

# **Personcenterad vård för minnessjuka**

Anna Aro

Examensarbete

Vård-13

2018

Anna Aro

<b>EXAMENSARBETE</b>	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	5585
Författare:	Anna Aro
Arbetets namn:	Personcentrerad vård för minnessjuka
Handledare (Arcada):	Jessica Silfver
Uppdragsgivare:	Sibbo kommun
<p><b>Sammandrag:</b></p> <p>Det här examensarbetet är skrivet som ett beställningsarbete åt Sibbo kommun. Examensarbetet är en litteraturstudie och analysmetoden är innehållsanalys. Frågeställningarna är "Vad innebär god personcentrerad vård för minnessjuka" och "Hur kunde man förbättra den personcentrerade vården av minnessjuka?". Examensarbetet börjar med att ge bakgrund om minnessjukdomar, diagnostisering samt hjälpmedel för vård av minnessjuka. Därefter presenteras tidigare forskning och teoretiskt perspektiv, vilket i det här arbetet är Katie Erikssons teori om omvårdnad. A datainsamlings- och metodkapitlet förklarar arbetets gång och val av material. Resultatet är presenterat under skilda rubriker. Diskussionen och den kritiska granskningen redogör för hur arbetet har utförts och hur resultatet kan jämföras med tidigare forskning samt ger ett teoretiskt perspektiv. All data är hämtad från Chinal och Academic search elite och är av hög kvalitet. All data är noggrant vald för att belysa frågeställningarna i arbetet. Ämnet jag studerat har forskats i tidigare, vilket är orsaken till att jag gjort en litteraturstudie. I resultatet är både vetenskapliga forskningar och vetenskapliga artiklar analyserade. Resultatet av analysen är att det finns olika faktorer som påverkar vård av minnessjuka personer. Dessa faktorer är utbildning, livshistoria och personlighet, familjen, bemötande psykosociala faktorer, självkänsla och välbefinnande, multiprofessionellt samarbete samt förändring. Flera av forskningarna och artiklarna som analyserades behandlar en eller flera av faktorerna. Alla delar av studien är gjord enligt god forskningsetisk praxis och källorna är presenterade. Projektet studien är skriven till påbörjades år 2016 och handlar om vård av äldre i Sibbo kommun. Examensarbetet påbörjades hösten 2016 och avslutas våren 2018.</p>	
Nyckelord:	personcentrerad, individanpassad, minnessjuka, demens
Sidantal:	50
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	5.6.2018

OPINNÄYTETYÖ	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö
Tunnistenumero:	5585
Tekijä:	Anna Aro
Työn nimi:	Personcentrerad vård för minnessjuka
Ohjaaja(Arcada):	Jessica Silfver
Toimeksiantaja:	Sibbo kommun
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä opinnäytetyö on kirjoitettu tilaustyönä Sipoon kunnalle. Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus ja analyysimenetelmänä on käytetty sisällönanalyysiä. Kysymykset ovat: "Mitä tarkoittaa ihmislähtöinen hoitotyö muistisairaille?" ja "Kuinka ihmislähtöistä hoitoa muistisairaille voisi parantaa?". Opinnäytetyö alkaa esittelyllä muistisairauksien taustasta, diagnosoinnista ja hoidosta. Seuraavaksi esitellään aiempaa tutkimusta sekä työn teoreettista näkökulmaa, joka tässä työssä on Katie Erikssonin hoitotyön teoria. Tietojen hankkiminen ja menetelmä-luvussa selitetään työn kulkua ja materiaalin valinta. Keskustelussa ja kriittisessä tarkastelussa kuvataan, miten työ on suoritettu ja miten tuloksia voidaan verrata aikaisempiin tutkimuksiin ja teoreettiseen näkökulmaan. Kaikki analysoitu materiaali on haettu Chinalista ja Academic search elitesta ja ne ovat korkealaatuisia. Materiaali on valittu huolella, jotta niistä löytyisi vastauksia työn kysymyksiin. Aihe jota selvitin, on tutkittu aiemmin, jonka vuoksi tein kirjallisuuskatsauksen. Tuloksessa analysoidaan sekä tieteellisiä tutkimuksia että tieteellisiä artikkeleita. Analyysin tuloksena on, että muistisairaiden hoidossa on erilaisia keinoja joilla ihmislähtöinen hoitotyö tehdään hyvin tai miten sitä voi parantaa. Nämä keinot ovat koulutus, elämänhistoria ja persoonallisuus, perhe, psykososiaaliset tekijät, itsetunto ja hyvinvointi, monimuotoinen yhteistyö ja muutos. Useat tutkimukset ja artikkelit käsittelevät yhtä tai useampaa tapaa. Tutkimuksen kaikki osat tehdään hyvien tutkimusetiikkakäytäntöjen mukaisesti ja lähteet esitellään. Projekti jolle työ on kirjoitettu on käynnistetty vuonna 2016 ja käsittelee vanhusten hoitoa Sipoon kunnassa. Opinnäytetyöprosessi on aloitettu syksyllä 2016 ja se valmistuu keväällä 2018.</p>	
Nyckelord:	ihmislähtöinen, henkilökohtainen, muistisairas, dementia
Sidantal:	50
Språk:	Ruotsi
Datum för godkännande:	5.6.2018

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund.....</b>	<b>7</b>
2.1	Personcentrerad vård.....	7
2.1.1	<i>Egenvårdare</i> .....	8
2.2	Minnessjukdomar.....	8
2.2.1	<i>Diagnostisering</i> .....	10
2.3	Hjälpmedel för att mäta livskvalitet.....	10
<b>3</b>	<b>Forskningsöversikt.....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>Syfte och frågeställning .....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>Teoretiskt perspektiv.....</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>Datainsamling och metod .....</b>	<b>21</b>
6.1	Datainsamling.....	21
6.2	Metod.....	21
<b>7</b>	<b>Analys.....</b>	<b>23</b>
<b>8</b>	<b>Forskningsetiska reflektioner .....</b>	<b>23</b>
<b>9</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>25</b>
9.1	Utbildning.....	25
9.2	Livshistoria och personlighet.....	26
9.3	Familjen.....	28
9.4	Bemötande .....	29
9.5	Psykosociala faktorer .....	31
9.6	Självkänsla och välbefinnande .....	33
9.7	Multiprofessionellt samarbete.....	35
9.8	Förändring .....	36
<b>10</b>	<b>Diskussion och kritisk granskning .....</b>	<b>40</b>
<b>11</b>	<b>Källor.....</b>	<b>44</b>
<b>12</b>	<b>Bilaga .....</b>	<b>48</b>



# 1 INLEDNING

I Finland finns det ca 193 000 personer som lider av någon minnessjukdom och varje år insjuknar ca 14 500 personer i någon form av minnessjukdom. (Muistiliitto 2016)

Eftersom antalet minnessjuka ökar, är det viktigt att vårda dem så bra som möjligt. Jag har därför valt att skriva om personcentrerad vård för minnessjuka. I studien granskar jag vad personcentrerad vård betyder i vården av minnesjuka patienter. Som teoretiskt perspektiv används Katie Eriksson.

Arbetet är ett beställningsarbete av Sibbo kommun. Det är en litteraturstudie där jag granskar och jämför olika forskningar kring studiens frågeställning. Syftet med arbetet är att ta reda på vad god personcentrerad vård för minnesjuka innebär.

Designen är huvudsakligen kvalitativ och forskningslogiken är induktiv. Studien beskriver vad god personcentrerad vård är genom att samla in information om ämnet och analysera resultaten. (Forsberg 2008, s. 56)

## **2 BAKGRUND**

Eftersom Terttu Munnukka har skrivit mycket om patientcentrerad vård, använder jag hennes material som kan överföras till en personcentrerad vård. Då studien koncentrerar sig på minnessjuka beskriver jag, olika typer av minnessjukdomar, diagnostiseringen av dem och vården av minnessjuka. När artiklarna insamlats och analyserats, framkom det att begreppet DCM, Dementia care mapping ofta lyftes fram, så därför, belyser jag även begreppet DCM i arbetet.

### **2.1 Personcentrerad vård**

Om man istället för att prioritera fastsatta rutiner i vården, strävar till vård som är personcentrerad och utgår från patientens behov, behövs stora förändringar i hela vårdssystemet. Förändringen kräver att man som vårdare förstår vad det innebär att vårda patienter som enskilda individer och kan tillämpa den kunskapen i praktiken. Patienternas individuella behov och självbestämmanderätt måste tas i beaktande. (Voutilainen, Laaksonen, 1994, s. 55)

Med en ändring av vården till personcentrerad borde också resultaten av vården mätas i hur mycket man hjälpt patienten och kvaliteten av vården istället för hur många besök eller vårdhandlingar man gjort. (Voutilainen, Laaksonen, 1994, s. 56)

Då man vårdar personcentrerat, skall man stöda patientens självständighet och egna resurser. Man skall respektera patienten som en person med förmåga att vara delaktig i beslut och genomförande av vård och behandling. Att patienten får välja vilken vårdanstalt hon vårdas på, och får använda sina egna kläder under sjukhusvistelsen, anses vara viktigt. Patienten i vården värdesätter professionalism, vänlighet, individualitet, kommunikation, integritet och trygghet. (Voutilainen, Laaksonen, 1994, s. 36)

Det betydelsefullaste i god vård är, att se helheten, uppfylla individuella behov och en bra växelverkan mellan vårdare och patient (Voutilainen, Laaksonen, 1994, s. 37).

