



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Institutionen för hälsovetenskap

**Förutsättningar för sjuksköterskan att arbeta
med personcentrerad omvårdnad i den
kommunala vården av äldre**

**Hansson, Ann-Katrin
Nilsson, Anita**

**Examensarbete Omvårdnad, D-nivå 15 hp
Juni 2011
Sundsvall**

Abstrakt

I sjuksköterskans arbete ingår att ansvara för patientens omvårdnad. Sjuksköterskan har med sin utbildning och erfarenhet omfattande kompetens inom omvårdnad och ska därmed axla ansvaret som ledare. Vi såg det som viktigt att skriva om förutsättningar att arbeta personcentrerat, för att lyfta fram sjuksköterskans kompetens och öka samarbetet med andra yrkesgrupper. Vi såg att det fanns utvecklingsmöjligheter inom området och ville därför lyfta betydelsen av vad viktigt det är att arbeta personcentrerat. Syftet med studien var därför att beskriva sjuksköterskors upplevelser av vilka förutsättningar som fanns för att arbeta med personcentrerat förhållningssätt i den kommunala vården av äldre. Data samlades in via fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor (n=14) som ansvarade för patienter inom särskilda boenden, demensboenden och hemsjukvård. En intervjuguide utgjorde grunden för fokusgruppsintervjuerna. Materialet analyserades med inspiration av en kvalitativ manifest innehållsanalys. I resultatet framkom fyra kategorier; personcentrerad omvårdnad, etiska aspekter, ledarskapets inverkan på omvårdnaden och miljöns betydelse för en personcentrerad omvårdnad. Resultatet visade att sjuksköterskan hade kunskaper för att leda omvårdnaden mot ett personcentrerat förhållningssätt i vården av äldre. Sjuksköterskans ledarskap behövde förtydligas i teamet och för att öka delaktigheten i omvårdnadsarbetet med vårdpersonal behövdes tid och ett annat synsätt i vårdarbetet. Slutsatsen var att man såg förändringsmöjligheter inom organisationen för att kunna utveckla omvårdnaden av äldre.

Nyckelord: fokusgrupper, innehållsanalys, ledarskap, miljö, personcentrerad omvårdnad, teamarbete

Abstract

The nurse's job includes responsibility for patient care. The nurse has with his training and experience, extensive expertise in nursing and will thus assume the responsibilities of leaders. We saw it as important to write about the conditions of working person-centered, because to highlight nurses' skills and increase cooperation with other professionals. We saw that there were potential for development in the field and therefore we want to emphasize the importance of working person centered. The purpose of this study was to describe nurses' experiences of the conditions that existed for working with a person-centered approach in the municipal care of older people. Data were collected through interviews with nurses in focus groups (n = 14) who were responsible for patients in sheltered housing, dementia and home nursing. An interview guide was the basis for the focus group interviews. The material was analyzed with the inspiration of a qualitative manifest content analysis. The result revealed four categories: person-centered care, ethical issues, leadership impact on the care and the significance of the environment to a person-centered care. The result also showed that the nurse had the knowledge to guide the care towards a person-centered approach in caring for the elderly. The leadership of the nurse needed clarification in the team and to increase participation of staff in nursing care, time and a different approach was needed in care work. The conclusion was that they saw opportunities for change within the organization to develop the nursing care of elderly.

Keywords: content analysis, environment, focus groups, leadership, person-centered care, teamwork

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Begreppet personcentrerad omvårdnad	6
Personcentrerad omvårdnad ur ett sjuksköterskeperspektiv	7
Personcentrerad omvårdnad ur ett patientperspektiv	8
Personcentrerat ledarskap	9
Personcentrerad miljö	10
Problemformulering	11
Syfte	11
METOD	11
Design	11
Urval	11
Datainsamlingsmetod	12
Dataanalys	13
Forskningsetiska överväganden	13
RESULTAT	14
Personcentrerad omvårdnad	14
<i>Sjuksköterskans kunskap om personcentrerad omvårdnad</i>	14
<i>Genomförandeplan och livsberättelser</i>	14
Etiska aspekter	15
<i>Autonomi</i>	15
Ledarskapets inverkan på omvårdnad	17
<i>Sjuksköterskans ledarskap</i>	17
<i>Teamarbete och organisation</i>	18
Miljöns betydelse för en personcentrerad omvårdnad	20
<i>Fysiska och psykiska miljön – hinder och möjligheter</i>	20
DISKUSSION	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	23
Slutsats	26
REFERENSER	28

BILAGOR	30
Bilaga 1	30
Bilaga 2	31
Bilaga 3	32
Bilaga 4	33

INLEDNING

Under många år har vi arbetat inom den kommunala äldrevården som omvårdnadsansvariga sjuksköterskor inom särskilda boenden och hemsjukvård. I det arbetet ingår att arbeta i team, handleda vårdpersonal och leda omvårdnadsarbetet. Under våra studier till äldrevårdssjuksköterskor, har vi funnit begreppet personcentrerad omvårdnad fruktbart för att utveckla en god omvårdnad av de äldre. Då den äldre andelen av befolkningen kommer att öka ser vi det som extra viktigt. Sjuksköterskans kunskap har en betydande roll i omvårdnaden och behöver implementeras mer i vården av äldre.

BAKGRUND

Begreppet personcentrerad omvårdnad

Personcentrerat synsätt kräver att vi i praktiken arbetar med äldre människors övertygelser, önsknings, behov, värderingar och önskemål. Utmaningen är att lära känna den enskilda personen och avslöja vad som gör personen unik och individanpassa vården (Wills & Day, 2008; McCormack, 2003). Uppgiftsorienterad arbetssätt däremot ser patienten som ett objekt och inte som en individ med speciella behov (Kihlgren, Johansson, Engström och Ekman, 2000).

Enligt Edvardsson (2010) är personcentrerad omvårdnad ett begrepp som handlar om att se personen bakom åldrande, beteende och sjukdom. Det är viktigt att sätta personen i centrum och låta denne vara med i alla beslut som tas. Bedriver man en personcentrerad omvårdnad har det visat sig att det har gynnsamma effekter på hälsan hos individen, personer med demenssjukdom har till exempel visat en högre vakenhetsgrad och ökat välbefinnande. En strävan i personcentrerad omvårdnad är att man måste utgå ifrån personens behov och det betyder att man ska utforma vården utifrån dem som vårdas och inte utifrån behov som organisationen eller personalen har. Det krävs att man har en god personkänedom och att man tillvaratar personens intressen, vilket också bekräftas av Socialstyrelsen (2011) som säger att det personcentrerade förhållningssättet gör omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig.

Personcentrerad omvårdnad ur ett sjuksköterskeperspektiv

Vården ska grundas på den humanistiska människosynen enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det innebär att människan är unik och självständig och har rätt att medverka och bestämma över det som rör hennes egen person, där kropp och själ hör ihop som en andlig, social och kulturell varelse. Humanistisk omvårdnad kan relateras till den egna upplevelsen av sjukdom, självkänedom, samspelet mellan människor, kunskap om den egna viljan samt vilka begränsningar som finns i en vårdrelation. Sjuksköterskan måste bli medveten om sin egen människosyn eftersom det är det som styr handlandet (Kihlgren et al. 2000).

En studie som Tunedal & Fagerberg (2001) gjort visar att det är betydelsefullt att sjuksköterskan har erfarenhet i den kommunala äldreomsorgen. När sjuksköterskan gör bedömningar är det angeläget med medicinska kunskaper men det är även grundläggande att ha kännedom om den problematik som åldrandet kan innebära. För att åstadkomma ett värdigt bemötande av den äldre är kunskaper av yttersta vikt. Sjuksköterskan har en handledande och arbetsledande funktion i det direkta omvårdnadsarbetet och då krävs det teoretisk och praktisk kunskap. I vårdarbetet ska sjuksköterskan utgå ifrån en vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet och inga handlingar får ske slumpmässigt. Hinder för sjuksköterskan att bedriva en bra vård är brist på vårdpersonal och brist på tid för vårdpersonal att utföra omvårdnadsåtgärder. Upplevelsen av tidsbrist kan hänga ihop med att arbetet planeras utifrån rutiner och tidsscheman som inte tar hänsyn till äldres behov.

