



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Kandidatexamen

Sjuksköterskans upplevelse av att ge personcentrerad vård till personer med demenssjukdom

En litteraturstudie

Nurses' experience of providing person-centred care to people with dementia – A literature review

Författare: Victoria Ahlenius & Maria Irarrazabal

Handledare: Marika Marusarz

Granskare: Maria Forsner

Examinator: Jan Florin

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ2018

Poäng: 15

Examinationsdatum: 160609

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Abstract

Background: Dementia impairs cognitive functions, such as memory and speech, changing a person's life forever. Providing person-centred care to these persons intend to retain their identities, dignity and autonomy. Such care demands time, devotion and good knowledge of the caring nurse. Dementia is expected to increase in the future and therefore nurses will have to face new challenges.

Aim: To describe nurses' experience of providing person-centred care for people with dementia.

Method: A literature review of 15 articles, published between 2009-2016, that have been read and analysed through content-analysis.

Results: Nurses experience a positive change in their attitudes, when providing person-centred care to people with dementia, as they gained better understanding of their patients' dignity and integrity. Education, training and support from management were seen as key factors for providing up-to-date care. Time was viewed as a hindrance for person-centred care, and often led to nurses prioritizing other routines. Two common outcomes of person-centred care were increased satisfaction as well as emotional burnout.

Conclusion: Since dementia is increasing and nurses find person-centred care time-consuming, there is a risk of such care becoming poor. To prevent this nurses need good leadership and education.

Key-words: Alzheimer's disease; dementia; nurses' experience; person-centred care.

Sammanfattning

Bakgrund: Demenssjukdomar försämrar den kognitiva funktionen, så som minne och tal, vilket förändrar en persons liv för alltid. Att ge personcentrerad vård till dessa personer ämnar behålla deras identitet, värdighet och autonomi. En sådan typ av vård kräver tid, hängivenhet och god kunskap av den behandlande sjuksköterskan. I framtiden förväntas alltfler att insjukna i demenssjukdom och sjuksköterskan kommer därför att behöva möta nya utmaningar.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att ge personcentrerad vård till personer med demenssjukdom.

Metod: En litteraturstudie där 15 artiklar, publicerade mellan 2009-2016, har blivit lästa och analyserade genom innehållsanalys.

Resultat: Sjuksköterskor upplevde en positiv förändring i sin inställning när de gav personcentrerad vård till personer med demenssjukdom. Framförallt då de fick ökad förståelse för deras patienters värdighet och integritet. Utbildning, övning och stöd från ledningen sågs som nyckelfaktorer för att kunna ge aktuell vård. Tiden sågs som ett hinder för personcentrerad vård och ledde ofta till att sjuksköterskorna prioriterade andra rutiner. Två vanliga följder av vårdandet rapporterades vara såväl ökad tillfredsställelse som emotionell utmattning.

Konklusion: Eftersom demenssjukdomar ökar och sjuksköterskor finner personcentrerad vård som tidskrävande, finns det en risk att sådan vård fallerar. För att förhindra detta behöver sjuksköterskor gott ledarskap och utbildning.

Nyckelord: Alzheimers sjukdom; demenssjukdom; personcentrerad vård; sjuksköterskans upplevelse.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
2. Bakgrund	1
2.1 Demenssjukdomar	1
2.1.1 <i>Alzheimers sjukdom</i>	1
2.1.2 <i>Övriga demenssjukdomar</i>	3
2.2 Personcentrerad vård	3
2.2.1 <i>Sjuksköterskans roll och ansvar</i>	4
2.2.2 <i>Personcentrerad vård och demenssjukdom</i>	5
2.3 Problemformulering	7
3. Syfte	7
3.1 Definition av centrala begrepp	7
3.1.1 <i>Demenssjukdom</i>	7
4. Metod	7
4.1 Design	7
4.2 Urval av litteratur	7
4.3 Värdering av artiklarnas kvalitet	8
4.4 Tillvägagångssätt	9
4.5 Analys	9
4.6 Forskningsetiska aspekter	10
5. Resultat	10
5.1 Inställning	11
5.2 Utbildning och kunskap	12
5.3 Ledarskap och stöd	13
5.4 Tillfredsställelse	15
5.5 Påfrestningar	16
6. Diskussion	17
6.1 Sammanfattning av huvudresultaten	17
6.2 Resultatdiskussion	17
6.2.1 <i>Klinisk betydelse för samhället</i>	19
6.3 Metoddiskussion	20
6.4 Etikdiskussion	21
7. Konklusion	21
7.1 Förslag till vidare forskning	22

