliteringen och så vidare men inte ens då slutar vi vara personer (Centrum för personcentrerad vård-GPCC, 2014). I Vårdhandboken (2020) föreslås som ett steg i förändringen mot ökad personcentrerad vård att man använder sig av ordet person istället för patient inom vården. Eftersom ordet patient anses i högre grad betona sjukdomen, den sjuka kroppen eller kopplingen till en sjukvårdsinrättning, framför människan.

För personer med minnessjukdom beskrivs vårdmetoden som en grundförutsättning för god vård och omsorg. Det är människan som är i fokus och hur man bemöter människan är skillnaden mellan god och mindre god vård för den som drabbats av sjukdom. Genom att använda sig ett personcentrerat arbetssätt ser man personen bakom sjukdomen och inte ett "vårdobjekt". För att få till en mera individualiserad vård, som är en förutsättning för personcentrerad vård, behöver både ledning och personal tänka om, med färre fasta rutiner och nya arbetssätt. (Guiden till vård och omsorg vid demenssjukdom, Svenskt Demenscentrum, 2018, s. 8–10).

De flesta som arbetar i vården vill lyssna på personerna man vårdar och deras närstående för att skapa den bästa vården. Detta görs dock inte systematiskt, varje gång och av alla, och alltför ofta anser vi oss inte ha tid. (Vårdförbundet, 2015). Enligt Moore m.fl., (2017) krävs det en medveten ansträngning av personalen för att upprätthålla strategier för personcentrerad vård. Om intresse, kunskap och engagemang saknas, halkar man lätt tillbaka till gamla rutiner. För att möjliggöra ett personcentrerat arbetssätt krävs kunskap om den man vårdar och genom kommunikationen se personen man vårdar.

God vård innebär att man respekterar att varje människa har rätt till sina egna uppfattningar och att själva fatta de viktiga besluten i sitt liv. Man kan på olika sätt, genom handledning och information, hjälpa den minnessjuka att själv vara med om att fatta beslut om den egna vården. Därför skall man vid uppförandet av service- och vårdplanen utgå ifrån de resurser personen har och självbestämmanderätten bör respekteras. God vård bygger därtill på kunnande, forskningsbaserad evidens och insamlad kunskap om alla de

faktorer som inverkar på livskvaliteten för den minnessjuka och de närstående. (Muistiliitto, 2018, s. 3, 13).

2.7.1 Mätverktyg för personcentrerad vård

De möjliga fördelarna med personcentrerad vård har framhållits i politik och forskning i hela västvärlden enligt The Health Foundation (2014). Mycket finns att göra för att främja ett verkligt personcentrerat hälsosystem och för att mäta i vilken utsträckning detta sker. För att förstå vilka strategier som är mest effektiva och i vilken utsträckning vården är personcentrerad behövs stabila mätmetoder. De vanligaste förekommande mätverktygen för personcentrerad vård är Individualised Care Scale (ICS), Measure of Processes of Care (MPOC), Person-centred Climate Questionnaire (PCCQ) och Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT).

Tabell 2. De fyra vanligaste mätverktygen.

Individualised Care Scale (ICS)	Fokuserar på vårdpersonalens förmåga att svara på patienternas individuella behov på sjukhus. Det finns en version för patienter och en version för vårdpersonal.
Measure of Processes of Care (MPOC)	Mätverktyget fokuserar på i vilken utsträckning vården är "familjecentrerad". En längre och en kortare version finns tillgänglig. Den fylls vanligen i av familjemedlemmar till barnpatienter, ofta barn med funktionshinder eller långvariga tillstånd. En version för vårdpersonal finns också tillgänglig.
Person-centred Climate Questionnaire (PCCQ)	Undersöka i vilken utsträckning sjukhus och långtidsvård för äldre är personcentrerad. Det finns en version för patienter och en version för professionella.
Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT)	Riktat sig till professionella och utvecklades som en självrapporterande bedömningskala för vårdpersonal. Den fokuserar på att mäta i vilken utsträckning yrkesverksamma som arbetar inom långtidsvården för äldre personer bedömer att deras miljöer är personcentrerade.

(The Health Foundation, 2014).

2.9 Livsberättelsen

För att kunna identifiera vård behovet hos personer med minnessjukdom, måste man försöka förstå den värld som de personerna befinner sig i och hur de upplever den. Att skapa en god vårdrelation med en person med minnessjukdom är en komplicerad och svår uppgift för vårdaren. (Basun m.fl., 2002, s.189). Kunskap om livsberättelsen är en förutsättning för att vårdpersonal skall kunna möjliggöra en god vårdrelation, då en person med minnessjukdom flyttar till ett boende. Förutom berättelsen behöver det också framkomma hur personen vill bli vårdad här och nu för att undvika att det uppstår problem i vardagen. (Ring, 2013, s.98)

Basun m.fl., (2013, s. 160) menar att livsberättelsen är en förutsättning för personcentrerat förhållningssätt genom tillvaratagande av den personliga information som berättelsen ger. Den är något helt annat än rutinartade journalanteckningar eftersom den förutsätter ett möte mellan två personer och ett uppriktigt intresse av att få lära känna den andra med syfte att inhämta kunskap, som kan bidra till den goda vården. Berättelsen omfattar personens livshistoria, tidigare roller, värderingar, kultur och självbild.

Grøndahl, Persenius, Bååth och Helgesen (2017) har i sin studie utforskat och beskrivit användningen av livsberättelser och dess inverkan på personer med minnessjukdom boende på äldreboende, deras anhöriga och vårdpersonal. I studien framkom att livsberättelsen i allmänhet hade ett positivt inflytande på personen med minnessjukdom, deras anhöriga och personalen. Användningen av livsberättelsen bidrog till upprätthållande av personen som en hel person, eftersom personen blev hörd. Den möjliggjorde för anhöriga att se deras nära som en hel person och gjorde det möjligt för vårdpersonal att förstå personen med minnessjukdom och deras anhöriga.

Genom att använda sig av livsberättelsen ökade personalens kunskaper enligt Grøndahl m.fl., (2017) gällande familj, jobb/karriär, vad personen gillar eller ogillar och intressen. Den förbättrade relationen mellan personal och personen med minnessjukdom, och personalens engagemang. Livsberättelsen hjälpte personalen att se personen bakom minnessjukdomen och den förbättrade deras förståelsen för personen som de vårdade. Vid genomförandet av livsberättelsen deltog den minnessjuka personen och anhöriga eller endast anhöriga. I studien framkom att det kan vara en utmaning att göra det möjligt för en person med minnessjukdom att berätta sin egen historia. För personalen kunde det vara

en utmaning om känslig information framkom. Involvering av anhöriga kunde också vara svårt för dem som berättelsen inte var avslöjad.

Grøndahl m.fl., (2017) lyfter fram betydelsen av hur viktigt det är inom vården av minnessjuka personer att se personen bakom sjukdomen, eftersom denna grupp av personer riskerar att bli objektifierade och ses som icke-personer, särskilt när sjukdomen fortskrider. Livsberättelsen skall ses som ett viktigt element i syfte att bevara och förbättra värdigheten och välmående.

3 Teoretiska utgångspunkt

Den teoretiska referensramen är Tom Kitwoods teori Flower of emotional needs. Kitwoods teori om personcentrerad vård grundar sig på att vi som vårdar skall se och utgå från personen vi vårdar och inte sjukdomen.

Tom Kitwood, eller Thomas Marris Kitwood (1937 – 1998) var en psykogerentolog och en föregångare inom vården av minnessjuka personer. Han föddes i England i staden Boston, som ung tog han examen inom vetenskapliga studier och senare utbildade han sig till präst. Först i ett senare skede kom han att bli verksam inom det område som han är mest känd inom, socialpsykologi. Han var verksam som professor i demensvård och psykogerentologi vid Bradford universitet i England. Mellan åren 1987 och 1995 utvecklade Kitwood en ny teori för personer med minnessjukdom baserat på ett personcentrerat förhållningssätt (Källkritik, 2020).

En av de största innovationerna som Kitwood var med och utvecklade är Dementia Care Mapping (DCM). Det är enligt Kitwood (1997, s.4) en observationsmetod för utvärdering av vårdens kvalitet.

Enligt Kitwood (1997, s. 4, 2, 7, 15) kommer personen före sjukdomen, personer med minnessjukdom skall ses i sin fulla mänsklighet. Alla människor är unika och har sina egna värderingar och livsberättelser. Vården utgår från själva personen snarare än på medicinska behandlingssätt. Då vårdpersonal använder sig av ett personcentrerat förhållningssätt ges ökad möjlighet att uppnå välbefinnande för personer med minnessjukdom.

En person med minnessjukdom är involverad i två olika förändringar, som pågår vid sidan om varandra. För det första är det en gradvis försämring av psykiska krafter såsom minne, resonemang och förståelse. För det andra är det förändringar i den social-psykologiska miljön, gällande relationer och interaktioner. Även om det går att skilja åt de två förändringarna så är det ingen tvekan om att sjukdomsprocessen är en konsekvens av dem båda. (Kitwood, 1997, s.20).

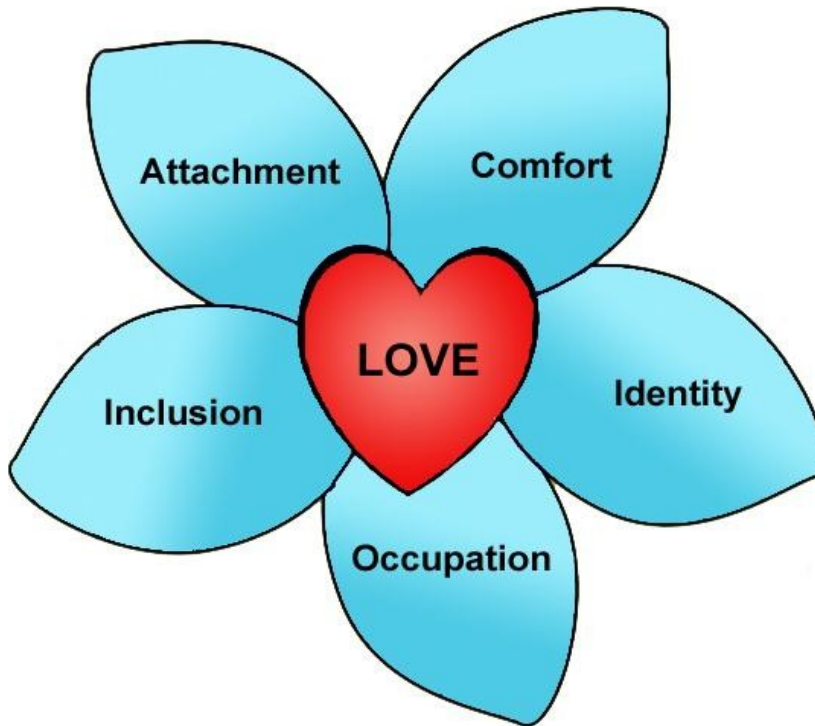
I sin bok *Dementia reconsidered, the person comes first* (1997) har Kitwood beskrivit vad personer med minnessjukdom har för emotionella behov.

3.1 Flower of emotional needs

Denna teori beskrivs som en blomma med fem kronblad. De fem kronbladen står för var sitt behov som överlappar varandra och sammanfaller i det centrala behovet av kärlek. Dessa behov är: tröst, samhörighet, delaktighet, sysselsättning och identitet. Uppfyllandet av ett av dessa behov, kommer i viss mån, att innebära att andra behov uppfylls. (Kitwood, 1997, s.81).

De fem olika behoven kan antas finnas hos alla människor. För personer med minnessjukdom är dessa behov mera framträdande eftersom de är mera sårbara och oftast mindre kapabla att ta initiativet till att få deras behov besvarade. Behoven varierar enligt personlighet och livshistoria och oftast ökar det uppenbara behovet efter hand sjukdomen framskrider. (Kitwood, 1997, s.81).

Den främsta uppgiften då det gäller att vårda personer med minnessjukdom är enligt Kitwood (1997, s.84) att upprätthålla personens identitet även inför förlorandet av psykiska styrkor. Upprätthållandet kan inträffa genom att tillmötesgå de olika behoven. Om alla behov har mötts, ger det en förstärkt känsla av det egna värdet, att vara värdefull och uppskattad.



Flower of emotional needs (Kitwood, 1997).

3.2 Tröst (comfort)

Ordet tröst kan definieras på många olika sätt. Det kan beskrivas som ömhet, närhet, lugnande av smärta och sorg, lugnande av ångest och känslan av säkerhet som kommer av att vara nära varandra. Genom tröst kan man ge den andra personen en slags värme och styrka som gör det möjligt för personen att förbli i ett stycke när de riskerar att falla isär. För personer med minnessjukdom är behovet av tröst framförallt stort då personen hanterar en känsla av förlust. Förlusten kan vara av olika slag, den kan komma från sorg eller handla om förlust av förmågor eller slutet på ett sedan länge etablerat sätt att leva. Tröst kan vara av brådskande karaktär till exempel vid avsked. (Kitwood, 1997, s.81–82).

3.3 Samhörighet (attachment)

Samhörighet eller att ha anknytning till någon är viktigt för varje individ. Vid förlust av primär anknytning undergrävs känslan av trygghet och om många anknytningar tar slut samtidigt kan effekten vara katastrofal. För en person med minnessjukdom finns det all anledning att stödja behovet av samhörighet. Behovet kan faktiskt vara lika starkt som i tidig barndom. Personer med minnessjukdom kan också ha en konstant känsla av att befinna sig

i situationer som de upplever som "konstiga", vilket förstärker behovet av samhörighet. (Kitwood, 1997, s. 82–83).

3.4 Delaktighet (inclusion)

Som sociala individer har vi ett behov av att vara delaktiga i en grupp. Behovet av delaktighet kan för personer med minnesjukdom uttrycka sig i så kallat uppmärksamhetsökande beteende eller i olika former av protester och störningar. Om behovet inte tillgodoses är det troligt att personen tar avstånd och drar sig tillbaka, tills livet är levt nästan helt i en bubbla av isolering. Men om behovet möts, är det möjligt för personen att öppna upp sig igen, och upptäcka sin egen plats i gruppens liv. (Kitwood, 1997, s. 83).

3.5 Sysselsättning (occupation)

Att vara sysselsatt betyder att vara involverad i livsprocessen på ett sådant sätt som är viktigt för personen, och som bygger på en persons förmågor och styrkor. Motsatsen till sysselsatt är ett tillstånd av tristess, apati och meningslöshet. Behovet av sysselsättning finns kvar för de med minnessjukdom, det kan handla om att man vill hjälpa till, eller gärna tar del i aktiviteter eller utflykter. Kunnighet om en persons förflutna och vad som skänker tillfredsställelse för den personen gör det lättare för vårdaren att tillgodose behovet av sysselsättning. (Kitwood, 1997, s. 83).

3.6 Identitet (identity)

Att ha en identitet är att veta vem man är, både i tanke och i känsla. Det betyder att man har en känsla av sammanhang med det förflutna, och därav en berättelse, en berättelse som kan delas med andra. Det involverar också skapandet av en slags struktur över de olika rollerna och sammanhangen i nuvarande livet. Varje persons identitet är unik och det finns mycket som kan göras för att upprätthålla identiteten. Det första är att veta en persons livsberättelse, även om personen själv inte kan minnas sin berättelse, kan den bli berättad av andra. Det andra är empati, vilket gör det möjligt att se personen i det unika i hans eller hennes väsen. (Kitwood, 1997, s. 84).

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur god vård för äldre med minnessjukdom utegående från en personcentrerad vårdmetod kan genomföras.

Mina frågeställningar:

Vad innebär personcentrerad vård inom äldrevården?

Hur möjliggör man personcentrerad vård inom äldrevården?

I vilken omfattning anser vårdpersonal att de ger personcentrerad vård?

5 Metod

Studien består av en systematisk litteraturstudie och kvantitativ enkätstudie. Litteraturstudien är baserad på vetenskapliga artiklar och analyseras med kvalitativ innehållsanalys. Målet med litteraturstudien var att samla aktuell kunskap inom det studerade området, få svar på frågeställningarna och genom det få svar på hur personcentrerad vårdmetod kan genomföras. Enkätstudien utgår från bedömningsverktyget Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT) som mäter i vilken utsträckning vårdpersonal bedömer sin vård av de äldre som personcentrerad.

5.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie innebär enligt Forsberg och Wengström (2013, s.30) att systematiskt söka, kritiskt granska och därefter sammanställa litteraturen inom ett valt ämne eller problemområde. Fokus bör vara på aktuell forskning inom det valda området, litteraturen utgör informationskällan och redovisad data bygger på vetenskapliga tidskrifter eller andra vetenskapliga artiklar.

För att göra en systematisk litteraturstudie bör man vet hur man bäst hittar litteraturen. Den litteratur som hittas är inte alltid användbar som utgångsmaterial. Litteraturen söks från databaser genom både referens- och manuellsökning. Man söker den litteratur som är

den egna undersökningen till nytta genom att använda sig av inklusions- och exklusionskriterier. (Metsämuuronen, 2006, s. 33, 37).

Efter avklarad sökning av litteratur och de artiklar som är mest lämpade för studien blivit valda, görs en redogörelse för varje artikel. För redogörelsen görs en matrissammanställning. I matrisen framkommer, titel, författare, årtal, undersökningens syfte, urval och metod och resultat. Meningskoncentrering skall göras för att underlätta i diskussionsdelen av studien. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 145).

Matris gjordes genom att de valda artiklarna efter genomgång listades i alfabetisk ordning enligt första bokstaven i författarens namn. Artiklarnas rubrik, författare, publikationsår, syfte, urval, metod, resultat och konklusion listades efter varandra.

Matrisen finns att läsas i sin helhet i bilaga 5.

5.1.1 Urvalsmetod för artiklar

Med hjälp av Forsberg och Wengström (2013, s. 84) skedde urvalsprocessen i sex steg. De sex stegen förklaras närmare här nedan.

I steg 1 valdes intresseområde och sökord formulerades utgående från frågeställningarna. Sökorden skrevs på engelska för ett bredare utbud och för att hitta de bäst lämpade artiklarna för studien. Till att börja med gjordes sökningar med syftet att finna relevanta sökord. Genom granskning av lämpliga artiklar och deras nyckelord valdes sökord till den systematiska litteraturstudien.

I steg 2 valdes lämpliga kriterier för sökningen. Dessa valdes utgående från inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara vetenskapliga och publicerade mellan åren 2011–2021, detta för att fånga upp de mest lämpade artiklarna. Både kvalitativa och kvantitativa forskningar inkluderades eftersom användbara artiklar hittades utgående från båda metoderna. De artiklar som valdes följde den vetenskapliga artikelns uppbyggnad, som enligt Forsberg och Wengström (2013, s. 65) utgörs av titel, sammanfattning, indelning eller bakgrund, syfte, metod, resultat, diskussion och referenser. Artiklar som exkluderades ur studien var artiklar som var publicerade före år

2012 och handlade om annat än om personcentrerad vård eller inte var bevisligen vetenskapliga. De valda inklusions-och exklusionskriterierna presenteras i tabell 3.

Tabell 3. Valda inklusions och exklusionskriterier.

INKLUSIONSKRITERIER	EXKLUSIONSKRITERIER
Publicerades mellan 2011–2021	Publicerade före 2011
Skrivna på engelska	
Lättillgängliga i fulltext	Inte tillgängliga i fulltext
Vetenskaplig uppbyggnad	Skrivna på annat sätt
Kvalitativa och kvantitativa metoder	
Peer reviewed - referentgranskade av oberoende experter	Inte peer reviewed
Forskning som berör personcentrerad vård för äldre med minnessjukdom	Forskningar som berör andra vårdmetoder, eller annan åldersgrupp
Besvarar syftet eller frågeställningarna	Besvarar varken syftet eller frågeställningarna

I steg tre genomfördes sökning i lämpliga databaser. Databaserna som jag har använt är EBSCO Academic Search Elite och PubMed. Enligt Forsberg och Wengström (2013, s. 79) sökstrategier för att välja sökbegrepp utgår man från enstaka ord eller ordkombinationer med hjälp av logiska sökoperatörer. Operatören AND används för att begränsa en sökning och för att ge ett "smalare" resultat, medan operatören OR utvidgar sökningen och ger ett "bredare" resultat. I min sökning har jag använt mig av olika kombinationer av följande ord: dementia, alzheimers, person-centered care, measuring PCC, care, well-being, quality in life, older people, elderly, nursing, staff och nursing home med hjälp av operatören AND och OR. Manuellt gjordes sökning i BMC Nursing, Journal of Advanced Nursing, Google Scholar och digitala vetenskapliga arkivet, DiVA.

