



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
FAKULTETEN FÖR  
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

# **UNDERSKÖTERSANS PERSPEKTIV AV SJUKSKÖTERSKAN I OMVÅRDNADEN AV PERSONER MED DEMENSSJUKDOM**

– EN INTERVJUSTUDIE

NINA JÖNSSON  
MIKAEL GIORGETTI

Examensarbete för magisterarbete  
15hp  
Specialistsjuksköterskeprogrammet med  
Inriktning mot vård av äldre  
Maj 2016

Malmö högskola  
Hälsa och samhälle  
205 06 Malmö

# **UNDERSKÖTERSANS PERSPEKTIV AV SJKSKÖTERSKAN I OMVÅRDNADEN AV PERSONER MED DEMENSSJUKDOM**

– EN INTERVJUSTUDIE

NINA JÖNSSON  
MIKAEL GIORGETTI

Jönsson, N & Giorgetti, M. Undersköterskans perspektiv av sjuksköterskan i omvårdnaden av personer med demenssjukdom - en intervjustudie.  
*Examensarbete för magisteruppsats 15 högskolepoäng.* Malmö högskola:  
Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för Vårdvetenskap, 2016.

*Introduktion:* Studier visar att sjuksköterskans kompetens och närvaro i omvårdnaden, tillsammans med ett fungerande teamarbete är viktiga faktorer för omvårdnadens kvalitet. Trots vetskapen om detta distanserar sig sjuksköterskan och rollen som att vara den som systematiskt leder, fördelar och samordnar vårdarbetet i teamet är diffus och oklar. *Syfte:* Syftet med studien var att belysa undersköterskans perspektiv på sjuksköterskan i omvårdnaden av äldre personer med demenssjukdom. *Metod:* Tolv semistrukturerade intervjuer genomfördes och analyserades med inspiration av Graneheim och Lundman med grund från Krippendorff. Intervjuerna ägde rum på särskilt boende (SÄBO). *Resultat:* Det framkom i resultatet att sjuksköterskan kan fylla en viktig funktion genom att vara den som ger råd, stöd och fattar beslut om omvårdnadsåtgärder. Samtidigt visade det sig att synen på sjuksköterskan som omvårdnadsledare snarare var att hon eller han möjligen var en i teamet och att det egentligen var undersköterskorna själva som ledde, fördelade och samordnade vårdarbetet. *Kliniska slutsatser:* Båda författarna har genom detta arbete fått en ökad kunskap om vikten av en närvarande sjuksköterska i omvårdnaden av personer med demenssjukdom och en ökad förståelse för undersköterskorna. Det finns ett behov av att tydliggöra omvårdnaden på särskilt boende, stärka teamarbetet och få hela vård- och omsorgsorganisationen att förstå vikten av ökad kvalitet på den vård som erbjuds.

*Nyckelord:* ledarskap, omvårdnadspersonal, perspektiv, sjuksköterska, teamarbete,

# **THE NURSE ASSISTANTS' POINT OF VIEW OF THE NURSE IN THE CARE OF PEOPLE WITH DEMENTIA**

- AN INTERVIEW STUDY

NINA JÖNSSON  
MIKAEL GIORGETTI

Jönsson, N & Giorgetti, M. The nurse assistants' point of view of the nurse in the care of people with dementia - an interview study. *Degree project in nursing 15 credit points, advanced level*. Malmö University: Faculty of Health and Society, The Department of Care Science, 2016.

*Introduction:* Studies show that the registered nurse's expertise and presence in health care, along with a functioning team work, play a major role in the outcome of nursing quality. Despite knowing this, the registered nurse distances him/herself and therefore the role as the one who systematically leads, distributes and coordinates the care work within the team is diffuse and unclear. *Aim:* The purpose of this study was to elucidate the nurse assistants' perspective on the registered nurse in the care for elderly people with dementia. *Method:* Twelve semi-structured interviews were conducted inspired by Graneheim and Lundmann's method of content analysis on the basis of Krippendorff. The interviews were conducted in special housing for elderly people with dementia. *Result:* The results show that the registered nurse can provide an important function by being the one who gives advice, supports, and makes decisions on patient care. At the same time, the results also show that the perception of nurse care managers was that he or she is possibly part of the team but that it is actually the nurse assistants themselves who lead, distribute and coordinates the nursing care. *Conclusion:* Both authors have through this work received a greater knowledge of the importance that the registered nurse is present in the care of people with dementia living in special accommodation for elderly and an increased understanding of the nurse assistants. There is a need to clarify the care, to strength the team work and get the whole health and social care organization to understand the importance of enhancing the quality of the care they offer.

*Keywords:* leadership, nurse assistant, point of view, registered nurse, teamwork

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRAKT SVENSKA	3
ABSTRAKT ENGELSKA	5
INTRODUKTION	7
BAKGRUND	7
Sjuksköterskans funktion	7
Omvårdnadspersonal	9
Demenssjukdom	10
Personcentrerad omvårdnad för personer med demenssjukdom	11
SYFTE OCH METOD	13
Metod	13
Kontext	13
Urval och rekrytering	14
Datainsamling	14
Dataanalys	15
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	16
RESULTAT	17
Osynlig ”doer” med otydlig ledarroll	17
Medicinskt & administrativt ansvarig	18
Huvudansvar men otydlig ledarroll	18
Sjuksköterskan saknas i kliniskt omvårdnadsarbete	19
Sjuksköterskan som en bärande beståndsdel i teamet	20
Någon i teamet	20
Någon som lyssnar	21
Någon som finns nära och är tillgänglig	21
Någon som ger stöd och handledning	23
Någon som löser problem och fattar beslut	24
Någon som utgör en barriär för samarbete	24
METODDISKUSSION	26
RESULTATDISKUSSION	29
KLINISKA OCH METODOLOGISKA SLUTSATSER	32
SJÄLVSTÄNDIGHET	33
REFERENSER	34
BILAGOR	39

# INTRODUKTION

Studier som beskriver sjuksköterskan i omvårdnaden av personer med demenssjukdom är få, särskilt från ett svensk kontext. Med ökade krav, från bland annat Socialstyrelsen ställs det krav på omvårdnadspersonalens kunskaper i relation till personer med demenssjukdom och att det finns ett väl fungerande teamarbete. Både sjuksköterskans kompetens och ett välfungerande teamarbete är viktiga för kvaliteten i omvårdnaden. Problemet idag ter sig vara att sjuksköterskans funktion på särskilt boende (SÄBO), inte är helt tydlig och att samarbetet med undersköterskorna behöver stärkas. I kompetensbeskrivningen av specialistsjuksköterska för vård av äldre är det sjuksköterskans ansvar att utifrån den äldre personen systematiskt leda, fördela, prioritera och samordna vårdarbetet i teamet samt att initiera och utveckla omvårdnadsarbetet. Således är det av vikt som kommande specialistsjuksköterska att ha kunskap om hur undersköterskorna upplever och beskriver sjuksköterskans roll och funktion eftersom undersköterskan är den som har den närmsta kontakten med vårdtagaren.

## BAKGRUND

Nedan kommer vissa nyckelbegrepp som sjuksköterskans funktion, omvårdnadspersonal, omvårdnad för personer med demenssjukdom samt demenssjukdom att beskrivas.

### Sjuksköterskans funktion

Sjuksköterskans funktion i omvårdnaden ter sig inte vara helt tydlig på SÄBO trots att ett tydligt ledarskap i teamet tillsammans med en närvarande sjuksköterska har en positiv effekt på omvårdnaden.

I en intervjustudie av Karlsson m.fl., (2008) där tio undersköterskor på SÄBO deltog om vilka föreställningar de hade om sjuksköterskans roll, framkom det att undersköterskorna ser sjuksköterskan som den viktigaste rollen runt den äldre personen och jämför den ibland med en chefsroll. Sjuksköterskan förväntas både vara jämställd i relationen till undersköterskan men samtidigt vara auktoritär och fatta beslut som rör omvårdnaden (a a). Sjuksköterskan på SÄBO har visat sig ha mycket av en koordinerande funktion men samtidigt beskrivs sjuksköterskan som en dirigent som bör ha kunskaper om flera funktioner såsom arbetsledning, klinisk verksamhet, utbildning samt bör även ha ett etiskt förhållningssätt (Bedin m.fl., 2012). Specialistsjuksköterskan har enligt Donald m.fl., (2013) påvisats vara effektiv vad gäller utbildning, konsultation och insatser för att förbättra omvårdnadsresultaten. Denna studie kunde dock inte fastställa på vilket sätt det var önskvärt att sjuksköterskan skulle verka; direkt i vården, som utbildare, eller ha en konsultativ funktion (a a). I en litteraturoversikt av Dellifield m.fl., (2014) visade resultatet att närvaron av sjuksköterskor i omvårdnaden bland annat ledde till ett minskat antal onödiga transporter till sjukhus, en minskning av antalet tvångsåtgärder samt ett minskat antal felbehandlingar av personer med demenssjukdom (a a). Internationella studier visar även att närvaron av sjuksköterskor i det kliniska arbetet leder till kortare vårdtider och en minskad dödlighet hos vårdtagare (Aiken m.fl., 2014). Vidare visar en systematisk litteraturoversikt av Donald m.fl. (2013) att närvaron av advanced practice nurse minskar antalet fall av depression, urininkontinens, trycksår, tvångsåtgärder och

utåtagerat beteende samt även minskade affektiva problem hos personer med nedsatt kognitiv förmåga. Detta resultat påvisades utan att mer personal behövde anställas eller ökat användande av psykofarmaka (a a).

Internationella studier har dock visat att sjuksköterskan på SÄBO fått mer administrativa uppgifter istället för direkt omvårdnadsarbete (Jeon m.fl. 2010; Bedin m.fl., 2012). Detta bekräftas också i svenska studier och vidare har rollen som omvårdnadsansvarig sjuksköterska blivit mer konsultativ och uppgiftsfokuserad (Beck m.fl., 2010, Josefsson, 2006). Tid för att bygga relationer, både med vårdtagare och personal har även minskat (Bedin m.fl., 2012). I en systematisk litteraturöversikt av Dwyer (2011) undersöktes sjuksköterskans erfarenheter av rollen som ledare av omvårdnaden på SÄBO. I denna framkom bland annat att sjuksköterskor känner ett starkt engagemang för sitt arbete och att det finns en vilja att utvecklas i sitt yrke (a a).

Trots detta kan sjuksköterskan uppleva sin roll som kluven. Frustration väcks när riktlinjerna för sjuksköterskans ansvar i omvårdnaden är otydliga, gränser för specifik och basal omvårdnad är otydliga och sjuksköterskan förväntas vara ”överallt och kunna allt”. Även om inte sjuksköterskan har en formell chefsposition är hen till sin funktion ledare. Det krävs både att sjuksköterskan ska acceptera sin ledarroll men också att organisationen erkänner och accepterar sjuksköterskans ledarfunktion (Karlsson m.fl., 2009). I en systematisk litteraturöversikt av Wong m.fl., (2013) undersöktes förhållandet mellan sjuksköterskans ledarskap och vårdtagarnas behandlingsresultat. Resultatet visade ett positivt samband mellan sjuksköterskans funktion som ledare av omvårdnaden och en förbättrad vårdkvalitet. Ett tydligt ledarskap från en sjuksköterska som stöttar, motiverar och ger positiv och konstruktiv feedback samt har en förståelse för den enskilda medarbetaren tenderar bland annat att minska tvångsåtgärder och beteendestörningar (a a). Ledande sjuksköterskor som är lyhörda i sin ledarstil skapar förutsättningar för en ökad motivation för medarbetarna. Karaktäristika som speglar en god ledare som tenderar att skapa positiva utfall för personal och vårdtagare är att vara ärlig, att lyssna, att ge motivation och att stödja (Pearsson m.fl, 2007). Vidare genererar också ett tydligt och stabilt ledarskap ett starkt team vilket har visat sig vara positivt. När olika SÄBO jämfördes med varandra var det de SÄBO som hade ett starkt, stabilt ledarskap som genererade ett gott samarbete och teamarbete som lyckades bäst med vårdplaner och högre vårdkvalitet (Jeon, m.fl., 2010).

Ett team innebär att olika professioner med olika kunskaper arbetar gemensamt för att uppnå det bästa för patienten (Carlström m.fl.2013). God kommunikativ förmåga anses vara en viktig del för ett effektivt arbete och en trivsamt arbetsmiljö. En ledare som kommunicerar väl och involverar teamet i beslutsfattande, bidrar till en förbättrad arbetsmiljö (a a). Sjuksköterskan anses vara den centrala punkten för att kedjan för kommunikation ska fungera (Bedin, 2012). Dock är det avgörande att känna till teamets möjligheter och roller oavsett ledarskap. Teamet kan vara omoget, moget eller övermoget. Ett omoget team känner varandra dåligt och har en begränsad förmåga att kunna samarbeta. I ett moget team är däremot medlemmarna välkända för varandra och möjligheterna till att samarbeta är stora, vidare finns det en gemensam värdegrund. Nya kunskaper har möjligheter att omsättas och positiv anda råder. I det övermogna teamet har det inte skett någon omsättning på personal alls och dominanta personer i teamet känner en motvilja inför förändringar och förbättringsarbeten (Carlström m.fl., 2013). Svensk sjuksköterskeförening, (2015) beskriver att det



krävs en decentralisering av svensk vård och omsorg där sjuksköterskan tillsammans med de övriga i teamet löser problem och gemensamt förbättrar omvårdnadens kvalitet. Det krävs ett informationsflöde genom hela organisationen, både mellan sjuksköterskor och ledning samt mellan sjuksköterskor och övrig personal (SSF, 2015).