Referenslista

Bilagor

- Bilaga 1 – Kvalitetsgranskning av kvalitativa studier
- Bilaga 2 – Kvalitetsgranskning av kvantitativa studier
- Bilaga 3 – Databassökningar
- Bilaga 4 – Artikelmatris

1. Introduktion

Ungefär 160 000 personer i Sverige lider av någon form av demenssjukdom och den siffran förväntas växa till 240 000 år 2050, om befolkningen fortsätter öka och inget botemedel har forskas fram (Svenskt Demenscentrum, 2014). Av dessa utgör Alzheimers sjukdom ca 60 %, vilket gör den till den vanligaste formen av demenssjukdom. Mot denna bakgrund kan en slutsats dras om att mängden personer med demenssjukdom kommer att utgöra en allt större del av patientskaran, oavsett vårdinrättning. Detta innebär att de kommer att bli en vanlig patientgrupp för sjuksköterskan.

Demensvården anses vara ett av de mest kvalificerade områdena inom sjuksköterskans profession, där kunskap och empati är nyckeln till god omvårdnad (Jansson, 2008). Att vårda en person vars personlighet, minnen och drömmar alltmer komprimeras är utmanande för sjuksköterskan, men kan också vara utvecklande. Det kräver ett engagemang som visar den drabbade att livet inte är över och att det finns hopp om en fin sista tid i livet.

2. Bakgrund

2.1 Demenssjukdomar

En person som lider av en demenssjukdom brukar ofta i vardagligt tal kallas ”dement”, eller att denne ”har demens”. Dock är det inte helt korrekt uttryckt, eftersom demenssjukdom är ett begrepp som rymmer flera olika sjukdomar. Den gemensamma nämnaren är att de påverkar hjärnans kognitiva funktion (Edberg, 2009). De vanligaste demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, frontallobsdemens och Lewy Body. Dessa fyra angriper hjärnan på olika vis, men alla fall leder detta till grav, kognitiv funktionsnedsättning, där bland annat minnesfunktionen är särskilt utsatt (a.a).

2.1.1 Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är en primärdegenerativ sjukdom där hjärnvävnaden långsamt bryts ned, främst i tinning- och hjässloben, vilket leder till kognitiv funktionsnedsättning (Edberg, 2009). Sjukdomen delas in i två olika huvudtyper; presenil och senil demens. Det är åldern vid insjuknandet som avgör vilken typ av

sjukdom personen drabbats av. Presenil demens infaller innan 65 års ålder och senil demens därefter. Utöver dessa huvudtyper delas sjukdomen även in i tre olika faser; mild, måttlig och svår. Dessa beskriver hur långt gången sjukdomen är. Sjukdomsförloppet är långt och utdraget, det kan ta upp till 10 år innan sjukdomen träder in i den svåra fasen, där den kognitiva funktionsnedsättningen blir allt värre och till slut leder till döden (a.a.).

I den milda fasen uppträder symtomen nästintill obemärkt (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2011). Det vanligaste symtomet är fortskridande glömska. Till en början kan detta ta sitt uttryck i att den drabbade glömmar vad som hänt under dagen eller exempelvis vad som sagts under ett samtal. Med tiden blir glömskan allt värre och leder till svårigheter att utföra vissa dagliga sysslor, som till exempel tvättning och handling. Även språket påverkas och för den drabbade kan det visa sig svårt att finna de rätta orden under konversation (a.a.). Med tiden blir funktionerna allt sämre och i den svåra fasen är personen helt beroende av daglig vård och omsorg, ofta liggandes i sängen (Edberg, 2009). Som en konsekvens av sängliggande är dödsorsaken ofta lunginflammation eller hjärtsvikt.