McCormack (2003) beskriver genom sin forskning att sjuksköterskor behöver skapa en god relation med patienten, få personkännedom, skapa förväntningar och överenskommelser. Patienten behöver få känna att beslutet är eget, genom att visa vad man anser är viktigt om sig själv och få ge uttryck för sina egna värderingar. Forskningen visar att äldres beslut, behov och önskningar bäst kan förstås genom att man får en helhetsbild av personen, där människan står i centrum. Personcentrerad omvårdnad kommer närmare individen och man ger en individanpassad vård. Det är viktigt att få en så bra bild som möjligt över vad personen värdesätter i livet. Det ger en bra grund att stå på när sjuksköterskor ska jämföra aktuella beslut och beteenden runt patienten. Genom att bistå patienten att hitta en mening med livet så kan man hjälpa dem att hantera sjukdomen och planera för en framtid.

Sjuksköterskan som leder omvårdnadsarbetet förväntas följa riktlinjer och etiska värderingar. Det etiska ansvaret innebär att fatta beslut utifrån förståelse och ödmjukhet. Sjuksköterskan måste vara medveten om vilket makt som hon utövar, där patienten kan vara helt beroende av andra, på grund av sin sjukdom (Kihlgren et al. 2000).

Personcentrerad omvårdnad ur ett patientperspektiv

From, Johansson och Athlin (2008) har gjort en studie som beskriver betydelsen av god vård utifrån ett äldreperspektiv. När man är gammal och beroende av vård- och omsorg så betyder det att man ofta måste kämpa för att tillhandahålla en god och säker vård som ger möjligheter att leva ett vanligt liv. Att få god vård beskrivs som att bli respekterad som människa. God vård beskrivs även som en ömsesidighet i relationen med vårdgivare eftersom detta kan ge mening åt äldre personers existens, äldre vill ha en meningsfull kontakt med sin vårdgivare. Äldre kan också ha erfarenheter av att deras önskemål och behov inte beaktas och att deras autonomi hotas. Gunnarsson och Öhrlen (2006) skriver att man måste stärka anhörigas roll för att de ska känna delaktighet i vården och att det skapas förutsättning för deras medverkan. From et al. (2008) säger vidare att äldre personer kan ändra sina behov och vanor och anpassa sig till nya förhållanden. Det finns äldre människor som har svårt att acceptera förändringar i deras liv och de kan sänka sina förväntningar både på sig själva och andra och till och med dra sig tillbaka som en reaktion. Därför är det viktigt att undvika onödiga förändringar i vården av äldre. Att anställa vårdpersonal med kompetens är av största vikt.

När man utövar personcentrad omvårdnad krävs att man lär sig mer om personen för att få en förståelse för dennes livserfarenheter och attityder. Att skriva livsberättelser kan ge patienten en känsla av identitet och ger personalen en mer holistisk syn på äldre, vilket ger förutsättningar för att skapa en personcentrerad omvårdnad. Livsberättelser beskrivs som trådar som väver ihop livet som ger form åt livserfarenheter och det blir en viktig komponent i en persons identitet där man marknadsför sig själv. Äldres liv har formats genom sociala förhållanden, politisk åskådning, religion, ekonomiska och ideologiska klimat. När den äldre flyttar in på särskilt boende blir det många nya utmaningar eftersom det skapar en brytning med tidigare liv som resulterar i förlust av identitet och ensamhet. Livsberättelser har potential att ge en större inblick i människors liv, behov och beteenden och har möjlighet att göra starka kopplingar till personens förflutna och nuvarande liv. Kunskap om en boendes livshistoria kan förbättra omvårdnaden och personalens attityder. En helhetssyn av varje

boende tillvaratas genom livsberättelser och hjälper personalen att se den unika personen bakom sjukdom och åldrande. (Wills & Day, 2008).

Det är mycket komplext att fatta rätt beslut angående vilken vård man vill ha och det gör att många patienter känner beroende, stress och rädsla för sjukdomen med ångest som följd och det kan innebära att förmågan att fatta beslut är nedsatt. När patienter har det yttersta ansvaret att fatta beslut i vården och att göra egna val kan det få negativa konsekvenser för deras välbefinnande och då måste de skyddas. I praktiken kan självbestämmande vara en risk, patienter och närstående måste veta vad som är bra för dem, för vid utövandet av deras beslut är det viktigt att de känner välbefinnande. Hälsa betyder olika saker för olika människor och det finns olika grader av välbefinnande. Därför finns det inte en enda insats som är bäst för alla. Vissa insatser kan vara mer lämpliga än andra och det är individuellt vad som är lämpligast för just den personen. Därför måste sjukvården ingå en förhandling mellan vårdare och patient (McCormack, 2003).

Personcentrerat ledarskap

Mamhidir, Kihlgren & Sorlie (2007) skriver om beslutsfattares etiska dilemman inom äldreomsorgen. Beslutsfattare på tjänstemannanivå och politiker inom kommun och landsting har ansvar över budget och kvalitet i äldreomsorg. Svåra situationer kan uppstå då man skall besluta om omfattande vårdbehov därför att de har en begränsad budget att ta hänsyn till. De har makt och deras beslut påverkar många.

Edvardsson (2010) refererar till Agneta Törnqvist som säger att meningen med ett personcentrerat ledarskap är att medarbetare har stora möjligheter att påverka sitt arbete och sina arbetsvillkor. Ledarskapet innefattar att synliggöra medarbetarnas individuella kompetens. Ledarskapet ska främja och stimulera utveckling inom organisationen. Ledarna ska skapa lärtillfällen genom uppmuntran och stöd till personal när de kommer med nya idéer och ledaren själv ska utgöra en modell för lärande i den dagliga verksamheten. Vid arbetslagsträffar kan vårdpersonal, enhetschef, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut ha erfarenhetsutbyte och få tid för reflektion. Tillgängligheten till enhetschefen är en grundförutsättning för personalens utveckling. Delaktigheten i planering, utveckling och uppföljning är viktig för att tillvarata vårdpersonalens kompetens och för att utveckla verksamheten. Hinder för ett personcentrerat ledarskap kan vara att äldreomsorgens

enhetschefer leder sin personal på distans och inte är synlig på arbetsplatsen. Ledarskapet speglas i hur vårdpersonalen agerar i sitt arbete och vilken kvalitet omsorgsarbetet får. När vårdpersonalen mår bra på arbetsplatsen bidrar det till att patienterna mår bra och det är det ett personcentrerat ledarskap handlar om.

Det är viktigt att sjuksköterskan vet vad det innebär att vara ledare. Ledarskapet växer fram och utvecklas genom relationer till medarbetare. Genom förtroende från medarbetare skapas ledaren. Sjuksköterskan har ett primärt ansvar för patientens vård genom planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden. Dessutom har sjuksköterska ett ansvar att följa utveckling och forskning. Den primära funktionen är att leda och ansvara för vårdarbetet men även att direkt eller indirekt utföra och medverka i omvårdnaden (Kihlgren et al, 2000).

Hiscock & Shuldman (2008) säger att det finns ett direkt samband mellan ledarskap och kvalitén på vården. För att erhålla ett bra ledarskap är det viktigt att ange målet för organisationen samt säkerställa och upprätthålla en effektiv styrning. Ledningen skall uppmuntra och stödja sjuksköterskor att leverera en säker omvårdnad och fokusera på kontinuerliga förbättringar för patienten. Det är viktigt att sjuksköterskan i ledarskapet är medveten om att kunskap behövs i det ledande arbetet. För att vården skall bli patientcentrerad skall alla i organisationen vara inställda på att det är patienten som är i fokus och deras välmående och upplevelser är det viktigaste. Sjuksköterskan som ledare i omvårdnaden skall använda sina ledaregenskaper för att övervinna hinder och vara fokuserad på ett ständigt förbättringsarbete för patienten och vara en förebild för andra. Tillsammans med enhetschefen säkerställer sjuksköterskan kvalitén i vården och deras uppgift är att påverka och engagera vårdpersonalen.

