

Ledarskap i personcentrerad vård inom äldreomsorg

Ruwang Han

Examensarbete för sjukskötare (Högre YH)-examen

Utbildningen i utveckling och ledarskap inom social-och hälsovård

Vasa, 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Ruwang Han

Utbildning och ort: Sjukskötare (Högre YH), Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Ledarskap och utveckling inom social-och hälsovård

Handledare: Maj-Helen Nyback

Titel: Ledarskap i personcentrerad vård inom äldreomsorg

Datum:13/05/2019 Sidantal: 86

Bilagor : 5

Abstrakt

Denna studie undersöker användningen av personcentrerad vård inom äldreomsorg. Syftet är att kartlägga omfattningen av personcentrerad vård och beskriva ledarens roll i utvecklingen av personcentrerad vård. Studien består av två delstudier. Kvantitativ metod används i delstudie 1 och en validerad enkät (Person-Centered Care Assessment) används som datainsamlingsmetod. Resultaten beskrivs med stapeldiagram med en beskrivande statistisk metod (n=26). Kvalitativ metod används i delstudie 2 och datainsamlingsmetod är individuell intervju med en semi-strukturerad intervjuguide samt induktiv innehållsanalysmetod för analys.

Resultaten: I Delstudie 1, ser man att användningen av personcentrerad vård är relativt bra i organisationen, genom att integrera vårdarens arbetsrutiner, boendes behov och förväntningar och miljön där de boende vistas. Resultaten av delstudie 2 innebär följande huvudkategorier: ledarens uppfattning om personcentrerad vård, ledarskap i personcentrerad vård, stöd från organisation, möjligheter med användning av personcentrerad vård, utmaning i personcentrerad vård samt utveckling i personcentrerad vård. Två blommodeller formuleras för att utveckla personcentrerad vård inom äldreomsorg, utgående från ledarens perspektiv. Den ena modellen är en konklusion av egenskaper i ledarskap för att lyckas arbeta på personcentrerat sätt. Den andra modellen beskriver hurdana faktorer ska tas i beaktande för att utveckla personcentrerad vård inom äldreomsorg. Studiens resultat kan användas för att handleda ledare i äldreomsorg att genomföra personcentrerad vård. Åldersskillnad bland boende är en aktuell utmaning för enheten, vilket man skulle kunna uppmärksamma för samhället eller vidare forskning.

Språk: Svenska **Nyckelord:** *leadership, person-centered care, quality of care, elderly care*

MASTER'S THESIS

Author: Ruwang Han

Degree Programme: Master degree in nursing, Vasa

Specialization: Leadership and development in social-and health care program

Supervisor(s): Maj-Helen Nyback

Title: Applying leadership into person-centered care within elderly care

Date:13.05.2019 Number of pages:86

Appendices :5

Abstract

This study is investigating the utilization of person-centered care within elderly care. The aim of the study is to survey the extent of applying person-centered care and describe leaders' role in the development of person-centered care. It includes two sub-studies. Study 1 was using the quantitative method with a valid questionnaire to collect the data and descriptive method for analysing (n=26). The qualitative method was used in the study 2, which collected the data by the individuell interview with a semi-structured guide and analysed it with a inductive content analysis method.

Result: In Study 1, the extent of utilizing person-centered care viewed as relative good in the organization by considering about the nursing professionals' work routines, clients' needs and expectations and environment where they lived. The result of study 2 showed by following main categories: leaders' understanding about person-centered care, leadership in person-centered care, supports from the organisation, possibilities by using person-centered care, challenges to applying person-centered care and development of person-centered care. Two flower-models were found to develop the person-centered care, from the points of leaders' view. One model is a conclusion of leaders capacities to apply the person-centered care and another model is describing considerable factors to develop person-centered care within elderly care. The result of this study can be used for mentoring leaders in elderly care to apply person-centered care. The gap between clients' ages is viewed as one current challenge in the elderly home, which should be discussed more in the society or even for further research.

Language: Swedish **Key words:** *leadership, person-centered care, quality of care, elderly care*

Innehåll

1. Inledning.....	1
2. Syften och frågeställningar.....	2
2.1 Det övergripande syften.....	2
2.2 Syfte och frågeställningar - Delstudie 1.....	2
2.3 Syfte och frågeställningar - Delstudie 2.....	2
3. Bakgrund	3
3.1 Ledarskap.....	3
3.1.1 Olika ledarskapsstilar	4
3.1.2 Olika ledarskapsstilar i äldreomsorgen.....	6
3.1.3 Ledarskap för personcentrerad vård.....	6
3.2 Personcentrerad vård.....	8
3.2.1 Instrument för att mäta personcentrering i äldreomsorgen.....	9
3.2.2 Personcentrerad vård i äldreomsorgen.....	9
3.3 Vårdkvalitet.....	10
3.3.1 Vårdkvalitet och personcentrerad vård inom äldreomsorg.....	11
3.3.2 Vårdskador och patientsäkerhet.....	12
4. Teoretisk bakgrund.....	14
4.1 Den salutogen modell- känsla av sammanhang	14
4.2 Caritative teori och den ontologiska hälsomodellen.....	16
5. Metod & Resultat.....	18
5.1 Kvantitativ metod	19
5.2 Kvalitativ metod	19
5.3 Etiska överväganden.....	19
5.4 Delstudie 1.....	21
5.4.1. Datainsamling.....	21
5.4.2. Dataanalys.....	22
5.4.3. Resultatredovisning.....	22
5.4.4. Resultatdiskussion.....	34
5.5 Delstudie 2.....	36
5.5.1. Datainsamling.....	36
5.5.2. Dataanalys.....	37
5.5.3. Resultatredovisning.....	39
5.5.4. Resultatdiskussion.....	69
6. Diskussion.....	74
6.1 Modellen för ledarskap i personcentrerad vård	76
6.2 Modellen för utveckling i personcentrerad vård inom äldreomsorgen	80
7. Kritisk granskning	83
8. Slutsats.....	86
Källor.....	87

Bilagor

Figurförteckning

Figur 1. Känsla av sammanhang i äldrevård.....	15
Figur 2. Den ontologiska hälsomodellen.....	17
Figur 3. Studiernas design.....	18
Figur 4. Exempelen från analyseringsprocessen.....	38
Figur 5. Översikt av klassifikationer om huvudkategorier och underkategorier.....	39
Figur 6. Modellen för ledarskap i personcentrerad vård	79
Figur 7. Modellen för utveckling i personcentrerad vård.....	82

Bilagor

Bilaga 1: Svenska version av P-CAT (person-centered assessment tool).....	I
Bilaga 2: P-CAT instruments lov.....	II
Bilaga 3: Följebrev till P-CAT instrument.....	III
Bilaga 4: Informationsbrev till intervjuguide.....	IV
Bilaga 5: Intervjuguide.....	V

1. Inledning

Enligt åldersstrukturen från Statistikcentralen, var 65-åringarnas andel av hela befolkningen i Finland 20 % år 2015. Befolkningarna föråldras snabbt i hela världen. Denna trend presenteras både utmaningar och möjligheter i samhällen. Det ökar kravet på primärvård och långtidsvård och dessutom kräver det större och bättre utbildad arbetskraft och en mer åldersvänlig miljö (WHO, 2019).

Personcentrerad vård är en grundsten för att utveckla en traditionell vårdmiljö till en åldersvänlig miljö. Om man jämför en vårdplats där yrkesprofessioner bestämmer och kontrollerar allting, ger personcentrerad vård mer självbestämelse åt klienten och ökar välbefinnande och interaktion med vårdpersonalen. Martinez et al. (2016) beskriver personcentrerad vård som en innovativ metod, där man strävar till att utveckla vårdkvalitet. En annan studie av Jones (2010) visar att utbilda vårdare personcentrerad kan påverka betydelsefullheten i människans dignitet och säkerhet och deras individualitet. Det ökar den äldres känsla av respekt från personalen, samt känsla av sammanhang och förtroende.

Ledarskap spelar en viktig roll i personcentrerade vård inom äldreomsorgen, det vill säga ledare kan främja eller hindra personcentrerad vård. Ledarskap visade sig vara den mest relevanta faktorn som påverkar personalens medvetenhet relaterad till förtroendeskapande initiativ i personcentrerad vård. Ökad kunskap om personcentrerad vård och medvetenhet hjälper vårdpersonalen att lättare hitta alternativ i vården och omsorgen till klienten. Att utveckla vårdkvalitet för dem som inte kan uttrycka egna behov så kan man planera dagliga aktiviteter för dem enligt deras vanor och fritidsintresse. (Jacobson, et al., 2017).

2. Syfte och frågeställningar

2.1 Det övergripande syftet

Det övergripande syftet med studien är att undersöka användning av personcentrerad vård inom äldreomsorg.

2.2. Syfte och frågeställningar – Delstudie 1

Syftet med delstudie 1 är att kartlägga omfattningen av personcentrerad vård.

Frågeställningar:

Används personcentrerad vård på din arbetsplats?

Är vården förankrad i

1. personalens arbetsrutiner
2. boendes behov och förväntningar
3. miljön där de boende vistas

2.3 Syfte och frågeställningar – Delstudie 2

Syftet med delstudie 2 är att beskriva ledarens roll i utveckling av personcentrerad vård.

Frågeställningar:

- 1) Vilken är ledares uppfattning av personcentrerad vård inom äldreomsorg?
- 2) Vilka möjligheter har man som ledare att införa personcentrerad vård i äldreomsorgen?
- 3) Hur kan ledare utveckla en personcentrerad vård inom äldreomsorg?

3. Bakgrund

Relevanta artiklar har sökts i CINAHL, THL, EBSCO och SAGE journals med nyckelorden 'leadership, ' person-centered care', 'quality of care' och 'elderly care'. De flesta vetenskapliga artiklar är från år 2009-2018. Artiklarna fördjupar kunskapen inom olika begrepp som relateras till ämnet. Dessutom användes två böcker '*Nya perspektiv på organisation och ledarskap*' (Bolman & Deal, 2015) och '*Vårdledarskap*' (Rosengren, 2014) som referenser, eftersom de beskriver olika ledarskapsstilar.

3.1. Ledarskap

Vad är ledarskap? Ledarskap definierades som ledaregenskaper, ledarbeteenden och ledarstil för att uppnå organisations effektivitet. Med andra ord, det är ett mellanmänniskt fenomen som är en social process där ledare och medarbetare bygger på och förnyas över tiden. Ledarskapets effektivitet betyder att en ledare har en tydlig vision som inspirerar åtgärden, anpassar sig till förändring, social medvetenhet. (Rosengren, 2014, 159)

Ledarskap är en viktig faktor som påverkar vårdkvaliteten. De flesta sjukskötare upplever sig som ledare i en liten grupp i äldreomsorgen men det är ganska få möjligheter att utveckla ledarskaps kompetens. (Josefsson & Hansson, 2011) Det finns ett behov att utveckla ledarskapsförmåga i vården, eftersom sjuksköterskor är ansvariga för att hantera olika vårdproblem i vårdprocessen och leda i interaktion med medarbetare, klienter och deras anhöriga. Dessutom har ledarskapet en viktig inverkan på medarbetarnas tillfredsställelse och vårdkvalitet. Ytterligare har man ofta betonat att det finns ett behov att öka sjukskötares kunskap och kompetens i ledarskap inom organisationen. Om ledare vill att deras åsikter ger ett betydande bidrag till hälsovårdens framtid måste de utveckla ledarskapsförmåga. (Curtis, Sheerln & de Vries, 2011)

Ledarskap är en aktivitet, inte en auktoritet eller en position, där har man ett tydligt mål och människor frivilliga att förbinda sig till. Oftast tar ledare initiativ först sedan medarbetare följer efter, dessutom har de ett ömsesidigt förhållande och samspel. Ledare övar inte bara på höga positioner, utan man uppnå målet med sina medarbetare. (Bolman & Deal, 2015, 406-408)

Kim, et al.(2015) har gjort en studie och analyserat olika begrepp om ledarskap i vården. Det indikerar att ledarskap inkluderar individuell tillväxt, samarbete, kompetens, kreativ problemlösning och påverkan. Ledarskaps grund är den individuella mognadsnivån, ömsesidigt förtroende och konfidentiella relationer och arbetskrav. Det hjälper till att förbättra vårdsproduktiviteten, utveckla en stödjande arbetsmiljö och tillfredsställelse i vårdverksamheten.

3.1.1. Olika ledarskapsstilar

Nuförtiden har man många metoder att leda ett team eller en organisation. I Norden använder man mera autonom ledarstilen, vilken betyder att ledaren är självständig och fokuserar mera på sig själv i centrum i organisationen. (Bolman & Deal, 2015, 410-411) Rosengren (2014, 159-164) sammanfattar olika ledarstilar och beskriver vilken roll ledaren har. Det är bl. a. styrande ledarskap, deltagande ledarstil, låt-gå ledarskap, delegerande ledarstil, transformativa ledarskap, transaktionell ledarstil, stödjande ledarskap, autentisk ledarskap, karismatisk ledarskap, relationsinriktade kompisartade ledarskap, strukturinriktade byråkratiska ledarskap, visionäre-ledarstil och förvaltande ledarstil.

I det styrande ledarskapet, försöker ledaren styra arbetsteamet genom att ge direkta arbetsuppgifter till medarbetarna. Vårdpersonal lyder ledaren och utför enbart den vård som hen har blivit tillsagt. Tvärtom har man den deltagande ledarstilen, hela arbetsteamet är aktiva i den beslutfattande processen, där vårdarens kunskap kan användas tillsammans för att uppnå ett gemensamt mål. Det finns ett annat ledarskap, en ledare som är osynlig och medarbetare fattar beslut självständigt, s.k. låt-gå ledarskap. (Rosengren, 2014, 159)

Om den delegerande ledarstilen användas i organisationen innebär det att ledaren har en helhetsbild om enheten och delegerar ansvar till kompetenta medarbetare. Sedan finns det en transformativ ledarskapsstil, en ledare har vision och målet för sitt arbete till en förändring i enheten och kunna kommunicera med övriga personaler. Dessutom motiverar hen att medarbetaren engagera sig i förändringen samt utvecklar deras kunskap och kompetens. En ledare med transaktionell stil fokuserar på goda genomförande och man ger belöningar för bra resultaten. (Rosengren, 2014, 160-161)

Det finns tre olika ledarstilar som man lägger vikt på medarbetares kompetens, erfarenhet och intresse. I den stödjande ledarstilen, delar ledaren makt och ansvar med medarbetaren och uppmuntrar deras arbetsuppgifter. Dessutom ska de trivas och känna tillfredsställelse på arbetet. Lyhördhet, empati, konfliktlösning, medvetenhet, långsiktiga mål och förvaltning är viktiga egenskaper i denna ledarstil. Det andra är, ett autentiskt ledarskap, där en ledare är öppet och har egna värderingar. Hen ha en stark förmåga att kommunicera med medarbetare och de engagerar sig med den egna etiken. Det tredje är, ett karismatiskt ledarskap, vilket betonar ledarens personlighet och hen inspirerar medarbetare utgående från deras egna intressen. (Rosengren, 2014, 159-160)

Med en relationsinriktade kompisartade ledarstil, ledaren vill bli omtyckt i teamet. Det kan bli svårt att göra en beslutsfattningar eftersom inte alla medarbetare vill vara med. Däremot har man en strukturinriktade byråkratisk ledarstil, ledaren fokuserar på rutiner och vill inte göra fel, vilket kan stressa medarbetare. (Rosengren, 2014, 161-162)

Det finns tre olika ledarstilar som ansluter till en förändring i organisationen. Den första är, visionär-ledarstil, där har man en tydlig målsättning och arbetsuppgifter för teamen. Det andra är, en förvaltande ledarstil, vilket användas ofta i förändringen under en lång tid, hen arbetar på både struktur-och relationsinriktade problem med målet för utveckling. Det tredje är, en ledare är flexibel att använda metoder för att handleda och kontrollerar sitt arbete till förändringarna, s.k. situationanpassat ledarskap. (Rosengren, 2014, 164)

Bolman och Deal (2015, 25-47) har beskrivit ledarskap utgående från fyra olika perspektiv: det strukturella perspektivet, 'Human resource '(HR) perspektivet, politiska perspektivet och symboliska perspektivet. Första och främst, en strukturell ledare är som en "arkitekt", hen utformar en struktur för att lösa problem. Ledaren skriver ett protokoll eller enhetsplan, där har man ett övergripande mål och medarbetares roller samt arbetsuppgifter. Dessutom ska ledaren följa med implementeringen och utvärdera planen. För det andra är, en HR-inriktad ledare som är synlig och tillgänglig. Ledaren motiverar medarbetare och delegerar dem makt och ansvar i sina arbetsuppgifter. Dessutom har hen förtroende på sina medarbetare. För det tredje, en politiskt inriktade ledare, vem som genomför allt som teamen har i aktuellt. Ledarna kan utvärdera vilken makt och intresse

de har samt upprätta nytt förhållande och nätverk i organisationen. För det fjärde är, med en symbolisk inriktade stil, ledaren har en helhet vision och inspirerar medarbetare genom att visa sig som ett gott exempel. (Bolman& Deal, 2015, 418-430; 297-360)

3.1.2 Olika ledarskapsstilar i äldreomsorgen

Ett aktivt ledarskap verkar främja utvecklingen av en stark arbetsetik, positiv arbetsmiljö, professionalism och en organisationsvision. Det är viktigt att alla ledare bland annat verksamhets föreståndare, avdelning sjukskötare, biträdeavdelning sjukskötare som vill förbättra vårdkvaliteten. Forskningen visar att öka sjukskötareskompetens i ledarskap och minimerar deras administrativa uppgifter, vilket kan leda till högre vårdkvalitet i äldreomsorgen. (Havig & Hollister, 2018)

Ledarskapsstil är en relevant faktor som påverkar medarbetares psykiska hälsa exempelvis välbefinnande i arbetsmiljö inom äldreomsorg. Det finns en betydande korrelation mellan insats-belöningsbalans för medarbetare på olika nivå från behöriga utbildningarna och transformativ ledarskap. Ledare med transformativ ledarstil har bättre insats-belöningsbalans än de andra ledarna, vilket utvecklar medarbetarens trivsel och välmående.(Keisu, Öhman & Ehberg, 2018)

Heponiemi, et al.(2012) har utfört en studie om vårdpersonals egen roll är förknippad med arbetssäkerhet och oroar sig för arbetsstabilitet och vilka typer av anställningskontrakt, positivt ledarskap och rättvisande ledning påverkar dessa faktorer. Positivt ledarskap och rättvisande ledning kan emellertid mildra medarbetares osäkerhet på arbetet och oro över arbetsstabilitet. Arbetssäkerhet var störst bland fast anställda i offentliga äldreboende eller icke-vinstdrivande vårdhem.

3.1.3 Ledarskap för personcentrerad vård

Att leda en förändring i vården behöver ledare ett stark och kompetent ledarskap i visionen att uppnå målet. En studie av Mazzocchi.& Wolf, (2016) presenterar att ledare behöver

ledarskap och kunskap i politik, organisation och praxis. Av en ledare krävs kapacitet och samarbetsförmåga på hög nivå för att utforma och utveckla vårdmodeller för att leverera högkvalitet av vård och personcentrerad vård.

Clarke & Fawcett (2016) beskriver begreppet personcentrerad vård och betonar betydelsen av kunskap och ledarskap är viktigt för att genomföra personcentrerad vård. Man fokuserar på personen istället för patienten eller klienten. Ledarskap fungerar som en katalysator i personcentrerad vård för att hjälpa vårdpersonal att förstå vården för olika personer - individer, familjer, grupper och samhällen. Lagarbetet är också viktigt för att uppfylla boendes behov med en personcentrerad vårdmetod.

För att lyckas med personcentrerad vård behöver sjuksköterskor rätt kunskap, färdigheter och erfarenhet. En framgångsrik förändring i organisationen kräver tillräckligt ledarskap och stabil förvaltning, teamwork, effektiva kommunikationer och inskolning om ämnet. (Smith-Trudeau, 2016) En annan studie betonar att ledaren ska stödja medarbetare för att arbeta på ett personcentrerad arbetssätt. (Corazzini & Andersson, 2014)

Med en personcentrerad modell kan man öka interaktion mellan personer, förbättra flexibilitet i vården, öka personalens uppmärksamhet på boendes behov samt förbättra deras välbefinnande. Det är viktigt att man utbildar personal med personcentrerad vård. Sedan ska en ledare arbeta tillsammans med medarbetare och anhöriga för att uppfylla individens behov och önskemål. Dessutom är personalens kapacitet och kommunikationsförmåga relevanta för att utföra personcentrerad vård. (Lynn, et al., 2015)

Ett gott ledarskap är väsentligt för personcentrerad vård och personalens tillfredsställelse i vården. En studie av Harris & Mayo (2018) har diskuterat "makt" i vården, de betonar att en ledare ska delegera arbetsuppgifter och ansvar till medarbetare. Ytterligare, en ledare ska välja ledarskap som kan stödja innovation och goda resultat, främjar en personcentrerad arbetssätt samt har etisk integritet. (Harris & Mayo, 2018)

3.2. Personcentrerad vård

I detta kapitel artiklar söktes om personcentrerad vård och äldreomsorgen med 'person-centered care' och 'elderly care'. I databasen finnas en stor mängd av forskning som relaterades till personcentrerad vård inom demensvård. Med personcentrerad vård, kan man utveckla vården tillsammans med de äldre och deras anhöriga. Det inkluderar att man behandlar varje person som unik individen, skyddar deras hemligheter, respekterar den enskild persons rättigheter och preferenser. (CNA Training Advisor, 2018)

Personcentrerad vård fokuseras på hela människan istället för att man vårdar personen enbart från det medicinska perspektivet. (Kumar & Chattu, 2018) Utgående från personcentrerad vård, kan vårdpersonalen bli mera omtänksam om klientens vårdbehov och utveckla deras initiativ att delta i individuell aktivitet. Dessutom kan det etablera eller starka samband och interaktion mellan vårdaren och klienten. En annan studie (Hörnsten, & Udo, 2017) visar att personcentrerad vård ska i hög grad fokusera på de resurser som varje person har i vården och vad det innebär att vara människa och ens vårdbehov.

Ett personcentrerat sätt för vårdprocessen bygger på individens personliga behov, önskemål och mål så att de blir centrala i hela processen. Det är ett tillvägagångssätt att etablera och främja goda relationer mellan vårdare, klienten och viktiga personer i deras liv. Grundvärden i personcentrerad vård är självbestämmande, ömsesidig respekt och förståelse. Personcentrerad vård handlar om att känna hela personen genom att höra livshistoria och förstå hur den personen engagerar sig i världen. (Smith-Trudeau, 2016)

Andlighet är ett viktigt element i personcentrerad vård. Andlighet och hälsa är ett växande hälsovårdsområde. Det framkom en stark önskan hos personen att få sin andlighet behandlas inom vården. Studier visar också att andlig vård har en inverkan på personens beslutsfattande, särskilt i palliativ vård. (Pulchaski, 2013)

3.2.1 Instrument för att mäta personcentrering i äldreomsorgen

Edvardsson (2015, online) har rekommenderat att man använder en Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT) (ser bifoga 1) vid mätning av i hur hög utsträckning vårdare arbetar på en personcentrerad arbetssätt. Det innebär vårdplaneringen, dagliga aktiviteter och miljön. Edvardsson, Fetherstonhaugh, Nay & Gibson (2010) påpekar att den svenska version P-CAT mäter vårdares arbetsrutiner, boendes vårdbehov och förväntningar, miljön där de boende vistas (tillgänglighet till utevistelser).

Målet att använda P-CAT är att presentera hur vårdpersonalen har använt personcentrerad vård. P-CAT innehåller tre huvudteman: vårdares arbetsuppgifter, miljö och organisation. Validitet och reliabilitet av hela svenska version visar att det passar för vidare. (Sjögren, et al., 2012) P-CAT har använts i spanskt (Martinez, et al., 2016), Koreanskt (Tak, et al., 2015) och kinesiska kontext (Zhou & Lou, 2013) och instrumentet har visat sig vara bra när man bedöma graden av personcentrerad vård.

3.2.2. Personcentrerad vård i äldreomsorgen

En fem-års forskning visas att viktighet att man transformerar äldreboendes kultur från den traditionell sjukvård modellen till en personcentrerad vård modell. Ju mer personcentrerad vård har vårdare använt, desto mer aktiviteter har klienter i sin fritid. Personcentrerad vård har en positiv inverkan på klients val till sitt behov eftersom individen får mera alternativ att välja i daglig vård. (Burack, Reinhardt & Weiner, 2012)

Många boende har upplevt att vårdaren inte har hunnit med samtal eller sällskap. Viktigt för vårdare är att ta sig tid att prata med de äldre om sina ärenden. (Walford, 2017) Då kan vårdaren lära sig om klients vanor och preferenser och vårdaren kan visa att de bryr sig om deras behov och önskemål.