Således, är det som just ovan beskrivits en avgörande faktor att sjuksköterskan är en ledare av omvårdnaden. Specialistsjuksköterska för vård av äldre har en ansvarskrävande uppgift i att förbättra och leda omvårdnaden både i samarbete och samverkan med undersköterskor och övriga professioner. Framförallt krävs ett tydligt och synligt ledarskap för omvårdnadspersonalen som arbetar närmast personer med demenssjukdom.

### **Omvårdnadspersonal**

Sjuksköterskans stöd, råd och handledning upplevs som viktiga för omvårdnadspersonalen. Trots detta fungerar inte deras samarbete optimalt. Undersköterskor inom kommunens vård och omsorg benämns ofta som vårdbiträden, omvårdnadspersonal eller undersköterskor. De utför flera olika arbetsuppgifter såsom omsorgsuppgifter, sociala uppgifter, hushållsuppgifter, medicinska uppgifter och administrativa uppgifter (Socialstyrelsen, 2006). I samband med gymnasiereformen år 1991 förändrades omvårdnadsutbildningen från en yrkesutbildning till en yrkesförberedande utbildning (Socialstyrelsen, 2006). Av ovanstående kvarstår idag vård- och omsorgsprogrammet vilket kan leda till arbete inom hälso- och sjukvård samt inom socialtjänst (Skolverket, 2016). För att få anställning som vårdbiträde krävs ingen formell utbildning (Socialstyrelsen, 2011). För att få anställning som undersköterska krävs det att personen har genomgått vård- och omsorgsprogrammet eller motsvarande. Då både socialtjänst och hälso- och sjukvård faller under samma tak (Socialstyrelsen, 2006) kan eventuellt begrepp som omsorg och omvårdnad bli förvirrande. Dock ska patientens behov och förutsättningar avgöra vilken lagstiftning som ska tillämpas (a a).

Studier inom vård i livets slutskede på SÄBO har visat att sjuksköterskan inte alltid varit närvarande i omvårdnaden vilket lett till att undersköterskorna känt sig utelämnade (Beck m.fl., 2011, Smedman m.fl., 2015). Framförallt vikarier med liten erfarenhet från vård- och omsorgsarbete uppskattade stöd och råd från sjuksköterskan (Karlsson, 2008; Drageset m.fl., 2015; Smedman m.fl., 2015). I omvårdnaden av personer med demenssjukdom tenderade en närvarande sjuksköterska skapa förutsättningar för ett gott omhändertagande av utåtagerande vårdtagare. Vidare ledde ett arbetsklimat som var vårdande och stöttande till en bättre förmåga hos undersköterskorna att hantera dessa beteenden (Skovdahl m.fl., 2004). Vidare, i en kvalitativ studie mellan olika undersköterskegrupper visade det sig att i situationer där sjuksköterskan inte var närvarande för att kunna stötta, handleda och uppmuntra till reflektion upplevde undersköterskorna frustration över detta. Detta ledde troligtvis till sämre förmåga att omvårda personer med aggressivt beteende (Skovdahl, 2003). I en kvalitativ studie av Furåker och Nilsson, (2010) framkom det vidare att undersköterskor ofta handlade utifrån rutiner, personliga egenskaper och erfarenhet i omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Det saknades teoretiska kunskaper vilket ledde till att undersköterskor ofta vårdade personer med demenssjukdom utifrån ett perspektiv såsom de själva hade velat bli vårdade (a a). I en svensk intervjustudie som undersökte aktuell demensvård med fokus på ledarskap visade det sig att ett

tydligare ledarskap från sjuksköterskan och fördjupade kunskaper inom demens efterfrågades av omvårdnadspersonal på SÄBO (Albinsson & Strang, 2002). Karlsson, (2008) beskriver i sin intervjustudie att undersköterskorna själva ser sig som självständiga i sin yrkesroll men behöver ett samarbete med sjuksköterskan där en ömsesidig respekt för varandras kunskaper råder (a a).

Samarbetet med sjuksköterskan har dock visat sig ske på konsultbasis där sjuksköterskan kommer för att bedöma specifika tillstånd, delta i möten, ronder eller dylikt. Sjuksköterskan delegerar därför ut vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till undersköterskorna som inte alltid uppskattar detta (Furåker & Nilsson, 2010). Samtidigt visade en studie av Karlsson, (2008) att arbetsuppgifter som undersköterskorna ansåg sig vara kompetenta att utföra togs över av sjuksköterskan vilket skapade en känsla av att sjuksköterskan inte litade på dem (a a). Vidare har det visat sig i studier att undersköterskor och sjuksköterskor inte alltid var överens om åtgärder som sjuksköterskan och läkaren tagit. Detta kunde både bero på att sjuksköterskan och läkaren inte kände vårdtagaren tillräckligt väl för att avgöra bästa åtgärd (Dwyer m.fl., 2010) och dels på att undersköterskorna inte medverkade vid ronderna. Detta kunde vara frustrerande eftersom de upplevde att de var vårdtagarens advokat och att de hade en djupare relation till vårdtagaren jämfört med sjuksköterskan (Albinsson och Strang, 2002). Undersköterskorna kunde också känna frustration över att sjuksköterskan inte gjorde någonting om läkaren dröjde eller inte fattade beslut i vissa situationer (Bedin m.fl., 2012).

Följaktligen finns det ett behov av att stärka samarbetet mellan sjuksköterskan och undersköterskan. Specialistsjuksköterskan för vård av äldre har en viktig funktion i att handleda och stödja undersköterskorna som arbetar hos personer med demenssjukdom. Barriärer för ett gott samarbete bör elimineras. Således är ett välfungerande team samt kunskaper specifikt för demenssjukdom basen för en god omvårdnad.

### **Demenssjukdom**

Ett ökat krav på utredning för demenssjukdom föreligger men trots detta blir inte alla med misstänkt demenssjukdom utredda. Ökningen av den åldrande befolkningen leder till att personer med demenssjukdom blir fler vilket kommer att ställa krav på vården i framtiden, både när det gäller kompetens och rekrytering av personal. För en optimal och individanpassad omvårdnad bör en demensdiagnos antingen bekräftas eller avfärdas.

Efter 65 års ålder fördubblas antalet personer med demenssjukdom vart femte år och hälften av alla 90-åringar är drabbade (Basun m.fl., 2013). I Sverige finns det ungefär 160 000 personer med demenssjukdom och varje år insjuknar 25 000 personer (Socialstyrelsen, 2014). Det finns flera olika demenssjukdomar och Socialstyrelsen (2010) rekommenderar att personer med misstanke om demenssjukdom ska utredas. Inte minst för att vissa av sjukdomarna kan medicineras men också för att specifika demenssjukdomar kräver särskilt omhändertagande. Det är också väsentligt att kunna ge all tillgänglig information om demenssjukdomen för att kunna stödja både personen med demenssjukdom och anhöriga (a a). Den diagnostiska manualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) utkom med nummer fem i svensk översättning hösten 2014. I denna utgåva har begreppet demens tagits bort till förmån för neurokognitiv svikt (a a). Dock kommer begreppet demenssjukdom att användas i

denna studie eftersom detta fortfarande är det mest vedertagna begreppet för de olika sjukdomarna som innefattas av demens, trots att det ur ett diagnostiskt perspektiv inte längre existerar (Basun, 2013; Socialstyrelsen, 2014).

Gemensamt för dessa är att sjukdomen avser ett förvärvat och långvarigt kliniskt tillstånd som förvärras med tiden (Socialstyrelsen, 2010) och demens är mer än bara glömska. Vissa personer blir personlighetsförändrade med bristande insikt och försämrat omdöme, hämningslöshet, aggressivitet, känslomässig avtrubning och brist på empati. Dessa kallas primära symtom och bestäms av lokalisation av skadan i hjärnan och svårighetsgraden av denna. Övriga psykiatriska symtom och tecken som ångest, depression, misstänksamhet, vanföreställningar och tvångsmässiga beteende är mer relaterade till patientens reaktioner på brister i den egna mentala förmågan (SBU, 2006). Beteendestörningar är den främsta orsaken till att personer med demenssjukdom flyttar till ett särskilt boende (Socialstyrelsen, 2010). Med särskilt boende för äldre avses i detta examensarbete särskilda boendeformer för äldre. Begreppet förkortas i texten SÄBO (Socialtjänstlag, 2001:453). Socialstyrelsen (2010) använder benämningen blandat boende, där personer med demenssjukdom bor tillsammans med andra personer och särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom där personer med demenssjukdom bor (a a). Trots att antalet SÄBO specifikt anpassat för personer med demenssjukdom ökat, bor majoriteten fortfarande på blandat boende (Socialdepartementet, 2003).

Utvärdering av de nationella riktlinjerna från 2010 visar att färre än varannan patient blir utredd för misstänkt demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2014). En enkätundersökning från Socialdepartementet (2003) visade till en början att alla personer på SÄBO specifikt anpassat för personer med demenssjukdom hade en demensdiagnos. Dock visade det sig vid en mer djupgående utredning att endast 75-80% av vårdtagarna hade en demensdiagnos. Detta trots att det föreligger krav på diagnos för att plats ska beviljas (a a). Ställd diagnos blir grunden för det vidare omhändertagande (Socialstyrelsen, 2010). En förutsättning för optimal behandling och omhändertagande av personer med demenssjukdom är att det föreligger en diagnos. Bristande följsamhet till nationella riktlinjer kan ha olika anledningar men enligt kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska för vård av äldre (2012) ska denne ha kunskaper om de nationella riktlinjerna och bidra till följsamhet av detta.

Följsamhet till de nationella riktlinjerna vid demenssjukdom bör således specialistsjuksköterskan för vård av äldre uppmuntra till. Dagens nationella riktlinjer rekommenderar att omvårdnaden ska bygga på ett personcentrerat förhållningssätt.

### **Personcentrerad omvårdnad för personer med demenssjukdom**

Den omvårdnad som ska bedrivas för personer med demenssjukdom ska utgå från personcentrering vilket innebär att det är personen bakom diagnosen som är i fokus. Dock kan det i praxis finnas svårigheter, såväl hos den enskilda individen och i teamet som i organisationen, vilket kan försvåra den personcentrerade omvårdnaden.

Det personcentrerade förhållningssättet innebär att den omvårdnad för personer med demenssjukdom som ges, utgår från individen och stärker personens möjlighet att kunna känna sammanhang, förståelse och trygghet (Wijk, 2009).

Kitwood (1997) var den första som nämnde personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom. Symtom som personen med demenssjukdom uppvisar får inte reduceras till sjukdom utan precis som andra människor har personer med demenssjukdom mänskliga behov som behöver stimuleras. Det är lika viktigt att känna meningsfullhet, uppskattning och ha sysselsättning för personer med demenssjukdom som för andra personer (a a). Omvårdnaden ska bygga på kunskaper om personens livsmönster, värderingar och förhållningssätt (Skog, 2013). Dessa kunskaper erhålls via livsberättelsen och genom denna berättelse får vårdpersonal lättare att se personen bakom diagnosen (McKeown m.fl., 2010) vilket skapar förutsättningar för att personcentrerad omvårdnad ges. Även miljön ska spegla ett personcentrerat förhållningssätt och ska kännetecknas av social gemenskap, förtroende och goda relationer (Kitwood, 1997). Säkerhet och hälsa ska beaktas men även kunskaper om hjälpmedel, läkemedel, skattningsskalor och kunskaper om de olika demenssjukdomarnas olika uttryck är viktiga för kvalitén på omvårdnaden (Hoffman, 2013).

Personcentrerad omvårdnad har visat sig kunna öka välbefinnande, och minska negativ påverkan för personer med demenssjukdom (Testad, m.fl., 2014). Det vetenskapliga stödet för personcentrerad omvårdnad är dock begränsat enligt Socialstyrelsen, (2010). Enligt en randomiserad studie av Fossey m.fl., (2006) tenderar ett personcentrerat förhållningssätt minska användandet av neuroleptika. Det fanns dock ingen signifikant minskning av aggressiva beteende i kontrollgruppen jämfört med interventionsgruppen (a a). Aggressivt beteende är ett av symtomen vid BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom). Nio av tio personer med demenssjukdom är någon gång drabbade av BPSD och ska behandlas först och främst genom adekvata omvårdnadsåtgärder och åtgärder i vårdmiljön (Socialstyrelsen, 2010). Demenssjukdomen i sig ska ensam inte stå som förklaring för det avvikande beteendet (Skovdahl, m.fl., 2004). En randomiserad studie gjord av Chenoweth m.fl., (2009) visar att en personcentrerad omvårdnad i kombination med en individanpassad omvårdnadsplan minskar aggressiva beteenden (a a). Vidare minskar risken för aggressiva beteenden när personer med demenssjukdom ses som individer och omvårdnaden stärker de styrkor som finns kvar hos personen med demenssjukdom (Skovdahl m.fl., 2004).

Personcentrerad omvårdnad uppmuntrar teammedlemmar till att initiera vårdåtgärder och involveras i vården. (Chenoweth m.fl., 2009) men förutsättningen för personcentrerad vård är att vilja vara personcentrerad och att individuella team, organisatoriska värderingar och tankar påverkar utfallen. I en metasyntes av McCormack och kollegor (2010a) påvisades att det finns konflikter mellan den personcentrerade vården och miljön. Exempelvis kan konflikter ibland uppstå kring vården av den äldre där omvårdnaden blir för uppgiftsfokuserad och personliga värderingar från vårdpersonalen tar över den personcentrerade omvårdnaden. Det finns också invanda rutiner och organisatoriska barriärer som kan försvåra den personcentrerade vården (a a). För att lyckas med att arbeta personcentrerat krävs ett bra ledarskap, effektivt teamarbete, samt utveckling av relationer mellan teamen (McCormack m.fl., 2010b; Wijk, 2009). Det som beskrivits ovan visar således att personcentrerad omvårdnad är komplext och sjuksköterskan har en viktig och avgörande roll för utformning och handledning. Det finns organisatoriska barriärer men det finns också barriärer i teamet som måste synliggöras för att gagna kvaliteten på den personcentrerade omvårdnaden som ges.