I steg fyra görs en sökning på egen hand efter ej publicerade artiklar för att finna pågående forskning inom området. Med olika sökfunktioner och sökfraserna "ongoing research about PCC" och "pågående forskning inom PCV" sökte jag efter pågående forskning inom ämnet. Några intressanta artiklar var funna men inga som inkluderades i detta arbete.

I steg fem valdes relevanta artiklar ut på basen av titel. Ett första urval av litteratur gjordes genom granskning av relevanta titlar och genomgång av abstrakt. En sökning på totalt 2241 artiklar utfördes. Av dem bedömdes 2198 vara irrelevanta för studien på grund av att de inte tangerade ämnet enligt nämnda inklusionskriterier eller på grund av funna dubletter. I den totala mängden artiklar som söktes inkluderades inte sökresultatet för Google Scholar på grund av manuell sökning gjordes genom granskning av endast de tre första sidorna. För fulltextgranskning och ytterligare analys kvalificerade sig 43 artiklar.

I steg sex lästes artiklarna i sin helhet. Av de 43 artiklar som kvalificerade sig för granskning, inkluderades slutligen 13 artiklar i studien efter genomgång av artiklarna i sin helhet. De inkluderade artiklar var från Sverige, Norge, Australien, England, Canada och Singapore. De 30 artiklar som inte inkluderades svarade exempelvis inte på denna studies frågeställningar eller följde inte en vetenskaplig uppbyggnad. Av de 30 exkluderade artiklarna var det ändå 5 artiklar som tangerade ämnet personcentrerad vård och äldre personer på sådant sätt att de passade till studien och togs med i bakgrunds texten.

Litteratursökning finns att tillgå i bilaga 1.

5.2 Innehållsanalys

Jag har valt det induktiva sättet att analysera data från de vetenskapliga artiklarna. Då forskningsarbetet bedrivs med induktiv ansats utgår forskaren från upptäckter i verkligheten. Dessa sammanförs sedan till allmänna principer, som i sin tur kan bilda en teori. (Olsson & Sörensen, 2011, s.48). Den induktiva ansatsen karaktäriseras av att söka mönster i materialet och innebär en förutsättningslös analys av texter (Höglund-Nielsen & Granskär, 2013, s. 221). Meningsbärande enheter identifieras, kodning av kategorier, identifiering av centrala teman och utveckling av teorier eller modeller (Forsberg & Wengström, 2013, s. 151).

Vid skapandet av kategorier och teman har kontexten betydelse. En aspekt av kontext är det sammanhang i vilken studien genomförs. En annan aspekt är det sammanhang som omger den meningsenhet som ska kodas, det vill säga att delar av textens innehåll måste förstås utifrån den text som kommer före och efter. Detta innebär att delar ur texten inte hur som helst kan plockas ur sin omgivning. (Höglund-Nielsen & Granskär, 2013, s. 221).

För att göra materialet hanterbart läste jag först igenom det flera gånger för att få en full förståelse av text innehållet, det som var av betydelse för studien skrevs ner som anteckningar. Jag sökte svar på mina frågeställningar, hittade variationer, identifierade mönster och bildade kategorier.

5.3 Kvantitativ enkätstudie

Kvantitativa metoder fungerar bäst enligt Eliasson (2010, s. 28) när det är viktigt att kunna sätta siffror på undersökningsmaterialet. Metoden betecknar olika sätt att samla in kvantitativa data, där enkät- och intervjuundersökningar är de vanligaste.

Att ta del av undersökningar andra har gjort tidigare inom samma område är enligt Eliasson (2010, s. 53) ett sätt att få idéer till frågor. Dessutom relaterar detta din undersökning till befintlig forskning i form av dessa tidigare undersökningar. Olsson och Sörensen (2011, s.148) menar att om motsvarande frågeområden har studerats i andra undersökningar det vill säga om det redan finns validerade frågeformulär, är det bättre att använda sig av dessa än att försöka arbeta fram ett eget oprövat instrument. Om inte syftet är att utarbeta ett sådant instrument.

Olsson och Sörensen (2011, s. 46) beskriver en vetenskaplig teori så att den omfattar ett system av hypoteser, antagande och satser. Om det inom ett område finns relationer mellan olika företeelser, strävar forskaren efter att bilda en teori som förklarar sambanden eller gör mönstret förståeligt.

En enkätundersökning består av ett frågeformulär där frågorna utgår från de variabler som framkommit vid operationaliseringen. Med det menas att ta fram begrepp ur teorin, begrepp som den fortsatta undersökningen sätter i fokus. Att operationalisera teori i förhållande till problemformuleringen handlar om att tänka ut vilka begrepp i teorin som säger något om problemformuleringen – vilka begrepp som är relevanta i sammanhanget. Det handlar också om att göra begreppen "mätbara". När du definierat de begrepp du tänker använda dig av i undersökningen har du också skaffat dig de variabler du kommer att använda dig av. (Eliasson, 2010, s. 12–13, 28).

Det finns fyra olika skalnivåer (variabler) som används för att beskriva och analysera den insamlade informationen : nominal-, ordinal-, intervall- och kvotskala. För att

kunna koda svaren, dvs. din data, måste du kunna bryta ner svaren och beteckna dem med olika siffror som du sedan använder när du kodar data, i ett dataprogram. Det beror sedan på vilken skala som används vad du kan göra med svaren i form av de inkodade siffrorna. (Eliasson, 2010, s. 37).

Nominalskala är variabler som inte går att rangordna till exempel kön, medborgarskap och bostadsort. Ordinalskala går att rangordna utifrån de inkodade siffrorna. Den går att mäta med en skala av typen mycket liten – ganska liten – varken liten eller stor - ganska stor – mycket stor eller liknande skala. Ett typiskt exempel är variabler som mäter olika attityder. Intervallskala går alltid att mäta med siffror, där de inkodade siffrorna kan säga något om hur stort avståndet mellan olika svarsalternativ är. Till exempel födelseår. Kvotskala mäts alltid med siffror som säger något om storleksförhållanden mellan svaren. Typiska kvotvariabler är ålder, längd, vikt och inkomst. (Eliasson, 2010, s. 38).

Frågorna i enkäten består av slutna frågor som besvaras av vårdpersonal på serviceboendet genom att den svarande lägger ett kryss i den ruta som bäst överensstämmer med dennes åsikt. Frågeformuläret som används är Edvardsson, Fetherstonhaug, Nay och Gibson (2010) bedömningsverktyg för personcenterad vård, Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT) och beskrivs mera utförligt i kapitel 5.3.2.

Skalan som används i studien är Likertskala. Björkqvist (2012, s.64) menar att Likertskalor kan anses betraktas som data på ordinalskalenivå. I praktiken analyseras de trots allt oftast som om de vore på intervallskalenivå. Enligt Bell (2005, s. 218–219) är Likertskalan en av de enklaste skalorna att hantera. De svarande tar ställning till ett eller flera påståenden och de markerar sin inställning på en fem- eller sjugradig skala. Svaren kodas därefter och på så sätt fås ett mått på respondenternas uppfattningar, åsikter eller attityder.

5.3.1 Urvalsmetod för enkätstudie

Enkäten besvarades av närvårdare och sjukskötare, både kvinnor och män i olika åldrar, på serviceboende för äldre med minnessjukdom. Kriteriet att få delta i studien var att personen hade vårdutbildning och hade en tillsvidare tjänst på serviceboendet. Eftersom några ur vårdpersonalen arbetat länge med långtidsvikariat gjordes ett undantag för dem. Alla svarande var kända från tidigare efter att skribenten själv arbetat på serviceboendet

före studiens start. Antalet enkäter var 30st varav 21st besvarades. Enkäterna bestod av 13 olika påståenden som de svarande skulle ta ställning till.

Datainsamlingen skedde under augusti 2021. Alla enkäter delades ut till avdelningarna i förseglade kuvert tillsammans med information om studien i början av månaden. Därefter hade de svarande en månad på sig att fylla i enkäterna och lämna in den anonymt till ett anvisat ställe på serviceboendet. Information om studien gavs också muntlig i samband med utdelningen av enkäterna på ett gemensamt personalmöte.

Respondenterna informerades både muntligt och skriftligt om möjligheten att få ytterligare information gällande enkätstudien och vårdmetoden personcentrerad vård om de önskade. Detta baserat på att begreppet personcentrerad vård och att ha ett personcentrerat arbetssätt, enligt skribentens uppfattning inte var bekant från tidigare. Inga uppföljningsfrågor tillkom under svarsperioden.

Information om studien och formuläret som användes för tillstånd av ansvarig chef finns att tillgå i bilaga 2 och 3.

5.3.2 Enkätens utformning

Enkäten som användes utvecklades av Edvardsson m.fl., (2010) utveckling och inledande testning av ett bedömningsverktyg för personcentererad vård, Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT). Bedömningsverktyget syftar till att mäta i vilken utsträckning personalen bedömer sin vård av de äldre som personcentrerad.

Den ursprungliga enkäten på engelska The Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT) finns fritt tillgängligt på internet med stöd av den Australienska regeringen, La Trobe University och Umeå Universitet. Den svenska versionen som användes i denna studie, utgår från det ursprungliga formuläret och är översatt till svenska av Sjögren, Lindkvist, Sandman, Zingmark och Edvardsson (2011) utgående från den psykometriska utvärderingen av den svenska versionen av P-CAT. Den svenska översättningen finns fritt tillgänglig att laddas ner från Svenskt Demenscentrum (2020) webbsida. Enkäten är bifogad i bilaga 3 i egen skriven version.

Edvardsson m.fl., (2010) beskriver i sin studie personcentrerad vård som ett populärt koncept för beskrivning av bästa vård praxis för personer med minnessjukdom. Baserat på litteratur identifierades ett behov av ett kort, kostnads-och tidssparande verktyg lätt att applicera och att slutföra, som skulle kunna ge giltiga och tillförlitliga mätningar av personcentrerad vård i äldrevårdsmiljöer. Som metod vid utveckling och inledande testning användes preliminärt ett 39 punkters verktyg genererat från forskningslitteratur, expertkonsultationer och forskningsintervjuer med vårdpersonal inom åldringsvården, personer med tidig minnessjukdom och familjemedlemmar, som distribuerades till ett urval av 220 vårdare inom åldringsvården i Australien, och utsattes sedan för föremålsanalys och reduktion.

Därefter utförde Edvardsson m.fl., (2010) en psykometrisk utvärdering av det slutliga verktyget med 13 punkters frågeformulär med hjälp av statistiska uppskattningar av validitet och tillförlitlighet. Resultaten visade att P-CAT visade sig vara giltigt och homogent genom faktor-, objekt- och innehållsanalyser. Mätverktyget är ett kliniskt tillämpbart forskningsverktyg som gör det möjligt att utforska personcentrering i relation till hälsoresultat, organisations modeller, egenskaper och personalnivåer, grader av vårdbehov bland boende och effekterna av interventioner.

För att förstå hur de 13 punkterna i formuläret är uppbyggt, visas här i tabellform de olika underkategorier från 1–3.

Tabell 4. P-CAT underkategorier.

Underkategori 1	Underkategori 2	Underkategori 3
Frågor 1–7 <i>Graden av personaliserad vård</i>	Frågor 8–11 <i>Mängden av organisatoriskt stöd</i>	Frågor 12–13 <i>Grad av miljötillgänglighet</i>

(Edvardsson m.fl., 2010).

Nya versioner av mätverktyget har utvecklats utgående från Edvardsson m.fl., (2010) ursprungliga version, översatts och anpassats till andra länder. Vid sökning i databaser hittas länder som Sverige, Norge, Kina, Italien och Spanien som har utfört egna psykometriska utvärderingar av P-CAT.

Mätverktyget P-CAT användes i studien av Sjögren, Lindkvist, Zingmark och Edvardsson (2017) för att utforska faktorer som kännetecknar äldreomsorgsenheter som uppfattas som mycket personcentrerade, med fokus på organisatoriska och miljömässiga variabler, samt boendens och personalens egenskaper. I studien deltog boende och vårdpersonal från totalt 87 vårdanstalter och 151 individuella vårdenheter. Frågeformuläret för de boende innehöll demografiska variabler och etablerade mätskalor på ADL-förmågor och kognition. Frågeformuläret för vårdpersonalen utgick från mätverktyget P-CAT vilket inkluderade alla 13 punkter formulerade enligt Edvardsson m.fl. (2010) ursprungliga utveckling och inledande testning av ett bedömningsverktyg för personcentererad vård.

Användningen av mätverktyget P-CAT visade sig vara lämplig enligt Sjögren m.fl., (2017) att använda som ett numeriskt sätt att differentiera och jämföra enheter med högre och lägre grad av personcentrerad vård. Vissa begränsningar sågs dock gällande P-CAT verktyget och vårdpersonalens uppfattning om personcentrerad vård. Enligt resultatet framkom att äldreomsorgsenheter med högre nivå av personcentrerad vård kännetecknades av: gemensam vårdfilosofi, tillfredställande ledarskap, tvärvetenskapligt samarbete, socialt stöd från kollegor och ledare, miljö anpassad för minnessjuka, tid att umgås med de boende och mindre enheter. Högre nivåer av personcentrerad vård visade också på högre andel med vårdpersonal med fortbildning inom minnessjukdomar och regelbunden handledning, jämfört med enheter med lägre nivå av personcentrerad vård. Organisatoriska och miljömässiga faktorer visade sig viktigt i resultatet. I resultatet framkom även att chefer och ledare som önskar underlätta personcentrerad vård i det dagliga arbetet måste överväga i sin egen roll i att stödja, uppmuntra och handleda personalen

Syftet i Selan, Jakobsson och Condelius (2017) studien var att ytterligare undersöka de psykometriska egenskaperna (med fokus på konstruktionsvaliditet och skalfunktion) hos den svenska versionen av P-CAT och att vidareutveckla och psykometriskt testa en modifierad, icke kontextspecifik version av instrumentet P-CAT (mP-CAT). Modifieringen syftade till att göra en mindre kontextspecifik version av mätverktyget, för att vara lämplig i andra vårdmiljöer och i vården av personer utan minnessjukdomar. I studien deltog ett urval av vårdpersonal inom primärvården och inom hemservice för äldre. En uteslutning föreslås av punkt 13 i frågeformuläret eftersom punkt 13 inte ansågs överensstämma med

P-CAT instrumentet i studiens urval. Svårigheter med punkt 13 ”de boende kan vistas utomhus när de önskar” kan förklaras av hur påståendet är formulerat. Formuleringen hänvisar till de boendens önskemål, vilket kan vara svårt att bedöma fullt ut. Påståendet skulle också kunna tolkas som att den fysiska miljön bidrar eller hindrar de boendes möjligheter att vistas ute. Liknande problem har enligt studien setts sig i tidigare forskningar, både i Sverige och i Norge. I den modifierad, icke kontextspecifik version av instrumentet P-CAT (mP-CAT) ansågs punkt 13 passa in.

Mätverktyget ansågs passa skribentens studie eftersom den mäter i vilken utsträckning personalen bedömer sin vård av de äldre som personcentrerad. Den anses kunna svara på frågeställningen som ställs till enkäten, i vilken omfattning anser vårdpersonal att de ger personcentrerad vård?

5.6 Etiska överväganden

God etik är en viktig aspekt i all vetenskaplig forskning och forskaren ska i sin etiska avvägning visa omsorg för att inte orsaka deltagarna skada eller men (Forsberg & Wengström 2013, s. 145). För att skydda deltagarna i studien skall enligt Kalman och Lövgren (2019, s. 15) dessa olika delar uppfyllas, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet är själva grunden för att kunna uppfylla samtyckeskravet. Deltagarna i studien bör få grundlig information om vad de förväntas delta i innan de tar ställning till att delta eller inte. Dessa två krav förenas i kravet på informerat samtycke. Det skall framgå att deltagandet i studien är frivilligt och att den enskilde har rätt att avbryta sin medverkan. (Kalman & Lövgren, 2019, s. 15).

Med konfidentialitetskravet värnar man om individen genom att man är noggrann med hur man handskas med data, säker förvaring av insamlat material och hur resultatet presenteras. Viktigt att obehöriga inte kan komma åt uppgifterna och att det inte är möjligt att identifiera enskilda personer eller grupper, till exempel i samband med publikation. (Kalman & Lövgren 2019, 15–16).

Med nyttjandekravet menas att de uppgifter som samlats in för studien enbart får användas för forskningsändamålet. Deltagarna i studien skall kunna lita på att de uppgifter de lämnar inte kommer att användas på fel sätt. (Kalman & Lövgren 2019, 16).

Inför studien fick vårdpersonalen på serviceboendet grundlig information om syftet med studien, hur datahantering förverkligas och vem som ansvarar för studien. Informationen gavs muntligt på ett gemensamt personalmöte. I samband med att enkäterna delades ut inkluderades ett följebrev med information om studien. Deltagandet i studien var frivilligt och anonymt. Skriftligt lov att utföra studien gavs av den ansvarige föreståndaren på serviceboendet.

6 Resultatredovisning

Studien består av en systematisk litteraturstudie och en kvantitativ enkätstudie. I det här kapitlet redogörs för resultatet utgående från kategorierna som trädde fram vid innehållsanalysen av materialet. Resultatet från enkätstudien presenteras efter artikel analysen och sammankopplas därefter med varandra.

6.1 Resultat av litteraturstudien

Kategorierna som trädde fram som svar på, vad innebär personcentrerad vård inom äldrevården är **vårdrelationer** och **en stödjande miljö**. De äldre är enligt textanalysen boende vid äldreboende eller annan inrättning. Kategorier som trädde fram som svar på, hur möjliggör man personcentrerad vård inom äldrevården, är **ledarskap och organisationens betydelse** och **den sociala arbetsmiljön**. I analysen framkom även underkategorier som synliggörs med att de är utskrivna med *kursiv stil*. I texten används förkortningen PCV för personcentrerad vård.

Tabell 5. Resultatets huvudkategorier och underkategorier

Vad innebär personcentrerad vård inom äldreården	Vårdrelationer	<i>Individuella behov</i> <i>Välmående</i> <i>Trygghet</i> <i>Livskvalitet</i> <i>Kommunikation</i>
	En stödjande miljö	<i>Fysiska miljön</i> <i>Arbetsmiljön</i> <i>Boendemiljön</i>
Hur möjliggör man personcentrerad vård inom äldreården	Ledarskap och organisationens betydelse	<i>Ledarskap</i> <i>Mindre enheter</i>
	Den sociala arbetsmiljön	<i>Välmående</i> <i>Arbetsstillfredsställelse</i> <i>Attityd</i> <i>Begränsningar</i>

6.1.1 Vårdrelationer

Genom att använda sig av ett personcentrerat arbetssätt kunde vårdpersonal möta den enskilda individens behov och bygga nära relationer med den som vårdades. Vassbø, Kirkevold, Edvardsson, Sjögren, Lood och Bergdal (2019) har i sin studie utforskat vårdpersonalens levda erfarenheter av att arbeta på ett personcentrerat arbetssätt på äldreboenden. Genom att se de boendes *individuella behov* uppnåddes en förståelse för de boendes rytm och preferenser som grund för det dagliga arbetet och genom det kunna göra det "lilla extra" för den boende. I studien framkommer att det tar tid att bygga relationer och att verkligen lära sig hur man närmar sig en person med minnessjukdom. En god relation sågs som nyckel för att kunna utveckla och ge vård som fungerar. Vårdpersonalen med en positiv attityd och förmågan att vidhålla en känsla av lugn, beskrevs som viktigt vid tillhandhållandet av vård.