Att leva med demenssjukdom är inte bara ha en progressiv hjärnsjukdom. Det är en dynamisk interaktion mellan nivån av neurologiska funktionsnedsättningar och psykiska och sociala aspekter. Utgående ifrån ett mänsklig och psykosocialt perspektiv,

personcentrerad vård hjälper man att "se" boendes värderingar som en människa och främja individens välbefinnande. Enligt deras biografi och livshistoria, lär känna man personen som upplevelser med demens samt psykotisk behov. Dessutom ska man ha tillsyn med interpersonell interaktion och vårdprocess. (Downs, 2013)

Välmående av boende är en av de centrala faktorerna i personcentrerad vård. Individuell musik terapi kan användas mot oro istället av antipsykotiska mediciner, för att utveckla deras välmående. Musikterapi har tidigare visat sig vara effektiv vid behandling av oro i demensvården. Denna studie visar att musikterapi hjälper till att klienten mår bra och förhindrar ökning i deras medicineringar. (Ridder, Stige, Qvale, Gold, 2013)

Personcentrerad vård kan ge möjligheter för personalen att ger vården och erbjuder boende aktiviteter som de vill. Ju mer personcentrerad vård man använder i praktik, desto mer gästvänlig vårdmiljö har man. Det kan också öka personalen självrapporterad personcentrerad vårdpraxis och minska personalens stress. (Edvardsson, Sandman & Borell, 2014)

3.3 Vårdkvalitet

I Finland finns nästan 50000 äldre personer som behöver vård och omsorg dygnet runt, de bor på äldreboende eller långtidsvården vid hälsocentralsjukhus, vilket medför stor utmaning för vården. Det är viktigt att bygga ett socialt och ekonomiskt hållbart system till äldre i samhällen. Man ska erbjuda klienter en kostnadseffektiv vård samt kan förbättra deras funktionsförmåga och vårdkvalitet. (Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen, 2014)

Det finns ett behov för att utveckla vårdkvalitet inom äldreomsorgen. Tallavaara, Autti & Uusitalo (2016) har använt enkäter för att utreda illabehandlingen i organisationer med dygnetruntvård inom äldreomsorgen i Finland. Resultaten visar att det genomsnitt kvalitet är bra i äldreomsorgen men flesta vårdare har mer eller mindre upplevat att det finns

illabehandlingen i sitt arbete. Det är bland annat försummelse av utevistelse, grovt, osakligt eller barnsligt språkbruk samt befallande, bestraffande eller klandrande.

I Australien finns det en dramatisk ökning i den äldre befolkning, vilken kräver mera hälsovård service i samhället. Att erbjuder tillämplig vård med hög kvalitet, behöver man ha tillräckliga behöriga vårdare. Behöriga utbildningars bakgrund för hela vårdpersonalen kan bidra till säkerheter för både vårdare och de äldre i dagliga vårdverksamheter inom äldreomsorgen. (TQN, 2016)

Ekonomi är en viktig faktor som påverkar vårdkvalitet och därför ska man hålla budget i skick. (Rosengren, 2014, 48) Att skaffa säkerheter och hög kvalitet med minst budget i vård har blivit medveten inom hälsovård organisationer. Antalet av boende i en organisation kan påverka vårdkvalitet i praxis. Man kan inte utveckla vårdkvalitet om det finns ofta för mycket klienter på en enhet, fastän vårdare har kompetenser och utbildningar. (Litvak & Fineberg, 2013)

3.3.1 Vårdkvalitet och personcentrerad vård inom äldreomsorg

Tillgången till vården och bemötande spelar en viktig roll för att utveckla vårdkvalitet. Självbestämmelser av vårdtagare, patientsäkerhet, antal vårdskador är de tre relevanta faktorer som man bedömer vårdkvalitet i enheter.(Rosengren, 2014, 48-49) Personcentrerad vård är en metod för att förbättra vårdkvalitet vid äldreboende. Det beror på att personcentrerad vård kan uppfylla boendes behov och önskan. Tillfredsställelse av vårdkvalitet har utvecklats efter man genomförde personcentrerad vård. (Poey, et al., 2017)

Med demografisk förändring har den äldre befolknings olika behov och önskemål ökat. Att erbjuda hög vårdkvalitet och personcentrering i bemötande har man diskuterat mycket i vården. Det beror på många olika faktorer bland annat vårdares behörigheter, inskolning och fortbildning i arbetsliv, relevant politik, kommunikation i teamwork och kvalitets mätning.(Young & Siegel, 2016)

Självbestämmelser av vårdtagare är en av det bästa vårdandet i personcentrerad vård, vilken är relevant till vårdkvalitet. (Lindsey, et al., 2018) Att främja boendes självbestämmelse och delaktigheter är det viktigt att sjukskötare bryr sig om deras önskemål och välbefinnande. (Hedman, Häggström, Mamhidir & Pöden, 2017) Självbestämmelse är en del av boendes värdigheter. Om vårdpersonalen respekterar och lyssnar på deras vårdbehov, kan man öka deras känsla av meningsfullhet och värdighet i livet. Brist på tid och resurser har minskat tillgängligheten från vårdarens hjälp, vilket kan affektera boendes värdigheter. (Tranvåg, Peterson, Nåden, 2014; Hejgestad et al., 2015)

Niemi, Emet, & Exell-Paakki,(2010) rekommenderar Resident-Assessment Instrument(RAI) för att analysera resurser och utvecklingsbehov i äldrevård. Multiprofessionellt (vårdpersonal, ledare och administration) arbetsredskap utvecklat för äldreomsorgen, individuell vårdplanering, för att mäta kvaliteten och effektivitet på vården. Donabedians modell av 'hälsovård utveckling' användas att utveckla vårdkvalitet och klassificera personcentrerad vård i tre områden: struktur, processer och resultat. (Santana, 2018)

3.3.2 Vårdskador och patientsäkerhet

Enligt en forskning av Silva et al. (2018) är kommunikation och fortbildning viktigt för att stärka patientsäkerhet i hälso- och sjukvårds organisation. Överbefolkning och arbetsbelastning påverkar negativt på vårdarens prestationer. Behöriga utbildningar och inskolning av ledarskap bidrar till vårdarens prestation, vilken kan utveckla vårdkvalitet.

Vårdare ska fundera över vilka möjligheter och hinder det finns för att förebygga vård skador och förbättra vårdkvaliteten. (Rosengren, 2014, 48) Enligt Souza & Machados forskning (2017) är trycksador, fallrisk och flebit (inflammation av ven) tre primär indikator för bedömningen av vårdkvalitet. Vårdare kan ha ett eget protokoll och förbyggande strategi som baserar sig på de indikatorerna. Inom äldreomsorgen är det viktigt att man förebygger exempelvis fallolycka.

Patientsäkerhet är en del av vårdkvaliteten. Förutom traditionella fasthållningsmetoder, t.ex. säkerhetsbälte och höjning av sänggrindar så kan vårdpersonal använda indirekta metoder för att förebygga fallskador. Det kan ta bort klientens rörlighet stöd och de känner sig osäkra i vårdmiljö för att vara inlåsta i sitt rum. Anhöriga ska också vara aktiva och delaktiga i vården. (Saarnio, & Isola, 2009)

Genom att utveckla vårdkvalitet och patientsäkerhet kan man minska vårdskador. I Sverige har man märkt det att vissa vårdskador skulle man kunna undvikas, vilken kan spara resurser för samhället. Vårdskador exempelvis är fallskador, otillräcklig näring, trycksår, läkemedels fel och vårdrelaterade infektioner. Orsaker till vårdskador kan vara brister i arbetsrutiner, vård teknik, kommunikation eller information. (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011)

4. Teoretisk bakgrund

I detta studier används två teorier för att skapa en modell om personcentrerad vård i äldreomsorgen. Studierna kan användas för att handleda vårdare om personcentrering i sitt arbete, för att främja personens hälsa. Med Erikssons caritativa teori och den ontologiska hälsomodellen, man "se", bekräftar och uppfylla individens behov i äldre vård. Antonovskys salutogen modellen handleder vårdare arbeta på ett personcentrerat arbetssätt för att främja de äldres hälsa och skapa en känsla av sammanhang i äldreomsorgen.

4.1 Den salutogena modellen- känsla av sammanhang

Antonovsky beskriver hälsa på ett salutogent sätt istället på ett patogent sätt, d.v.s. många av livets svårigheter kan påverka ens hälsan inte bara sjukdomar. Dessutom är människan på ett kontinuum mellan hälsa och ohälsa. (Antonovsky, 2011, 38) Antonovsky betonar att en person är ens totala livssammanhang, vilket innebär personens privata livshistoria, samhällsklass, kultur, ålder och kön. (Tamm, 2002, 209-213) Vårdare ska kunna flytta intresset från boendes medicinska ohälsa till faktorer och problem som relateras till deras liv och hur individen kan lösa sina liv och hälsoproblem.

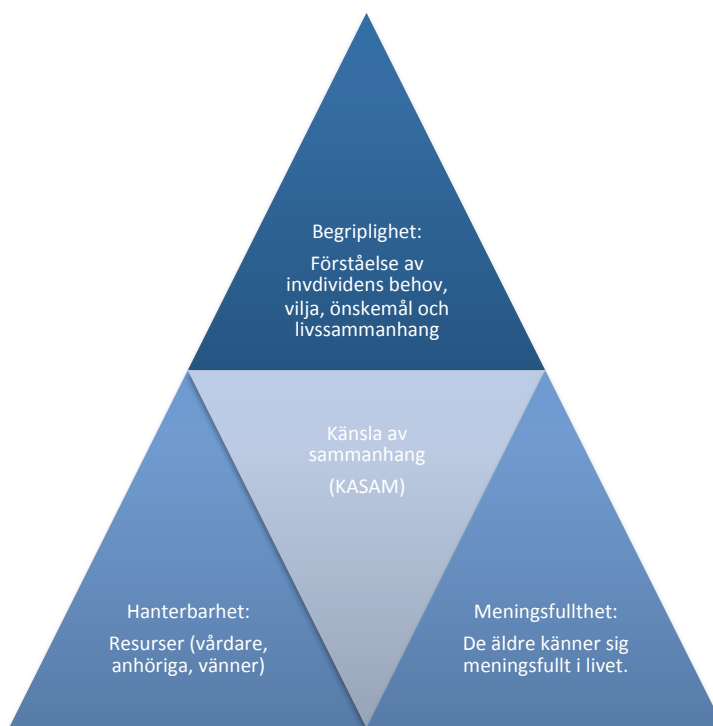
Från ett salutogenetiskt perspektiv, förstår man hälsoproblem med en känsla av sammanhang (KASAM). Modellen består av tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. (Antonovsky, 2011, 43) Begripligheten beskriver en persons omfattning om utsträckning av inre och yttre stimuli i livet. Med hög känsla av begriplighet ska en människa få information som är begriplig, tydlig, strukturerad och sammanhängande. (Antonovsky, 2011, 44) Begriplighet betyder hur man förstår och upplever i olika situationer. Därför är viktigt för vårdare att använda personcentrerad vård i praxis, vilket hjälper klienter att förstå de "överraskningar" i livet.

Hanterbarhet betyder det finns resurser som hjälper människan att hanterat de stimuli i livet d.v.s. olika situationer och omständigheter. En person känner sig tryggt och rättvist i omständigheten med hög grad i hanterbarhet. (Antonovsky, 2011, 45) Resurser i äldreomsorgen för människans tillgänglighet kan vara personen själv eller individens närstående, kompisar, professionella sjukvårds personal eller Gud.

Meningsfullhet betyder att en person tror att det finns en känslomässig innebörd i sitt liv och har vilja att delta i en värdefull engagemang eller utmaning. (Antonovsky, 2011, 45-46)

Man hanterar svårigheter som utmaningar då har man hög känsla av meningsfullhet. Dessutom accepterar individen negativa och olyckliga saker som har hänt i livet och försöker att lösa upp dem. (Tamm, 2002, 215) Det finns ett dynamiskt förhållande mellan alla tre faktorer. Det är inte nödvändigt att man anser att klara sig bra. Exempelvis hög hanterbarhet och låg hanterbarhet bidrar till att man ska förändra saker och ting i livet, vilket leder till känsla av meningsfullhet. (Antonovsky, 2011, 48-49) Klienter behövs inte att känner sig att de kan klara sig med allting i äldreboende. Det är viktigt att den äldre människan känner sig meningsfullt i livet och vilja att kämpa sig med sjukdomar, nedsättnings fysiska förmågor m.m.

Samspelet mellan alla tre centrala begrepp bidrar till en helhet och en känsla av sammanhang, d.v.s. man kan hantera sitt liv så att främjar hälsa. (se Figur 1) Det är viktigt att man förstår en individs situation, oavsett deras sjukdomar har förhinder att se sig själv som en människa eller inte. Vårdpersonal, som en väsentlig resurs till klienter i äldreboende, de ska ge stöd åt de äldre för att främja deras hälsa. Där kan man arbeta tillsammans med boende, hens anhöriga och medarbetare. Sedan ska vårdare ha tro på att personen kan hantera sina saker, annars känner man sig situationen hopplös och förlorar meningsfullheten och begripligheten i problemet. Inom äldreomsorgen är det viktigt att man skapa en meningsfull vardag för alla klienter i enheten.



Figur 1. Känsla av sammanhang i äldrevård

Ytterligare, personcentrerad vård handleder vårdare att skapa en djupare förståelse om människan och hennes "begriplig" livssammanhang. Ledarskap spelar en viktig roll i "hanterbarhet" för att genomföra vården till individens behov. Målet med ett framgångsrikt ledarskap i personcentrerad vård är att uppfylla individens behov och främjar deras hälsa, så att ha "meningsfullhet" på sitt arbete samt för de äldres liv.

4.2 Caritative teori och den ontologiska hälsomodellen

I den caritative teorin ser man på människan, hälsa, lidande, omsorg (caring) ur en helhets perspektiv. Sedan använder man caritas att vårda människans hälsa och lidande. (Eriksson : I: Alligood, 2018, 171-177) När man vårdar en person, är det meningsfullt att bemöta hon eller han med helhetssynen av personen, d.v.s. en personcentrerad vård.

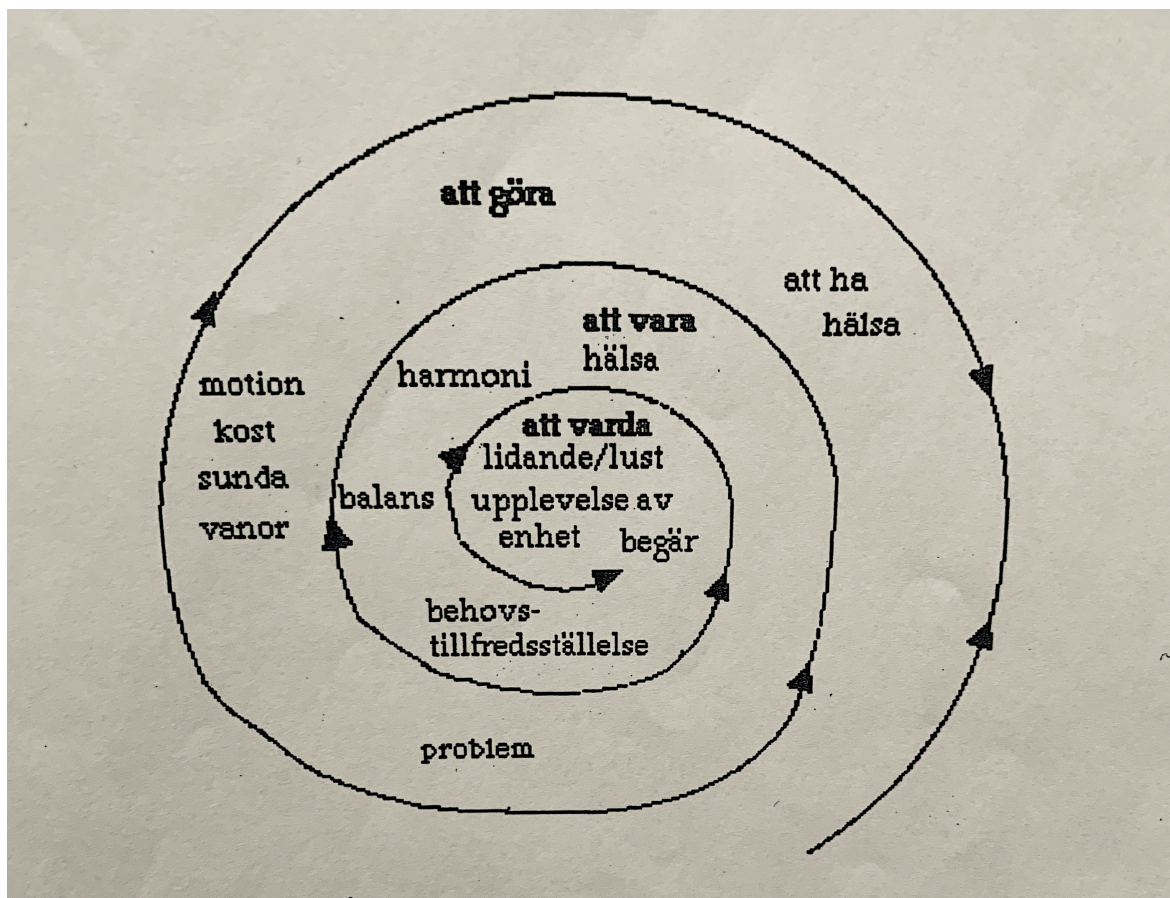
En människa beskrivas som en helhet av kropp, själ och ande och hen har en frihet i livet. Individerna kan begära sina behov och önskningar, uppleva vårdandet och skapa varande för sig själv. Bekräftelser är en del av skapandet för en person. (Eriksson :I :Alligood, 2018, 177-178; Eriksson, 2018, 462-471) I äldrevård bemöter vårdaren sin klient som en unik person med helhetssyn och bekräftar deras behov.

Enligt Eriksson, betyder vårdandet att man anser, lekar och lär med kärlek, tro och hopp. Kännetecknen av ansningen är värme, närhet och beröring. De viktiga substanser som relaterar till leken är övning, lust, skapande och önskan. Målsättningen med lärande är att utveckla och ändra. (Eriksson :I :Alligood, 2018, 178; Eriksson, 2018, 248-257). Lidande är en grund i vården därför ska man vårda människans lidande med ethos, vilket är kärnan av vårdandets kultur. (Eriksson, 2018, 9) Man vårdar de äldre människor utgående från deras lidande och önskan.

Hälsan innebär sundhet, friskhet och välbefinnande dessutom har man helhet och helighet där. (Eriksson :I: Alligood, 2018, 179; Eriksson, 2018, 149-151) Enligt den ontologiska hälsomodellen (se figur 2), hälsans dimensioner är ett görande (att göra, ha hälsa), ett varande (vara hälsa) och ett vardande (varda hälsa). Det finns inte klart avgränsade tillstånd bland de tre dimensioner och de kan finnas i olika grad och varieras i olika

situationer. (Erikssons, 1995, 11) Man ser hälsan som en rörelse i de tre dimensioner och en befinner sig inte bara på en dimension hela tiden utan att man pendlar mellan de. I den görande nivån vill man leva hälsosamt och undvika risker till hälsan t.ex. sjukdomar. I den varande nivån uppleva man välbefinnande och ett tillstånd av balans och harmoni. I det vardande nivån anser man livsfrågor i centralen. Att varda ens lidandet och lust så att människan upplever sig sitt inre enhet 'holiness'. (Eriksson, 1995, 11-14)

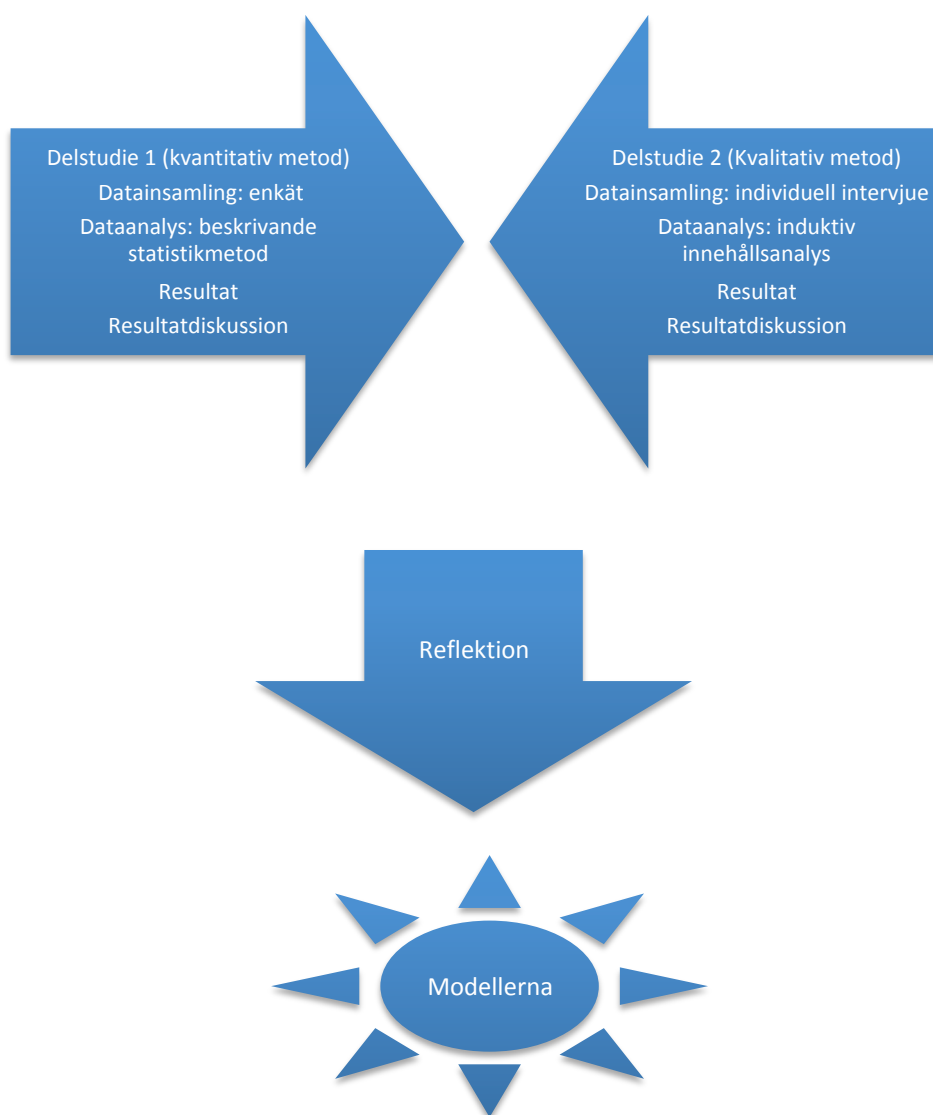
Utgående ifrån den ontologiska modellen ser man inte hälsa bara som ett hälsobeteende eller behov, utan att ser man hälsa som en del av klients liv och deras helhetsupplevelse. Varje människa har egen unik enhet och begär för att "varda hälsa". Klienterna som bor i äldreboende ska känna sig meningsfullt i livet samt som unika människor. Vårdare ska ha långsiktig målsättning för de äldre att "ha hälsa". Om deras liv saknar mening då har hälsan ingen betydelse. Inom äldreomsorgen man vårdar klienter utgående från både de medicinska och mänskliga perspektiven. Dessutom tillfredsställer människans behov i ' att vara hälsa', vilket som en viktig del i personcentrerad vård.



Figur 2. Den ontologiska hälsomodellen (Eriksson, 1995, 13)

5. Metod & Resultat

Målsättningen med forskningen är att undersöka personcentrerad vård inom äldreomsorg. Nedan figur 3 visar en helhets bild hur studierna har utfört. I detta kapitel, finns beskrivning om kvantitativ metod, kvalitativ metod, etiska övervägande, och delstudie 1 och 2. I både delstudie 1 och 2 presenteras datainsamling, dataanalys, resultat samt resultatdiskussion. Kritisk granskning och modellerna finns i följande kapitel 5 & 6.



(Figur 3. Studiernas design)

5.1 Kvantitativ metod

Enkäten är en kvantitativ studiedesign, vilket är lämpligt för att beskriva eller kartlägga en helhets bild för forskningsfråga. (Henricson, 2017, 121- 123) I delstudie 1 användas kvantitativ metod för att mäta graden av personcentrerad vård vid äldreomsorg. För mätning användas P-CAT enkäten, vilket har använt i olika kulturer och beskrivas i kap.3.2.1. Dessutom kan denna enkät säkerställa och minska missuppfattning på frågarna.