Personen som insjuknar i Alzheimers sjukdom är i det milda stadiet medveten om sitt tillstånd och hur sjukdomsförloppet kommer att fortskrida, vilket ofta leder till oro inför framtiden, skamkänslor inför anhöriga och irritation över att inte klara av vardagliga sysslor (Svenskt Demenscentrum, 2008). Det är inte ovanligt att sådana känslor leder till depression. I en tvärsnittsstudie fann Van der Musselle et al. (2013) att prevalensen av depression bland personer med Alzheimers sjukdom var vanligare än den hos personer med annan typ av kognitiv försämring. Var fjärde person, av samtliga 402, upplevde signifikanta depressiva symtom, exempelvis aggression och oro, som så småningom kunde leda till svår depression.

Det finns i dagsläget inget bot mot Alzheimers sjukdom, däremot finns det läkemedel som lindrar de kognitiva symtomen, så kallade kolinesterashämmare (Socialstyrelsen, 2010). En tidigt ställd diagnos kan därför vara viktig, så dessa lindrade läkemedel kan sättas in i tid, samt att en vårdplan kan läggas upp i

samråd med patienten (Dubois, Padovani, Scheltens, Rossi & Dell’Agnello, 2015).

2.1.2 Övriga demenssjukdomar

Vaskulärdemens är den näst vanligaste demenssjukdomen (Edberg, 2009). Till skillnad från Alzheimers sjukdom beror inte detta på nedbrytning av celler, utan cellerna skadas av syrebrist som en följd av blödningar eller infarkter i hjärnan. Symtombilden beror på var i hjärnan skadan sker, men ofta kommer den hastigt.

Frontallobsdemens drabbar, till skillnad från Alzheimers sjukdom, oftare yngre personer i arbetsför ålder. Symtomen kommer smygande, och eftersom skadan sitter frontalt i hjärnan är det vanligt med personlighetsförändring. Omdömet är särskilt utsatt, men minnet är välbevarat.

Lewy Body demens står för 2-20% av all demenssjukdom i Sverige, dock är den underdiagnostiserad troligen på grund av dess sena upptäckt på 1980-talet. Symtomen varierar ofta från dag till dag, men vanliga symtom är hasande gång, stelhet, trötthet och synhallucinationer. Nedsatt minnesfunktion är inte lika vanligt, men kan förekomma senare i sjukdomsförloppet (a.a.).

2.2 Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att vårdandet har ett holistiskt synsätt, där målet är att se personen bakom sjukdomen, att lyssna till och förvalta dennes individuella resurser relaterade till andliga, existentiella, sociala och psykiska behov (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2010a). Personen ska alltså inte betraktas utifrån sin sjukdom och dess begränsningar, utan istället utifrån möjligheterna och resurserna som personen själv innehar som egen individ (Ekman et al., 2011).

Den centrala delen i begreppet är person och inte patient (Bergbom, 2013; Ekman et al., 2011). Genom att ta hänsyn till detta styrks personens självkänsla och identitet, istället för att denne blir reducerad till sin sjukdom och dess begränsningar (Ekman et al, 2011). Varje person är unik och upplever sin situation utifrån sina egna förutsättningar, och därför kan samma

sjukdomsdiagnos upplevas olika (Bergbom, 2013). Av denna anledning bör vården vara formad utifrån personens egna upplevelser.

Patientcentrerad vård förekommer dock som ett centralt begrepp i aktuell forskning. Det tydliggörs däremot att vården ändå fokuserar på personen i sin helhet. Fransson Sellgren (2009) kallar det för patientfokuserad vård, men beskriver det ändå som att personliga värden ligger i fokus, såsom dennes önsningar och behov, samt att dennes situation är unik.

2.2.1 Sjuksköterskans roll och ansvar

Sjuksköterskans specialismråde är omvårdnad (SSF, 2014). God omvårdnad vilar på en humanistisk värdegrund, där personens autonomi och värdighet är okränkbara. Målet med god omvårdnad är att främja hälsa, samt förebygga ohälsa och lindra lidande. Sjuksköterskan ansvarar för att personen blir så delaktig i sin vård som möjligt, varför vårdandet bör vara personcentrerat (a.a.).