Berglund, Gillsjö och Swanström (2018) beskriver PVC som en vårdmetod som ändrats till att bli mera fokuserad på vad som är viktigaste för personen, vården skall vara baserad på varje enskild individs personlighet och *individuella behov*. Vårdrelationen, flexibilitet och kontinuitet beskrevs som grundläggande förutsättningar för att ge en *individuellt* anpassad vård för personer med minnessjukdom och uppenbara vårdbehov. Deltagarna i studien hade genom ökad kunskap och förståelse om olika typer av minnessjukdomar lärt sig att understödja individualiserad vård i det dagliga livet. När kunskapen om de vårdades behov

ökade blev de medvetna om deras betydelse för tillhandahållandet av vård. Vilket ledde till att det blev lättare att göra snabba och rationella beslut som stödde de vårdades hälsa och *välmående*. Deltagarna i studien använde sig av begreppet kognitiv försämring eftersom det inte ansågs lika stigmatiserat som ordet demens. Förutom en god vårdrelation med den äldre ansågs det också viktigt att skapa en god relation med de anhöriga.

James, Ardeman-Merten och Kihlgren (2014) ser det som grundläggande inom PCV vårdpersonalens kunskap om den äldre personens livsstil. Då vårdpersonalen hade kunskap om den äldre personens livsstil var förutsättningarna gynnsamma för terapeutiska relationer och interventioner, vilket kan ses som grundläggande inom PCV. Terapeutiska interventioner som syftade till vårdande handlingar resulterade i positiva förbättringar som fysiskt och psykiskt *välmående*. Vårdpersonalen kunde också uppleva mentalt *välmående*, minskad stress och ökad arbetstillfredsställelse med dessa interventioner. Den terapeutiska relationen byggde på delning av kollektiv kunskap, ömsesidigt förtroende och förståelse mellan vårdpersonal, den äldre och andra som var betydelsefulla för den äldre personen.

För att känna sig *trygga* anpassade sig de äldre till sina behov och till andras behov och till vårdpersonalens rutiner. De äldre litade på vårdpersonalen men längtade också efter att kunna lita på sig själva och att bli omtyckta och ha en känsla av kontinuitet och ordning i händelserna. Då kunde de behålla sin självidentitet och ha en känsla av tillhörighet. Detta kan tolkas som en ontologisk *trygghet* och kopplas till ett varande i världen. PCV kan ge äldre den kraft som tillåter dem att vidhålla den ontologiska tryggheten, ett varande i världen. Där vårdpersonalens förmåga att skapa en vårdrelation med den äldre blir avgörande för tillhandahållandet av PCV (James m.fl., 2014).

I den kvantitativa studien om *livskvalitet* för äldre med minnessjukdom av Moyle, Murfieldt, Griffiths och Venturato (2012) studerades de äldres livskvalitet, genom bedömning utförda av personer med minnessjukdom, anhörigvårdare och vårdpersonal. Studien använde sig av Quality of Life-Alzheimer's Disease frågeformulär. I resultatet framkom att personer med minnessjukdom kan ge bedömning av sin *livskvalitet*. Det framkom att de tre respondentgrupperna bedömde *livskvalitet* olika. Nivån av personlig ADL, aktiviteter i vardagen, hade en viktig påverkan på uppskattad *livskvalitet*, speciellt vårdpersonal gav lägre värdering när det fanns större aktivitetsbegränsning. Detta var inte

replikerat för bedömning gjorda av personer med minnessjukdom, vilket kan förklaras av att personer med minnessjukdom justerat deras värdering i enlighet med den fysiska nedgången och utvecklingen av minnessjukdomen och baserat bedömningen mindre på fysisk hälsa (fysiska funktioner och minne) och mera på andra aspekter i deras liv som är mindre nedsatta (relationer med familj och vänner). Enligt detta skulle det vara fördelaktigt för vårdpersonalen att fokusera mindre på fysiska brister och aktivitetsbegränsningar förknippade med minnessjukdom och mera på styrkor hos en minnessjuk person gällande *livskvalitet*. Ålder eller nivå av kognitiva funktioner hade ingen betydande påverkan på värdering av *livskvalitet* utförda av de tre respondentgrupperna.

I studien av Riachi (2018) om personcentrerad kommunikation var syftet att undersöka användandet av SPECAL® (Specialised Early Care for Alzheimer`s) tekniken av vårdpersonal för upprätthållandet av *välmåendet* för klienter med minnessjukdom. Semistrukturerade intervjuer utfördes av vårdpersonal som tränats i SPECAL® metoden. Kommunikationstekniken användes för att förstärka den minnessjukes känsla av *välmående*, vilket i sin tur stödde upprätthållandet av klientens identitet. Vårdpersonalen modifierade sin kommunikationsteknik genom skyddande, empatiska och lugnande tillvägagångssätt, underbyggd av reflektioner. Klienten sågs som "expert" på sin sjukdom och vilkens synpunkter måste beaktas och *kommunikationen* erkännas, även om ord och beteende inte var förstått av vårdpersonalen. Tekniken användes av vårdpersonal genom att variera *kommunikationen* mellan att inte fråga direkta frågor och att inte överhuvudtaget fråga frågor. Att fråga direkta frågor sågs som att ställa ett krav som klienten kunde ha svårt att uppfylla.

Genom att använda sig av SPECAL®metoden upplevde vårdpersonalen att *kommunikationen* ändrades vilket stödde både *välmåendet* för den minnessjuke och de själva. Vårdpersonalen delade en förståelse om att de minnessjukas *välmående* berodde på erkännande av den minnessjuke som en person, och undvikande av interaktioner och situationer som undergrävde personens självkänsla. För att SPECAL®metoden skall kunna stöda PCV behöver vårdpersonalen ha tid med personen, de behöver ha tid att lära känna personen bra eller ha tillgång till dennes bakgrundshistoria. Stöd från ledningen att använda metoden och dela arbetsuppgifter med andra som använder metoden. (Riachi 2018). I Berglund m.fl., (2018) studie beskrev också vårdpersonalen hur de *kommunicerade* med den minnessjuke genom att undvika fråga frågor som kunde skapa förvirring; istället

involverade de den äldre i besluten. Istället för att fråga direkta frågor omformulerade de frågan på ett sådant sätt som lättare kunde förstås av den minnessjuka.

Genom att ha god kännedom om den som vårdade blev vårdpersonalen mera medvetna om den boendes önsknings och preferenser i Vassbø m.fl., (2019) studie. Personalens fokus var inte begränsat till den boendes diagnoser eller behov. Interaktioner med de boende med kognitiv nedsättning kunde upplevas som utmanande för personalen. Det kunde vara utmanande att tolka talande ord och subtila tecken som till en början verkade obegripliga. Att förstå och möta dessa boendes önsknings gjorde att personalen upplevde stolthet och tillfredställelse.

6.1.2 En stödjande miljö

Hunter, Hadjistavropoulos, Thorpe, Lix och Malloy (2016) undersökte självrapporterade PCV beteenden på boenden utgående från personal och organisatoriska faktorer. Studien bestod av ett flertal mätverktyg och i urvalet deltog personal från två olika långtids boenden. I en serie av regressionsmodeller undersöktes fem aspekter av personcentrerat boende för minnessjuka, autonomi, individen, att känna personen, komfortvård och stöd för relationen. De organisatoriska egenskaperna som bedömdes var relaterade till boendets *fysiska* och sociala miljö, omfattning av samarbetet kring ett personcentrerat boende för minnessjuka och tillsynsstöd eller andra organisatoriskt stöd. Den *fysiska* och sociala miljön av vård förknippades med stöd för den boendes autonomi medan andra organisatoriska faktorer inte gjorde det. I studien framkom att organisatoriska faktorer, inkluderat samverkan i vården och den *fysiska* och sociala miljön av vård, är mycket viktigt för personcentrerat boende för minnessjuka. Det är en flerdimensionell konstruktion där personliga faktorer inkluderat kön, tron på den minnessjuka som person och utbrändhet är viktiga för några av dessa dimensioner. De två aspekterna av utbrändhet, personlig prestation och känslomässig utmattning, hade ett uppenbart inflytande av tillhandahållandet av PCV, vilket visar på att fokus på vårdpersonalens välmående är viktigt för förbättring av PCV.

Arbetsmiljön spelar en viktig roll vid utförande av vård. Corlin, Kajonius och Kazemi (2015) har utforskat hur personliga och situationsbetingade faktorer relaterar till tillhandahållandet av PCV på äldreboenden. Med speciellt fokus på relationen mellan vårdpersonalens personlighetsdrag och tillhandahållandet av PCV och i vilken utsträckning

arbetsmiljön påverkar denna relation. Studien var en tvärsnittsundersökning som inkluderade mätningar av personlighet (Mini-IPIP) och PCV (Individualized Care Inventory, ICI) utförda av vårdpersonal från 13 vårdboenden.

Stöd för en stressfri *arbetsmiljö* en förutsättning för att uppnå hög kvalitet för PCV inom äldrevården. För att kunna arbeta mot en ökad PCV inom äldrevården behöver beslutsfattare och organisationens ledare inse att vårdpersonal arbetar i ett sammanhang där personlighetsdrag har betydelse. Vårdpersonal med högre nivåer av neuroticism, tendensen att vara orolig och spänd, är mera känsliga till *arbetsmiljön* och upplever stress i större utsträckning än sina kollegor med lägre nivåer av neuroticism. Det tar tid att lära känna den enskilde individen, att sitta och lyssna och prata, att låta den äldre personen göra saker för sig själva i sin egen takt. Det tar även tid att kommunicera med kollegor och utbyta upplevelser hur man hanterar olika vårdsituationer för att göra individuellt förankrade anpassningar av vårdrutinerna. Resultatet visar på hur en *arbetsmiljö*, där förutsättningarna uppfattas som sämre och där personalen är stressade, hindrar ett framgångsrikt genomförande av PCV. Organisatoriska aspekter som arbetsrutiner, tillgång på tid, tillräcklig bemanning och valfrihet för de boende skall ses som väsentliga för att vårdpersonalen skall kunna engagera sig i PCV processen (Corlin m.fl., 2015).

Boendemiljön för de äldre utgjorde en trygghet i James m.fl., (2014) studie. Säkerheten innanför boendets väggar utgjorde en yttre säkerhet, ingen utanför kunde komma in oanmäld. Det fanns vårdpersonal på plats dygnet runt, vilket skapade en trygghet för de äldre eftersom de snabbt kunde få hjälp. Den äldre beskrev också hur de tryggt kunde röra sig fritt inne i *boendemiljön* och även ha möjlighet att gå ut i den anlagda trädgården.

6.1.3 Ledarskap och organisationens betydelse

Ledarskapets olika roller har inflytande i genomförandet av PCV. Rokstad, Vatne, Engedal och Selbæk (2015) har undersökt *ledarskapets* roll i genomförandet av PCV på boenden genom att använda sig av Dementia Care Mapping (DCM). DCM metoden utfördes på tre olika boenden och användes som metod för implementering av PCV över en period på 12 månader. I studien deltog vårdpersonal och ledare, under processens gång utfördes fokusgruppintervjuer och observationer av boende på enheten gjordes genom användandet av DCM. Boendeenheterna kategoriserades in i "mycket professionella" boende (NHA), "marknadsorienterat" boende (NHB) och den "traditionella"

boendeenheten (NHC). Resultatet visar på stora skillnader i *ledarskapet* utgående från de olika kategorierna.

I Rokstad m.fl., (2015) studie beskrevs tre olika sätt att leda genomförandet av PCV på boenden. Ledarna på det "mycket professionella" boendet deltog aktivt i vårdverksamheten och såg sig själva som förebilder för vårdpersonalen. Detta deltagande ansågs vara avgörande för vårdpersonalen, de kände sig accepterade och uppskattade av ledarna och de kände uppmuntran och stöd att ge vård av god kvalitet. Ledarna bekräftade att de beundrade personalen för deras engagemang och färdigheter. Ledarna på det "marknadsorienterade" boendet menade att de inte hade möjligt att vara närvarande på avdelningarna dagligen och var tvungna att leda genom informella ledare. Ledarna uppgav att deras initiativ för att motivera vårdpersonalen till förmån för professionell utveckling möttes av motstånd från personalen. Vårdpersonalen uppgav i sin tur i kontrast till ledarnas upplevelse av motstånd för utveckling, att de önskade mera kontinuerlig handledning. Ledaren på det "traditionella" boendet uppgav att stöd gavs till vårdpersonalen vid tillfällen då det fanns särskilda behov. Personalen uppmuntrades att använda deras individuella färdigheter i vårdverksamheten. Vårdpersonalen uppgav att de hade en bra relation med ledaren men på daglig plan kände de sig ensamma och bortglömda, och kände en ansträngning att ge vård av god kvalitet.

Skillnader i *ledarskapet* visade sig enligt Rokstad m.fl., (2015) ha inverkan på implementeringen av PCV även fast samma metod användes i processen. Det "mycket professionella" boendet lyckades i implementering av PCV, genom stödet från ledarna i den dagliga verksamheten. De två andra boendeenheterna uppnådde en ökad medvetenhet om PCV men det ledde inte till ändringar i utförandet av vården och stöd från ledare fattades. Detta visar att *ledarskapet* har en central roll i implementering av PCV på boenden, genom att vara aktiva förebilder, tydliggöra en klar professionell vision och inkludera och bemyndiga vårdpersonalen i deras professionella utvecklingsprocess. Ledare som stöder vårdpersonal och tar del i den dagliga vårdverksamheten var av stor betydelse.

Sambandet mellan *ledarskap*, PCV och stress orsakat av samvetet utforskades i Backman, Sjögren, Lövheim och Edvardsson (2021) studie. Sammanlagt deltog 2985 vårdare och chefer från 190 vårdboenden runt om i Sverige. Frågeformulären The leadership Behavior

Questionnaire, The Stress of Conscience Questionnaire och mätverktyget P-CAT användes vid datainsamlingen.

I Backman m.fl., (2021) studien framkommer att chefer har en viktig ledarskapsroll, genom att inspirera och att göra det möjligt för personal att tillhandahålla PCV som är baserad på boendens behov och preferenser, vilket också minskar på stress orsakat av samvetet för personalen. Detta indikerar ett *ledarskap* som kännetecknas av att coacha, ge feedback, lita på personalen, hantera konflikter på ett konstruktivt sätt, testa nya idéer och individuellt kontrollerande av arbetet, kan bidra till mindre personalstress och ökat tillhandhållande av PCV. Chefer kan ytterligare främja PCV genom sitt *ledarskap* genom att delegera ansvar, uppmuntra att tänka i nya banor, diskutera och uppmuntra nya idéer.

Sambandet mellan PCV och organisatoriska, personal och enhetsegenskaper på boenden utforskades i Røen, Kirkevold, Testad, Selbæk, Engedal och Bergh (2018) studie. Studien var en tvärsnittsstudie som inkluderade både standardiserade frågeformulär och frågor utvecklade för studien. För mätning av PCV användes den Norska versionen av mätverktyget P-CAT. I studien deltog vårdpersonal från 175 vårdenheter i Norge. I resultatet framkom att högre nivåer av PCV var förenligt med en större arbetstillfredsställelse och det att vården är organiserade i *mindre* specialiserade *enheter*. Förutom *mindre enheter* påverkade också personalens utbildning, *ledarskapet* och miljön kvaliteten på vården. Vårdpersonal med tre år eller mera av hälsorelaterad utbildning associerades med en högre nivå av PCV. Andra faktorer som gav en högre nivå av PCV på boenden för minnessjuka personer var ett bemyndigande *ledarskap* och ett innovativt klimat. Att förse PCV till boenden var nära kopplat till hur vårdpersonal upplevde deras arbetssituation i förhållande både till organisatoriska och strukturella faktorer och den fysiska miljön.

6.1.4 Den sociala arbetsmiljön

Ho, Cheong, Ong, Fusek, Wee och Yap (2021) har i deras studie jämfört före och efter implementering av PCV på boende och utvärderat hur det påverkat de boendens välmående, vårdkvalitet och påverkan på personal. Dementia Care Mapping (DCM) användes före och efter implementering på boendet för minnessjuka personer. Boendet åtog sig PCV transformationen år 2015 och efter ett år sågs förbättrade resultat genom

användandet av PCV som metod. Efter implementeringen sågs förbättrad vårdkvalitet, ökat välmående för de boende och bättre kvarhållande av personal. Att satsa på personalen, miljön, vårdplaner och boendeaktiviteter möjliggjorde dessa resultat. Genom omfattning av PCV på alla nivåer i organisationen gavs vårdpersonalen befogenhet att förnya vården med nya prioriteringarna, för att förbättra de boendens välbefinnande, självständighet och oberoende. Vårdpersonal gavs möjlighet till skolning både i klassrum och på-jobbet-skolning vilket sågs som en väsentlig del av internt lärande. Praktiserande ledare av PCV fungerade som mentorer vilket motiverade personalen och tillät dem att kontinuerligt förnya sig och anpassa sig till de boendens föränderliga behov och att dela fungerande strategier. Dessa förbättringar gjorde det möjligt för vårdpersonalen att bättre förstå, känna empati och kommunicera med de boende och därigenom tillhandahålla den sociala miljö som bygger på relationer för att hjälpa de boende att trivas.

Hög personalomsättning på vårdboenden ger generellt sämre *arbetstillfredsställelse* och högre arbetsbelastning menar Ho m.fl., (2021). Minskning av personalomsättning som studien visar på, är värd att påpekas, eftersom det visar på att PCV inte endast förbättrar boendens *välmående* utan också ger önskvärda resultat i förbättring av *arbetstillfredsställelse*.

En positiv *attityd* mot personer med minnessjukdom och en stark intention att implementera PCV strategier, förutspådde en större känsla av kompetens för att ge vård enligt Mullan och Sullivan (2015). I studien har betydelsen av personalfaktorer förknippade med känslan av kompetens kartlagts. Ett flertal teoretiskt rimliga personalfaktorer har utforskats gällande känslan av kompetens som vårdpersonal har i sitt arbete. De olika faktorerna som studerats är, skolning (specifikt inom vården av minnessjuka), kunskap, *attityder*, PCV och känslan av kompetens. Implementering av PCV strategier inom vården av minnessjuka visade på positiva associationer för vårdpersonalens känsla av kompetens. Detta överensstämmer enligt Mullan och Sullivan (2015) med tidigare forskning där samband hittats mellan PCV tillvägagångssätt inom vården av minnessjuka med ökat *välmående* för de boende och minskad utmattning för personalen. Skolning visade sig förbättra *attityden* mot personer med minnessjukdom men vidare forskning krävs för att bestämma egenskaper och inriktningen av förhållandet mellan kunskap och *attityder* mot personer med minnessjukdom.

I Jacobsen, Mekki, Førland, Folkestad, Kirkevold, Skår, Tveit och Øye (2017) studie undersöktes vilka faktorer som hindrade eller underlättade personalens medvetenhet relaterat till förtroendeskapande initiativ baserat på PCV, som ett alternativ till begränsningar hos boende med minnessjukdom. Studien var en utbildnings intervention, bestående av ett två dagars seminarie och månatliga coachnings sessioner i sex månader. Vårdpersonal och ledare från 24 olika boenden i Norge deltog och studien bestod av mixad metod kombinerat både kvalitativa och kvantitativa forskningsmetoder.