Personcentrerad miljö

Edvardsson (2010) refererar till Helle Wijk som talar om en evidensbaserad miljö där erfarenheter och delaktighet involveras utifrån tidigare upplevelser och förväntningar. För att skapa en personcentrerad miljö har alla ansvar för att den ska ge välbefinnande och stöd för en bra hälsa. En vårdmiljö kan omfatta den fysiska såväl som den psykiska miljön. Hemlika miljöer skapas där patienter är med och påverkar. I sådana miljöer känner sig patienten välkommen och förutsättningar för att kunna umgås med andra skapas. Den fysiska miljön kan utformas så att risk för desorientering, vandringsbeteenden och oro minskar.

Problemformulering

I kommunens hälso- och sjukvård har sjuksköterskor ett stort ansvar i omvårdnaden av äldre. Sjuksköterskor arbetar utifrån vetenskaplig grund och väl beprövad erfarenhet och de har ansvar för att en god vård upprätthålls. Ett samarbete mellan yrkesgrupper är en förutsättning för att bedriva en god vård till äldre. Ledarskapet har stor betydelse för vårdens kvalitet och även den fysiska och psykiska miljön för patienter och vårdpersonal vilket tidigare forskning har visat (Hiscock & Shuldman, 2008). Ett personcentrerat förhållningssätt kommer närmare patienten och man ser personen bakom åldrandet, sjukdomen och beteendet. Det har också visat att det har gynnsam effekt på den äldres hälsa (Edvardsson, 2010).

Författarna vill med denna studie ta reda på vad samarbete, ledarskap och miljön har för betydelse för vården av äldre och vilka förutsättningar som finns för sjuksköterskor att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Syfte

Syftet är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av vilka förutsättningar som finns för att arbeta med personcentrerad omvårdnad i den kommunala vården av äldre

METOD

Design

För studien har en kvalitativ deskriptiv ansats med fokusgruppsintervjuer valts. Målet för den kvalitativa forskningsintervjun är att försöka förstå fenomenet ur deltagarnas synvinkel (Kvale & Brinkmann, 2010; Polit & Beck, 2008).

Urval

Deltagarna var sjuksköterskor från en kommun i Mellansverige och deltagarna var alla kvinnor då inga manliga sjuksköterskor fanns anställda. Det fanns en stor spridning på deltagarnas yrkesverksamma tid. Deltagarna hade arbetat mellan tre och fyrtioett år som sjuksköterskor. Deras grundutbildning var lika men olika vidareutbildningar fanns. Det

gemensamma för de flesta var att de nyligen genomgått en demensutbildning i cirkelform som handlade om personcentrerad omvårdnad. Deltagarna arbetade inom olika områden som särskilt boende, demensboende och hemsjukvård varav sex sjuksköterskor arbetade natt/helgtjänstgöring. Enligt Wibeck (s. 80, 2010) kan man använda existerande listor för att rekrytera medlemmar, därför valdes medlemmarna utifrån en aktuell personalförteckning. Antalet deltagare som tillfrågades var nitton stycken, vilket var fler än minimiantalet som behövdes till intervjuerna, för att få tillräckligt antal gruppmedlemmar om någon av de tillfrågade inte slöt upp. Vi valde bort alla timvikarier, eftersom de arbetade så liten tid och de som var långtidssjukskrivna, tre personer fick förhinder och två personer tackade nej. Antalet fokusgrupper planerades till tre. I första gruppen deltog fyra personer, i andra gruppen sex och i tredje gruppen fyra.

Ett informationsbrev om studiens syfte och tillvägagångssätt skickades till verksamhetschefen inom den kommunala hälso- och sjukvården. Brevet innehöll en förfrågan om att få intervjua sjuksköterskor på arbetstid, för att lättare få ihop grupperna. Ett samtycke till studiens genomförande inhämtades (bilaga 1). Därefter skickades ett informationsbrev till sjuksköterskor inom kommunens hälso- och sjukvård (bilaga 2). Brevet innehöll information om studiens syfte och dess bakgrund och förfrågan om deltagande i intervjun. Efter utskicket ringdes informanterna upp för att höra om de ville medverka i intervjun. Om så var fallet fick de skriva på om samtycke (bilaga 3). Totalt medverkade fjorton personer i intervjuerna (Wibeck, 2010).

Datainsamlingsmetod

Fokusgrupper består av en mindre grupp människor som diskuterar ett givet ämne under en begränsad tid. När man ska undersöka varför människor agerar som de gör och vad motivet är för deras beteende är det lämpligt att använda sig av fokusgrupper. En strukturerad intervjuguide (bilaga 4) användes som stöd för intervjun. Det som kommer fram i gruppdiskussionen ligger sedan som grund för analysen. Man kan få fram mer djupgående information som annars kan vara svårt att komma åt, när man använder sig av intervjuer som en undersökningsmetod. Intervjuer i grupp kan vara mer ekonomiskt fördelaktigt jämfört med intervjuer som görs individuellt, man sparar både tid och material. Intervjuerna tog ca en timme vardera och spelades in med hjälp av Mp3 (Kvale & Brinkmann, 2010; Wibeck, 2010).

Dataanalys

För att få ett detaljerat och systematiskt resultat analyserades data med inspiration av en manifest innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Kärnan i innehållsanalysen är att skapa kategorier som belyser innehållet av intervjuerna. Intervjudatans centrala innehåll återspeglas i kategorier och svarar på frågan ”vad” och utger det manifesta innehållet, det vill säga det som direkt står i intervjutexterna.

De inspelade intervjuerna transkriberades i sin helhet. Därefter lyssnade och läste författarna igenom det skrivna var och en för sig. Författarna hjälptes sedan åt att utifrån det transkriberade materialet ta ut meningsenheter och kondensera det som var relevant utifrån syftet. Den kondenserade meningsenheten kodades sedan för att behålla det manifesta i texten. Därefter bildades subkategorier. De övergripande kategorierna trädde fram, för att besvara frågan ”vad”.

Enligt Graneheim & Lundman (2004) kan analysprocessen i en kvalitativ innehållsanalys illustreras enligt följande tabell, (tabell 1):

Tabell 1. Exempel på analysprocessens olika steg från meningsenhet till kategori.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Ofta känner man ju att man arbetar som rådgivande bara, att man har så mycket annat, register och grejor som ska fyllas i och det är ju...	Man arbetar som rådgivare och många andra saker som ska göras	Det är mycket olika arbetsuppgifter som ska göras	Fysisk och psykisk miljö – hinder och möjligheter	Miljöns betydelse för en personcentrerad omvårdnad

Forskningsetiska överväganden

Enligt vetenskapsrådets etiska regler fick informanterna ett brev med information om studien (bilaga 2) för sitt beslut om deltagande. I samband med intervjuerna fanns möjlighet att ställa frågor om studien. Det gjordes klart att deltagandet är frivilligt och att man när som helst kan avbryta sin medverkan och att materialet behandlas konfidentiellt. Informanterna fick skriftligen underteckna att de mottagit denna information (bilaga 3). Verksamhetschefen gav

sitt medgivande till studiens genomförande (bilaga 1). De inspelade intervjuerna och intervjutexterna förvarades inlåst på ett betryggande sätt, hos författarna. Personerna garanterades anonymitet.

RESULTAT

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

Tabell 2. Översikt över kategorier (n=4) och subkategorier (n=6)

Kategorier	Subkategorier
Personcentrerad omvårdnad	Sjuksköterskans kunskap om personcentrerad omvårdnad Genomförandeplan och livsberättelse
Etiska aspekter	Autonomi
Ledarskapets inverkan på omvårdnaden	Sjuksköterskan ledarskap Teamarbete och organisation
Miljöns betydelse för en personcentrerad omvårdnad	Fysiska och psykiska miljön – hinder och möjligheter

Personcentrerad omvårdnad

Sjuksköterskans kunskap om personcentrerad omvårdnad

I intervjuerna uttryckte sjuksköterskorna att personcentrerad omvårdnad innebär att sätta patienten i centrum och att man skall utgå från den enskilda individen, vidare uttrycktes att vårda någon innebär att omvårdnadshandlingar inte utförs rutinmässigt. De ansåg att man inte kan sätta upp vissa mallar att man skall vårda på ett visst sätt. Man måste möta upp individens egna behov och ge den vård som individen behöver. Det är viktigt att ta reda på vad patienten själv vill och vilken hjälp som behövs ”*man utgår ifrån den enskilda individen, och alla är ju olika, utifrån de förutsättningar de har*”.