Kriterierna för god vård uppfylls inte om personalen inte har tid att vara med patienten. Även om vårdpersonalen är fysiskt närvarande och utför sitt arbete, men lyssnar inte på patienten och respekterar inte patientens åsikt. Detta kan leda till att patienten upplever att vårdaren inte vårdar henne som en enskild individ utan som en livlös varelse. (Voutilainen, Laaksonen, 1994, s. 37)

### **2.1.1 Egenvårdare**

Personorienterad vård är ett av kriterierna för god vård. Då en vårdare är ansvarig för en patient är vården mer patientorienterad eftersom hon då får bättre information om sin vård och kan lättare påverka hur vården utförs. (Munnukka, Aalto, 2002, s 56)

Då man vårdar personcentrerat, skall egenvårdaren och patienten ha ömsesidig respekt för varandras kunskap och samarbeta för att främja patientens hälsa. Kännetecknande för god vård är att patienterna upplever att deras självbestämmanderätt har respekterats och att de känner att deras åsikter har blivit hörda. (Munnukka, Aalto, 2002, s 23)

## **2.2 Minnessjukdomar**

Demens är ett symptom på en sjukdom som påverkar hjärnfunktionen. Det finns också andra orsaker till minnesproblem än sjukdom, så som trötthet, stress och överansträngning. Ifall symtomen är omgående är det oftast ingen orsak att bli orolig. Man skall också ta i beaktande att då man åldras är man inte lika kapabel att utföra samma saker som tidigare. Saker som varit viktiga tidigare i livet, är kanske inte i äldre ålder lika viktiga och kan därför bli ogjorda eller görs sämre. Även minnesfunktionen är individuell och fungerar olika hos olika människor. (Erkinjuntti et al. 2003, s.40)

Då en person dagligen glömmet saker och behöver mer hjälp med vardagliga rutiner, är det orsak att bli orolig. Även symptom som depression, raddighet och delirium kan vara symptom på någon minnessjukdom. (Erkinjuntti et al. 2003, s.41-42)



Minnesproblem är en normal del av åldrandet men även psykiskt välmående och hjärnfunktionen påverkar minnesförmågan. Då man med åldern börjar få minnesproblem, bevaras förmågan att lära sig nya saker, men man kanske bara kommer ihåg vad man lärt sig. Saker man tidigare som yngre bevarat i minnet som varit viktiga, brukar bevaras trots att man inte längre kommer ihåg nya saker som händer. (Huovinen 2004, s. 23)

Det att minnet med åldern försämras är normalt men då man insjuknar i Alzheimers kan man även glömma viktiga och stora händelser som hänt tidigare i livet. Den som lider av åldersrelaterat försämrat minne, brukar själv lägga märke till att minnet inte fungerar så som tidigare. Då man insjuknar i Alzheimers sjukdom, är det ofta andra som märker att minnet försämrats utan att man själv förstår det. Förändringarna som sker i hjärnan då minnet försämras, påverkas av personens hälsa, genetiska faktorer, minskad aktivitet, levnadsvanor och ämnesomsättningen. Dessutom kan skolning och aktiv användning av hjärnan påverka hjärnfunktionen positivt och resultera i att den som aktivt använt hjärnan i livet, kan ha en bättre minnesförmåga än någon som inte använt hjärnan aktivt i livet. (Huovinen 2004, s. 24-25)

Fysiologiska skador som påverkar minnet kan vara störningar i ämnesomsättningen, störningar i nervceller eller funktionella störningar. Minnet kan försämras också på grund av skador på delar av hjärnan som styr minnesfunktionen, speciellt på temporalloben. (Huovinen 2004, s. 34) Det finns även faktorer som påverkar minnet där symtomen kan vara förbigående (Huovinen 2004, s. 37).

Minnessjukdomar som inte går att bota och som fortsätter utvecklas med tiden, är Alzheimers sjukdom, Lewykroppsdemens, vaskulär demens och frontallobsdemens. Viktigt i vården av de här typerna av demens är, att i ett tidigt skede få rätt diagnos, rätt mediciner. Då kan man bromsa sjukdomens utveckling och minska beteendestörningar. Även stöd och handledning till patienten och närstående är viktig. (Huovinen 2004, s. 39)

### **2.2.1 Diagnostisering**

För att få en diagnos på minnessjukdom, måste man besöka en läkare som gör en klinisk undersökning där man undersöker hjärnfunktionen och svårhetsgraden av nedsatt hjärnfunktion. I den kliniska undersökningen gör läkaren iakttagelser och intervjuar patienten. Dessutom mäter man minnesförmågan med olika mätinstrument så som MMSE-test, som mäter minnesfunktion och intellekt. Beroende på resultatet, kan i ett senare skede även en CERAD test göras. CERAD testen är ett mer omfattande mätinstrument som främst används i diagnostiseringen av Alzheimerssjukdom. Eftersom det ofta är någon närstående till patienten som märker symtom på att minnet försämrats, brukar man även be närstående fylla i en Närstående förfrågan för att kartlägga till vilken grad personer i patientens omgivning upplever förändringar i patientens minne och beteende. (Erkinjuntti et al. 2003, s.100-121) För att utesluta att minnet inte försämrats på grund av någon somatisk sjukdom, eller dylikt, tar man även laboratorieprover, gör en neuropsykologisk undersökning samt datortomografi eller magnetröntgen på hjärnan. (Erkinjuntti et al. 2003, s. 136-141)

### **2.3 Hjälpmedel för att mäta livskvalitet**

DCM, som är en förkortning av begreppet dementia care mapping, är ett hjälpmedel för att mäta beteende och hälsa hos personer med en minnesjukdom. Den används av vårdpersonal för att mäta och utveckla vårdkvaliteten. Hjälpmedlet stöder personcentrerad vård för personer med en minnessjukdom. I mätning av livskvalitet, undersöker man hälsa, kulturella faktorer, egna resurser, personlighet och tillfredsställelse. (Innes, Surr 2001, s. 258)

DCM innefattar observering och dokumentering av fyra olika faktorer. Första faktorn är att observera patienternas beteende och sedan dokumentera det. Andra faktorn som undersöks är patientens välmående där man ger poäng från dåligt välmående -5 till gott välmående +5. För att ta reda på om patientens psykosociala behov möts, observerar man och dokumenterar tillfällena som har negativ effekt på patienten och de tillfällena som har en positiv effekt. Informationen i dessa observationer delger man sedan till sina

medarbetare och så kan man tillsammans göra en aktivitetsplan för patienten. (Innes, Surr 2001, s. 260)

En vårdare kan observera 5 – 10 patienter vid ett tillfälle. Observeringen gör vårdaren sex timmar om dagen under två dagars tid. Patienterna som observeras väljs på basen av hurudan typ av minnessjukdom de har och hur mycket tid patienterna spenderar i de gemensamma utrymmena. Dessutom har de förstås givit sitt medtycke till att delta i observationen. Efter undersökningen diskuterar vårdarna resultaten och sedan planerar man tillsammans hurudan den framtida vården borde vara. (Innes, Surr 2001, s. 261)

### 3 FORSKNINGSOVERSIKT

I det här kapitlet beskriver jag vad forskningen kring personcentrerad och/eller minnesjukdomar resulterat i. De är inte en del av den här studiens resultat.

Sjukvårdsorganisationerna över hela världen, strävar till att förbättra sjukvårdens produktivitet genom att införa personcentrerad vård (PCC). Trots att det finns flera begreppsmässiga referensramar för personcentrerad vård, saknas praktisk vägledning om hur man kunde införa personcentrerad vård. Santana et al (2017) utvecklade genom en narrativ översikt av litteratur om personcentrerad vård, en begreppsmässig referensram som ger ett helhetsperspektiv om vad som är grundläggande för att man skall kunna införa personcentrerad vård i en organisation.

Efter att materialet insamlats och analyserats, sammanfattades det i tre delar, vilka alla är beroende av varandra; struktur, process och resultat. Den strukturella delen är den organisatoriska nivån där hälsovårdsorganisationerna skapar kulturen för personcentrerad vård genom att stöda personalen och arbetsmiljön. Fyra olika process områden identifierades där patientens och hälsovårdsproducentens växelverkan påverkar graden av personcentrerad vård. Huvudkomponenterna som stöder personcentrerad vård är: att kultivera kommunikation mellan patient och hälsovårdspersonal, respektfull och empatisk vård, uppmuntra patientens delaktighet i vården och samverkan mellan hälsovårdssystemens dokumentationssystem. Resultat på personcentrerad vård måste vara realistiskt och konkret för att man skall kunna påvisa värdet av att implementera den här typen av vård. Tillgång till vård och kostnaden av vården är viktig. Patienternas respons på vården kan mätas genom användandet av mätinstrumentet ”Patient-Reported Outcomes. Genom att integrera mätinstrumentet i vården, har resultatet och kvaliteten på vården förbättrats. (Santana et al 2017, s. 429-434)

Vidare säger Santana et al (2017) att det är av fundamental betydelse att vårdorganisationen stöder personcentrerade vårdstrategier och lägger grunden för dem. Om inte vårdkulturen genuint respekterar patientens perspektiv, finns det inte drivkraft att satsa på, och utveckla effektiva undervisningsprogram och system som stöder personcentre-

rad vård. Det är en utmaning att implementera personcentrerad vård men fördelarna är uppenbara. (Santana et al 2017, s. 436-437)

Hunter et al (2016) undersökte i en kvantitativ etnografisk studie hur personliga, organisatoriska och miljömässiga egenskaper påverkar personcentrerad vård av dementa på långtidsboenden. Man bad 109 vårdare på två Kanadensiska långvårdsboenden fylla i mätinstrument som värderade; självrapporterad personcentrerad vård, organisatoriskt stöd för personcentrerad vård, uppfattningar om minnessjukas personlighet och utbrändhet. Man hade inkluderat fyra självständiga variabler som karakteriserade vårdarnas bakgrund (ålder, kön, yrkestitel och antal studieår). Beroende variabler inkluderade fem aspekter på; självständighet, personlighet, hur väl man känner patienten, välbefinnande och stöd för förhållanden. Data som erhöles, analyserades genom linjär regressions analys. (Hunter et al 2016: 700)

Studiens begränsning är urvalets storlek men vårdarnas relativt höga responsgrad, är studiens styrka. Dessutom bidrar studien till att ge en empirisk förståelse av frågor som tidigare främst behandlats i kvalitativ litteratur. Studiens syfte var att undersöka till vilken grad personliga och organisatoriska variabler påverkar personcentrerad vård av dementa. Detta ämne har inte tidigare fått mycket uppmärksamhet och har inte undersökts tillräckligt. Den här studien stöder nya bevis som antyder att organisatoriska faktorer så som samverkan i vården och den fysiska och sociala omgivningen i vården, har stor betydelse i personcentrerad vård. Personcentrerad vård av dementa är en multidimensionell konstruktion och personliga variabler så som kön, uppfattningar om demens personlighet, och utbrändhet, verkar även vara av betydelse för en del dimensioner. Trots att dessa observationer kräver vidare studier, framför den här studien några viktiga kriterier för utformningen och implementeringen av personcentrerad vård av dementa. (Hunter 2016, s. 705-707)

Trots att nya vårdstrategier skenbart verkar godtas och implementeras av vårdpersonalen, betyder det inte att strategierna verkligen inbäddats i vårdrutinerna. Det är oundvikligt att de anpassas lokalt olika i olika organisationer. För att förändra hur vården produceras, måste man ta i beaktande existerande strukturer, attityder, förväntningar och hur personal och patienter handskas med utmaningar och motgångar. Syftet i Maldemirci et als (2016) studie var att analysera utvalda målgruppers planerade och oplanerade strate-

gier när implementeringen av personcentrerad vård stötte på motgångar och övergripande utmaningar. Studien är kvalitativ och består av semi-strukturerade intervjuer med tre målgrupper. I första gruppen deltog 18 forskare och i den andra gruppen deltog 17 läkare som arbetade på sjukavdelningar på ett universitetssjukhus i Sverige och på andra vårdinrättningar. Dessa vårdinrättningar deltog sedan tidigare i ett större projekt som undersökte implementering av personcentrerad vård. Läkarna deltog i en 10 veckors kurs om etiken och resultaten i personcentrerade vårdstrategier. I den tredje gruppen var 20 patienter som vårdats på avdelningar var personcentrerad vård systematiskt implementerats i flera års tid. Dessutom deltog i studien fem sjukskötare, fyra närvårdare, fyra avdelningsskötare och fyra läkare som hade erfarenhet att arbeta personcenterat. I analysen av datan, användes referensramen NPT (Normalization Process Theory) som används för att förstå implementeringen av komplexa interventioner i hälsovården. (Naldemirci et al 2016, s. 1-3)