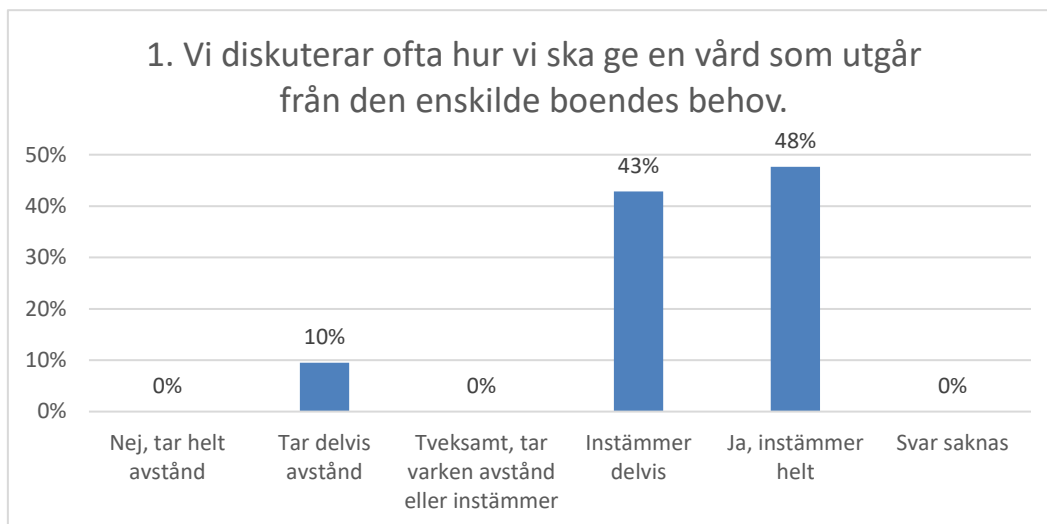
Jacobsen m.fl., (2017) menar att det finns ett behov av att minska användandet av begränsningar på boenden och att öka den personcentrerade vården och vårdpersonalens medvetenhet om alternativ till begränsningar. Den kvalitativa datan och till viss grad den kvantitativa datan visade på en utveckling mot en mera personcentrerad vård jämfört med hur situationen såg ut före utbildnings interventionen. En ökad medvetenhet framkom för vårdpersonalen efter interventionen, de kunde ge mer handfasta argument för- eller mot användandet av begränsningar i varje situation de utvärderade. De gjorde också detta i kontexten av att främja PCV. Ledarskap och personalkultur är enligt studien avgörande faktorer för främjande eller hindrande av PCV och en nödvändig förutsättning för förtroendeskapande initiativ gällande en vårdrelation baserat på PCV. Variationer gällande ledarskap och relationen med vårdpersonal framkom inom de olika boenden, så även vårdpersonalens medvetenhet relaterat till begränsningar och PCV.

6.2 Resultat av enkät undersökningen

I detta kapitel redovisas resultatet från undersökningen av insamlade enkätsvar från respondenterna. Enkät undersökningen svarar på frågeställningen, i vilken omfattning anser vårdpersonal att de ger personcentrerad vård? Resultatet presenteras i antal procent och visuellt som stapeldiagram för varje påståendesats. Alla insamlade enkätsvar togs i beaktande vid resultatredovisningen. Enkäterna besvarades av sammanlagt 21 personer, både kvinnor och män. Enkäterna fylldes i anonymt och frågor gällande respondentens ålder eller kön var inte medtagna. Resultatet redovisas enligt de 13 punkterna i mätverktyget The Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT). Svartalternativen i P-CAT var en femgradig likertskala där respondenterna tog ställning till påståendesatsen genom att välja ett av de olika svartalternativen, nej tar helt avstånd, tar delvis avstånd, tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer, instämmer delvis och ja, instämmer helt.

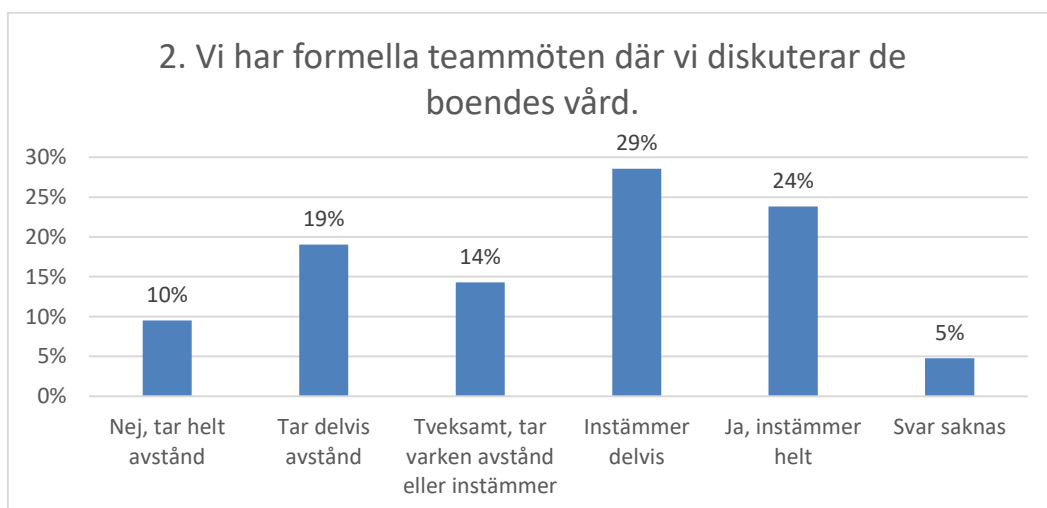
6.2.1 Graden av personaliserad vård 1–7

På serviceboendet är tio (48%) av respondenterna av den övervägande åsikten att *vi diskuterar ofta hur vi skall ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov*. Nio (43%) av respondenter instämmer delvis, och två (10%) av respondenterna tar delvis avstånd till frågan.



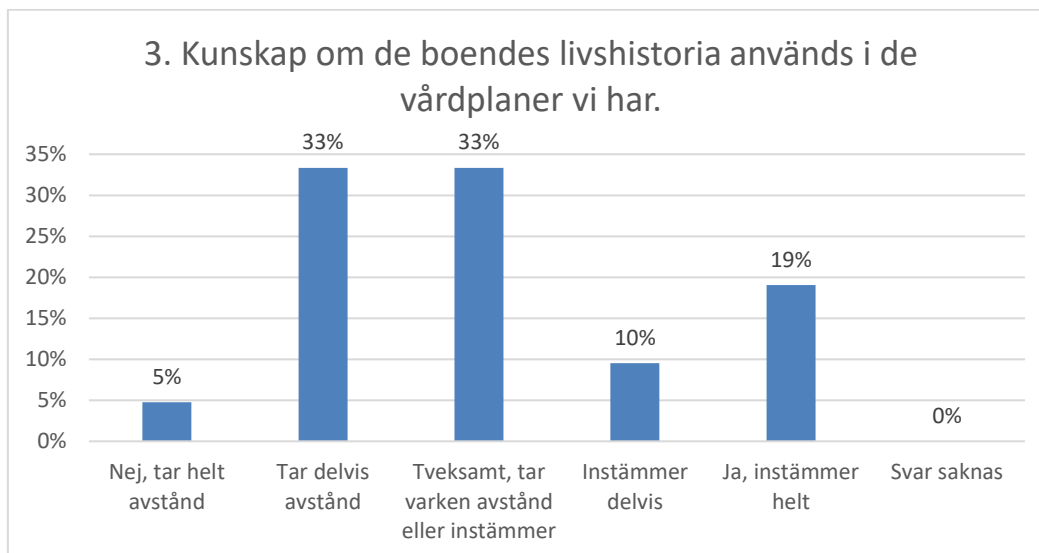
Figur 1. Vi diskuterar ofta hur vi ska ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov.

Till påståendet *vi har formella teammöten där vi diskuterar de boendes vård* har sex (29%) av respondenterna svarat instämmer delvis och fem (24%) av respondenterna ja, instämmer helt. Fyra (19%) av respondenterna tar delvis avstånd och tre (14%) av respondenterna svarat, tveksamt tar varken avstånd eller instämmer. Två (10%) svarat nej, tar helt avstånd och en (5%) saknas av resultatet.



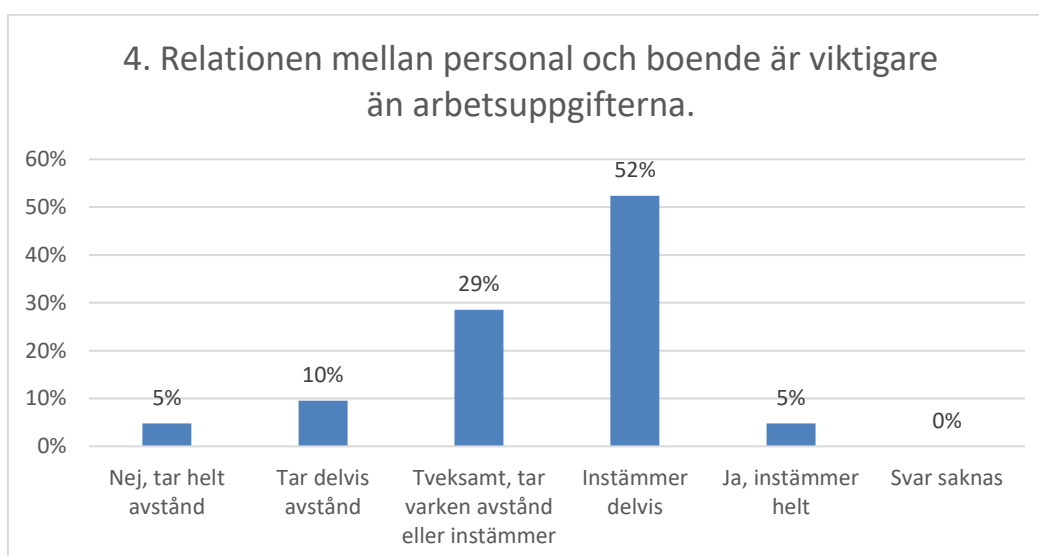
Figur 2. Vi har formella teammöten där vi diskuterar de boendes vård.

I påståendet *kunskap om de boendes livshistoria används i de vårdplaner vi har* svarade sju (33%) av respondenterna tar delvis avstånd och sju (33%) tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer. Instämmer helt svarade fyra (19%), instämmer delvis två (10%) och nej, tar delvis avstånd en (5%) av respondenterna.



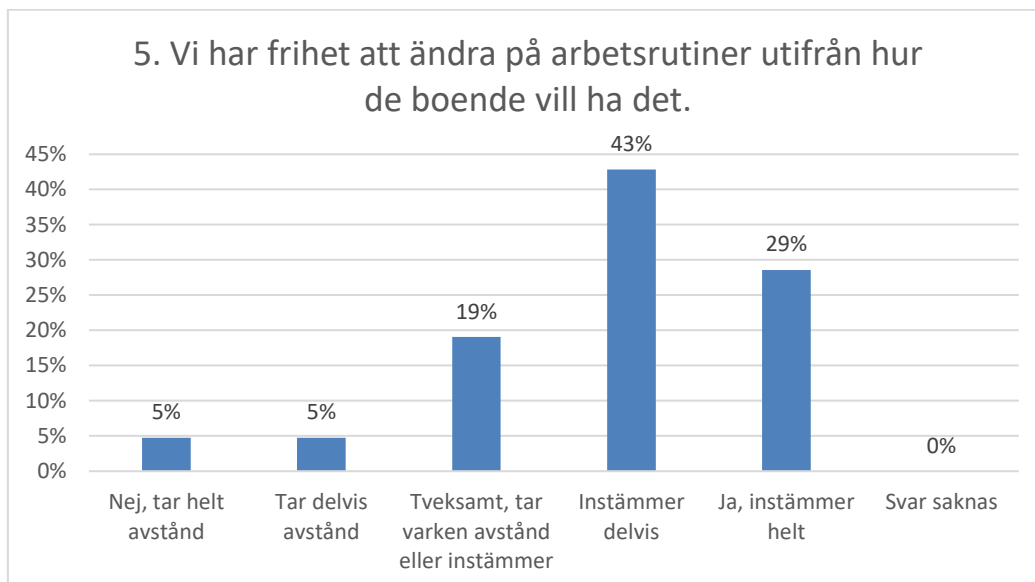
Figur 3. Kunskap om de boendes livshistoria används i de vårdplaner vi har.

I påståendet *relationen mellan personal och boende är viktigare än arbetsuppgifterna* svarade elva (52%) av respondenterna instämmer delvis, sex (29%) tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer och två (10%) tar delvis avstånd. En (5%) svarade nej, tar helt avstånd och en (5%) ja, instämmer helt.



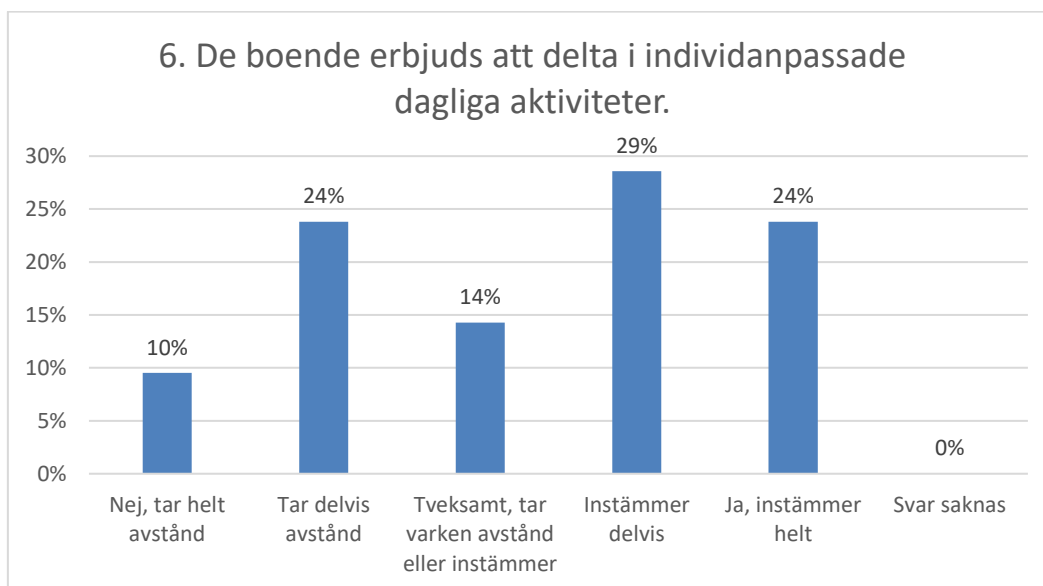
Figur 4. Relationen mellan personal och boende är viktigare än arbetsuppgifterna.

Instämmer delvis gav nio (43%) av respondenterna som svar på påståendet *vi har frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur de boende vill ha det*. Sex (29%) svarade ja, instämmer helt, fyra (19%) tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer. En (5%) respondent svarade nej, tar helt avstånd och en (5%) tar delvis avstånd.



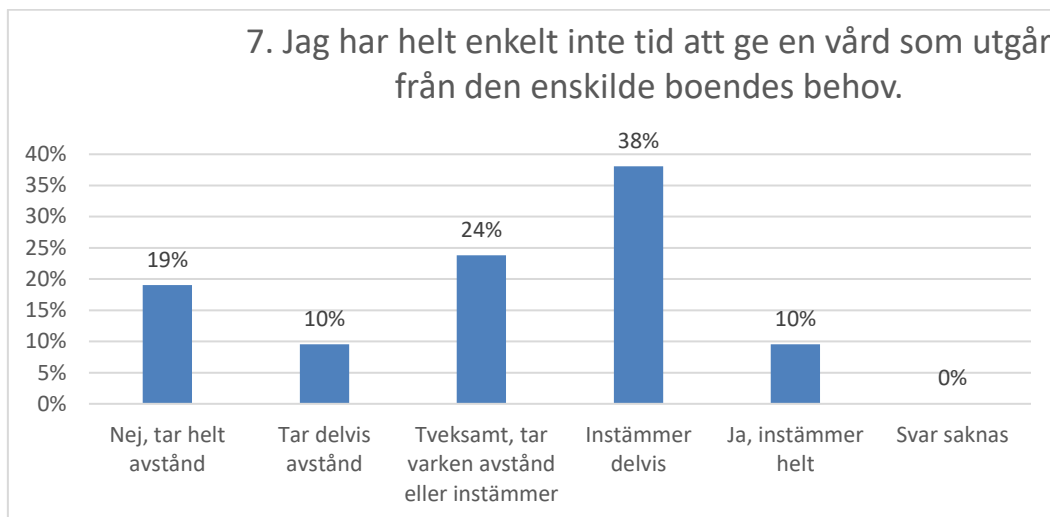
Figur 5. Vi har frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur de boende vill ha det.

I påståendet *de boende erbjuder att delta i individanpassade dagliga aktiviteter* instämmer sex (29%) av respondenterna delvis i påståendet. Fem (24%) svarade ja, instämmer helt och fem (24%) tar delvis avstånd. Tre (14%) svarade tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer och två (10%) nej, tar helt avstånd.



Figur 6. De boende erbjuder att delta i individanpassade dagliga aktiviteter.

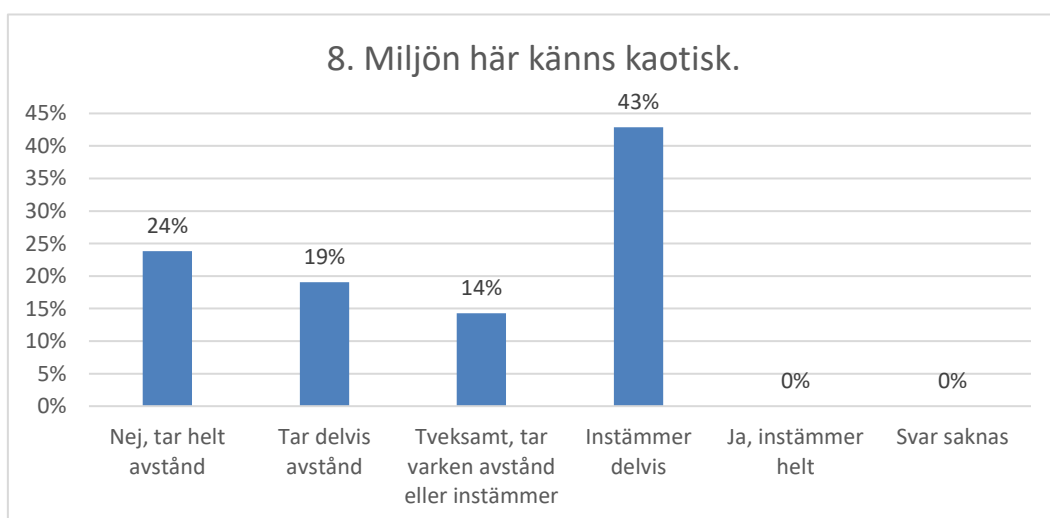
Instämmer delvis gav åtta (38%) av respondenterna som svar på påståendet *jag har helt enkelt inte tid att ge vård som utgår från den enskilde boendes behov*. Fem (24%) tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer, fyra (19%) nej, tar helt avstånd. Två (10%) av respondenterna tar delvis avstånd och två (10%) ja, instämmer helt.



Figur 7. Jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov.

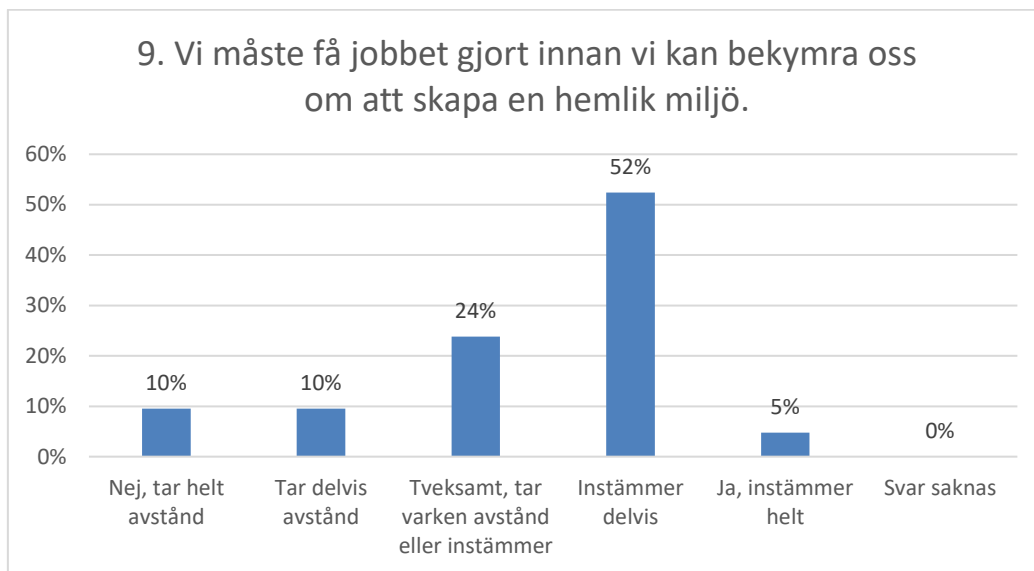
6.2.2 Mängden av organisatoriskt stöd 8–11

I påståendet *miljön här känns kaotisk* svarade nio (43%) av respondenterna instämmer delvis, fem (24%) nej, tar helt avstånd, fyra (19%) tar delvis avstånd och tre (14%) tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer.