Genomförandeplan och livsberättelse

Genomförandeplanerna ser de intervjuade som viktiga att de blir lästa av vårdpersonal, vilket de tycker att det inte alltid blir gjort, i den omfattning det skall göras. De säger vidare att det är där vårdpersonalen kan läsa och få en uppfattning om vad patienten behöver för insatser

och att det är viktigt att allt finns nedskrivet för att all vårdpersonal ska kunna veta vad som skall utföras. Sjuksköterskorna ansåg att levnadshistorien är värdefull för att ta reda på vem personen är och har varit, intressen, livsåskådning, kulturella/religiösa intressen, hobbies etc.

”Det är levande människor som har haft ett liv och hjälpt till att bygga upp landet som vi har framför oss men det glöms bort oftast i äldrevården...”

”för mig ingår det vem personen har varit, vilka intressen den haft, vad den tyckt om att göra, mat, allt, vem man är som människa”

Etiska aspekter

Autonomi

En sjuksköterska säger att *”det finns en viss rädsla hos vårdpersonalen att göra fel och att det skall hända något med patienten”*. Istället för att lämna någon med fallrisk ensam en stund för att göra morgontoaletten så tar man över och gör det åt patienten. Rädsla hos vårdpersonalen att ha orsakat ett fall gör att man inte lämnar någon ensam.

Sjuksköterskorna upplevde att vårdpersonalen inte kan släppa invanda rutiner på grund av att de har svårt att låta patienterna bestämma själva. *”kontrollbehoven, jag tror att vi är itutad att vi ska ha kontroll på allting, det är som om det sitter i ryggmärgen att vi skall ta över på nåt vis”*. Om en patient inte vill ha tillsyn på natten kan det vara svårt för vårdpersonalen att godta det för *”det är svårt att acceptera, man vill ha koll, men det är ju faktiskt så de vill, men de vill ändå in och glutta på dörren för att veta...”*.

En sjuksköterska poängterade vikten av att se hela människan, att lära känna den man vårdar så man inte går in och endast ser en patient som det skall göras något med. En annan sjuksköterska uttrycker att viljan finns att man ska arbeta personcentrerat, men om det händer något utöver det vanliga, då kan vi helt plötsligt inte bedriva den vården. Det kanske är så att alla inte ska duscha precis på ett visst klockslag, utan man behöver sprida ut det över dagen för *”ibland sätter man begränsningar i just att man tror att så här vill man ha det”*. Om en person bor bohemiskt så skapar det stor ångest när man som vårdpersonal tycker att man kanske inte har det så bra, som man kanske själv vill ha det, säger en sjuksköterska.

I intervjuerna framkom att det är skillnad mellan att vårdas i egna hemmet och att vårdas på särskilt boende. De anser att när en patient flyttar in på ett särskilt boende tar vårdpersonalen över mycket som de skulle kunna göra själva. Det ges som exempel att om patienten skött medicinen själv hemma så tar nu vårdpersonalen hand om den. De tycker också att patienten låter sig tas om hand för att vårdas och båda parter faller in i ett mönster där rutiner och gamla vanor styr. Vidare säger de att vårdpersonalen är snabba att göra saker åt patienterna, det går fortare att göra det som vårdpersonal än att låta någon göra det själv t ex *”knäppa knapparna”*. I patienternas egna hem anser de att man möter dem i deras egen miljö och då är det vi som kommer som gäster. En åsikt är att när de bor hemma i det egna hemmet så har de mer att säga till om än när de bor på ett särskilt boende, därför att *”hemma”*, där kan man umgås på ett mer naturligt sätt. En sjuksköterska uttrycker det som att tanke- och förhållningssätt blir annorlunda fast det inte borde vara så.

”ja, oja, och det blir ju när man jobbar i en persons hem... så blir det ju mer...måste man ju tänka på ett annat sätt, men när man kommer in på en institution så blir man ju blind på det, egentligen borde det inte vara så heller, utan alla skall ju kliva upp till frukost klockan åtta och alla skall gå och lägga sig och vila efter lunchen och det skall ju liksom va...man faller ju in i det här liksom...”

”Kommer de in på institutioner, då blir det på ett visst sätt, det blir om de bor hemma att man kanske ser mer till individen, men vi är ju gärna där också och ändrar lite grann så det passar vårdsvängen”

Boenderåd är något som sjuksköterskorna efterlyser, där de boende själva kan komma med tankar och idéer om hur man skulle vilja ha det i vardagen. Sjuksköterskorna upplever även att det är viktigt med anhörigkontakt då det har stor betydelse för att bedriva en personcentrerad vård. De skulle kunna involveras mer i vården för att känna sig mer delaktig. En sjuksköterska ger förslag på att *”man kan engagera dem om en patient vill ut på utflykt för att se sina barndomstrakter”*. Vidare sägs att patienterna inte alltid kan föra sin egen talan och då kan anhöriga eller närstående vara viktiga, de kontaktas när det har hänt något eller för att informera. En del ringer själva och någon vill inte ha kontakt alls, vilket accepteras. *”en del anhöriga vill ju att man skall ta kontakt och att man ringer, men en del...kanske inte vill faktiskt...”*.

Ledarskapets inverkan på omvårdnaden

Sjuksköterskans ledarskap

Några sjuksköterskor upplever ledarskapet som att de ska ”*planera, samarbeta och informera och att man är som en arbetsledare*”. De intervjuade upplevde dock att de har små möjligheter att påverka och styra vårdarbetet. De anser att det är enhetschefen som har hand om personal och pengar och att de därför har större makt att driva omvårdnaden. Det finns en otydlighet i sjuksköterskans ledarskap. De ser sig som omvårdnadsexperter men upplever sig ha lite att styra över för att kunna ge en personcentrerad omvårdnad. En allmän uppfattning är att för att leda omvårdnadsarbetet så behöver sjuksköterskan bli tydligare i sin ledarroll.

En svårighet som framkom i intervjuerna var att då det fattades sjuksköterskor då brister det i ledarskapet. Det hade varit stor omsättning på sjuksköterskor under en längre period, på grund av sjukdom och de uttryckte att de vikarier som var inne och arbetade bara hann med det som var akut för dagen. Man hade också tydliga bevis på att patienter blir lidande då det brister i kontinuiteten och omvårdnadsansvar. Det blir med automatik att vårdpersonalen tar över det dagliga omvårdnadsarbetet och att det arbete som sjuksköterskan ska leda inte blir utfört.

”och se till att det dagliga omvårdnadsarbetet fungerar, det är ju ditt jobb det och det gör det inte nu, syns direkt då det falerar... här ser man ju tydligt vilket jobb man har som sjuksköterska... det är ju du som ska hålla upp det här, det är ju du som skall hålla upp det ovanför vattenytan”

Deltagarna diskuterade angående handledning att sjuksköterskan måste vara mer synlig ute bland vårdpersonalen, vilket man inte är idag och vårdpersonal upplever att sjuksköterskorna sitter mycket framför datorn och att de inte är synliga. Det uppfattas som att man är en bra sjuksköterska om man deltar i omvårdnadsarbetet och ökar delaktigheten, ”*när man jobbar kvällen och dom ringer och om det varit någon som varit besvärlig har vi fått vare där och passa, sett efter den personen i fråga då*”.

Några sjuksköterskor berättar att de varje morgon träffar vårdpersonalen och går igenom om det är något speciellt, ”*för då man sitter och pratar om patienter så måste ju jag som sköterska ha full koll på den patienten så jag vet vad dom pratar om när de säger någonting*”.

