



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskors tillämpning av personcentrerad vård i vården av äldre personer inom kommunal hemsjukvård

Erika Hasselgren och Malin Olsson

2016

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen) 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning vård av äldre
Självständigt arbete inom omvårdnad av äldre 15 hp

Handledare: Britt-Marie Sjölund
Examinator: Elisabeth Häggström

Sammanfattning

Bakgrund	Enligt Sveriges Kommuner och Landsting så ska vårdpersonal inom regioner, kommuner och landsting arbeta för införandet av personcentrerad vård (PCV) som arbetssätt. PCV har tre grundpelare: partnerskap, patientberättelse samt dokumentation. Vårda i samråd med personen som behöver vård är grunden i hela den personcentrerade vården.
Syfte	Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans tillämpning av personcentrerad vård inom den kommunala hemsjukvården i vården av personer 65 år och äldre.
Metod	Studien har en beskrivande design med kvalitativ ansats.
Huvudresultat	Ingen av de inkluderade kommunerna tillämpade PCV fullt ut idag. De förutsättningar för en god PCV som sjuksköterskorna beskrev var att de arbetade för att ha personen i fokus. De försökte också skapa en relation till personen och dess anhöriga genom kontinuitet, partnerskap och patientens levnadsberättelse. Hinder för att kunna tillämpa PCV var brist på organisatorisk ledning gällande PCV, bristande kontinuitet, tidsbrist och orealistiska önskemål från personen samt kunskapsbrist om PCV.
Slutsats	Sjuksköterskorna saknar kunskap om vad PCV innebär inom kommunal hemsjukvård och hur PCV skall tillämpas i det dagliga vårdarbetet. Studien visade på att det är ledningen som präglar vilken vård som ges till dem som vårdades. En ledning som guidar, stöttar och ger förutsättningar till sina sjuksköterskor för att de skall kunna tillämpa PCV är den största förutsättningen för att PCV skall kunna implementeras inom den kommunala hemsjukvården. Det borde vara en rättighet för alla som vårdas att få PCV.
Nyckelord	Hemsjukvård, Kvalitativ metod, Personcentrerad vård, Sjuksköterska

Abstract

Background

According to the Swedish Association of Local Authorities and Regions should all healthcare professionals within the regions, municipalities and county council work for an introduction of person-centered care (PCC). PCC has three fundamental pillars: partnership, the patient's story and documentation. Healthcare should be in agreement with the person needing care, it's the foundation of PCC.

Objective

The objective of the study was to describe the nurse's application of person-centered care in the municipal home healthcare in the care of people aged 65 years and older.

Method

The study has a descriptive design with a qualitative approach.

Main results

The results showed that none of the participating municipalities applied PCC to full extend currently in daily work. The nurses described good conditions for PCC like having focus on the person. The nurses also tried to create a relationship with the patient and their relatives, through continuity, partnership and patient's life story. The study identified obstacles in the application of PCC like lack of organizational management, continuity and time, unrealistic requests of care from the person and knowledge deficit regarding PCC.

Conclusion

The nurses within municipal home healthcare lacked knowledge regarding PCC and how to apply PCC in daily work. The study showed that it is the management who characterizes the care given. In the application of PCC a necessity is a management who guides, supports and offers relevant conditions for PCC to the nurses. It should be a right for all people receiving care to obtain PCC.

Keywords

Home healthcare services, Qualitative method, Person-centered care, Nurse

Innehållsförteckning

Bakgrund	6
Inledning.....	6
Partnerskap – patientberättelse - dokumentation.....	6
Följder av PCV	8
PCV vid demenssjukdom	9
Hemsjukvård	10
Organisationens och ledarskapets betydelse	11
Hinder för PCV	12
Teoretisk referensram	12
Problemformulering	13
Syfte	13
Metod	14
Design	14
Urvalsmetod och undersökningsgrupp	14
Datainsamlingsmetod	14
Tillvägagångssätt.....	15
Dataanalys	16
Forskningsetiska överväganden	17
Resultat	18
Förutsättningar för en god PCV	18
Att ha den vi vårdar i fokus	18
Levnadsberättelse	19
Relation till den vi vårdar och dess anhöriga	19
Kontinuitet.....	20
Partnerskap	20
Sjuksköterskans förhållningssätt	21
Teamarbete	22
Arbete med vårdplaner	22
Hinder som försvårar att kunna arbeta personcentrerat.....	23
Brist på samarbete med patienten.....	23
Försvårande faktorer hos patienten	24
Tids- och resursbrist	25
Hemtjänstens pressade situation.....	25
Organisationens betydelse.....	26
Chefer arbetar inte för en PCV.....	26

Chefer arbetar för en PCV.....	27
Sjuksköterskorna behöver utbildning.....	27
Diskussion	28
Huvudresultat	28
Resultatdiskussion.....	28
Metoddiskussion.....	33
Kliniska implikationer för omvårdnad	35
Förslag till fortsatt forskning.....	35
Slutsats	35
Referenser	36

Bakgrund

Inledning

Så långt tillbaka som år 1935 beskrev Sir Henry B Brackenbury vikten av att lyssna på patientens beskrivning av sina problem. På 1950-talet fanns begreppet ”patient-centered medicine” i den medicinska litteraturen (Edberg et al. 2013). Personcentrerad vård (PCV) innebär att ta vården ett steg vidare, att fokus läggs på personen som vårdas och inte enbart på patienten (McCormack 2003). Trots att PCV är ett väl känt begrepp så finns det fortfarande inte någon gemensam överenskommelse gällande dess definition i litteraturen (Edvardsson, Winblad & Sandman 2008). Patientsäkerhetslagen beskriver att vården skall utformas och genomföras i samråd med patienten så långt det är möjligt. Patienten ska också visas respekt och omtanke (SFS 2010:659). Att vårda i samråd med patienten går helt i linje med vad PCV handlar om.

Partnerskap – patientberättelse - dokumentation

PCV bygger på tre stolpar: partnerskap, patientberättelse samt dokumentation (Centrum för personcentrerad vård (GPCC) 2016; Ekman 2014; Ekman et al. 2011).

Relationen mellan den vårdsökande personen och vården bygger på ett ömsesidigt partnerskap (GPCC 2016; Ekman 2014; Ekman et al. 2011). Att göra patienten till en partner istället för bara en mottagare i vårdkedjan har visat sig ge många positiva och vinstgivande effekter för både patienten och personal (Edvardsson, Varrailhon & Edvardsson 2014). Sjuksköterskan kommer i partnerskap med patienten att prioritera och besluta om vården, ett delat beslutsfattande. För att kunna göra detta måste sjuksköterskan ha en professionell kompetens att kunna klargöra personens åsikter och värderingar och hantera dessa i förhållande till sina egna värderingar. Detta förutsätter ett engagemang hos sjuksköterskan och ett sympatiskt förhållningssätt (McCormack & McCance 2006).

För att kunna skapa detta partnerskap krävs det att vårdaren känner till den vårdsökandes berättelse (GPCC 2016; Ekman 2014; Ekman et al. 2011). Berättelsen måste bygga på ömsesidigt förtroende och förståelse. Kunskaper delas mellan parterna. Som vårdare är det av största vikt att få en bild av vad patienten värderar i sitt liv och hur hans förståelse är om vad

som händer i vårdandet. Detta fås genom narrativt samtal (McCormack 2003). Buckley, McCormack och Ryan (2013) beskriver detta narrativa samtal i vården där ”att lära känna personen” är centralt. Sjuksköterskan måste både ha kännedom om och förståelse för personens livshistoria. Genom detta kan personen som vårdas kunna använda sin fulla kapacitet och beslut kan ske med hänsyn till personens liv och värderingar. Vården kan då anpassas till hur personen verkligen önskar den levererad (Buckley, McCormack & Ryan 2013). I vården av äldre personer är vårdrelationen långvarig, detta gör att sjuksköterskan kan använda sig av livsberättelsen i vårdandet. Santamäki Fischer (2013) beskriver att när en person berättar finns det förutsättningar att bli bekräftad och sedd av den andra personen som lyssnar. Personen väljer själv vilka berättelser hen vill delge. Tidsspannet för en berättelse kan vara allt från födelse till död, och innehåller händelser som personen upplevt, men även tankar om vad som kommer hända kan ingå i hens berättelse. Det är en läkande process att få delge sin berättelse för andra och delaktighet kan skapas. Personens bild av sig själv och sitt liv kan ge en starkare självkänsla. Wills och Day (2008) studerade livsberättelser som utformats av några äldre på ett äldreboende på Irland. I berättelsen framkom viktiga händelser i livet, sociala relationer, intressen och religiösa åsikter. Deras berättelser inkluderade även tankar och mål gällande framtiden. Berättelsen gav en förstärkt självkänsla. De äldre ansåg att livsberättelsen kunde ligga till grund för den sociala interaktionen mellan de boende, men också i relationen mellan vårdaren och den äldre. McCormack (2003) menar att det är därför vårdaren måste känna till patientens livshistoria för att kunna arbeta personcentrerat.

Sista steget inom PCV är att dokumentera hälsoplanen i patientens journal där tydliga mål och delmål ska framkomma (GPCC 2016; Ekman 2014; Ekman et al. 2011). I en irländsk studie gjord av Broderick och Coffey (2012) granskades vårdplaner för att se hur personcentrerad dokumentationen var. Det visade sig att sjuksköterskan arbetade med patienternas uppfattningar och värderingar, men brister fanns gällande hur konsultationen med patienten dokumenterades eller hur patienten hade varit involverad i besluten gällande sin vård. Att dokumentera patientens preferenser, värderingar och behov, både gällande val av behandling samt omvårdnad är viktigt inom PCV. Det leder till en kontinuitet i vården (Ekman et al. 2011). När patienten hade god förståelse för vad som gjorts, vad som planerats samt fått möjlighet att diskutera sina vårdplaner leder detta till trygghet för patienten (Alharbi, Carlström, Ekman, Jameborn & Olsson 2014). Butterworth (2012) beskriver att den äldre personen ofta inte är medveten om att det finns vårdplaner gällande sig själv och vad de innehåller. Den äldre personen bör involveras i dokumentationen som en del av planeringen

av vården. Detta inbjuder personen till delat beslutsfattande. I journalen bör det kunna utläsas att patienten har varit en del i beslutet.