Den systematiska strategin, där PCC implementeras genom undervisning, seminarier och finansiering, har visat sig vara effektiv i att sprida filosofin och tekniken i personcentrerad vård. Men dessa strategier garanterar inte positivt resultat av implementationen. Den djupare förståelsen och anammande av personcentrerad vård, sker genom informella personalmöten, där personalen diskuterade om hur man på specifika avdelningar kunde implementera personcentrerad vård. När man lyckats med oplanerade strategier som skapade förståelse, kognitivt deltagande och kollektivt handlande under implementeringsprocessen, rapporterade läkarna att samarbetet, interprofessionella teamarbetet och kommunikationen med patienterna förbättrats. Patienterna upplevde en känsla av välbefinnande och en känsla av att man lyssnade på dem. Det finns mer utrymme för oplanerade strategier med kollektiva insatser än planerade strategier eftersom det inte är så lätt att förutspå konflikter och spänningar i arbetet. Praktiska slutsatser i forskningen var:

- Bekräfta att personcentrerad vård är en komplex intervention som kräver oplanerade strategier för att implementeringen skall gå smidigt.
- Vårdpersonalen behöver extra stöd och resurser.
- Skapa formella och informella diskussionsgrupper för reflexiv uppföljning.

- Värdera och dokumentera oplanerade strategier.
- Uppmärksamma existerande hierarkier mellan yrkesgrupper. (Naldemirci et al 2016, s. 7-8)

Studien hade sina begränsningar. Eftersom den fokuserade på utmaningar och strategier som rapporterats av forskarna, läkarna och patienterna, är studien tolkande. Den undersöker inte systematiskt alla strategier och motgångar i implementeringen av PCC men ger en inblick i studier som kunde göras i framtiden. (Naldemirci et al 2016, s. 7-8)

Effektiv sjuksköterska rapportering mellan arbetsskiften är en förutsättning för vård av hög kvalitet. Rapporteringen borde förbättras och i en studie av Kullberg et al (2017), introducerades och värderades en modell för personcentrerad rapportering (PCH) på en onkologisk bäddavdelning. PCH är sjuksköterskerapportering mellan arbetsskiften som utförs tillsammans med patienten enligt fast struktur som fokuserar på patient deltagande, relevant klinisk information och patient trygghet. I den icke verbala rapporteringen som vanligtvis används på avdelningarna, sker rapporteringen elektronisk vård dokumentation, utan patientens närvaro och utan någon fast struktur. Syftet med studien var att jämföra personcentrerad rapportering med icke verbal rapportering i en onkologisk bäddavdelning beträffande patient tillfredsställelse. Det är en tvärsnittstudie på en interventionsavdelning och två kontrollavdelningar på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm, Sverige. För att mäta patient tillfredsställelse, användes frågeformulär. Referensmätningarna gjordes på våren 2014 när alla avdelningarna använde traditionell rapportering. Där inkluderades svaren från 116 patienter. Uppföljningsmätningarna efter att personalen skolats och tränats och interventionen införts, involverade 209 patienter och pågick från september 2014 till maj 2015. I dataanalyseringen användes linjära regressionsmodeller. (Kullberg et al 2017, s. 1-6)

I jämförelse, fann man obetydliga olikheter i patienttillfredsställelse mellan interventionsavdelningen och kontrollavdelningarna efter implementeringen av personcentrerad rapportering. I uppföljningsmätningen visade resultatet att utbytet av information under personcentrerade rapporteringen förbättrats på interventionsavdelningen. Inga andra

förändringar i patienttillfredsställelse registrerades. Forskare och avdelningsskötare borde vara medvetna om hur patienttillfredsställelse kan påverkas av olika rapporteringsförfaranden. Patienttillfredsställelse och effektiv rapportering är grundelement i vård av hög kvalitet, och den här studien, stöder den uppfattningen. (Kullberg et al 2017, s. 8-12)

Personcentrerad vård är i hög grad beroende informationsbyte mellan vårdpersonal. I Caspar et als (2016) studie undersökte man hur organisatoriska system på långtidsboenden stöder eller hindrar vårdbiträdens tillträde till vårddokumentation som innehåller information om patienternas individuella behov. Vårdbiträdenas yrkestitel inte reglerad. Utbildningen består av en 6 månaders kurs (i Finland 8 månader) och till deras arbetsbild hör grundvården av patienten vilket betyder att de som yrkesgrupp spelar en central roll i hurudan vård patienterna erhåller.

Som metod användes en institutionell etnografisk referensram (IE), utvecklad av sociologen Dorothy Smith. Hon betonar vikten av att undersöka vardagliga upplevelser istället för teoretiska teorier. Smith menar vidare att personal i vilken institution som helst är organiserad enligt institutionella standardiserade normer att behandla liknande situationer på samma sätt. Kulturen i organisationen endera stöder eller hindrar personcentrerade vårdstrategier genom dessa institutionella standardiserande normer. Tre långtidsboenden valdes på basen av vissa gemensamma faktorer: 130-150 patienter på ett boende, sjuksköterskor på plats 7 dagar i veckan 24 h i dygnet och på boenden hade personcentrerad vård implementerats tidigare. 42 frivilliga studiedeltagare valdes. Vidare utförde man observation på arbetsplatsen, djupgående intervjuer med deltagarna och text analys av materialet. (Caspar 2016, s. 952-954)

Studien om den sociala organiseringen på långtidsboenden belyser en del av processerna som gör att vårdbiträden är lägst på den hierarkiska skalan. Trots att vårdbiträdena var de som stod för 80%-90% av den direkta omsorgen på boendena som deltog i studien, saknade de praktisk tillgång till relevant dokumentation om patientens individuella behov och önskemål. Vårdbiträdena hade access till vårdplaner men de var oftast inte



uppdaterade på grund av tidsbrist. Dessutom hade vårdbiträdena oftast inte praktisk möjlighet att regelbundet utbyta information med förmännen och kunde därför inte påverka organisatoriska beslut som påverkar hurdan vård som levereras. Den enda uppdaterade vårddokumentationen som vårdbiträdena hade praktisk access till var listor som följde med tarmfunktionen och badandet. Om man betraktar resultatet från ett bredare perspektiv, antyder resultatet att organisationerna fortfarande prioriterar uppgiftsbaserad omsorg trots att de hävdar att personcentrerad omsorg prioriteras. Man menar att för att en riktig förändring i vårdkulturen skall kunna ske, borde all vårdare vara ”på samma sida stängslet”. Alltså ha samma praktiska möjlighet att komma åt patientdokumentering av betydelse. Och dessutom borde man ha regelbundna team möten där alla i vårdteamet kan vara med och delta i muntlig rapportering. (Caspar 2016, s. 952-954)

## 4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet är att beskriva varför man vårdar minnessjuka patienter personcentrerat och hur man utför en god patientcentrerad vård för minnessjuka patienter.

Frågeställningen är:

Vad innebär god patientcentrerad vård för minnessjuka?

Hur kunde man förbättra den personcentrerade vården av minnessjuka?

## 5 TEORETISKT PERSPEKTIV

Som teoretiskt perspektiv används Katie Erikssons omvårdnadsteori. Teorins grundpelare är att ansa, leka och lära. Enligt Eriksson är tro, hopp och kärlek grunden till vårdande. Vårdaren visar detta genom vårdhandlingar vars mål är att öka patientens känsla av välmående.

Hälsa är ett dynamiskt tillstånd och olika hälsoprocesser, så som sundhet, friskhet och välbefinnande är ständigt närvarande i individen. Denna process skall ske inom människan själv, men också med vänner och familj. Vårdande sker från en själv som en sorts naturlig del av människan men också tillsammans med en professionell vårdare. Därför är det viktigt att inte se patienten som ett objekt som vårdas, utan som någon man samarbetar med för att uppnå god vård. (Eriksson 1987, s. 10)

Vårdhandlingar kan enligt Eriksson (1987, s. 16) delas in i en positiv eller negativ modell. Positivt vårdande är vårdande av friskhet och negativt vårdande är då man vårdar ”obefintlig friskhet”. I den positiva modellen strävar man till att uppnå bättre hälsa och att utveckla nya vårdmodeller. Negativt vårdande betyder att man varken vårdar friskhet eller obefintlig friskhet. I den negativa vårdmodellen sker ingen utveckling. Då negativt vårdande sker, har personen inte lyckats vårda sig själv och insjuknat eller så har personen inte vårdats tillräckligt av någon annan. Eriksson säger också att man kan indela vårdandet i två olika delar. Den fysiska delen som består av fysisk vård och renlighet, och den andra delen som består av lekande, förtroende och tillfredställelse (Eriksson 1987, s. 18).

Då man vårdar patienten, påverkar man patientens kroppsfunktioner. Biologiskt vill människan uppnå frihet, självständighet och självförsörjning. Då man vårdar någon betyder det att personen inte är kapabel att vårda sig själv. Då det är viktigt att känslan av att man har en egen identitet. (Eriksson 1987, s.22)

Att leka är en del av alla levande varelsers natur. Det är en viktig del av naturligt och yrkesmässigt vårdande. Att leka är ett sätt att kommunicera sina önskemål och behov. I leken är man delvis i en riktig verklighet, men delvis i en yttre verklighet vilket innebär

något nytt och spännande. Genom lek stärker man sin egen identitet genom att vara kreativ och utvecklas. Att leka kan jämföras med ett viloläge där man anpassar sig till förändring. (Eriksson 1987, s. 24-27)

Lärandet är hela tiden närvarande under livet. Dess form har ändrat karaktär till något främmande, likväl som vårdandet har förändrats under årens lopp. Då människan lär sig något, får hon nya idéer och möjligheter att uppfylla sig själv. Lärande sker mellan två personer Dels den som ger lärdom och den som mottar lärdom. Omgivningen påverkar också lärandet. Lärande kan delvis jämföras med narcissism eftersom det är ett sätt att utöva sig själv och växa som människa. Enligt Eriksson är resultatet av denna självutveckling, en mogen person som vårdar sina närmaste. (Eriksson 1987, s. 27-29)

## 6 DATAINSAMLING OCH METOD

I studien används forskningar som behandlar ämnet personcentrerad vård för minnessjuka. Studien är riktad mot hur vårdpersonalen ska kunna ge minnessjuka patienter god vård.