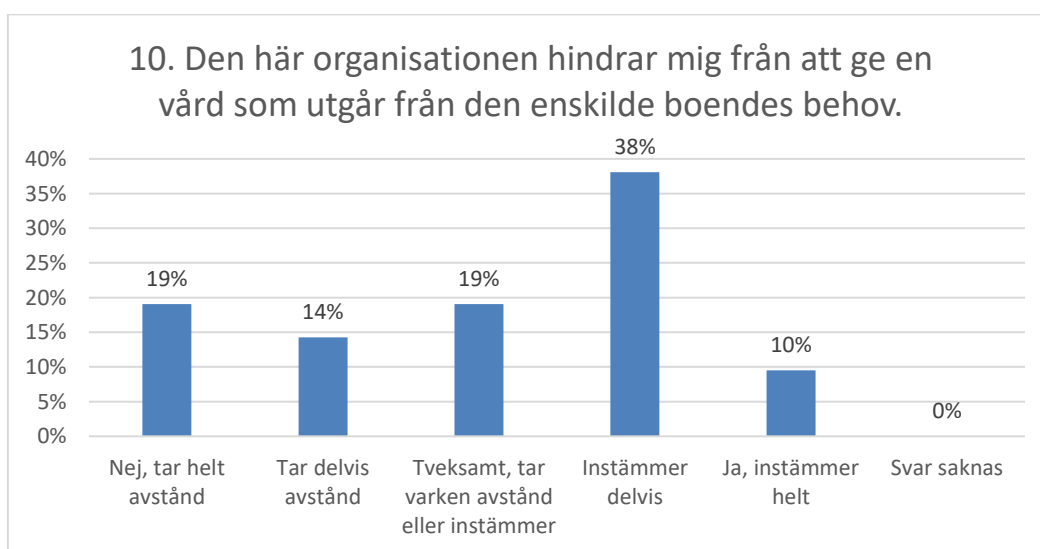
Figur 8. Miljön här känns kaotisk.

Instämmer delvis har elva (52%) av respondenterna svarat på påståendet *vi måste få jobbet gjort innan vi kan bekymra oss om att skapa en hemlik miljö*. Fem (24%) svarade tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer, två (10%) tar delvis avstånd, två (10%) nej, tar helt avstånd och en (5%) svarade instämmer helt.



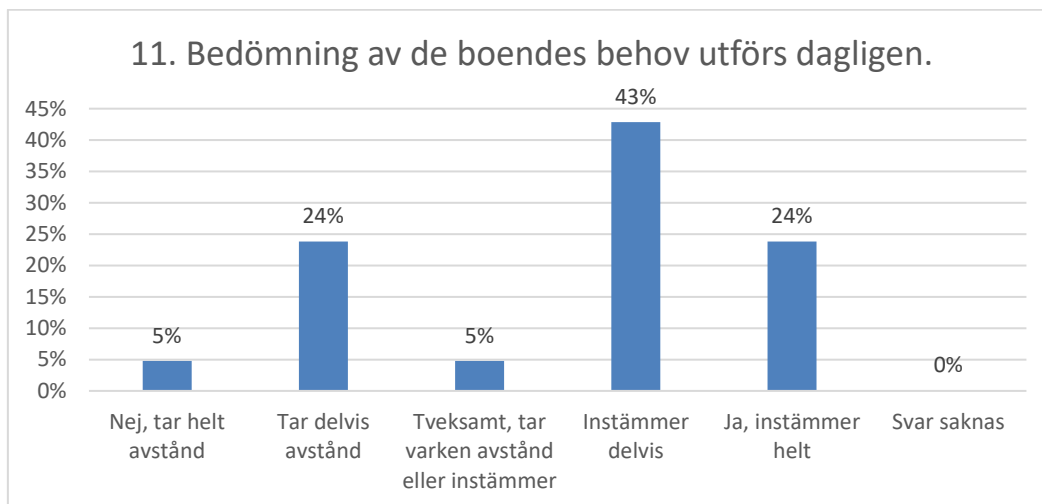
Figur 9. Vi måste få jobbet gjort innan vi kan bekymra oss om att skapa en hemlik miljö.

I påståendet *den här organisationen hindrar mig från att ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov* har åtta (38%) av respondenterna svarat instämmer delvis. Fyra (19%) tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer och fyra (19%) nej, tar helt avstånd. Två (10%) svarade ja, instämmer helt.



Figur 10. Den här organisationen hindrar mig från att ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov.

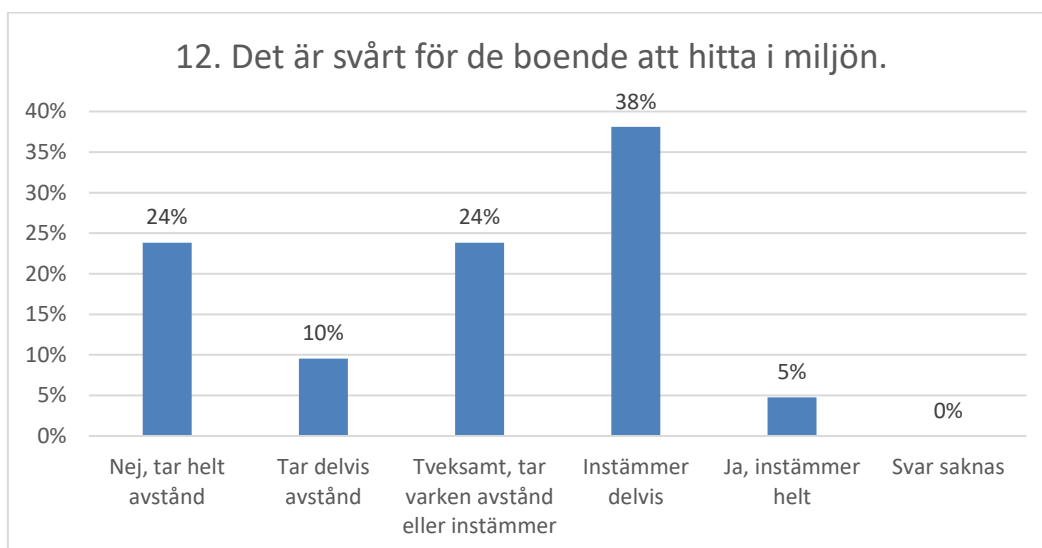
Bedömning av de boendes behov utförs dagligen har nio (43%) av respondenterna svarat instämmer delvis. Fem (24%) svarade ja, instämmer helt och fem (24%) tar delvis avstånd. En (5%) svarade tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer och en (5%) nej, tar helt avstånd.



Figur 11. Bedömning av de boendes behov utförs dagligen.

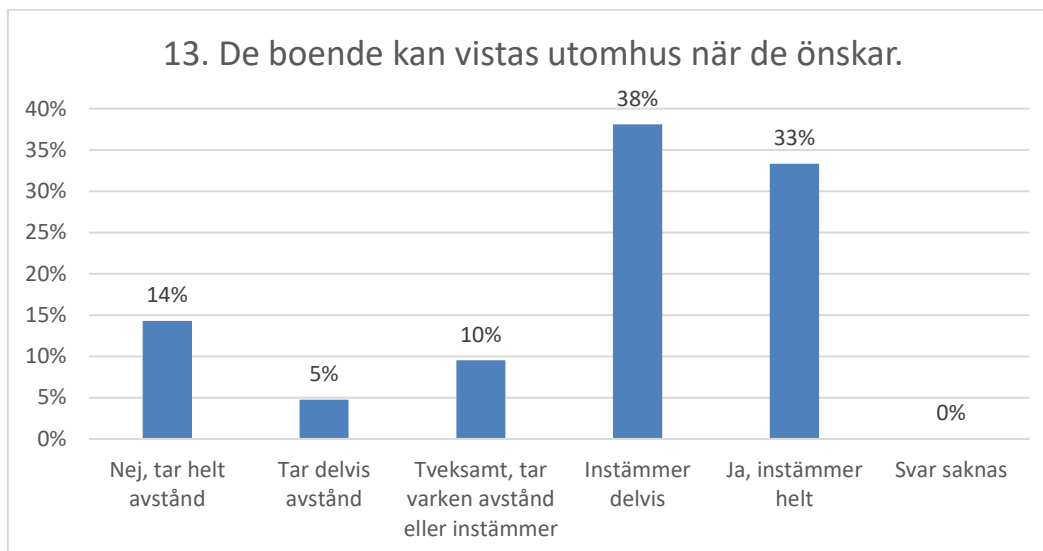
6.2.3 Grad av miljötilgänglighet 12–13

I påståendet *det är svårt för de boende att hitta i miljön* svarade åtta (38%) av respondenterna, instämmer delvis. Fem (24%) svarade tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer och fem (24%) nej, tar helt avstånd. Två (10%) tar delvis avstånd och en (5%) svarade ja, instämmer helt.



Figur 12. Det är svårt för de boende att hitta i miljön.

De boende kan vistas utomhus när de önskar har åtta (38%) av respondenterna svarat, instämmer delvis. Sju (33%) svarade ja, instämmer helt och tre (14%) nej, tar helt avstånd. Två (10%) svarade tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer och en (5%) tar delvis avstånd.



Figur 13. De boende kan vistas utomhus när de önskar.

6.2.4 Sammanfattning

Resultatet redovisades i underkategorierna utgående från hur de tretton punkterna i bedömningsverktyget The Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT) är uppbyggt. Respondenternas svar redovisades som stapeldiagram i procentform och antal personer. Ingen poängutdelning för de valda svarsalternativen gavs. Resultatet redovisades utgående från respondenternas ställningstagande till påståendesatserna. Av de tretton olika påståendesatserna var *instämmer delvis*, det mest valda svarsalternativet. De övriga svarsalternativen gav en jämnare fördelning i resultatet. I påståendet, *vi har formella teammöten där vi diskuterar de boendens vård*, saknades ett (1) svar i analysen.

7 Diskussion

I detta kapitel diskuteras kring metoden för studien, samt resultatet från studien. Studien var indelad i två delstudier. Den första delen var en systematisk litteraturstudie och den andra delen bestod av kvantitativ enkätstudie. Syftet med studien var att undersöka hur god vård för äldre med minnessjukdom utgående från en personcentrerad vårdmetod kan genomföras.

7.1 Metoddiskussion

Både kvalitativ och kvantitativ metod har använts i studien. I den kvalitativa innehållsanalysen användes det induktiva sättet att analysera data från de vetenskapliga artiklarna. Den kvantitativa metoden bestod av en kvantitativ enkätstudie riktad till vårdpersonal.

Oberoende av vald metod är det viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt till arbetet. För den kvalitativa forskningsansatsen och den kvantitativa ansatsen gäller det för forskaren i början av studien att formulera frågeställningar och bestämma hur studien skall läggas upp. Det är forskningsfrågan som styr valet av metod och inom omvårdnadsforskning kompletterar dessa två metoder varandra. Vid kritisk granskning av kvalitativa och kvantitativa undersökningar görs bedömning utifrån dess förutsättningar. Kombination av kvalitativ och kvantitativ ansats så kallad mixade metoder, kan av olika skäl användas för att få olika typer av information om ett fenomen. Fördelen med denna metod är att ett specifikt fenomen kan belysas ur olika synvinklar. (Forsberg & Wengström 2013, s. 56–60).

Trovärdighet i kvalitativ ansats kan bedömas utifrån begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Resultatet anses giltigt om det lyfter fram de särdrag som är representativa eller typiska för det som var avsett att beskrivas. För att stärka resultatets tillförlitlighet är en noggrann beskrivning av analysarbetet nödvändigt. Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras från ett sammanhang till ett annat sammanhang. Bedömning av överförbarhet underlättas genom noggrann beskrivning av metodens tillvägagångsätt. (Höglund-Nilsen & Granskär, 2017, s. 230–232).

Bedömning av trovärdigheten i den kvalitativa innehållsanalysen kan även fås genom att urskilja "den röda tråden" genom arbetet, från bakgrund till syfte, via metodens tillämpning, till resultat, diskussion och slutsats. Bakgrunden ska introducera bärande begrepp för syftet och resultaten skall svara på syftet. Ett annat sätt av trovärdighet är att förtydliga vems röst som hörs i resultatet: deltagarens eller forskarens tolkning. (Höglund-Nilsen & Granskär, 2017, s.230)

I den kvantitativa forskningen är forskarens roll att förhålla sig objektiv till deltagarna och genom ett utifrånperspektiv genomföra mätningar med standardiserade instrument Forsberg och Wengström (2013, s. 57). Med validiteten menas att rätt företeelse studeras, vilket kan stärkas med god teoriuppbyggand, bra instrument och noggrannhet vid själva mätningen (Patel & Davidsson, 2019, s.133). Eliasson (2013, s.142) menar att validiteten bör framgå genom en redogörelse för vad som gjorts för att resultatet verkligen mäter det man avsett att mäta. Det är även skäl att vara lite självkritisk och ifrågasätta om något kan ha påverkat resultatet så att dess trovärdighet kan ifrågasättas.

Tillförlitlighet eller reliabilitet handlar om ett tests interna egenskaper, att de enskilda frågorna i ett frågeformulär mäter samma sak, samma fenomen, attityd eller beteende (Björkqvist 2012, s.64–68). Det viktiga är att läsaren förstår vad resultatet är och hur man kommit fram till det man vill säga. För att lyckas med detta bör skribenten redovisa vad man gjort för att åstadkomma pålitliga resultatet, att texten är reliabel. (Eliasson, 2013, s.142).

7.1.2 Delstudie 1

Delstudie 1 är en systematisk litteraturstudie. I studien har tretton vetenskapliga artiklar genomgått en kvalitativ innehållsanalys. Studien är induktiv till sin ansats, med induktiv ansats utgår forskaren från upptäckter i verkligheten. I resultatet av litteraturstudien framkom olika kategorier som svar på frågeställningarna, *vad innebär personcentrerad vård inom äldreården och hur möjliggör man personcentrerad vård inom äldreården*. I analysen tillkom även underkategorier.

Litteratursökningen skedde i olika databaser med syfte att hitta de mest relevanta artiklarna enligt valda inklusions och exklusionskriterier. Under sökningen noterades att det faktiskt har gjorts mycket forskning i Norden, Europa och övriga världen beträffande

minnessjukdomar och personcentrerad vård. I Sverige och Norge hittades många intressanta artiklar vilket var positivt eftersom Finland är nära dessa länder. Däremot var det utmanade att hitta tillförlitliga forskningar från Finland. Vilket gav uppfattningen att Finland inte har kommit riktigt lika långt med forskningen kring den personcentrerade vården för minnessjuka som till exempel Sverige.

Användningen av bedömningsverktyget Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT) hittades i litteratursökningen och artiklar togs med i studien. Valet av dessa artiklar bedömdes ge ökad trovärdighet till studien och ge ökad förståelse för hur bedömningsverktyget kan användas i forskningar. Även en vald artikel utgående från Kitwoods bedömningsverktyg Dementia Care Mapping (DCM) ansågs ge ökad trovärdighet till studien.

Artikeln om livskvalitet för äldre människor med minnessjukdom berörde inte personcentrerad vård men ansågs relevant för studien att tas med. Livskvalitet är i hög grad sammankopplat med personcentrerad vård vilket framkommer i teoridelen.

Trovärdigheten i studien ansågs öka genom att både kvalitativa och kvantitativa forskningar inkluderades eftersom användbara artiklar hittades utgående från båda metoderna. Valet att ta med artiklar utgående från både kvalitativa och kvantitativa forskningar gav ett bredare utbud av artiklar att välja på och enligt skribentens åsikt, en ökad tillförlitlighet till resultatet. De kvantitativa forskningarna var å andra sidan mera utmanande att analysera och tolka så utgående från det kunde flera kvalitativa forskningar tagits med.

Det krävde många genomläsningar av materialet för att vara säker på att man fått full förståelse av text innehållet. Detta beror till viss del på språkliga faktorer eftersom alla artiklar var på engelska. Vid bildandet av kategorier och underkategorier konstaterades att det hade varit bra med ett ännu bredare utbud av artiklar att använda sig av för ett rikare innehåll i resultatet. Alla vetenskapliga artiklarna var "peer reviewed", vilket gör dem tillförlitliga.

De tretton vetenskapliga artiklar som valdes bedömdes dock vara lämpliga för studien, de ansågs besvara syftet och frågeställningarna och kunde sammankopplas med teoridelen. Litteratursökningen är noggrant dokumenterad i kapitel 5 och kan anses som tillförlitlig.

7.1.3 Delstudie 2

Delstudie 2 valdes enkät som datainsamlingsmetod. Bedömningsverktyget The Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT) var en färdig formulerad enkät med förutbestämda påståenden och svarsalternativ. Bedömningsverktyget hör till en av de vanligaste förekommande mätverktygen för personcentrerad vård och bedömdes vara tillförlitligt för denna studie. Den bedömdes mäta det som avsetts i studien utgående från frågeställningen, *i vilken omfattning anser vårdpersonal att de ger personcentrerad vård?*

Edvardsson m.fl., (2010) har utvecklat bedömningsverktyget med 13 punkters frågeformulär. Detta verktyg förutsågs kunna ge giltiga och tillförlitliga mätningar av personcentrerad vård i äldrevårdsmiljöer. I den psykometriska utvärderingen av det slutliga mätverktyget ansågs P-CAT vara ett kliniskt tillämpligt forskningsverktyg. Sjögren m.fl. (2011) utförde den psykometriska utvärderingen av den svenska versionen av P-CAT och visade sig vara giltig, tillförlitlig och användbar för vidare användning.

Eftersom mätverktyget var utvärderat och bedömts som ett giltigt och tillförlitligt verktyg att använda ansågs det passa för min studie. Gällande validitet ansågs det mäta det som skribenten avsett att mäta och det valda serviceboendet ansågs passa för enkätstudien. På serviceboendet vårdas äldre med minnessjukdom eller minnesproblematik. Boendet var känt från tidigare då skribenten arbetet där under en tidsperiod.

Efter skriftligt godkännande av ledaren på serviceboendet för utförande av studien, gavs information om studien på ett gemensamt personalmöte. Under det gemensamma personalmötet gavs även allmän information om personcentrerad vård och förslag på litteratur som kunde läsas. Detta för att öka intresset för vårdmetoden och viljan att delta i studien och på så vis ge ökad pålitlighet till resultatet.

Enkäterna delades ut i pappers version i namnförsedda förseglade kuvert. I kuverten framkom förutom enkäten även information om studien och ett blankt kuvert för att använda vid returnering av enkäten till färdigbestämd plats på serviceboendet. Respondenterna hade en månad på sig att fylla i och returnera enkäten. Ledaren och ansvariga sjukskötaren på serviceboendet hjälpte till med att påminna vårdpersonalen om att svara på enkäten under pågående svarsperiod. Antalet enkäter som besvarades av vårdpersonal på serviceboendet var 21 av 30 totalt.

Skribenten valde att använda sig av enkät i pappersform. Vårdpersonalen hade ingen egen e-post så för att möjliggöra användandet av elektronisk enkät hade respondenternas privata e-postadress behövt användas vilket inte var möjligt. Det var frivilligt att delta i studien. Svarsprocenten var 70% vilken kan anses som bra. Önskvärt hade det dock varit med en något högre svarsprocent för ett mera nyanserat resultat.

Respondenterna tog ställning till de 13 olika punkterna i mätverktyget The Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT). Detta genom att välja ett av de olika svarsalternativen, *nej tar helt avstånd, tar delvis avstånd, tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer, instämmer delvis och ja, instämmer helt*.

I resultatet av enkät undersökningen framkommer att det mest valda svarsalternativet var *instämmer delvis*, detta kan möjligen tolkas så att respondenten inte tagit sig tid och gett ett neutralt svar som ändå visar på ett visst instämmande i påståendet. Enkätstudiens reliabilitet kan även ha påverkats av att respondenterna möjligen diskuterat enkäten med varandra och utifrån det svarat på liknande sätt.

Enkäten var enkelt utformad och lätt att fylla i. De olika påståendesatserna var lätta att förstå sig på enligt skribenten. Detta betonades också av ledaren på serviceboendet som gärna ville att så många som möjligt deltog i studien.