Sjuksköterskan gör hembesök hos patienter, ibland tillsammans med vårdpersonal, för att själv bilda sig en uppfattning om hur det är och ibland för att handleda vårdpersonal för *”jag kan ju inte sitta här och bedöma utan jag vill ju oftast vara med hemma... och träffa patienten först och främst, och då kan man ju vara med och se hur de gör också”*.

Den kunskap som sjuksköterskorna har behöver implementeras mer i vården. En sjuksköterska uttryckte det som att någon måste ta tag i att samla vårdlaget för att prata runt patienten, vilken omvårdnad man skall ge just den personen, först då kan man få ett annat tänk och *”det är ju vi som ändå är omvårdnadsexpert”* som en av deltagarna uttrycker sig.

Vårdpersonalens utbildning och kompetens diskuterades. Sjuksköterskan ser det som väsentligt att kontinuerligt fortbilda vårdpersonalen i det dagliga arbetet. För att kunna genomföra förändringar krävs det utbildad och intresserad personal. De flesta har kunskap men en del inte, säger några sjuksköterskor. Det är en viktig del i sjuksköterskearbetet att handleda kontinuerligt.

”jobbar man med äldre till exempel då har man undersköterskekompetens och så där, då är man så pass medveten och kunnig och då ska man kunna det här, veta om dom här enkla basala behoven som en människa har, både när dom är frisk och när dom är sjuk”

Teamarbete och organisation

Samarbetet med enhetscheferna ses som viktigt och man har intentionen att det skall fungera. De flesta sjuksköterskorna upplevde att de har ett bra samarbete med enhetscheferna. En annan upplevelse var att samarbetet med enhetschefen inte fungerat tillfredställande. Att inte vara medräknad i arbetslaget och vid arbetslagsträffar upplevdes som att man inte hade någon möjlighet att tillföra sin kunskap *”då fick man ta lite tid på slutet, det var som att man inte ingick i själv arbetslaget”*, Att samarbete anses ha stor betydelse för att vi skall sträva mot gemensamma mål så det blir så bra som möjligt för patienten, en sjuksköterska uttrycker det så här *”för det är ju lika viktigt alltihopa vare sig det är SOL eller HSL...det går ju in i varandra”*.

En sjuksköterska upplever att man tror bland vårdpersonal att sjuksköterskearbetet förknippas enbart med medicinhantering och såromläggningar och att vi kontaktas endast om det har hänt något akut, som till exempel *”när någon har magsjuka...och vad gör vi åt det”* eller *”men det*

övriga...ja, och det är jättesvårt att försöka påverka det...kan ni inte försöka att ta med dem ut på en promenad, ja de vill inte liksom, det är ju, ja det är ju omöjligt...”. Det uppfattas som att sjuksköterskor inte räknas in i omvårdnadsarbetet.

Sjuksköterskorna anser att det är viktigt att de träffar vårdpersonalen kontinuerligt, vid morgonrapporter eller andra tidpunkter på dagen. Även om det bara är en stund, en kvart kanske, ser de det som viktigt. När vårdpersonal börjar arbeta olika tider på dygnet upplevs det som att de inte når ut med samma information till alla. Därför poängterar de vikten av att informera, att ge klara riktlinjer så de blir trygga och att dokumentera så att all vårdpersonal vet vad som gäller, för att underlätta i arbetet.

” då natten har gått hem så kan de ju sätta sig och jobba och prata en kvart med personalen och det är ju jätte viktigt, jag upplevde att det var det viktigaste på dagen, alltså jag visste ju precis vem jag hade sagt till...”

Rutiner ses som ett hinder i omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskor upplever att man i arbetsgruppen måste vara mer öppen för nya idéer och att man genom diskussion kan komma fram till nya lösningar och arbetssätt *”att man pratar om i arbetsgruppen att man gör på bästa sätt... och så där... och inte bara gå efter det här gamla...”*.

De intervjuade anser också att arbetslagsträffarna är ett bra forum för att diskutera omvårdnad runt patienten, *”jag tycker dom är suveräna, vårdlagsträffarna”*. Mer regelbundna träffar behövs tycker de med inte allt för lång tid emellan för att man skall kunna göra uppföljningar. Teamarbete där alla arbetsgrupper arbetar mot samma mål är grunden för att patienten skall vara i centrum säger de.

Det fanns en önskan om ett ökat samarbete med biståndshandläggare, innan man tar beslut om insatser skall man inhämta bedömningar från alla i teamet, det möjliggör ett rehabiliterande arbetssätt.

”jag tycker ändå att vi har ett bra samarbete, men det ska va då biståndshandläggarna att de inte... de bedömer ju mycket som vi inte är med på det frågar de väl inte om...nån utevistelse på det viset om man tänker den biten...”

Sjuksköterskans kompetens tas inte tillvara i den utsträckning som man tycker att den borde göras. Deltagarna anser att man bör öka samarbetet med enhetschefer. Tillsammans kan man

komma överens om vad och hur man skall göra och prata med en röst gentemot vårdpersonal. En sjuksköterska säger att jag har mina kunskaper om sociala innehåll och enhetschefen har sina och tillsammans kan man diskutera för att öka förståelsen. En annan sjuksköterska tycker att man kan handleda och informera enhetschefen att en viss insats kan leda till något positivt, till exempel om patienten aktiveras så kan man minska intag av sömnmedel och därmed minska fallrisken.

”ja, men har det varit en bra dag, då blir det ju oftast en bra natt, och har det varit en bra natt så blir det en bra dag”

”att gå ut med Kalle här nu så kanske han slipper ta stilnocten till kvällen”

Många deltagare efterlyser ett rehabiliterande förhållningssätt i vården. Man tar av patienten det de kan för fort när de flyttar in på ett särskilt boende. Det är där sjuksköterskan skall komma in och leda omvårdnadsarbetet och handleda vårdpersonalen så att de tar tillvara det personen kan och vill själv. De anser även att sjukgymnast och arbetsterapeut behöver komma in mer och bli mer synlig i omvårdnadsarbetet, för att arbeta preventivt.

Miljöns betydelse för en personcentrerad omvårdnad

Fysiska och psykiska miljö – hinder och möjligheter

Bland sjuksköterskorna fanns många förslag på hur man kan göra miljön bättre för en personcentrerad omvårdnad. De föreslår aktiviteter som man är van att göra i vardagen som att vara med i hushållssysslor, läsa tidning, spela kort och att lyssna på musik. De föreslog också att man kunde anpassa inredningen så att det blev en trivsammare och lugnare miljö. Det påpekades att man kunde göra spontana saker lite oftare som att gå ut och fika eller göra utflykter. Några sjuksköterskor berättade att man på ett särskilt boende hade börjat sjunga i kör, skaffat höns och var på gång att sätta upp ett växthus. Det ansågs även självklart att man skulle få dricka vin till maten och *”som det här att baka en sockerkaka till exempel till eftermiddagskaffet, det är ju det här med lukten å...att det kan vara lite mysigt att nån stökar...som tanterna kan titta på...”*.

”ja, en del kanske inte alls vill och då måste man ju ta hänsyn till det, men jag tror att stora flertalet skulle vilja att det var lite mer aktivitet och lite trevliga umgängesformer, underhållning och lite enkelt så där...”

Några sjuksköterskor upplevde att vårdpersonalen inne på särskilda boenden blivit hemmablinda och att de sitter fast i gamla mönster. Skulle en personcentrerad vård införas så skulle dagarna se annorlunda ut för både personal och boende.

”att gå som personal inne på ett boende så här dag ut och dag in, varje dag ser likadan ut, men om varje dag inte skulle se likadan ut för pensionärerna så skulle den inte se likadan ut för personalen heller, då skulle det kanske bli lite roligare”

”ja men om man säger att man inte hinner, ibland kanske det är så, men det kanske är så helt enkelt att man inte orkar liksom göra det här, ibland kan jag tänka så, jag kan förstå att de inte orkar”

Sjuksköterskorna kände att arbetstiden skall räcka till många arbetsuppgifter och att även vårdpersonalens tid är begränsad. Uppfattningen är dock att det inte alltid beror på tid då man skall bedriva personcentrerad vård. Bryta gamla vanor och rutiner och få ett annat tankesätt kan vara av stor betydelse.