### 6.1 Datainsamling

Vid datainsamlingen har sökorden 'individanpassad', 'dementia', 'patient-centered', 'personalized', 'dementia' 'person-centered' använts. Artiklarna är svenskspråkiga, finskspråkiga eller engelskspråkiga. Forskningar som riktat sig mot familjen eller familjecentrerad vård har lämnats bort. Artiklar som undersökt beteendeterapi eller musikuterapi har lämnats bort. Artiklar som undersökt hur teknik påverkar vården har lämnats bort. Artiklar utgivna före år 2012 har inte använts i undersökningen för att få nya forskningsresultat. Artiklarna är sökta från Libguider med databaserna Academic search elite, Cinahl och Pubmed. Kvalitetsgranskningen är gjord enligt Röda korsets högskolans kvalitetsgranskningsmall för vetenskapliga forskningar (Röda korsets högskola, 2005). Alla använda artiklar är av god eller hög kvalitet.

### 6.2 Metod

Studien är en litteraturstudie med en systematisk approach. I studien beskrivs studiens process, frågeställningen och syftet med studien, hur data samlats in, hur data analyserats, presentation av resultatet från insamlad data och diskussion kring resultatet. (Aveyard 2014, s. 3) Analysmetoden är innehållsanalys, där man från forskningarna söker svar på frågeställningarna. Målet är att ta reda på vad god personcentrerad vård är, och att granska olika forskningar för att se vilka resultat de kommit fram till. (Forsberg 2008, s. 150-151) Det viktigaste i en kvalitativ undersökning är att noga välja vilken data man samlar in efter att ha granskat vad urvalet är. (Jacobsen 2007, s. 130) Eftersom

jag skriver en innehållsanalys, har jag tagit upp de ämnen min studie behandlar och sökt information om de ämnen jag tycker är relevanta att beskriva. (Jacobsen 2007, s.139)

Ämnet individanpassad vård har forskats tillräckligt mycket så det är inte nödvändigt att göra nya intervjuer eller enkätundersökning. Undersökningen är kvalitativ men en kvantitativ frågeställning kunde vara ”Mår dementa patienter bättre efter att individanpassad vårdform använts?”.

## 7 ANALYS

Artiklarna analyserades enligt Henricson (2016) riktlinjer för kvalitativ innehållsanalys. Analysformen är induktiv, där man utgår från innehållet i texten. I den första delen beskriver jag det manifesta innehållet i texten Enligt Henricson (2016), betyder manifest innehåll att man räknar upp eller anger vad som står i texten.

För att få en helhetsbild av innehållet i artiklarna, läste jag noggrant igenom dem flera gånger Sedan började jag söka svar på studiens frågeställningar. Svaren jag hittade, grupperades och indelades i kategorier som är presenterade som rubriker. Under processens gång ändrades rubrikerna flera gånger och slogs samman för att resultatet inte skulle vara fragmenterat. (Henricson 2016, s. 334-336)

Alla artiklarna är vetenskapliga artiklar eller vetenskapliga forskningar hämtade från skolans databaser. Valet av artiklar gjordes enligt hur relevanta de är för min frågeställning.

När jag började läsa igenom artiklarna, understreckade jag styckena som beskrev vad som är viktigt för att ge personcentrerad vård för minnessjuka personer. Sedan granskade jag vilka gemensamma faktorerna artiklarna hade och satte dem sedan under rubriker som passade resultaten. Många artiklar hade kommit fram till samma resultat, vilket gjorde grupperandet svårt. När man läser igenom resultatet, kunde många artiklar passa in under två eller flera av rubrikerna.

## 8 FORSKNINGSETISKA REFLEKTIONER

Studien är gjord enligt god forskningsetisk praxis och följer GVP- anvisningarna av forskningsetiska delegationen. (Forskningsetiska delegationen 2012, s. 18)

Etiska frågor kring undersökningen är att använda etiskt godtagbara artiklar, referera och redovisa använda artiklar, använda artiklar med lov och inte plagiera dem och presentera alla resultat som kommer fram i den använda litteraturen. (Forsberg 2008, s. 77)



## 9 RESULTAT

Resultatet är indelat i rubriker som förklarar hur man kan ge god personcentrerad vård för minnessjuka. Resultaten har uppstått under tiden artiklarna har analyserats, och gemensamma faktorer i artiklarna som påverkar personcentrerad vård bildar en rubrik.

### 9.1 Utbildning

En studie av Willemse et al (2014) säger att det finns behov av att vårdpersonalen skolas i att bättre tillgodose och observera psykosociala behov hos minnessjuka personer. I skolningen borde betonas hur de bättre kan kommunicera och relatera till personer med minnessjukdom. Men framförallt är det viktigt att studeranden uppmärksammar hur deras beteende påverkar den minnessjukas välbefinnande och hur många tillfällen det finns under dagens lopp att förbättra den minnessjukas vardag. (Willemse et al 2014, s. 451)

Bailey (2012) har skrivit en artikel vars syfte är att öka sjukskötarens förståelse för personcentrerad vård och sårbarhet i ålderdomen och hur de anknyter till varandra. Trots att de flesta vårdinstanserna förpliktigt sig att vårda äldre personer personcentrerat, kan delade åsikter om vilken vårdmodell som skall tillämpas och brist på kunskap om hur den ska genomföras, leda till att vårdkvaliteten varierar och är inkonsekvent. (Bailey, 2012, s. 43)

Board et al (2012), rapporterar i sin artikel om hur vårdpersonalens skolning kan förbättra vården av minnessjuka. Hälsoministeriet i Stor Britannien (2009) fastställde i sin vision 17 olika mål för att försäkra sig om att minnessjuka personer och deras vårdare får stöd med att leva med sin sjukdom. Den här artikeln fokuserar sig på punkt 13, som fastslår att vårdpersonal inom demensvården skall ha den nödvändiga kunskap som behövs för att leverera vård av hög kvalitet. Kunskapen erhålls genom kontinuerlig skol-

ning. Detta resulterade i att Bournemouth Universitet och Colten Care vårdhem i i södra England, samarbetade för att utveckla ett undervisnings program för vårdare som arbetade på vårdhemmen. I skolningen använde man sig av traditionella undervisningsmetoder, reflektiva övningar och olika projekt vars ändamål var att förbättra patienternas vård och omgivning. Trots att hälsoministeriet i Stor Britannien (2007) utgivit rapporter där man ifrågasatt vårdarnas förmåga att vårda patienter som individer, framkom det i programmet att vårdarna även tidigare strävat till att producera vårdhandlingar av hög kvalitet. Dessutom hade personalen ofta mycket kunskap om personerna som de vårdade. (Board et al, 2012, s. 29-31)

Enligt Edwards et al (2012), har en undervisningsintervention för primärvårdsteam utvecklats som utgår från resultaten i studien vars syfte var att undersöka ifall skolning i primärvården och personcentrerad vård kunde förbättra diagnostisering av demens. Undervisningsmaterialet innehåller exempel på olika situationer som utvecklats i grupparbeten och citat från minnesjuka personer och närstående vårdare för att man skall se deras perspektiv. Interventionen strävar till att utmana negativa åsikter om demens, uppmuntra personcentrerade handlingar vid kognitiv försämring och framförallt förbättra minnessjukas och närstående vårdarnas erfarenhet av primärvården. (Edwards et al 2015, s. 117)

Trots att flera studier visar att skolning är en viktig faktor när det gäller att leverera personcentrerad demensvård, skriver Mullan et al (2015), att skolning inte nämnvärt förbättrar känslan av kompetens hos personalen inom demensvård. (Mullan et al 2015, s. 407)

## **9.2 Livshistoria och personlighet**

I en studie gjord av Lesley Baillie (2012), undersökte man vuxna sjuksköterskestuderandes erfarenhet av att vårda äldre minnessjuka patienter i akut sjukhusmiljö. Studeranden, använde sig av fyra olika vårdstrategier i vården av minnessjuka på ett sjukhus:

Att lära känna patienten, involvera familjen, vårdhandlingar som är kreativa och flexibla och att kommunicera. Studeranden märkte att genom att ta sig tid, diskutera och lära känna den minnessjukas levnadshistoria kunde beteendestörningar undvikas. Studeranden delade med sig av den kunskap och information de fått till övrig personal som sedan kunde tillämpa kunskapen de fått för att undvika beteendestörningar. (Baillie 2012, s. 22-23)

Downs (2013) säger också att för att kunna vårda någon med respekt skall man känna till den minnesjuka personens personlighet och livshistoria.

I Patricia Higgins (2013) artikel fokuserar hon på hur vårdpersonalen på långtidsboenden genom att använda sig av personcentrerade vårdstrategier kan bemöta minnessjuka personers religiösa behov. För att kunna tillgodose deras religiösa behov, bör vårdarna samarbeta med lokala församlingar och framförallt känna till den minnessjukas livshistoria. I artikeln, fokuserar hon på personer med kristen tro, men samma principer gäller även personer med någon annan tro. (Higgins 2013, s. 25)

Enligt Abley (2012), är kärnan i McCormack's personcentrerade vårdmodell för äldre, att sjukskötaren skall vårda äldre med äkta medvetenhet. Det betyder att sjuksköterskan uppmuntras att förstå patientens värden och ser patienten som en helhet genom att lära känna patientens livshistoria och personlighet. (Abley 2012, s. 43)

Thompson (2012) skriver i sin artikel om hur man kan stöda personalen att utveckla och upprätthålla biografiska arbetsredskap vården. Livshistoria begreppet har lyfts fram som ett redskap för att förbättra vården av äldre personer, framförallt minnessjuka personer. Hon lyfter fram ett antal olika biografiska arbetsverktyg och tillvägagångssätt hur man på bästa sätt kan samla information om en person. Man kan t.ex. samla information i ett kollage, en minneslåda, en livsberättelsebok, osv. Tidigare studier har visat att när vårdarna känner till patientens livsberättelse, har vårdaren lättare att förstå pati-

entens beteende vilket leder till personcentrerad vård av högre kvalitet. Vidare, understryker Thompson (2012), vikten av starkt ledarskap och utvecklande av positiv arbetskultur för att bevara livshistoria som ett arbetsredskap. (Thompson 2012, s. 16-18)

### 9.3 Familjen

Baillies (2012) studie visar att genom att involvera familjen, kunde man lära sig mycket om patientens levnadshistoria. Man hade till exempel stora problem att få en patient att äta och endast efter att en familjemedlem meddelat personalen om hurudan mat patienten var van att äta hemma, fick man patienten att äta bättre på avdelningen. (Baillie 2012, s. 24)