Det finns få studier utförda i svensk kontext som beskriver undersköterskans upplevelser av sjuksköterskans funktion i omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Av ovan beskrivet har sjuksköterskan en avgörande roll för kvaliteten av omvårdnaden för personer med demenssjukdom. I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska för vård av äldre (2012) är det sjuksköterskans ansvar att ha ett reflekterande förhållningssätt för att kunna utveckla team. Strategier för konflikthantering och problemlösning ska finnas och vården ska kunna utvecklas. Detta examensarbete är ett led i att försöka identifiera barriärer och möjligheter i dagens omvårdnadsarbete på särskilt boende för personer med demenssjukdom samt att utveckla omvårdnad med god kvalitet. Således är kunskapen om undersköterskans upplevelser av sjuksköterskans funktion betydelsefull.

## **SYFTE OCH METOD**

Syftet med studien var att belysa undersköterskans perspektiv på sjuksköterskan i omvårdnaden av personer med demenssjukdom.

### **Metod**

En kvalitativ metod användes. Studien har en beskrivande design med kvalitativ ansats. Då denna studie inte väljer att utgå från någon specifik tradition som exempelvis fenomenologi, hermeneutik eller grounded theory benämns studien som en beskrivande kvalitativ studie (Polit & Beck, 2012). Studien baseras på intervjuer. En kvalitativ forskningsintervju har målet att erhålla en nyanserad bild av hur informanten upplever ett fenomen. Informanten ska kunna beskriva fenomenet så mångfacetterat som möjligt utan att fastna på en fast kategorisering (Kvale & Brinkmann, 2014).

### **Kontext**

Intervjuerna ägde rum på SÄBO. De SÄBO som kom att ingå i studien var fyra stycken, tre med inriktning specifikt mot personer med demenssjukdom och ett blandat boende där både personer med och utan diagnosticerad demenssjukdom bodde. Två av dessa SÄBO var belägna i en större stad samt två på mindre orter i södra Sverige. På dessa boenden fanns en eller två omvårdnadsansvariga sjuksköterskor dagtid beroende på antalet vårdtagare. Antalet vårdtagare på respektive SÄBO varierade från 28 till 66 personer. På varje enhet bodde mellan sju till nio personer och enheterna bemannades dagtid av två till tre undersköterskor. Kvällar och helger var antalet personal något färre. Två till tre sjuksköterskor bemannade respektive boende dagtid måndag till fredag. Kvällar, nätter och helger fanns sjuksköterskor att tillgå men med något längre inställelsetid då dessa hade ett geografiskt större ansvarsområde. Personerna med demenssjukdom boende på SÄBO hade egna lägenheter med tillgång till gemensamma utrymmen som till exempel matsal och sällskapsrum. Lägenheterna var inredda med egna möbler och personliga ägodelar, övriga utrymmen och inredning efterliknade en hemlik miljö som försökte anpassas efter vårdtagarnas olika behov och önskemål.

## Urval och rekrytering

I denna studie deltog tolv informanter, av dessa tolv hade samtliga vårdutbildning som gjorde att de var anställda som undersköterskor. Inklusionskriterierna var följande, informanterna skulle ha arbetat på SÄBO minst i ett år och dagligen ha arbetat med personer med demenssjukdom. Ett annat inklusionskriterie var att informanterna haft en tillsvidareanställning sedan minst ett år tillbaka vid intervjun och en tjänstgöringsgrad om 75 % eller mer.

Tabell 1: Översikt av informanternas karaktäristika

	Medelvärde	Spridning
Antal år i yrket	21	3–36
Antal år på det aktuella boendet	10	1,5–19
Ålder	50,5	41–62

Rekryteringen gjordes genom att en förfrågan till att börja med skickades via e-post till berörda verksamhetschefer på utvalda SÄBO om att få intervjua någon eller några av undersköterskorna. Respektive SÄBO valdes utifrån information via respektive kommuns hemsida. Tio verksamhetschefer fick en förfrågan om deltagande i studien, av dessa svarade en verksamhetschef via sitt chefsstöd att de kunde ställa upp, övriga tre tackade ja till medverkan efter uppföljning med personlig kontakt via telefon. Tre SÄBO tackade nej till medverkan med hänvisning till tidsbrist och tre återkopplade inte alls. De verksamhetschefer som tackade ja till deltagande erhöll ett informationsbrev (bilaga 1) i vilket det framkom information om studien. Brevet följdes sedan upp av en personlig kontakt via telefonsamtal för vidare planering. Samtycke från verksamhetschef eller motsvarande (bilaga 3) inhämtades skriftligt i samband med intervjuerna liksom samtycket från informanterna (bilaga 2). Verksamhetschefen på respektive SÄBO ombads i den personliga kontakten att informera undersköterskorna om studien och delge dem informationsbrevet. Undersköterskorna fick i samband med detta också information om hur de kunde ta kontakt med författarna om de så önskade. Verksamhetscheferna på respektive SÄBO tillfrågade undersköterskor som denne ansåg kunde vara potentiella informanter till studien

## Datainsamling

Datainsamlingen gjordes genom semistrukturerade enskilda intervjuer. Enligt Danielsson, (2014) ger intervjuer möjlighet att förstå deltagarnas erfarenheter genom att de berättar sin syn på olika situationer som de uttrycker med egna ord. Semistrukturerade intervjuer passar sig väl när ett specifikt fenomen vill undersökas utan att utelämma den levda världen (Kvale & Brinkmann, 2014). Ett antal frågor utarbetades av författarna i en intervjuguide (bilaga 4). Intervjuguidens syfte är att ge informanten möjlighet att ge en mångfacetterad och detaljerad bild över sjuksköterskan i omvårdnaden av personer med demenssjukdom (Kvale & Brinkmann, 2014). Enligt Polit och Beck, (2012) säkrar intervjuguiden att få fram data som är önskvärd och samtidigt låta personen som intervjuas berätta så mångfacetterat de kan (a a). När frågorna var formulerade gjordes två provintervjuer, detta dels för att komma in i rollen som intervjuare och se om den planerade tiden var hållbar och dels för att testa och utvärdera intervjufrågorna. Båda undersköterskorna motsvarade studiens inklusionskriterier. Provintervjuerna blev även ett tillfälle för författarna att bekanta sig med den

tekniska utrustningen för inspelning av intervjuerna (a a). Efter dessa provintervjuer gjordes omformuleringar av frågorna för att de bättre skulle svara mot studiens syfte men innebörden var densamma som tidigare.

Båda författarna var med under intervjuerna, dock fungerade ena författaren som bisittare men var behjälplig med sonderande frågor om så krävdes. Innan intervjun startade ombads informanten att fylla i ett skriftligt informerat samtycke (bilaga 2) och ett separat formulär om ålder, utbildning, tjänstgöringstid på SÄBO samt erfarenhet (bilaga 5). Platsen för intervjun valdes ut i samråd med informanterna men samtliga intervjuer ägde rum på respektive undersköterskas arbetsplats. Dock var det en intervju som fick kompletteras telefonledes då det inte gick att upprätthålla en ostörd intervju. Intervjuerna startade med en kort presentation av författarna och syftet med studien. Med utgångspunkt av det skriftliga informationsbrevet (bilaga 1) som författarna och undersköterskorna gick igenom innan intervjustart, presenterades upplägget av intervjun i grova drag. I samband med detta fick informanterna också information om att de när som helst kunde tacka nej eller avbryta intervjun om de så önskade. Presentationen avslutades med att deltagarna tillfrågades om de accepterade upplägget. Intervjun avslutades med en summering av frågorna och om det fanns något ytterligare att tillägga som inte kommit fram. Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafoner, därefter kom intervjuerna att transkriberas ordagrant i sin helhet av den författare som hade haft huvudansvaret för intervjun vilket skapade en förtrogenhet med materialet. Detta gjordes i så snar anslutning som möjligt efter intervjun. Allt datamaterial märktes nogsamt upp och förvarades på en säker plats där obehöriga inte kunde få tillgång till materialet (Polit & Beck, 2012). Längden på intervjuerna varade mellan cirka 33 minuter till 52 minuter.

## **Dataanalys**

Manifest innehållsanalys med latent inlag som beskrivs av Graneheim & Lundman, (2004) med grund från Krippendorff, (1980;2013) användes som inspiration vid bearbetningen av det transkriberade materialet. Semistrukturerad data ger inte en enhetlig struktur eftersom informanterna inte alltid svarar på samma frågor. En innehållsanalys används till att dra slutsatser och gruppera in likartade upplevelser (Burnard, 1996). Texten som transkriberas tolkas alltid i olika grad vilket kan påverka trovärdigheten i studien. Detta är något som Graneheim & Lundman (2004) menar att författarna bör tänka på. Manifest innehållsanalys beskriver det uppenbara och synliga i texten medan latent innehållsanalys försöker tolka textens underliggande mening. Först bestämdes vilken enhet som skulle undersökas vilket i denna studie var intervjutexten som svarade mot syftet. Intervjutexterna lästes sedan upprepade gånger för att få en känsla för helheten. Därefter bildade texten om undersköterskans perspektiv på sjuksköterskan i omvårdnaden av personer med demenssjukdom en enhet för analys. Denna text delades därefter in i meningsbärande enheter och de enheter som innehöll information som var relevant utifrån studiens syfte valdes ut, dock togs omgivande text med för att inte sammanhanget skulle gå förlorat. De meningsbärande enheterna kondenserades därefter ner till en kod, författarna tog hänsyn till hela kontexten i samband med detta. De olika koderna baserade på likheter och olikheter grupperades därefter in i kategorier som utgjordes av flera koder med ett liknande innehåll. Författarna gjorde analysen var för sig och analyserade fram preliminära kategoriseringar, därefter diskuterades dessa och analyserna jämfördes. Likheter och skillnader identifierades, en whiteboardtavla användes för att lättare få en överblick av de olika kategorierna och koderna och i

samband med detta diskuterade författarna gemensamt tills konsensus uppnåddes. Analysen resulterade i ett kärntema med två kategorier och nio underkategorier.

Tabell 2: Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Kategori
Det hade nog varit önskvärt att dom hade varit ute lite mer..bara cirkulerat runt så att de gamla vet vilka dom är och kan haffa dom (10)	önskvärt att sjuksköterskan träffade de gamla mer	Sjuksköterskan saknas i kliniskt omvårdnadsarbete	Osynlig ”doer” med otydlig ledarroll
hon ger sig tid och hon lyssnar på vad man säger och försöker lösa det och så (11)	ger sig tid, lyssnar och försök till lösning	Någon som lyssnar	Sjuksköterskan som en bärande beståndsdel i omvårdnadsarbetet

## ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Efter skriftlig kommunikation med ledamot av Etikrådet för Fakulteten för Hälsa och samhälle vid Malmö högskola framkom att etiskt tillstånd inte krävdes för denna studie. Dock skulle studien ske under ett etiskt förhållningssätt (Etikrådet hälsa och samhälle, 2016). Ett skriftligt samtycke som också muntligen gicks igenom med undersköterskorna innan intervjuerna påbörjades, utfärdades i denna studie. I institutionella miljöer, där studien kommer att behandla eller framkalla konflikter kan en skriftlig överenskommelse skrivas (Kvale & Brinkmann, 2014). Studiens resultat presenteras på ett sådant sätt att ingen av deltagarna kan bli igenkänd. Informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och forskarens roll är de fyra områden som brukar diskuteras i intervjustudier (Kvale & Brinkmann, 2014). Det informerade samtycket innebär att informanten får information om det allmänna syftet med studien, hur den är upplagd och risker v/s fördelar att medverka samt att informanten är frivilligt deltagande. Informanten kan när som helst under studiens gång avbryta sin medverkan utan att behöva ange något skäl (WMA Declaration of Helsinki, 2013). Undersköterskorna erhöll en beskrivning av vem som har tillgång till materialet, rätten till publicering samt undersköterskans tillgång till intervjutexten och dataanalysen om de så önskade. Konfidentialitet innebär oftast att privata data som skulle kunna identifiera informanterna inte avslöjas. Finns det risker att identifikation kan ske ska informanten bli informerad och ge sitt godkännande. Anonymitet kan skydda informanten men kan också ge författaren utrymme att tolka intervjun utan att bli motsagd (Kvale & Brinkmann, 2014).



## RESULTAT

Analysen resulterade i ett kärntema: ”viktig men diffus” med två kategorier och nio underkategorier vilka presenteras i tabell 3. Kärntemat viktig men diffus utmynnades ur analysen som kan förstås genom de två kategorierna: osynlig ”doer” med otydlig ledarroll och sjuksköterskan som en bärande beståndsdel i omvårdnadsarbetet. Under respektive kategori kommer en text att presenteras med citat från informanterna, till citaten hör en siffra som representerar en undersköterska som deltagit i studien. Citat från undersköterskorna har använts i resultatet för att visa vad som framkommit i de olika kategorierna.

Tabell 3: Analysens kategorier och underkategorier

”Viktig men diffus”	
Kategori	Underkategori
Osynlig ”doer” med otydlig ledarroll	– Medicinskt & administrativt ansvarig
	– Huvudansvar för omvårdnaden men otydlig ledarroll
	– Sjuksköterskan saknas i kliniskt omvårdnadsarbete
Sjuksköterskan som en bärande beståndsdel i omvårdnadsarbetet	– Någon i teamet
	– Någon som lyssnar
	– Någon som finns nära och är tillgänglig
	– Någon som ger stöd och handledning
	– Någon som löser problem och fattar beslut
	– Någon som utgör en barriär för samarbete

### **Osynlig ”doer” med otydlig ledarroll**

Denna kategori reflekterar undersköterskornas syn på vilken sorts roll och funktion sjuksköterskan fyller. Det framkom att sjuksköterskan hade ett medicinskt och administrativt ansvar i vilket underkategorin “medicinskt och administrativt” beskriver. Denna kategori reflekterar även att undersköterskorna hade svårt att beskriva sjuksköterskans funktion i vilken underkategorin ”huvudansvar men otydlig roll” belyser. Sammantaget varierade upplevelsen av undersköterskornas perspektiv på sjuksköterskans ansvar. Sjuksköterskans funktion upplevdes som otydlig men ändå som värdefull och trygg.