Följder av PCV

PCV är oftast synonymt med högkvalitativ vård (Edvardsson, Winblad & Sandman 2008). Alharbi et al. (2014) genomförde en studie där patienter intervjuades gällande deras erfarenheter av PCV då de vårdats på en vårdavdelning. Det var då ett år efter implementeringen av PCV på avdelningen. Det visade sig att all personal inte hade tagit till sig arbetsmodellen och skillnader i patienternas upplevelser kunde därför identifieras. De patienter som erhållit PCV beskrev en mer positiv upplevelse. De beskrev att de fick den tid de önskade och att de blev lyssnade på. Vården fokuserades på deras individuella situation och förmåga. Patienterna upplevde att de blev bemötta som personer och inte som patienter. Detta ledde till att de kände sig säkrare och hade en känsla av kontroll inför framtiden. De patienter som hade sämre upplevelser verkar vara de som vårdats av personal som inte arbetar personcentrerat. Dessa patienter kände sig osynliga och ignorerade. De upplevde att sjuksköterskan inte kommunicerade på samma nivå som dem. De kände en svaghet i relationen till sjuksköterskan och hade en större oro över sin sjukdom. Patienterna upplevde att beslut togs som de själva inte var medvetna om och detta gjorde att de fick svårare att hantera sin sjukdom (Alharbi et al. 2014). Sjuksköterskans egenskaper och kunskap om PCV är avgörande. Om patienten vårdas enligt PCV förväntas utfallet bli att patienten upplever en tillfredsställelse av vården, patienten känner sig mer välmående och är också mer involverad i vården (McCormack & McCance 2006).

Edvardsson, Fetherstonhaugh, McAuliffe, Nay och Chenco (2011) studerade hur vårdpersonalens arbetstillfredsställelse påverkades av införandet av PCV i Australien. Det fanns ett positivt samband med att utföra PCV och arbetstillfredsställelse. Edvardsson, Varrailhon och Edvardsson (2014) fick fram att personalen på ett demensboende i Sverige beskrev att de hade mindre stress över situationen jämfört med tidigare. De kunde erbjuda den vård och de aktiviteter för de boende som de ville erbjuda. Däremot var det inte någon skillnad gällande arbetsbördan före och efter implementeringen.

Pope (2012) undersökte sjuksköterskors attityder mot äldre. Risker är att gruppen äldre klumpas ihop och attityder liknande ageism framkommer. Om sjuksköterskan arbetar mer personcenterat och får en sjuksköterska-patient-relation leder det till förbättrade attityder hos sjuksköterskan då de mer ser personen bakom patienten.

PCV vid demenssjukdom

Personcentrerad vård är mycket lämplig när personer med demenssjukdom vårdas. Att vårdaren ser personen bakom sjukdomen. Hen är en person som fortfarande kan uppleva livet och sina relationer trots sin progressiva sjukdom. Fokus bör läggas på de funktioner som personen fortfarande har istället för att se de funktioner som gått förlorade. När personen uppvisar symtom, och kanske har svårigheter att förklara sig, bör personalen ”gå in i personens värld” och utgå ifrån att det finns en mening eller orsak till alla typer av beteende. När sjuksköterskan praktiserar PCV inom demensvården ska hen alltid söka efter bakomliggande faktorer till olika beteendemässiga och psykiska symtom. Det kan röra sig om hunger/törst, smärta, miljön runtomkring, bemötande av personal eller överstimulering. Varje persons omvårdnadsplanering ska vara individuell (Edvardsson, Winblad & Sandman 2008). När vårdpersonal kan se personen bakom sjukdomen istället för att se en patient som insjuknat i demenssjukdom så kan vårdpersonalen ofta förstå varför en person beter sig på ett visst sätt i vissa situationer, då detta kan ha med hens bakomliggande livshistoria att göra (McKeown, Clarke, Ingelton, Ryan & Repper 2010). I studien gjord av Edvardsson, Varrailhon och Edvardsson (2014) undersöktes hur omvårdnadspersonal främjade personcentrerad vård i vården på särskilda boenden i Sverige. Personalen beskrev att de arbetade personcentrerat på olika sätt, bland annat genom att främja de äldres möjlighet till val, främjande av ett meningsfullt liv, ett behagligt liv och att främja den äldres personlighet.

VIPS-modellen har utformats för att tillämpa PCV inom demensvården. V – *värdet* som person oavsett kognitiv förmåga, I – *Individualiserad vård*, P – Förstå personens *perspektiv* och S – positiv *Socialpsykologi*, att personen känner ett välmående. Denna modell har utformats för att översätta de komplexa begreppen inom PCV till mer praktiska riktlinjer inom demensvården. Det har visat sig att VIPS-modellen fungerar väl som arbetsmodell (Rosvik, Kirkevold, Engedal, Brooker & Kirkevold 2011). Edvardsson, Sandman och Borell (2014) studerade effekten efter implementering av PCV på ett demensboende i Sverige. Personalen fick utbildning och hade seminarium gällande PCV vid implementeringens start. Ett år efteråt var det en signifikant skillnad gällande personcentrerad vård på boendet. Teamarbete är en viktig hörnsten när PCV ska utövas (Rosvik et al. 2011). Inom teamet kan diskussioner föras angående dessa symtom och personcentrerade åtgärder planeras och utvärderas. Butterworth (2012) beskriver att personens perspektiv bör vara det genomgående i

dokumentationen vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Det bör tydligt framgå i dokumentationen varför beteendet finns där och hur personalen/omgivningen kan underlätta för personen. Detta istället för att bara skriva att patienten exempelvis är arg och utåtagerande. Satsningar på implementering av PCV i vården av personer med demenssjukdom har gjorts (Vikström et al. 2015; Edvardsson, Sandman & Borell 2014).

Hemsjukvård

Enligt Socialstyrelsen innebär hemsjukvård: ”Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden” (Socialstyrelsen 2008). Hemsjukvård är ett stort och vitt begrepp, alltifrån att förebygga ohälsa och sjukdom till att vårda patienter i livets slutskede (Melin-Johansson 2010). För att få rätt till Hemsjukvård är dock att det finns behov av vård hos den enskilda patienten. Hemmet blir en alltmera vanlig vårdplats för många. Vården som kan ske i hemmen blir mer och mer avancerad (Josefsson 2010).

Ett landsting eller en kommun kan ha ansvaret för sjukvården i en patients egna boende, om patienten inte kan ta sig till en vårdinrättning. Landstinget har ansvar för den specialiserade hemsjukvården (Josefsson 2010). Den specialiserade hemsjukvården vårdar oftast patienter med cancersjukdom, i livets slutskede (Socialstyrelsen 2006; Beck -Friis & Jakobsson 2013). Landstinget ansvarar även för den specialiserade psykiatriska hemsjukvården (Socialstyrelsen 2008).

År 2011 hade tio av Sveriges läns kommuner ansvar för den basala hemsjukvården inom sitt län där legitimerad personal samt undersköterskor med delegation utför hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Samma år beslöt regeringen att kommunaliseringen av den basala hemsjukvården också ska ske i Sveriges övriga län, detta skulle ske mellan 2013-2015. Anslutning till hemsjukvården sker utefter ”tröskelprincipen” där de personer som inte kan ta sig till en landstingsutförd vård får kommunal hemsjukvård i hemmet (Statens offentliga utredningar 2011).

Kraven på vården och dess innehåll har ökat genom att det har blivit fler multisjuka som är svårt sjuka numera skrivs ut från sjukhusen och till hemsjukvården istället. För att kvalitetssäkra den kommunala hemsjukvården skall det finnas tillgång till sjuksköterska och läkare hela dygnet, årets alla dagar att tillgå för hemsjukvårdspatienterna (Josefsson 2010).

I den kommunala hemsjukvården finns alla typer av sjukdomar representerade. Detta innebär att sjuksköterskan kontinuerligt får bedöma olika typer av sjukdomar och hälsotillstånd och arbetsuppgifterna varierar. Det kan vara att ge en injektion till att göra en omläggning som tar drygt 1 timme. I vårdandet i patientens hem är den vårdande sjuksköterskan en gäst hos patienten, även om hemmet är sjuksköterskans arbetsplats. Det vårdande arbetet skall ske professionellt med respekt för patientens autonomi. Sjuksköterskan skall ha en helhetssyn på sin patient. De grundläggande behoven såsom de psykiska, fysiska och sociala behoven skall sjuksköterskan se och tillfredsställa utifrån patientens hälsotillstånd (Bökberg & Drevenhorn 2010).

Zimmerman, Love, Cohen, Pinkowitz och Nyrop (2014) beskriver PCV vid vård i hemmen. Flera aspekter är de samma jämfört med om PCV utförs på en sjukhusavdelning eller ett särskilt boende för äldre. Men vissa delar blir mer tydliga när vården sker i hemmet. Till exempel respekt för det egna hemmet. Att personen har rätt till privata områden som ett speciellt rum eller kanske badrummet eller köket. En genomförandeplan ska finnas och personalgruppen ska bestå av så få personer som möjligt för att erhålla kontinuitet. Det kan också handla om att som äldre kunna röra sig utanför boendet, eller att kunna bjuda hem gäster på mat. Alla inom personalgruppen ska känna till den äldres styrkor och svagheter och arbeta för att personen blir så oberoende som möjligt. Personalen måste ha tid avsatt vid besöken så att de har chans att lära känna den äldre (Zimmerman et al. 2014).

Organisationens och ledarskapets betydelse

PCV passar mycket väl som arbetsmodell inom vården av äldre, tyvärr visar fortfarande studier att vården av äldre fortfarande är rutinbaserad och inte tar hänsyn till personens bakgrund och värderingar. Personens bakgrund och värderingar ger inte svar på vad sjuksköterskan ska göra utan mer hur hon ska utföra vården i en relation tillsammans med patienten (McCormack 2003). Processen med att införa PCV inom vården går långsamt, men har börjat. Flera instanser behöver stöd gällande implementeringen av PCV i det dagliga arbetet. I dag känner de flesta vårdgivare till, och har kunskap om PCV. Men det måste införas rutiner och arbetssätt som inbjuder och kvalitetssäkrar att PCV används kontinuerligt i vårdarbetet (Ekman et al. 2011). För att kunna utveckla ett arbetssätt med PCV på arbetsplatsen krävs att hela organisationen arbetar med förhållningssätt, kommunikationsmönster samt kollektivt beteende. Det krävs då ett personcentrerat ledarskap för att kunna nå målet med att arbeta personcentrerat (Lindström Kjellberg & Hök 2014).