Ett av sjuksköterskans yttersta ansvar är att stödja personer som drabbats av sjukdom, med mål att livet ska kunna bli som vanligt igen, trots sjukdomens närvaro och påverkan (SSF, 2010a). För att göra detta möjligt krävs det att sjuksköterskan inte lägger in egna värderingar, utan respekterar personens värdighet och integritet (SSF, 2010b). På det viset kan en relation som bygger på tillit och hopp skapas. Fransson Sellgren (2009) menar att sjuksköterskan ständigt kan behöva förändra sitt arbetssätt för att tillgodose personens behov, och att då vara medveten om sina egna värderingar och kanske behöva omvärdera dessa.

För att kunna nå en annan persons innersta väsen behövs ett genuint intresse hos sjuksköterskan. Ekman et al. (2011) menar att utgångspunkten för en sådan relation börjar i berättelsen, den drabbade personens livshistoria. Detta lägger grunden för vad som kan kallas ett partnerskap mellan sjuksköterskan och personen. Att inbjuda personen att berätta om sitt liv och sina värderingar visar stark omtanke och att dennes känslor och upplevelser anses som viktiga resurser i den fortsatta vården (a.a.). Relationen ska vara ömsesidig och inte bygga på någon form av ensidig makt, utan båda parter har sin egen expertis att förvalta (Bergbom, 2013). Den drabbade personen kan ses som expert gällande

upplevelsen av sin sjukdom och respekt för dennes självbestämmande är därför en central del i relationen (Eide & Eide, 2007/2009). Förnekas personens självbestämmande och värdighet kan maktbalansen förskjutas och personen kan då hamna i en utlämnande beroendeställning (SSF, 2014).

Att vårda personcentrerat kan vara tidskrävande; det är ingen process som erbjuder genvägar då det kräver ett stort engagemang från sjuksköterskan (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2006). Ekman et al. (2011) rapporterar att sjuksköterskor upplever tidspress, vilket hindrar dem från att ge personcentrerad vård, men också att de ofta prioriterar andra arbetsuppgifter, till exempel medicinska. Att bli hindrad och inte kunna ge god vård leder ofta till frustration. I en intervjustudie rörande personcentrerad vård menade flera sjuksköterskor att arbetsbördan ofta låg utanför deras kontroll och att resurser som extra personal var av vikt för att kunna erbjuda god personcentrerad vård (Ross, Tod & Clarke, 2014).

Sjuksköterskan har även ett ansvar att se över arbetsmiljön, så att den inte påverkar personen som vårdas negativt (SSF, 2014). Alla har ansvar för en god personcentrerad vård, oavsett om bristerna ligger i miljön, ledningen eller kompetensen.

2.2.2 Personcentrerad vård och demenssjukdom

Hos personer med demenssjukdom är personcentrerad vård särskilt viktigt, då deras välbefinnande är skört och begränsat (Penrod et al., 2007). Den personcentrerade vården skapar möjligheter för personen att uppleva välbefinnande, som grundats på dennes personlighet och inte funktionsnedsättningen. Detta bygger på ett centralt behov av att känna sig älskad och accepterad, vilket leder till positiva känslotillstånd när detta blir uppfyllt (a.a.).

Förhållningssätt och synsätt på demenssjukdom har betydelse för hur vården utformas och mottages (SBU, 2006). Synsättet bör domineras av att personen med demenssjukdom inte har förlorat sin identitet, utan snarare att den hotas bli skadad av sjukdomen. Det är sjuksköterskans uppgift att förebygga detta.