Förutom vården av den sjuka personen måste man också ta i beaktande och stöda deras familjemedlemmar. Också vårdpersonalens välmående är viktigt. (Downs 2013) För att personcentrerad vård skall lyckas, skall man diskutera med familjen för att också stöda deras åsikter om vården. Patienten skall ses som en helhet och hens önskemål och vården tas i beaktande, men även närstående som vårdar patienten där hemma behöver stöd. (Whitlach 2013, s. 31) Ofta är det den minnessjukas önskan att någon närstående fungerar som deras vårdare. Det är det viktigt att ta i beaktande att en närstående inte alltid kan ge den vård som önskas av den minnesjuka. Man borde kartlägga vilka vården och önskemål den minnessjuka har och ta reda på om närstående vårdaren kan uppfylla dessa behov och önskemål. (Whitlach 2013, s. 33)

I Higgins (2013) artikel, skriver hon att för att tillgodose minnessjukas själsliga behov, måste man allra först diskutera med personen själv eller med en familjemedlem eller släkting för att ta reda på den minnessjukas livshistoria och personlighet. Den minnesjuka kanske behöver hjälp med att be en bön vid olika tider i dygnet men vårdpersonalen kan inte tillgodose detta behov eftersom de inte känner personen tillräckligt. Därför vore det viktigt att man redan när personen flyttar till boendet, tar reda på och dokumenterar eventuella religiösa önskemål. Man kan diskutera detta med personen själv, men

om det inte är möjligt, kan man fråga familjen eller övriga släktingar. Denna information är även viktig ifall vård i livets slutskede skulle bli aktuellt. (Higgins 2013, s. 28)

Board (2012) behandlar i sin artikel samarbetet mellan Colten Care, ett vårdhem i södra England och Bournemouth Universitet. Syftet med samarbetet var att utveckla ett undervisningsprogram, för personalen på tre av Colten Cares vårdhem. Programmet antog ett personcentrerat synsätt gentemot patienter och personal. Man försökte stöda personalen i att göra förändringar i vårdrutinerna i vårdhemmen där de arbetade. I värderingen av programmet, framkom det att personalen upplevde att de fått djupare insikt i demensvård och att samarbetet med den minnessjukas familj gav personalen insikten att den minnessjuka personen är en individ som är älskad av sin familj. (Board et al 2012, s. 29-31)

Reamy et al. (2012) säger att det finns mycket evidens på att de minnesjuka personerna värdesätter högre vikten av värdig vård än deras familjemedlemmar då sjukdomen fortskrider. Mellan vårdpersonal och den minnesjuka personen finns det å andra sidan inte sådan skillnad. Det är vanligt att närstående vårdarna inte riktigt förstår vad den minnesjuka personen värdesätter och hurudan vård hen vill ha. (Whitlach 2013, s. 33-35)

## **9.4 Bemötande**

I en studie av Willemse et al (2014), undersökte man till vilken grad vårdpersonalens växelverkan med patienterna mötte deras behov, eller underminerade dem, och hur växelverkan påverkar patienternas välmående. Resultatet i Willemses studie understryker vikten av personcentrerad växelverkan mellan vårdpersonal och minnessjuka. Vårdhandlingar som ökar välbefinnande; stöd av egenvärde, identitet och delaktighet, reflekterar kärnan i personcentrerad vård. (Willemse et al 2014, s. 449-450)

Flexibla och kreativa bemötanden är viktiga. Ofta är vården på sjukhus uppgiftsbetonad och rutinerad men om man i vården tar i beaktande patientens personlighet och avviker

lite från den sedvanliga rutinen, kan man nå bättre resultat. I många fall uppskattades inte detta av den ordinarie personalen men oftast gick de med på vissa omställningar när de märkte att strategin fungerade bättre än den sedvanliga rutinen. (Baillie 2012, s. 24)

I kommunikationen försökte vårdarna vara lugna och genom ansiktsuttryck och kroppsspråk visa att de förstod patienten. Kroppsspråket säger mer än ord. Det visade sig även vara viktigt att öka trygghetskänslan hos patienten om en vårdare de känner sedan tidigare fungerar som ledsagare till olika avdelningar eller ingrepp. En patient som var besvärlig vid vårdtillfällena, kunde vårdas utan problem så länge hon fick ha med sig sin "teddybear". I vårdplanen skrev man in att "teddybear" alltid måste vara med om/när patienten skulle ledsagas någonstans (Baillie 2012, s. 24-25)

Downs (2013) säger att i växelverkan och vårdhandlingar ska man utgå från den funktionsförmågan som ännu finns, istället för att betona den funktionsförmågan som förlorats. NICE, The National Institute for Health and Clinical Excellence och SCIE, Social Care Institute for Excellence i Stor Britannien säger att för att uppfylla de psyko-sociala behoven hos människan skall vården vara person centrerad, också kommunikation skall vara person centrerad eftersom då tas personens egna resurser i beaktande.

Om man inte redan vid lindrig och medelsvår demens, tar reda på den minnessjuka personens värden och önskemål angående sin vård, förverkligas inte personcentrerad vård. Personcentrerad vård förutsätter att vårdaren respekterar den minnessjuka personens egen vilja så länge det är möjligt. När det inte längre är möjligt, respekterar man patientens vårdtestamente om ett sådant är upprättat. (Whitlatch 2013, s. 31-32)

Det är viktigt att kommunikation och diskussioner förs mellan både den minnessjuka personen och hennes närståendevårdare. Man bör se till att närståendevårdaren fullt förstår vad den minnessjuka personen värdesätter i sin vård och vilka önskemål hon har. (Whitlatch 2013, s. 35)

I sin artikel lyfter Bailey (2012) fram tre personcentrerade vårdmodeller vilka alla betonar vikten av personcentrerad kommunikation. Behovet av att fråga om äldre personers känsla av sårbarhet är något nytt. Tidigare personcentrerade vårdmodeller har inte uppmärksammat sambandet mellan patientcentrerad vård och individens egen känsla av sårbarhet. En av vårdmodellerna heter ”Sinnenas ramverk” När patienten upplever att följande sex sinnen tas i beaktande och uppfylls i vården, kan vården kallas personcentrerad. Sinnena är; trygghet, kontinuitet, behörighet, ändamål, framgång och betydelse. När den här vårdmodellen tillämpas, hjälper det vårdarna att veta hur de skall kommunicera med patienterna för att kunna bemöta patienternas behov. (Abley 2012, s. 43-46)

## 9.5 Psykosociala faktorer

I den personcentrerade vårdmodellen understryker man att det oftast är svårt för en minnessjuk person att veta vilka deras psykologiska behov är, på grund av att deras kognitiva och fysiska funktionsförmåga försämrats. Då psykologiska behov inte möts, kan det leda till beteendestörningar. Syftet med en studie gjord i Belgien av Bernadette M. Willemse, var att undersöka hur växelverkan mellan vårdpersonal och minnessjuka på nio olika Belgiska boenden för minnessjuka, kan påverka minnessjukas psykologiska hälsa positivt eller negativt. I studien deltog 52 minnessjuka och man använde dementia care mapping (DCM) metoden för att undersöka hur olika faktorer påverkade välmående hos dessa personer. Resultatet visade att välmående ökade vid faktorer som positivt höjde den minnessjukas känsla av identitet, delaktighet och egenvärde. De faktorer som påverkade den minnessjuka negativt var när man mindervärderade behov av trygghet, delaktighet och sysselsättning. (Willemse et al 2014, s. 444)

Det kan finnas flera förklaringar till varför resultatet i Willemse et als (2014) studie visar att en del vårdhandlingar som borde ha ökat välbefinnandet, inte gjorde det. En förklaring kunde vara att trots att man kan anta att alla människor har psykologiska behov, kan behovet ändå variera på grund av bakgrundsfaktorer så som personlighet, livshistoria och minskad kognitiv förmåga. Man kan anta att trots att en handling var personcentrerad, mötte den inte personens individuella behov. Detta visar hur viktigt det är att

vården är individanpassad och att man värderar den minnessjukas behov dagligen. (Willemse et al 2014, s. 450)

Whitlatch (2013) säger att det är viktigt att i ett tidigt skede ha psykosociala mötet med minnessjuka och deras familjemedlemmar. Det är dock vanligt att den minnessjuka och hans familj inte får det stöd de behöver i sjukdomens tidiga skede. Efter att en person fått en diagnos på minnessjukdom, vore det viktigt att i ett tidigt ta reda på hurdana tankar detta väcker hos den minnessjuka. I ett tidigt skede har den minnessjuka ännu kvar en starkt identitet och "jag" känsla. (Whitlatch 2013, s. 30)

I sin artikel skriver Higgins (2013) att man i en studie med 113 minnessjuka som var troende, fann att de fortfarande deltog i minnesstunder som ordnades på boendet, delvis på grund av att det tillfredställde deras behov av social samvaro. För dem som varit troende hela sitt liv, kan symboler, ritualer och religiösa rutiner fungera som en livslina mellan det förflutna och nuet. För personer som kanske känner sig otrygga och förvirrade, kan tron inge lugn och en känsla av trygghet. I minnessjukdomens tidiga skede kan tron kan vara en källa till välbefinnande och hjälpa personen att bättre hantera svårigheterna med att leva med sjukdomen. (Higgins 2013, s. 26)

Nutidens vårdkultur är oftast uppgiftsbetonad och man sköter den minnessjukas grundvård istället för att bemöta behov så som egenvärde, identitet och delaktighet. Detta bekräftar oron över att minnessjukas psykosociala individuella behov inte tas i beaktande av personalen. Detta kan bero på att behoven värderas olika. Grundbehov som trygghet och välbefinnande prioriteras över psykosociala behov. (Willemse et al 2014, s. 450)

I Downs (2013) artikel betonas det att det viktigaste i vård av minnessjuka är att höga patientens värde som människa. NICE, The National Institute for Health and Clinical Excellence och SCIE, Social Care Institute for Excellence har publicerat riktlinjer för vård av minnessjuka år 2007. Där betonas vikten av att bemöta den minnessjuka perso-



nens psyko- sociala behov. Det är även viktigt att man tar i beaktande vårdpersonalens och närstående vårdarens psykosociala behov. Enligt NICE och SCIE innebär personcentrerad vård att vårdaren ser patienten som en helhet. Vårdaren respekterar patientens livshistoria, personlighet, religiösa- och spirituella tro och bakgrund. Patientens vårdas med värdighet och respekt. Vårdaren förstår att beteendestörningar oftast uppstår då patientens behov inte uppfylls. (Down 2013, s. 52-55)