Då inga tillägsfrågor framkom under enkätstudiens svarsperiod finns ändå en viss osäkerhet i om respondenterna förstått alla frågor eller hur personcentrerad vård används som vårdmetod. Detta kan ha påverkat studiens trovärdighet eftersom det kan ha haft inverkan på resultatet.

Enkäten kunde möjligen ha kompletterats med en tillägsfråga där respondenten hade haft möjlighet att delge egna erfarenhet av personcentrerad vård som vårdmetod på arbetsplatsen. Utgående från resultatet är det ändå inte säkert att det hade gett ett mervärde till studien.

Efter att svaren i analysen kodats redovisades svarsresultaten i form av stapeldiagram och procentform. Resultatet redovisades utgående från respondenternas ställningstagande till påståendensatserna. Bedömningsverktyget The Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT) kompletterade den systematiska litteraturstudien.

7.2 Resultatdiskussion

I detta kapitel diskuteras resultat från den systematiska litteraturstudien och den kvantitativa enkätstudien och sammankopplas med teoridelen. Resultatdiskussionen är uppdelad i två underkapitel.

7.2.1 Litteraturstudien

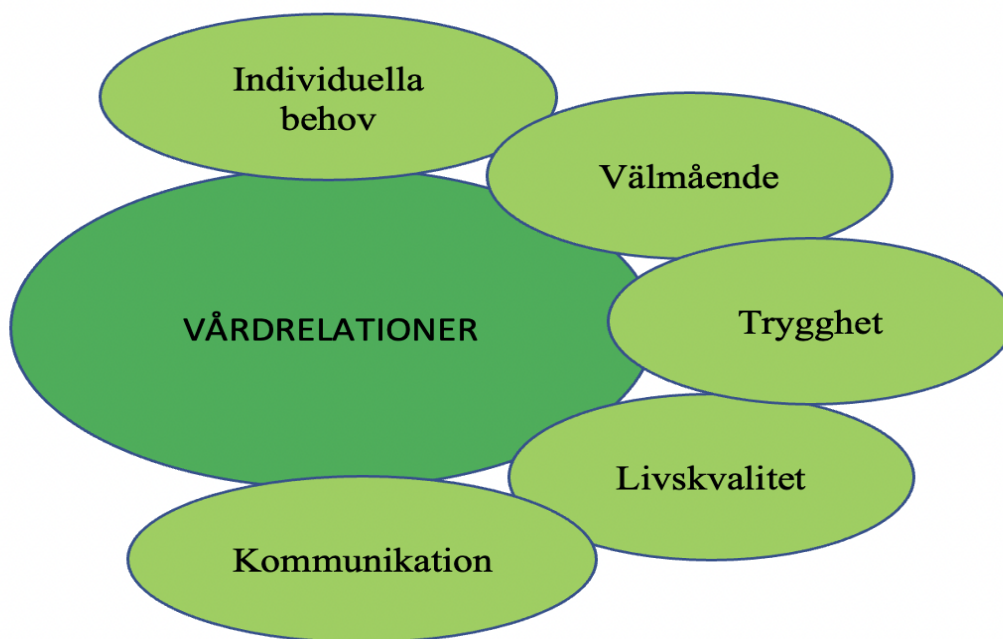
Då man använder sig av ett personcentrerat arbetssätt handlar det om att se individen och att kunna möta den enskilda individens behov. Muistiliitto (2018) betonar att god vård innebär att man respekterar att varje människa har rätt till sina egna uppfattningar och att själva ta beslut.

I resultatet framkommer att personcentrerad vård handlar om att förändra arbetsmetoden från det mera traditionella sättet att arbeta. Moore m.fl., (2015) nämner tre möjliga hinder för implementering av personcentrerad vård. Dessa är: traditionella vårdmetoder och strukturer; skeptiska, stereotypa attityder från vårdpersonal och faktorer relaterade till utveckling av personcentrerade insatser. Vidare betonar Moore m.fl., (2015) att ett starkt ledarskap och anpassningsbara strategier krävs för att övervinna dessa befintliga vårdmetoder och rutiner.

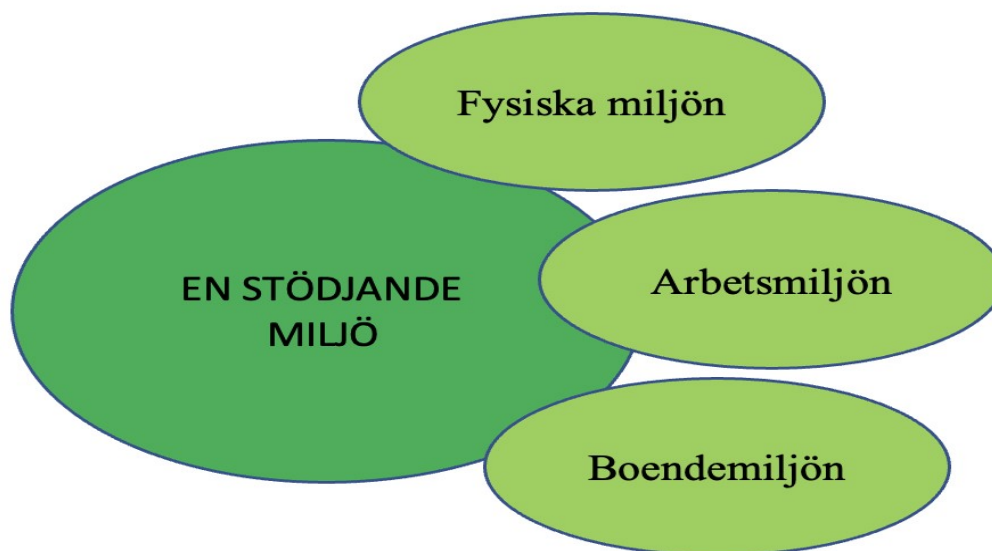
Edvardsson och Backman (2020, s. 178) menar att vårdmetoden kräver både individuellt stöd till vårdpersonalen och stöd till hela teamet. Det är viktigt som ledare att man har kunskap och förståelse av vad personcentrerad vård är, samt en tydlig vision framåt och egna idéer.

Den teoretiska referensramen var Tom Kitwoods teori Flower of emotional needs. Kitwoods teori om personcentrerad vård grundar sig på att vi som vårdar skall se och utgå från personen vi vårdar och inte sjukdomen. Kitwood (1997, s.81) beskriver sin teorin som en blomma med fem kronblad där de fem kronbladen står för var sitt behov som överlappar varandra och sammanfaller i det centrala behovet av kärlek. Dessa behov är: tröst, samhörighet, delaktighet, sysselsättning och identitet.

I resultatet framkom nedanstående kategorier och underkategorier av frågeställningen *vad innebär personcentrerad vård inom äldreården?*



Figur 2. Vårdrelationer och tillhörande underkategorier.



Figur 3. En stödjande miljö och tillhörande underkategorier.

I resultatet framkom kategorierna vårdrelationer och en stödjande miljö som betydelsefulla kategorier för personcentrerad vård inom äldreården. För en god vårdrelationen krävs det att vårdpersonalen ser personen de vårdar, detta genom att ta de individuella behoven i beaktande i genomförandet av vården.

Berglund m.fl., (2018) nämner vårdrelationen, flexibilitet och kontinuitet som grundläggande förutsättningar för en individuellt anpassad vård. Personcentrerad vård skall vara baserad på varje enskild individs personlighet och individuella behov. Genom en ökad kunskap om de vårdades behov stöds de vårdades hälsa och välmående.

En god vårdrelation sågs av Vassbø m.fl., (2019) som nyckel för att kunna utveckla och ge en fungerande vård. Vårdpersonal kan genom att använda sig av ett personcentrerat arbetssätt, möta den enskilde individens behov och bygga nära relationer med den som vårdas.

I resultatet framkommer att de äldre ville känna sig trygga. De äldre litade på vårdpersonalen men längtade också efter att kunna lita på sig själva och att bli omtyckta och ha en känsla av kontinuitet och ordning i händelserna. Då kunde de behålla sin självidentitet och ha en känsla av tillhörighet. Vilket kunde kan tolkas som en ontologisk trygghet och kopplas till ett varande i världen (James m.fl., 2014).

Livskvalitet framkom i resultat för de äldre med minnessjukdom som viktigt. Personer med minnessjukdom justerar deras värdering i enlighet med den fysiska nedgången och utvecklingen av minnessjukdomen. Bedömning av livskvaliteten baseras mindre på fysisk hälsa såsom fysiska funktioner och minne, och mera på andra aspekter i deras liv som är mindre nedsatta som till exempel relationer med familj och vänner (Moyle m.fl., 2012).

För en fungerande vårdrelationen bör det finnas en fungerande kommunikation både med den som vårdas och deras anhöriga. I resultatet framkommer olika sätt att stöda kommunikationen. Hjälpmedel som bilder, album, kommunikationsböcker och surfplattor kan användas i kommunikationen. Syn- och hörselhjälpmedel kan också användas för stödjande av kommunikationen för den minnessjuka personen (Basun m.fl., 2013, s.100, 102, 106). Berglund m.fl., (2018) beskrev också hur vårdpersonalen kommunicerade med den minnessjuka genom att undvika fråga frågor som kunde skapa förvirring; istället

involverade de den äldre i besluten. Istället för att fråga direkta frågor omformulerade de frågan på ett sådant sätt som lättare kunde förstås av den minnessjuka.

Livsberättelsen som omfattar personens livshistoria, tidigare roller, värderingar, kultur och självbild, ses som en förutsättning för personcentrerat förhållningssätt genom tillvaratagande av den personliga information som berättelsen ger (Basun m.fl., 2013, s.100, 102, 106). Användningen av livsberättelsen bidrog enligt Grøndahl m.fl., (2017) till upprätthållande av personen med minnessjukdom som hel person eftersom personen blev hörd. Den hade ett positivt inflytande på personer med minnessjukdom på boende, deras anhöriga och vårdpersonal.

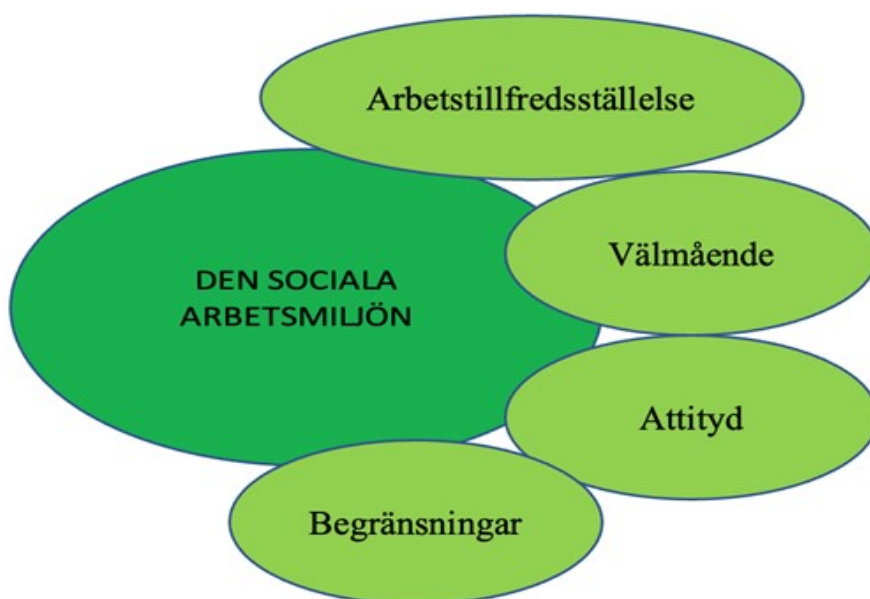
I kategorin en stödjande miljö framkom olika underkategorier som är betydelsefulla för en personcentrerad vård. Enligt Hunter m.fl., (2016) förknippades ett personcentrerat boende för minnessjuka med den fysiska och sociala miljön av vård med stöd för den boendes autonomi. James m.fl., (2014) menade att boendemiljön för de äldre utgjorde en trygghet eftersom det fanns vårdpersonal på plats dygnet runt, och att de snabbt kunde få hjälp. Säkerheten innanför boendets väggar utgjorde en yttre säkerhet, ingen utanför kunde komma in oanmäld. De kunde också tryggt röra sig fritt inne i boendemiljön och även ha möjlighet att gå ut i den anlagda trädgården.

I resultatet framkom hur arbetsmiljön kan hindra genomförandet av personcentrerad vård. Corlin m.fl., (2015) menar att ett framgångsrikt genomförande av personcentrerad vård hindras, där förutsättningarna uppfattas som sämre och där personalen är stressade. Organisatoriska aspekter som arbetsrutiner, tillgång på tid, tillräcklig bemanning och valfrihet för de boende skall ses som väsentliga för att vårdpersonalen skall kunna engagera sig i processen.

I resultatet framkom nedanstående kategorier och underkategorier av frågeställningen *hur möjliggör man personcentrerad vård inom äldreården?*



Figur 2. Ledarskap och organisationens betydelse och tillhörande underkategorier.



Figur 3. Den sociala arbetsmiljön och tillhörande underkategorier.

Resultatet visar att ledarskapet har en central roll i implementering av personcentrerad vård på boenden, genom att vara aktiva förebilder, tydliggöra en klar professionell vision och inkludera och bemyndiga vårdpersonalen i deras professionella utvecklingsprocess. (Rokstad m.fl., 2015). Chefer har en viktig ledarskapsroll, genom att inspirera och att göra det möjligt för personal att tillhandahålla personcentrerad vård enligt Backman m.fl., (2021). Ett ledarskap som kännetecknas av att coacha, ge feedback, lita på personalen, hantera konflikter på ett konstruktivt sätt, testa nya idéer och individuellt kontrollerande av arbetet, kan bidra till mindre personalstress och ökat tillhandhållande av vårdmetoden. Backman m.fl., (2021) menar också att chefer kan ytterligare främja personcentrerad vård genom sitt ledarskap genom att delegera ansvar, uppmuntra att tänka i nya banor, diskutera och uppmuntra nya idéer.

I resultatet framkommer ett samband mellan personcentrerad vård och storleken på boendeenheter. Detta studerades i Røen m.fl., (2018) studie där även den Norska version av bedömningsverktyget P-CAT användes. Enhetsegenskaper och storleken på enheter visade sig ha stor betydelse. En vård organiserad i mindre specialiserade enheter framkommer en högre nivå av personcentrerad vård och ökad arbetstillfredsställelse för vårdpersonalen. Vårdkvaliteten påverkades också av personalens utbildning, ledarskapet och miljön. Vårdpersonal med en hälsorelaterad utbildning, tre år eller mera, associerades med en högre nivå av personcentrerad vård. Andra viktiga faktorer som framkom för att stärka den personcentrerade vården på boenden för minnessjuka var ett bemyndigande ledarskap och innovativt klimat.

Den sociala arbetsmiljön handlar om att både vårdpersonalens och boendens behov skall tillgodoses. Genom implementering av personcentrerad vård sågs ökad vårdkvalitet med ökat välmående för de boende och bättre kvarhållande av vårdpersonal. Den gav vårdpersonal befogenhet att förnya vården med nya prioriteringar, som förbättrade de boendens välbefinnande, självständighet och oberoende. För möjliggörande av implementering framkom möjligheten till internt lärande med skolning både i klassrum och på-jobbet-skolning och tillgången av en praktiserande ledare av PCV fungerande som mentor. Attityden hos vårdpersonalen visade sig ha betydelse, en positiv attityd mot personer med minnessjukdom och en stark intention att implementera PCV strategier förutspåddes ge en större känsla av kompetens för att ge vård. Genom väl genomförd implementering av PCV motiveras personalen att kontinuerligt förnya sig och anpassa sig

till de boendens föränderliga behov och att dela fungerande strategier. Den möjliggör en ökad förståelse för vårdpersonalen, känna empati och kommunicera med de boende och därigenom tillhandahålla den sociala miljö som bygger på relationer för att hjälpa de boende att trivas. (Ho m.fl., 2021; Mullan & Sullivan 2015).

Personcentrerad vård förbättrar inte endast de boendens välmående. En lyckad tillförsel av personcentrerad vård kan även ge önskvärda resultat i förbättring av arbetstillfredsställelse för vårdpersonal. En hög personalomsättning kan menar Ho m.fl., (2021) generellt ge sämre arbetstillfredsställelse och högre arbetsbelastning. Ett samband kan ses genom ett personcentrerat tillvägagångssätt inom vården av minnessjuka med ökat välmående för de boende och minskad utmattning för vårdpersonalen (Mullan & Sullivan 2015).

I resultatet diskuteras även användandet av begränsningar på boenden. För att möjliggöra ett personcentrerat arbetssätt krävs av vårdpersonal och ledning en ändring av gamla rutiner och tankesätt. Användandet av begränsningar för minnessjuka personer skall alltid noggrant övervägas. Jacobsen m.fl., (2017) påtalar ett behov av att minska användandet av begränsningar på boenden och att öka vårdpersonalens medvetenhet om alternativ till begränsningar. Genom utbildning kan en ökad medvetenhet och kunskap fås för att kunna ge argument för- eller emot användandet av begränsningar. Gällande att ge order eller förbud, sågs enligt Piiranen m.fl., (2021) erfarna vårdare mera benägna att avgöra det känslomässiga tillståndet hos personer med minnessjukdom, än mindre erfarna.

Ledarskap och personalkultur kan ses som avgörande faktorer för främjande eller hindrande av personcentrerad vård. En minskning av användningen av fysiska begränsningar kan ses genom ett ledarskap som uppmuntrar individualiserad vård och tar hänsyn till individuella behov. (Jacobsen m.fl., 2017). Piiranen m.fl., (2021) identifierade fem nyckelkomponenter som kan krävas av vårdpersonal inom vården av minnessjuka personer: praktisk- och teoretisk kunskap, terapeutiskt kunnande, social kompetens och självständighet. I sådana situationer som inkluderade närvaro, tålmod och situationsmedvetenhet kan aspekter av vårdarens egen personlighet och beteende nämnas som viktiga .

7.2.2 Enkätstudien

Här diskuteras resultat från den kvantitativa enkätstudien och sammankopplas med teoridelen. Med hänvisning till kapitel 6.2 där hela resultatet av enkätstudien kan läsas. Resultatet delades upp i underkategorierna graden av personaliserad vård, mängden av organisatoriskt stöd och grad av miljötillgänglighet. Här diskuteras enkätstudien utgående från de olika påståendena i de olika underkategorierna.

Vårdpersonal bestående av både kvinnor och män i olika åldrar deltog i enkätstudien. På serviceboendet vårdades äldre personer med minnessjukdom eller annan minnesrelaterad sjukdom. Den vanligaste minnessjukdomen på boendet var Alzheimers sjukdom, följt av vaskulär demens och Parkinsons sjukdom med demens. Det fanns ett flertal boenden med odiagnostiserade minnesstörningar.

Cars och Terzis (2015, s.17); Ring (2013, s.41) menar att det kan ses som en utmaning inom äldreården att förstå och möta individuella behov hos personer med minnessjukdom. Det finns många progredierande minnessjukdomar som är vanligt förekommande på boenden och Alzheimers sjukdom hör till den vanligaste formen. Diagnosen ospecifik demens hör till en andel av odiagnostiserade minnesstörningar som gör det svårare för vårdpersonal att förstå symptombilden bakom sjukdomen

Enligt den teoretiska referensramen utgående från Kitwood's teori Flower of emotional needs är den främsta uppgiften då det gäller att vårda personer med minnessjukdom att upprätthålla personens identitet. Vilket kan ske genom att tillmötesgå de olika behoven, se kapitel 3.1. Om alla behov möts förstärks känslan av det egna värdet. För att uppfylla dessa behov behöver vårdpersonalen ha kunskap om den viktiga roll de har gällande vardagen och välmåendet hos de äldre.

Vi diskuterar ofta hur vi skall ge en vård som utgår från den enskilda boendens behov tio (48%) av respondenterna var eniga om att vård utgående från den enskildes behov ofta diskuteras. Vilket visar på ett personcentrerat förhållningsätt och stöder personcentrerad vård som vårdmetod på boendet.