En person med demenssjukdom får aldrig förnekas sin livshistoria baserat på föreställningen om att minnet är förlorat. Att inte minnas för tillfället betyder inte nödvändigtvis att minnen är förlorade för alltid. Karlsson, Sävenstedt, Axelsson och Zingmark (2014) har i en studie intervjuat personer med Alzheimers sjukdom, som berättar om sina livshistorier och hur de ser på livet i sin helhet. Författarna fann att sjuksköterskan kunde dra nytta av dessa livshistorier, då det gjorde den personcentrerade vården rikare gällande hopp och tillit. I en liknande studie intervjuades personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom, där de med hjälp av fotografier skulle beskriva vad som var lycka för dem (Shell, 2015). Fotografierna kunde bl.a. föreställa familj, djur och natur, och utifrån detta kunde studiedeltagarna berätta vad som gjorde dem lyckliga. Författaren kom slutligen fram till att försämrad kognitiv funktion inte nödvändigtvis hade ett samband med minskad lycka. Deltagarnas tankar och känslor berikade även den personcentrerade vården.

Oro är ett vanligt symptom bland alla demenssjukdomar, vilket kan vara svårhanterligt. Qazi, Spector och Orrell (2010) fann att personcentrerad vård kunde vara ett mycket fördelaktigt förhållningssätt för att bearbeta oron. De menar att det krävs en förståelse för personens bakgrund och att samma bemötande inte fungerar för alla. Det handlar om att kunna se varje personen som en unik individ. Detta förhållningssätt gav sjuksköterskorna bättre självförtroende och ett lugn vad gällde att bemöta oron. Detta ledde till att personerna med demenssjukdom blev mindre oroliga när de bemöttes med värdighet och respekt. Att behandla oro med medicin ansågs alltid som en sista utväg.

Att ha ett helhetsperspektiv, där både fysiska och psykiska behov beaktas, är nyckeln i den personcentrerade vården. Det underlättar vardagen och skapar en god livskvalité för personer med Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar (Socialstyrelsen, 2010).

2.3 Problemformulering

Alzheimers sjukdom utgör mer än hälften av all demenssjukdom i Sverige och antalet insjuknande förväntas öka avsevärt i framtiden. Detta ställer större krav på sjuksköterskans kunskap och kompetens, då den personcentrerade vården innebär en tät vårdrelation där sjuksköterskan arbetar för att se patientens egna möjligheter och resurser. I dialog med patienten lyfts dessa aspekter upp och vården anpassas individuellt därefter. Att tillämpa en sådan typ av vård kan vara både tidskrävande och utmanande för sjuksköterskan, vilket kan leda till utmattning. En litteraturstudie som lyfter sjuksköterskans upplevelse av att ge personcentrerad vård till personer med demenssjukdomar, framförallt Alzheimers sjukdom, förväntas ge författarna en ökad handlingsberedskap i framtida vård av dessa personer.

3. Syfte

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att ge personcentrerad vård till personer med demenssjukdom.

3.1 Definition av centrala begrepp

3.1.1 Demenssjukdom

Litteraturstudien avhandlar ospecificerad demenssjukdom. Författarna har dock valt att benämna Alzheimers sjukdom när den specifikt nämns i vetenskapliga artiklar. Detta eftersom Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen.

4. Metod

4.1 Design

Studien presenteras i form av en litteraturstudie, som ämnar aktualisera och sammanställa aktuell forskning om ämnet (Friberg, 2012).

4.2 Urval av litteratur

För att svara på litteraturstudiens frågeställning har sökord relaterade till syftet använts. Återkommande sökord som använts är *Alzheimer's disease*, *dementia*, *person-centred care* och *staff*. Även *person-cent** har använts på grund av att stavningen av personcentrerad vård har två vedertagna stavningar på engelska

(person-centred care och person-centered care). *Patient-centred care* och *patient-cent** har också använts vid vissa sökningar, för att få flera träffar, men författarna har då säkerställt att samma principer gäller som för personcentrerad vård. *Staff* användes för att bredda sökningen, då flera studier baserades på fler professioner än enbart sjuksköterska. Ordet upplevelse användes inte vid alla sökningar, eftersom det finns flera engelska översättningar av ordet, bland annat *experience*, *attitudes* och *outcome*. Anledningen var att inte begränsa sökningen allt för mycket. Databaser som främst användes var PubMed och Cinahl då dessa är inriktade mot omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2013). Ingen databas är dock heltäckande (Östlundh, 2012), därför har författarna valt att komplettera med sökningar i Web of Science.