Enligt Downs (2013) är det viktigt att man vet hur patienten själv upplever sin minnessjukdom. Man skall också ta i beaktande och försöka fylla deras psykologiska behov. Whitlatch (2013) poängterar att trots att det finns typiska symptom och beteenden hos minnessjuka personer, är det viktigt att ta i beaktande att minnessjuka personer har olika personligheter. I Mini Mental State Examination (MMSE), vilket är en minnestest, kan personer som får poäng så låga som 16/30 ge riktiga och ändamålsenliga svar om sin hälsa, aktivitet och fysiska kapacitet. Alla personer, oavsett vilken grad av demens de har, måste ges en chans att besvara frågorna och i tolkningen av svaren skall man iaktta vad som betjänar den minnessjuka personen på bästa sätt. (Whitlatch 2013, s. 31)

## **9.6 Självkänsla och välbefinnande**

Enligt Mullan et al (2015), var syftet med en australiensk empirisk studie där 61 vårdare inom demensvården deltog, att belysa betydelsen av faktorer som kan påverka personalens känsla av kompetens. Då personalen inom demensvård upplever att de har den kompetens som behövs för att sköta minnessjuka, minskar personalens risk för utbrändhet. Det i sin tur, kan leda till demensvård av högre kvalitet, då personalen upplever att beteendestörningar kan förhindras och deras attityd gentemot beteendestörningar är mindre negativ. Attityder och personcentrerade strategier var utmärkande individuella förutsägande faktorer när det gäller en självkänsla av kompetens. Attityder mot minnessjuka var den komponenten som mest påverkade personalens känsla av kompetens. Däremot påverkade inte skolning och kunskap nämnvärt personalens självkänsla av kompetens. (Mullan et al 2015, s. 407-411)

Willemse et al (2014) säger att vårdhandlingar som riktade sig mot minnessjukas behov av välbefinnande och sysselsättning, höjde inte deras välbefinnande i lika stor grad som handlingar riktade mot behoven av identitet, delaktighet och egenvärde. (Willemse et al 2014, s. 449)

Det framkom i studien två faktorer som tydligt hade negativ effekt på den minnessjukas välbefinnande. Situationer där vårdaren inte var lugn och gav tid åt personen och situationer där vårdaren ignorerade den minnessjukas behov. (Willemse et al 2014, s. 449)

Vårdhandlingar som ökade välbefinnandet och riktade sig mot identitet, delaktighet och egenvärde kunde delas in i fyra situationer. Situationer där personalen behandlade minnesjuka med respekt och tog i beaktande deras människovärde. Situationer där personalen lyssnade på den minnesjuka och tog dess problem på allvar. Situationer där personalen gav den minnesjuka komplimanger om utseende eller vad de åstadkommit och situationer där man hade roligt och kunde skratta tillsammans. (Willemse et al 2014, s. 448 )

Abley (2012) skriver i sin artikel att VIPS vårdmodellen, som riktar sig specifikt mot dementa, har fyra huvudkomponenter: värdera minnesjuka och deras vårdare, bemöta människor som individer, iaktta världen ur den minnessjukas perspektiv och skapa en positiv social omgivning där den minnesjuka kan uppleva välbefinnande. När den här modellen används, fokuseras personen bakom sjukdomen och den sociala omgivningen. (Abley, 2012, s. 43)

I Higgins (2013) artikel, betonar hon att vårdaren måste ta i beaktande att tron även kan vara skadlig för en del personers välbefinnande. Till exempel om de blivit besvikna på livet och upplevt att Gud övergivit dem. Dessutom är det viktigt att vårdarna inte påtvingar sin egen tro och sina egna värden. (Higgins 2013, s. 28)

## 9.7 Multiprofessionellt samarbete

Enligt Reuben et al (2012) innebär demensvård att koordinera social och medicinsk vård, instruera vårdare och rådgiva familjer. Läkare har ofta inte tid och i vissa fall saknar kunskap att adekvat hantera alla aspekter inom demensvården. För att förbättra demensvårdens kvalitet och minska på kostnaderna, har många olika demensvårdsprogram utvecklats. Kaliforniens Universitet i Los Angeles utvecklade ett demensvårdsprogram i samarbete med olika kommunala organisationer (University of California at Los Angeles Alzheimer's and Dementia Care= UCLA ADC) för att kunna erbjuda allsidig, koordinerad och personcentrerad vård för minnessjuka individer. Studiens mål var att förbättra minnessjukas funktionsförmåga och självständighet; minimera vårdarnas stress: och minska onödiga kostnader. (Reuben et al 2013, s. 2214)

Reubens rapport beskriver programmets kliniska aspekter och dess verksamhet och erfarenhet av de första 150 personerna som deltog i programmet. Programmet består av fem kärnkomponenter; rekrytering och demens registrering, strukturerad bedömning av personerna i registret och deras vårdare, demens vårdplaner som baserar sig på behovsbedömning och bashälsovårdens läkarinsatser, uppdatering av vårdplanen vid behov och möjlighet till hjälp och rådgivning 24 timmar i dygnet. (Reuben et al 2013, s. 2215)

Trots framsteg i diagnostisering och behandling av minnessjukdom, är det många individuella behov och familjens behov som inte tillfredställs. De flesta framgångsrika försök som gjorts för att förbättra demensvård, har förlitat sig på samförvaltnings modeller som oftast engagerar en minnesskötare. För att kunna avgöra ifall den här modellen kommer att nå sina mål; förbättra vården för individerna, befolkningen och minska på kostnaderna, krävs det att modellens alla komponenter värderas och hur framgångsrikt den uppnått personcentrerade mål. Detta är en delrapport eftersom programmet fortsätter i många år, men minnesjuka, vårdare och läkare har gett positiv feedback. Ifall programmet når sitt mål att producera högre kvalitet på demensvården, kunde programmet ha potential att bli en nationell modell för mångsidig demensvård. Om inte endast läka-

ren, utan hela primärvårdsteamet blir bättre på att känna igen symtom på demens, kunde det förbättra upptäckten av demens. (Reuben et al 2013, s. 2217)

För bättre känna igen tecken på demens, och på så sätt förbättra diagnostiseringen, borde enligt Edwards et al (2015), skolningen inte enbart rikta sig mot läkarna utan även mot hela primärvårdsteamet. (Edwards et al 2015, s. 117)

## 9.8 Förändring

För att gå mot mer person-centrerat vård bör avdelningar och anstalter ändra på vårdkulturen och arbetsrutinerna på arbetsplatsen. Det kommer att vara en utmaning säger NICE och SCIE, eftersom personcentrerad vård kräver mer tid att planera och utföra. (Down 2013: 55) För att kunna satsa på god vård för minnesjuka, krävs det skolad och kompetent vårdpersonal. Man bör alltså skola vårdpersonalen och hålla arbetarna informerade. För att undvika att minnesjuka personer blir utfrysade i samhället, borde det finnas skilda samhällen för minnesjuka var de inte blir diskriminerade. Sådana samhällen bildas mer och mer hela tiden i olika länder i världen. (Down 2013, s. 56)

Sjuksköterskestuderande på sjukhus vårdar ofta under sin praktik äldre minnessjuka patienter. Leslie Baillie (2012), lyfter fram i sin studie de olika vårdstrategierna studeranden tillämpade. Strategierna var kreativa och flexibla men det var inte alltid lätt att tillämpa dem på grund av sjukhusets strikta rutiner och regler. Studenterna arbetade personcentrerat och lärde känna patienten och patientens livshistoria. Även patientens familj involverades. Ofta är det skyndsamt på ett sjukhus och det kan vara svårt att utöva personcentrerad vård men om man trots det satsar på personcentrerad vård och det är något som studerande lär sig när de praktiserar, kommer de sedan i sin tur när de arbetar som sjukskötare, använda sig av dessa strategier. (Baillie, 2012, s. 26)

Även Thompson (2011), nämner i sin artikel att det kan vara svårt att införa nya vårdstrategier. Trots att det fastställts att biografiska arbetsredskap förbättrar vården av äldre minnesjuka personer, finns det ett antal begränsande faktorer till varför människor inte deltar i strategin. Det kan vara tidsbrist, att det saknas stöd och resurser, eller att det saknas förståelse och kunskap inom ämnet. Ibland börjar men entusiastiskt med den nya vårdstrategin men när sedan vårdaren som påbörjat strategin inte av någon anledning kan fortsätta ansvara för projektet, avslutas det. (Thompson 2011, s. 20)

Termen sårbar används ofta i vården. Bailey (2012) menar att det är stor skillnad på hur äldre personer upplever sin egen sårbarhet och hur vårdpersonalen upplever patienternas sårbarhet. Äldre personer, ser sårbarhet som en känsla de upplever i vissa situationer, t.ex. ifall de är helt beroende av andra personers hjälp. Däremot upplever vårdpersonalen att äldre personer är sårbara då de är mentalt och fysiskt utsatta. För att kunna ge äldre personer bättre personcentrerad vård, borde personalen fråga patienterna om de känner sig sårbara och i vilka situationer de upplever en känsla av sårbarhet. (Abley 2012, s. 46)

För att personcentrerad vård skall vara fullständig och fungerande, skall det finnas tjänster till förfogande som erbjuder personcentrerad vård. Vården skall vara av god kvalitet, pålitlig och prissättas så den är konkurrenskraftig. (Whitlatch 2013, s. 31)

Higgins (2013), skriver att ifall demensboendet inte har någon anknytning till ett samfund eller en kyrka, kan det vara en utmaning att bemöta minnessjukas religiösa behov. Trots att aktivt samarbete krävs av både kyrkan och personalen på demensboendena, kräver samarbetet att personalen på boendet är den aktiva parten och att någon där tar det första steget för att knyta kontakt med något religiöst samfund. (Higgins 2013, s. 29)

I sin artikel skriver Abley (2012) att finns flera patientcentrerade vårdmodeller riktade mot äldre, som kan tillämpas i praktiken. Vårdenheterna måste komma överrens om vil-

ken modell de önskar använda, planera hur det skall fullföljas och utveckla sätt att mäta dess effekt på äldre människor. Oftast förväntas personalen tillämpa personcentrerade principer i vården trots att de inte vet vad det betyder i praktiken. Genom att tillämpa en specifik vårdmodell, blir vården enhetligare och kvaliteten i vården högre, eftersom vårdarna har gemensamma riktlinjer. (Abley 2012, s. 46)

Board et al (2012), betonar i sin artikel hur skolning av vårdpersonal kan få dem att förändra vårdrutiner eftersom de ser saker ur ett nytt perspektiv. Genom reflektiva övningar; uppmanades vårdarna att på sin arbetsplats, sitta ner och iaktta växelverkan mellan vårdare och boenden. De skulle iaktta situationen med nya ögon och försöka uppleva sig själva som patient istället för vårdare. Vårdarna sade att det var första gången de tänkt på vårdsituationer ur patientperspektiv. Dessa övningar resulterade i att boendens perspektiv infördes i undervisningsprogrammet. Skolningens syfte var även att ändra på negativa attityder gentemot demensvård genom att öka personalens kunskap i ämnet. (Board et al 2012 s. 29-30)