### *Medicinskt & administrativt ansvarig*

Sjuksköterskan beskrevs framför allt ha ett medicinskt och administrativt ansvar. Det medicinska ansvaret handlade primärt om läkemedelshantering men kunde även vara förändringar i vårdtagarnas allmäntillstånd och kontakt med anhöriga. Det administrativa ansvaret som undersköterskorna upplevde vilade på sjuksköterskan var dokumentation i patientjournaler och olika kvalitetsregister.

*“Dom har ju ett medicinskt ansvar...//...dom ansvarar ju så klart för att våra pensionärer ska må bra. Alltså hon har ju mest den medicinska biten där” (6)*

*“vad dom gör ja dom har hand om medicin och dokumentation mycket dokumentation” (10)*

Sjuksköterskan beskrevs även vara den som ansvarade för kontakten med läkaren, att vara en länk mellan undersköterskorna och de äldre personerna. Dock förekom det sällan att undersköterskorna deltog i samband med ronder eller hembesök av läkare. Kontakten mellan sjuksköterska och anhöriga upplevdes ofta som något som fungerade bra. Undersköterskorna stod för den vardagliga kontakten med de anhöriga men vid medicinska frågor hänvisades de till sjuksköterskan. Dock fanns upplevelsen att sjuksköterskan ibland tvingade undersköterskorna att kontakta anhöriga trots att det rörde sig om medicinska frågor, vilket kändes obekvämt. Vid dessa tillfällen riskerade relationen mellan undersköterskor och anhöriga försämrades eftersom anhöriga ställer frågor vilket bara sjuksköterskan kan ge svar på.

*“länken mellan boende och oss personal till läkaren skulle jag kunna tänka mig...” (10)*

### *Huvudansvar men otydlig ledarroll*

Upplevelsen av sjuksköterskan var att hen var den som ledde omvårdnaden dock fanns samtidigt upplevelsen av att sjuksköterskan inte var någon ledare för omvårdnaden, utan att hen mer hade ett övergripande ansvar över vårdtagarna. Det fanns också en osäkerhet kring vem det egentligen var som ledde omvårdnadsarbetet. Samtidigt poängterades det att omvårdnaden inte skulle kunna bedrivas utan sjuksköterskan eftersom undersköterskorna upplevde att hen hade det övergripande ansvaret för vårdtagarna. Detta upplevdes som något som ingick i sjuksköterskans yrkesroll. Upplevelser att omvårdnaden utformades och planerades tillsammans med enhetschef och biståndshandläggare beskrevs också.

*“ Sjuksköterskans roll i omvårdnaden kan jag faktiskt inte säg att jag direkt vet alltså att hon är ju inte med i processen kan jag säg som det har sett ut hittills i alla fall utan det är ju vi som gör detta tillsammans med enhetschef och brukare ...//... vi utformar den tillsammans med ja biståndshandläggaren naturligtvis” (11)*

*“ja jag vet inte hur hennes roll är, hur det är sagt enligt hennes chef ju heller om det är att hon ska vara här ute en viss tid eller jag vet inte...//...det är en väldigt bra resurs” (12)*

### *Sjuksköterskan saknas i kliniskt omvårdnadsarbete*

Undersköterskorna tyckte att det lades ett stort ansvar på dem att upptäcka och omvårda personer med demenssjukdom. De beskrev att samtidigt som det kunde bero på att sjuksköterskorna hade tillit till deras kompetens upplevde de att de hade ett stort ansvar. Ibland upplevdes det negativt att vara mellanlänken mellan vårdtagarna och sjuksköterska och att ha huvudansvaret för att meddela om vårdtagarna försämrats i sitt allmäntillstånd ansågs som ett stort ansvar att bära. Undersköterskorna beskrev vidare att de upplevde en risk med oerfarna nyanställda och sjuksköterskans bristande närvaro i omvårdnaden.

*”ibland när man gått bredvid ja nu är det dags för delegation, jaha vem ska jag gå till då ungefär, alltså det är inget bra” (6)*

*”för det är mycket snack mellan oss fram och tillbaka men det är vi som får stå och ta hela biten och göra alltihopa... jag tror vi gör mycket av deras jobb egentligen. Det som dom borde göra, det dom borde titta på” (9)*

Undersköterskorna saknade en sjuksköterska som var ute i den kliniska verksamheten som kunde komma med idéer och förslag som de själva inte tänkt på. Det var lätt att fastna i invanda rutiner. Det beskrevs att det ibland hade varit skönt vid hög arbetsbelastning om sjuksköterskan hade kommit och varit behjälplig i omvårdnaden som exempelvis göra en omläggning eller någon annan uppgift som var delegerad på undersköterskorna. Ibland upplevdes sjuksköterskan som klämd mellan dag- och nattpersonalen, vilket sannolikt kunde bero på att sjuksköterskan inte kände personen med demenssjukdom tillräckligt väl för att avgöra den bästa åtgärden. Detta ledde till att sjuksköterskan låtit personen med demenssjukdom få lugnande läkemedel, när det i efterhand visade sig att enkla omvårdnadsåtgärder egentligen hade bättre effekt. Sjuksköterskan var inte tillräckligt mycket ute på enheterna i omvårdnaden och gick därför miste om ett helhetsperspektiv av omvårdnadsarbetet. Undersköterskorna uttryckte också att om sjuksköterskan var mer synlig i det kliniska arbetet fanns också möjlighet till en naturligare kontakt med vårdtagarna.

*”jag tror det hade varit bra om sköterskan va med i alltså inne på avdelningen... där brukaren lär känna henne litegrann då då kommer allting lite mer naturligt och hon kan själv se var det kan ligga ett bekymmer” (11)*

*“men vi är nog väldigt självständiga på (avdelningens namn) men samtidigt vill vi ändå att (namn på ssk) ska engagera sig och ge oss lite, ja, tips och råd “ (4)*

Samtidigt som sjuksköterskan saknades i det dagliga arbetet fanns upplevelsen av att sjuksköterskan tagit arbete från undersköterskorna som de genom sin utbildning tidigare utfört, som exempelvis blodprovstagning. Undersköterskorna upplevde sig förminskade i sitt eget yrke. Upplevelsen att sjuksköterskan gjorde ett övertramp gällande omvårdnadsarbetet beskrevs när sjuksköterskan ordinerade toalettbesök tre gånger om dagen efter måltid samt en signeringslista. Detta upplevdes kränkande eftersom upplevelsen var att det var undersköterskorna som var experterna på omvårdnaden och att det var en självklarhet att toalettbesök med vårdtagaren utfördes.

*”hon har satt en signeringslista till oss och så med toabesök så varje gång vi ska dom på toa, morgon, middag, kväll och natt... det blev lite för mycket...//...själva omvårdnaden är det faktiskt vi som är specialisterna på” (1)*

### **Sjuksköterskan som en bärande beståndsdel i teamet**

Denna kategori kan förstås genom underkategorierna någon i teamet, någon som lyssnar, någon som finns nära, någon som löser problem och fattar beslut, någon som ger stöd och handledning samt någon som utgör en barriär för samarbete. Dessa speglar undersköterskornas upplevelse gällande sjuksköterskans funktion i omvårdnadsarbetet. Denna någon i underkategorierna speglar sjuksköterskan och är en viktigt samarbetspartner med varierande funktioner i omvårdnadsarbetet för personer med demenssjukdom.

#### *Någon i teamet*

Undersköterskorna kände att de och sjuksköterskan var ett team. I teamet upplevde undersköterskan sig som jämställd med sjuksköterskan. Sjuksköterskan ansågs inte ha någon ledande roll i den dagliga planeringen av omvårdnadsarbetet. Däremot hade sjuksköterskan en viktig roll, utan sjuksköterskan skulle det inte gå att arbeta och hen höll i samordning, beslutsfattande och kompetens som ingen annan kunde utföra i teamet.

*”vi jobbar här som teamarbete alltså man jobbar inte jag är undersköterskan och hon är sjuksköterska, så hon och jag och arbetsterapeut och chefen vi är som ett team...//... det är så hon är liksom det är så när man arbetar i teamarbete det är ingen som är någon som är viktigare än den andra” (5)*

Upplevelsen fanns att omvårdnaden utarbetades efter personcentrerad omvårdnad. Samtidigt beskrevs upplevelsen att sjuksköterskan och undersköterskan inte hade samma syn på vårdtagarna. Undersköterskorna upplevde att sjuksköterskan inte var särskilt delaktig i livsberättelsen och det beskrevs att det var svårt att få dem ifyllda. Alltså det sågs mer som ett papper som skulle fyllas i mer än som ett verktyg för utformning av omvårdnaden för personer med demenssjukdom.

*“Då får jag svaret, ja men dom är gamla, dom ska dö ändå liksom så vad gör det... det är där, det känns som vi inte har riktigt samma inställning” (9)*

*“Den här levnadsberättelsen men man kan ju fylla på för allt i världen men dom är rätt så handfattiga som jag sa och där har ju inte sköterskan varit med hittills” (11)*

Undersköterskorna berättade att de hade teammöten/omvårdnadsmöten där de gick igenom varje vårdtagare och diskuterade kring exempelvis om någon blivit försämrad, åt sämre eller hade oroliga magar. Dessa möten beskrevs som betydelsefulla och sjuksköterskan hade här en ledande roll. Dock var sjuksköterskan inte alltid närvarande på mötena vilket upplevdes som negativt eftersom mötets syfte inte riktigt blev uppfyllt då. Undersköterskorna berättade också att sjuksköterskan oftast var med på rapporten på morgnarna vilket upplevdes tryggt.

*”vi planerar hela tiden och när dom är med på morgonen så dom som jag sagt ja man känner sig trygg” (2)*

Upplevelsen av att undersköterskan och sjuksköterskan inte var ett team beskrevs också av undersköterskorna. Det saknades då någon som höll i trådarna och som skötte samordningen i teamet.

*”jag ser ett team så ska man kan liksom prata med alla och alla ska vara med och diskutera om allt och jag upplever det så är det mer att vi kommer med ett bekymmer så löser dom det eller tvärtom... det är inte det är att diskutera fram någonting vad som är bästa för brukaren eller så som jag kan tycka att ett teamwork är” (11)*

Oavsett om undersköterskorna tyckte att sjuksköterskan var med i teamet kring personer med demenssjukdom, fanns det särskilda egenskaper som kännetecknade förutsättningar för samarbete.

### *Någon som lyssnar*

Undersköterskorna upplevde att sjuksköterskans förmåga till att lyssna på deras upplevelse var av stor vikt för ett gott samarbete. De ansåg att eftersom de stod vårdtagarna närmast så var det viktigt att sjuksköterskan lyssnade på dem. Det beskrevs att på 80-talet var det stor skillnad på sjuksköterskorna eftersom samarbetet fungerade på ett annat sätt jämfört med idag, eftersom det fanns då en mer hierarkisk ordning.

*”hon lyssnar på vad vi säger eftersom vi är ute och hjälper dom och ser vissa bitar som inte hon ser” (3)*

När åtgärder dröjde, där undersköterskorna upptäckte att åtgärder behövdes, upplevdes det som att sjuksköterskan inte lyssnade. Detta ledde till frustration över sjuksköterskan men samtidigt rådde en medvetenhet om att det kunde finnas bakomliggande faktorer till det. Om dessa faktorer existerade och vad det kunde bero på, visste de inte eftersom sjuksköterskan inte kommunicerade tillbaka till dem när åtgärder dröjde.

*”jag blir så frustrerad ibland när man bara kan stå och titta och låta tiden gå utan att det händer någonting” (9)*

*”vi talar ju om för syrrorna alltså när det är någonting, men sen kanske inte om dom gehör från läkaren men då kanske vi, det är ingen som lyssnar på oss inte ens syrrorna” (10)*

### *Någon som finns nära och är tillgänglig*

Undersköterskorna tyckte att en sjuksköterska som var på plats på boendet gav en känsla av trygghet och förenklade deras arbete genom att de inte behövde ”jaga” sjuksköterskan. Sjuksköterskor som kom upp och pratade med undersköterskorna och hörde om allt var bra på enheten uppskattades. När det uppstod akuta situationer, beskrevs en känsla av säkerhet om sjuksköterskan var på plats. Undersköterskorna beskrev då att de visste att det fanns någon som kunde ta ansvar och fatta beslut om vidare åtgärder snabbt. Det uttrycktes att det märktes när det varit storhelg och sjuksköterskan inte varit där på ett tag. Då fanns det en hel del som behövde diskuteras. Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan upplevdes av undersköterskorna som en trygghet.

*”just att hon kommer upp om och kollar av och så är bra för det är ofta något man behöver ventilera med henne” (3)*

*”att dom är här så vi har dom nästan hela tiden kan man säg, ställa frågor och det finns, du vet dom är dementa och det kan hända vad som helst...// vi springer ned direkt till dom man känner sig trygg det är vad jag upplever man känner sig trygg man jobbar med trygghet när dom är här” (2)*

Vid de tillfällen när sjuksköterskan satt ner tillsammans med undersköterskorna under mindre formella former som till exempel fika, fanns möjligheter att diskutera om det hänt något vilket uppskattades. Dock fanns upplevelsen att sjuksköterskan gick någon slags av rond vid den dagliga kontakten. Samtidigt som det var en trygghet att sjuksköterskan var på plats, störde sjuksköterskan undersköterskorna i deras omvårdnadsarbete och skapade ibland oro hos vårdtagarna genom sin närvaro. Ibland var sjuksköterskorna snabba på att kommentera om någon exempelvis inte fått frukost, vilket upplevdes irriterande.