Inkluderade vetenskapliga artiklar är studier baserade på sjuksköterskor som arbetar med personer som är diagnostiserade med Alzheimers sjukdom eller annan demenssjukdom. Flera av artiklarna är baserade på upplevelser av vårdpersonal, dessa har dock inte exkluderats eftersom sjuksköterskor utgör en del av studiedeltagarna. Författarna har då endast baserat resultatet på citat och statistik från sjuksköterskorna i dessa studier. Samtliga forskningsländer har godtagits, då författarna upplever att det kan ge ett större perspektiv. Vad gäller artiklarnas kvalitet har författarna valt att inkludera artiklar med medel till hög kvalitet, för att säkerställa att litteraturstudien baseras på artiklar som haft ett adekvat tillvägagångssätt. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har inkluderats. Ett viktigt kriterium för de inkluderade artiklarna har varit att de godkänts av en etisk kommitté eller haft noggrann etiskt övervägande. Detta för att kunna säkerställa studiedeltagarnas samtycke och säkerhet.

Exkluderade vetenskapliga artiklar är studier som är äldre än 10 år, detta för att säkerställa att det rör sig om aktuell forskning. Artiklar som inte uppfyllt litteraturstudiens syfte har exkluderats.

4.3 Värdering av artiklarnas kvalitet

För kvalitetsgranskning av de vetenskapliga artiklarna har en granskningsmall använts som bedömning, en för kvalitativa (Bilaga 1) och en för kvantitativa (Bilaga 2). Dessa är modifierade versioner av Willman, Stoltz och Bahtsevani

(2006) och Forsberg och Wengström (2013). För att säkerställa hög kvalitet krävdes minst 20 respektive 23 poäng (>80%) av maxpoängen och för medel krävdes minst 15 respektive 19 poäng (>60%).

4.4 Tillvägagångssätt

Författarna har tillsammans genomfört litteratursökningen, men med olika databaser. Återkoppling har skett kontinuerligt och sökord har justerats och använts utifrån sökningarnas utfall. En dokumentation över databassökningarna har förts i form av en loggbok, för att sökningarna ska kunna repeteras. Dokumentationen innehåller vilken databas som använts, exakta söktermer och antalet träffar (SBU, 2014). Dessa sökningar finns sammanställd i tabell (Bilaga 3). Funna artiklar lästes igenom, med litteraturstudiens frågeställning som vägledning. Artiklar vars resultat kunde svara på frågeställningen granskades separat och redovisades vid fysiska träffar. Vid dess träffar bearbetades artiklarna tillsammans och gemensamt beslut togs om inklusion eller exklusion.

Skrivandet av resultatet har skett tillsammans, endast vid fysiska träffar. Detta för att säkerställa båda författarnas delaktighet i studiens utförande och skapa kontinuitet i arbetet.

4.5 Analys

Samtliga inkluderade artiklar har sammanställts i en artikelmatris (Bilaga 4), som bland annat innehåller metod, studiens population, resultat och artikelkvalitet. Detta för att kortfattat sammanfatta kunskapsläget (SBU, 2014).

Artiklarna har analyserats genom en innehållsanalys, där samtlig data identifierats för att upptäcka ett genomgående mönster, som sedan brutits ned i teman av samlad, likartad data (Forsberg & Wengström, 2013). Artiklarna har därför lästs flera gånger, för att få en detaljrik förståelse. Därefter kodades resultatet, som sedan kondenserades till kategorier. Samtliga kategorier från alla artiklarna jämfördes med varandra, för att sedan sammanfatta dessa i lämpliga domäner, som sedan presenterades i resultatet. Det är av stor vikt att belysa både likheter och skillnader (Friberg, 2012), varför detta tagits upp i samtliga domäner.

4.6 Forskningsetiska aspekter

Weingarten, Paul och Leibovici (2004) belyser vikten av att vara etiskt medveten vid utförande av litteraturstudier. De menar att de artiklar som studien förlitar sig på bör vara etiskt övervägda. Vidare förklarar de att varje litteraturstudie bör innehålla studiedeltagarnas informerade samtycke och att säkerheten varit vidtagen för de medverkande, samt om studien i sin helhet blivit godkänd av en etisk kommitté.