”fysiska miljön det kan ju vara att det är för lite utevistelse, att dom inte får tillräckligt med hjälp att ta sig ut eller kanske gå och röra sig i den mån som de kanske kan behöva...fast tiden finns ju säkert, men den läggs på annat än på pensionärerna, att dom får röra på sig”

Ett hinder i ledarskapet är tiden ”för ofta känner man ju att man arbetar som rådgivare bara, att man har så mycket annat, register och grejor som ska fyllas i och det är ju...”. Det upplevs att man är ålagd att göra många saker och att man inte hinner fokusera på att handleda personal i så stor utsträckning som man skulle vilja. Sjuksköterskan har ett stort omvårdnadsansvar och stora områden att ta ansvar för. En erfarenhet är att kontorsarbetet har ökat och att man tillbringar mycket tid med dokumentation.

På särskilda boenden blandar man olika patientgrupper, personer med demenssjukdom och de som är klara och rediga. Miljön kan då upplevas som tuff för både personal och patienter.

”hinder det är ju egentligen pengar, återkommer till det igen, det finns ju för lite såna där enheter, människan förs ihop, å större enheter, och så blandar man dom som är sjukare än andra, å friskare, å då blir det svårt”

Små boenden fungerar bättre än större upplever sjuksköterskorna, därför att de är mer familjära och att man lär känna patienterna bättre. När vårdpersonalen är nära blir patienterna

tryggare om de har folk omkring sig. På de större enheterna kan det bli mycket ensam tid för de äldre och det skapar oro och ångest, man sitter oftast ensam i sina lägenheter och det finns få tillfällen till gemensam samvaro på en dag. De äldre tar sällan initiativ att gå och hälsa på varandra själv.

Sjuksköterskorna beskrev att de arbetade under stressiga förhållanden. Att vara arbetsledare gentemot vårdpersonal innebär att man ska finnas till hands när de behöver hjälp, stöd och handledning. Önskemål fanns att man kunde arbeta i en stressfri miljö där man inte blir avbruten och att förslagsvis införa telefontid och personsökare. Att arbeta i en stressig miljö upplevs som att man inte gör ett bra arbete.

” ja, men jag tänker att det är ju ett jobb där det är, där det är mycket sorgligt som händer också, för det är ju många som går bort i perioder och ska man bara känna den här stressen, då kan ju ingen gå hem och känna att man har gjort ett bra jobb”.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En kvalitativ design med deskriptiv ansats valdes i denna studie och var enligt författarna mest lämpligt för att svara mot syftet. Vi anser att sjuksköterskor har en förståelse för ämnet ur den aspekten att de har utbildning. Därför fann uppsatsförfattarna det angeläget att beskriva vilka förutsättningar som fanns att arbeta personcentrerat.

Polit & Beck (2008) skriver att när man utvärderar kvalitativa studier diskuteras tillförlitlighet och då är man beroende av fyra kriterier; trovärdighet, giltighet, objektivitet och överförbarhet. **Trovärdigheten** utgörs av urval, datainsamling och analys. För urvalet av deltagare togs personallista över anställda sjuksköterskor till hjälp. Författarna valde att samla in datamaterial genom att göra fokusgruppsintervjuer med deltagarna. Denna form valdes med anledning av att syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av vilka förutsättningar som fanns för att arbeta med personcentrerad omvårdnad. Vi ansåg att detta var adekvat för ändamålet då vi ville få deltagarna att gemensamt utveckla tankegångar. Trovärdigheten utgörs även av citat i texten som bekräftar likheter (Wibeck, 2010).

En provintervju hade kunnat göras för att testa intervjutekniken och intervjuguiden (bilaga 4) för att bli mer förberedd på att samspela med intervjupersonerna. Detta kan ha påverkat resultatet då författarna inte hade erfarenhet av intervjutekniken. Författarna hjälptes åt att agera moderator eftersom ingen av dem hade några tidigare erfarenheter av att leda fokusgruppsintervjuer. Författarna höll sig i bakgrunden för att inte styra diskussionerna så informanterna fick resonera fritt med varandra om sina upplevelser. Vi ansåg att grupper på fyra till sex personer var lämpligt då alla deltagare kunde komma till tals. Intervjuerna gjordes på arbetsplatsen och under arbetstid. Deltagarna hade fått tid avsatt för intervjuerna med tillstånd från verksamhetschefen. De hade innan intervjun blivit informerad om tidsåtgången.

Polit & Beck (2008) säger att *giltigheten* handlar om tillförlitlighet av data. Författarna intervjuade tillsammans och en intervjuguide användes för att alla skulle få samma huvudsakliga frågor. Författarna och de flesta deltagarna kände till varandra sedan tidigare vilket gjorde att de hade lätt för att diskutera. Enligt Wibeck (2010) kan det vara en risk med redan existerande grupper, när vissa ämnen inte kommer upp för att de är så givna inom gruppen. Det kan avhjälpas om moderatoren är medveten om detta och ändå tar upp och initierar ämnen. Författarna informerades om studiens syfte vilket ska göras enligt Polit & Beck (2008). De flesta var positivt inställda till intervjun. Polit & Beck (2008) säger vidare att när man gör analysen är det viktigt att transkriberingen utförs rätt, eftersom det är den slutliga skrivna produkten som analyseras. De inspelade intervjuerna transkriberades därför i sin helhet av författarna. Efter detta lyssnade och läste författarna igenom det skrivna var och en för sig. Därefter analyserade författarna det skrivna materialet tillsammans. Förfarandet ger *objektivitet* för studien och möjlighet att fånga alla nyanser i texten. *Överförbarheten* i denna studie skulle kunna användas inom verksamheter som vill bedriva en personcentrerad omvårdnad. Studien är gjord i en kommunal verksamhet där personcentrerad omvårdnad skulle kunna utvecklas och den kan med fördel användas av andra i utvecklingen mot personcentrerad omvårdnad.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av vilka förutsättningar som fanns för att arbeta utifrån med personcentrerad omvårdnad i den kommunala vården av äldre. I resultatdiskussionen diskuteras de huvudfynd som har framkommit under intervjuerna.

Wadensten (2006) säger att i arbetet med äldre personer är det viktigt att höja deras livskvalité och öka deras välmående. Att ta tillvara det friska och hitta en mening med livet handlar också om att ta fram deras resurser, både inre och yttre. Sjuksköterskorna i studien betonade också vikten av att ta tillvara det friska och att se individen bakom åldrandet och sjukdomen. Vidare anser sjuksköterskorna att de skall ha förmåga att skapa en bra relation med den äldre. En förutsättning är att kunna kommunicera och att ha en bra kännedom om psykosociala och fysiska åldersförändringar. Clarke, Hanson och Ross (2003) säger i sin studie att samarbetet mellan patient och vårdare är viktigt och att det är en ömsesidig process där man delar erfarenheter. En förutsättning för att bedriva personcentrerad omvårdnad är att sjuksköterskorna vet vad det innebär och resultatet i studien visar att det överensstämmer väl med detta.

Clark et al (2003) säger liksom de intervjuade sjuksköterskorna att när man lyssnar på en persons livshistoria är det ett kraftfullt sätt för dem att visa att de är värdefulla som individer. I resultatet framkom att när man arbetar med att ta fram en livshistoria förbättrar det kvalitén på patientens liv och stärker vårdpersonalens självkänsla. I intervjun sades att närstående uppskattar att personalen engagerar sig i den äldre personens liv i stället för att fokusera på deras fysiska behov. Närstående får en given plats i sammanhanget och behöver inte kämpa för att få göra sin röst hörd. De tillåts engagera sig efter egen förmåga och om vi inte får närstående med oss ökar risken att vi får dem emot oss och det gagnar ingen.