I en studie av Mork Rokstad, Vatne, Engedal och Selbaek (2015) studerades ledarskapets roll vid genomförandet av personcentrerad vård inom demensvården. Det visade sig att ledarskapet har en betydande roll vid implementeringen av personcentrerad vård. Ledaren skall vara tydlig och förklara visionen med arbetet och engagera all personal i utvecklingsarbetet. Uppskattning och uppmuntran ledde till arbetsglädje. Hiscock och Shuldham (2008) menar att kvalitén på vården och ledarskapet hör samman. För att få en utvecklande kultur, och få rätt riktning på organisationen krävs ett bra ledarskap. Ledarskapet skall stödja sjuksköterskor att arbeta personcentrerat och ge kvalitetssäkrad vård till patienterna och hitta ständiga förbättringar så vården för patienterna blir så bra som möjligt.

Hinder för PCV

I studien av Alharbi et al. (2014) hade inte alla börjat arbeta med PCV ett år efter implementering av modellen. Att ha personal som inte följer överenskommelser är ett hinder för att få modellen att fungera. Rosvik et al. (2011) beskrev att det var svårt för personalen att läsa och lära sig VIPS-manualen, när metoden skulle användas på demensavdelningen. Tid var också ett stort dilemma enligt flera studier (Rosvik et al. 2011; Kolanowski, Van Haitsma, Penrod, Hill & Yevchak 2015). Ekman et al. (2011) upplevde att deras svårigheter inte var att få personalen att praktisera PCV, utan det var att få personalen att inse att de inte praktiserade PCV. Personalen tog som en självklarhet att de redan arbetade personcentrerat, men det gjorde de inte, åtminstone inte medvetet eller systematiskt. Vikström et al. (2015) beskriver personalens arbetsbörda och stressade tillvaro som ett hinder för implementering av PCV. Personalen fick lägga mycket tid på att handleda vikarier, vilket minskade tiden för de äldres behov. Vidare betonar Vikström et al. (2015) att organisationens ledning måste ha med utbildning och implementering av PCV i sin budget och vara noga med att följa nationella riktlinjer, såsom PCV vid demenssjukdom. Kolanowski et al. (2015) menar att ineffektiv kommunikation också kan vara ett hinder inom PCV, både mellan personal-patient, personal-anhöriga, men också personalen emellan. Ytterligare en svårighet är när till exempel en person med demenssjukdom inte har några anhöriga, hur kan då personalen få vetskap om personens livsberättelse?

Teoretisk referensram

Sociologen Aaron Antonovsky menar att människor utsätts för olika stressorer i livet och för att hantera dessa olika stressfaktorer har människan generella motståndsrresurser (GMR) Han

myntade begreppet GMR och begreppet känslan av sammanhang (KASAM). Om man har stark GMR leder detta att få en stark KASAM. KASAM innefattar begreppen: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Var och en av dessa begrepp sitter samman och skall inte ses som enskilda begrepp. Begriplighet innebär att förstå och uppfatta vad som sker och bedöma situationen. Hanterbarhet är att känslan av att ha kontroll och känslan av att besitta resurser för att klara av situationen. Meningsfullhet innebär att personen ser en mening i livet och i olika händelser, även vid svåra händelser. När en person ställs inför olika krav måste personen få en förståelse för hur dessa krav ser ut för att få känslan av att ha verktyg och resurser för att klara av kraven som ställs på personen. Om personen har ett starkt KASAM så är hen självständig och har kapacitet för att kunna hantera och lösa kriser som uppstår i livet (Antonovsky 2014). Det centrala begreppet inom PCV är likadan som inom KASAM vilket är att se en persons egen kapacitet för att kunna hantera motgångar och ha ett välbefinnande i situationen (Ekman 2014).

Problemformulering

Sveriges Kommuner och Landsting har beslutat att arbeta för att det skall införas Personcentrerad vård i kommuner, regioner och landsting (Sveriges kommuner och landsting (SKL) 2015). Författarna har hittat studier där omvårdnadspersonal intervjuas i samband med implementering av personcentrerad vård av äldre med demenssjukdom (Edvardsson, Sandman & Borell 2014; Vikström et al. 2015). Författarna har däremot inte hittat några studier gällande hur personcentrerad vård tillämpas i Sveriges kommunala hemsjukvård idag. Författarna vill därför med denna studie ta reda på hur sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård tillämpar personcentrerad vård i sitt dagliga arbete av vården av de äldre i hemmen. Detta för att kunna ge förslag på vilka eventuella områden som behöver vidareutvecklas för att kunna erbjuda en god personcentrerad vård till våra äldre i hemsjukvården.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans tillämpning av personcentrerad **vård** inom den kommunala hemsjukvården i vården av personer 65 år och äldre.

Metod

Design

För att få svar på studiens syfte valde författarna att göra en empirisk intervjustudie med beskrivande design och kvalitativ ansats (Polit & Beck 2012).

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Urvalet bestod av tio sjuksköterskor som rekryterades från fyra kommuner i Väst- och Mellansverige. Deltagarna arbetade i tre olika län. Val av studiedeltagare skedde genom bekvämlighetsurval. Sjuksköterskor som var relevanta att ingå i studien identifierades utefter förutbestämda kriterier (Polit & Beck 2012). Inklusionskriterierna för att ingå i studien var att ha en sjuksköterskeexamen och att sjuksköterskan skulle ha minst sex månaders yrkeserfarenhet inom den kommunala hemsjukvården. Exklusionskriterier var att sjuksköterskan till större del arbetade med patienter yngre än 65 år eller att arbetet var inriktat mot patienter boende på LSS. Sjuksköterskor som hade en anställning på vikariat eller arbetade till största delen nattetid exkluderades också från studien. Sjuksköterskorna som deltog i studien var mellan 26-61 år gamla och hade arbetat som sjuksköterskor mellan 9 månader och 38 år. Erfarenheten av kommunal hemsjukvård varierade mellan 9 månader och 3 år. Två av sjuksköterskorna hade distriktssjuksköterskeutbildning, övriga hade en sjuksköterskeexamen.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen skedde via intervjuer. Intervjuerna var semistrukturerade. Semistrukturerad intervju används när forskaren vill vara säker på att just deras ämnesområde omfattas. Forskaren vet vad de vill fråga, men har öppna frågor då de inte är säkra på hur svaren kommer att vara (Polit & Beck 2012). Semistrukturerade frågor användes i studien då dessa frågor förväntades leda till oväntade och bredare svar från studiedeltagaren (Kvale & Brinkmann 2014). Inför intervjuerna förbereddes en frågeguide och författarnas uppgift var att få informanten att tala fritt kring ämnet och använda sina egna ord. Frågorna var först generella och smalnade sedan av till att vara mer specifika (Polit & Beck 2012). I den semistrukturerade intervjun har forskaren möjlighet att ändra frågornas form eller ordningsföljd och ställa följdfrågor för att följa upp de svar som studiedeltagarna ger (Kvale

& Brinkmann 2014). I studien ställdes frågor kring sjuksköterskors tillämpning av personcentrerad vård. Frågor såsom deras uppfattning av vad personcentrerad vård innebär, hur de tillämpar personcentrerad vård på sin arbetsplats och vilka eventuella hinder och möjligheter de upplever finns för att utöva en god personcentrerad vård. Följdfrågor kunde vara: Hur menar du då? Kan du berätta mera? Har jag förstått dig rätt när du säger...? Har du något exempel på...? Bakgrundsfrågor ställdes också till sjuksköterskan för att få information om informantens kön, ålder, specialistutbildning ja/nej och erfarenhet som sjuksköterska.

Tillvägagångssätt

Innan studien påbörjades skickades en ansökan till Forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle. Författarna hade en hypotes om att olika kommuner arbetade lite olika gällande ämnesområdet. För att få en något bredare spridning så tillfrågades därför verksamhetschefer i fyra kommuner, i tre olika län om samtycke att sjuksköterskor från deras verksamheter fick delta i studien. Författarna kontaktade verksamhetscheferna via brev med information om studien och en förfrågan om att få genomföra studien i deras verksamhet. Författarna bad verksamhetscheferna om tillåtelse gällande att intervjuerna skedde på sjuksköterskornas arbetstid, om sjuksköterskan valde detta. Samtycke från cheferna skrevs under och sändes åter till författarna. Aktuell chef skickade författarnas förfrågan om att delta i studien, med informationsbrevet inkluderat, till de anställda sjuksköterskorna inom hens enhet. I informationsbrevet beskrevs syftet med studien, att medverkan var frivillig och att deltagarna när som helst kunde avbryta studien utan att uppge skäl till detta. Deltagarna informerades även om att all data hanteras konfidentiellt. För att få ut informationen snabbt ombads verksamhetschefen sprida informationsbrevet till verksamhetens sjuksköterskor via mail. Sjuksköterskor som önskade delta i studien tog kontakt med författarna via mail. Urvalet begränsades i en av kommunerna då intresset om deltagande var större än det tänkta urvalet. Författarna tog då ut inkluderade studiedeltagare genom lottning. De sjuksköterskor som togs ut att delta i studien kontaktades. Intervjuerna skedde mellan 15-23 mars 2016. Varje intervju skedde på en plats som studiedeltagaren valde. Studiedeltagarna ombads välja en lugn miljö med minsta möjliga distraktion (Polit & Beck 2012). Intervjun spelades in med hjälp av en mobiltelefon och en diktafon. Intervjuernas längd varierade mellan 11-50 minuter. Författarna spelade in intervjuerna och transkriberade därefter intervjun ordagrant för att inte riskera att missa något, vilket är risken om intervjuaren endast för anteckningar i samband med intervjun. Den som intervjuade kunde då också helt fokusera på den som intervjuades, lyssna

aktivt och även notera ickeverbal kommunikation såsom kroppsspråk (Kvale & Brinkmann 2014; Polit & Beck 2012).

Totalt gjordes tio intervjuer. Författarna gjorde fem intervjuer var för sig. Detta då författarna bodde så långt ifrån varandra och det var tekniskt inte möjligt att genomföra intervjuerna tillsammans. Intervjun skedde på en tid och plats som deltagarna själv valde.

Dataanalys

Efter intervjuerna transkriberades det inspelade datamaterialet ordagrant. Innehållsanalysen är manifest då texten från det transkriberade materialet användes och ingen tolkning av underliggande mening gjorts. Allt textmaterial lästes igenom flera gånger av båda författarna för att få en övergripande känsla av materialets innehåll. Meningsenheter identifierades i texterna som sedan kondenserades och som vidare mynnade ut i olika koder. Koderna jämfördes med varandra gällande likheter och skillnader och ledde sedan till 15 subkategorier. Dessa subkategorier grupperades sedan till tre övergripande kategorier (Graneheim & Lundman 2004).