5.2 Kvalitativ metod

Kännetecknen för kvalitativ metod är öppenhet, nyansrikedom, närhet och flexibilitet, vilka leder till att forskaren har hög intern validitet i forskningsansatser och har lättare att se en konstruktion av verkligheten. Öppenhet betyder lite styrning av forskaren och man kan uttrycka sig med sina egen ord. Nyansrikedom av data i metoden baserar på att varje enskild respondent som har sin tolkning, känslor och förståelser av en situation. Kvalitativ metod betonar närhet mellan forskaren och informanter. Det är helt flexibelt att man går tillbaka till forskningsfrågorna. Man analyserar data efter hand som man samlar in dem och utifrån denna analys kan man förändra den fortsatta datainsamlingen.(Jacobsen, 2011, 48-52) I delstudie 2 används kvalitativa metod för att beskriva ledares roll i personcentrerad vård inom äldreomsorgen.

5.3 Etiska överväganden

Studierna utföras enligt den goda vetenskapliga praxisen i den forskningsetiska delegations anvisning §3 & 5 (2012, 18), forskaren tar i sin egen forskning och hänvisa till andra forskares arbete på ett korrekt sätt samt anskaffar ett forskningstillstånd. I delstudie 1 användes en färdig enkät från tidigare forskningen, vilket har forskaren Edvardsson gett tillåten för att använda hans original svensk version av P-CAT instrument. (Se bilaga 1 & 2) Dessutom har man fått ett annat forskningslov för att använda enkät och intervjua ledaren (för delstudie 2) i två organisationer, men de vill inte framkomma det i offentligt. Organisationerna ska vara helt anonyma med studierna utan examinator får veta om det synligt forskningslov för att bedöma arbetet. Därför finns det ingen bilaga om detta forskningslov i examensarbetet.

Utgående från den goda vetenskapliga praxis i den forskningsetiska delegations anvisning §1, (2012, 18) *I forskningen iakttas de förfaringssätt som forskningssamfundet erkänt exempelvis omsorgsfullhet och noggrannhet i hela forsknings processen.* Studien följer de etiska direktör beträffande samtycke enligt det forskningslov. Samtliga informanter har givit samtyck att delta. Deltagare informerades om syften, målsättningar och forskningsfrågor i informationsbrev innan enkäten eller intervjun utföras. (Se bilaga 3& 4). Deltagaren är frivillig att delta i enkäten eller intervjun, d.v.s. de har självbestämmande i studierna. Informanterna har även informerats om eventuellt risker muntligt. Alla information och material behandlas anonyma och konfidentiellt. Exempelvis står de inga namn eller arbetsplats på enkätspapper eller transkriberat data utan med en siffra.

Enligt de etiska principerna (forskningsetiska delegation, 2009, 8 & 9), ska man undvika psykiska olägenheter i intervjuer genom att visa respekt till informanterna. Dessutom har informanten fått information hur data används till och hur ska det vara i slut. I detta studier undviker man att citaten i resultaten kan koppla till informanterns identitet. Alla data från både enkäten och intervjun användas enbart för analysering i denna examensarbetet, därefter alla material förstörs manuellt.

5.4 Delstudie 1

Syfte med delstudie 1 är att kartlägga omfattningen av personcentrerad vård i organisationen. För delstudie 1 används en kvantitativ metod med ett redan validerat mätinstrument som datasamling.

5.4.1. Datasamling

Från tidigare forskning hittades ett tillgängligt instrument som mäter personcentrerad vård i äldreomsorgen. Professor David Edvardsson som behåller både ursprunglig version och svenska version av P-CAT. Edvardsson har blivit kontaktad och godkänd för studien att använda instrumentet och den svenska versionen. (Se i bifogar 1&2)

Det är lämpligt för deltagare att välja i instrumenten med en skala. I denna studie används ett instrument med 13 påståenden där informanten kan ange samstämmighet på en skala 1-5. "1" innebär att man inte har samma åsikt, "2" innebär att man tar delvis avstånd, "3" innebär att man har tveksamt i åsikten, "4" innebär att man har delvis samma åsikt, "5" innebär att man har helt samma åsikt. För studien valdes 2 enheter med 20-30 deltagare. Deltagare kan välja ett svar med en siffra som ligger mest nära sin egen åsikt. P-CAT instrumenten är den bästa tillvägagångssätt för att investera om personcentrerad vård i äldreomsorgen.

Enkäterna samlades in manuellt från två vårdhem. 28 enkäter har delat ut och 26 st användas i analysen. I den ena saknade svaret på den första påståendet i enkäten; den andra har skrivit i svaren att påståendet 4 och 9 inte kan väljas eftersom hen tyckte att relationen mellan personal och boende hör ihop till arbetsuppgiften och det är redan hemlig miljö på avdelningen.

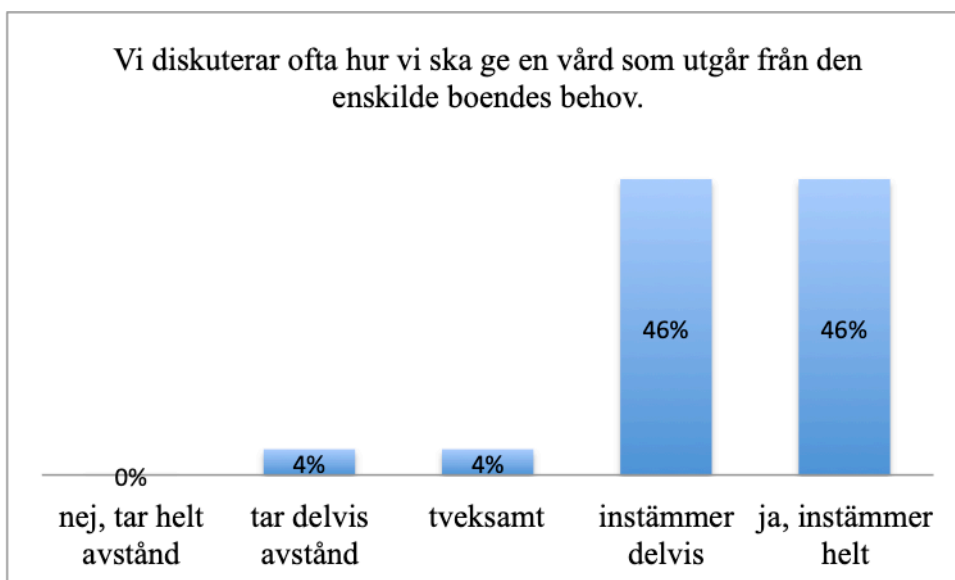
5.4.2. Dataanalys

Beskrivande statistikmetod används för att beskriva och analysera data. (Henricson, 2017, 267) Denna metod används i delstudie 1. Med hjälp av Excel, presenteras resultaten av delstudie 1 med stapeldiagram. Ett stapeldiagram är tydligt och synligt för att visa resultat om deltagares åsikter om varje påstående i enkäten.

5.4.3. Resultatredovisning

Resultatredovisningen bygger på 26 enkäter (n=26).

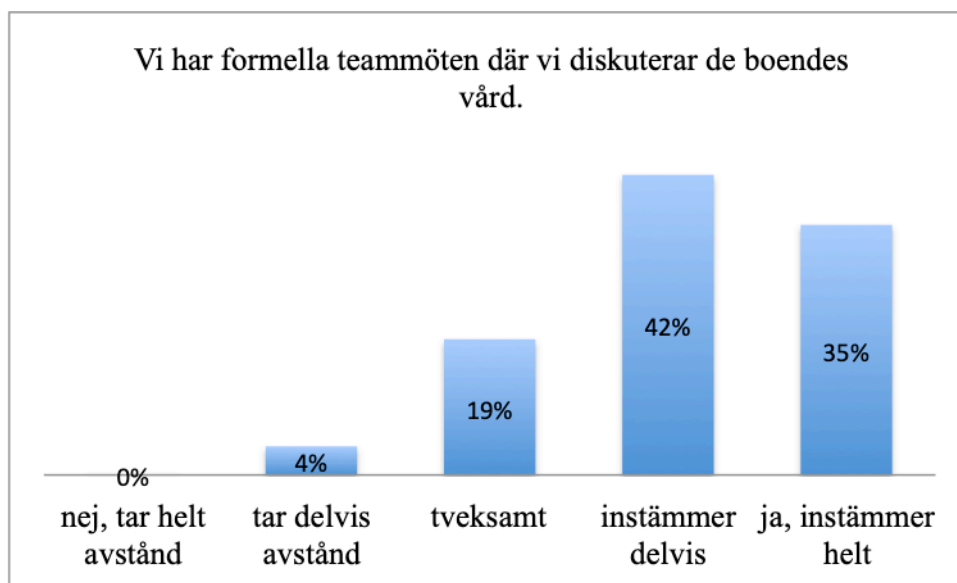
Det första påståendet berör hur ofta man på en arbetsplats diskuterar vård som utgår från enskilde boendes behov.



(Diagram. 1)

Av diagrammet kan utläsas att 92 % av de svarande helt eller delvis instämmer med att man ofta diskuterar hur en ska ge vården utgår från den enskilde boendes behov. 4 % av informanterna svarar att de är tveksamma till om de diskuterar ofta hur de ska ge en vård utgår från den enskilde boendes behov och 4 % tar delvis avstånd från påståendet. Detta innebär att enbart 8 % av de svarande är tveksamma eller delvis avståndstagande till påståendet.

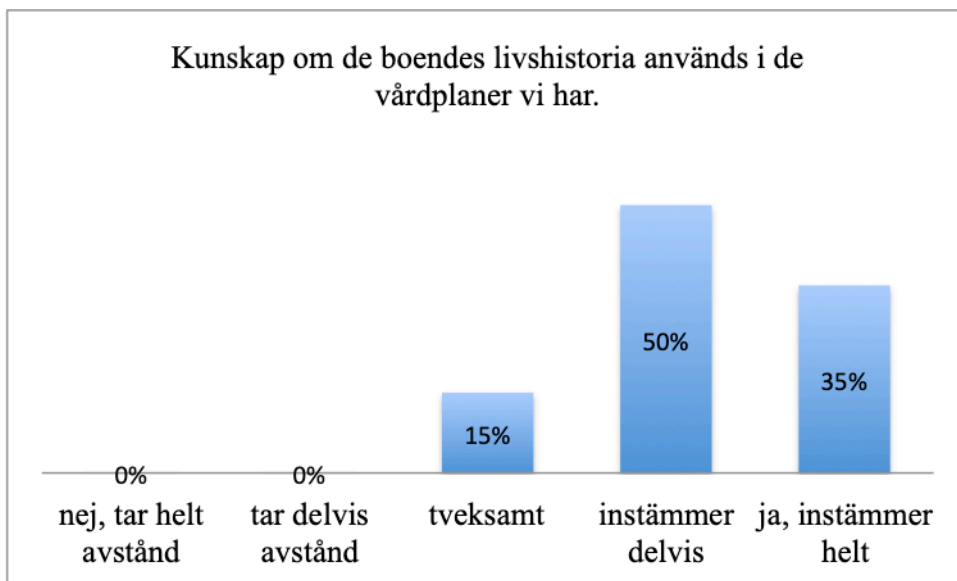
Det andra påståendet berör teammöten där man tillsammans med arbetskamrater diskuterar boendes vård.



(Diagram. 2)

Diagrammet 2 visar att 35 % av de svarande instämmer helt med påståendet medan 42 % instämmer delvis. Av de svarande är det enbart 4 % som delvis tar avstånd från påståendet. 19 % av informanterna tar tveksamt till om vårdare har formella teammöten där man diskuterar de boendes vård. Ingen tyckte att de aldrig har haft formella teammöten där man diskuterar om boendes vård.

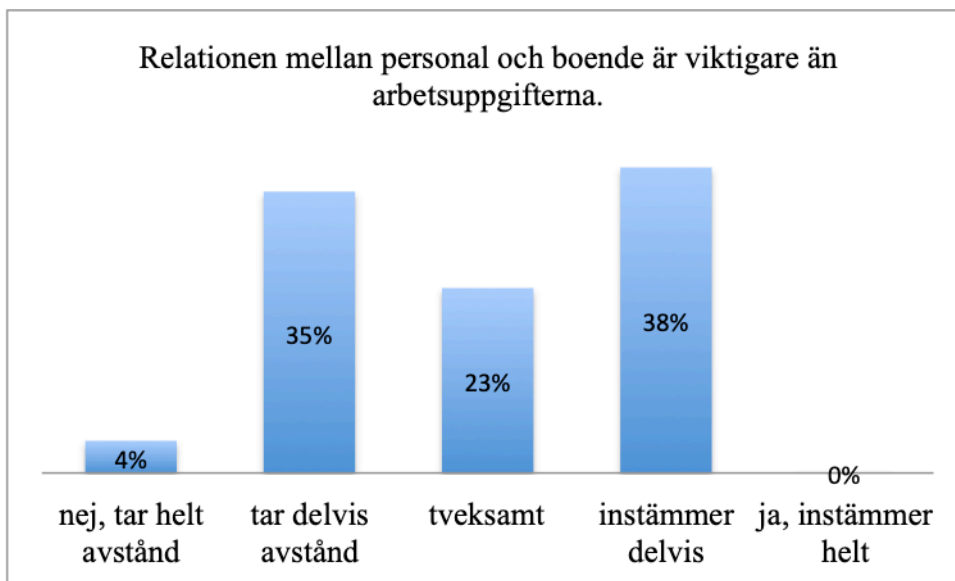
Det tredje påståendet berör kunskap om de boendes livshistoria används i de vårdplaner de har på enheten.



(Diagram. 3)

I det här diagrammet ser man att 85 % av de svarande helt eller delvis instämmer med att de har använt kunskap om de boendes livshistoria i vårdplanen. Det finns ingen som tar helt eller delvis avstånd från påståendet. 15 % av informanterna svarar att de är tveksamt till om de har använt de boendes livshistoria i vårdplanen.

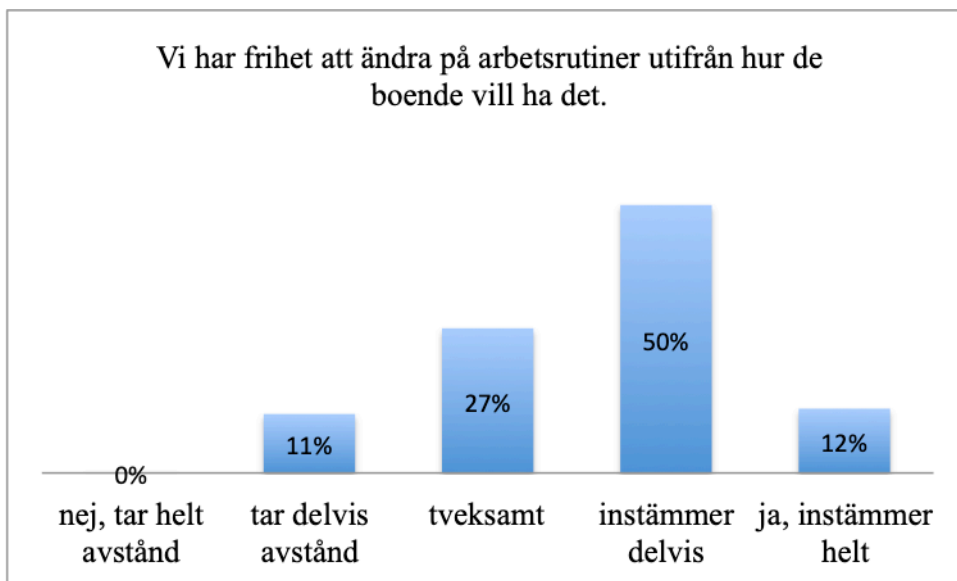
Det fjärde påståendet berör att om relationen mellan personal och boende är viktigare än arbetsuppgifterna.



(Diagram. 4)

Av diagrammet kan utläsas att 38 % av de svarande delvis instämmer med att relationen mellan personal och boende är viktigare än arbetsuppgifterna. 23 % av informanterna svarar att de är tveksamma till relationen mellan personal och boende är viktigare än arbetsuppgifterna. Av de svarande är det enbart 4 % som tar helt avstånd från påståendet medan 35 % som tar delvis avstånd från påståendet. Detta innebär att 39 % av de svarande är helt eller delvis avståndstagande till påståendet.

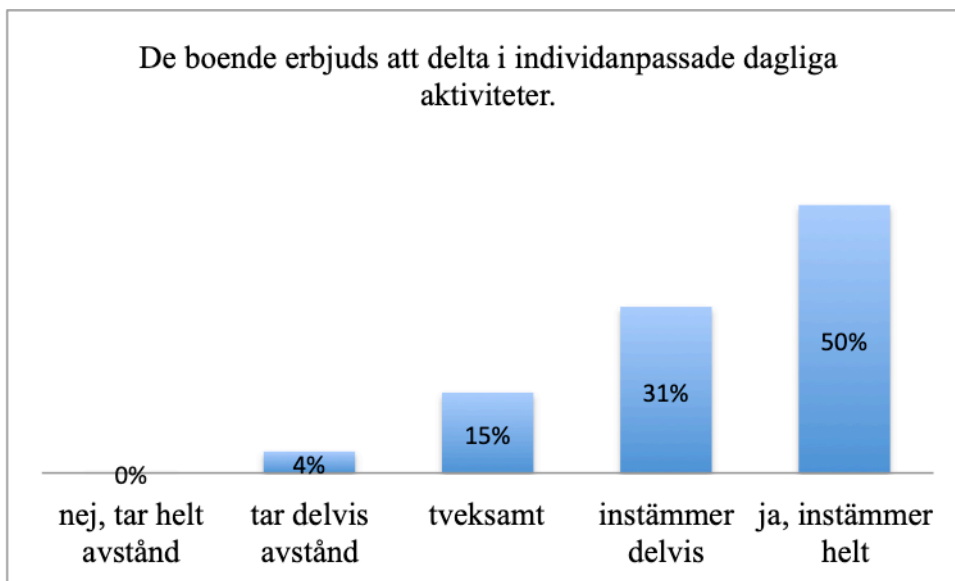
Det femte påståendet berör om man har frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur de boende vill ha det.



(Diagram. 5)

Diagram 5 visar att 12 % av de svarandena instämmer helt med påståendet medan 50 % instämmer delvis med påståendet. Detta innebär att 62 % av de svarande är helt eller delvis instämmande till att man har frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur de boende vill ha det. 27 % av informanterna svarar att de är tveksamma till påståendet och 11 % tar delvis avstånd till påståendet.

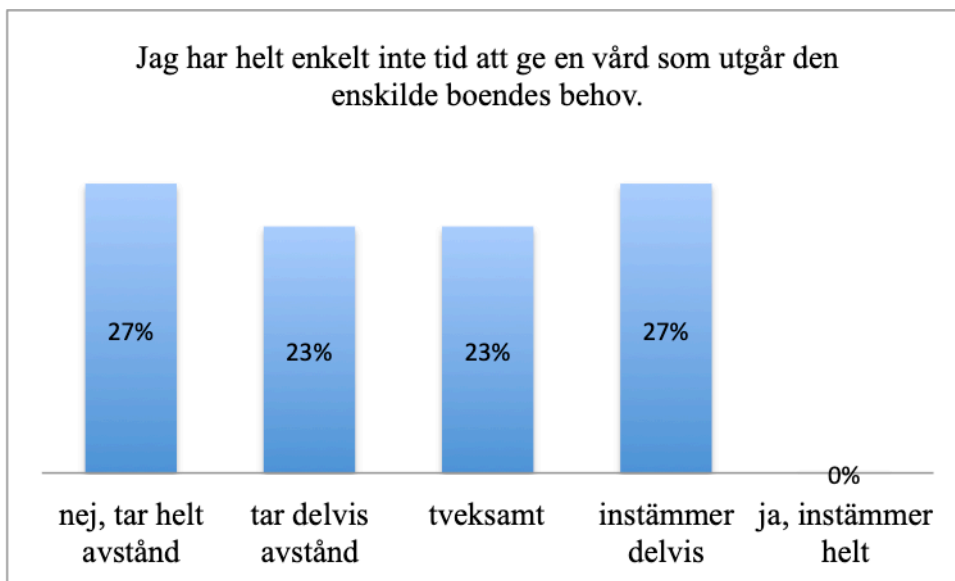
Det sjätte påståendet berör att om de boende erbjuds att delta i individanpassade dagliga aktiviteter.



(Diagram. 6)

Av diagrammet kan man utläsa att 81 % av de svarande helt eller delvis instämmer med att de boende erbjuds att delta i individanpassade dagliga aktiviteter. 15 % av informanterna svarar att de är tveksamma till om de boende erbjuds att delta i individanpassade dagliga aktiviteter och 4 % tar delvis avstånd från påståendet. Detta innebär att 19 % av de svarande är tveksamma eller delvis avståndstagande till påståendet.

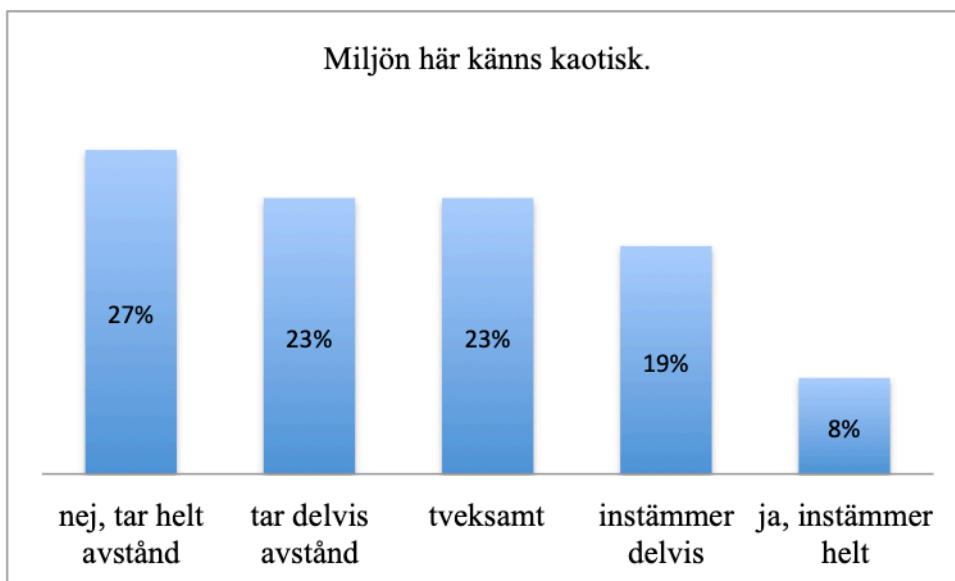
Det sjunde påståendet berör att man har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår den enskilde boendes behov.



(Diagram. 7)

Av diagrammet kan utläsas att inga informanter svarar att de instämmer helt till att man har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår den enskilde boendes behov. Av de svarande är det 27 % som tar helt avstånd från påståendet medan 23 % som delvis tar avstånd från påståendet. 50 % av de svarande delvis instämmer eller är tveksamt till att man har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår den enskilde boendes behov.

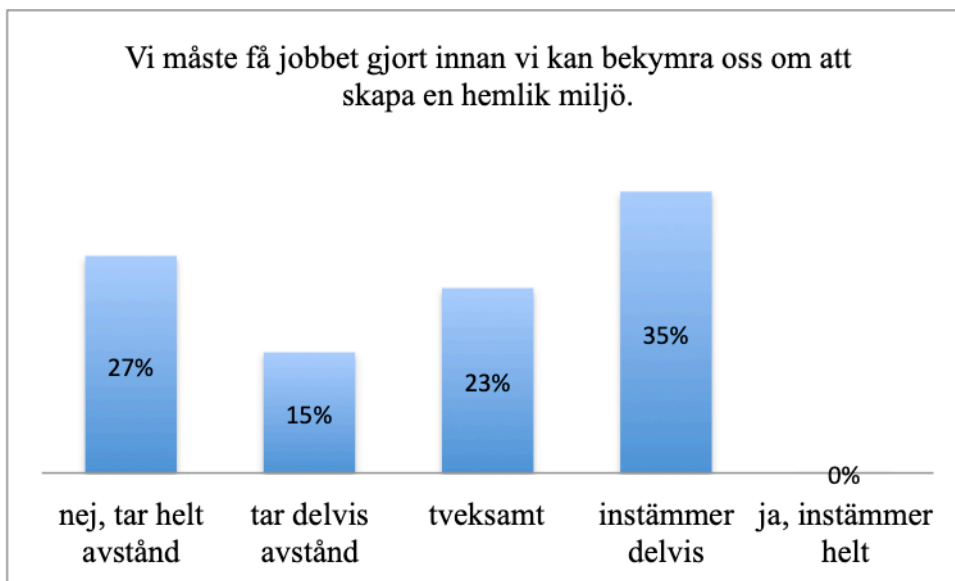
Det åttonde påståendet berör att om miljön i enheten känns kaotisk.



(Diagram. 8)

Av diagrammet kan utläsas att 50 % av de svarande är helt eller delvis avståndstagande från påståendet. 23 % av informanterna svarar att de är tveksamma till om miljön i enheten känns kaotisk. 8 % av de svarande instämmer helt med påståendet och 19 % instämmer delvis med påståendet. Detta innebär att 27 % av de svarande är delvis eller helt instämmande till påståendet.