Enligt Mullan et al (2015) har den empiriska australienska studien om hur positiva attityder och personcentrerad vård påverkar personal inom demensvård visat att i motsats till vad som vanligen undersöks i litteratur som behandlar demensvård, förutsåg varken kunskap om demens eller träning vårdarnas känsla av kompetens. Om man kan påverka känslan av kompetens, för att förbättra demensvården, kunde en förändring i vårdmetoder vara motiverad. När man sätter in resurser för att öka den allmänna kunskapen om demens, kunde man satsa på skolning som förbättrar personalens attityd mot minnessjuka och uppmuntra dem att använda sig av personcentrerade vårdstrategier i vården. En sådan förändring kräver omvärdering av attityder, men den kunde förbättra kvaliteten inom demensvården. Mullan et al 2015, s. 413)

Eftersom det är viktigt att demens diagnostiseras i ett så tidigt skede som möjligt, menar Edwards et al (2015) att läkarna i primärvården inte skall använda ordet demens, utan istället tala om kognitiv försämring i möten med patienterna. Eftersom då, upplever pa-

tienterna och läkarna diagnosen som mindre hotfull och vidare undersökning och behandling påbörjas i ett tidigare skede. (Edwards et al 2015, s. 117)

Dessutom skriver Edwards et al (2015) att man borde hjälpa läkarna att se vårdprocessen ur patientens vinkel och beskriva vad en person med kognitiv försämring upplever. Detta skulle hjälpa läkarna känna igen demens symtom som inte följer normalt mönster. (Edwards et al 2015, s. 117)

Thompson (2011), skriver i sin artikel att trots att man mer och mer i litteraturen stöder användningen av biografiska arbetsredskap för att förbättra personcentrerad vård, kan det vara svårt att uppnå och bevara förändring i vårdkulturen. För att begreppet livshistoria framgångsrikt kan introduceras som ett viktigt hjälpmedel i vården, är det viktigt att ta reda på organisationens vårdkultur och försäkra sig om att ledningen är positivt inställd till förändring. Man måste sträva till att alla i organisationen förstår, fördelen med biografiska arbetsredskap, motiverar alla att delta i arbetsprocessen, försäkras sig om att det finns tillräckligt med resurser och uppmuntrar till kreativitet. Det är viktigt att alla i personalen deltar i planeringen, genomförandet och värderingen. (Thompson 2011, s. 21)

## 10 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING

I det här kapitlet diskuteras sambandet mellan resultatet i min studie, mitt teoretiska perspektiv och forskningsöversikten. En brist i forskningsöversiktens artiklar är att endast en studies målgrupp riktar sig mot dementa (Hunter 2016). De övriga målgrupperna riktar sig mot vårdorganisationer och vårdinrättningar (Kullberg 2017; Naldemirci 2017; Santana 2017; Caspar 2016). Man bör dock ta i beaktande att en stor del av patientunderlaget i dessa instanser, består av personer med minnessjukdom. Även Eriksson (1987) skriver om vårdande av personer med olika slags hälsohinder, inte endast vårdande av minnessjuka.

Enligt Eriksson är hälsa ett dynamiskt tillstånd och olika hälsoprocesser. Dessa processer skall ske inom människan men även med vänner, familj och vårdare. (Eriksson, 1987)

Vikten av att involvera familjen framkommer även i studiens resultat. Baillie (2012), Downs (2013), Whitlatch (2013), Higgins (2013) och Board et al(2012) poängterar i sina studier vikten av att involvera familjen.

I forskningsöversikten, säger Kullberg (2017) i sin studie, vars syfte är att jämföra personcentrerad rapportering med icke verbal rapportering på en onkologisk avdelning, att man uppmuntrar familjemedlemmar att delta i den personcentrerade rapporteringen. Men resultatet visade att patientbelåtenheten inte ökade nämnvärt. (Kullberg et al., 2017) Man kan tänka sig att resultatet varit annorlunda om målgruppen varit en demensavdelning istället för en onkologisk avdelning.

Eriksson talar om den positiva och negativa vårdmodellen. I den positiva modellen, strävar man till att uppnå bättre hälsa och utveckla nya vårdmodeller. (Eriksson, 1987) Hon talar även om lärandet som är närvarande genom hela livet, vilket är en möjlighet



att uppfylla sig själv. Resultatet av denna självutveckling, är en mogen person som vårdar sina närmaste. (Eriksson, 1987)

Utbildning och förändring är viktiga faktorer i implementeringen av personcentrerad vård av minnessjuka i forskningarna av Willemse et al 2014 Bailey (2012), Board et al (2012), Edwards et al (2012)

I forskningen av Mullan et al (2015), framkommer det att skolning inte nämnvärt påverkar personalens känsla av kompetens i vården av minnessjuka.

Alla fem artiklar i forskningsöversikten, betonar vikten av vårdkulturen i organisationen då man implementerar personcentrerad vård. (Kullberg, 2017; Naldemirci, 2017; Santana, 2017; Hunter, 2016; Caspar, 2016). I mitt resultat saknas en sådan rubrik men jag anser att vårdkulturen innefattar alla mina rubriker. Framförallt rubrikerna utbildning, multiprofessionellt samarbete och förändring.

Eriksson (1987) säger att då man vårdar någon, betyder det att den personen inte är kapabel att vårda sig själv. Då är det viktigt att de ändå känner att de har en egen identitet. Det är även viktigt att inte se på patienten som ett objekt, utan istället se på patienten som någon man samarbetar med.

Bemötandets betydelse i personcentrerad vård av minnessjuka, togs även upp i resultatet i forskningarna av Baillie (2012), Downs (2013), Whitlatch (2013), Bailey (2012) & Abley (2012).

Både i forskningsöversikten och i studiens resultat tas det upp att brist på tid och resurser är en orsak till att man inte tar i bruk vårdmodeller som stöder personcentrerad vård (Baillie 2012; Thompson 2011; Naldemici et al 2017; Edwards et al 2014).

I studiens resultat framkom även att psykosociala faktorer och multiprofessionellt samarbete är viktiga faktorer i god personcentrerad vård. Dessa faktorer framkommer troligtvis inte i Erikssons teori, eftersom de hör till nutiden. Då Eriksson utvecklade sin vårdteori, talades det inte om termerna psykosociala faktorer och multiprofessionellt samarbete.

Eftersom det här är mitt första examensarbete sjunker reliabiliteten på studien. Studien har också ganska få analyserade artiklar eftersom jag begränsat sökningen till enbart personcentrerad vård av minnessjuka personer. Studien innefattar både forskningar och vetenskapliga artiklar vilket beror på brist på tillräckligt många forskningar kring ämnet.

De äldsta artiklarna är från år 2012 och nyaste från år 2014 vilket gör att studien inte är helt uppdaterad. Studien påbörjades år 2016 vilket är orsaken till att artiklarna är äldre. I sökningen år 2018, fanns det inte nyare artiklar som jag skulle ha kunnat ta med i arbetet. Det har använts få sökord vid datainsamlingen eftersom frågeställningen är väldigt specifikt inriktad på en viss persongrupp.

Vid kvalitetsgranskning har en mall för kvalitetsgranskning av vetenskapliga forskningar använts. Eftersom man i arbetet använt forskningar och vetenskapliga artiklar, har det inte varit relevant att granska alla punkter i mallen eftersom vetenskapliga artiklar inte har någon metod. På alla vetenskapliga artiklar har man gjort "peer review", vilket gör dem reliabla.

Vid analysen av de valda artiklarna, har analysmetoden varit bristfällig eftersom jag inte analyserat artiklar tidigare. Resultatet i studien kan därför vara något svårtolkad. För att lättare få en beskrivning på frågeställningen, kunde jag ha kortfattat ha behandlat olika teman som kommer upp i de olika artiklarna istället för att ha rubriker. Ett annat problem i resultatet är att det i en artikel finns teman som hör till flera rubriker, men är nu endast nämnd under en rubrik.

## 11 KÄLLOR

Abley, C., 2012, Responding to vulnerability in old age: patient-centred care, *Nursing Standard/RCN*

Aveyard, Helen, 2014, Doing a literature review in health and social care, *A practical guide*, Bell and bain, Glasgow, s.187.

Baillie, L., Merritt, J. & Cox, J., 2012, Caring for older people with dementia in hospital Part two: strategies, *Nursing older people*, 24(9), s. 22-26.

Board, M., Heaslip V., Fuggle, K., Gallagher, J. & Wilson, J., 2012, How education can improve care for residents with dementia, *Nursing older people*, 24(5), s. 29-31.

Caspar, S., Ratner, P. A., Phinney, A. & MacKinnon, K., 2016, The influence of Organizational Systems on Information Exchange in Long-Term Care Facilities: An Institutional Ethnography, *Qualitative Health Research*, 26(7), s. 951-965.

Downs, Murna, 2013, Putting people and compassion first: The United Kingdom's approach to person-centered care for individuals with dementia, *Journal of the American society on aging*, 39(3), 53-59.

Edwards, R., Voss, S. & Iliffe, S., 2014, Education about dementia in primary care: Is person-centredness the key?, *Dementia*, 13(1), s. 111-119.

Erkinjuntti, Timo & Huovinen, Maarit, 2003, Kun muisti pettää, Muistihäiriöt ja dementia, WSOY, Helsinki, s. 2007.

Eriksson, Katie 1987. *Hoitamisen idea*. Forssan kirjapaino Oy, 93 s.

Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm, Natur och kultur, 216s.

Forskningsetiska delegationen 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*, 44s.

Tillgänglig: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) Hämtad:9.1.2018

Henricson, Maria, 2016. Vetenskaplig teori och metodik, *Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB, 590 s.

Higgins, P., 2013, Meeting the religious needs of residents with dementia, *Nursing older people*, 25(9), s. 25-29.

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

Huovinen, Maarit, 2004, Muistihäiriöt, *Muistipulmia voidaan ehkäistä, tutkia ja hoitaa. Edessä on hyvä muistoja*, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä, s. 192.

Innes, A. & Surr, C. 2001. *Measuring the well-being of people with dementia living in formal care settings: the use of Dementia care mapping*, Tidskrift utgiven av Aging & Mental health. Nr 5, s. 258-268.

Kullberg, A., Sharp, L., Johansson, H., Brandberg, Y. & Bergenmar, M., 2017, Patient satisfaction after implementation of person-centred handover in oncological inpatient care – A cross-sectional study., *PLoS ONE*, 12(4), s. 1-14.