Tabell 1: Exempel på analysprocessens olika steg

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Eh, jag försöker alltid möta vårdtagaren, att inte det inte är jag som bestämmer utan vi bestämmer över vården tillsammans, jag och vårdtagaren.	Jag försöker möta vårdtagaren vi bestämmer över vården tillsammans.	Vi bestämmer över vården tillsammans.	Partnerskap	Förutsättningar för en god PCV.
Ja, det finns ju en del med kognitiv svikt och så som har svårt att uttrycka sin vilja.	En del med kognitiv svikt kan ha svårt att uttrycka sin vilja.	Kognitiv svikt kan försvåra.	Försvårande faktorer hos patienten.	Faktorer som försvårar att kunna arbeta personcentrerat.

Forskningsetiska överväganden

Vetenskapsrådet (2016) beskriver fyra huvudkrav inom forskningen. Det är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Författarna informerade chefer och studiedeltagare om studiens syfte och hur den skulle genomföras. Studiedeltagarna informerades om sin rätt att tacka nej till deltagande i studien och att deltagandet var helt frivilligt (Polit och Beck 2012). Författarna bad om deltagarens samtycke att delta i studien. De fick också information om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att behöva ange skäl till detta (Vetenskapsrådet 2016; Polit & Beck 2012). Insamlad data från informanterna beskrivs konfidentiellt i resultatet genom att det inte går att utläsa i resultatet vem som har sagt vad eller var informanten arbetade. Det transkriberade materialet förvarades i två låsta skåp för att förhindra att obehöriga skulle få tillgång till materialet (Kvale & Brinkmann 2014; Polit & Beck 2012; Vetenskapsrådet 2016). I informationsbrevet stod det beskrivet vilka som kunde ta del av materialet. Nyttjandekravet innebär att informationen endast kommer användas i denna studie och inte spridas vidare för andra ändamål (Vetenskapsrådet 2016). Polit och Beck (2012) beskriver att det är viktigt att förutse eventuella risker som det innebär för informanterna att delta. Författarna till denna studie ansåg dock att det inte fanns några större risker för skada, varken fysiskt, emotionellt, socialt eller ekonomiskt då syftet med studien var att beskriva en arbetsmodell. Dock identifierades en risk om att studiedeltagarna eventuellt kunde känna en oro för att bli identifierade eller utpekade. Studiedeltagarna fick därför välja plats för intervjun själv. Intresse om deltagande anmälades direkt till författarna via mail och inte via chefen. Kvale och Brinkmann (2014) råder till att stämma av med deltagaren efter intervjun, när inspelningen är avstängd, hur hen uppfattade intervjusituationen och om några frågor har uppkommit gällande studien. En ansökan om rådgivande yttranden skickades till Forskningsetiska rådet vid högskolan i Gävle.

Resultat

Resultatet presenteras i löpande text och med styrkande citat. Texten delas upp i rubriker som utgörs av resultatets tre huvudkategorier och dess femton underkategorier (tabell 2).

Tabell 2: Resultatets huvudkategorier och subkategorier.

Huvudkategori	Subkategorier
Förutsättningar för en god PCV	Att ha den vi vårdar i fokus Levnadsberättelse Relation till den vi vårdar och dess anhöriga Kontinuitet Partnerskap Sjuksköterskans förhållningssätt Teamarbete Arbete med vårdplaner
Hinder som försvårar att kunna arbeta personcentrerat	Brist på samarbete med patienten Försvårande faktorer hos patienten Tids- och resursbrist Hemtjänstens pressade arbetssituation
Organisationens betydelse	Chefer arbetar för PCV Chefer arbetar inte för PCV Sjuksköterskors behov av utbildning

Förutsättningar för en god PCV

Att ha den vi vårdar i fokus

Sjuksköterskorna beskrev på olika sätt att de i tillämpningen av PCV hade den som vårdas i centrum. De uttryckte det genom att beskriva att de har patienten, kunden, brukaren eller personen i centrum. Vården utfördes individuellt efter patienternas individuella behov. Några sjuksköterskor beskrev att de utgick från patientens behov och önskemål samt att de försökte få patienten involverad i vården. Sjuksköterskorna beskrev att de utgick ifrån att personen är unik och att det var viktigt att se personen bakom alla symtom.

”Eh... att inte fokusera enbart på sjukdom eller kroppsdelar eller diagnoser... utan att se till hela människan. Och se till individens speciella förutsättningar och önskemål och behov och resurser...”

Levnadsberättelse

Några sjuksköterskor beskrev att de involverade personens levnadsberättelse i vården. Någon ansåg att det var lätt att anknyta till händelser som personens varit med om tidigare i livet i hemsjukvården då det ofta fanns foton, tavlor eller föremål i hemmet att anknyta till. De ansåg att det var viktigt att ta vara på personens erfarenheter och tidigare upplevelser **i sin** tillämpning av PCV. En sjuksköterska beskrev att hen dokumenterade levnadsberättelsen i journalen och när hen nästa gång träffar personen så kan hen använda den kunskap hen hade om personen för att underlätta mötet.

”... när jag kommer hem till henne, personen... och jag är rätt nyfiken av mig, så när jag träffar personen första gången vill jag ha lite kött på benen... så det här korta mötet... det kan ju vara olika långt... jag har en förmåga att luska... de berättar mycket och man får reda på mycket och det tar jag med mig i mitt bakhuvud här då... till nästa möte jag har med henne...”

Relation till den vi vårdar och dess anhöriga

Flera av sjuksköterskorna nämnde att de i sin tillämpning av PCV var noga med att skapa en god relation till personen. De försökte att lära känna personen bättre och försöka möta personen där den är.

”... Och det är viktigt att få den här... att det blir en bra connection kan man säga... att man får en bra relation då... för det är den jag har, det är o och o... annars är det väldigt svårt för mig, jag vill gärna ha... om man kan hitta de där guldklimparna i varje person... att de vet, nu kommer XX, henne kan jag lita på... eller hon kör inte över mig och vi har samspråket...”

”... vad man får för relation till varandra har ju också betydelse tror jag... och att man lär känna... alltså lär känna patienten även om man kanske bara är där någon gång eller korta stunder så finns det ju alltid lite utrymme att liksom prata om själva personen så va', vad den tycker om och inte tycker om, vad den har gjort och inte har gjort... så jag tror att just ha personen i fokus och inte kanske patienten... och sen att man tar vara på det här som dom kan och så där, att man uppmuntrar det som dom klarar av...”

Vidare beskrev sjuksköterskorna att det var viktigt att ha en god relation även till anhöriga. Både personen och anhöriga ansågs behöva känna trygghet. Relationen till anhöriga uppgavs vara extra värdefull när personer med kognitiv svikt vårdades eller vid andra tillfällen då

personen själv hade svårt att uttrycka sin vilja, till exempel vid palliativ vård. Den anhöriga beskrevs ofta ha en god kännedom om vad personen hade tyckt eller önskat tidigare i livet och vården planerades då så att det överensstämde med det. Detta underlättade sjuksköterskornas tillämpning av PCV i dessa fall.

”Ja, det finns ju en del med kognitiv svikt och så som kanske har svårt att uttrycka sin vilja i sådana fall får man ta hjälp av anhöriga eller närstående så...”

Kontinuitet

Att arbeta för kontinuitet är något som de flesta sjuksköterskor ansåg viktigt för att kunna tillämpa PCV. De beskrev att det var bra om det var samma sjuksköterskor som kom till personen. Fördelen med kontinuitet upplevdes vara att sjuksköterskan då lärde känna personen och hade då även lättare att se om hens tillstånd förändrats på något sätt, bedömningarna blev enklare att göra. Flera sjuksköterskor upplevde att de var bra på att arbeta för kontinuitet i sin tillämpning av PCV.

En sjuksköterska upplevde att återkommande besök ledde till trygghet för personen och att det i sin tur ledde till att personen inte hörde av sig så ofta som hen tidigare gjort.

”... och då tror jag om jag återkommer, om jag vart idag, om jag kommer om en vecka... och då kan den här damen eller herren hålla sig och ja... dom visste om det kommer någon som kommer om bara tre dagar, då kommer xx... då tar jag det med henne då...”

Om personen visste att sjuksköterskan skulle komma tillbaka vid ett bestämt tillfälle så kunde personen ofta invänta den dagen och ta upp de saker hen funderade på vid det tillfället. En sjuksköterska nämnde att hen hade ansvar för alldeles för många personer, att det hade varit lättare om hen hade ansvarat för färre. Sjuksköterskan upplevde att det betydde mycket att hen besökte de äldre, med jämna mellanrum, även om det inte fanns något speciellt syfte med besöket. Det gav trygghet. En annan sjuksköterska beskrev att hen vid enklare uppgifter, exempel dosettdelning, även kollade av läget, hur personen mårde.

Partnerskap

Att ha ett partnerskap med patienten beskrevs av sjuksköterskorna innebära att personen som vårdas och sjuksköterskan tillsammans planerar vården. En sjuksköterska beskrev att patienten är mer delaktig i sin vård när PCV tillämpades. Sjuksköterskan uppgav att hen ger

råd och information utefter sin kunskap och därefter beslutar, tillsammans med personen om målen för vården. Ibland kunde det dock uppstå konflikter i det som personen önskade och sjuksköterskans kunskap:

”... i våra ögon är det smutsigt och sån't där... att acceptera det på något sätt, hitta en balansgång... var går gränsen med hur mycket vi ska styra upp och liksom låta människor ändå vara i sitt eget och ha sina egna behov... den där gränsdragningen är väl, det är väldigt svårt...”

Några sjuksköterskor beskrev att det också var viktigt att inte bara anpassa vården utan också tiden för besöket så att det passar vårdtagaren. Genom att sjuksköterskorna anpassade vården och tiden efter personens önskemål och inte arbetade slentrianmässigt ledde det till att personens funktioner inte togs ifrån dem så mycket. Flera sjuksköterskor nämnde också att de försökte ha en tydlig information till personen de vårdade. Sjuksköterskorna sa också att de var noga med att göra personerna de vårdade delaktiga i sin vård. Detta gjorde personen trygg i beslutsfattandet.

Att prata med personen hur hen vill ha det den sista tiden är något som flera sjuksköterskor beskrev. Vården i livets slut skulle i möjligaste mån planeras tillsammans med patienten och dess anhöriga.

”... att man får ha sina saker runt omkring sig, man får ha sin katt, man får ha sin hund. Man respekterar också att man faktiskt vill vara ensam, det är inte jättemånga gånger som jag råkat ut för det... men jag har vid några tillfällen under mitt yrkesverksamma liv så har jag varit ute för någon som sagt: Nej, jag vill vara själv, och jag vet att jag kan dö, men jag vill vara själv... ibland är det ett svårare beslut än att sätta in resurser, för det har vi ju lätt att göra... så ibland kanske vi övervårdar...”