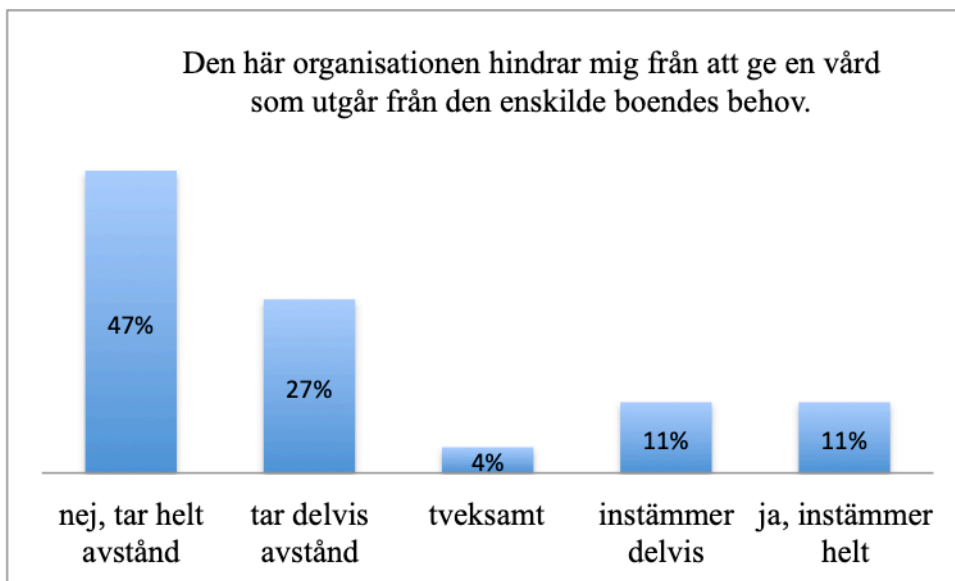
Det nionde påståendet berör att om man måste få jobbet gjort innan vi kan bekymra oss att skapa en hemlik miljö.



(Diagram. 9)

Diagram 9 visas att 42 % av de svarande är helt eller delvis avståndstagande till påståendet. 23 % av informanterna svarar att de är tveksamma till att man måste få jobbet gjort innan de kan bekymra sig om att skapa en hemlik miljö. 35 % av de svarande delvis med påståendet. Detta innebär att 58 % av de svarande är tveksamma eller delvis instämna till påståendet.

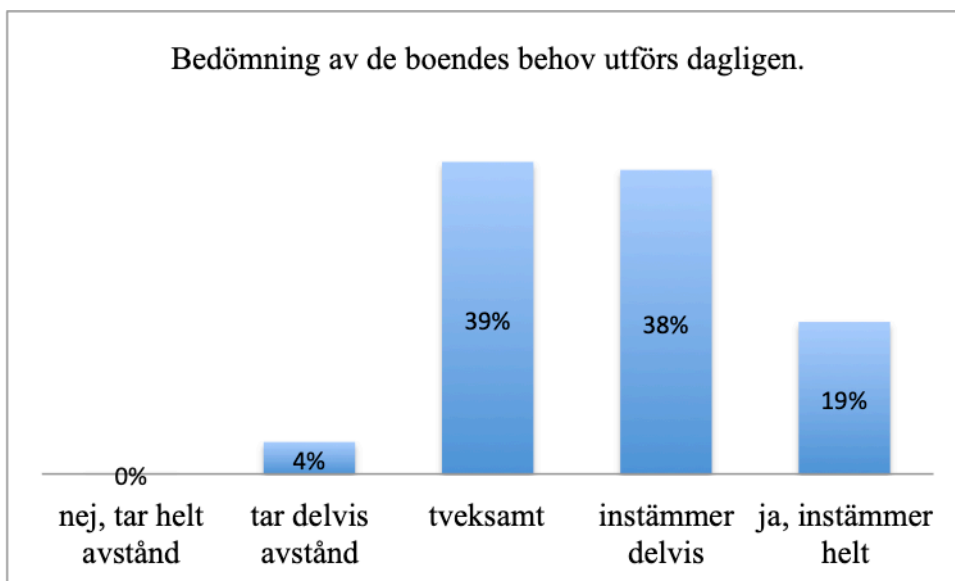
Det tionde påståendet berör organisationen hindrar man från att ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov.



(Diagram. 10)

I diagram 10 visar man att enbart 4 % av de svarande är tveksamma till påståendet. 22 % av informanterna svarar att de instämmer delvis eller helt med att organisationen hindrar personen från att ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov. Av svarande är det 47 % som tar helt avstånd från påståendet och 27 % som delvis tar avstånd från påståendet. Detta innebär att 74 % av de svarande är helt eller delvis avståndstagande till påståendet.

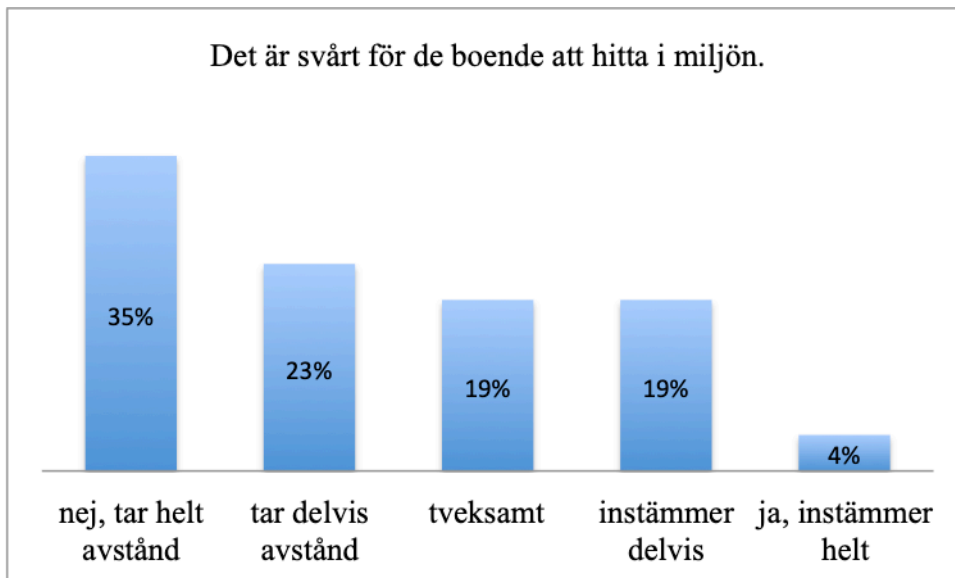
Det elfte påståendet berör bedömning av de boendes behov utförs dagligen.



(Diagram. 11)

Av diagrammet kan utläsas att 57 % av de svarande helt eller delvis instämmer med att bedömning av de boendes behov utförs dagligen. 39 % av informanterna svarar att de är tveksamma till bedömning av de boendes behov utförs dagligen och 4 % tar delvis avstånd från påståendet. Detta innebär att 43 % av de svarande är tveksamma eller delvis avståndstagande till påståendet.

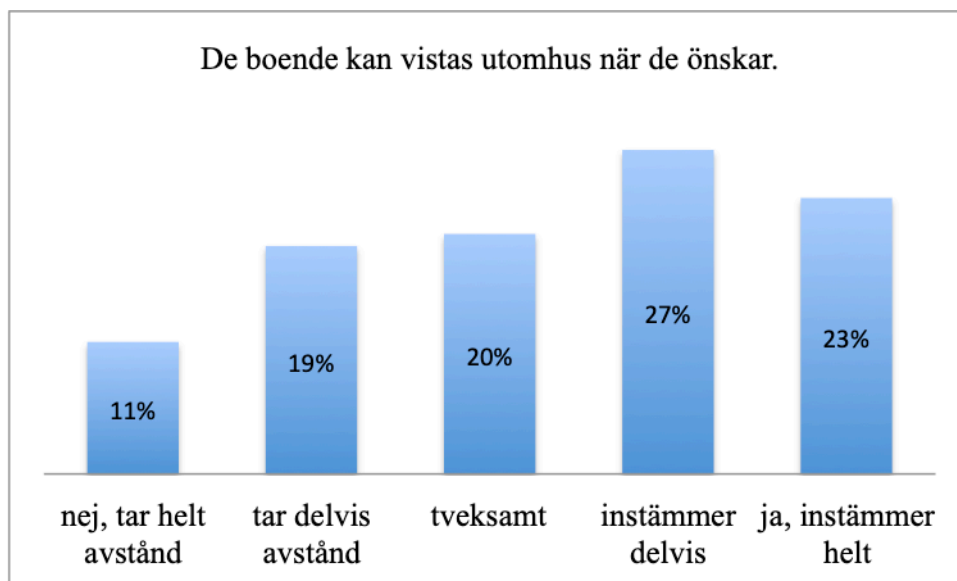
Det tolfte påståendet berör om det är svårt för de boende att hitta i miljön.



(Diagram. 12)

Diagram 12 visar att enbart 4 % av de svarande instämmer helt med påståendet medan 19 % instämmer delvis. Av de svarande är det 19 % som är tveksamma till att det är svårt för de boende att hitta i miljön. 35 % av informanterna svarar att de tar helt avstånd från påståendet och 23 % tar delvis avstånd från påståendet. Detta innebär att 58 % av de svarande är helt eller delvis avståndstagande till påståendet.

Det trettande påståendet berör de boende kan vistas utomhus när de önskar.



(Diagram. 13)

Av diagrammet kan utläsas att 50 % av de svarande helt eller delvis instämmer med att de boende kan vistas utomhus när de önskar. 20 % informanterna svarar att de är tveksamma till om de boende kan vistas utomhus när de önskar. Av de svarande är det 19 % som delvis tar avstånd från påståendet och 11 % som tar helt avstånd. Detta innebär att 30 % av de svarande är helt eller delvis avståndstagande till påståendet.

5.4.4. Resultatdiskussion

I detta kapitel diskuteras resultaten för delstudie 1 till syften, forskningsfrågorna och teoretiska bakgrund. Man kan skapa en översikt om graden av användning vid personcentrerad vård i organisationen, vilket påverkar om individens hälsa och välbefinnande på enheten som en viktig del av "meningsfullhet" i äldreomsorg. Det innebär tre delar: vårdarens arbetsrutiner, boendes behov och förväntningar, miljön där de boende vistas. Utgående från "boendes behov och förväntning" förstår man att vad människan vill och önskar, d.v.s. "begriplighet" inom äldreomsorgen. Dessutom ska man bekräfta individens behov och bemöta de äldre med ethos. För att lyckas med "hanterbarhet" att främja individens hälsa spelar vårdarens arbetsrutiner och miljön en viktig roll.

Vårdarens arbetsrutiner

Enligt diagram 2, 77 % vårdare tyckte att de hade formella teammöten där de diskuterar de boendes vård. Men 4 % vårdpersonal ansåg att relationen mellan personal och boende inte är viktigare än arbetsuppgifterna medan 35 % vårdpersonal håller delvis med samma åsikter (se diagram 4). Sedan har mer än hälften vårdare tyckte att de har frihet att ändra på arbetsrutiner ibland utifrån hur de boende vill ha det (se diagram 5). Man kan säga att, vårdare är relativt flexibelt i sitt arbete att vårda boende i organisationen.

Boendes behov och förväntningar

46 % vårdpersonal har diskuterat ofta hur de ska ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov (se diagram 1). Samtidigt har lika stor antal vårdare gjort det ibland. Mer än 80 % vårdare har mer eller mindre använt kunskap om de boendes livshistoria i vårdplanerna (se diagram 3). 50 % vårdare beskriver att deras boende har individanpassade dagliga aktiviteter (se diagram 6). Hälften vårdpersonal tyckte att ibland hann inte ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov. Dessutom finns det 27 % vårdare tycker att de har tillräckligt tid för den (se diagram 7). Cirka 20 % vårdare ansåg att bedömning av de boendes behov utfördes dagligen medan cirka 40 % tyckte att dem gjorde det delvis (se diagram 11). I översikten, har vårdare funderat på boendes behov och förväntningar i en viss nivå.

Miljön där de boende vistas

8 % vårdare tyckte att deras miljö känns kaotisk medan cirka 40 % vårdare tyckte det händer ibland (se diagram 8). 50 % vårdare måste få jobbet gjort bland innan de kan bekymra sig om att skapa en hemlik miljö (se diagram 9). Cirka 50 % vårdare tyckte att organisationen stöder dem att ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov (se diagram 10). Mer än 40 % vårdare tyckte att det är svårt att för de boende hitta i miljön (se diagram 12). 50 % vårdare håller delvis eller helt med att de boende kan vistas utomhus när de önskar (se diagram 13). Sammanfattningsvis, det finns möjligheten för att utveckla miljön till ett bättre ställ.

5.5. Delstudie 2

Syfte med delstudie 2 är att beskriva ledarens roll i utveckling av personcentrerad vård. För delstudie 2 används kvalitativ metod med individuell intervju som datainsamling och kvalitativ innehållsanalys metod för dataanalys. Individuell intervjun är tillgängligt för denna studie eftersom ledare kan uttrycka sina åsikter och berätta om sina arbetserfarenheter.

5.5.1. Datainsamling

Personligt intervjun med semistrukturerad intervjuguide användes i denna studie. Frågeställningar i den semistrukturerad intervjuguide formerades från tidigare forskningar i kapitel 3. En provintervju genomfördes för att säkerställa alla frågorna är lämpliga för att förstå informanten samt får rikligt med innehåll i svaret från intervjufrågorna.

Provintervjun

Den 12 december, 2018 intervjuades en sjukskötare på en plats som hen själv har valt frivilligt. Intervjun tog ungefär 33 minuter. Målsättningen och forskningsfrågorna fick sjukskötare före intervjun. Dessutom har sjukskötaren fått information över vad intervjun data ska användas till.

Intervjun gick relativt flytande och smidigt. Både intervjuaren och den intervjuade sjukskötaren hade ganska bra kommunikation samt en bra stämning. Sjukskötaren tyckte att det var ett intressant och viktig ämne att diskutera. Under intervjun kände sjukskötaren att vissa frågorna har gått in i varandra. Exempelvis är utbildning och fortbildning om personcentrerad vård, kan man fråga tillsammans. 'Har ni tillgängliga resurser ' och 'tillräckligt tid' för att applicera personcentrerad vård, är på någon sätt i samband med 'utmaningar med personcentrerad vård'. Intervjuguiden reviderades baserat på de kommentarer som gavs under piloteringen och efter diskussion med handledaren.

Genomförandet av intervjun

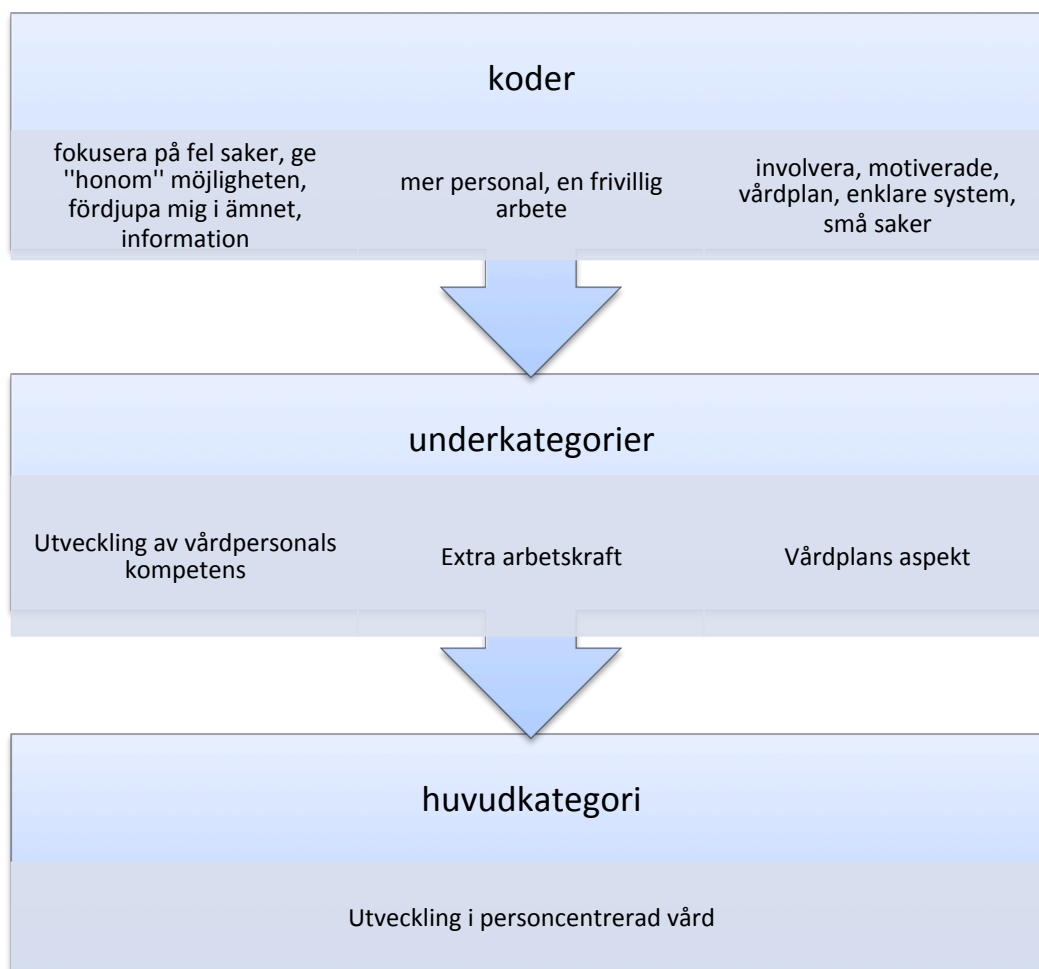
Intervjun med en motivering till varför studien genomförs. Sedan presenteras skribents namn, bakgrund och forskningssyfte, vem som har bestämt att forskningen ska genomföras och hur intervjuens data ska användas. Man diskuterar med respondenten om hen har några frågor som hen har med intervjun att göra. Det finns 7 informanter deltog i studien bland annat 2 av dem arbetar på enheten med somatiska sjukdomar medan resten av dem arbetar på demensenheten.

5.5.2. Dataanalys

Varje intervju tog ca 30 till 45 minuter och alla intervjuer har transkriberat i 53 sidor. Data analyseras med induktiv kvalitativ innehållsanalys. (Se Figur. 4) Elo och Kyngäs(2007) har lagat en illustrativ analysprocess av både induktiv och deduktiv design. I denna studie används den induktiva designen för att analysera kategorier. Med en kvalitativ innehållsanalys kan man läsa, strukturera och beskriva textdata från intervjuerna. Inom innehållsanalysen finns de olika delar där man beskriver data: analysenhet, domän, meningsenhet, kod, underkategorier och huvudkategorier.

Det finns tre huvudfaser: förberedelse, organisering och rapportering. Förberedelsefasen börjar med att man väljer analysenhet. Det kan vara ett ord eller ett tema. Det är viktigt att bestämma vad som ska analyseras i vilken detalj och överväga provtagning innan det väljs. Provenheten måste vara representativt för hela data. En enhet kan bestå av mer än en mening och innehålla flera betydelser. Sedan analyseras manifest innehåll eller latent innehåll, vilket inkluderar tystnad, suck, skratt, kroppsställning med mera. Man ska ta i beaktande av data genom att studera *vem, var, när, vad och varför* i ett fenomen för att få en känsla av helheten. Den andra fasen organiserar kvalitativa data innebär: öppen kodning, skapande av kategorier och abstraktion. Öppen kodning betyder att anteckningar och rubriker skrivs i texten medan man läser den. Därefter samlas dessa rubriker från marginalerna till kodningsblad och genererar kategorier fritt. Efter denna öppna kodning, grupperas listorna över huvudkategorier/underkategorier. När det gäller att skapa kategorier, klassificerar forskaren data som "tillhör" till en viss grupp. Abstraktion innebär att man formulerar en allmän beskrivning av forskningsämnet genom genereringskategorier. (Elo & Kyngäs, 2007)

Resultaten beskriver innehållet i kategorierna, dvs. betydelsen av kategorierna och innehållet i kategorierna beskrivs via underkategorier. Citeringar kan också användas för att öka forskningens trovärdighet och för att illustrera var eller från vilken typ av ursprungliga datakategorier som formuleras. Informanter ska inte identifieras med citat. (Elo & Kyngäs, 2007)



(Figur 4. Exempler från analyseringsprocessen)

5.5.3. Resultatredovisning

Huvudkategori	Underkategorier
Ledares uppfattning om personcentrerad vård	Ledares kunskap om begreppet ”personcentrerad vård”; Vårdplan och RAI Livsberättelse; Helhetssyn Att bli sedd; Bemötande Prioritera personcentrerad vård
Ledarskap i personcentrerad vård	Kommunikationsförmåga; Kunnig och ansvarstagande Delegera ansvar och koordinera; Målmedveten och realistiskt Rollmodell och inspiration; Empatisk, öppet och ödmjuk Lyhörd; Uppskattning och tillit
Stöd från organisation	Skolning om personcentrerad vård i organisation Personalresurser; Materialresurser Konsultation i specialistsjukvård
Möjligheter med användning av personcentrerad vård	Starka boendes tillfredsställelse i hemmet; Skapa ett tryggare hem Skapa en trivsamt arbetsmiljö; Höja patientsäkerhet och minska vårdskador
Utmaningarna i personcentrerad vård	Ålderskillnad; Multisjuka; Nedsatt kommunikationsförmåga Utmaningar utgående från tiden och personalresurser Etiska utmaningar; Olika arbetsstilar
Utveckling i personcentrerad vård	Utveckling av vårdpersonals kompetens Extra arbetskraft Vårdplans aspekt

(Figur 5. Översikt av klassifikationer om huvudkategorier och underkategorier)

Resultaten presenteras med följande huvudkategorier: *ledares uppfattning om personcentrerad vård, ledarskap i personcentrerad vård, stöd från organisation, möjligheter med användning av personcentrerad vård, utmaningarna i personcentrerad vård och utveckling i personcentrerad vård*. I texten, presenteras huvudkategorierna med *kursiverad- fetstil* (Times New Roman 14) samt underkategorierna med **fetstil** (Times New Roman 12). I citaten, användas citationstecken ” med texten i *kursiverad stil*.

Ledares uppfattning om personcentrerad vård

I denna huvudkategori, beskrivs ledares uppfattning om personcentrerad vård, utgående från deras utbildnings bakgrund och hur de agerar sig i en personcentrerad verklighet. Huvudkategorin består av följande underkategorier: **ledares kunskap om begreppet ”personcentrerad vård”, Vårdplan och RAI, Livsberättelse, Helhetssyn, Att bli sedd, Bemötande, Prioritera personcentrerad vård**.

Ledares kunskap om begreppet ”personcentrerad vård”

En av dem har påstått det är helt ny begrepp att höra om personcentrerad vård. Det skulle kunna vara viktigt att man kan få den från utbildningen och sprida information till alla personalen. Medan vissa tyckte att de har fått liknande uppgifter eller övningar om personcentrerad vård tidigare, exempelvis har de haft vårdprocessen och vårdplanering. Häften av dem har haft kursen om personcentrerad vård kurser tidigare. En av dem har läst mycket om det själv och föreläst det som en lärare för ämnet ’personcentrerad vård’ tidigare.

”nej, egentligen tycker jag att det är jätte nytt begrepp för mig”

”jo, jag har nog, jag har ju så långa erfarenheter”

”jo, det var ju mycket med behov och önskningar”

Många informanter har betonat att personcentrerad vård utgående från människans behov. En djupare förståelse med individens behov kan underlätta deras vardag och vårdpersonals arbete. Det är svårt att få man precis samma känslor om saker och ting. Men man skulle kunna ha uppmärksamheten om boendes behov och sammanhang.

''Alla har ju olika behov av vården, oberoende på vad har de fått diagnoser, hurdan vård behöver enskild boende för att få den bästa möjliga vården, man utgå ifrån individen, man kan inte bara dra alla under samman kant, utan man måste funderar hurdan vård behöver 'du' ...''

Många informanter ansåg att de har kompetens att använda personcentrerad metod i vården och planen. Man bemöter klienten som en unik människa och man ''se'' deras behov.

'' jag anser att jag har den kompetensen att vårda eller planera med den här.....varje boende är unik, det betyder ju alla har olika behov''

Ledares kunskap beskrivs utgående från om deras utbildning i personcentrerad vård kommer från tidigare examina och hur definierar ledare om personcentrerad vård. Ledares kunskap om personcentrerad vård varierar från person till person. Mer än hälften av ledare har inte fått utbildning om personcentrerad vård från sina grundexamina inom social-och hälsovård utbildningen. Ledare har definierat personcentrerad vård utgått ifrån individens eller personens behov för att skapa förståelse på den. Många ledare har beskrivit att det är vad man ''själv'' vill ha i vården och vad är ens egen behov som man fokuserar i sitt arbete. Dessutom ansåg flesta ledare att de har tillräckliga kompetenser i personcentrerad vård, utan en ansåg att hen inte är säkert på det. De beskriver att de har lärt sig mycket om det.