*”dom är ju aldrig med i själva arbetet och så, i själva omvårdnadsarbetet så det blir ett litet störmoment från vår sida, dom kan inte tycker det men vi tycker det. Och det är som jag säger ren demens det ska vara tyst det ska vara lugnt och inte störningsmoment” (1)*

Då sjuksköterskan inte kom inom dagligen upplevdes tillgängligheten som sämre. Undersköterskorna upplevde att de då var tvungna att störa sjuksköterskan vilket uppfattades som besvärligt. Undersköterskorna beskrev vidare att när vårdtagare med demenssjukdom blev aggressiva och sjuksköterskan inte fanns på plats kunde de ibland känna en maktlöshet och frustration när de visste att sjuksköterskan inte kunde komma på en gång till dem. Nästintill kaotiska situationer kunde uppstå och undersköterskorna hade önskat ha en lugnande spruta tillgänglig som de kunde ge vårdtagarna vid aggressiva beteenden om inte sjuksköterskan snabbt kunde komma till dem. Framförallt var det kvällar och helger som var sårbara.

*” att de hade oftare tid och kommit och checkat av kanske på förmiddagen hur har ni det här inne? Istället för att vi hela tiden ska behöva ringa och ja störa dom är i så klart ju, det hade jag tyckt varit jätteskönt...// ”Jag kan sakna lite att vi har någonting på kvällarna för det händer ju lika mycket hos oss på kvällarna som på dagarna” (6)*

### ***Någon som ger stöd och handledning***

Undersköterskorna upplevde att sjuksköterskans kunskaper var värdefulla och att hen gav ett bra stöd och att sjuksköterskan fanns där för att svara på frågor. Sjuksköterskan ingav en känsla av att undersköterskorna kunde fråga vad som helst och att det inte fanns några dumma frågor. Vidare beskrevs sjuksköterskan som engagerad och kom ofta med förslag till förbättringar. När situationer uppstod som blev svåra för undersköterskorna att hantera med personer med demenssjukdom kom sjuksköterskan och observerade undersköterskornas bemötande.

*“hon säger det är mycket fallolyckor och så såna saker och blir vana vid mediciner när dom får det i kroppen så man måste hitta andra vägar hela tiden och det är det vi jobbar mycket med...// jag är mörk men ja det har gått men nu det går inte mer det går inte jag kämpar och jag är svettig när jag kommer*

*tillbaka men sköterskan jag vill vara med när du duscha jag vill se hur det går”*  
(5)

*“och hon är duktig och ställer höga krav på oss och det tycker jag är jättebra”*  
(6)

Sjuksköterskorna upplevdes ibland som ointresserade av att lära ut trots förfrågningar. De hänvisades istället till internet

*“jag vill veta vad som är rätt vad som kanske inte bör göras hur bemöter man det hur gör man där och så här då sa hon till mig, du kan gå in och läsa på nätet”* (9)

Sjuksköterskan upplevdes som kompetent inom många områden och kunde dela med sig av sin av sin kunskap. Dock fanns upplevelsen att sjuksköterskan hade sämre kunskaper gällande omvårdnaden kring personer med demenssjukdom. Detta ledde till att sjuksköterskan hade en begränsad förmåga att stödja och handleda vid exempelvis beteendestörningar. Vidare berättade undersköterskorna att de vid lättare fall stöttade varandra medan i svårare fall konsulterades Silviasystrarna vilka sjuksköterskan tog ansvar för att kontakta. Silviasystrarna var också de som kom ut och höll i utbildningstillfällen angående demenssjukdom och bemötande.

*“i den medicinska biten så får vi ju det men i demensbiten så får vi ju inte det, alltså nu kan jag mycket och har läst om det ju men det finns många i min grupp som absolut inte, som skulle behövt mer vägledning i själva bemötande och demens, och den, den kunskapen har ju inte vår sjuksköterska”* (6)

Undersköterskorna upplevde att sjuksköterskan uppskattade att de vågade komma och ställa frågor. Detta positiva bemötande förekom i de fall undersköterskorna kontaktade boendets ordinarie sjuksköterska.

*“utan vi känner ett väldigt stöd från dom. Dom tycker, alltså dom tycker att det är positivt att vi ringer om vi är osäkra. Det är bättre om hör av oss om det är nåt, så nä det fungerar jättebra här.”* (4)

Dock kunde känslan istället även beskrivas av undersköterskorna som att de ringde och störde sjuksköterskan för bagateller, detta gällde framförallt tillfällen där undersköterskorna var i behov av stöttning av sjuksköterskor när inte den ordinarie fanns på plats som till exempel på kvällar, nätter och helger. För erfarna undersköterskor med lång erfarenhet i yrket upplevdes dessa samtal visserligen negativt men ändå hanterbara. De såg dock en risk i att det kunde vara besvärligt för undersköterskor som är nya i yrket där konsekvensen av ett negativt bemötande kan bli att de tvekar att ta kontakt med sjuksköterskan.

*”Dom kanske tycker att vi ringer i onödan jag vet inte men man kan få den känslan att, åh varför ringer du nu... och då kan jag känna att jag vill lägga på luren ibland faktiskt, för man känner sig lite otrevligt bemött.”* (4)

### **Någon som löser problem och fattar beslut**

Eftersom undersköterskorna på alla enheterna ansåg att de stod vårdtagarna närmast och sjuksköterskan inte var aktiv i det kliniska omvårdnadsarbetet, hade sjuksköterskan en viktig funktion i att lösa problem och fatta beslut. När

sjuksköterskan fattade beslut kändes det både säkert och tryggt och det behövde finnas någon som satte ner foten och beslutade vidare åtgärder.

Undersköterskorna upplevde att besluten, även om de tog lång tid ibland, var tydliga och konkreta. Ibland räckte det med att ”bolla” tankar och funderingar med sjuksköterskan. Undersköterskorna beskrev att de var sjuksköterskans ögon eller sjuksköterskornas verktyg. När undersköterskorna upptäckte en förändring eller ett avvikande beteende slog de oftast larm till sjuksköterskan direkt. Ibland gjorde de en åtgärd innan kontakt med sjuksköterskan och fungerade inte det så gick de vidare till sjuksköterskan men då kunde de också tala om vilka åtgärder som inte fungerade. Ibland valde sjuksköterskan att göra en egen bedömning efter undersköterskornas ”larm” och ibland valde de att helt och hållet lita på undersköterskornas bedömning.

*”då är det hon som kommer med ordination... ja den ska ju följas av oss så det är ingenting vi tar initiativ till själv då blir det för mycket tjafs nej utan det är sjuksköterskan som bestämmer...//...det svamlas inte en massa, utan hon är klar och tydlig när hon uttrycker någonting” (12)*

Vissa av undersköterskorna hade vidareutbildning inom BPSD samt munbedömningar och då upplevdes sjuksköterskan framförallt inom demensvården som någon att utbyta idéer och tankar med, mer än en beslutsfattare. Vissa sjuksköterskor beskrevs som engagerade och aktiva i utformningen och planeringen av omvårdnaden vid BPSD. Dock fanns upplevelsen att sjuksköterskan inte fanns där som stöd vid beteendestörningar och kontakt med sjuksköterskan togs endast om behov fanns av eventuella medicinsjusteringar, förmågan att komma med åtgärder i enskilda fall upplevdes som begränsade.

*“hon sätter inte in mediciner i första taget vi går igenom sån här BPSD-bedömning och kollar åtgärder och sånt...//hon delar inte ut mediciner så utan vidare” (5)*

*“Egentligen tror jag inte vi har diskuterat så mycket med henne om det här beteendestörningar inne hos oss i alla fall” (11)*

#### ***Någon som utgör en barriär för samarbete***

Ett bristande samarbete på kvällar och helger då sjuksköterskornas bemanning förändrades beskrevs av undersköterskorna. Istället för att ha sjuksköterska på plats på SÄBO var det istället ett begränsat antal sjuksköterskor över ett större distrikt vilket gjorde att undersköterskorna kände en otrygghet i detta. Det var ibland svårt för sjuksköterskan att på kvällar och helger göra en korrekt bedömning vid omvårdnadsproblem hos personer med demenssjukdom. Undersköterskorna beskrev att de ibland behövde vara påstridiga. Ibland kunde sjuksköterskorna väcka känslan ”vad håller dom på med” (9) från undersköterskornas sida. Upplevelsen av att det fanns hierarkiska strukturer mellan undersköterskor och sjuksköterskor beskrevs.

*”jag kan ju tycka ibland att det är besvärligt att få fatt i dom, för dom är ju klart, mycket upptagna och dom kan ju upplever jag att dom känner sig stressade om det inte är något akut... det samarbetet fungerar inte lika bra som med sköterskorna här” (4)*



Samtidigt, trots att det fanns sjuksköterskor på plats på SÄBO upplevdes det att det fanns en omsättning på sjuksköterskor som gjorde att kontinuiteten blev lidande och rutiner gällande undersköterskornas och sjuksköterskornas arbete aldrig hann förankras.

*”det har varit rörigt dom senaste åren... mycket rörigt har det varit. De har varit utarbetade sjuksköterskor och så det ja flera ställen i stan och sen plus detta här så det har bara ut och in och ja gjort den nödvändigaste och sedan iväg” (12)*

*”det har känt som om det hängt i luften liksom och ingen ordning och det har varit mycket fel med mediciner och alltså mycket såna grejer som har ja och det jag trott på att vi har vi har inte haft någon bra rutin” (11)*

När en ny sjuksköterska började arbeta på enheten så genomfördes förändringar eftersom varje ny sjuksköterska önskade arbeta på sitt eget vis. Undersköterskorna berättade att de inte varit med om att sjuksköterskan efterfrågade deras synpunkter och tankar på vilket vis de ansåg att samarbetet skulle fungera optimalt, utan sjuksköterskan bestämde och så blev det. Oftast var det inget fel på det som bestämdes men när det var stor personalomsättning så kom varje ny sjuksköterska att bli en börda i början. Så småningom kom de att lära känna varandra och sjuksköterskan värdesattes oftast därefter. Undersköterskorna uttryckte att de var oroliga för vem som skulle komma och ta över när det blev aktuellt att sjuksköterskan skulle sluta. Upplevelsen av att det ibland kunde vara svårt när flera sjuksköterskor var inblandade i ett specifikt ärende uttrycktes. Sjuksköterskorna kunde då komma med olika besked om hur undersköterskorna till exempel skulle lösa ett omvårdnadsproblem. Då visste inte undersköterskorna riktigt hur de skulle agera.

*”var syrra har sitt tänk hur dom vill ha det och kommer man hit och man då bara är här låt oss säga ett åt eller ett och ett halvt så ja då ska vi på det igen för då kommer nästa syrra med sitt tänk hur hon vill lägga upp va så på det viset är det ju jobbigt” (10)*

*”ibland får man gå till den ena och ibland till den andra och så kan du få två helt olika svar att nu gör vi så här och så kommer den andra och nej så kan man integöra, nu får vi göra så här” (9)*

Det framkom att undersköterskorna upplevde att kommunikationen inte alltid fungerade mellan dem och sjuksköterskan. Beroende på vilket journalsystem som användes, kunde sjuksköterskan gå in och läsa undersköterskornas dokumentation men undersköterskorna kunde inte läsa sjuksköterskornas och på någon enhet var det inte möjligt för sjuksköterskan att alls läsa undersköterskornas dokumentation. Undersköterskorna berättade att sjuksköterskan kom in och gav muntlig information om diverse saker och sen var det undersköterskans ansvar att dokumentera in det i sitt journalsystem så att alla fick del av informationen. Vidare beskrevs upplevelsen att undersköterskorna gjorde en hel del åtgärder och hjälpte sjuksköterskan med en del registermätningar men sedan visste de inte riktigt vad som hände med den informationen.

*”det händer ju inte så mycket när man fyllt i dom här listorna och konstatera att det är för lång nattfasta på de och den men jag kan inte säga att sköterskan*

*engagera sig...//...Det är ju ingen kontinuitet i det att vi får reda på sen hur att här får vi göra en insats här, det händer ju faktiskt inte” (11)*

Gemensamt för undersköterskorna var att sjuksköterskan borde inta en mer interaktiv och synlig roll. Inte nödvändigtvis tillsammans med undersköterskorna i den personliga omvårdnaden av patienterna, utan vara mer synlig i den dagliga verksamheten.

## **METODDISKUSSION**

Författarna har använt sig av intervjuer som datainsamlingsmetod vilket lämpar sig väl när personers upplevelser ska fångas (Polit & Beck, 2012). Vidare menar Polit och Beck (2012) att författare till studier med kvalitativ design måste få informanten att känna tilltro till dem. Det är en balansgång att samtidigt befinna sig på samma våglängd som informanten samtidigt som att distansen mellan informanten och författaren behöver finnas för att inte studiens syfte skall gå förlorad under intervjun. Det fanns en maktasymmetri mellan författarna och informanterna som hade sin grund i olika yrkesroller och hierarkiska strukturer. Denna aspekt har författarna reflekterat över. Stor vikt har lagts vid att informanterna känt att miljön kring intervjusituationen varit öppen och att dessa upplevt trygghet och tillit till författarna. Samtliga intervjuer har ägt rum på informanternas respektive arbetsplats. En intervju fick kompletteras via telefon. Informanterna fick själva välja miljön i vilken intervjun skulle genomföras vilket författarna uppfattat som positivt för informanterna. Författarna har presenterat sig som studenter från Malmö högskola vilket också kan ha haft en positiv inverkan på maktasymmetrin.