Mamhadir, et al. (2007) skriver i sin artikel om ett exempel på ett etiskt dilemma där man sett att det är brist på demensboenden. Vårdtagare med demenssjukdom placeras då på servicehus och det är inte bra för dem och inte heller för andra som bor på servicehuset. I intervjustudien med sjuksköterskorna framkom att på de flesta särskilda boenden i kommunen gör man likadant och det minskar förutsättningarna att arbeta personcentrerat. Det kan lätt skapas konflikter bland de boende, för att de kan bli avundsjuka på varandra och de har inte förståelse för varför den ena får hjälp och inte den andra. Pengar kan vara en orsak till att man inte kan upprätta fler boenden inom kommunen. Mamhadir, et al. (2007) skriver vidare att kortsiktiga budgetlösningar och neddragningar av boenden är ett etiskt dilemma. Det är svårt att fördela resurser på ett rättvist sätt.

I intervjuerna diskuterade sjuksköterskorna synsätt, att det är skillnad när patienten bor i det egna hemmet eller på särskilt boende. Upplevelsen var att förutsättningarna var större för en

personcentrerad omvårdnad i patientens eget hem. Orsaken till detta kan vara att man respekterar individen mer när man kommer som gäst i dennes hem. Tankesättet hos vårdpersonal diskuterades och det framkom att kontrollbehov och rädsla för att göra fel kan vara orsaker till att patienter blir fråntagna sina förmågor då de flyttar in på ett boende och det minskar möjligheten att utföra en personcentrerad omvårdnad. Palviainen, Hitela, Routasalo, Suominen och Hulpi (2003) skriver i sin artikel att makt är en kontroll och auktoritetsfråga som utövas omedvetet eller medvetet. Den dagliga hygien kan tas som exempel. En duschning kan utföras uppgiftsorienterad då man som vårdpersonal endast ser patienten som ett objekt istället för en person som har individuella behov. Sjuksköterskorna anser därför att arbetsledning och teamarbete är viktigt och att man på vårdlagsträffar diskuterar etiska aspekter, hur man lägger upp arbetet och hur man bäst vårdar patienten.

I resultatet kom det fram att sjuksköterskan behöver bli tydligare i sin ledarroll och mer delaktig i omvårdnadsarbetet. Förutsättningarna för sjuksköterskor att driva omvårdnadsarbetet ansågs begränsad därför att det är enhetschefen som ansvarar för personal och budget. I intervjuerna framkom att de tycker det är viktigt att samarbeta med enhetschefen för att prata ihop sig om gemensamma insatser. Sjuksköterskorna ser sig själva som omvårdnadsexperter men behöver öka samarbetet med andra yrkesgrupper för att nå målet med personcentrerad omvårdnad. Den kunskap som sjuksköterskorna har behöver implementeras i vården. Sjuksköterskorna upplever att deras kunskap inte tas tillvara och att de har ett synsätt där alternativa metoder kan diskuteras. Till exempel om en patient har sömnbesvär kan en meningsfull dag med aktivering vara ett bättre alternativ än att ge läkemedel. Tonuma och Winbolt (2000) säger att man måste skapa en miljö som tillåter sjuksköterskor att vara sjuksköterska. En miljö bör skapas där alla ser betydelsen av självbestämmande och där man gemensamt utvecklar strategier för att ge en bra vård. Sjuksköterskor måste även bli bättre på att analysera och diskutera utifrån evidensbaserad personcentrerad omvårdnad (Edvardsson, 2010).

Edvardsson (2010) refererar till Liv Meidell och menar att ett personcentrerat förhållningssätt i en organisation tar tillvara de boendes behov i stället för organisationens behov av rutiner. Sjuksköterskorna i studien säger att det finns potential att utveckla teamarbetet för att kunna bedriva en personcentrerad omvårdnad och att man ska göra förändringar utifrån patientens behov och vara flexibel. För att främja ett personcentrerat förhållningssätt krävs tydliga mål så att patienten får sina fysiska, psykiska, sociala och kulturella behov tillgodosedda.

Andersson (2006) säger att patientens hälsa stärks och självständigheten ökar när man tar tillvara det de kan och då man får vara med och påverka sin vardag, så att de får fortsätta leva det liv, de valt att leva.

Vi fann liksom Tundedal och Fagerberg (2001) att tid är en förutsättning för att vara med i omvårdnadsarbetet och handleda vårdpersonal. Några sjuksköterskor i intervjun upplevde att tiden inte alltid räcker till allt som skall göras för både sjuksköterskor och vårdpersonal, medan andras uppfattning är att det inte alltid beror på tidsbrist utan man behöver bryta gamla vanor och rutiner och få ett annat synsätt. Sjuksköterskans arbete förändras kontinuerligt och det tillkommer ständigt nya arbetsuppgifter som gör att kraven ökar. Ökade krav på att dokumentera och fylla i register gör att tiden med patienten minskar. Intentionen är att vara mer involverad i omvårdnadsarbetet för att handleda och utveckla omvårdnadsarbetet och en förutsättning är att det finns utbildad och intresserad vårdpersonal.

En annan förutsättning för ett bra ledarskap med omvårdnadsansvar kring patienten är att det behövs kontinuitet bland sjuksköterskor. Omvårdnadsarbetet blir lidande när det fattas personal då det är sjuksköterskan som skall leda omvårdnaden.

Svedberg (2007) menar att gruppmedlemmar gör sig beroende genom att låta ledaren ta beslut så slipper de själv ta ansvar. Om inte ledaren delar med sig av sin makt och kräver att gruppmedlemmarna tar ansvar så utvecklas en beroendekultur, medlemmarna klarar sig då inte själv när ledaren är borta.

Slutsats

I samråd med patienten skall sjuksköterskan välja de åtgärder som gör mest nytta och minst skada. Hur sjuksköterskor ser på personcentrerad omvårdnad, kan hjälpa dem att möjliggöra en utveckling av omvårdnaden. Personcentrerade ledare skapar möjligheter, stöttar och synliggör medarbetaren så att de tar ansvar och utvecklas. Ur resultatet framkom att sjuksköterskan har kunskap om vad personcentrerad omvårdnad innebär och de ser att samarbetet med andra yrkesgrupper behöver utvecklas för att tillsammans ge en bättre vård. Förutsättningarna är att deras kunskap tas tillvara så de kan arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Sjuksköterskorna behöver förtydliga sin ledarroll och bli mer delaktig i omvårdnadsarbetet. Eftersom det är enhetschefen som ansvarar för personal och budget så

behöver vi öka samarbetet. Tid är en förutsättning men den räcker inte alltid till, man behöver kanske ändra synsätt och bryta gamla vanor och rutiner för att utveckla vården. Sjuksköterskornas upplevelse var att personcentrerad omvårdnad utförs mer i patientens egna hem än på särskilt boende och att det inte borde vara så men verkligheten ser annorlunda ut. Brist på demensboende gör att man placerar personer med demenssjukdom tillsammans med personer med andra diagnoser på samma boende och det minskar förutsättningarna att arbeta personcentrerat. Författarna menar att det är organisationen som styr vilken vård som ges, men det borde vara personens behov som ska styra organisationen.

REFERENSLISTA

Andersson, L. (2006). *Att få leva tills jag dör - om ett rehabiliterande synsätt*. Stockholm: Fortbildningsförlaget.

Clarke, A., Hanson, E. J. & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 697-706.

Edvardsson, D. (Red.). (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

From, I., Johansson, I. & Athlin, E. (2008). The meaning of good and bad care in community care: older people's experiences. *International Journal of Older People Nursing*, 4, 156-165.

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

Gunnarsson, H. & Öhrlen, J. (2006). Spouse's grief before the patient's death: Retrospektive experiences related to palliative home care in urban Sweden. *Mortality*, 11, (4), 336-351.

Hiscock, M. & Shuldham, C. (2008). Patientcentred leadership in practice. *Journal of Nursing Management*, 16, 900-904.

Kihlgren, M. (Red), Johansson, G., Engström, B. & Ekman, S-I. (2000). *Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Mamhadir, A-G., Kihlgren, M. & Sorlie, V. (2007). Ethical challenges related to elder care. High level decision-makers' experiences. *BMC Medical Ethics*, E-publicerad 10 april 2007. doi: 10.1186/1472-6939-8-3.