Vårdplan och RAI

Det är självklart att man inte kan synliggöra alla behov på ett dokument. Men det är nödvändigt att ha en en plan eller 'varningsklocka' som ger en förberedelse om hur man ska genomföra vårdande i vården. Man kan följa upp med vad aktuella vårdbehov som klienterna har genom att uppdatera vårdplan eller RAI-bedömning.

” ...i vårdplanen, är ju personen utgår ifrån själv... man har ju en varningskolcka med RAI, och vad har äldre med risker, mediciner, fallrisker och allt som jag tycker är ju viktigt. Sen också hittar man att vad har äldre för potentiellt och vad man kan stödja”

Det är betydelsefullt för att vårda personen med minnessjukdom, t.ex. för de som har nedsatt minnesförmågor. Anhöriga kan informera om boendes privata vanor och hobby från enskild boendes tidigares liv. De hjälper mycket för en vardaglig vårdplanering, det kan vara en jätte liten sak, liksom ’tycker det här boendet att kaffet med mjölk eller tar hen svart kaffe’. Ju mer diskussion har man med anhöriga, desto får vårdpersonal mer information om boendes behov och bakgrund.

”...jag kan planera och anhöriga kan planera vården för den boende, och boende, vi planera tillsammans, vi alla tre...”

I ett formerlla vårdplaneringsmöte kan man utbytta information om varje boendes behov och aktuella problem. Man kan kommunicera med varandra och ge råd till hen som har svårt att hitta lösningar till en boendes vårdbehov. Det blir lättare för att uppfylla den enskilde personens behov med intergration av alla kunskaper från teamet. Dessutom känner vårdpersonal att det är tryggare att ge den vården till personen.

” Vi har ju vårdplaneringsmöte, och sen i samrådet att allt med kunskap, och förstås den äldre i centrum, att det är ju hon som man lär känna och pratar och diskuterar med”

Medarbetare behöver inte känna sig att ta hela ansvaret, utan det finns hela team som stöder henne för att klara sig till olika behov för boende.

”vårdplanen... det måste uppdateras och vara aktuellt och alla som jobbar här som följer. Inte bara står nånstans dom är fint.”

Flesta ledare har ett vårdplaneringsmöte där man diskuterar om boendes behov och alla funderar tillsammans med problemet. En ledare diskutera med medarbetare, det öka deras delaktighet att “se” boendes behov så att lösa problem mer effektivare med hjälp av andra

medarbetare. Informanter har också talat mycket om anhörigas delaktighet i vårdplanering. De tyckte att det är viktigt att anhöriga involveras i deras närståendes vårdande. Dessutom har de nämnt ofta om RAI-bedömning och vårdplan. Genom att skriva en vårdplan, diskuterar och synliggöra boendes behov samt sjukvårds diagnoser som man ska beakta. De har också RAI-bedömning som ett verktyg för att hjälper till 'ha översyn över' boendes hälsotillstånd.

Livsberättelse

Att fylla i en livsberättelse, är inte bara som man fyller i en anmälningsblankett. Det är nödvändigt att man tar sig tid för en diskussion om boendes bakgrund och historia om deras liv och sjukdomar. Livesberättelsen spelar en stor roll som en grund till vårdplanering i många avdelningar inom organisationer.

'' när de flyttar in då har vi den livsberättelsen, så vi vill gärna ha bakgrund, hurdan liv har de haft, det går ju till hur kan man stöda boende, det stöder sen ju den psykiska socialt välmående, och kommunikation''

Livsberättelser (Levnadsberättelser) som man har använt är viktiga resursen som hjälper vårdaren att förstår hurdan människan har boenden varit tidigare och hurdan behov kan hen möjligtvis ha.

'' om man tänker en äldre som flyttar hit, så man samlar ihop alla bakgrundsinformation, att vad har personen haft i livet och samlar man ihop allt som är aktuellt, vad har man som är nu.''

Det är ett hjälpmedel som man kan hitta lösningar eller orsaken om varför har boende varit så besvärligt på vissa saker. Det kan ge vårdare uppmärksamheter om saker och ting klienterna som inte kan uttrycka sig så tydligt.

''...levnadsberättelse, där som finns information då hurdan de har varit. Är det nånting annat än det här? Det är just det som som vi börjar.''

Livsberättelse användes ofta i äldreården nuförtiden och flesta av informanterna har talat mycket om det. Det är ett viktigt verktyg för att förbereda en vårdplan. En livsberättelse är inte enbart människors upplevelser, utan är det också deras liv utgående från en närståendes perspektiv. Levnadsberättelsen användes då en klient flyttar in till avdelningen. Man samlar information om klienternas bakgrund om barndom, tidigares liv och så vidare. Vårdpersonal får en klar bild om människan genom att undersöka ens livsberättelse.

Helhetssyn

När man bemöter en boende som en hel människa så ska man inte behandla hen som en patient. Patienten är en roll i ett visst sammanhang medan en hel människa är ens värderingar som man beaktar också i vården.

'' man ser hela personen, vi måste se den här personen, och... inte alltid sjukdomen kommer först utan personen, personligheter, vad de har behovet ''

Som en ledare, är det viktigt att man har en helhets bild om sina medmänniskor.

'' Man ser människan som en helhet och alla människor är olika... Helhet betyder, alla behov, önsknings, resurser och stöder utgår allt ifrån resurserna... ''

Man ser boendes behov samt resurser som man har för att få en optimal vård. 'Helhet' kan ge en djupare synvinkel från olika aspekter om deras liv och tillstånd.

'' Man ser ju helhet, beakta faktiskt på den äldre som vi ha, helheten och hela hennes situation, vad finns om runt omkring... ''

Ledare beskrev att man ser klienten som en hel person. Utgående ifrån flesta ledares synvinkel, vill man se individens helhetssituation och vara medveten om deras aktuella behov och önskemål samt stöda de boende. Människan är mer än bara sjukdom eller sämre hälsotillstånd som man har inom äldreomsorgen. Vårdare ska ha en helhet synvinkel när en ger personcentrerad vård.

Att bli sedd

”Hemmet” har stor betydelse för alla i livet, oavsett hurdan bakgrund, kultur eller sjukdom man har. Det är en plats som kan ge man säkerhet och värme i hjärtar och vila i sig själv. Att vara i sitt hem, betyder att boende vet det finns vårdare som hjälper henne för vårdbehov och stöder hennes förmågor för att vara som en människa.

” Vi är som ett hem, vi gör allting. Vi kokar mat, tvättar, städar och allt. Men de är så länge piggare, för de att vara med....kanske inte behöver de gör nånting, men man får bara sitta och tittat på. Då ser de att ’jag ’ är viktigt och ’jag’ får vara med”

Det är viktigt att äldre inte känner sig ensam på enheten, utan det är deras hem. Boende ska ha en känsla över att “vara i sitt hem” i livet. Det betyder att de ska veta att det finns alltid någon som är “där” för henne eller honom.

” Ska man sitta och hålla i handen, då kanske är det inte så viktigt att man rakar skägget alla dagar. Det är närhet som man behöver.”

Att bli sedd och bekräftad, ger man signal till den boende att man bryr sig om hen.

” Mår man bra att rulla håret varenda dag så ska man göra det. För den personen känner sig att, hon har blivit sedd, har fått sina behov tillfredsställda”

Man ser boendes behov utgående från den små bitarna i vardagslivet. Det är det grundläggande arbetet till en personcentrerad vård.

” för deras demenssjukdomar har gått så långt fram. Så många ggr ska man gissa, tillåt med att bara börja göra nånting. Oftast ser man på deras ansikte uttryck, om de tycker det är roligt”

Den första stegen i personcentrerad vård är, man “ser” klientens behov. Dessutom ska man ha en “tyst kunskap” att “se” behov som vissa boende som inte kan kommunicera med. Att bli sedd kan betyda mycket för boendes värdigheter, och på så sätt att främja ens

välblående. Samtidigt kan man bekräfta ens behov genom att ha en noggrann 'seende' i vårdande.

Bemötande

Man skulle kunna bemöta de äldre som egen närstående eller framtidens 'sig själv'. Det är viktigt att man bryr sig om boendes behov, istället av man ser det som en arbetsuppgift som man får betalt för det.

''...Tänka att det är din mamma som du ska vårda, ...man ska se den människan bakom...''

Om man bemötar boendes behov, kan det utveckla boendes tillfredstillhet i vården. Det kan också underlätta vårdarens arbete.

'' varje boende här får en bra heltänkande vård , fokuserar vi då på den boende, dens behov, psykiska behov, och somatiska behov, medicinska, fysiska, det finns allting då''

Ingen ska bli tvinga att delta i aktiviteten som de vill inte vara med. Trivsel, är en faktor som påverkar boendes välbefinnande, därför ska man respektera ens egen viljighet.

'' Nån som har aldrig stickat, inte ska man säga så att, nej, nu ska vi sticka. De som inte har tyckt att sticka, så kanske ska vi inte försöka nu sticka.'''

En mänskligt bemötande är viktigt i personcentrerad vård. I kommunikationen uppmärksammar man varje boendes behov. Man "ser" och 'tar emot' deras behov och 'lyssnar på' deras önskningar. Människan har olika behov i livet exempelvis sjukvård behov, andligt behov, och socialt behov. Men vårdare ska vårda på ett personcentrerat sätt, vilket utgår ifrån den enskilda persons behov. När man erbjuder ett visst antal alternativ i vården, ska man beakta klientens egen vilja. Det behöver inte vara en stor sak som vårdaren funderar på, utan man kan börja med boenden får välja sina kläder själva.

Prioritera personcentrerad vård

Att sätta de äldre i centrum, ska man agera sitt arbete som fokuserar på boendes närvarande behov. Till exempel, ibland kan det vara att man behöver att ha social samvaro för att lugna ner sig, istället att för man ger läkemedel mot oro.

'' i morgonsysslorna, kan man ta en ''paus'' där, vi har en manlig vårdare idag, han satt en halv timme där som bara pratar med en boende, har det varit hur trevligt som helst. ..nu har hon varit lugnt hela dag, tack vare att han gjort det. ''

För att förveckla personcentrerad vård, kan man bygga ett egenvård system. Där varje vårdare lär känna sina egna boende och håller ögonen på deras behov och önskemål. Denna system underlättar vårdare sitt dagliga arbete samtidigt som kan man beakta alla boendes behov.

'' Vi har en egenvård system, man har vissa boende i enheten, kontakt med anhöriga ''

För att arbeta på ett personcentrerad sätt, ska man kunna anpassa sig till gällande tid som man har per arbetspass.

'' Jag tror inte alltid, tiden räcker till...man måste koncentrera på vad är viktigt för den här personen. Vad har vi tiden på, vad har betydelse. ''

Ledaren kan planera vården och har en 'vision' om hur mycket kan gruppen klara sig under arbets dagen. Dessutom ska man uppmuntra personalen att vara flexibel för att hantera med tiden och boendes behov.

'' ifall om man jobbar på ett 'smart' sätt, (skratt), då tycker jag att vi har det (tiden)... man liksom planerar jobb bra ''

Man ta "beaktande" om personens behov i personcentrerad vård med egenvård system och prioritering av tiden i arbetsrutinen. Ledare har under intervjuerna pratat mycket om egenvårdar system som de har för tillfället under intervjuerna. De har påstått att,

egenvårdare system har utvecklat för att bli mer tillgängligt till boendes behov, eftersom man tar ansvar på färre boende och erkänner bättre om boende samt deras anhöriga. I överlag, ansåg ledare att de har bra med tiden för tillfället. Det finns aldrig tiden för att klara allting men man kan prioritera och planera sin vardag med individens behov. Man uppnår det viktigaste behoven som den enskilda boende har genom att ha en vardagsplan.

Ledarskap i personcentrerad vård

I denna huvudkategori, beskriver ledaren hurdana deras roll och egenskap är för att förveckliga personcentrerad vård. Huvudkategorin består av följande underkategorier: **Kommunikationsförmåga, Kunnig och ta ansvarstagande, Delegera ansvar och koordinera, Målmedveten och realistisk, Rollmodell och inspiration, Empatisk, öppen och ödmjuk, Lyhörd, Uppskattning och tillit.**

Kommunikationsförmåga

Kommunikation med anhöriga är mycket 'nyttigt' för att utföra personcentrerad vård. Ledare och alla andra vårdare kan få relevant information om vissa saker som står inte i livsberättelse eller i en utskrivit dokumentation. Anhöriga kan förbättra att ha förståelse om boendes situation, sjukdom och behov efter diskussionen med vårdare. Ytterligare , kan anhöriga dela med sig av deras egna erfarenheter hos personalen, så att de vet att det finns en plats som man kan 'tala med'.

'' fokuserar på den boendes resurser och önskemål, ...behov, medicinska behov och egen önskar och hur de vill spendera sin vardag och vad anhöriga anser då är det också viktigt. Ja. kontakt som vi har till anhöriga, det är faktiskt sen en sak som man kan sätter till. ''

Man diskuterar och kan fundera tillsammans om saker och ting som har blivit svårt eller 'omöjligt' att göra.

'' viktigt att man följa upp, hur har det blivit, uppföljning är kanske viktigaste, ... hur har det varit med arbetet och hur ser bedömningarna ut o.s.v.öppen kommunikation... ''

Kommunikationsförmåga har beskrivits som en viktig faktor för att utföra personcentrerad vård, oavsett mellan ledaren och medarbetare eller vårdare och anhöriga. Att ta kontakt med anhöriga, kan man främja anhörigas känslor av att vara involverad i vården till sina närstående. Delaktighet kan bidra till att anhöriga känner sig att de ger viktig information åt vårdgruppen samt tar en del ansvar. Kommunikation kan ge ledare en mer klar bild om hur personcentrerad vårds arbetssätt har varit i verkligheten. Sedan kan man ge stöder till sina medarbetare om det finns behov.

Kunnig och ansvarstagande

Det är viktigt att ledare tar ansvar och ledar teamen att arbetar på ett personcentrerat sätt. Dessutom ska ledaren ha en extra 'ögon' för att utföra personcentrerad vård.

'' som en ledare, jag tar fram, det är ju jätte viktigt och hur vi ska genomföra det, för att.. för att det ska bli så bra som möjligt för boende''

Ledare kan uppmuntra gruppen att bemöta personens behov och har en tillsyn om vårdande på avdelning.

'' jag ska ge signalen till mitt team då vad är viktigt nu här...viktigaste är att uppmuntrar medarbetare jobba på en som sätt''

Man stödjer sin medarbetare med kunskap för att försäkra deras omvårdnads omsorg samtidigt kan man uppdatera deras kliniska vårdkompetens.

'' många närvårdare som är osäkra och det finns jag som kan handleda, handledning, t.ex. katerisering...de frågar mig allting, om det händer nånting. Jag tar dem med, dom får dela mediciner, de får lite lite up-to-date, ...''

Många ledare beskriver att sin roll är att kunna leda medarbetare. För att klara sig med personcentrerad vård, ska en ledare vara kunnig. Hen ska ha tillräckligt med kunskapskapacitet i både sjukvård och omsorgen. Att vara kunnigt betyder inte att man ska göra allting själv, utan man skulle kunna handleda medarbetare och lära dem nya

vårdmetoder. En ledare ska vara kunniga om boendes behov och kunna uppdatera vårdplanen.

Delegera ansvar och koordinera

Att involvera i personcentrerad vård, betyder inte enbart att man fokuserar på 'görande', utan ska man kunna ta en ansvar för vad man ska göra och hur det ska se ut. Medarbetare kan få en mer tydligare och klart bild om människans liv, behov och önskemål. De kan fundera och planera vården som passar till boende.

'' ledaren delegerar arbetsuppgifter till egenvårdare, så dem ser till att det fungerar...egenvårdare... 'du' ska vara med första vårdmöte, du ska känna till livsberättelse, allt det här egentligen, ska 'du' kunna, 'du' ska också veta vilka diagnoser de har och vilka mediciner de använder osv. allt med den här borde egenvårdare veta''

Att för en effektiv vård med bästa resultat, ska man kunna koordinera alla parter i vårdande.

'' styra upp det arbetet, kanske viktigaste, man är lite spindeln i nätet att man har personal, man har boende, anhöriga att, man håller i tråden för allihop, ser som mina uppgifter som en avd. skötare...att man skall kunna koordinera det här jobb''

Många har lagt tonvikten på att ledaren ska delegera ansvar till medarbetare. De har också ansett att 'egenvårdare' system som ett verktyg för att dela ut ansvar till enskild vårdare. Det blir lämpligt om man delegerar ansvar till medarbetare och koordinera alla parter tillsammans för att garantera en större fokus i personens vårdbehov och resurser. En ledare ska ha koordinerad förmågan, hon eller han 'ser' alla delar bland annat boende, anhöriga och medarbetare. De kan se den optimala lösningen som passar för den enskilda boende och etablera en funktionell förhållande mellan alla delar.

Målmedveten och realistiskt

För att vara bestämd ska ledaren hålla med sina målsättningar och pröva nya saker under en viss tid. Motivation ger vårdaren en egen vilja att engagera sig i personcentrerad vård. Istället för att bli stressad med vården och vårdande utgår man ifrån varje boendes behov, det blir mer intressant och motiverande.

'' man ska vara ganska bestämd, att man får alla motiverade och får alla arbetar med sig''

Målsättningen ska inte sätta med stora ambitioner, utan vårdpersonalen ska känna sig att de har möjligheter att genomföra den med delmål och huvudmål.

'' man måste sätta upp korta mål som snabbt uppnås, annars blir man trött om det blir för långt''

En del ledare har ansett att de ska vara bestämda för att kunna utföra personcentrerad vård. Dessutom ska man motivera personal och öka deras trivsel på arbetet. En annan sak, är att man ska vara realistiskt och kunna sätta kortsiktiga mål för att arbeta på ett personcentrerat sätt. Utan mål, gör man bara ett arbete utan betydelse. Ledaren skulle kunna sätta en lämplig målsättning och det är inte svårt att förvekliga det.

Rollmodell och inspiration

Att arbetar som en rollmodell, uppmärksammar personalen att förvekliga personcentrerad vård och det är bara början med "görande".

'' jag ska vara ett gott exempel för hela gruppen''

Om en ledare arbetar på ett personcentrerat sätt, då kan man inspirera medarbetare att hur man ska vårda individen.

'' man måste fungera som en bra ledare och man måste göra en bra jobb, så andra kan se. Jag måste gå före med gott exempel.''

Nästa alla ledare har nämnt att de ska arbeta som ett gott exempel för gruppen. De kan framföra vad ett personcentrerat arbete är och visa medarbetare kan engagera sig på ett personcentrerat arbetssätt. De tyckte att det är meningsfullt när medarbetare kan se hur man kan arbeta och det finns möjligheter att man kan arbeta på en personcentrerad sätt. Som 'ett exempel', kan ledaren visa att beaktande till boendes behov och få medarbetare en mer konkretade förståelse om personcentrerad vård.

Empatisk, öppen och ödmjuk

Empati är en av den grundläggande etiken för en ledare som påbörjar en personcentrerad vård. Man ser och bryr sig om boendes sorg, lidande och svårigheter. Så kan man ge en lämplig vård till boendes behov.

'' man måste vara vänligt, sympatisk, empatisk. Man måste se helhet på en människa, kläder och allting, vet du att, det är ju hennes liv i det lilla rummet.....''

Att arbeta som en ledare, betyder det inte att ledaren har alltid rätt och det finns fler alternative som kanske ledaren inte 'ser'. En ledare kan lära sig från av olika åsikter och funderingar och få mer lösningar till vårdbehov.

''ödmjuka och öppet, inför alla alternativ och inför de äldre och allihop har ju varit med olika saker. Man dömer ju inte , man är ju öppet och respekterar allihop''

Ledaren ska ha egenskaper som ''empati'', "ödmjukhet" och "öppenhet". Man ska vara öppet för olika alternativen som gäller för att lösa problem. Samtidigt, ska en ledare kunna acceptera nya idéer och prova nya arbetssätt. Empati gör man att vill förstå människans sammanhang. Om man är empatisk, ska man försöka att ge de bästa möjligheterna för att uppnå ens önskemål och behov. En ledare ska ha empatiska "hjärtat" i sitt jobb och ser boende som en hel människa.

Lyhörd

När man lyssnar på en historia eller upplever ett behov, då kan man bekräfta lidande och upplever sig blivit sedd och hörd.

'' man måste ha en förmåga att vara empatisk och lyhörd och liksom kunna sätta in sig i en annan människas situation. Boende har ju olika önskemål, det kan vara nån önskar som man kan inte uppfylla i en sån ställen. Men att, kanske ska man kunna ändå lyssna på och hitta nånting annat som kan motsvara det där''

En ledare höra alla parter behov och svårigheter, så kan man att ha en mer helhetsbild samt fatta beslut på ett mer omtänksamt sätt.

'' man ska vara väldigt lyhörd för personalen, och lyhörd för boende, det var lyser som det här, vad har de för behov. Och förstås, med anhöriga....Var lyhörd till anhöriga och vad deras känslor är..... ''

Genom att lyssna, så ser man bättre om boendes behov och integrerar sig bättre genom att samarbeta med alla parter.

'' en god lyssnare, jätte viktigt att man kan lyssna på alla parter, och samla in information''

Det är väsentligt att ledaren blir 'en god lyssnare'. Att vara lyhörd, innebär att man hör boendes behov, anhörigas känslor och personalens upplevelser. Man hör andra medmänniskans röst från både fysiska ljud och ''rösten från hjärtan''. 'Lyhörd' menar inte att ledaren gör information eller problem som hen har fått. De ska vara kritiska med information och vara rättvist att analysera problem på ett sakligt/objektivt sätt.

Uppskattning och tillit

Att belöna medarbetare, är bra för att få upp deras uppmärksamhet till personcentrerad vård.

'' de måste få en belöningdet behöver inte så mycket, på morgonen innan hon kommer så, tänder hon ljus och kan man sätta färdigt lite kaffe och smörgårds. Eller nånting, annars kan vi hitta på nånting att göra''

Förtroende, är en grundläggande aspekt som en ledare kan kommunicera med sin medarbetare och lösa konflikter/mobbning på arbetet.

'' ingen mobbning på avdelning, allt på bordet genast. Om dom har problem, de vet att, dom kan lita på mig. Inte berättar jag nånting till alla, så vet dom att, om de säger nånting till mig, då blir det kvar med mig.''

För att klara sig i personcentrerad vård, ska en ledare kunna uppskatta medarbetare och ha tillit från dem. Att bygga upp en belönings system, kan motivera fler vårdare att agera sig i en personcentrerad vård. En belöning behöver inte vara riktiga värdiga saker, utan man kan belöna en med saker som ekonomi räcker till eller en lite symbol på en namnlapp. Sedan ska medarbetare kunna lita på och diskutera med sin ledare om det finns konflikten eller mobbning på arbetsplatsen.

Stöd från organisation

I denna huvudkategori, beskrivs om hurdant stöd har en ledare fått från den högsta ledningsgruppen i organisation. Huvudkategorin består av tre underkategorier: **skolning om personcentrerad vård i organisation, Personalresurser, Materialresurser, Konsultation i specialsjukvård.**

Skolning om personcentrerad vård i organisation

Undervisning i personcentrerad vård har genomförts i olika kontext , men inte har de fått specifik utbildningen om ämnet.

” vi har hela tiden skolning, hur vi ska göra med vårdplanerna, RAI-bedömning... Men det finns inte direkt i skolning om ”personcentrerad vård”, men det kommer ju i med olika sammanhang hela tiden...”

Det som gemensamt i citaten är att man har egenvård, RAI, vårdplan som metoder för att genomföra personcentrerad vård.

” Vi har ju pratar mycket med så här, egenvård, så här individell,..., det är nånting som vi strävar till i vårdplanerna, i RAI, det här programmet som hela tiden finns där. Men nån särskilt utbildning, skulle inte jag säga att vi har fått så det.”

En kort eftermiddags utbildning kan uppmuntra personal att vårda klienten på ett personcentrerat sätt. Däremot är det nödvändigt att fortbilda personal med en djupare undervisning för att förstå begreppet ordentligt.

” vi har fått ganska mycket skolning,... min chefschef har berättat att hur man ska arbeta med personcentrerad vård. Men inte egentligen, vi har inte fått nån grundutbildning, jag tror att jag har bara varit en eftermiddag med den, hur man arbetar pc. Så svaret är, ja.”

De flesta ledare har upplevt att de har fått skolningar i hur man gör en vårdplan och bedöma personens behov. Men de upplever att skolningarna inte direkt behandlat personcentrerad vård. En ledare sade att de har fått utbildning i personcentrerad vård en eftermiddag. Det är viktigt att skolning också ges i personcentrerad vård specifikt. Det hjälper ledaren att integrera problem och lösning/vårdande på ett personcentrerat sätt.