I studien var verksamhetscheferna de som valde ut informanterna och dessa kom att bli nyckelpersoner och fungera som ”gatekeepers” (dörröppnare) vilka av Polit och Beck (2012) beskrivs som personer med tillgång till fältet där intervjuerna äger rum. Författarna har diskuterat i vilken utsträckning detta kan ha påverkat studien och om det kan ha gett en ensidig bild av hur undersköterskorna upplever sjuksköterskans roll. Risken med detta urvalssätt kan vara att de informanter som deltog var utvalda av verksamhetschefen för att denne ville förmedla en viss bild av sin verksamhet och/eller relationen mellan sjuksköterskan och undersköterskan. Det framkom under samtalen med informanterna att de hade tackat ja till sitt deltagande efter att ha blivit tillfrågade av verksamhetsansvariga eller motsvarande. Viktigt att tänka på var att informanterna verkligen berättade angående fenomenet som undersöktes och inte organisationens åsikter (Polit & Beck, 2012). Detta var något som författarna strävade efter och genom att poängtera att det var i den rollen, som studenter, författarna var där och att informanternas identitet inte skulle röjas i det färdiga arbetet, gjorde att författarna erfor en känsla av att informanterna var ärliga i sina svar och kunde berätta fritt om sina erfarenheter.

Enligt Danielsson, (2014) är det författarnas ansvar att intervjun blir så bra som möjligt. Uppmärksamheten i lyssnandet spelar en viktig roll för att kunna fånga upp det som förmedlas under samtalet (a a). Eftersom båda författarna saknade vana i att intervjua medverkade båda under intervjuerna. Detta gjordes för att säkra att informantens verbala och icke verbala kommunikation fångades till fullo. Det skulle kunna vara en svaghet att båda författarna var ovana vid att intervjua,

dock med hjälp av intervjuguiden och bisittarens funktion optimerades det att samtalen svarade mot syftet med studien. Då författarna valde att genomföra intervjuerna tillsammans kan det ur denna aspekt även ha varit värdefullt att författarna har kunnat reflektera och diskutera sinsemellan. Ytterligare en fördel i att författarna varit två i genomförandet är att den vetenskapliga kvaliteten har stärkts, rikliga reflektioner och diskussioner över hur datainsamling och analys på bästa möjliga vis kunnat fånga fenomenet som studien haft till syfte att fånga har förts.

Deltagarantalet på tolv informanter upplevdes av författarna som rimligt med hänsyn till den tid som fanns att disponera. Polit och Beck (2012) beskriver att det är viktigt att de som väljer att medverka är villiga att prata, kunniga och reflekterande och urvalet handlar mer om att fånga det tänkta konceptet än att ha många informanter. Enligt Aveyard m.fl. (2015) är antalet deltagare färre vid kvalitativa intervjuer jämfört med kvantitativa studier. Henricson och Billhult (2014) beskriver att en stor homogen grupp skulle ge ett omfattande datamaterial att behandla vilket försvårar analysen. Då är det lämpligare att välja färre personer med olika erfarenheter till intervjuer som kan ge en rik beskrivning av det som ska undersökas (a a). Kvale & Brinkman, (2014) nämner att ett antal på 15 +/- 10 personer är lämpligt beroende på den tid och de resurser som är tillgängliga.

Undersköterskorna hade varierande grad av utbildning inom vård och omsorg, ingen av dem var ny i sin yrkesroll. Eftersom studier (Smedman m.fl., 2015; Drageset m.fl., 2015) indikerar att ny personal ofta har ett ökat behov av stöd och handledning kunde resultaten av beskrivningen av sjuksköterskan sett annorlunda ut om omvårdnadspersonal utan utbildning eller nyanställda varit med. Samtidigt kan det i denna studie vara en styrka eftersom de flesta hade lång erfarenhet och kunde ge en mer nyanserad bild över sjuksköterskan. Alla informanter var kvinnor men urvalet anses ändå vara representativt vad gäller genusperspektivet då enligt Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2014) är färre än tio procent av nästan en halv miljon anställda inom vård och omsorg i Sverige män.

I denna studie har kriterierna giltighet, pålitlighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet beaktats. Enligt Polit & Beck, (2012) har Lincoln och Guba, (1985) föreslagit dessa fyra kriterier för trovärdigheten i kvalitativa studier (a a). Giltigheten handlar om sanningen av resultatet och hur väl data och analysprocess relaterar till studiens syfte. Eftersom informanterna fick utrymme och möjlighet att berätta sin upplevelse, stärktes möjligheten att fånga fenomenet studien hade för avseende att fånga. Intervjuguiden hjälpte författarna att hålla fokus under samtalet. Valet av datainsamlingsmetod och hur väl analysen utförs spelar roll för giltigheten (Graneheim & Lundman, 2004), dock är kvalitativ innehållsanalys enligt Polit och Beck, (2012) en krävande och utmanande uppgift. Vidare kan det enligt Graneheim och Lundman (2004) vara svårt att skapa kategorier som inte på något vis sammankopplar med någon annan kategori då man är ute efter att fånga mänskliga upplevelser. Men genom att studien utförts av två författare har dock giltigheten i studien ökat. Giltigheten kan inte uppnås utan pålitligheten i studien.

Pålitligheten i studien handlar om hur data kan förändras över tid och hur stabil studien är (Graneheim & Lundman, 2004). Valet av kvalitativ innehållsanalys som är en erkänd metod och att intervjuerna har spelats in stärker pålitligheten. Frågan gällande pålitlighet är; skulle fynden av en studie kunna repeteras med samma eller liknande informanter i samma eller liknande kontext (Polit & Beck,

2012). Detta har författarna velat säkra genom användandet av intervjuguiden i samtliga intervjuer och att ge en detaljerad bild av studiens förfarande samt att analysen utfördes av både författarna vilka därefter gemensamt diskuterade tills att konsensus uppnåddes.

Överförbarhet handlar om studiens resultat är överförbar på en annan miljö än den som studerats (Graneheim & Lundman, 2004). Det har författarna beaktat genom att en beskrivande data beskrivits angående kontext och informanter. Detta så att läsaren själv kan utvärdera om studiens resultat är applicerbar på andra kontexter (Polit & Beck, 2012). Studien är liten men författarna anser att genom att datainsamlingen skett på flera olika SÄBO och att informanterna beskrev sjuksköterskan ungefär på samma sätt bör det i resultat finnas fynd som är väl applicerbara på andra kontexter. Efter tio intervjuer, kom inga nya resultat fram utan de två sista intervjuerna kändes mer bekräftade mot de resultat som tidigare framkommit.

Bekräftelsebarheten handlar om studiens objektivitet. Eftersom både författarna varit med under studiens gång och diskussioner har förts genomgående vad syftet med studien varit samt att analysen skedde först var för sig för att sedan diskutera till konsensus uppnåddes har bekräftelsebarheten beaktats. Enligt Polit och Beck (2012) uppnås bekräftelsebarheten först när resultatet reflekterar informanternas röst och inte att resultatet reflekterar författarnas perspektiv.

I denna studie fanns risk att undersköterskorna kunde känna att de trampade sjuksköterskan på tårna om det framkom att besvärliga situationer upplevts. Det kunde finnas en risk att informanterna upplevde att de "skvallrade" eller "pratade strunt" men författarna har varit tydliga med att fenomenet som ska fångas utgår från ett professionellt synsätt och förhoppningsvis leda till en rikare förståelse för omvårdnaden. Enligt Datainspektionens allmänna råd (2008) ska IT-utrustning säkras för att skydda de personuppgifter som används i studien. Författarna ska bedöma de konsekvenser studien kan ge informanten samt vilka fördelar som deras deltagande kan ge för studien (Polit & Beck, 2012). Summan av de vetenskapliga fördelarna som studien kan tänkas ges skall uppvägas mot de risker som kan finnas för informanten (WMA Declaration of Helsinki, 2013). Intervjuer som datainsamlingsmetod ställer höga krav på författaren vilket ställer höga krav på dennes känslighet när det gäller hur långt hen kan gå i sina frågor (Kvale & Brinkmann, 2014). Författarna anser att eventuella risker informanterna utsattes för genom sitt medverkande till examensarbetet är små eftersom alla informanter blev intervjuade i egenskap av undersköterskor. Undersköterskor tillhör en yrkeskår inom hälso- och sjukvården och är inte en sårbar grupp till skillnad från till exempel sköra äldre. Informationen i tabell 1 som beskriver informanternas karaktäristika är medvetet sparsam för att ytterligare säkra informanternas anonymitet. En tabell där information om informantens ålder, kön, utbildning, antal år i yrket och antal år på aktuell arbetsplats kopplad till informant 1, 2 och så vidare skulle öka risken för att någon informant blir igenkänd och får sin anonymitet röjd. Största möjliga konfidentialitet har eftersträvat enligt de etiska riktlinjerna. Det är möjligt att känslor kan väckas som inte informanten räknat med, dock upplever författarna att informanterna gärna ville dela med sig av sina erfarenheter. En informant var nervös innan intervjun men det slutade med nästan en timmes intervju vilket författarna anse spegla en god intervjumiljö och att informanten kände sig trygg under intervjun.

## RESULTATDISKUSSION

Denna studie visade att sjuksköterskan kunde förstås genom kärntemat ”viktig men diffus” vilket speglade undersköterskornas svårigheter att beskriva sjuksköterskans funktion. Undersköterskornas upplevelse av sjuksköterskans närhet ingav en känsla av trygghet och sjuksköterskan upplevdes ha huvudansvaret för omvårdnaden och kunde stötta samt fatta beslut om så behövdes. Dock hade undersköterskorna svårigheter att beskriva sjuksköterskans funktion i omvårdanden vilket gav en känsla av att sjuksköterskans funktion var diffus. Anmärkningsvärt fanns upplevelsen att det var verksamhetschefen eller biståndshandläggaren som hade ansvaret för planeringen av omvårdnaden kring personer med demenssjukdom. Detta skulle kunna förklaras genom att sjuksköterskan intagit en passiv roll som omvårdnadsledare, och arbetade mest med medicinska och administrativa uppgifter. Tidigare studier (Jeon m.fl., 2010; Beck m.fl., 2010; Josefson, 2006) beskriver att sjuksköterskan intagit en allt mer konsultativ och administrativ roll på SÄBO vilket denna studie också bekräftade. En möjlig förklaring till detta kan vara att sjuksköterskan och undersköterskan arbetar under olika lagstiftningar, nämligen socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Författarna tror även att det kan bero på att det finns en distans mellan sjuksköterskan, undersköterskan och omvårdnadsarbetet i olika avseenden och att sjuksköterskan inte aktivt tydliggjort sitt omvårdnadsansvar. En annan tänkbar förklaring kan vara att medlemmarna i teamet kring personer med demenssjukdom inte är medvetna om sina egna och varandras funktioner. Jeon m.fl. (2010) belyser att om ett team ska kunna fungera krävs bland annat att de som ingår i teamet är medvetna om varandras roller och funktioner (a a). Ett rimligt antagande från författarna är att någon bör tydliggöra och synliggöra detta, samt att ett stort ansvar ligger på sjuksköterskorna själva genom att ta kommando och bli ledare för omvårdnaden.

Resultatet visade således att undersköterskorna inte upplevde sjuksköterskan som någon tydlig ledare för omvårdnaden. Beck, m.fl., (2012) beskriver i en studie att i samband med vård i livets slutskede på SÄBO så upplevde undersköterskorna sjuksköterskan som en ledare av omvårdnaden när hen lyssnade, gav instruktioner och tog ansvar över vården för den döende. Wong m.fl., (2013) konstaterar att sjuksköterskans ledarskap har betydelse för utfallet av omvårdnadsresultatet för patienten, både när det gäller dödsfall men även för vårdrelaterade skador. Ett ledarskap som är motiverande, uppmuntrande och som skapar förutsättningar för att arbeta mot gemensamma mål har visat sig vara mest effektivt (a a). Dock är kunskapen om arbetsgruppens förmåga till samarbete väsentligt för att kunna veta vilken sorts ledarskap som är lämpligt (Carlström, m.fl., 2013). I resultatet framkom det att undersköterskorna upplevde sig som självständiga men önskade en mer övervakande sjuksköterska. Detta bekräftas av Havig, m.fl. (2011) som beskrev att en lämplig ledarskapsstil på SÄBO fokuserar på struktur, koordination, klargörande av roller och övervakning av verksamheten (a a), dvs ett mer uppgiftsfokuserat ledarskap vilket delvis motsäger Wong m.fl. (2013). Dock betonar komplexiteten gällande ledarskap och dess effekter av Havig, m.fl., (2011). Följaktligen upplevde inte undersköterskorna i denna studie sjuksköterskans ledarskap tydligt.

Sjuksköterskans relation till undersköterskorna i teamet beskrevs som jämställd, dock beskrev undersköterskorna att sjuksköterskan hade en viktig funktion i

teamet genom att lyssna på undersköterskorna och ta beslut då problem uppstod. Detta speglar det resultat som Karlsson m.fl., (2008) kommit fram till där sjuksköterskan förväntades både vara i jämställd relationen med undersköterskan och samtidigt vara den som var auktoritär nog att fatta beslut kring vården runt vårdtagaren (a a). Samtidigt fanns upplevelser som beskrev hur undersköterskorna hade upplevt tider då sjuksköterskan var överordnad dem i ett mer hierarkiskt sjukvårdssystem. Detta kan spegla en positiv utveckling i form av att maktstrukturer suddats ut i viss utsträckning vilket skulle kunna leda till en möjlighet till ett förbättrat samarbete i teamet enligt författarna. Enligt Jeon m.fl., (2010) bidrar ett bra samarbete i teamet till bättre förutsättningar för kvaliteten i omvårdnaden (a a).