Vi har formella teammöten där vi diskuterar de boendens vård har sex (29%) av respondenterna svarat instämmer delvis och fem (24%) av respondenterna ja, instämmer helt. En respondent hade lämnat frågan obesvarad. Berglund m.fl., (2018) beskriver PCV

som en vårdmetod som skall vara baserad på varje enskild individs personlighet och individuella behov. Vassbø m.fl., (2019) menar genom god kännedom om den som vårdas blir vårdpersonalen mera medvetna om den boendes önsknings och preferenser.

Av respondenterna höll fyra (19%) med i påståendet att *kunskap om de boendes livshistoria används i de vårdplaner vi har*. Sju (33%) av respondenterna tar delvis avstånd och sju (33%) tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer. Livsberättelsen ses som en förutsättning för att vårdpersonalen skall kunna möjliggöra en god vårdrelation då en person med minnessjukdom flyttar till ett boende (Ring, 2013, s.98). Grøndahl m.fl., (2017) lyfter ytterligare upp betydelsen av livsberättelsen och menar att den skall ses som ett viktigt element i syfte att bevara och förbättra värdigheten och välmåendet.

Relationen mellan personal och boende är viktigare än arbetsuppgifterna, detta påstående svarade elva (52%) av respondenterna instämmer delvis och sex (29%) tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer. Berglund m.fl., (2018) menar att med ökad kunskap om de vårdades hälsa är det lättare att göra snabba och rationella beslut. Corlin m.fl., (2015) påtalar stöd för en stressfri arbetsmiljö för att uppnå hög kvalitet av personcentrerad vård inom äldreboenden.

För att få till en mera individualiserad vård krävs ändringar i arbetsrutiner. I resultatet ansåg sex (29%) av respondenterna att de hade *frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur de boende vill ha det* medan något flera, nio (43%) instämde delvis i påståendet. Moore m.fl., (2017) menar för att få till en mer individualiserad vård krävs det en medveten ansträngning av personalen och upprätthållande av strategier för personcentrerad vård.

Aktiviteter, att ha något att göra beskrev Mjørud m.fl., (2017) som viktigt för lindrandet av ensamhet. Detta kan stödjas upp genom att *de boende erbjuds att delta i individanpassade dagliga aktiviteter*. Vilket sex (29%) av respondenterna svarat instämmer delvis på. Fem (24%) svarade ja, instämmer helt och fem (24%) tar delvis avstånd. Moyle m.fl., (2012) menar att det skulle vara fördelaktigt för vårdpersonal att fokusera mindre på fysiska brister och aktivitetsbegränsningar förknippade med minnessjukdom. Fokus borde istället vara på den minnessjuka personens styrkor gällande livskvalitet. Mjørud m.fl., (2017) påtalar betydelsen av att vårdpersonal har kunskap om vad de äldre tycker eller inte tycker

om och kan använda den kunskapen praktiskt, vilket gör det lättare att tillgodose den äldres intressen och behov.

Jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov, gavs av respondenterna varierande svarsresultat. Av respondenterna svarade instämmer delvis åtta (38%), fem (24%) tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer och fyra (19%) nej, tar helt avstånd. Vassbø m.fl., (2019) påtalar att det tar tid att bygga relationer och att verkligen lära sig att hur man närmar en person med minnessjukdom.

I resultatet *miljön här känns kaotiskt,* tog fem (24%) avstånd till påståendet medan nio (43%) instämmer delvis i påståendet. Basun m.fl., (2013, s.160) beskriver en personcentrerad boendemiljö som omfattas av faktorer som bidrar till trivsel och hemkänsla. Det skall vara en miljö som stimulerar den minnessjuka personen att använda sina kvarvarande resurser så att denne kan fungera adekvat i vardagen. För att uppnå en sådan miljö krävs en ambition att skapa trygga och säkra miljöer utan institutionell prägel. Miljön påverkas också av kommunikation både verbalt och genom känslor. Elvén m.fl., (2017, s.84) beskriver hur stämningen på ett boende kan påverkas av både de boendes och personalens humör. Ring (2013, s.76) menar att för vårdpersonalen handlar det även om att visa upp ett kroppsspråk som är i samstämmighet med tonläget.

Miljön påverkas även av faktorer som Piirainen m.fl., (2021) tar upp angående utmanande situationer som kan förekomma på boenden till exempel vandrande, rastlöshet och motsättande av behandling. Vårdpersonalen kan förhålla sig på olika sätt till detta men det viktiga är att varje patients självbestämmanderätt tas i beaktande.

I resultatet av påståendet *bedömning av de boendes behov utförs dagligen,* instämmer delvis nio (43%) i påståendet följt av både ja, instämmer helt och tar delvis avstånd med fem (24%) på vardera svarsalternativ. Daglig bedömning av de boendes behov kan anses vara lika viktigt som att diskutera den enskilde boendes behov. Berglund m.fl., (2018) beskriver vårdpersonal som genom ökad kunskap och förståelse om olika typer av minnessjukdomar lärt sig att understödja individualiserad vård i det dagliga livet. Genom ökad kunskap om de vårdades behov blir det lättare för vårdpersonal att göra snabba och rationella beslut som stöder de vårdades hälsa och välmående.

Vi måste få jobbet gjort innan vi kan bekymra oss om att skapa en hemlik miljö, elva (52%) av respondenterna instämde delvis i påståendet. Moore m.fl., (2017) nämner ett starkt ledarskap och anpassningsbara strategier som viktiga för att övervinna befintliga vårdmetoder, rutiner och metoder för dokumentation.

I resultatet diskuteras om *organisationen hindrar mig från att ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov*. Respondenterna åtta (38%) instämmer delvis i påståendet medan fyra (19%) svarat nej, tar helt avstånd och två (10%) svarade ja, instämmer helt. Inom organisationen är det viktigt att ha stöd av ledarskapet. Rokstad m.fl., (2015) menar att ledare som stöder vårdpersonal och tar del i den dagliga vårdverksamheten var av stor betydelse. Backman m.fl., (2021) säger att chefer kan främja personcentrerad vård genom sitt ledarskap genom att delegera ansvar, uppmuntra att tänka i nya banor, diskutera och uppmuntra nya idéer.

Ho m.fl., (2021); Backman m.fl., (2021) lyfter upp organisationens betydelse för att få till en personcentrerad vård. Vårdpersonal bör ges befogenhet att förnya vården med nya prioriteringarna, för att förbättra de boendes välbefinnande, självständighet och oberoende. Chefer har en viktig ledarskapsroll genom att inspirera och göra det möjligt för vårdpersonal att tillhandahålla en personcentrerad vård som är baserad på boendes behov och preferenser.

Det är svårt för de boende att hitta i miljön åtta (38%) av respondenterna instämmer delvis i påståendet. Även påståendet *de boende kan vistas utomhus när de önskar* gav lika många svar åtta (38%) av respondenterna instämmer delvis i påståendet. Hunter m.fl., (2016); James m.fl., (2014) beskriver ett personcentrerat boende för minnessjuka som är förknippat med organisatoriska faktorer, inkluderat samverkan i vården och den fysiska och sociala miljön av vård. Boendemiljön bör vara en trygghet där de äldre kan röra sig fritt både inne och i utemiljön.

Resultatet diskuterades utgående från respondenternas ställningstagande till påståendesatserna. Utgående från diskussionen och frågeställningen visar resultatet på förutsättningar för att utveckla en personcentrerad vårdmetod.

7.3 Slutledning

Personcentrerad vård är en vårdmetod som går att utöva överallt. Studien utgår från personer med minnessjukdom men personcentrerad vård kan även användas inom många andra områden i vården. Denna studie har gett mig en förståelse för vad personcentrerad vård är och vad som krävs för att möjliggöra ett personcentrerat arbetssätt. Studien har gett mig en inblick hur vården på boenden kunde förbättras.

För personer med minnessjukdom är vårdmetoden väsentlig och kan ses som grund till den goda vården. Personer med minnesjukdom är en mycket sårbar grupp och för att möjliggöra den goda vården bör vårdpersonal få kunskap om hur ett personcentrerat arbetssätt kan genomföras.

Studien har visat hur viktig vårdmetoden är men för att införa personcentrerad vård på arbetsplatsen krävs grundläggande förändringar. För att kunna påverka till förändring krävs av både ledarskapet och vårdpersonalen ett positivt förhållningssätt till personcentrerad vård och viljan att förnya, lära sig och förändra inrutade rutiner.

För framtida forskning vore det viktigt att göra studier där även de äldre med minnessjukdom själva kan vara med och dela med sig av sina erfarenheter av att bo på ett boende i Finland.

Tack till vårdpersonalen som deltog i enkätstudien och som tog sig tid att fundera på detta viktiga ämne. En uppföljning av enkätstudien med P-CAT skulle vara intressant för att se om resultatet har förändrats.

6 Källförteckning

Backman, A., Sjögren, K., Lövheim, H., Lindkvist, M. & Edvardsson, D. (2021) The influence of nursing home managers' leadership on person-centred care and stress of conscience: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 20. doi: [org/10.1186/s12912-021-00718-9](https://doi.org/10.1186/s12912-021-00718-9)

Basun, H., Skog, M., Whalund, L-O. & Wijk, H. (red). (2013) *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber AB

Basun, H., Ekman, S-L., Englund, E., Gustafson, L., Lannfelt, L., Terzie, B., ...Whalund, L-O. (2002) *Om demens*. Stockholm: Liber AB

Berglund, M., Gillsjö, C. & Svanström, R. (2018) Keys to person-centred care to persons living with dementia: Experiences from an educational program in Sweden. *Dementia*, 18 (7–8), 2695–2709. doi: [10.1177/1471301218754454](https://doi.org/10.1177/1471301218754454).

Bell, J. (2007). *Introduktion till forskningsmetodik*. (4.uppl.) Danmark: Studentlitteratur

Björkqvist, K. (2012). *Introduktion till vetenskapsteori och forskningsmetodik för beteendevetenskaper*. Lund: Studentlitteratur

Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013) Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in Aging*, 8, 1–10. doi: [10.2147/CIA.S38589](https://doi.org/10.2147/CIA.S38589)

Cars, J., & Terzis, B. (2015) *Stöd vid demenssjukdom och kognitiv svikt*. Stockholm: Gothia Fortbildning Ab

Centrum för personcentrerad vård – GPCC. (2020) *Om personcentrerad vård*. Hämtat 12.1. 2022 från <https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-vard>

Corlin, T, E., Kajonius, P. & Kazemin, A. (2016) The impact of personality on person-centred care: a study of care staff in Swedish nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 12 (2). doi: 10.1111/opn.12132

Demensförbundet. (u.å.). *Alzheimers sjukdom*. Hämtat 17.9 2021 från <https://www.demensforbundet.se/om-demens/demenssjukdomar/alzheimers-sjukdom/>

Demensförbundet. (u.å.). *Vaskulär demens*. Hämtat 17.9 2021 från <https://www.demensforbundet.se/om-demens/demenssjukdomar/vaskular-demens/>

Demensförbundet. (u.å.). *Frontallobsdemenser kräver stort vårdbehov och drabbar oftast yngre*. Hämtat 2.12 2021 från <https://www.demensforbundet.se/frontallobsdemenser-kraver-stort-vardbehov-och-drabbar-oftast-yngre/>

Edvardsson, D., Fetherstonhaug, D., Nay, R. & Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics* 22 (1), 101–108. doi:10.1017/S1041610209990688

Eliasson, A. (2010) *Kvantitativ metod från början*. (2.uppl.) Lund: Studentlitteratur

Eliasson, A. (2013) *Kvantitativ metod från början*. (3.uppl.) Lund: Studentlitteratur

Elvén H, B., Agger, C., & Ljungmann, I. (2017) *Beteendeproblem i äldrevården*. Stockholm: Natur och kultur.

Edvardsson, D. & Backman, A. (red.) (2020). *Personcentrerad omvårdnad* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Fazio, S., Pace, D., Flinner, J. & Kallmyer, Be. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58 (1), 10–19. doi:10.1093/geront/gnx122

God medicinsk praxis. (2021). *Minnessjukdomar*. Hämtat 1.10 2021 från <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00014#s25>

Grøndahl, V, A., Persenius, M., Bååth, C & Helgesen, A, K. (2017) The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives, and staff – a systematic mixed studies review. *BMC Nursing*, 16 (28). doi: 10.1186/s12912-017-0223-5

Ho, P., Cheong, R, C, Y., Ong, S, P., Fusek, C., Wee, S, L. & Yap, P, L, K. (2020). Peron-Centered Care Transformation in a Nursing Home for Residents with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 11, 1-9. doi: 10.1159/000513069

Hunter, P, V., Hadjistavropoulos, T., Thorpe, L., Lix, L, M & Malloy, C, D. (2016). The influence of individual and organizational factors on person-centred dementia care. *Aging & Mental Health*, 20 (7), 700–708. doi: 10.1080/13607863.2015.1056771

Höglund Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) (2017) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3.uppl.) Lund: Studentlitteratur

Institutet för hälsa och välfärd. (2020). *Föränderlig äldreomsorg*. Hämtat 27.11 2020 från <https://thl.fi/sv/web/aldre/foranderlig-aldreomsorg>

Institutet för hälsa och välfärd. (2020). *Minnessjukdomar*. Hämtat 7.12 2021 från <https://thl.fi/sv/web/folksjukdomar/minnessjukdomar>

Jacobsen, F, F., Mekki, T, E., Førland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, E, M. & Øye, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centred dementia care in nursing homes. *BMC Nursing*, 16 (55). doi: 10.1186/s12912-017-0244-0

James, I., Ardeman-Merten, R. & Kihlgren, A. (2014). Ontological Security in Nursing Homes for Older Persons – Person – Centred Care is the Power of Balance. *The Open Nursing Journal*, 8, 79–87. doi: 10.2174/1874434601408010079

Kalman, H. & Lövgren, V. (red.). (2019). *Etiska dilemman. Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Falkenberg: Prepress Team Media Sweden AB

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered; the person comes first*. Buckingham: Open University Press

Källkritik. (26.11 .2020). *Wikipedia*. Hämtat 21.10. 2021 från https://second.wiki/wiki/tom_kitwood

Metsämuuronen, J. (2006) *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä* (2 uppl.). Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M. & Wolf, A. (2017) Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31 (4), 662–673. doi: 10.1111/scs.12376

Muistiliitto. (2018). Kriterier för god vård: *handbok för yrkespersonal i utveckling och utvärdering av god vård och livskvalitet för personer med minnessjukdom*. Hämtat 20.5.2021 från

https://www.muistiliitto.fi/application/files/1815/3353/8571/Kriterier_for_god_vard_A4_2018_interaktiivinen.pdf

Mullan, M, A. & Sullivan, K, A. (2016) Positive attitudes and person-centred care predict of sense of competence in dementia care staff. *Aging & Mental Health*, 20 (4) 407–414. doi: 10.1080/13607863.2015.1018865

Olsson, H & Sörensen, S. (2011) *Forskningsprocessen*.(3:uppl.) Stockholm: Liber

Patel, R & Davidsson, B. (2019) *Forskningsmetodikens grunder*. (5:uppl.) Lund: Studentlitteratur

Piirainen, P., Pesonen, H-M, Kyngäs, H. & Elo, S. (2020). Challenging situations and competence of nursing staff in nursing homes for older people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*. 16 (5) doi: 10.1111/opn.12384

Raivio, Minna. (2007). *Pitfalls in the Treatments of the Persons with Dementia*. Hämtat 27.10 2021 från <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22737/pitfalls.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Riachi, R. (2018) Person-centred communication in dementia care: a qualitative study of the use of the SPECIAL[®] method by care workers in the UK. *Journal of Social Work Practice*. 32 (3), 303-321. doi: 10.1080/02650533.2017.1381948

Røen, I., Kirkevold, Ø., Testad, I., Selbæk, G., Engedal, K. & Bergh, S. (2017) Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey. *International Psychogeriatrics*. 30 (9), 1279-1290. doi: 10.1017/S1041610217002708

Rokstad, A, M, M., Vatne, S., Engedal, K. & Selbæk, G. (2015) The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management*. 23 (1), 15–26. doi: 10.1111/jonm.12072

Sjögren, K. (2013) *Personcentrerad vård i särskilda boenden för äldre*. Institutionen för omvårdnad. Umeå: Umeå universitet. Hämtat 27.10 2021 från <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:644045/FULLTEXT04.pdf>

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P-O., Zingmark, K. & Edvardsson, D. (2017) Organisational and environmental characteristics of residential aged care units providing highly person-centred care: a cross sectional study. *BMC Nursing*, 16 (44). doi: 10.1186/s12912-017-0240-4

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, PO., Zingmark, K. & Edvardsson D. (2011) Psychometric evaluation of the Swedish version of the Person-Centered Care Assessment

Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 24 (3) 406-415. doi: 10.1017/S104161021100202

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2006). *Demenssjukdomar*.

Hämtat 27.10.2021 från

https://www.sbu.se/contentassets/2c12ea9230ef419a84a0078c5fa48ae7/demens_sammanfattning.pdf

Social och hälsovårdsministeriet. (u.å.) *Personaldimensionering i långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg och långvarig institutionsvård för äldre*. Hämtad 27.11. 2020.

<https://stm.fi/sv/aldre/personaldimensionering>

Socialstyrelsen. (2021). *Jämlik hälsa, vård och omsorg*. Hämtat 27.10.2021 från

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2012). *Kansallinen muistiohjelma 2012–2020*. Hämtat

19.1.2022 från

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Svenska sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet och Dietisternas Riksförbund.

(2019). *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård*. Hämtat 28.11

2020 från

https://www.researchgate.net/profile/Paul_De_Roos/publication/331838345_Personcentrerad_vard_-_en_karnkompetens_for_god_och_saker_var_d_del_3_i_karnkompetens_publication_serien/links/5c8f95c145851564fae5097a/Personcentrerad-var-d-en-kaernkompetens-foer-god-och-saeker-var-d-del-3-i-kaernkompetens-publication-serien.pdf

[_en karnkompetens for god och saker vard del 3 i karnkompetens publikation serien/links/5c8f95c145851564fae5097a/Personcentrerad-var-d-en-kaernkompetens-foer-god-och-saeker-var-d-del-3-i-kaernkompetens-publication-serien.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Paul_De_Roos/publication/331838345_Personcentrerad_vard_-_en_karnkompetens_for_god_och_saker_var_d_del_3_i_karnkompetens_publication_serien/links/5c8f95c145851564fae5097a/Personcentrerad-var-d-en-kaernkompetens-foer-god-och-saeker-var-d-del-3-i-kaernkompetens-publication-serien.pdf)

Svenskt Demenscentrum. (2020) *Alzheimers sjukdom*. Hämtat 14.9 2021 från

<https://demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Alzheimers-sjukdom>

Svenskt Demenscentrum. (2020). *Demenssjukdomar*. Hämtat 3.6 2021 från

<https://demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna>

Svenskt Demenscentrum. (2018). *Guiden till vård och omsorg*. Hämtat 17.1 2021 från https://www.demenscentrum.se/globalassets/publicerat_pdf/sdc_pdf/guiden_2018_3.pdf

Svenskt Demenscentrum. (2020) *Kognitiva symptom*. Hämtat 14.9 2021 från <https://demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Lakemedel/Alzheimers-sjukdom/>

Svenskt Demenscentrum. (2020) *Vaskulär demens*. Hämtat 17.9 2021 från <https://demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Lakemedel/Vaskular-demens/>

Svenskt Demenscentrum. (2020) *Frontotemporal demens*. Hämtat 13.10 2021 från <https://demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Frontotemporal-demens>

Svenskt Demenscentrum. (2020) *Utredning och diagnos*. Hämtat 8.12 2021 från <https://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utredning-och-diagnos>

Svenskt Demenscentrum. (2020) *Sekundära sjukdomar*. Hämtat 8.12 2021 från <https://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Sekundara-sjukdomar>

Svenskt Demenscentrum. (2020) *PDC & P-CAT (personcentrerad vård)*. Hämtat 25.7 2021 från <https://demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/pdc--p-cat>

The Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT) Hämtat 25.7 2021 från <http://arrow.latrobe.edu.au/store/3/5/1/3/0/public/35130PV.pdf>

The Health Foundation. (2014) *Helping measure person-centred care*. Hämtat 12.1.2022 från <https://www.health.org.uk/sites/default/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf>

Vassebø, T. K., Kirkevold, M., Edvardsson, D., Sjögren, K., Lood, Q. & Bergland, Å. (2019) The meaning of working in a person-centred way in nursing homes: a phenomenological-hermeneutical study. *BMC Nursing*, 18 (45), doi: [org/10.1186/s12912-019-0372-9](https://doi.org/10.1186/s12912-019-0372-9)

Tillstånds - och tillsynsverket för social - och hälsovården. (2018) *Patientens självbestämmanderätt*. Hämtat 7.12 2021 <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/patientens-stallning-och-rattigheter/patientens-sjalvbestammanderatt>

Vårdförbundet. (2017). *Vad alla behöver veta om personcentrerad vård*. Hämtat 1.10 2021 Från <https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-bättre/vad-alla-behöver-veta-om-personcentrerad-var-d.pdf>

Voutilainen, P & Löppönen, M. (2020) Hyvä ympärivuorokautinen hoito. I: *Käypä hoito*. Hämtat 4.10. 2021 från <https://www.kaypahoito.fi/nix01676>

Willemse, B.M., De Jonge, J., Smit, D., Visser, Q., Depla, M.F.I.A & Pot, A. M. (2015). Staff's person-centredness in dementia care in relation to job characteristics and job-related well-being: a gross-sectional survey in nursing homes. *Journal of advanced nursing*, 71 (2), 404–416. doi: 10.1111

Vårdförbundet. (2015) *Vad alla behöver veta om personcentrerad vård*. Hämtat 28.12.2021 från <https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-bättre/vad-alla-behöver-veta-om-personcentrerad-var-d.pdf>

World Health Organization. (2020). *Dementia*. Hämtat 7.12 2021 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Databassökning i EBSCO 15-23.11 2021

Kriterier: Artiklarna publicerade 2012–2021 i formatet "full text" och "peer reviewed". Artiklar gällande personcentrerad vård, publicerade på engelska. Totalt 6 artiklar godkända för användning.