Personalresurser

De flesta har upplevat att de har arbetskraft som räcker till en vardagsarbete.

'' jo, jag tycker nog... vi pussla tills vi har tillräcklig personal som räcker till''

Om det finns ingen 'inhoppare' eller 'vikarier' då överförs ansvar till andra personal på avdelning. Ibland personalen blir tvungen att jobba övertid eller lång dag om det finns inte vikarie. Sedan finns en som tyckte att det skulle kunna ha mer sjukskötare per arbetspass än vad de har nu.

'' nej, vi har haft väldigt jobbigt höst och vinter,..där stor personal omsättning... det betyder att vi inte har alltid fått vikarier, då 'du' måste jobba långdag''

Ledare framför också att studerande kan hjälpa till i personcentrerad vård, även om de är där endast en tid.

'' just nu, vi har jätte bra på avdelning, vi skulle ha alltid studerande, så det är lite extra händer, lite mer personalkrav''

Personalresursen, är den mest relevantast stöd som ledaren kan få från organisation. Ledare ansåg att de har tillräckligt personalresurs för tillfället. Tillräcklig och tillgänglig personalresurs påverkar vårdarens tid för att utföra ett personcentrerat arbete. För lite personalresurs, gör det svårt att genomföra personcentrerad vård. Vikarier kan kompensera personal men kontinuiteten kan bli lidande.

Materialresurser

En ledare upplever att de behöver mer kliniska vårdmaterial (e.g. provtagning) för att ge en mer effektiva medicinska vård.

'' jo, material har vi , sen har vi ju olika utbildning...mer kanske kliniska saker skulle kunna finnas här t.ex. provtagning...''

Det är viktigt att organisationen kan stöda personal med tillräckliga material och hjälpmedel i vården.

''jo, som sagt, det är ju från lednings håll, om det behöver nånting, för att utöva aktiviteter, eller arbeta personcentrerad vård då får vi nu medel för det.''

Tillgängliga och tillräckliga materialresurser är absolut väsentliga för att utföra personcentrerad vård. Man kan inte utföra eller förbättra vården om det finns inga resurser och materialer. Alla ledare tyckte att de har fått behövde hjälpmedel för att utföra arbetet. De har fått tillräckliga stöd om material från organisationen.

Konsultation i specialsjukvård

En ledare sade att man erbjuder specialsjukvård exempelvis psykiatrisk vård för att uppnå boendes behov.

'' det förstås har vi, alla har olika hjälpmedel, som man får. Sen, t.ex. om vi har sådan som är psykiska sjuka, så har vi möjligheter med psykiatrisk konsultation från andra ställen, som vi har nu.''

Det är nyttigt för att undersöka och behandla boendes hälsoproblem om man kan få en specialsjukvård hjälp. Flesta informanter arbetar på enheten med minnessjukdomar utan 2 stycker av dem arbetar på en enheten med somatiska sjukdomar. För att ge en god vård på ett personcentrerad sätt ska man kunna uppfylla boendes behov ur på både fysiska och psykiska perspektiv.

Möjligheter med användning av personcentrerad vård

Ledaren spelar en stödjande roll i personcentrerad vård, annars lyckas inte det i praxis. Alla ledaren har ett positivt förhållningssätt till personcentrerad vård. Personcentrering, betyder att man utgår ifrån individens behov. Alla ledare ser samband mellan personcentrerad vård och god vårdkvalitet. Dessutom tycker ledare att, om man inte ger personcentrerad vård, då

är vården inte med god kvalitet. Huvudkategorin består av följande underkategorier: **Starka boendes tillfredsställelse i hemmet, Skapa ett tryggare hem, Skapa en trivsamt arbetsmiljö, Höja patientsäkerhet och minska vårdskador.**

Starka boendes tillfredsställelse i hemmet

Genom att utföra personcentrerad vård, ser ledare att det finns möjligheter som att man uppfylla individens behov. Alla boende har olika behov, man ser deras behov utgår ifrån enskilde personen. Man behöver inte tvinga individen att duscha på morgonen eftersom det står i arbetsuppgiftsplanering.

'' en har dusch dag,....han/hon bara säger att, 'jag vill inte duscha, jag är trött'.. om det är god pcv, då är det helt ok, då gör vi så och kanske vi tar duschen på kvällen''

Det finns gemensam kunskap om hur man skall vårda en klient och också lösningar för medicinska behov. Att hantera problem eller behov på ett personcentrerat sätt, betyder att man ska sätta in människans situation.

'' bara man kan sätta sig in i klientens situation. Vad behöver och vad önskar boende och vilka är det resurser?''

Alla människor har lika värde i världen. Både vårdare och boende är jämlika i en vårdanderelation. Utgående ifrån personens bakgrund och situationen, ska hon eller han veta hur man ska uttrycka sig i ett dialogsamtal med den boenden.

'' om man bara tänker på diagnosen, så vet man inte att han inte klara det och det, och det. Då är det inte pc och rehabilitering sätt längre. Utan man måste kartlägga livshistoria, aktuell situation, hobby, intressen, släkten, arbetet.''

Ledare har beskrivit att personcentrerad vård kan starka boendes tillfredsställelse, eftersom man beaktar den enskilde individens behov, vilja och önskemål. Personcentrerad vård kan

fördjupa vårdarens förståelse för individens behov. Man ska kommunicera med boende som en vuxen, inte som ett barn. Det är viktigt att man har stärka den individens självkänsla.

Skapa ett tryggare hem

Man ser saker och ting tydligare om hen använder en personcentrerad arbetsätt. Därför löser vårdare boendes problem och behov effektivare än tidigare, så att ha mer tillgångar för att hjälpa dem.

'' jag tycker ju att deras situation kunna bli förbättras, för man kom lite snabbare med lösningen för vissa problem...boende får en snabbare hjälp och får en mer helhets vård''

Man arbetar på personcentrerat sätt med ''huvud'', ''hjärta'' och ''hand''. Det är inte enbart att man har ''hjärna'' om personcentrerad vårds kunskap och vårdar med sina ''händer'', utan ska man ha sina ''hjärtan '' i vårdande.

'' vi ska gör bästa så länge vi är där på jobb. ...det finns hjärtan i den här vården, vården som vi ger...det är inte bara en maskin som vi sköter om, utan en människan.''

En ledare ska ta ansvar att diskutera med medarbetare om det behövs extra uppmärksamheten på personens behov i enheten. Alla ska veta om ''den boendes behov'' för att ge en tryggare vård.

'' egenvårdare som kan vara mer insatt i boendessituation, hur det fungerar och är uppmärksamma på att föra vidare det till övrig personal. ''Det här'' kan vara farligt, det måste ha lite ögonen på...hela gruppen som ska få hela information, inte bara den personen... kommunikation och dokumentation...ibland kan hända att information drunknade''

Personcentrerad vård kan hjälpa ledaren att leda vårdpersonal att skapa ett tryggare hem till alla boende, eftersom vårdare arbetar med ''hjärtat'' för att utföra sitt arbete. Det kan också öka tryggheter för alla involverade eftersom de boendes behov är utgångspunkten för

vården och de tar i beaktande med alla. Det är viktigt att information blir transparent i arbetsgruppen och uppmärksammar medarbetare på det specifika behov som de boende har. Det kan stärka vårdarens problemlösningsförmåga, så att boendes hälsotillstånd förbättras.

Skapa en trivsamt arbetsmiljö

Personcentrerad vård kan ge trivsel inte bara till boende utan vårdpersonal också.

” vi alla trivs på arbete, både boende får det vad har behov av och vi ger det åt boende den vården vad behöver.”

Vården, är ett yrke där man vårdar personen och uppfyller den vårdbehov. Att känna sig meningsfullt till arbetet, erbjuder man mer motivation och “energi” för att utföra personcentrerad vård.

” det ger ju mer mening till jobbet, nånting som man höjer motivation hos oss också”

Att arbeta på ett personcentrerat sätt, det skapar inte bara trygghet för klienterna utan också en meningsfull och trivsamt miljö för vårdare. Personcentrerad arbetssättet kan höja personalens arbetsglädje och tillfredsställelse på arbetsplatsen. En meningsfull och trivsamt arbetsmiljö kan motivera personal att orka och fortsätta arbeta personcentrerat. Motivation, är en sak som ger vårdare energi och kraft att arbeta.

Höja patientsäkerhet och minska vårdskador

Alla ledare har påpekat att personcentrerad vård kan minska eller förebygga fallolyckor. Vid personcentrerad vård, är det nödvändigt att ledaren diskuterar med läkare, anhöriga och medarbetare. Sedan kan man prova lösningar och hitta den som passar bäst för boende, det vill säga att man arbetar på den tryggaste arbetssätten för att undvika fallolycka.

” om man tänker på fallrisken, t.ex. har man personcentrerad vård...man får ner den här fallrisker till minima nivå...istället då den äldre har fallit tre ggr i veckan, blir det en gång per halv år... genom att man har diskuterat med alla delar (anhöriga, läkare och vårdare) och hitta en lösning som passar den äldre”

Näring eller nutrition, är ett relevant problem som man har diskuterat länge i äldrevård. Det kan påverka inte bara boendes vikt också andra saker exempelvis med trycksåret.

” man kan förebygga många små saker...fel medicinering eller trycksår...om man tänker på helheten, med nutrition och de för varje gång rör på dig och de som ligger i sängen , faktiskt för svänga och vårda. Och med mediciner och hudvård, så skulle man kunna säkert förebygga”

Vårdare ska ha tillräckligt kunskap om läkemedel och kan identifiera boendes tillfälliga hälsotillstånd. Man kan följa upp den personen och fundera på vad som är bästa för honom eller henne .

” om man skulle jobba med pcv, så blir man mer trygg med läkemedels del, så de faktiskt att våga ge det vid behov mediciner... det ska blir tryggare att använda det och de äldre faktiskt får de mediciner som de behöver.”

Det finns vårdskador som nämns i intervjuerna som kan minska vid personcentrerad vård bland annat viktnedgång, trycksår, fel medicinering och fel mat. Om man vårdar personcentrerat kan man undvika vårdfel och därigenom vårdskador. Eftersom man tar i beaktande olika aspekter av den människan som behöver hjälp. Vårdaren kan bedöma fallrisker och använda förebyggande metoder för att öka patientsäkerhet. En andra sak som vissa ledare har nämnt är, att personcentrerad vård kan hjälpa vårdare att ge en tryggare medicinska vård i enheten. Man granskar noggrant de boendes situation och medicinska historia, läkemedelslistan, så är man säkrare att ge den läkemedlen som boende behöver.

Utmaningarna i personcentrerad vård

Denna huvudkategori beskriver hurdana utmaningar ledaren har påträffat i sitt arbete under intervjuerna. Huvudkategorin består av följande underkategorier: **Åldersskillnad, Multisjuka, Nedsättande kommunikationsförmåga, Utmaningar utgående från tiden och personalresurser, Etiska utmaningar, Olika arbetsstilar.**

Åldersskillnad

I äldreboende varierar människors ålder mycket. Det är utmanande att uppfylla samma behov för olika klienter.

” många som är kanske 66 år, sedan har vi så här 99 år, går inte ihop på riktigt.....det är väldigt stor åldersskillnad, tycker jag är nog en utmaning för personalen ”

Det är utmanande för vårdpersonal att vara innovativa och hitta på något.

” Utmaningarna som man ska hitta nånting för den 102 åring och för den 65 åring. Vi har nu en som är mycket ungare än andra, endast som hon kan göra är ju röka och dricka, för att vi skulle kunna hitta nånting till henne, vi har ju inga sådana resurser som kan hela tiden ut med henne nånstans. Det är jätte utmanande ”

För att erbjuda en användbar lösning till problem hos klienten, ska man vara kreativ. Ledare upplever att åldersskillnad är en stor utmaning på organisationen. Det blir svårt att hitta gemensamma aktiviteter eller verksamheter som passar olika åldersgrupper.

Multisjuka

Ledare påpekar att klienten med multisjuka är utmaningen eftersom vårdare har svårigheter att identifiera och uppfylla deras medicinska behov utgående från olika diagnoser.

” multisjuka som vi har, det finns många annan sjukdomar som bakom ”

Multisjuka kräver mer tid och resurser för ledare att hantera med individens situation. Det är stort utmaning för att använda rätt läkemedel eftersom individen har olika diagnoser. För att genomföra personcentrerad vård, ska vårdpersonal ha en mer omfattande bild om människan och se till om hens aktuella behov.

Nedsättande kommunikationsförmåga

Vissa sjukdomar kan nedsätta både individens fysiska förmågor och kommunikationsförmågor.

'' vissa är så dåligt skick när dom kommer hit, kan inte riktigt uttrycka sig, då är det såklart att det blir svårt för oss, hur ska vi fixa en sån här vård och just den...dålig kondition eller minnesslös''

Individens kommunikationsförmåga kan påverka om delaktighet i beslutfattande.

''det är ju ganska svårt med demensboende, tycker jag. För de inte kan vara så involverade själv ge beslut ''

Nedsättande kommunikation hos de äldre är utmanande eftersom det orsakar att svårigheter för vårdare att tolka vad är ''riktiga'' individens behov. Oanvändbar kommunikation är också viktigt för att utföra personcentrerad vård. Eftersom vissa boende kan uttrycka sig med ord.

Utmaningar utgående från tiden och personalresurser

Några ledare har berättat att det blir utmanande med resurser och tid då det finns flera boende som är sjuka på en gång, vilket minskar möjligheter för att förverkliga en personcentrerad arbetet.

'' om en blir sämre, då har vi bra resurser . men om det finns många samtidigt så kan det var svårt att få tiden räcker till ''

Det blir svårt att applicera personcentrerad metod med begränsad personalresursen. Utan resurser, har man inga tid eller möjligheter för att uppfylla individens behov. Det kan också minska personals tillgängligheter då boende behöver hjälp.

'' förverkliga för utevistelse, t.ex. är jätte viktigt för många våra boar här, men det är inte alltid möjligt''

Det är viktigt att alla vårdare förstår och kan använda personcentrerad vård. Man ska kunna erbjuda vikarier med noggrann inskolningen innan de börjar jobba självständigt.

'' fast det är jätte duktigt vikarie, vi har märkt det att, det har varit jätte tungt, och boende blir oroligare, de vill gärna ha nån som de känner till''

Ledare har informerat att de har försökt att gör sitt bästa för att erbjuda klienterna personcentrerad vård men det finns en utmaning att kunna förverkliga det. Eftersom de inte finns tillräckliga personalresurser alla dagar. Väsentligen, använder man ofta vikarier som extra arbetskraften för att komplettera dagliga arbetsuppgifter. Det är svårt för vikarier att känna av boendes behov tillräckligt bra som den ordinarie personalen. I arbetskrafts marknad, det kan variera mycket om vikariers kompetens exempelvis hur de ska bemöta klienter med olika behov.

Etiska utmaningar

Om man inte bryr sig om boendes behov och vårda alla boende på samma sätt, då tappat bort meningen i sitt arbet. Man ska bryr sig om boendes behov, bakgrund och tidigare liv, oavsett om man är fastanställd eller vikarier. Ta kontakt med anhöriga, kan underlätta man en mer personcentrerad sätt eftersom man kan få ytterligare information om personen och 'ser' bättre på boende.

'' vissa personaler tycker att kanske det är inte så viktigt att man ta kontakt med anhöriga och livsberättelse''

Att ha självbestämmanderätt, betyder inte att vårdaren ska låta en rörelsesfunktions nedsättnings boende att gå ensam i omgivningen. Exempelvis, om man har minnessjukdom, är det svårt för de att erkänna igen vägen tillbaka om hon eller han ska ut från enheten.

” i demensavdelningen, de kan säger att ,nej jag vill gå ensam. Vi kan inte släppa dem ensamma ut. För att följande, vi måste ringa till polisen att vi har boende som försvunnit.”

Finns det gränser om en boends rättigheter att fatta beslut själv? Det är en etiska dilemma att behandla självbestämmande på äldreboende.

” de får ju dricka alkohol, de får ju röka. Sen vi har en som kanske inte dricka bara två glasser, utan 2 liter. Så du vet, att det är sen faller ner på golvet... ”

Det ena etiska utmaning är att vissa vårdare ”bryr sig” om individens behov, önskemål och vilja. För att lyckas med personcentrerad vård är det viktigt att alla vårdpersonal använda livshistoria för att uppfylla personens behov. En annat etiska utmaning är hur man ska ta individens självbestämmande i beaktande eftersom vissa personer kan inte förstå och klara sig helt i sitt situation.

Olika arbetsstilar

Man kan självklart ha olika arbetssätt, men huvudsak är att man ser boendes behov och uppfyller den.

” det svåraste är får alla personal är med på samma, att alla vill jobba på ett visst sätt, allihop har ju egna åsikter, ...inte en är lite hit och en är lite dit”

Som ett ordspråk, alla vägar leder till Rom. Det är nödvändigt att man har olika åsikter men vårdare kan diskutera med andra och hitta ett sätt att lösa problem som passar för alla. Det kan förmodligen optimala personalresurser till bäst och ge mer tillgångar till mer behov på avdelningen. En del ledare tyckte att det är svårt att genomföra vårdande i ett visst sätt, eftersom personal har egna tankar och arbetsstilar.

Utveckling i personcentrerad vård

Ledare har presenterat om hur de kan utveckla personcentrerad vård i sin organisation. Huvudkategorin består av följande underkategorier: **Utveckling av vårdpersonals kompetens, Extra arbetskraft, Vårdplans aspekt.**

Utveckling av vårdpersonals kompetens

En ledare har påstått att hen skulle behöva en tillägg skolning om personcentrerad vård. Dessutom är hen inte säkert att de använde personcentrerad vårdmetod redan. En extra skolning kan ge självförtroende och medvetenhet för vårdare att genomföra ett personcentrerat arbete.

” jag kunna ju fördjupa mig i ämnet, och läsa in mig lite mer, sedan kan jag ge ut till personalen och de ska få material om hur man skulle kunna jobba. Och sen kan man säkert att implementera det här i arbetet ”

Vårdpersonal ska förbättra sina förmåga att se boendes behov och inte bara fokusera på sjukdomar eller läkemedel som boende har.

” för att vi fokuserar ibland på fel saker, ja, man ska se vad mår den här människan bra ”

Exampeln med bastun kan vara svårt för många vårdare vill att vara med, men det finns alltid möjligheter som någon vårdare i hela organisation kan delta med, även kan man fråga om hjälp från anhöriga. Det kan vara en gång i månad istället för en gång i vecka. Huvudsaklig, den boende får en bekräftelse om att vårdare är intresserad i deras behov och de vet vad han eller hon ska ha.

” en vill ha bastun, och ingen vill gå med honom. Jag vill ge honom möjligheten och han älska den en gång i veckan ”

En andra sak som ledare har nämnt i intervjun är, att ge tydligare information till vikarier om boendes behov. Till exempel, ska alla vårdare veta att hurdan diet varje boende har. En ledare skulle formera en kort handbok för dem att underlätta sitt arbete.

'' vi försöker att skriva så bra som vi kan, att hur ska vi bemöta med dem, det är dina händer som är viktigaste, och din röst...lite information, åtminstone, de får mat, får rätt mat''

Genom att utveckla personalens kompetens i personcentrerad vård kan man erbjuda vårdare en tillräckliga grundläggande skolning eller tydligare information om boendes behov. Så att kan vårdare tillämpa sin kunskap i vårdande. Några ledare har påstått att det är viktigt att förbättra personals förmågor att uppmärksamma på vad boendes behov är. För att uppfylla ens behov, ska vårdare "se" den boendes behov. Ytterligare, vikarier har varit som en del av arbetskraft, de ska få noggrannare information om boendes aktuella tillstånd.

Extra arbetskraft

Att underlätta vårdande på ett personcentrerat sätt, ska man verkligen ha mer vårdpersonal i arbetet.

'' mer personal, För att uppnå målet, man inte behöver ha bråttom, ta den tid det tar. Inte blir allt färdigt, men det tar den tiden för det tar idag''

En ledare har påpekat att, det finns en stor ansvar genom att man går ut med en boende som har minnessjukdom. Därför kräver det mer behöriga arbetare i vissa fall. Ju mer personalresurser man har, desto har man mer tid och möjligheter att vårda klienterna på en personcentrerad sätt.

''Jag tänker bara som utevistelse, kan faktiskt bli pcv för många, dem faktiskt släppa sig ut. Inte kanske dagligen, men 2-3 ggr i veckan. Så om vi skulle ha en frivillig arbetare, då kan det underlätta. Det här är bara en lite grej. Sen vi är en demensavdelning, så är det inte vem som helst kan gå ut med dem, för du kan inte ta den ansvar. ''

Många ledare har nämnt att man kan erbjuda mera tillgångar i personcentrerad vård med mer arbetskraft. Det är självklart att man skulle kunna få mer arbetskraft i vården. Extra arbetskraft, kan vara en frivillig arbetare som utan sjukvård utbildning, man kan exempelvis hålla läsombuden eller tala en stund med klienter.

Vårdplans aspekt

Det är betydelsefullt att ha vårdare som är involverade i vården. Utan deras delaktighet, kan det inte kallas personcentrerad "vård", eftersom man uppfylla inte individens behov och önskemål.

'' vårdpersonalen ska involvera i vårdplanerna , mer än idag, nu är inriktade i görande, inte är på vad vi skriver för vårdplanen och aktivitetsplanen ''

Vårdplan är en väsentligt del i vårdprocessen, där man läst genom boendes bakgrund och livshistoria, så att ''diagnosiera'' ens vårdbehov. Sedan beskriver man lämpliga åtgärder till den behov. Om man börjar från en ''lättare'' vårdbehov, det kan bidra till en större målsättning i vårdplan i slut.

''...vårdplanen... det måste uppdateras och vara aktuellt och alla som jobbar här som följer. Inte bara står nånståns dom är fint.''

En enklare vårdplan underlättar vårdande i praxis samtidigt ger motivation för vårdare att försätta att utföra arbetsuppgifterna på en personcentreringsätt.

'' vårdplanen, som borde ha enklare system, än det som vi har idag''

Utgående från det vårdplans aspekt, har ledare berättat att man ska uppmuntra personal att vara aktiva med vårdplan och utforma en lämpligare vårdplan. En del ledare har förväntat sig att det skulle finnas mer "görande" i vårdplanen än vad de har för tillfället. Vårdplanen ska fungera som en redskap i vårdprocessen. Det är mer realistiskt att vad man har vårdat på ett personcentrerat sätt. Vårdare ska förena sig mellan vårdplan och praktiska vårdande i

sitt arbete. En lämpligare vårdplan är mer praktiskt att uppnå målsättningarna. Det kan leda vårdpersonal att förveckla personcentrerad vård steg efter steg. Det är viktigt att man är ambitiös och omtänksamt, men en nyttig vårdplan ska inte vara svårt att genomföra.

5.5.4. Resultatdiskussion

Syftet med delstudie 2 är att beskriva ledares roll i utveckling av personcentrerad vård. Eftersom frågorställningarna i studien har starka samband till KASAM modell, resultatdiskussion beskrivas svaret till forskningsfrågorna samt relaterar till tidigare forskningar och teoretiska bakgrund utgående från olika kategorier som står i resultatredovisning.

I den KASAM hälsofrämjande modellen, tre komponenter som är tillsammans för att skapa en känsla av sammanhang: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. (Tamm, 2002, 213-214) I denna studie, "**begriplighet**" beskrivas hur förstår man människans livssammanhang inom äldreomsorg. "**Hanterbarhet**" betyder att hur en ledare utveckla en personcentrerad vård för att främja individens hälsa. "**Meningsfullhet**" innehåller att vilka möjligheter ser ledaren med personcentrerad vård för att skapa en meningsfull vardag för alla boende i enheten.

Begriplighet- ledares uppfattning av personens livssammanhang samt personcentrerad vård inom äldreomsorg

Enligt organisationen *The American Holistic Nurses Association Scope & Standards of Holistic Nursing Practice*, personcentrerad vård är den mänskliga vårdprocessen vilket ger vårdare full uppmärksamhet och har helhetssyn på människan i vården. (2007: I: Audrus, 2014) I denna studie är flesta ledare säkert att de ha tillräckligt kompetens för att utföra eller vårda boende på ett så sätt. Ledares har definierat personcentrerad vård utgår från personens behov och hens situation. Coyne, Holmström & Söderbäck (2018) beskriver att personcentrerad vård fokuserar på individen och ens behov. De ansåg att man ska involvera anhöriga i vårdplan, ha helhetssyn samt använda boendes livsberättelse för att bemöta individens behov.

Hanterbarhet- ledarskap i utveckling av personcentrerad vård för att främja de äldres hälsa

Ledarskap spelar en central roll i genomförande av intervention. Ledares deltagande och engagemang i interventionsprocessen påverkade mycket i beslutet. Ledarskap bidrar till att öka vårdpersonals medvetenhet och motivation att implementera en ny intervention. (Jacobsen, et al., 2017) I resultaten, ser man att ledare har beskrivit deras roll som en spindel, att leda gruppen samt **koordinera**. Dessutom ska man kunna motivera medarbetare som en ”**inspiration**” i enheten. En ledare tar sitt eget initiativ och arbetar som **rollmodell**.