Muistiliitto Tillgängigt: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/> Hämtad: 12.12.2017

Mullan, A. & Sullivan, K., 2015, Positive attitudes and person-centred care predict of sense of competence in dementia care staff, *Aging & Mental Health*, 20(4), s. 407-414.

Munnukka, Terttu & Aalto, Pirjo, 2002, Minun hoitajani, Näkökulmia omahoitajuuteen. Tammi, Vantaa, 192 s.

Naldemirci, Ö., Wolf, A., Elam, M., Lydahl, D., Moore, L. & Britten, N., 2017, Deliberate and emergent strategies for implementing person-centered care: a qualitative interview study with researchers, professionals and patients, *BMC Health Services Research*, 17, s. (1-10).

Reuben, D.B., Evertson, L.C., Neil, W.S., Serrano, K., Chodosh, J., Ercoli, L., & Tan, Z.S., 2013, The University of California at Los Angeles Alzheimer's and Dementia Care Program for Comprehensive, Coordinated, Patient-Centered Care: Preliminary Data, *Innovative The American Geriatrics Society*, 61(12), s. 2214-2218.

Röda Korsets Högskola, 2005. Tillgängligt:

[https://www.rkh.se/PageFiles/466/mall\\_granskning.pdf](https://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf) Hämtad: 27.4.2018

Santana, M.J., Manalili, K., Jolley, R.J., Zelinsky, S., Quan, H. & Lu, M., 2017, How to practice person-centred care: A conceptual framework, *Health Expectations*, 21, s. 429-440.

Sjögren, K. et. al. 2013. Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*, s. 2196– 2206.

Voutilainen, Päivi & Laaksonen, Katriina, 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. *Askel eteenpäin*, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 192s.

Whitlatch, j., Carol, 2013, Person-centered care in the early stages of dementia, *Journal of the American society on aging*, 37(3), s. 30-36.

Willemse, B., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A. M., 2014, Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being, *Aging & Mental Health*, 19(5), s.444-452.

## 12 BILAGA

Författare & årtal	Syfte	Datainsamlings- metod	Huvudresultat
Baillie, Merritt & Cox (2012)	Undersöka i akut sjukhusmiljö studerandens upplevelse av att vårda äldre med demens	Tvärsnittstudie. Tematisk analysering av data Fyra målgrupper, bestående av 464 vårdstuderanden i ett engelskt universitet	Personcentrerade vårdstrategier; lära känna personen, involvera familjen, flexibla och kreativa vårdhandlingar och kommunikation  Studeranden hade ofta svårt att anpassa strategierna till sjukhusets arbetsrutiner
Willemse, Down, Arnold, Smit, de Lange & Pot (2015)	Undersöka till vilken grad vårdpersonaens växelverkan påverkar patienternas välmående	Tvärsnittstudie. DCM demencia care mapping  51 minnessjuka personer på nio olika vårdhem	Vårdhandlingar som ökar välbefinnande: stöd av egenvärde, identitet och delaktighet  Vårdpersonalen  bör skolas i att bättre tillgodose och observera psykosociala behov. Viktigt att vårdaren uppmärksammar hur hans beteende påverkar patientens välbefinnande
Reuben, Evertson, Wenger, Serrano, Chodosh, Ercoli, Zaldy & Tan (2013)	Förbättra minnessjukas funktionsförmåga och självständighet, minimera vårdarnas stress och minska onödiga kostnader genom ett specifikt demensvårdsprogram	Prospektiv kohortstudie. 90 mins intervjuer med personal, 150 patienter och familjer som är registrerade i ett vårdprogram för dementa patienter. (UCLA & ADC). Delrapport. Forskningen pågår fortfarande.	Flera utmaningar. demenspatienternas urvalsprocess, bristfällig sjukvårdsdokumentation, läkarnas ovilja att lämna över demenspatienternas vård till läkarna som deltog i vårdprogrammet och hanteringen av all data.  I de första vårdplanerna hänvisades patienterna till olika stödgrupper (73%), stödgrupper för närstående-vårdare (45%) och åt en del patienter rekommenderades ändringar i medicineringen (41%).



Board, Heaslip, Fuggle, Gallagher & Wilson (2012)	Förbättra vården för minnes-sjua genom att skola personalen och uppmuntra dem att tillämpa kunskapen de har och vårda personcentrerat.	Kohortstudie. Samarbete mellan ett vårdhem i Södra England och Bournemouth Universitet för att utveckla ett personcentrerat undervisningsprogram för vårdare.	Personalen upplevde djupare insikt i demensvård pga undervisningsprogrammet och samarbetet med den minnessjukas familj. Personalen skolning ger dem patientperspektiv och positivare attityd när det gäller demensvård.  Personalen har kunskap sedan tidigare men genom stöd och uppmuntran tillämpar de kunskapen i praktiken.
Mullan & Sullivan (2015)	Belysa hur 4 variabler (kunskap om demens, träning, personcentrerade strategier och attityder)påverkar vårdarnas känsla av kompetens inom demensvården.	Empirisk tvärsnittsstudie. 61 demensvårdare i Brisbane Australien.	Attityder och personcentrerade strategier utmärkande förutsägande faktorer när det gäller självkänsla av kompetens. Attityder gentemot minnessjuka var den komponent som mest påverkade personalens känsla av kompetens. Däremot påverkade inte skolning och kunskap nämnvärt personalens känsla av kompetens.
Downs (2013)	Beskriver hur UK har tagit i bruk person-centerad vård av dementa.	Vetenskaplig artikel	Det är viktigt av att stöda den minnessjuka, deras familj och vårdpersonalen. Psykosociala behov, relationer, kommunikation och hälsa är viktiga faktorer för den sjuka och hennes nära.
Thompson (2011)	Ge förståelse och kunskap om biografiska arbetsredskap i vården av dementa.	Vetenskaplig artikel	Förändring i vårdkulturen kräver positiv attityd bland personal och ledning. Man måste motivera personalen och det måste finnas resurser att genomföra förändringar.
Abley (2012)	Öka vårdarnas förståelse för patientcentrerad vård och äldre personers sårbarhet och hur begreppen är relaterade	Vetenskaplig artikel	Då alla i vårdpersonalen arbetar enligt en överenskommen vårdmodell, leder det till vård av högre kvalitet. Det är skillnad på hur äldre

	till varandra.		patienter och deras vårdare ser på sårbarhet. Äldre patienter kan känna sig sårbara i situationer där de är beroende av andras hjälp. Genom att ta reda på vilka situationer skapar sårbarhet, vårdas patienten personcentrerat.
Kullberg, Sharp, Johansson, Brandberg & Bergenmar (2017)	Jämföra personcentrerad rapportering med ickeverbal rapportering på en onkologi avdelning gällande patientbelåtenhet.	Tvårsnittsstudie på en interventionsavdelning och två kontrollavdelningar. För att mäta patient belåtenheten användes frågeformulär	Personcentrerad rapportering är användbar på onkologiska sjukavdelningar men användningen av den verkar inte öka patient belåtenheten.
Naldemirci, Wolf, Elam, Lydahl, Moore & Britten (2017)	Analysera planerade och oplanerade personcentrerade vårdstrategier på olika vårdinrättningar i Sverige	Kvalitativ studie; implementering av PCC , Semi-strukturerade intervjuer med 18 forskare och 17 läkare som på fyra olika avdelningar med 20 patienter	Förutom planerade strategier, identifierades flera oplanerade strategier vilka underlättade införande av PCC; oplanerade möten och rapportering mellan olika yrkesgrupper, flexibla tolkningar av PCC i akuta situationer, förbättrade samarbetet mellan olika yrkesgrupper. Patienterna upplevde en känsla av välbefinnande, uppskattning av yrkesmässigt samarbete och kommunikation utan hierarki.
Higgins (2013)	Hur vårdpersonalen på långtidsboenden kan använda personcentrerade vårdstrategier för att bemöta minnes-sjukas religiösa och själsliga behov.	Vetenskaplig artikel	Ta i ett tidigt skede reda på patientens livshistoria och personlighet genom att diskutera med patienten eller närstående.  För att tillfredställa patienternas själsliga och religiösa behov på vårdhem, borde vårdhemmen och kyrkan samarbeta.
Santana, Manalili, Jolley, Zelinsky, Quan & Lu (2017)	Att utveckla en praktisk guide till hur PCC kan implementeras i hälsovårdssystemen och – organisationerna.	En narrativ översikt av personcentrerad vård utvecklades till en allmän begreppsmässig referensram uppbyggd av komponenterna; struktur, process och resultat.	Referensramen bestående levererar åt hälso- och vårdorganisationer en åtgärdsplan som stegvis hjälper hälsovårdsorganisationer att implementera personcentrerad vård inom alla vårdsektorer.
Hunter, Hadjistavropoulos, Thorpe, Lix & Malloy	Undersöka hur personliga, organisatoriska och miljömässiga egenskaper påverkar personcentrerad vård på	109 vårdare på två Kanadensiska långtidsboenden fyllde i en bedömningskala på organisatoriska- och minnessjuka	Organisatoriska egenskaper kan associeras med flera olika aspekter inom personcentrerad demensvård. Även personalens individuella

(2016)	långtids boenden.	personers egenskaper. Datan analyserades genom multipel linjär regressionsanalys för att testa varierande kopplingar.	egenskaper (kön, personlighet och burnout) är av betydelse.
Edwards, Voss & Iliffe (2014)	Undersöka om skolning i primärvården och personcentrerad vård kunde förbättra diagnostisering av demens	Första fasen i undersökning där fyra målgrupper utvecklade en undervisningsintervention för primärvården för att främja personcentrerade reaktioner hos minnesjuka. Datan analyserades tematiskt.	Skolning borde inte enbart riktas mot läkare utan hela hela primärvårdsteamet för att förbättra diagnostisering av demens.
Caspar, Ratner, Phinney & MacKinnon (2016)	Undersöka vilka organisatoriska system inom långtidsvården påverkar vårdbiträdens access till vård dokumentation.	En fundamentalistisk etnografisk undersökning på tre långtidsvårds boenden. Metoder: realistiska observationer, fördjupade intervjuer och innehållsanalys.	Tillgång till vård dokumentation rörande personcentrerad vård (t.ex. vårdplaner) var beroende på hurudan yrkestitel man har. Eftersom vårdbiträden saknade praktisk tillgång till dokumentation, fick de oftast rapporterna muntligt, och formellt stöttade inte organisationerna denna typ av rapportering. Det behövs formella system som stöder strukturerad muntlig "mikroteknisk" rapportering på långvårds boenden.
Whitlatch, J. Carol (2013)	Ge vårdare information om hur de tar i beaktande patienternas val och villkor.	Vetenskaplig artikel	Vikten av att patienternas värden beaktas är viktigare än vem som vårdar dem. Professionella vårdare med utbildning om minnesjuka patienter kan ibland bättre förstå deras behov än en familjemedlem.