Sjuksköterskans förhållningssätt

I intervjuerna så framkom flera förhållningssätt som sjuksköterskorna strävade efter att ha när de tillämpade PCV. Det handlade om att de visade respekt för personen och dess önskemål, till exempel om personen önskade dö ensam som nämndes i förra stycket. Det kunde också handla om att sjuksköterskan värnade om personens integritet och att sjuksköterskorna arbetade för att båda parter skulle vara nöjda när hembesöket var över. Vidare beskrev sjuksköterskorna vikten av att de var helt närvarande i mötet med personen och att de ibland försökte fokusera på andra saker i tillvaron – inte bara det som var dåligt:

”... jag kan komma på mig själv att man bara... hur är det med benet, hur är det med illamåendet, men man frågar inte vad har du gjort i helgen? ... ja, så... bara för att få tankarna på något annat så...”

En sjuksköterska beskrev också att hen hade förhållningssättet att hen är en gäst i patientens hem och att hen fanns där och stöttade personen till hjälp-till-självhjälp:

”Allt är inte omöjligt bara för att man blir gammal, utan de är jätteduktiga, om de bara har vilja... det är bra att hitta den där lilla gnistan...”

Teamarbete

Det var olika hur långt utvecklingen av teamarbete hade kommit i de olika kommunerna.

”Jag har ju börjat med lite teamträffar som vi har, med arbetsterapeuter, sjukgymnast och vi och även från arbetsledarna från hemtjänsten, ibland är det biståndshandläggare med också... det är tänkt att man ska lyfta speciella ärenden så... eh... men sen har vi väl inte kommit igång så jättemycket för det har varit hinder på vägen...”

Någon benämnde samarbetet mellan olika personalgrupper som teamarbete, andra som handledning. Flera personalkategorier var involverade i hemsjukvårdens patienter och syftet med träffarna var att diskutera eller lyfta särskilda ärenden som flera berördes av. Personal som ingick, förutom sjuksköterskan, var hemtjänst, arbetsterapeut och sjukgymnast. Även biståndshandläggare kunde ibland ingå. Det vanliga var att saker togs upp varefter de kom upp, denna kommunikation var vanligast mellan sjuksköterskan och hemtjänsten. En sjuksköterska beskrev att ibland kunde det vara aktuellt att ta experthjälp utifrån, när teamet kände att kunskapen inte räckte till, exempelvis vid sårbehandling eller vid psykiatriska besvär.

”... när man ger den vården, där kan man ju också ta in experter utifrån. Vi kan ju ha patienter som har psykiska problem som vi behöver hjälp av psykiatrisjuksköterska till exempel...”

Arbete med vårdplaner

Att arbeta med vårdplaner skiljde sig också mycket åt i de olika kommunerna. En sjuksköterska beskrev att *”personcentrerad vård är att skriva vårdplaner”*, en sjuksköterska

beskrev att hen alltid skrev vårdplaner och uppgav att det var sjuksköterskan skyldig att göra. Andra beskrev att sjuksköterskorna gjorde det för sällan och att sjuksköterskegruppen behövde bli bättre på att göra det. Vårdplanen uppfattades vara ett bra arbetsverktyg för sjuksköterskor när de skulle tillämpa PCV. Det bästa var om personen som vårdplanen gällde var delaktig i den, men så var det inte alltid:

”Omvårdnadsplanerna får ju patienterna sällan se... jag tror nästan inte att de vet om att vi har omvårdnadsplaner på dom...”

Sjuksköterskorna ansåg att vårdplanerna inte skulle vara standardiserade utan anpassades individuellt utefter personens behov. Vårdplaner skulle hela tiden utvärderas, följas upp och revideras.

I de flesta kommunerna skrevs vårdplaner vid palliativ vård, alltså i livets slutskede. Det ansågs viktigt att personen fick bestämma över sitt döende och död. En sjuksköterska beskrev att de oftast var bättre på att skriva vårdplaner gällande de områden som upplevdes större för sjuksköterskan, men hen ansåg att de behövde bli bättre på att även i de fall när det handlade om mindre problem:

”... jag tänker att jag som sjuksköterska så tänker jag att vi kan bli bättre i det lilla problemet, jag tror att vi är bättre på det i det stora... när det blir något stort, när det blir mycket... eh... för då blir man så mycket mer fokuserad och planerar för mycket mer och gör också vårdplaner tror jag...”

En annan sjuksköterska beskrev att när samarbetet med personen var bra så kunde vården prioriteras efter det som personen ansåg viktigast:

”... hennes behov kanske bara är det här av hela hennes... man kanske inte ska göra för stor affär av det som inte är så stort för henne utan hjälpa med det lilla som hon upplever som störst... att ändra fokus...”

Hinder som försvårar att kunna arbeta personcentrerat.

Brist på samarbete med patienten

Det som försvårade arbetet att kunna tillämpa PCV, som en del sjuksköterskor upplevde, var brist på samarbete med patienten.

”Nej, men om man sätter upp ett mål, vi ska ju göra omvårdnadsplaner till exempel, för det är vi ju skyldiga att göra... eh... men då frågar vi ju inte patienterna vad dom har för mål med behandlingen utan vi utgår mer från vårt perspektiv att vi ska läka det här såret inom en viss tid eller... att de behöver hjälp med läkemedelshanteringen för att de inte klarar det själva så... men vi kanske inte utgår från vad patienterna vill, vi kanske bara tror att vi vet vad dom vill...”

Några sjuksköterskor upplevde att deras arbete med patienterna hade en brist på kontinuitet och ansåg att det behövde förbättras då detta försvårade tillämpningen av PCV:

”... och så tror jag att det här med kontinuitet är viktigt också för att få en liksom personcentrerad vård att det inte är fyra olika som går till patienten samma vecka utan att det kanske är samma, man kanske har två stycken som är ansvariga och... ja... och att det i första hand är dom... det där är vi nog lite dåliga på ibland, kan jag tycka...”

En sjuksköterska beskrev att vid bristande kontinuitet, om det var för många personal kring personen så kunde detta leda till att personen tystnade:

”Jag förstår att de här gubbarna och gummorna tystnar... för om det är någon som man känner igen då vill man berätta mer... och kommer det nya hela tiden då vill man inte... nej...”

En del sjuksköterskor sa att de inte alltid tillfrågade sina patienter vad de ville utan sjuksköterskorna jobbade som de ville. Någon enstaka sjuksköterska uppgav att:

”Levnadsberättelsen används inte inom hemsjukvården.”

Försvårande faktorer hos patienten

Några få sjuksköterskor uttryckte att det kunde vara svårt att tillämpa PCV om patientens krav eller önskemål utgav en hälsorisk. Det var också svårt om det handlade om icke beprövade mediciner eller behandlingar som patienten ville att sjuksköterskan använde på patienten.

”Alltså vi kan ju inte göra vad som helst... om de säger att jag vill att du lägger om mina bensår med vitlök som jag har här... jag är tacksam om du pressar och blandar med olja och lägger det på mina bensår...”

Några sjuksköterskor tyckte det var svårt att tillämpa PCV när patienten hade kognitiv svikt eftersom de också hade svårt att uttrycka sin vilja och sina önskemål. En sjuksköterska upplevde att det var svårt att arbeta personcentrerat när hen mötte personer som inte orkade ta beslut. Dessa personer kände sig trygga i sjuksköterskornas händer och önskade att sjuksköterskan skulle ta beslut för dem.

”Jag var senast hos en dam i dag och vi diskuterade lite med läkarkontakt och hon kunde inte ta något beslut, varken ja eller nej. Om utifall man skulle ta den där läkarkontakten eller inte, hon orkade inte ... eh... och i sådana fall kan det vara lite svårt, men det är klart att man får väl utgå ifrån vad de tidigare har sagt och lite så ”

Tids- och resursbrist

Alla sjuksköterskor upplevde att både tiden och/eller personalbrist utgjorde stora hinder för att kunna tillämpa PCV. Tidschemat var pressat och det mest nödvändiga hanns med och det var då svårt att få till arbetet med enligt PCV i vardagen sa sjuksköterskorna.

”Man åker till hemmet och gör det man ska, insatserna i fokus”

”Ibland har man så mycket så att man rusar... och istället för att låta personen ifråga göra precis det som hon eller han kan så gör man det för at det skall gå snabbt ibland... så gör man mer än vad man behöver...”

Personalbrist var ytterligare ett hinder som många av sjuksköterskorna tog upp, detta försvårade för dem att kunna tillämpa PCV.

”Personalbrist, eh..., sjukskrivningar, ja liksom att få tiden att räcka till och arbeta, vi är inte överanställda här tycker jag utan mer underanställda. Så fort någon är sjuk eller föräldraledig blir det genast att man blir pressad så, ja det blir inte bra, utan man får helt enkelt köra så man hinner med och då blir det att vi, det blir nedprioriterat det här med... [PCV]”

Hemtjänstens pressade situation.

Några sjuksköterskor pratade om att hemtjänstens stressade tidschema även påverkade sjuksköterskornas arbetssituation. Samarbetet med hemtjänsten och hemsjukvården behövde utvecklas för att kunna tillämpa en god PCV för personen.

”Alltså vi har mycket att göra som sjuksköterskor... men hemtjänsten har fruktansvärt mycket att göra... alltså så är det... de springer ju...eh...ibland tänker jag...tänk om man kunde ha lite mer personal att alla inte behövde springa, springa, springa...men som läget är nu, men man säger ju också att det inte finns personal idag, säger man, jag vet ingenting om det”

Sjuksköterskorna ansåg att hemtjänstens genomförandeplaner var en del i PCV, men de upplevde att hemtjänsten inte hann läsa dem då de stressade så emellan sina vårdtagare och skyndade hela tiden.

”Därför ibland kanske man inte läser den... eller förstår du... man kanske inte har möjlighet att titta på den, för den är ju faktiskt... egentligen ska den ju vara ett verktyg för vikarier, för att man ska ge rätt vård och på rätt nivå och allt det där”

Organisationens betydelse

Chefer arbetar inte för en PCV

Några sjuksköterskor upplevde att cheferna inte arbetade för en personcentrerad vård vilket försvårade sjuksköterskornas tillämpning av PCV i sitt dagliga arbete.

”Cheferna vill att vi jobbar personcentrerat, men de är inte tydliga hur vi skall göra”.