Daw Hussin, et al. (2018) har undersökt om sjukskötares uppfattningar om vårdkvalitet i slutskedet av livet. Hur man kommunicerar med upprörd anhöriga har blivit en störst barriär. En ledare ska ha tillräckliga **kommunikationsförmågor** och **empati** för att kommunicera med alla delar, de äldre, deras anhöriga samt medarbetare.

I den transformativ ledarskap, betonar man att ha en insats-belöningsbalans för medarbetare samt samarbetsförmåga. (Keisu, Öhman & Ehberg, 2018; Mazzoccoli & Wolf, 2016) För att underlätta eller framföra personcentrerad vård, kan man vara **uppskattning** och **målmedveten**, d.v.s. börja sätta korta mål och bygga en lämplig belönings system.

Å andra sidan, ska ledaren kunna delegera ansvar till sin medarbetare, det vill säga, en egenvård system. Harris & Mayo (2018) presenterar att, ledarskap har ett starkt samband till personcentrerad vård, **delegering**, att delegerar makt till medarbetare och stödjer innovation och främjar kompetens. Dessutom ska en ledare ha egenskaper **ödmjuka**, **öppet**, **samt tillit**, för att lyckas med sitt arbete i enheten.

RAI-bedömning användas att analyserar klientens resurser samt behov och det finns individuell plan som man kan planera och strukturera vården för henne eller honom. (Niemi, Emet & Exell- Paakki, 2010) Man ska vara **kunnig** och **lyhörd**, att ha en helhetssyn på människan, så att ser bättre på människans behov, utföra en mer

personcentrerad vård och skapa en självkänsla för boende. De ska känna sig värdigt och har ett "hem" att vara i livet.

För att förveckla personcentrerad vård, ska man ha mer tid i vården. (Walford, 2017) Det är självklart om man kan få mer personalresurser som stöden. Men finns det också olika faktorer som till den tiden, man ska "bryr sig" om klientens behov och prioritera tiden. En lämpligare vårdplan och en tydligare informationsguide till personal, kan underlätta också personcentrerad vård.

Självbestämmande är en grundvärde i personcentrerad vård. (Smith- Trudeau, 2016) Man ska lära sig att hantera dilemman med självbestämmande och hitta en bättre beslutfattande **kommunikation** med anhöriga och boende. Det finns tre andra utmaningar som ledaren upplever att svårt att hantera, multisjuka, nedsättande kommunikationsförmågor som boende har samt ålderskillnad i enheten.

Meningsfullhet- Möjligheter som ledare ser att skapa en meningsfull vardag vid personcentrerad vård inom äldreomsorg

Poey et al. (2017) pointerar att personcentrerad vård har uppfylla boendes behov och önskemål, därför blir man tillfredsställd med vårdkvalitet. Ledare tyckte att personcentrerad vård kan utveckla vårdkvalitet eftersom det kan höja tillfredsställelse till individens behov, vilja, önskemål samt skapa ett tryggare hem.

Personcentrerad vård kan hjälpa man att "se" bättre om boendes behov samt förbättra ens bemötande till boende. Ytterligare, kan det öka tillgänglighet till boendes behov eftersom man ser snabbare om klientens behov. Tillgänglighet av vårdbehov är en av de relevanta faktorer som kan påverka på den patientsäkerheten. (Kenward, Whiffin & Spalek, 2017). Ledare har också ansett att personcentrerad vård kan skapa en meningsfull och trivsamt arbetsmiljö för medarbetare.

Ledare ansåg att personcentrerad vård kan minska eller förebygga fallolyckor, fallrisk är en primär indikator för att bedöma vårdkvalitet. (Souza & Machado, 2017) Sveriges kommuner och landsting (2011) har gett exemplar om vårdskador är bland annat fallskador, otillräcklig näring, trycksår, läkemedels fel. En del av ledare har märkt om dessa vårdskador under intervjuerna också.

Man ”ser” den specifika behov för den boenden och ska informera till hela personalgruppen. Personcentrerad vård kan erbjuda vårdare mer uppmärksamhet och noggrann granskning om boendes behov, så att ge en mer tryggare medicinska vård. En studie har gjort i Finland (Alanen, Finne-Soveri, Noro & Leinonen, 2008) påstår att, man har använt mer antipsykotisk läkemedel i hemvård än tidigare. Vårdare ska inte ge för mycket sådana mediciner, inte heller ge ingenting när klienten behöver den i en nödvändig situation.

Resultat refererar till caritativa vårdteori och den ontologiska hälsomodellen

I den caritativa vården, människan är i en kamp mot lidande. De äldre har somatiska sjukdomar, minnessjukdomar eller andra hälsoproblem, kan man säga att de har ”upplevad och verkliga ohälsa”. (Eriksson, 2018, 163) Därför är det viktigt för vårdpersonal att bekräfta deras behov, lidande och sårbarhet i sitt arbete med ethos och har en helhetssynvinkel i vårdande. Man skulle kunna använda livsberättelsen för att ”ser” bättre om människans lidande, dessutom är anhöriga en viktig resurs att diskutera med boendes behov, vilja och önskemål samt med problemlösningen.

”Hemmet” har beskrivits som en fysisk plats eller ett sammanhang, en känsla där man känner sig hemma. (Hilli : I : Gustin & Bergbom, 2017, 256-267) Dessutom upplevelsen att inte vara hemma i kroppen eller i situationen, kan orsaka känslor av otrygghet, om man relaterar hemmet till lidande. Som en vårdare, är det betydelsefullt att skapa boende en känsla på att ”vara i sitt hem”.

En ledare ska bryr sig om själv och de andra människan i vården, vilken innebär medarbetare, klienter och deras närstående. En vårdare borde kunna sköta en klient med

känsla av sammanhang, i stället av funderar enbart på eget sätt. Det är meningsfullt att ta hand om klienterna utgår från deras kultur och historia. (Karlsson: I: Gustin & Bergbom, 2017, 341-349) Under intervjuerna, har ledare nämnt att vissa personal eller vikarier bryr sig inte om boendes livsberättelsen även behov, vilket har sämrat vårdkvaliteten.

Refererar till den ontologiska hälsomodellen, klienten har en djupare enhet i sitt liv. Människan har sitt lidande, begär och lust. (Eriksson, 1995) I denna studien, har många ledare sagt om helheten i vården och klienten i centrum. Det är grunden till att klienten varda hälsa. Sedan ska man ”se”, ”bemöta” och ”beakta” klientens behov, för att de ska vara hälsa. Slutligen, som en ledare ska ta sitt roll och har de egenskaper att utveckla en personcentrerad sätt i organisationen, så att klienten har sundhet, friskhet och välmående.

6. Diskussion

I detta kapitel beskrivs en reflektion av resultaten från både delstudie 1 & 2 samt två modellerna. Resultatdiskussioner om syften, frågeställningar, tidigare forskningar samt teoretiska bakgrund har presenterats i kapitel 4.4.4. och kapitel. 4.5.4. Utgår från reflektion av resultatredovisningarna, två modeller formuleras för ledarskap i personcentrerad vård inom äldreomsorgen, enligt den ledarens perspektiv. Den ena är en modell för ledarskap i personcentrerad vård. Den andra är en modell för utveckling i personcentrerad vård inom äldreomsorgen.

Reflektion av resultaten

Av de svarande 50 % som är tveksamt eller delvis instämna med påstående ”jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår den enskilde boendes behov.” 22 % av de svarande delvis eller helt instämmer att organisationen hindrar hen från att ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov. **Personalresurser** är ett viktigt stöd som man kan få från organisationen, vilket påverkar mycket om hur mycket tid som man kan utföra personcentrerad vård. Ledare har också upplevat att **tiden** och resurser är utmaningarna för att utföra sitt arbete.

58 % av informanterna delvis instämmer eller är tveksamt med påstående ”vi måste få jobbet gjort innan vi kan bekymra oss om att skapa en hemlik miljö”. För att skapa en meningsfull vardag för de äldre ska man kunna prioritera tiden på arbetet. Ledare ska vara en **rollmodell** och ta **ansvar** samt **målmedveten** och **realistiskt** om hur hen ska planera arbetet. En lämpligare vårdplan kan vara ett bra alternativ för att utföra personcentrerad vård. Ytterligare, ska man ha en **uppskattning** system där man som kan **inspirera** medarbetare att genomföra arbetsuppgifter på personcentrerat sätt.

Ledare har informerat de har använt livsberättelse samt vårdplan och RAI för att utföra personcentrerad vård. 85 % av vårdpersonal helt eller delvis instämmer att de har använt boendes livshistoria i vårdplanerna. Livshistoria är en grundlig utgångspunkt där man börjar se boendes behov och skapa en tryggare hem, vilket kan starka boendes

tillfredställelse och patientsäkerhet samt minska vårdskador. Att få information från anhöriga kan vara en tillvägagångsätt för att skaffa en omfattande livshistoria på människan. Dessutom ska ledaren vara **empatisk** för att sätta in sig till människans sammanhang.

39 % av informanterna tar helt eller delvis avstånd om att relationen mellan personal och boende är viktigare än arbetsuppgifterna. För att arbeta med personcentrerad ska man ha en helhetssyn på människan och se individens behov istället av endast följning i arbetsrutinen. Det är viktigt att man ger vården för att uppfylla deras aktuella behov. Ledaren ska **delegera** ansvar till medarbetare och **koordinera** vårdrelationen samt involvera anhöriga till vården för att främja individens hälsa och välbefinnande.

92 % av informanterna delvis eller helt instämmer att de diskuterar ofta hur man ska ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov. 62 % av de svarande delvis eller helt instämmer till att man har frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur de boende vill ha det. 81 % av informanterna delvis eller helt instämmer att de boende erbjuds att delta i individanpassade dagliga aktiviteter. 57 % av informanterna helt eller delvis instämmer att bedömning av de boendes behov utförs dagligen. Man ska se, bekräfta och bemöta ens behov, önskemål och vilja. Som en ledare, ska man vara **kunnig** om sjukvård och omsorg för att hantera utmaningen av ”multisjuka”.

77 % av de svarande helt eller delvis instämmer till påstående ” vi har formella teammöten där vi diskuterar de boendes vård”. Där ska ledaren vara **ödmjuk** att acceptera olika åsikter från medarbetare. Anhörigas delaktighet kan också bidra till diskussionen om individens vård.. **Kommunikation** är en av de mest relevantast faktor som påverkar om man lyckas att framföra personcentrerad vård. En ledare ska ha egenskaper som **lyhörd** och **öppen**. Dessutom ska ledaren ha **tillit** och koordinationsförmåga att hantera utmaningen om det finns olika arbetsstilar som inte kommer överens till samma lösning för individens behov.

27 % av informanterna upplever helt eller delvis att miljön känns kaotisk på arbetsplatsen. 23 % av de svarande delvis eller helt instämmer till påståendet ” det är svårt för de boende att hitta i miljön. 50 % av informanterna delvis eller helt instämmer att de boende kan vistas utomhus när de önskar. Ledare sade att det var ett etiskt dilemma för demensboende som ville utvisas sig själv självständigt. För att vårda en person med nedsättande kommunikationsförmåga ska man ha helhetssyn och identifiera individens huvudbehov i vården. Att använda personcentrerad vård, kan höja tillfredsställelse av vårdkvalitet och skapa en tryggare hem för de äldre.

6.1 Modellen för ledarskap i personcentrerad vård

Ledarskap, är en väsentlig faktor som påverkar om organisationen kan lyckas med att använda personcentrerad vård. Därför är det betydelsefullt att finnas en guide hurdana egenskaper de ska ha och hur deras roll ska fungera i äldrevårds arbete. Från den ledarens perspektiv, en ”blomma” modellen konkluderades om ledarskap för att hantera vården på ett personcentrerat arbetssätt. Där står ”ledarskap i personcentrerad vård” i centrum med de olika ledarens egenskaper och roll som ligger i löften. Viktigaste egenskaper som en ledare ska ha är följande: kunnskap, lyhörd, målmedvetenhet, empati, ödmjukhet, öppenhet, tillit, uppskattning, kommunikation, rollmodell, inspiration, delegering, ansvar, realism, koordination.

Kunnskap

Att arbeta med personcentrerad vård, ska man ha tillräckligt kunskap om begreppet och filosofiska teori. Dessutom ska en ledare både kliniska och humaniska vård kunskap för att handleda personal och vårda klienter. Den kunskapen ska vara aktuellt och uppdaterat. I personcentrerad vård, har livsberättelsen fungerat som en form av kunskap, vilket lär man känna till individens behov, vilja och önskemål.

Lyhörd

Att ha lyhördhet, betyder att en ledare ”lyssnar på” klienten, anhöriga och medarbetare. Det är en viktig steg att man erkänner personen som ”en människan”. Man hör alla parter

röster, så att ”se” man tydligare om människans behov samt bilda en klart helhet om personens behov och resurser.

Målmedveten

En ledare ska ha en stark beslutfattnings förmåga för att leda arbetsgruppen. Dessutom är man också principfast, att ”se till” saker och ting är tillgängliga för att uppfylla boendes behov samt tillräckliga gjort med en personcentrerad vårdmetod.

Empati

Empati, är den utgångspunkten som man är ”vilig” och ”motivt” att ”se” boendes behov. En ledare ska vara empatisk och ”bryr sig” om personen situation. Utan empati, erkänner man inte om individens välmående/illamående och självkänsla.

Ödmjukhet

Att vara ödmjuk, en ledare är medveten om olika vårdpersonals kunskap och kan integrera alla vårdares kompetenter för att ge bästa möjligheten till personens vård. Ömsesidigt lärande, är relevant i den kliniska vård sammanhang, inte bara att man lära sig nya saker, utan erbjuder personalen bättre lösningen till problemet.

Öppenhet

En ledare ska acceptera ändringar, nya ideer och olika lösningar/ handlingar i personcentrerad vård. Dessutom ska hen också vara innovativt och kreativt att leda gruppen, istället av den traditionell ”hieraki ” arbetssätten.

Tillit

En ledare ska ha tillit i arbetsteamet. För att upprätthålla en funktionell vårdare-klient relation och medarbetare-medarbetare relation, ska en ledare ha förtroende från alla delar så att hen kan hantera problemen exempelvis mobbning eller konflikt.

Inspiration:

Att genomföra personcentrerad vård, en ledare ska kunna inspirera och motivera medarbetare. Ledaren inspirerar vårdaren att ”se”, ”bemöta” och ”beakta” boendes behov.

Kommunikation:

Kommunikation, betyder att en ledare ska kunna kommunicera med både anhöriga och medarbetare. Det är en kärnbegrepp i personcentrerad vård, man uttrycker sig och diskuterar med anhörig och teamen, så att samla in information om boendes behov med synvinkel från olika perspektiver.

Rollmodell:

En ledare tar initiativ och arbetar som ett gott exempel, vilket ger medarbetare en förebild om hur man ska utföra vårdande till personen.

Uppskattning

En ledare ska bygga en lämplig belöning system med begränsad ekonomisk budget. Uppskattning, betyder inte att man höja lön eller ge en värdeful pris, utan man belöna personalen med ett lämpligare sätt. Om en ledare uppskattar sin medarbetare, vilket kan motivera mer vårdpersonal att ”orkar” att arbeta med personcentrerad vård.

Delegering

Att delegera ansvar och makt till medarbetare, så blir vårdpersonal ansvarigt för sitt arbete och kan ta en del beslutfattning med eget kunskap. En tydligare och funktionell egenvård system ska vara en bra lösning för att utföra personcentrerad vård.

Ansvar

Ansvar, är en den grundlig arbetsetik att arbeta som en ledare. En ledare tar den ansvar och framföra begreppet personcentrerad vård.

Realism

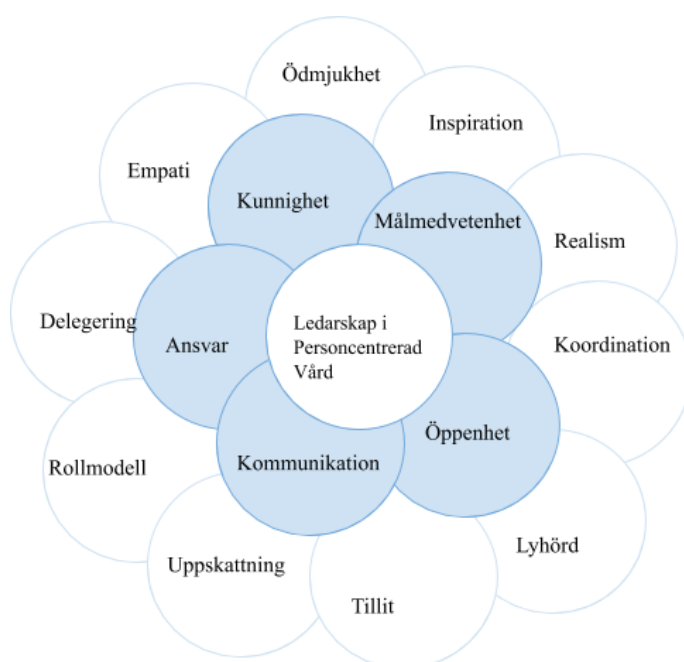
En ledare ska vara realistiskt att inte sätta långsiktiga mål, utan man börjar med stegvis kortsiktiga målsättningar. Realism ger större möjligheter för man att förveckla personcentrerad vård.

Koordinera

En ledare ska kunna koordinera alla parter (boende, anhöriga och vårdare) i vården. Att klara sig med en mer personcentrerad vård, vårdare erbjudas flexibilitet i sitt arbetuppgift och arbetstid.

Rekommenderade ledarskapstil:

Eftersom det kräver flera egenskaper (se ovanstående i texten) i personcentrerad vård, följande ledarskapstilar rekommenderas för ledaren att klara sig i arbetet: transformativ ledarskap/ delegerande ledarskap/ stödjande ledarskap. En ledare ska acceptera och anpassa till nya vårdmetod och samtidigt delegerar man arbetsuppgifter till medarbetare. För att använda personcentrerad vård, ska ledaren stödja en sådan vårdmetod samt ge stöd till medarbetare för att utveckla vårdkvalitet.



Figur 6. Modellen för ledarskap i Personcentrerad Vård

6.2 Modellen för utveckling i personcentrerad vård

Utgående ifrån resulteredovisningen från ledares intervjuer, en modellen genererades för att utveckla personcentrerad vård och främja människans hälsan inom äldreomsorgen. Teoretiska utgångspunkter är Antonvoskys KASMA modell, Eriskssons caritativa vårdvetenskapsteori och hennes ontologiska hälsosmodell. Modellen kan användas som en guide för ledare om hurdana faktorer ska de ta i beakta för utvecklingen.

Målsättning:

Skapa en tryggt och trivsamt vårdhem med personcentrerad vård, där klienter har ett fysiskt och andligt ”hem” att vara i.

Ledarskap

Ledare ska fungera som en ”lampa” eller ”latent”, som tändar ljus för att utveckla personcentrerad vård inom äldreomsorgen. De uppmuntrar och uppmäksammar medarbetare att fokusera om människans behov och resurser för att arbeta på ett personcentrerat sätt. Det kräver en viss **egenskaper och kompetenser** som ledaren ska ha enligt ”modellen för ledarskap i personcentrerad vård” i föregående texten.

Stöd:

Oavsett vilka avdelning/enhet man arbetar, **stöd från organisation**, det vill säga, personal resurser och material är de grunder för att erbjuder möjligheter till ett personcentrerat arbetet. Att ha mer personal resurser, oavsett med beröiga vårdare eller frivilig arbetare, vilket ökar tillgånger till personens behov. Att skapa mer kliniska vårdmateiral, erbjuder bättre och mer tillgängligheter till medicinska vård i samband med personcentrerad vård.

Delaktighet

Anhörigas delaktighet, har nämnt som en viktig resurs där man får personens liv från en annan synvinkel, så att skapa en mer omfattande livsberättelse. De är en relevant del i människans vård och omsorgen. Effektiva kommunikation med anhöriga, kan lindra deras oro och stress på en visst nivå samtidigt kan de hjälpa till att uppfylla människans vårdbehov och göra en mer multiperspektiva beslutfattande i vården.

Bekräftelse

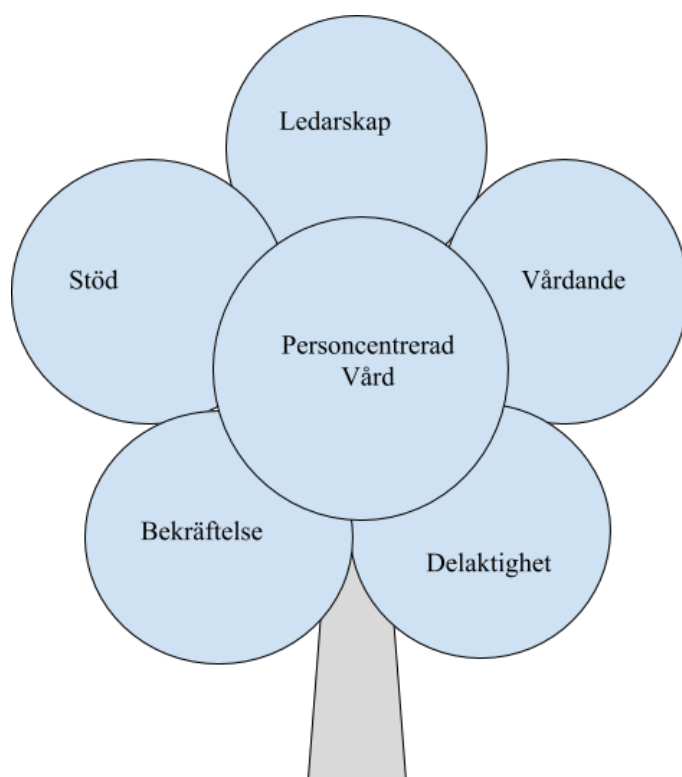
Att genomföra personcentrerad vård, är bekräftelse väsentligt i vårdrelationen. Bekräftelse, betyder att man hör ens röst från ”hjärtan” och **se och bekräfta människans lidande**. I Erikssons teori, lever människan med lidande och kämpa för sig själv i en lidandes drama. Att bekräfta personens behov, kan man börja från en små sak i en vanlig vardag exempelvis en kram, en hälsning eller vara en god lyssnare. Det är en meningsfull steg som man erkänner personen med ethos och kärlek och bygger upp en ömsesidiga förtoende vårdrelation.

Vårdande:

För att ”varda”, ”vara” och ”ha” människans behov och begär, vårdare är de personer som ”verkliga” genomföra vårdande med personcentrerad vårdsteori eller arbetsmetod. För att lyckas med en personcentrerad ”vårdande”, ska en ledare kunna sätta kortsiktiga mål och underlätta vårdarens arbetsuppgifter från en lämpligt sätt. Sedan ska arbetsgruppen har en tydligare arbetsetik där har man **helhetssyn** på människan, ”se” ens behov och alla ska ”**bryr sig om**” klienters mående, oberorende hurdana anställdas förhållande man har i sitt arbete. I fasen ”görande” i vårdprocessen, man prioriterar den tiden med en vardagsplan som en arbetsrutin.

Betydelsen med guiden:

Guiden har involverat alla deltagare (klienten, anhöriga, ledare och vårdpersonal) i människans vård och omsorgen i ett äldrehem. Först och främst, klienten bemötas som en person och ens behov uppfyllas, så att ge hon eller han trygghet och välmående. Genom att utveckla personcentrerad vård, höja man vårdkvaliteten, minska vårdskador och försäkra patientssäkerhet i organisation. För den andra är, en ledare har fungerat sin roll och vårdpersonal känner sig meningsfullt att vara på arbetsplatsen, vilket kan bidrar till en mer trivsamt arbetsplats. För den tredje, anhörigas delaktighet i vårdande, ger man en tryggare vård för individen och de känner sig involverat i vården. Det blir en hållbar arbetssystem för organisation.



Figur 7. Modellen för utveckling i personcentrerad vård

7. Kritisk granskning

Studien består av två delstudier. I delstudie 1 används kvantitativ metod, samlades in data med enkäten och analyserades med beskrivande statistisk metod. Medan delstudie 2 används kvalitativ metod, med individuell intervju som data insamlingsmetod och induktiv innehållskvalitativ metod som analysmetod. I detta kapitel beskrivas **validitet** och **reliabilitet** för delstudie 1 samt **trovärdighet, pålitligheten, och överförbarhet** för delstudie 2. Därefter beskrivas också **kliniska implikation**.