McCormack, B. (2003). Conceptual framework for person-centered practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209.

Palviainen, P., Hietala, M., Routasalo, P., Suominen, T. & Hupli, M. (2003) Do nurses exercise power in basic care situations. *Nursing ethics*. 10, (3), 269-280.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed.). Philadelphia: JB Lippincot.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsens hemsida

Hämtad 14 februari 2011 från,

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom>

Svedberg, L. (2007). *Gruppsykologi : om grupper, organisationer och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

Tonuma, M. & Winbolt, M. (2000). From rituals to reason: Creating an environment that allows nurses to nurse. *International journal of nursing practice*, 6, 214-218.

Tunedal, U. & Fagerberg, I. (2001). Sjuksköterska inom äldreomsorgen – en utmaning. *Vård i Norden*. 60, (21), 27-32.

Wadensten, B. (2006). An analysis of psykosocial theories of ageing and their relevance to practical gerontological nursing in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 3, 347-354.

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*: Lund: Studentlitteratur.

Wills, T. & Day, M. R. (2008). Valuing the person's story: Use of life story books in a continuing care setting. *Clinical Interventions in Aging*, 3, 547-552.

Till verksamhetschef för XXXX hälso- och sjukvård

Personcentrerad omvårdnad är ett begrepp som handlar om att se personen bakom åldrande, beteende och sjukdom. Det handlar också om att belysa vikten av att väga in livsperspektiv i hälso- och sjukvården. Det som man sätter fokus på är att synliggöra och bekräfta personen, att se världen med dennes ögon oberoende av sjukdom. Det krävs att man har en god personkännedom och att man tillvaratar personens intressen.

Vi arbetar inom äldrevården och har valt att gå en specialistutbildning inom detta område. Under utbildningens gång har intresset ökat för den personcentrerade omvårdnaden. Vår magisteruppsats kommer att beskriva vilka förutsättningar som finns för sjuksköterskor att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt i den kommunala vården av äldre

Genom detta brev önskar vi Ann-Katrin Hansson och Anita Nilsson tillstånd att genomföra gruppintervjuer på arbetsplatserna X, X och X. Själva intervjun kommer att ta totalt ca 1 timme. Eftersom medverkan i studien är frivillig skulle det underlätta om intervjuerna sker på sjuksköterskans arbetstid. Intervjuerna kommer att spelas in med hjälp av Mp3 och skrivs ut ordagrant i textform. Vi kommer att behandla materialet konfidentiellt. Detta innebär att all möjlighet till identifiering tas bort då resultatet presenteras i uppsatsen.

Vi kommer själva att göra en förfrågan till berörda sjuksköterskor om deltagande i studien. När vi därefter får veta vilka som vill medverka i studien tar vi kontakt med dem för att bestämma tid för intervjuerna

Våra handledare för uppsatsen vid Mittuniversitetet Sundsvall är:

Huvudhandledare Karl-Gustaf Norbergh, lektor
Bihandledare Barbro Dahlbäck, adjunkt

Studien kommer att presenteras i en magisteruppsats (D-uppsats) och kommer att finnas tillgänglig på Mittuniversitetets hemsida. www.miun.se.

Vid eventuella funderingar är du välkommen att kontakta oss:

Ann-Katrin Hansson leg. Sjuksköterska Tel. 0693-16288
Anita Nilsson Distriktssköterska Tel. 0693- 16340

Medgivande till studiens genomförande

Ort och datum

Till sjuksköterskor inom XXXX kommuns hälso- och sjukvård

Personcentrerad omvårdnad är ett begrepp som handlar om att se personen bakom åldrande, beteende och sjukdom. Det handlar också om att belysa vikten av att väga in livsperspektiv i hälso- och sjukvården. Det som man sätter fokus på är att synliggöra och bekräfta personen, att se världen med dennes ögon oberoende av sjukdom. Det krävs att man har en god personkännedom och att man tillvaratar personens intressen.

Vi arbetar inom äldrevården och har valt att gå en specialistutbildning inom detta område. Under utbildningens gång har intresset ökat för den personcentrerade omvårdnaden. Syftet med vår magisteruppsats är att beskriva vilka förutsättningar som finns för sjuksköterskor att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt i den kommunala vården av äldre.

Med det här brevet gör vi en förfrågan om deltagande i en intervjustudie där du kan delge dina erfarenheter från det här området.

Den här studien bygger på fokusgruppsintervjuer. Fokusgrupper består av en mindre grupp ca 4-6 personer som diskuterar ett givet ämne under en begränsad tid, ca 1 timme. En moderator leder gruppen och det är moderatoren som startar upp och leder diskussionen. Det som kommer fram i gruppdiskussionen ligger sedan som grund för analysen. Intervjuerna kommer att spelas in med hjälp av Mp3 och skrivs ut ordagrant i textform. Vi kommer att behandla materialet konfidentiellt. Detta innebär att all möjlighet till identifiering tas bort då resultatet presenteras i uppsatsen.

Vi kommer att ta kontakt med dig inom 1 vecka för att höra om du vill medverka i intervjun. Om så är fallet kommer vi att skicka information om samtycke som du sedan ska skriva under och skicka tillbaka till oss. Vi vill göra dig medveten om att det är frivilligt att delta och att du när som helst kan avbryta ditt deltagande utan att förklara varför.

Vi heter Ann-Katrin Hansson och Anita Nilsson och håller just nu på med vår magisteruppsats vid Mittuniversitetet i Sundsvall. Vi går en utbildning som heter Vård av äldre som är en påbyggnadsutbildning 60 hp, till specialistsjuksköterska.

Våra handledare för uppsatsen vid Mittuniversitetet Sundsvall är:

Huvudhandledare Karl-Gustaf Norbergh, lektor
Bihandledare Barbro Dahlbäck, adjunkt

Om du har frågor angående studien är du välkommen att kontakta någon av oss:

Ann-Katrin Hansson leg. Sjuksköterska Tel. 0693-16288, 070-641 04 92
Anita Nilsson Distriktsköterska Tel. 0693- 16340, 070-378 00 52

Information till samtycke från sjuksköterskor

Syftet med studien är att beskriva vilka förutsättningar som finns för sjuksköterskor att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt i vården av äldre. Studien kommer att bygga på intervjuer med sjuksköterskor som arbetar med äldre inom den kommunala Hälso- och sjukvården.

Intervjuerna kommer att spelas in med hjälp av Mp3 och skrivs ut ordagrant i textform. Detta innebär att all möjlighet till identifiering tas bort då resultatet presenteras i uppsatsen. Det är endast vi och våra handledare som kommer att ha tillgång till materialet.

Det är frivilligt att delta och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att förklara varför.

Med vänliga hälsningar

Ann-Katrin Hansson och Anita Nilsson

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och delge mina erfarenheter om att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och jag ger även mitt samtycke till att intervjun spelas in med hjälp av Mp3.

Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att förklara varför.

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Intervjuguide

Öppningsfrågor

- Namn, år i yrket, vidareutbildning

Introduktionsfråga

- Kan ni berätta hur ni samarbetar med olika yrkesgrupper?

Övergångsfråga

- Vad innebär personcentrerad omvårdnad för er?

Nyckelfrågor

- Vad behövs för att ge en personcentrerad omvårdnad?
- Berätta hur ni arbetar med omvårdnad då det gäller den psykiska/fysiska miljön. Vilka hinder/möjligheter finns det .Vad fungerar bra/ dåligt, vad begränsar/bidrar. Utifrån det vi diskuterat nu, hur skulle man kunna göra miljön mer personcentrerad
- Berätta hur ni som sjuksköterskor kan leda omvårdnadsarbetet så det blir personcentrerat.
- Hur upplever ni att sjuksköterskans kompetens tas tillvara i omvårdnadsarbetet?

Avslutande frågor

- Sammanfattningsvis, vad säger ni om den här diskussionen som vi haft idag, vilka slutsatser gör ni? Reflektioner?

Slutfråga

- Är det någon som har något att tillägga?