Det saknades metoder och riktlinjer på hur arbetet med PCV skall utföras i praktiken, detta gjorde att sjuksköterskorna inte kunde utföra PCV praktiskt i det dagliga vårdarbetet. Några av sjuksköterskorna kände sig vilsna och saknade kunskap om hur de skulle kunna använda PCV i praktiken. Det saknades helt struktur för hur jobbet med PCV skulle utföras. Vissa sjuksköterskor hade uppfattningen att cheferna inte alls arbetade för att implementera PCV. Det pratades aldrig om PCV på chefs eller ledningsnivå. Denna avsaknad av PCV i det dagliga arbetet berodde mycket på avsaknad av stöd från chefer, kunskap saknades och sjuksköterskorna hade inte fått några arbetsverktyg från sina chefer.

”Hur man arbetar med PCV på chefsnivå kan jag inte svara på”

Många sjuksköterskor ansåg att cheferna inte visade någon förståelse för verksamheten och cheferna saknade även förståelsen för hur sjuksköterskornas upplevelse av att ha en tung arbetsbelastning och svårigheterna att kunna tillämpa PCV när tidsschemat var pressat.

”Chefen har sin egen bubbla, de har sin budget, men dom förstår inte ibland hur pressat det kan vara när man har tunga patienter, vårdtunga patienter, det kan vara någon som är sjuk

och de mäter bara resultatet i liksom hur personcentrerat vi jobbar och vårdplaner, tycker jag om man skall vara lite krass”.

Några sjuksköterskor gjorde därför en egen tolkning av vad PCV är då de inte hade kunskap om vad PCV egentligen innebär.

Chefer arbetar för en PCV

Några sjuksköterskor upplevde att cheferna arbetade för en personcentrerad vård.

Vissa sjuksköterskor upplevde att deras chefer till viss del arbetar för en PCV. På en del möten togs det upp av några enstaka chefer att sjuksköterskorna skall ge PCV. Några sjuksköterskor nämnde att deras chef pratade mycket om att de skall skriva vårdplaner i sin tillämpning av PCV.

”Chefen vill att vårdplaner skrivs för att främja personcentrerad vård”

Dessa sjuksköterskor nämnde också att det är tydligt från chefen att patienten skall vara delaktig i sin vårdplan. De sjuksköterskor som hade chefer som aktivt arbetade för en PCV och gav sjuksköterskorna stöttning, påverkade sjuksköterskorna i positiv riktning genom att sjuksköterskorna ofta hade skrivna vårdplaner som deras patienter var delaktiga i.

Sjuksköterskorna behöver utbildning

Många av sjuksköterskorna tog upp behovet av utbildning vad gäller PCV. *”Kan inte själv så mycket om PCV, vill ha utbildning”*. Någon annan sjuksköterska läste själv i tidningen Vårdfokus eller Äldre-tidningen om det som fanns om PCV för att hämta kunskap. De flesta sjuksköterskor efterfrågade kunskap och utbildning i ämnet PCV för att lättare kunna tillämpa PCV i sitt arbete. Några sjuksköterskor hade svårt att beskriva vad PCV är:

”PCV är ju för mig en av dom här omvårdnadsteorierna, liksom det är saker som går igen hela tiden, det kommer tillbaka som sagt... som ungefär samma... men de döper om det lite på vägen... och så tror jag att den personcentrerade omvårdnaden är nog mest inom demensvården... dom har pratat mycket...”

”PCV betyder att jag tar hand om patienten”.

Diskussion

Huvudresultat

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskornas tillämpning av personcentrerad vård inom den kommunala hemsjukvården i vården av personer 65 år och äldre. Analysen mynnade ut i resultatets tre huvudkategorier: Förutsättningar för en god PCV, Hinder som försvårar att kunna arbeta personcentrerat samt Organisationens betydelse. De förutsättningar att tillämpa PCV som beskrevs var att de arbetade för att ha personen eller patienten i fokus och att de försökte skapa en relation till personen och dess anhöriga, bland annat genom att ta reda på personens livsberättelse. Kontinuitet ansågs viktigt för att kunna tillämpa PCV, liksom att ha ett partnerskap med personen. Sjuksköterskorna hade kommit olika långt när det gäller att arbeta med vårdplaner och teamarbetet var inte fullt utvecklat i någon av de inkluderade kommunerna. De hinder som identifierades var att det ibland fanns ett bristande samarbete med personen vilket kunde bero på bristande kontinuitet, ouppnåeliga eller orealistiska önskemål från personen och tidsbrist. Detta försvårade tillämpningen av PCV. Under huvudkategorin Organisationens betydelse beskrivs en brist på organisatorisk ledning i tillämpningen av PCV. En kommun hade direktiv från chefsnivå att de ska arbeta personcentrerat, men saknade riktlinjer och klara redskap gällande hur de ska arbeta vilket försvårade tillämpningen av PCV. De övriga kommunerna hade inte några diskussioner kring ett personcentrerat arbetssätt, varken från chefsnivå eller inom sjuksköterskegruppen. Det fanns också ett behov av utbildning gällande PCV i kommunerna.

Resultatdiskussion

I föreliggande studies resultat beskriver sjuksköterskorna sin tillämpning av PCV inom den kommunala hemsjukvården idag. Att vårda enligt PCV stärker personens KASAM genom att öka personens begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i situationen som hen befinner sig i (Antonovsky 2014).

Sveriges kommuner och landsting har beslutat att kunskap ska spridas till bland annat kommunerna för att implementera ett personcentrerat arbetssätt (SKL 2015).

Implementeringen går långsamt, men har börjat (Ekman et al. 2011). Detta blir även tydligt i föreliggande studies resultat. Sjuksköterskorna har tillsammans beskrivit flera viktiga faktorer

och förutsättningar till en god PCV. Olika sjuksköterskor beskrev olika delar, men ingen uppgav att de tillämpade hela begreppets innebörd i sitt arbete i hemsjukvården idag. McCormack och McCance (2006) beskriver förutsättningar för PCV där bland annat sjuksköterskornas kompetens är viktig, bland annat genom att ha förmåga att involvera personen i vården via god kommunikation och därefter fatta beslut tillsammans med personen. I resultatet till föreliggande studie nämnde sjuksköterskorna hur viktigt det är med att ha ett partnerskap med personen och att hen involveras i vården. Att personen involveras i vården leder till ett starkare KASAM då personen förstår vad som händer och lättare kan hantera sin situation (Antonovsky 2014). Men föreliggande studie visade att beslutsfattandet inte alltid skedde tillsammans med patienten idag när PCV tillämpades, något sjuksköterskorna önskade bli bättre på. Det framkom även att sjuksköterskorna högt värderade att visa personen respekt, bland annat genom att anpassa vården individuellt efter den personen. Detta förutsätter en flexibilitet och engagemang hos sjuksköterskan. I en studie av Smith och Godfrey (2002) beskrev sjuksköterskor liknande tankar: De ville arbeta flexibelt, respektera patientens själv och respektera patientens känslor och värderingar. Sjuksköterskorna beskrev även att patientens behov och önskemål går först och sjuksköterskans uppgift är att se till att det blir så.

Att se personen bakom patienten var något som flera sjuksköterskor beskrev i föreliggande studie, men att involvera livsberättelsen i vården beskrevs inte av lika många. I en svensk studie av Andersson, Willman, Sjöström-Strand och Borglin (2015) beskrevs sjuksköterskornas syn på personcentrerad omvårdnad på en hjärtavdelning. Studien beskriver att sjuksköterskorna försökte lyssna till patientens berättelse och arbetade för att stärka patientens personlighet och känsla av värdighet. Sjuksköterskornas förhållningssätt var att patienten själv är experten på sin kropp och sjukdom.

Flera sjuksköterskor i föreliggande studie beskrev att kontinuitet är en förutsättning för att kunna tillämpa PCV. Zimmerman et al. (2014) beskriver också detta. From, Johansson och Athlin (2009) beskriver i sin studie de äldres syn på kontinuiteten. De äldre värderade detta högt då den ansvariga vårdaren och den äldre fick tid att lära känna varandra genom att kontinuerligt få tid med varandra.

En sjuksköterska i föreliggande studie beskrev att kontinuiteten gjorde att hen fick en relation till personen vilket underlättade tillämpningen av PCV. Hen upplevde att detta ledde till trygghet och att ”onödiga samtal”, då personerna ringde utan att egentligen veta varför de

ringde, minskade. Alharbi et al. (2014) beskriver i sin studie att de personer som erhållit en bristande personcentrerad vård på en sjukhusavdelning kände en svaghet i relationen med sjuksköterskan, hade en större oro över sin sjukdom och hade även svårare att hantera sin sjukdom. Detta innebär att patienter som inte erhåller PCV får en svag KASAM (Antonovsky 2014).

Ingen av sjuksköterskorna i föreliggande studie gav exempel på tillämpning av PCV när det gällde personer med demenssjukdom inom hemsjukvården. Någon nämnde det bara utefter erfarenheter från särskilt boende. I Sverige idag uppskattas nära 150 000 personer ha någon form av demenssjukdom, ungefär hälften av dessa bor i ordinärt boende (Grafström 2013). I en studie utförd i norra Sverige ökade också prevalensen av äldre över 85 år med demenssjukdom 2005-2007 jämfört med åren 2000-2002, med en prevalens på 37.2% jämfört med 26.5% (Mathillas, Lövheim & Gustafson 2011). Några av sjuksköterskorna i föreliggande studie berörde ändå patientgruppen då de nämnde att det kan vara svårt att anpassa vården och arbeta personcentrerat vid kognitiv svikt. De uppgav då att de då tog hjälp av anhöriga för att på bästa möjliga sätt få fram hur personen tidigare har uttryckt ha för önskemål och värderingar. Det är viktigt, menar även From, Johansson och Athlin (2009) som beskriver i sin studie att de äldre kände sig kränkta när vårdgivaren var respektlösa emot dem genom att till exempel bestämma över den äldre och inte tillfråga personen om vad hen behöver och önskar. När den äldre hade svårt att uttrycka vad den ville och önskade, och vårdaren inte ansträngde sig för att få fram vad den äldre önskade upplevdes detta som kränkande och dålig vård från den äldre. I studien av Edvardsson, Varrailhon och Edvardsson (2014) arbetade personalen för att främja de äldre med demenssjukdoms möjligheter till val och främjade ett meningsfullt och behagligt liv. De främjade den äldres personlighet. Detta leder till meningsfullhet vilket enligt Antonovsky (2014) stärker personens KASAM.