Validitet

Validitet definieras som i vilken utsträckning ett begrepp kan uppmätas noggrann. (Heale & Twycross, 2015) I delstudie 1, undersöks om graden av användningen av personcentrerad vård i organisationen. Det är en lämplig metod att samla in data med enkäterna. Det finns bara 13 påstående i enkäten och man kan välja i skalen 1-5, vilket är lättare för vårdare att fylla i. Enkäterna har delat ut manuellt till två äldreboende och har fått 26 st svar. Man får direkt svar i papper-form enkät jämfört med enkät skickas via nätet. Eftersom det är ganska få svar för att analysera med statistiskt analysering, enkäterna har analyserat med deskriptivt analysering. Stapeldiagrammen har visat en synlig bild om vårdares arbetsrutin, boendes behov och förväntningar, miljön där boende kan vistas.

Reliabilitet

Reliabilitet refererar till konsistens av en mått, vilket betyder i vilken utsträckning har forskningsinstrument konsekvenser har samma resultat om det används i samma situation vid upprepade tillfället. (Heale & Twycross, 2015) Efter kontakt med forskare Edvardsson har studien fått lov att använda P-CAT instrument (se bilaga 1 & 2), vilket användes till forskningarna i fler länderna, därför är instrumentets validitet och reliabilitet relevant hög. Ytterligare, har man samma mått i enkäten och det användes för alla vårdpersonal (icke vikarier) i studien, vilket har garanterat att hög reliabilitet i studien.

Trovärdighet

Cope (2014) refererar trovärdighet till datassanning eller informanterns åsikter och hur man tolka och välja urval. Trovärdighet innebär att resultaten är giltigt och rimligt för läsaren att lära sig ny kunskap. (Henricsson, 2017, 432) Delstudie 2 är en empirisk studie, där man intervjuade informanterna om deras förståelse och erfarenheter om personcentrerad vård inom äldreomsorg samt ledarskap. Alla deltagare i intervjuerna har yrkeshögskolans utbildning inom social-hälsovård sektor. De är bland annat sex avdelningsskötare och en biträdande avdelningsskötare, flesta ledare har några års erfarenhet som ledare utan två av dem som har mindre än ett års erfarenhet som ledaren. Men alla informanter har långa erfarenheter inom social-och hälsovård branschen.

Intervjuguiden diskuteras med handledaren några gånger innan utförande samt en pilotering intervju gjordes. Hela forskningsprocess följer efter de finska forskningsetiska principerna. (Forskningsetiska delegations anvisningar, 2012) Studien utfördes med en anonym forskningslov och har mycket tidigare forskning och två teorier som stöd till giltighet i resultaten. De två blommasmodellerna är tydligt och lämpligt för läsaren att förstår vad forskningsresultat är.

Pålitlighet

Pålitlighet kan påvisas genom att man beskriver sin förståelse. (Heinricson, 2017, 432) Om många respondenten upplever ett tema på samma sätt kan det utveckla **pålitlighet** av forskningsresultatet. Samma intervjuguide har använt för att samla in data i processen. Man har riklig dataresurs från intervjun för att analysera resultaten.

En smartphone användes för att banda in intervjuerna. Det kan hända att ibland inspelningen visas inte genast efter intervjun, det tar en tid att visar upp sig. Istället för den traditionell röst bandningen, informanterna är mer vana och kan känna sig tryggare att se en smartphone under intervjuerna. Det har fungerat bra och man kan höra tydligt om vad man har spelat in. Informanterna kan välja platsen och tiden själv som passar bäst för dem

där som man kan diskutera helt fritt. Transkribering av intervjuerna har gjorts på skribents egen hand.

Innehållsanalys har några nackdelar exempelvis inga helt bestämda riktlinjer därför krävs det av forskaren en noggrann beskrivning av analysen, processen och forskarens val. Det är mycket tidkrävande analysmetod. Det kan hända att man breder ut forskningsfrågorna i processen. (Jacobsen, 2011, 144; Elo & Kyngäs, 2007) Det blir svårt att tolka data på grund av dess nyansrikedom (stor mängd av information och ostrukturerade svar) och det finns risk för att man på så sätt silar bort information på ett omedvetet sätt. (Jacobsen, 2011, 48-52) I detta studien tog det mycket tid att ta kontakt med olika enheter för att ha tillåten för intervjuerna. Det har varit en lång analyseringsprocess eftersom skribent inte har gjort liknande studier tidigare. Det var tidsmässigt att transkribera data från inspelningen till texten, ibland behöver man lyssnar noggrann några gånger.

Överförbarhet

Överförbarhet, betyder att man kan överföra resultaten till övriga grupper eller kontext. (Cope, 2014) Informanterna är från två enheter i den Svenskfinland regionen, vilket ökar resultatens **överförbarhet**. Resultaten av detta studierna kan överföras till alla äldreboende i Finland.

Kliniska implikationer

Resultaten av studien konkluderas en blomma modell om hurdana egenskaper ska en ledare ha för att genomföra personcentrerad vård i äldrevård. Det andra modell är abduktions beskrivning om hur man ska kunna utveckla personcentrerad vård inom äldreomsorgen utgående från ledares perspektiv. Både modellerna kan impliceras i äldrevård för att arbeta ett personcentrerat sätt i äldreboende. Detta kan används som en självbedömnings material för ledare eller en guide hur man ska lyckas att främja individens hälsa och välmående i praxis.

8. Slutsats

Studien har utförts under perioden 12.2017 -05.2019. Personcentrerad vård för de äldre har börjat bli populär i dagens läge. För att lyckas med personcentrerat arbetsmetod ska ledare vara medveten om begreppet och ha vilja och vision att framföra det. I denna studie, har man undersökt personcentrerad vård inom äldreomsorg, vilket innebär graden om användningen vid personcentrerad vård och ledares roller i utveckling av personcentrerad vård inom äldreomsorg. Kärnan i resultaten är man bekräfta individens behov och främja individens hälsa och välbefinnande. Två blommodeller kan användas som ett förslag på hur man ska utveckla personcentrerad vård samt hurudan ledarskap behöver man inom äldrevård.

Till att fortsätta studier eller forskningar rekommenderas att genomföra delstudie 1 i en större omgivning, för att ha mer urval till studien och analysera på ett statistiskt analyssätt. Eftersom P-CAT instrument har lyckats i en finlandssvensk kontext i äldrevård. Sedan i delstudie 2, en aktuell utmaning om ”ålderskillnad bland boende” upplevas i enheten, vilket skulle uppmärksamma detta problem till samhälle, även rekommenderas vidare forskningar om detta tema.

Källor:

Alanen, H.M., Finne-Soveri, H., Noro, A. & Leinonen, E., (2008) Use of Antipsychotics in Older Home Care Patients in Finland, *Drugs Aging*, 25 (4), 335-342

Alligood M. R., 2018, *Nursing Theorists and their work*, 9 upplag, Elsevier

Andrus, V., (2014). Person-centered care: enhancing patient (person) engagement. *American Holistic Nurses Association, Beginnings*, 34 (1), 20

Antonovsky, A., 2011, *Hälsans mysterium, Natur och kulturs psykologiklassiker*, Finland

Bolman, L.G.&Deal, T.E. (red), 2015, *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*, Studentlitteratur AB, Lund

Burack, O. R., Reinhardt, J. R. & Weiner, A. S., (2012) Person-centered care and elder choice: a look at implementation and sustainability, *Clinical Gerontologist*, 35(5), 390-403

Clarke, P. N. &Fawcett, J., (2016) Nursing knowledge driving person-centered care, *Nursing Sciences Quarterly*, 29(4), 285-287

CNA Training Advisor, 2018, Person-centered care. 16(5) (online)

www.hcpro.com (Hämtat, 29.09.2018)

Cope, D. G. (2014) Methods and Meanings: Credibility and trustworthiness of Qualitative Research, *Oncology Nursing Forum*, 41(1), 89-91

Corazzini, K. N. & Anderson, R. A., (2014) Adaptive leadership and person-centered care: a new approach to solving problems. *North Carolina Medical Journal*, 75(5), 352-354

Coyne, I., Holmström, I. & Söderbäck, M., (2018) Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal Of Pediatric Nursing*, 42, 45-56

Curtis, E. A., Sheerln, F. K. & de Vries, J., (2011), Developing leadership in nursing: the impact of education and training, *British Journal of Nursing*, 20(6), 344-352

Daw Hussin, E. O., et al. (2018) Nurses' perceptions of barriers and facilitators and their associations with the quality of end-of-life care, *Journal of Clinical Nursing*, 27(3/4), 688-702

Downs, M., (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*, 37(3), 53-59

Edvardsson, D. (2015) Metoder for valida och reliabla mätningar av personcentrering i vårdmiljöer för äldre personer (online)

<https://gpcc.gu.se/forskning/forskningsprojekt/metodmatningivardmiljo>

(Hämtat 20.09.2018)

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, 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

Edvardsson, D., Sandman, P. O. & Borell, L. (2014) Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived personcenteredness, staff restraint, and stress of conscience, *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1171-1179

Elo, S. & Kyngäs, H. (2007) The qualitative content analysis process, *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115

Eriksson, K. et al. (1995) Den mångdimensionella hälsan- verklighet och visioner, Slutrapport, Åbo Akademi, Vasa

Eriksson, K. (2018) Vårdvetenskap. Vetenskapen om vårdandet. Om det tidlösa i tiden. Stockholm: Liber

Forskningsetiska delegationen (2009), Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning (online)

<https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf> (hämtat, 04.05.2019)

Forskningsetiska delegations anvisningar 2012, God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland, Forskningsetiska delegations anvisning (online)

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (hämtat, 04.05.2019)

Gustin, L.W. & Bergbom, I, (red) 2017, Vårdvetenskapliga begrepp I teori och praktik, 2 upplag, Studentlitteratur, Lund

Haele, R. & Twycross, A. (2015) Validity and Reliability in Quantitative studies, *Evidence Based Nursing*, 18 (3), 66-67

Harris, J. & Mayo, P., (2018) Taking a case study approach to assessing alternative leadership models in health care, *British Journal of nursing*, 27(11), 608-613

Havig, A.K. & Hollister, B. (2018) How Does Leadership Influence Quality of Care? Towards a Model of Leadership and the Organization of Work in Nursing Homes. *Ageing International*, 43(3), 366-389

Hedman, M., Häggström, E., Manhidir, A. G. & Pöden, U. (2019) Caring in Nursing homes to promote autonomy and participation, *Nursing ethics*. 26 (1), 280-292

Hejgestad, A. K. T. et al. (2015) Dignity, Dependence , and Relational autonomy for older people living in nursing home, *International Journal of human care*, 19(3), 42-46

Henricson, M.(red), 2017, Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad, *Studentlitteratur AB*, Lund

Heponiemi, T. et al. (2012), The association of ownership type with job insecurity and worry about job stability: the moderating effects of fair management, positive leadership, and employment type. *Advances in nursing sciences* 35(1), 39-50

Hörnsten, Å. & Udo, C. ,2017, Personcentrerad Vård (online)

http://www.varhandboken.se/Texter/Bemotande-i-vard-och-omsorg-patientperspektiv/Personcentrerad_vard/ (Hämtat 28.09.2018)

Jacobsen, D. I. (2011) Förståelse, beskrivning och förklaring, introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete, *Studentlitteratur AB*, Lund

Jacobsen, F. F., et al. (2017) A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes, *BMC Nursing (Bio Med Central)* (online)

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-017-0244-0>

(Hämtat 29.09.2018)

Jones, C. S. (2010) Culture change and quality of life in elderly persons living in long term care, (online)

<https://digitalcommons.unf.edu/etd/423/> (hämtat 10.05.2019)

Josefsson, K. & Hansson, M. (2011), To lead and to be led in municipal elderly care in Sweden as perceived by registered nurses. *Journal of Nursing Management*, 19(4). 498-506

Keisu, B. I., Öhman, A. & Ehberg, B. (2018) Employee effort - reward balance and first-level manager transformational leadership within elderlycare. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 407-416

Kenward, L., Whiffin, C. & Spalek, B. (2017) Feeling unsafe in the health care settings: patients' perspectives, *British Journal of Nursing*, 26(3), 143-149

Kim, J. S. et al. (2015) Concept analysis of Nursing Leadership, *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 21(5), 575-586

Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen(2014), Social-och hälsovårdsministeriet, (online)

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116736/URN_ISBN_978-952-00-3469-6.pdf?sequence=1 (Hämtat: 28.09.2018)

Kumar, R. & Chattu, V. K. (2018) What is in the name? Understanding terminologies of patient-centered, person-centered, and patient-directed care! *Journal of family medicine and primary care*, 7(3), 487-488

Lindsey, J. M. et al., (2018) Supporting autonomy in long-term care: lessons from nursing assistants, *Geriatric Nursing*, 40 (2), 129-137

Litvak, E. & Fineberg, H.V. (2013) Smoothing the way to high quality, safety, and economy, *The New England Journal of Medicine*, 369(17), 1581-1583

Lynn, C. et al. (2015) PerCEN trial participant perspectives on the implementation and outcomes of person-centered dementia care and environments, *International psychogeriatrics*, 27(12), 2045-2057

Martinez, T. et al. (2016) Spanish validation of the person-centered care assessment tool (P-CAT), *Aging& Mental Health*, 20(5), 550-558

Mazzoccoli. A. & Wolf. G, (2016) Mentoring Through the Leadership Journey: From Novice to Expert. *Nurse Leader*. 14(4), 253-256

Niemi, M., Emet, E.M. & Exell-Paakki, K. (2010) RAI- benchmarking ,Verktyg för ledarskap och utveckling, Best Practice på Folkhälsan, (online)

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80176/d4c96d9e-6cb7-4763-a5abc469b8e768ce.pdf?sequence=1> (Hämtat: 10.09.2018)

Pensionskyddscentralens fickstatistik (online)

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130546/Fickstatistik_2016.pdf?sequence=1

(Hämtat 29.09.2018)

Poey, J. L. et al. (2017) Does person-centered care improve residents' satisfaction with nursing home quality? *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 974-979

Pulchaski, C. M. (2013) Intergrating spirituality into patient care: an essential element in person-centered care, *Pol Arch Med Wewn*, 123(9), 491-497

Ridder, H.M.O., Stige. B., Qvale. L.G., & Gold. C. (2013) Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial, *Aging & Mental Helath*, 17 (6), 667-678

Rosengren, K. (2014), Vårdledarskap, *Studentlitteratur AB*, Lund

Saarnio, R. & Isola, A. (2009) Use of Physical Restaint in Institutional Elderly Care in Finland (perspectives of patients and their family members), *Research in Gerontological Nursing*, 2 (4), 276-286

Santana, M. J., et al. (2018) How to practice person-centered care: A conceptual framework. *Health Expectations*. 21(2), 429-440

Silva, A. T., et al. (2018) Patient safety and the nurse's performance in hospital, *Journal of Nursing*, 12(6), 1532-1538

Sjögren, K., et al (2012) Psychometric evaluation of the Swedish version of the person-centered care assessment Tool (P-CAT), *International Psychogeriatrics*, 24(3), 406-415

Smith-Trudeau, P. (2016) Person-centered care: treating patients the way they want to be treated, *Arizona Nurse* (online)

<https://www.nursingald.com/articles/15307-person-centered-care-treating-patients-the-way-they-want-to-be-treated> (Hämtat 29.09.2018)

Souza, P. & Machado, F. (2017) Indicators for the assessment of the quality of nursing care: a descriptive-exploratory study, *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(2), 140-151

Sveriges Kommuner och landsting, (2011) Säkrare vård och omsorg. Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete, (online)

<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2445320> (hämtat 20.10.2018)

Tak. Y.R., et al. (2015) Validity and Reliability of the Person-centered care Assessment Tool in long-term care facilities in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(3), 412-419

Tallavaara, M-K., Autti, L. & Uusitalo, E. (2016) Illabehandling vid enheter med dygnetruntvård inom äldreomsorgen enligt rapportering av anställda (online)

<https://www.valvira.fi/documents/18502/101133/Illabehandling+inom+aldreomsorgen/cb205076-8102-463d-9d18-80cc17f81d33>

(Hämtat, 04.05.2019)

Tamm, M., 2002, Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom, 2 upplag, *Studentlitteratur AB*, Lund

TQN, (2016) Healthy budgets are essential for safe quality care, 24-27 (online)

www.qnu.org.au (Hämtat 18.10.2018)

Tranvåg, O., Peterson, K. A. & Nåden, D. (2014) Relational interactions preserving dignity experience: perceptions of persons living with dementia, *Nursing ethics*, 22(5), 577-593

Walford, J. (2017) Making time for person-centered care, *Nursing Older People*, 29(7), 15

WHO (World Health Organisation), (online)

<http://www.who.int/ageing/en/> (hämtat, 10.05.2019)

Young, H. M. & Siegel, E.O. (2016) The Right Person at the Right Time: Ensuring Person-centered Care, *Journal of the American Society on Aging*, 40(1), 47-56






Zhou, X. B. & Lou, V. (2013) Person-centered care in Chinese residential care facilities: a preliminary measure, *Aging & Mental Health*, 17(8), 952-958




Bilaga 1 Svenska version av P-CAT (Person-centered care Assessment Tool)

Svenska versionen av <i>The Person-Centred Care Assessment Tool</i>					
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					
2. Vi har formella teammöten där vi diskuterar de boendes vård					
3. Kunskap om de boendes livshistoria används i de vårdplaner vi har					
4. Relationen mellan personal och boende är viktigare än arbetsuppgifterna					
5. Vi har frihet att ändra på arbetsrutiner utifrån hur de boende vill ha det					
6. De boende erbjuds att delta i individanpassade dagliga aktiviteter					
7. Jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår från den enskilde boendes behov					
8. Miljön här känns kaotisk					
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 boendes 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 D., ~~Etherstonhaugh D.~~, ~~Nay R.~~ & Gibson S.(2010). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). ~~International Psychogeriatrics~~, 22,101-108.

Bilaga 2: P-CAT instruments lov

Datum: Wed, 17 Oct 2018 04:32:51 +0000 [2018-10-17 07:32:51 EEST]
 Från: David Edvardsson <david.edvardsson@umu.se> 
 Till: "rhan@abo.fi" <rhan@abo.fi>
 Ärende: SV: Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT)
 Del(ar):  2 P-CAT Svensk.doc [application/msword] 42 Kb  
 Hämta alla bilagor (som en .zip-fil) 

Rubriker: Visa alla rubriker
 1 namnlös [text/plain] 1,88 Kb  

Hej!

Tack för din feedback, mycket uppskattat!
 Bra att du studerar vidare, du kan använda PCAT (bifogat), under förutsättningar att jag eller någon av min forskargrupp erbjuds medförfattarskap i eventuella internationella publikationer (om sådana blir aktuella).

Aterkom gärna vid frågor, och lycka till.
 David

Från: rhan@abo.fi <rhan@abo.fi>
 Skickat: den 12 oktober 2018 18:40
 Till: David Edvardsson
 Ämne: Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT)

Hej, David

Jag är magisterstudie studerande från Åbo Akademi i Vasa, Finland. Samtidigt håller jag på att skriva mitt examensarbete i Novia Yrkeshögskolan, Vasa. Jag har varit i din presentation (keynote) i HTTS för en vecka sedan. Det var jätte roligt, intressant och nyttigt att höra vad du har presenterat. Självt har jag jobbat med demensvård för nästan fem år. Det är mycket meningsfullt av din forskning som anknyter till personcentrerad vård i äldreomsorg.

Nu skriver jag min första magister examensarbetet vid Novia Yrkeshögskolan om 'ledarskap i personcentrerad vård inom äldreomsorg'. Jag kommer att göra två studier i min gradu. Syftet med min första studie är att kartlägga av utsträckningen av personcentrerad vård i äldreomsorg. Därför kommer jag att använda P-CAT instrument att testa personcentrering i äldrevården.

Jag har hittat en forskning som du har gjort i 2015 om Metoder för valida och reliabla mätningar av personcentrering i vårdmiljöer för äldre personer '. Finns det möjligheter att få din svenska version av P-CAT till min forskning? Samtidigt kan jag få lov att använda det?

Var vänligt att ta kontakt med mig via Researchgate eller e-post.

Med vänliga hälsningar
 Ruwang Han

Magisterstudie studerande
 Åbo Akademi, Vasa

Magisterstudie studerande(högre-YH)
 Novia Yrkeshögskolan, Vasa

Abborrvägen 29-31 E76/2,
 65200, Vasa, Finland

+358 (0)400358373

rhan@abo.fi eller thomas352100@gmail.com

Bilaga 3:

Följebrev till P-CAT instrument

Bästa deltagare,

Jag är tredje års studerande i Master utbildning (ledarskap och utveckling inom social-och hälsovård) vid Yrkeshögskolan Novia, Vasa. Jag håller på att skriva mitt examensarbete om ledarskap i personcentrerad vård inom äldreomsorgen. Forskningen består 2 delstudier. Målsättningen med studierna är att skapa en guide för hur personcentrerad vård kan utvecklas inom äldreomsorg.

I denna del, deltar man enbart i delstudie 1. Jag uppskattar ert delaktigheter i denna del i forskningen. Syfte med delstudie 1 är att kartlägga omfattningen av personcentrerad vård. Det finns 13 påståenden som beskriva om personcentrering i äldreomsorg. Man väljer mellan 1 och 5. "1" betyder man håller inte samma åsikt med påståenden medan "5" betyder att en håller helt samma åsikt med påstående som i instrumenten. Alla information kommer att behandlas konfidentiellt.

Tack för delaktighet.

Ruwang Han

Leg. Sjukskötare

Mobil nummer: 0400358373

E-post: ruwang.han@edu.novia.fi

Bilaga 4 : Informationsbrev till intervjuguide

Bästa deltagare,

Mitt namn är Ruwang Han. Jag studerar till sjukskötare (högre-YH), med profilering i ledarskap och utveckling inom social-och hälsovård vid Yrkeshögskolan Novia. Jag skriver nu mitt examensarbete om ledarskap i personcentrerad vård inom äldreomsorgen. Målsättningen med forskningen är att skapa en guide för utveckling i personcentrerad vård för äldreomsorgen. Forskningen består av två studier.

Ni som blir intervjuade deltar i delstudie 2. Syftet med delstudie 2 är att beskriva avdelningskötaren och biträdande- avdelningskötarens roll vid utveckling av personcentrerad vård. Det är helt frivilligt att delta i studien och man kan avbryta intervjun om man tycker det är för känsligt att svara på frågorna. Alla information behandlas konfidentiellt.

Intervjun innehåller följande frågor: 1. Bakgrund 2. Stöder ledare utvecklingen av personcentrerad vård inom äldreomsorgen? 3. Hur uppfattar du dina möjligheter att använda personcentrerad vårdmetod i ditt arbete? 4. Utmaningar och möjligheter vid användning av personcentrerad vård

Tack för delaktighet.

Ruwang Han

Leg. Sjukskötare

Mobil nummer: 0400358373

E-post: ruwang.han@edu.novia.fi

Bilaga 5: Intervjuguide

1. Bakgrund:

-Ålder

-Utbildning och huvudsaklig arbetsuppgift

-Hur länge har du jobbat inom ditt nuvarande yrkesområde?

2. Stöder ledare utvecklingen av personcentrerad vård inom äldreomsorgen?

- Har ni fått utbildning om personcentrerad vård på arbetet?

- Använder ni personcentrerad vård i arbetet? Om ja, är ni nöjda med personcentrerad vård?

- Har ni tillgängliga resurser (personalen eller materialer) för att använda personcentrerad vård?

- Har ni tillräckligt tid för att applicera personcentrerad vård?

3. Hur uppfattar du dina möjligheter att använda personcentrerad vårdmetod i ditt arbete?

-Kunskap, färdighet, kompetens

- Vad betyder personcentrerad vård för dig själv? (Har du fått utbildning om personcentrerad vård i skolan tidigare?)

- Känner du att du själv har tillräckligt kunskap eller kompetens för att vårda/planera vården i enlighet med personcentrerad vårdmetod?

-Vilket ansvar har avdelningskötaren och biträdande avdelningskötaren för att genomföra personcentrerad vård i praxis?

-Hur skal en ledare(sjukskötare) fungera i personcentrerad vård?

-Hurdan egenskaper tycker du att en arbetsledare(sjukskötare) bör ha i en personcentrerad vård?

(Har du någonting annat för att tillägga?)

-Hör personcentrerad vård samman med god vårdkvalitet?

- Berätta och ge exempel när personcentrerad vård ger god vårdkvalitet?
- Tycker du att personcentrerad vård är viktigt för utvecklingen av vårdkvalitet? Berätta och ge exempel.

4.Utmaningar och möjligheter vid användning av personcentrerad vård

- Vilka är utmaningarna med personcentrerad vård?
- Vilka möjligheter ser du med användning av personcentrerad vård?
- Hur vill du utveckla personcentrerad vård?

-Personal resurser

- Har ni tillräckliga personalresurser för att genomföra personcentrerad vård?

-Patientsäkerhet

- Kan personcentrerad vård påverka patientsäkerhet?

-Vårdskador

- Tycker du att personcentrerad vård kan minska vårdskador? Berätta och ge exempel?

5.Tillägg och avsluta

Tack!