Anmärkningsvärt fanns det beskrivningar där undersköterskorna inte ens upplevde att sjuksköterskan och personalen var ett team. Detta frångår de nationella riktlinjerna där ett multiprofessionellt teambaserat arbete ska genomsyra all vård, omvårdnad och omsorg (Socialstyrelsen, 2010). En förutsättning för ett förbättrat samarbetet, anser författarna, skulle vara att sjuksköterskan vore mer synlig i det dagliga omvårdnadsarbetet. Samtliga undersköterskor betonade att de upplevde både trygghet och säkerhet med en sjuksköterska närvarande vilket även andra studier bekräftar (Karlsson., 2008; Drageset m.fl., 2015; Smedman m.fl., 2015). Forskning visar vidare att en närvarande sjuksköterska i omvårdnaden ger bättre omvårdnadsresultat och antalet vårdskador minskar (Aiken m.fl., 2014; Dellifield m.fl., 2014). Det torde vara rimligt att anta att specialistsjuksköterskan för vård av äldre har en stor roll i att förbättra detta.

Resultatet indikerade att undersköterskorna själva ansvarade för omvårdnadens utformning och att sjuksköterskan bland annat inte ansvarade eller uppmuntrade till arbete efter livsberättelsen eller utformningen av denna. Sjuksköterskans kunskaper gällande rådande riktlinjer kan således ifrågasättas. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2010) ska all vård, omvårdnad och omsorg bygga på ett personcentrerat förhållningssätt (a a) och för att omvårdnaden ska kunna bygga på personens egna värderingar och livsmönster krävs det enligt studier att livsberättelsen upprättas och att omvårdnaden planeras efter denna (Skog,2013; McKeown m.fl. 2010). Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska verksamheten ledas på ett sådant sätt att kravet på god vård i hälso- och sjukvården upprätthålls. Vårdarbetet ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (Svensk författningssamling 1982:763) utföras så att det stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet (a a). Svensk sjuksköterskeförening beskriver dock att internationella undersökningar visat att endast 55 % av den vård som ges är enligt gällande praxis och ledarskapet står för en av de viktigaste faktorerna för lyckad implementering av god vård och omsorg. Det fanns indikationer på att svenska sjuksköterskors självskattade användning av forskningsresultat var lågt (SSF, 2013). Detta skulle således kunna förklara resultatet av studien.

Personalens agerande i samband med besvärliga omvårdnadssituationer som beskrivits i denna studie skulle rimligtvis kunna förklaras av att sjuksköterskan inte var närvarande i omvårdnaden samt avsaknad av en gemensam värdegrund. Skovdahl m.fl. (2004) beskrev att undersköterskor som saknade tillräckliga kunskaper, organisatoriskt stöd och stöd från sjuksköterskan hade svårigheter att bemöta aggressiva beteenden (a a). En mindre, svensk, etnografisk studie (Sandvoll m.fl., 2013) visade att undersköterskor ibland hade svårt att hantera oförutsägbara händelser, trots att de egentligen hade den kompetens som

erfordrades (a a). En gemensam värdegrund ger möjlighet till en tryggare och bättre arbetsmiljö med möjlighet till förbättrat bemötande vid aggressivt beteende (Skovdahl, 2003).

Fynd i denna studie visade att sjuksköterskans stöd gällande BPSD var sparsamt relaterat till bristande kunskaper om bemötande vid BPSD. Det framkom bland annat att sjuksköterskan satte in lugnande läkemedel utan att först sätta in lämpliga omvårdnadsåtgärder. Lövheim m.fl., (2006) bekräftar att det förekommer att det sätts in lugnande läkemedel relaterat till rutiner och personalens mående istället för att se personen bakom demenssjukdomen (a a). Enligt de nationella riktlinjerna ska symtom vid beteendestörningar först och främst behandlas med adekvata omvårdnadsåtgärder (Socialstyrelsen, 2010). Enligt Kitwood, (1997) kan besvärliga symtom som personer med demenssjukdom uppvisa vara en förklaring till behov som inte är tillgodosedda (a a). Socialstyrelsen (2015a) menar att en helhetsbedömning som utgår från vårdtagaren ställer krav på goda geriatriska kunskaper (a a). Författarna tolkar resultatet att det finns indikation på att dagens omvårdnad på SÄBO inte uppfyller dessa krav.

Resultatet indikerar att sjuksköterskan måste kunna känna av balansen mellan att lägga för mycket respektive för lite ansvar på undersköterskorna. Undersköterskorna beskrev nämligen hur de fått ta över vissa av uppgifter som de ansåg vara sjuksköterskans och de beskrev en frustration över att det lades för mycket ansvar på dem vilket även är belyst av Furåker & Nilsson (2010). Samtidigt upplevde undersköterskorna att sjuksköterskan "tagit över" uppgifter från undersköterskorna vilket upplevdes som negativt. Detta visade även Karlsson (2008) som beskrev hur undersköterskorna kunde uppleva en bristande tillit från sjuksköterskan i samband med att de inte fick utföra sjukvårdsuppgifter som sjuksköterskan delegerar. Beck mlf (2012) belyser att delegering av vissa uppgifter bekräftar undersköterskornas kompetens. Således bör sjuksköterskan försöka balansera ansvaret för undersköterskorna och rimligtvis krävs en öppen och god kommunikation sinsemellan för en medvetenhet angående delegering.

Kommunikation anses ofta vara den faktor som brister i samverkan, vilket tydligt kunde ses i detta resultat. Enligt Lindström m.fl. (2014) finns brister i kommunikationen och samordningen inom hälso- och sjukvården idag och det tycks ligga en utmaning för aktörer att organisera och koordinera insatser som utgår från patientens behov (a a) Flera undersköterskor upplevde att sjuksköterskan inte lyssnade, att inget hände, att papper och signeringslistor fylldes i men utan att det sågs någon förändring. Även den bristfälliga dokumentationen leder till bristande kommunikation. Signeringlistor på självklara omvårdnadsåtgärder kändes kränkande och att sjuksköterskan nedvärderade undersköterskans kompetens. Hade sjuksköterskan informerat angående sitt motiv bakom ordinationen, är författarnas antagande att undersköterskan rimligtvis inte upplevt det som kränkande. En förbättrad kommunikation i teamet där alla förstår och vet vad som händer är viktigt, vilket också Jeon m.fl. (2010) bekräftar. Resultatet indikerade att det fanns bristande rutiner och att olika sjuksköterskor hade olika perspektiv och ordinerade olika åtgärder som ledde till att undersköterskorna kände sig förvirrade. Detta bekräftas av Lindström m.fl. (2014) som tydligt visade att det saknades tydliga rutiner och att samordningen idag beror på vilken läkare eller sjuksköterska vårdtagaren träffar och att ett stort ansvar läggs på vårdtagaren och dennes anhöriga att samordna sin vård (a a), i

denna studie påvisas att en stor del av ansvaret istället flyttats till undersköterskorna. Således kan en förbättrad kommunikation leda till en bättre omvårdnad för personer med demenssjukdom och resultatet i studien visar ett behov av förbättring gällande samarbete och samverkan. Intressant att diskutera är då varför inte sjuksköterskan blir både mer synlig och mer tydlig.

Resultatet visade att det fanns en bristande kontinuitet och hög personalomsättning av sjuksköterskor vilket undersköterskorna beskrev som barriärer för samarbete. Detta kan möjligtvis förklara varför sjuksköterskan intagit en sådan "någon-position". Organisatoriska barriärer som inte ger undersköterskor och sjuksköterskor ett tydligt uppdrag med möjligheter för bland annat kompetensutveckling står i vägen för en lyckad rekrytering. För att sjuksköterskan ska vilja arbeta kvar inom äldreården krävs ett accepterande genom hela organisationen för sjuksköterskans ledande funktioner av omvårdnaden (Engström & Johansson (2009); Karlsson, 2009). Som det beskrivits i bakgrunden är ofta sjuksköterskan engagerad och motiverad inom yrket men om organisationens erkännande saknas motverkas möjligheten för att omvårdnaden ska kunna utvecklas på ett positivt sätt (Dwyer, 2011). För att sjuksköterskan ska få mätbara resultat av sitt ledarskap krävs det att organisationen värderar och ger stöd för sjuksköterskans arbete (SSF, 2015).

Samtidigt som det finns organisatoriska barriärer tror författarna att vi sjuksköterskor själva inte förstått vikten av vår expertis inom omvårdnad. Således finns det förmodligen också barriärer inom vår egen yrkeskår. Resultatet visade att sjuksköterskans närvaro, kunskaper och kompetens är efterfrågade och att ett förbättrat teamarbete är önskvärt. Eftersom flertal studier indikerar att sjuksköterskans närvaro i omvårdnaden är av betydelse för kvaliteten på den omvårdnad som ges är det förkastligt om inte det är den utvecklingen som sjuksköterskorna bland annat bör bidra till att följa. Framförallt med tanke på den komplexiteten som omvårdnad för personer med demenssjukdom innebär.

## **KLINISKA OCH METODOLOGISKA SLUTSATSER**

Intervjuer som datainsamlingsmetod lämpade sig väl i studien för att få undersköterskornas perspektiv på sjuksköterskan i omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Undersköterskorna beskriver sjuksköterskan som betydelsefull och att denne fyller en viktig funktion. Dock finns det indikationer på brister i sjuksköterskans kunskaper gällande bemötandet av personer med demenssjukdom. Det saknas också tydlighet i sjuksköterskans ledarskap i omvårdnadsarbetet gällande omvårdnaden kring personer med demenssjukdom. Sjuksköterskans roll som den som systematiskt leder, fördelar och samordnar vårdarbetet i teamet är diffus och oklar. Specialistsjuksköterskan för vård av äldre har en utmanande uppgift att förbättra sjuksköterskans status. Barriärer för detta återfinns troligen både hos den enskilda sjuksköterskan, undersköterskor och hos chefer.

Båda författarna har genom detta arbete fått en ökad kunskap om vikten av en närvarande sjuksköterska i omvårdnaden av personer med demenssjukdom och en ökad förståelse för undersköterskorna. Som kommande specialistsjuksköterskor



har detta arbete fått oss att få en bättre förståelse för den kommande rollen och vilka utmaningar som vi har att vänta. Vi har sett att det finns ett behov av att tydliggöra omvårdnaden på SÄBO, stärka teamarbetet och få hela vård- och omsorgsorganisationen att förstå vikten av ökad kvalitet på den vård som de erbjuder på SÄBO. Dock har Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2014) beskrivit att en av specialistsjuksköterskans funktioner skulle vara att förbättra samarbetet med läkaren och genom detta avlasta en del av dennes arbete. Detta ser vi som oroande eftersom sjuksköterskans närvaro i omvårdnaden har betydelse för vårdtagarens resultat i den omvårdnad som ges. Här ser vi den stora utmaningen, att öka närvaron och förbättra samarbetet med undersköterskorna. Utifrån ovan resonemang kommer det att krävas goda kunskaper i omvårdnadens sex kärnkompetenser för att som kommande specialistsjuksköterska ha verktyg för att kunna förändra och förbättra den omvårdnad som idag ges till personer med demenssjukdom på SÄBO. Utifrån resultatet krävs det ett personcentrerat förhållningssätt genom hela organisationen, stabila team och ett tydligt ledarskap. Skulle en implementering av magnetmodellen, där sjuksköterskans autonoma omvårdnadsexpertis tas tillvara på att kunna vara en lösning? Sjuksköterskan ska verka som omvårdnadsexpert, ledare, pedagog och kvalitetsutvecklare som enligt Svensk sjuksköterskeförening är vår kommande roll som specialistsjuksköterska för vård av äldre.

Med bakgrund av de resultat som presenterats vore ytterligare forskning som belyser sjuksköterskans samt verksamhetsansvarigs uppfattning om omvårdnaden för personer med demenssjukdom vara värdefullt.

## **SJÄLVSTÄNDIGHET**

Mikael ansvarade för kontakten med tre av SÄBO, Nina för ett. Gemensam ansträngning för att få tag på verksamhetscheferna. Gemensam diskussion gällande intervjufrågorna. Författarna intervjuade hälften var och transkriberade även hälften var. Analysen av alla tolv intervjuer gjordes först enskilt därefter en gemensam diskussion.

Inledning: Gemensamt

Bakgrund: Huvudansvar Nina - samarbete med att erhålla studier

Metod: Huvudansvar Mikael - samarbete med att erhålla studier

Resultat: Gemensamt

Metoddiskussion: Huvudansvar Mikael - med ett gemensamt samarbete

Resultatdiskussion: Huvudansvar Nina - med ett gemensamt samarbete

Slutsatser: Gemensamt

## REFERENSER

Aiken L.H, Sloane D.M, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Sermeus, W, (2014) Nurse Staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet, Early Online* Publication, 26 February 2014, doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Albinsson L, & Strang P, (2002) Staff opinions about the leadership and organization of municipal dementia care. *Health and Social in the Community*, 10(5), 313-322.

Aveyard H, Sharp P & Williams M, (2015) *A beginner's guide to critical thinking and writing*. Glasgow; Open University Press

Basun, H, (2013) *Demenssjukdomar*. I Basun, H, Skog M, Wahlund LO, Wijk H, (red) *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber.

Beck I, Törnquist A, Broström L & Edberg A-K, (2010) Nurses experience of palliative care in nursing homes. *Journal of Clinical nursing*, 19, 58-69.

Beck I, Törnquist A, Broström L & Edberg A-K, (2011) Having to focus on doing rather than being- Nurse assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 455-464.

Bedin G M, Droz-Mendelzweig M & Chappuis M, (2012) Caring for elders: the role of registered nurses in nursing homes. *Nursing Inquiry*, 20(2) 111-120.

Burnard P, (1996) Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.

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

Chenoweth L, King M, Joeon Y-H, Stein-Parbury J, Norman R, Haas M & Luscombe G, (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study CADRES of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial *Lancet Neurology* 2009;8 317-325.