Däremot var det flera i föreliggande studie som belyste att det var viktigt att tillämpa PCV i den palliativa vården. Sjuksköterskorna beskrev att vårdplaner skrevs och någon beskrev att personens önskemål gällande döendet och döden måste belysas. Ternstedt, Österlind, Hensch och Andershed (2012) beskriver de 6 S:n som är en utvecklad modell för personcentrerad palliativ vård. Syftet med modellen är att främja delaktigheten i vården samt få ha ett så bra liv som möjligt vid livets slut. Modellen involverar hela personen, de 6 S:n står för självbild, självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, sammanhang och strategier. Denna modell kan mycket väl användas inom vården av äldre inom hemsjukvården. Walshe och Luker (2010) beskriver att sjuksköterskan behöver ge stöd och

trygghet till sin patient. Sjuksköterskan måste få och bygga en bra och stark relation till sin patient och hans anhöriga i den palliativa vården. Relationen mellan sjuksköterskan och den palliativa patienten är den absolut största och viktigaste byggstenen för att kunna uppnå och ge god palliativ vård. Bergdahl, Wikström och Andershed (2007) menar att när sjuksköterskan arbetar med palliativa patienter måste sjuksköterskan visa känsla och lyhördhet till sin patient. Dessa egenskaper är nödvändigt att ha för att veta när sjuksköterskan skall närma sig sin patient och när hen skall låta sin patient vara ifred. Detta framkom även i föreliggande studie då en sjuksköterska beskrev att det är viktigt att låta en person vara ensam vid livets slut, om hen önskar det. Att inte övervårda, utan att respektera personens önskemål. Resultatet i föreliggande studie identifierade även andra hinder som försvårar möjligheten att tillämpa PCV. Det kunde, som tidigare nämnts, röra sig om personer med kognitiv svikt. I andra fall kunde personerna ha en sådan orkeslöshet att de inte längre orkade vara aktiva i besluten kring sin vård. Men om sjuksköterskan sedan tidigare har haft en relation till patienten så har hen säkert en kunskap om personens tidigare åsikter och kan ha dessa i åtanke när vården planeras. Denna relation gör det också möjligt för sjuksköterskan att göra ”det lilla extra” för personen vilket leder till arbetstillfredsställelse enligt en studie av Ross, Tod och Clarke (2014).

Vidare framkom även tidsbristen som ett hinder för att tillämpa PCV, detta var något som de flesta sjuksköterskorna tog upp i föreliggande studie. Detta beskrivs även i andra studier (Rosvik et al. 2011; Kalanowski et al. 2015). Tidsbristen gällde både sjuksköterskorna i hemsjukvården samt hemtjänstens personal. Zimmerman et al. (2014) studerade personcentrerad vård som utförs i hemmet. De menar att tid måste avsättas så att hemtjänsten har chans att lära känna personen som vårdas. From, Johansson och Athlin (2009) beskriver att tiden också upplevdes viktig för de äldre, att vårdaren tog sig tid med den äldre betydde mycket för deras välbefinnande.

Föreliggande studie visade att teamarbetet inom hemsjukvården inte var utvecklat, men upplevdes vara i startgroparna. Det upplevdes av författarna som att tidsbristen även påverkade denna utveckling och samarbetet mellan hemsjukvårdens legitimerade personal och hemtjänsten behöver förbättras i en del kommuner. Carlström, Kvarnström och Sandberg (2013) beskriver att i teamet bör även personen själv vara delaktig på något sätt, detta kan vara viktigt att tänka på när teamarbetet utvecklas i kommunerna. Teamets arbete ska leda till patientnytta, vårdplaner och mål för personen bör planeras i teamet så att alla

personalkategorier arbetar mot ett gemensamt mål som är förenligt med det som personen själv och dess anhöriga önskar. Detta främjar en god PCV.

Nödvändigheten att förändra sjukvården mot ett personcentrat arbetssätt behövs och viljan finns men att göra förändringen är svårt – särskilt när det gäller en förändring i hierarkin, att patienten får en mycket högre makt inom vården (Ekman & Norberg 2013). Denna maktstruktur kan endast förändras om chefer och ledning tar sitt ansvar för att bedriva en organisatorisk och kulturell förändring som främjar att modellen implementeras (Carlström & Ekman 2012).

I de flesta av kommunerna i föreliggande studie fanns inga direkta direktiv från ledningen och det fördes inga diskussioner gällande PCV på sjuksköterskemöten. I en av kommunerna hade sjuksköterskorna uppmanats att arbeta enligt PCV. Dock saknades riktlinjer hur det är tänkt att de ska tillämpa PCV, förutom att skriva vårdplaner. För att ledningen ska kunna arbeta för implementering av PCV så måste de också själva ha en god kunskap om vad PCV innebär. Att utveckla teamarbete och att arbeta med processer för att implementera PCV är något som måste ske på chefsnivå. Scott-Fidley och Estabrooks (2006) menar att sjukvårdsorganisationer ibland har visat sig svåra att förändra.

Kogan, Eilber och Mosqueda (2016) intervjuade chefer på kommunala boenden i USA och det visade sig då att de intervjuade hade olika bild av vad personcentrerad vård var och detta tillsammans med organisatoriska faktorer var ett hinder i implementeringen av PCV.

Vikström et al. (2015) beskriver att organisationens ledning måste ha med utbildning och implementering av PCV i sin budget. Troligtvis behövs extra tid och resurser vid implementeringen av PCV, men effekterna i ett senare skede leder till en bättre och kvalitetssäker vård. I en svensk studie gjord av Olsson, Hansson, Ekman och Karlsson (2009) visade det sig att patientens rehabiliteringstid i samband med en höftfraktur förkortades och blev billigare när patienten erhöll personcentrerad vård. Innebär detta att implementeringen kan ha högre kostnader i början, men sedan leda till båda kostnadseffektiv vård och en vård med högre kvalitet?

I föreliggande studier var de flesta sjuksköterskor grundutbildade. Specialistsjuksköterskor behövs inom äldre vården idag. Edberg et al. (2013) beskriver att PCV är en av de så kallade sex kärnkompetenserna inom specialistsjuksköterskans arbetsområden. Ekman och Norberg (2013) menar att specialistsjuksköterskans kunskap gällande PCV blir en resurs för personen som vårdas, men även för personalen kring personen. Utredare inom Socialstyrelsen menar att

fler specialistsjuksköterskor behövs inom äldreården för att kunna möta det växande behovet av vård inom patientgruppen personer över 80 år (Socialstyrelsen 2012).

Metoddiskussion

Inom kvalitativ forskning används trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet för att bedöma studiens kvalitet (Graneheim & Lundman 2004).

Studiens trovärdighet diskuteras utifrån val av urvalsmetod, datainsamling och analys (Graneheim & Lundman 2004). Urvalets 10 sjuksköterskor utsågs genom bekvämlighetsurval. Urvalsmetoden valdes då det är en effektiv och snabb metod. Enligt Polit och Beck (2012) är inte denna urvalsmetod att rekommendera då det kan leda till att informanterna som anmäler sitt intresse att delta inte alltid är de som är mest rika på information som svarar upp till studiens syfte. Då syftet var att beskriva sjuksköterskornas tillämpning av PCV i hemsjukvården idag så var det av intresse att sjuksköterskor med både större och mindre erfarenhet av PCV i sitt dagliga arbete. Detta gav en rättvis bild av hur situationen ser ut idag. Förfrågan om deltagande skickades till verksamhetschefer inom hemsjukvård där sjuksköterskor som var relevanta att ingå i studien arbetade, detta minimerade risken för icke-relevanta deltagare. Kommunaliseringen av hemsjukvården har skett i flera steg, och för att då få en spridning i resultatet så inkluderades därför flera kommuner representerade från olika län. Informanternas ålder och yrkesverksamma tid skiljde sig också åt, vilket också ger en spridning i resultatet. Detta stärker också trovärdigheten. En kommun hade fler intresserade än tänkt urval och där exkluderades en deltagare genom lottning. Deltagande sjuksköterskor var alla relevanta att delta i studien utifrån de inklusions- och exklusionskriterier som var förutbestämda. En sjuksköterska hade både ett trygghetsboende inom hemsjukvården och ett särskilt boende (demensboende) som arbetsområde. De exempel som hon delgav ifrån särskilt boende exkluderades från studien.

Författarna genomförde fem intervjuer var. Det kan vara en fördel om båda författarna närvarar vid samtliga intervjuer, som intervjuare respektive observatör. Men av geografiska skäl, då författarna bor och arbetar långt ifrån varandra, så utfördes intervjuerna var och en för sig. Deltagarna upplevdes bekväma i intervjusituationen och hade alla valt en avskild plats utan distraktion. Deltagarna beskrev sin tillämpning av PCV idag, ibland hade deltagarna svårt att ge exempel på tillämpning. Risk finns att de ibland beskriver hur det borde vara, istället för hur de verkligen gör. För att vara helt säker borde i så fall en observationsstudie göras som komplement, vilket det inte fanns tid för inom denna studie. Några av intervjuerna var inte så långa, dock ansågs de tillföra tillräckligt med information till studien för att

inkluderas. Författarna transkriberade de intervjuer som de själva utfört. Samtliga intervjuer lästes dock igenom av båda författarna. Författarna träffades sedan fysiskt för att analysera och sammanställa resultatet tillsammans. De identifierade meningsenheterna, kondenseringen och kodningen får inte bli för breda eller för snäva. För att visa hur analysen har gått till, vilket också stärker trovärdigheten, så illustreras en tabell med exempel på hur analysen har gått till under metoddelen (Graneheim & Lundman 2004). Exempel på transkriberade intervjuer samt den genomförda analysen av dessa intervjuer delgavs författarnas handledare. Detta för att kvalitetssäkra analysens genomförande. I sammanställningen återgick författarna tillbaka till det transkriberade materialet för att säkerställa att koden var rätt uppfattad, från rätt sammanhang. Insamlad data ansågs ha nått en mättnad, fler intervjuer tros inte ha gett ytterligare information (Polit & Beck 2012). Studiens trovärdighet berör också hur pass väl resultatet med dess kategorier täcker studiens syfte (Graneheim & Lundman 2004). Författarna anser att relevanta data är inkluderad i studien.

Tillförlitligheten ökar då intervjun, transkriptionen och analysen av resultatet skedde inom ett kortare tidsintervall. Att använda en frågeguide gjorde att frågorna inte ändras mellan intervjuerna. Intervjun var semistrukturerad med möjligheter till följdfrågor, detta ökar också tillförlitligheten (Graneheim & Lundman 2004). Några av de sjuksköterskor som intervjuades var arbetskamrater med författarna, andra träffade författaren för första gången i samband med intervjun. Att deltagarna var arbetskamrater skulle kunna hämma svaren hos deltagarna, att svaren justeras för att passa in. Detta uppfattades inte ske, utan deltagarna kunde delge fritt, både positivt och negativt utan hämning, oavsett om de var arbetskamrater eller inte. De citat som används i resultatet är en spridning mellan deltagarna, detta ökar också tillförlitligheten.