SÖKORD **TRÄFF** **ANVÄNDS**

Person centred care AND care AND dementia	72	3
Well-being AND person centred care AND older people	9	0
Staff AND dementia or Alzheimer's OR person centred care	742	2
Person centred care AND dementia AND nursing	46	0
Elderly AND person centred care AND nursing	47	1
Care AND dementia or Alzheimer's AND person centred care	73	0

Databassökning i BMC Nursing 24.11 2021

Kriterier: Manuell sökning i formatet "full text". Artiklar gällande personcentrerad vård, publicerade på engelska. Totalt 1 artikel godkänd för användning.

SÖKORD **TRÄFF** **ANVÄNDS**

Quality of life, dementia, nursing staff	70	1
Person-centred, dementia	451	0

Databassökning i PubMed 15-23.11 2021

Kriterier: Artiklarna publicerade 2012–2021 i formatet "free full text". Artiklar gällande personcentrerad vård, publicerade på engelska. Totalt 3 artiklar godkända för användning.

SÖKORD	TRÄFF	ANVÄNDS
Nursing home AND dementia AND person centred care	63	1
Nursing home AND staff AND person centred care	72	1
Quality of life AND dementia AND person centred care	78	0
Dementia AND staff AND person centred care	71	1

Databassökning i Journal of Advanced Nursing 24.11 2021

Kriterier: Manuell sökning i formatet "open access". Artiklar gällande personcentrerad vård publicerade på engelska. Totalt 1 artikel godkänd för användning.

SÖKORD	TRÄFF	ANVÄNDS
Quality of life AND dementia AND nursing staff	241	1

Databassökning i Digitala vetenskapliga arkivet, DiVA, 24.11 2021

Kriterier: Manuell sökning i formatet "full text" och refereegranskat. Artiklar gällande personcentrerad vård publicerade på engelska. Totalt 1 artikel godkänd för användning.

SÖKORD	TRÄFF	ANVÄNDS
Person centred care	206	1

Databassökning i Google Scholar, 10.12 2021

Kriterier: Manuell sökning genom att granska de tre första sidorna, artiklar gällande personcentrerad vård och mätning av PCV, publicerade på engelska. Totalt 1 artikel godkänd för användning.

SÖKORD

TRÄFF

ANVÄNDS

Person centred care, measuring PCC	Ca 20500	1
------------------------------------	----------	---

Information om studien

Bilaga 2.

Bakgrund

Var tredje person över 65 år i Finland uppges lida av minnessymptom och årligen insjuknar ungefär 14 500 personer i minnessjukdom. Personcentrerad vård är en vårdfilosofi byggt runt den enskildes behov. Den utmanar den traditionella medicinska vården som tenderar att fokusera på processer, scheman och personalens och organisationens behov. Genom att använda sig av en vårdmodell som utgår från personcentrerad vård skall man kunna tillgodose äldre personers multidimensionella behov och önskemål. Det sker genom att personens livshistoria, personlighet, kapacitet och perspektiv uppmärksammas, respekteras och inkluderas i vården.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur god vård för äldre med minnessjukdom utgående från en personcentrerad vårdmetod kan genomföras.

Hantering av data

Studien består av en enkät riktad till vårdpersonal. Enkäten består av 13 olika påståenden som respondenten skall ta ställning till. Deltagandet är frivilligt och man har rätt att avstå sin medverkan. Deltagandet är konfidentiellt. De ifyllda enkäterna samlas in anonymt i de bifogade kuverten. Insamlingen av enkäten sker så att respondenten skall lägga det förseglade kuvertet innehållande enkäten, i postlådan på serviceboendet, som finns i glasgången utanför avdelningarna. De insamlade enkäterna kommer enbart att används för studien.

Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av:

Nina Fantback

nina.fantback@edu.novia.fi

Tillstånd ansvarig chef

Bilaga 3.

Härmed ger jag mitt tillstånd att låta Nina Fantback genomföra studien *god vård för äldre med minnessjukdom genom en personcentrerad vårdmetod*.

Jag har mottagit muntlig och skriftlig information om studien.

Namnunderskrift

Titel

Namnförtydligande

Datum och ort

P-CAT

Bilaga 4.

Tänk på din enhet och ta ställning till i vilken utsträckning följande påståenden stämmer överens med din upplevelse.

	Nej, tar helt avstånd	Tar delvis avstånd	Tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer	Instämmer delvis	Ja, instämmer helt
	1	2	3	4	5
1. Vi diskuterar ofta hur vi ska ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vi har formella möten där vi diskuterar de boendes vård.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kunskap om de boendes livshistoria används i de vårdplaner vi har.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Relationen mellan personal och boende är viktigare än arbetsuppgifterna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vi har frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur de boende vill ha det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De boende erbjuds att delta i individanpassade dagliga aktiviteter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår från den enskilde boendens behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Miljön här känns kaotisk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tänk på din enhet och ta ställning till i vilken utsträckning följande påståenden stämmer överens med din upplevelse.

Nej, tar helt avstånd

Tar delvis avstånd

Tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer

Instämmer delvis

Ja, instämmer helt

1

2

3

4

5

9. Vi måste få jobbet gjort innan vi kan bekymra oss om att skapa en hemlik miljö.

10. Den här organisationen hindrar mig från att ge en vård som utgår från den enskilde boendens behov.

11. Bedömning av de boendes behov utförs dagligen.

12. Det är svårt för de boende att hitta i miljön.

13. De boende kan vistas utomhus när de önskar.

(Edvardsson m.fl., 2010)

Artikel	Författare	År	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Konklusion
<i>The influence of nursing home managers' leadership on person-centred care and stress of conscience: A cross-sectional study</i>	Backman, A., Sjögren, K., Lövheim, H., Lindkvist, M. & Edvardsson, D.	2021	Att utforska förhållandet mellan ledarskap, PCV och stress orsakat av samvetet.	2985 vårdare och chefer från 190 vårdhem i Sverige.	Nationell tvärsnittundersökning, deskriptiv statistisk och regressionsmodellering användes för att utforska föreningar. Frågeformulär: The leadership Behavior Questionnaire, P-CAT och The Stress of Conscience Questionnaire.	Ledarskap förknippades med en högre grad av PCV och lägre grad av uppfattad stress orsakat av samvetet. En högre grad av PCV var även förknippat med lägre grad av stress orsakat av samvetet.	Ett ledarskap som kännetecknas av att coacha, ge feedback, lita på personalen, testa nya idéer och hantera konflikter på ett konstruktivt sätt och att individuellt kontrollera arbetet kan bidra till mindre personalstress och högre grad av PCV tillförsel.
<i>Keys to person-centred care to persons living with dementia: Experiences from an educational program in Sweden</i>	Berglund, M., Gillsjö, C. & Svanström, R.	2018	Att beskriva upplevelsen av ett utbildningsprogram och dess inflytande på dagligt tillhandahållande av vård till personer med minnessjukdom.	42 deltagare med blandade yrkesbeteckningar.	Fenomenologisk studie. Sju gruppintervjuer med två till sju deltagare i varje grupp.	PCV utbildningsinterventionen resulterade i en vård som är baserad på varje individs personlighet, preferenser och prioriteringar i livet. Utbildning som ges kontinuerligt över tiden är nyckeln för att förbättra vården av minnessjuka personer.	Faktorer som kan ses som nycklar för att förbättra PCV: kunskap, goda relationer, en öppen flexibel PCV approach och stöd av organisationen.
<i>The impact of personality on person-centered care: a study of care staff in Swedish nursing homes</i>	Corlin, T. E., Kajonius, P. J & Kazemi, A	2016	Att utforska hur personliga och situationsbetingade faktorer relaterar till tillhandahållandet av PCV på äldreboenden. Speciellt fokus på relationen mellan vårdpersonalens personlighetsdrag och tillhandahållandet av PCV och i vilken utsträckning arbetsmiljön påverkar denna relation.	322 vårdare från 13 vårdhem från 3 kommuner i södra Sverige.	Tvärsnittundersökning, elektroniskt frågeformulär som inkluderade mätningar av personlighet (Mini-IPIP) och PCV (Individualized Care Inventory, ICI).	Av de olika personlighetsfaktorerna var neuroticism den starkaste ICI faktorn, vilket indikerar vikten av en stödjande arbetsmiljö. Stress sågs som en potentiell förklaring och visade ha inverkan på neuroticismens ICI förutsättningar.	Personlighetsdrag har en betydande påverkan, uppfattningen om en stödjande och stressfri arbetsmiljö är en viktig förutsättning för att uppnå PCV av hög nivå för äldre.

Artikel	Författare	ÅR	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Konklusion
<i>Ontological Security in Nursing Homes for Older Persons – Person-Centred Care is the Power of Balance</i>	James, I., Ardeman-Merten, R. & Kihlgren, A.	2014	Att beskriva hur äldre personer på vårdhem pratar och reflekterar om trygghet i deras dagliga liv.	9 äldre personer mellan 83–100 år boende på vårdhem.	Deskriptiv design med en kvalitativ ansats. Upprepade, fördjupade intervjuer användes.	De äldre anpassade sig till att få sina och de andras behov tillgodosedda och till personalens rutiner vilket skapade en känsla av trygghet. De längtade efter tryggheten, att lita på sig själva, skapa sin egen vardag, känsla av sammanhållning och samhörighet. Att bli omtyckta.	PCV istället för institutionscentreradvård kan ge äldre den kraft som tillåter dem att vidhålla den ontologiska tryggheten, ett varande i världen. Där personalens förmågor att skapa relation med den äldre är viktiga.
<i>A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centred dementia care in nursing home</i>	Jacobsen, Mekki, Førland, Folkestad, Kirkevold, Skår, Tveit & Øye	2017	Att undersöka vilka faktorer som hindrade eller underlättade personalens medvetenhet relaterat till förtroendeskapande initiativ baserat på PCV, som ett alternativ till begränsningar hos boende med minnessjukdom.	24 vårdare inkluderat ledare från 24 vårdboenden i Norge.	Mixad metod kombinerat kvalitativa och kvantitativa metoder. P-CAT, QPS Nordic (The General Nordic Questionnaire for psychological and social factors at work) användes för att mäta personalens inverkan i forma av PCV och uppfattning om ledarskap. Den kvalitativa datan samlades in genom etnografiskt nätverk, intervjuer och analys av 84 reflektionsanalyser av 8 personer i de fyra teamen som hörde till The MEDCED utbildnings interventionen.	Data visar ökad medvetenhet hos personalen relaterat till begränsningar-eller inte-gällande PCV. En ökning i P-CAT stödde fyndet. Ledare på boenden sågs centralt som främjade eller hindrade av PCV. Ledarskap-personal relationer varierade, så även medvetenhet relaterat till begränsningar och PCV.	Ledarskap, i samspel med personalkultur, ses som den faktor som hindrar eller främjar personalens medvetenhet relaterat till förtroendeskapande initiativ baserat på PCV. Variationer ses mellan institutioner.
<i>The influence of individual and organizational factors on person-centered dementia care</i>	Hunter, P, V., Hadjistavropoulos, T., Thorpe, L., Lix, L, M. & Malloy, C, D.	2016	Utgående från personal och organisatoriska egenskaper undersöka självrapporterade PCV beteende på vårdhem.	109 vårdare på två olika vårdhem.	Mätverktyg: Person-Directed Care scale (PDC), Environmental Support for Person-Directed Care scale (ES-PDC), Personhood in Dementia Questionnaire (PDQ), Human service Scale (MBI-HSS) och en demografisk form användes för bedömning. Multipel linjär regressionsanalys användes vid analysen.	Betydliga förändringar hittades i alla variabler. För att förbättra PCV bör organisationen lägga fokus på personalens välmående.	Evidens tyder på att organisatoriska faktorer, inkluderat samarbete i vården och den fysiska och sociala miljön av vård, är mycket viktigt för PCV på boende för minnessjuka.

Artikel	Författare	År	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Konklusion
<i>Person-centred care transformation in a nursing home for residents with dementia</i>	Ho, P., Cheong, R, C, Y., Ong, S, P., Fusek, C., Wee, S, L. & Yap, P, L, K.	2021	Beskriva hur PCV införts på boende genom att jämföra före och efter implementering. Hur det påverkat de boendens välmående, vårdkvalitet och påverkan på personal.	30 boende på vårdhem, alla män.	Observationell kohortstudie. Bedömningsverktyget Dementia Care Mapping användes före och efter implementering. 21 boende deltog i två omgångar, 2015 och 2016.	PCV Implementering hade en betydande inverkan på boendens välmående, ökat positivt engagemang, minskad tillbakadragenhet. Med positiv påverkan på personalen.	Den här modellen kan ses som en "vägkarta" för PCV implementering.
<i>Positive attitudes and person-centred care predict of sense of competence in dementia care staff</i>	Mullan, M, A. & Sullivan, K, A.	2016	Att kartlägga den relativa betydelsen av personal faktorer förknippade med känslan av kompetens.	61 vårdare på boende för minnessjuka klienter.	Tvärsnittundersökning. Mätverktyget: The sense of Competence in Dementia Care Staff (SCIDS) och standardiserade mätningar av empiriskt härledda prediktorer: träning, kunskap, attityder och PCV strategier.	33,9% av variationen i känslan av kompetens förklarades av kombinationen av de fyra prediktorerna. Attityder och PCV strategier enskilt unikt förklarade en måttlig mängd av variation, medan skolning och kunskap inte var signifikanta prediktorer gällande känslan av kompetens.	En positiv attityd mot personer med minnessjukdom, och en starkare intention för implementering av PCV strategier, förutspådde ge en större känsla av kompetens för att ge vård.
<i>Assessing quality of life of older people with dementia: a comparison of quantitative self-report and proxy accounts</i>	Moyle, W., Murfieldt, J, E., Griffiths, S, G. & Venturato, L.	2012	En studie om livskvalitet för äldre människor med minnessjukdom, utgående från personen med minnessjukdom, anhörigvårdare och vårdpersonal.	58 triader som omfattade personer med minnessjukdom, anhörigvårdare och vårdpersonal.	Kvantitativ analys med deskriptiva frågeformulär. Datainsamling skedde mellan augusti-december 2007.	Stora skillnader hittades mellan grupperna gällande livskvalitet. Nivåer av försämring av aktiviteter i det dagliga livet hade viktig verkan på värdering av livskvalitet, speciellt personalen gav lägre värdering vid större aktivitetsbegränsning.	Personer med minnessjukdom kan bedöma deras egen livskvalitet men det är viktigt att inkludera både själv-rapporterade skalor och indirekta mätare.

Artikel	Författare	År	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Konklusion
<i>Person-centred communication in dementia care: a qualitative study of the use of the SPECAL[®] method by care workers in the UK</i>	Riachi, R.	2018	Att utforska kommunikationstekniker använda inom hemvård och kommunal vård för personer med minnessjukdom.	150 vårdare som tränats i SPECAL [®] metoden (Specialised Early Care for Alzheimer's).	Semistrukturerade intervjuer analyserade med en konstruktiv grounded theory approach.	Klienter uppvisade högre grad av välmående och mindre oroligt beteende genom personalens förändring av kommunikations tekniker.	SPECAL [®] metoden kan bidra till utveckling av vårdrelationer, till vårdpersonal och klientens välmående och vidbehållande av klienten som egen individ.
<i>Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey</i>	Røen, I., Kirkevold, Ø., Testad, I., Selbæk, Engedal, K. & Bergh, S.	2017	Att utforska och förstå sambandet mellan PCV och organisatoriska, personal och enhetsegenskaper på vårdhem.	Vårdpersonal från 175 vårdenheter i Norge deltog.	Tvårsnittsstudie med både standardiserade frågeformulär, P-CAT, och frågor utvecklade för studien. Frågor utvecklade av forskningsgruppen baserades på faktorer identifierade i litteraturen hänvisat till organisatoriska och strukturella faktorer, som kultur, ledarskap, förvaltning, skolning av personal, bemanningsnivåer och fysisk miljö. Datinsamlingen pågick mellan oktober 2013 och december 2014.	Högre nivåer av PCV var förenligt med en större arbetstillfredsställelse och det att vården är organiserade i mindre specialiserade enheter. Vårdpersonal med tre år eller mera av vård relaterad utbildning förknippades med högre nivåer av PCV.	Att förse PCV till vårdhem är nära kopplat till hur vårdpersonal upplever deras arbetssituation i förhållande både till organisatoriska och strukturella faktorer och den fysiska miljön.
<i>The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes</i>	Rokstad, A, M, M., Vatne, S., Engedal, K. & Selbæk, G.	2015	Att undersöka ledarskapets roll i genomförandet av PCV på vårdhem genom att använda sig av Dementia Care Mapping (DCM).	18 vårdare och 7 ledare.	Kvalitativ deskriptiv design. DCM användes som metod för implementering av PCV i en period på över 12 månader. Focusgruppintervjuer.	De olika rollerna av ledarskap karaktäriserade som "mycket professionella", "marknadsorienterad" eller "traditionella" verkade ha inflytande på vilken grad av DCM processen som ledde till framgångsrik implementering av PCV.	Ledare skall vara aktiva förebilder, tydliggöra en klar vision och inkludera och bemyndiga personalen i deras professionella utvecklingsprocess.

Artikel	Författare	År	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Konklusion
<i>The meaning of working in a person-centred way in nursing homes: a phenomenological-hermeneutical study</i>	Vassbø, T, K., Kirkevold, M., Edvardsson, D, Sjögren, K., Lood, Q. & Bergland, Å.	2019	Att undersöka vårdpersonalens levda erfarenheter med att arbeta på ett personcentrerat sätt på vårdhem.	29 vårdare från tre vårdhem i Australien, Norge och Sverige.	Fenomenologisk-hermeneutisk design med öppna enskilda intervjuer.	PCV som arbetssätt: personalen kunde möta den individens behov och uttryckta preferenser, förståelse om klientens rytm och preferenser som bas för den dagliga arbetsplanen. Ha möjlighet att göra "det lilla extra" för klienten.	Ett arbete enbart fokuserat på rutiner och praktiska uppgifter och inte enligt klientens preferenser och välmående, kan hämma trivseln bland vårdpersonalen och potentiellt leda till missnöje med arbetet.