Danielson E, (2014) *Kvalitativ forskningsintervju* I: Henricson M, (Red) *Vetenskaplig teori och metod* (Upplaga 1:4). Lund: Studentlitteratur AB, s 163-174.

Dellefield M E, Castle N, McGilton K, & Spilsbury K, (2015) The Relationship Between Registered Nurses and Nursing Home Quality An Integrative Review (2008-2014). *Nursing Economics* 33(2) 95-116

Drageset I, Normann H K, & Elstad I, (2015) Identity-supportive nursing of patients with dementia in nursing homes. *Nordisk sygeplejeforskning* 3 (5), 296-310.

- Dwyer D, (2011) Experiences of registered nurses as managers and leaders in residential aged care facilities: A systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(4), 388-402.
- Dwyer L-L, Hansebo G, Andershed B & Ternstedt B-M, (2010) Nursing home residents' view on dying and death: nursing home employee's perspective. *International Journal of Older People Nursing*, 6, 251-260.
- Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald E, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, Lloyd M, Ahktar-Danesh N & Dicenso A, (2013) A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10) 2148-2161.
- Datainspektionens allmänna råd, (2008) *Säkerhet för personuppgifter* Stockholm november 2008.
- Engström B, & Johansson G, (2009) Sjuksköterskan som ledande, ledare och chef. I M. Kihlgren (Red.), *Sjuksköterska med uppdrag att leda* (9-12). Lund: Studentlitteratur.
- Etikrådet Hälsa och Samhälle, (2016) *Högskolans ansvar för etiken i studentarbeten*. Wendel, L.  
>[www.mah.se/hs/etikradet](http://www.mah.se/hs/etikradet)< (2016-02-13)
- Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R & Howard R, (2006) Effect on enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ Online First* 1-6.
- Furåker, C & Nilsson A, (2010) The competence of certified nurse assistants caring for persons with dementia diseases in residential facilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 146-152.
- Gallagher S, Bennett K, & Halford J, (2006) A comparison of acute and long term health-care personnel's attitudes towards older adult. *International Journal of Nursing Practice*, 12 273-279.
- Graneheim U H, Lundman B, (2003) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (24), 105-112.
- Havig A, Skogstad A, Kjekshus L-E, & Romören T, (2011) Leadership, staffing and quality of care in nursing homes. *BMC Health Services Research* 11(327)  
><http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/327>< 2016-05-05
- Hoffman W, (2013) *Palliation vid demenssjukdom- att lindra när bot inte finns I* Basun, H, Skog M, Wahlund LO, Wijk H, (red) *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber, s 275-290.
- Jeon Y-H, Merlyn, T & Chenoweth L, (2010) Leadership and management in the aged care sector: A narrative synthesis. *Australasian Journal on Ageing* 29(2), 54-60.

- Josefsson, K, (2006) *Municipal elderly care: Implications of registered nurses' work situation, education and competence*. Karolinska institutet. Stockholm.
- Karlsson I, Ekman S-L, Fagerberg I, (2009) A difficult mission to work as a nurse in a residential care home- some registered nurses' experiences of the work situation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23. 265-273.
- Karlsson I, Ekman S-L, Fagerberg I, (2008) To both be like a captain and fellow worker of the caring team: the meaning of Nurse Assistants' expectations of Registered Nurse in Swedish residential care homes. *International Journal of Older People Nursing*, 3 (1), 35-45.
- Karlsson C, Sidenvall B, Bergh I & Ernsth-Bravell M, (2013) Certified nursing assistants' perception of pain in people with dementia: a hermeneutic enquiry in dementia care practice. *Journal of Clinical Nursing*, (22), 1880-1889.
- Kitwood T, (1997) *Dementia reconsidered the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kvale S & Brinkmann S, (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Krippendorff K, (1980) *Context Analysis*. Beverly Hills, CA: Sage Publication, Inc.
- Krippendorff K, (2013) *Content analysis: an introduction to its methodology*. 3 uppl. London: SAGE
- Lindström E, Anell A, Fernvall E, Nilbert M, Tengvald K, Lennartsson F & Svensson M, (2014) *VIP i vården?- om utmaningar i vården av personer med kroniska sjukdomar*. Stockholm: TMG Sthlm. Vårdanalys Rapport 2014:2.
- Lövheim H, Sandman P-O, Kallin K, Karlsson S & Gustafson Y (2006). Relationship between antipsychotic drug use and behavioural and psychological symptoms of dementia in older people with cognitive impairment living in geriatric care. *International Psychogeriatrics*, 18 (4), 713-726.
- Lincoln S, & Guba G, (1985) *Naturalistic inquiry*. USA: Sage publications, Inc
- McCormack B, Dewing J, Breslin L, Coyne-Nevin A, Kenedy K, Manning M, Peelo-Kilroe L, Tobin C och Slater P, (2010b) Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential setting for older people. *International Journal of Older people Nursing* 5 93-107.
- McCormack B, Karlsson B, Dewing J & Lerdal A, (2010a) Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 620-634.
- McKeown J, Clarke A, Ingleton C, Ryan T, Repper J (2010) The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care *International Journal of Older People Nursing*, 148-158.

Patientsäkerhetslagen, 2010:659

Pearson A, Laschinger H, Poritt K, Jordan Z, Tucker D & Long L, (2007) Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that foster a healthy work environment in healthcare. *Int J Evid Based Healthcare* 5, 208-253.

Polit, D F, Beck, C T, (2012) *Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för sjuksköterskan inom Äldrevård och Svensk sjuksköterskeförening, (2012) *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning vård av äldre*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

SBU, (2006) *Sammanfattning av SBU:s rapport om Demenssjukdom En systematisk litteraturöversikt*. Rapportnr: 172, utgivningsår: 2006.

Sandvoll AM, Kristoffersen K, Hauge S, (2013) The double embarrassment: Understanding the actions of nursing staff in an unexpected situation. *International Journal of Nursing Practice*, 19, 368-373.

SKL, (2014) *Sveriges viktigaste jobb i vården och omsorgen hur möter vi rekryteringsutmaningen?* Tryck: LTAB.

Skog M, (2013) *Den fundamentala och kroppsnära vården och omsorgen vid demenssjukdom*. I Basun, H, Skog M, Wahlund LO, Wijk H, (red) *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber, s 77-152.

Skolverket

><http://www.skolverket.se/laroplaner-amnen-och-kurser/gymnasieutbildning/gymnasieskola/sok-amnen-kurser-och-program/program.htm?lang=sv&programCode=vo001>< 2016-03-30

Skovdahl, K, Larsson- Kihlgren A, Kihlgren M, (2003) Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia - narratives from two caregiver groups. *Aging & Mental Health*, 7 (4), 277-286.

Skovdahl, K, Larsson- Kihlgren A, Kihlgren M, (2004) Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. *Journal of clinical Nursing*, 13, 515-525.

Smedman A, Gustafsson K och Flesner G, (2015) Att vårda äldre personer på särskilt boende under livets slutskede – undersköterskornas perspektiv. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 2(5), 79-92.

Socialstyrelsen, (2006) Vård- och omsorgsassistenters kompetens – en litteraturgenomgång. Artikel nr: 2006-123-39

>[https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9657/2006-123-39\\_200612339.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9657/2006-123-39_200612339.pdf)< 2016-03-30

Socialstyrelsen, (2010) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Västerås: Edita Västra Aros

Socialstyrelsen, (2011) SOSFS 2011:12 Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.

Socialstyrelsen, (2014) *Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom rekommendationer bedömningar och sammanfattning*. Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen, (2015a) *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer Hur riktlinjerna kan anpassas till mest sjuka äldres särskilda förutsättningar och behov*. Socialtjänstlag, 2001:453.

Socialdepartementet, (2003) *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*  
>[www.regeringen.se/rattsdokument/departementsserien-och-promemorior/2003/10/ds-200347/](http://www.regeringen.se/rattsdokument/departementsserien-och-promemorior/2003/10/ds-200347/)< 2016-04-01

Svensk sjuksköterskeförening, (2013) *Svensk sjuksköterskeförening om Implementering*.

Svensk sjuksköterskeförening, (2015) *Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen*  
><http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/ledarskap.for.omvardnad.och.magnetmodellen.pdf>< 2016-05-15

Testad I, Corbett A, Arslan D, Osland Lexow K, Fossey J, Woods B & Ballard C, (2014). The value of personalized psychosocial interventions to address behavioural and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review *International Psychogeriatrics*, 26:7 1083-1098.

Wijk H, (2009) *God omvårdnad av personer med demenssjukdom I Omvårdnad för äldre*. Rapport från hearing år 2009.

WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, (2013)  
>[www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/)< 2016-01-30

Wong, C A, Cummings G G & Ducharme L, (2013) The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724.

WHO, (2015)  
>[www.who.int/features/factfiles/dementia/en/](http://www.who.int/features/factfiles/dementia/en/)< 2016-03-30

## **BILAGOR**

Bilaga 1: Informationsbrev

Bilaga 2: Samtyckesbrev informant

Bilaga 3: Samtycke verksamhetschef

Bilaga 4: Intervjuguide

Bilaga 5: Formulär

<b>Informationsbrev</b>	
<p><b>Projektets titel:</b> Omvårdnadspersonalens upplevelser av sjuksköterskans roll och funktion i omvårdnaden av personer med demenssjukdom – en intervjustudie.</p>	<p><b>Datum:</b></p>
<p><b>Studieansvariga:</b> Nina Jönsson Mikael Giorgetti <b>E-post</b> Nina Jönsson ninajonsson@hotmail.com Mikael Giorgetti mikael.giorgetti@gmail.com</p>	<p><b>Studerar vid Malmö högskola, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040-665 70 00</b></p> <p><b>Utbildning:</b> Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre <b>Nivå:</b> Avancerad nivå</p>
<p>Vi är två studenter som studerar specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre vid Malmö högskola. Under vårterminen kommer vi att genomföra en intervjustudie som utgör vårt examensarbete inom omvårdnad. Syftet med studien är att undersöka hur omvårdnadspersonalen upplever sjuksköterskans roll och funktion i omvårdnadsarbetet av personer med demenssjukdom på särskilt boende.</p> <p>Intervjun, som kommer spelas in på band, beräknas ta 40-60 minuter och du kommer även att få fylla i ett kortare formulär med frågor rörande arbetslivserfarenhet, utbildning och tjänstgöringsgrad. Samtycke för intervjun finns från verksamhetschefen och intervjun kan ske på arbetstid.</p> <p>Största möjliga konfidentialitet eftersträvas och ingen obehörig kommer få ta del av materialet. Materialet förvaras så att det endast är åtkomligt för studieansvariga. I rapporteringen av resultatet kommer ditt deltagande att avidentifieras så att det inte går att koppla resultatet till dig. Därefter kommer materialet att arkiveras på Malmö högskola. Resultatet kommer att rapporteras i form av ett examensarbete och kommer att publiceras på Malmö högskolas databas för studentuppsatser. Inhämtad kunskap från denna studie kan användas till att utveckla ledarskap och teamarbete.</p> <p>Ditt deltagande i studien är frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.</p> <p>Ytterligare upplysningar kan lämnas av studieansvariga.</p> <p><b>Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien</b></p>	



<b>Samtycke från deltagare: Omvårdnadspersonalens upplevelser av sjuksköterskans roll och funktion i omvårdnaden av personer med demenssjukdom – en intervjustudie.</b>	
<b>Projektets titel:</b> Omvårdnadspersonalens upplevelser av sjuksköterskans roll och funktion i omvårdnaden av personer med demenssjukdom – en intervjustudie.	<b>Datum:</b>
<b>Studieansvariga:</b> Nina Jönsson och Mikael Giorgetti  <b>Din E-post</b> ninajonsson@hotmail.com mikael.giorgetti@gmail.com	<b>Studerar vid Malmö högskola, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040-665 70 00</b>  <b>Utbildning:</b> Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre.
<b>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</b>	

**Tillstånd från verksamhetschef/motsvarande**

**Projektets titel: Omvårdnadspersonalens upplevelser av sjuksköterskans roll och funktion i omvårdnaden av personer med demenssjukdom – en intervjustudie.**

**Studieansvariga: Nina Jönsson och Mikael Giorgetti**

**Utbildning / nivå: Avancerad nivå**

**Härmed ger jag följande studenter vid Malmö högskola tillstånd att genomföra ovanstående undersökning i min verksamhet.**

**Namn:**

.....

**Verksamhetschef/motsvarande vid:**

.....

**Datum:**.....

**Underskrift:**.....

**Namnförtydligande:**.....

## INTERVJUGUIDE

- Kan du beskriva sjuksköterskans roll och funktion?
  - Ansvarsområden, synlighet, kontakt
- Kan du beskriva hur utformningen av omvårdnaden ser ut?
  - Vem leder, livsberättelsen, anhöriga
- Hur skulle du beskriva sjuksköterskans roll i omvårdnaden av personer med BPSD- symtom?
  - Omvårdnadsåtgärder, uppföljning
- Hur skulle du beskriva sjuksköterskans roll i arbetsteamet?
  - Samarbete, ledare
- Upplever du att du har tillräckligt med stöd och handledning från sjuksköterskan och på vilket sätt?
  - Kunskaper/kompetens
- Hur skulle du vilja att sjuksköterskans roll och funktion såg ut?

Exempelfrågor att använda: Om en ny brukare flyttar in, hur ser sjuksköterskans roll och funktion ut då? Om du upptäcker att en brukare äter sämre, hur ser sjuksköterskans roll och funktion ut då?

**INFORMATION**

Antal år i yrket: \_\_\_\_\_

Antal år på enheten: \_\_\_\_\_

Utbildning: \_\_\_\_\_

Tjänstgöringsgrad: \_\_\_\_\_

Ålder: \_\_\_\_\_