Överförbarheten diskuteras utefter hur väl studiens resultat kan överföras till andra grupper (Graneheim & Lundman 2004). Föreliggande studie har ett urval som inkluderar sjuksköterskor från olika län och kommuner och en variation i ålder och yrkeserfarenhet, detta stärker överförbarheten. Dock är urvalet i föreliggande studie inte så stort, men trots detta upplevdes en datamättnad. Om studien skulle genomföras i en annan del av landet kanske resultatet hade varit ett annat, men författarna anser ändå att föreliggande studies resultat går att överföra till många kommunala verksamheter idag.

Kliniska implikationer för omvårdnad

Föreliggande studie ger en bild av hur kunskapsläget är angående PCV, och hur tillämpningen av PCV ser ut idag inom den kommunala hemsjukvården. Chefer och ledning inom den kommunala hemsjukvården måste få till sig vilka faktorer som påverkar att PCV inte är implementerad överallt inom den kommunala hemsjukvården i Sverige i dag. Studien kan användas av chefer och ledning inom kommunal hemsjukvård för att de skall få en djupare förståelse vilka verktyg som behövs för att kunna implementera PCV fullt ut.

Förslag till fortsatt forskning

Förslag till fortsatt forskning skulle kunna vara att efter implementering av PCV i den kommunala hemsjukvården göra nya studier gällande tillämpning av personcentrerad vård. Det finns även utvecklade instrument som mäter PCV i verksamheten, detta skulle då kunna användas i sådan forskning som komplement till intervjuer.

Slutsats

Ingen av de deltagande kommunerna tillämpade PCV fullt ut idag. Studien visade att det saknades kunskap om vad PCV innebär och hur den skall tillämpas i det dagliga vårdarbetet. Även tids- och resursbrist var faktorer som hindrade sjuksköterskorna att utföra PCV. Sjuksköterskorna tillämpade PCV till största delen på egen hand, då de uppfattade att deras chefer saknade kunskap och medvetenhet om hur de skulle vägleda och stödja sjuksköterskorna i arbetet med att kunna arbeta personcentrerat. Studien visade på att det är ledningen som präglar vilken vård som ges till dem som vårdades. En ledning som guidar, stöttar och ger förutsättningar till sina sjuksköterskor för att de skall kunna tillämpa PCV är den största förutsättningen för att PCV skall kunna implementeras inom den kommunala hemsjukvården. Det borde vara en rättighet för alla dem som vårdas att få PCV.

Referenser

Alharbi, T.S.J., Carlström, E., Ekman, I., Jameborn, A. & Olsson, J-E. (2014). Experiences of person-centred care – Patients' perception: Qualitative study. *BMC Nursing*, 13(28), ss. 1-9.

Andersson, W., Willman, A., Sjöström-Strand, A. & Borglin, G.(2015). Registered nurses' descriptions of caring: A phenomenographic interview study. *BMC Nursing*, 14(16), ss. 1-10. DOI: 10.1186/s12912-015-0067-9.

Antonovsky, Aaron. (2014) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Beck-Friis, B. & Jakobsson, M. (2013) Hemsjukvård- också i livets slutskede. I Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.) *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber AB, ss. 169-177.

Bergdahl, E., Wikström, B. & Andershed, B. (2007) Esthetic abilities: a way to describe abilities of expert nurses in palliative home care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, ss. 752-760.

Broderick, C. & Coffey, A. (2012). Person-centered care in nursing documentation. *International Journal of Older People Nursing*, 8, ss. 309-318. DOI: 10.1111/opn.12012.

Buckley, C., McCormack, B. & Ryan, A. (2013). Valuing narrative in the care of older people: A framework of narrative practice for older adult residential care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 23, ss. 2565-2577. DOI: 10.1111/jocn.12472.

Butterworth, C. (2012). How to achieve a person-centred writing style in care plans. *Nursing older people*, 24(8), ss. 21-26.

Bökberg, C. & Drevenholm, E. (2010). Omvårdnad av vuxna och äldre. I Drevenhorn, E. (red.) *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 91-105.

Carlström, E.D. & Ekman, I.(2012). Organisational culture and change: Implementing person-centred care. *Journal of Health Organization and Management*, 26(2), ss. 175-191.

Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur, ss. 63-101.

Dehlin, O. & Rundgren, Å.(2014). *Geriatrik*. Lund: Studentlitteratur.

- Edberg, A.K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå - Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., McAuliffe, L., Nay, R. & Chenco, C. (2011). Job satisfaction amongst aged care staff: Exploring the influence of person-centered care provision. *International psychogeriatrics*, 23(8), ss. 1205-1212. DOI: 10.1017/S1041610211000159.
- Edvardsson, D., Sandman, P.O. & Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centred care of people with dementia in residential aged care: Effects on perceived person-centredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26(7), ss. 1171-1179. DOI: 10.1017/S1041610214000258.
- Edvardsson, D., Varrailhon, P. & Edvardsson, K. (2014). Promoting Person-Centeredness in Long-Term Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(4), ss. 46-53.
- Edvardsson, D., Winblad, B. & Sandman, P.O. (2008). Personcentred care of people with severe Alzheimers disease: Current status and ways forward. *Lancet Neurology*, 7, ss. 362-367.
- Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur, ss. 29-61.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care- Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, ss. 248-251.
- Ekman, I. (Red). (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård, från filosofi till praktik omvårdnad i teori och praktik*. Stockholm: Liber.
- From, I., Johansson, I. & Athlin, E. (2009). The meaning of good and bad care in the community care: Older peoples lived experiences. *International Journal of Older people Nursing*, 4, ss. 156-165. DOI: 10.1111/j.1748-3743.2008.00156.x.

Centrum för personcentrerad vård (GPCC) (2016). Hämtad från <http://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld> den 29 januari 2016.

Grafström, M. (2013). Stöd till anhöriga. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. (red.) *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber, ss. 251-274.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, ss. 105 -112. DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001.

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

Josefsson, K.(2010). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I Drevenhorn, E. (Red.) *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 15-28.

Kogan, A.C., Wilber, K. & Mosqueda, L. (2016). Moving towards implementation of person-centred care for older adults in community-based medical and social service settings: "You only get things done when working in concert with clients". *Journal of American Geriatric Society*, 64(1), ss. 8-14. DOI: 10.1111/jgs.13876.

Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Penrod, J., Hill, N. & Yevchak, A.(2015). "Wish we would have known that!" Communication breakdown impedes person-centred care. *The Gerontologist*, 55(1), ss. 50-60. DOI: 10.1093/geront/gnv014.

Kvale, S. & Brinkmann, S.(2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lindström Kjellberg, I. & Hök, J. (2014) *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.

Mathillas, J., Lövheim, H. & Gustafson, Y. (2011). Increasing prevalence of dementia among very old people. *Age and Ageing*, 40, ss. 243-249. DOI: 10.1093/ageing/afq173.

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

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

- McKeown, J., Clarke, A., Ingelton, C., Ryan, T. & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centered care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), ss. 148-158.
- Melin-Johansson, C.(2010). Kvalificerad vård i hemmet. I Drevenhorn, E. (red.) *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 133-138.
- Mork Rokstad, A.M., Vatne, S., Engedal, K. & Selbaek, G. (2015). The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: A study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management*, 23(1), ss. 15–26.
- Olsson, L-E., Hansson, E., Ekman, I. & Karlsson, J. (2009). A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), ss. 1626-1635.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research – Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pope, T. (2012). How person-centred care can improve nurses' attitudes to hospitalised older people. *Nursing older people*, 24(1), ss. 32-36.
- Ross, H., Tod, A.M. & Clarke, A. (2014). Understanding and achieving person-centred care: The nurse perspective. *Journal of Clinical nursing*, 24, ss. 1223-1233. DOI: 10.1111/jocn.12662.
- Rosvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D. & Kirkevold, O. (2011). A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: A qualitative evaluative study. *International Journal of Older People Nursing*, 6, ss. 227-236. DOI: 10.1111/j.1748-3743.2011.00290.x.
- Santamäki Fischer, R. (2013). Att samla in och använda livsberättelser-teorier och metoder. I Edvardsson, D. (red.) *Personcentrerad Omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, ss. 39-48.
- Scott-Fidley, S. & Estabrooks, C.A. (2006). Mapping the organizational culture research in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), ss. 498-513.
- SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/ den 22 januari 2016.

- Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2015). Hämtad från <http://skl.se/download/18.85439e61506cc4d3a2765a5/1445863105802/Motion+61+Personcentrerad+v%C3%A5rd.pdf> den 26 januari 2016.
- Socialstyrelsen (2012). *Allt färre sjuksköterskor har specialistkompetens*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012oktober/alltfarresjukskoterskorharspecialistkompetens> den 9 maj 2016.
- Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf den 20 mars 2016.
- Socialstyrelsen (2006). *Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_200610391.pdf den 3 februari 2016.
- Statens offentliga utredningar (2011). *Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55)*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/contentassets/1bb6a8565d0c40959035a1fa8106ef7b/kommunaliserad-hemsjukvard-sou-201155> den 20 april 2016.
- Smith, K.V. & Godfrey, N.S.(2002). Being a good nurse and doing the right thing: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 9(3), ss. 301-312. DOI: 10.1191/0969733002ne512oa.
- Ternstedt, B-M., Österlind, J., Henock, I. & Andeshed, B. (2012). *De 6 S:n – En modell för personcentrerad palliativ vård*. Studentlitteratur: Lund.
- Vetenskapsrådet (2016). *Forskningsetiska principer*. Hämtad från www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf den 22 januari 2016.
- Vikström, S., Sandman, P-O., Sternwall, E., Boström, A-M., Saarnio, L., Kindblom, K., Edvardsson, D. & Borell, L.(2015). A model for implementing guidelines for person-centred care in a nursing home setting. *International psychogeriatrics*, 27(1), ss. 49-59. DOI: 10.1017/S1041610214001598.
- Walshe, C. & Luker , KA. (2010). District nurses´ role in palliative care provision: A realist review. *International Journal of Nursing Studies*, 47, ss. 1167-1183.

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(3), ss. 547-552.

Zimmerman, S., Love, K., Cohen, L.W., Pinkowitz, J. & Nyrop, A. (2014). Person-centredness in home- and community-based services and supports: Domains, attributes and assisted living indicators. *Clinical Gerontologist*, 37, ss. 429-445. DOI: 10.1080/07317115.2014.937548.