Resultatet i denna litteraturstudie har därför återgetts så objektivt och tydligt som möjligt, oavsett om resultaten varit positiva eller negativa för studiens syfte. Personliga reflektioner och värderingar har uteslutits. Vid datainsamling har stor hänsyn tagits till att studiedeltagarna har erkänt samtycke och att åtgärder vidtagits för deras säkerhet. Att vara partisk och använda resultat från artiklar som varit oetiska skulle strida mot denna studies värdegrund och därmed även syftet med litteraturstudien. Samtliga artiklar har återgetts i en referenslista enligt APA-systemet.

5. Resultat

Författarna har funnit 15 vetenskapliga artiklar, åtta kvalitativa och sju kvantitativa. Dessa artiklar var publicerade mellan 2009 och 2016, och studierna var utförda i Sverige, Norge, Nederländerna, Storbritannien, Malta, Jordanien och Australien. Samtliga artiklar beskriver sjuksköterskans upplevelse av att ge personcentrerad vård till personer med Alzheimers sjukdom eller annan demenssjukdom.

Genom upprepad bearbetning av de vetenskapliga artiklarna framkom följande fem domäner som presenteras nedan: *inställning, utbildning och kunskap, ledarskap och stöd, tillfredsställelse, samt påfrestningar.*

5.1 Inställning

Flera artiklar visade ett tydligt samband mellan sjuksköterskornas positiva inställning och personcentrerad vård, och att dessa faktorer påverkade varandra (Hayajneh & Shehadeh, 2014; Kada, Nygaard, Mukesh & Geitung, 2009; Mullan & Sullivan, 2016; Surr, Smith, Crossland & Robins, 2016; Willemse et al., 2015).

Mullan och Sullivan (2016) fann att implementering av personcentrerad vård upplevdes positivt av sjuksköterskor. Detta ledde till att de upplevde en ökad känsla av kompetens, som också hängde samman med minskad utbrändhet. Även Willemse et al. (2015) fann att sjuksköterskor upplevde ökad kompetens. Vissa kunde dock motsätta sig idén om implementering av personcentrerad vård, då de upplevde en osäkerhet gällande vad som kunde förbättras (Edvardsson, Sandman & Borell, 2014). Så småningom ändrades dock deras uppfattning och de kände att en förbättring var möjlig (a.a.).

Hayajneh och Shehadeh (2014) fann att sjuksköterskor började se personer med Alzheimers sjukdom som sina jämlikar efter att de börjat arbeta personcentrerat. Författarna upptäckte ett positivt förändrat synsätt hos personalen, där sjuksköterskor upplevde att de började behandla personerna med Alzheimers sjukdom som de själva skulle vilja bli behandlade. Detta genom en ökad förståelse och förbättrad kommunikation. Sjuksköterskorna uppgav att de alltid känt empati för dessa personer, men upplevde att den känslan och inställningen blivit större efter personcentreringen. Även andra sjuksköterskor upplevde en ökad förståelse för personernas värdighet och tog större hänsyn till personens upplevelser av tillvaron (Innes, Kelly, Scerri & Abela, 2016).

Att arbeta personcentrerat gav en positiv inställning gentemot personer med demenssjukdom. Flera sjuksköterskor upplevde att en förändrad inställning gentemot personer med demenssjukdom resulterade i en känsla av hopp, att livet fortfarande hade mening för dessa personer trots sjukdomen och att sjuksköterskornas vård gjorde skillnad (Surr et al., 2016). Även Kada et al. (2009) fann att majoriteten av sjuksköterskor upplevde hopp för dessa personer. Det upplevdes även trevligt att spendera tid med dem och att det fanns mycket

som dessa personer klarade av, trots den kognitiva funktionsnedsättningen (a.a.). Det räckte dock inte med att enbart spendera tid med och lära känna sina patienter, utan även ta reda på dennes intressen, möjliggöra dessa i bästa möjliga mån och delta tillsammans med dem. (Edvardsson, Fetherstonhaugh & Nay, 2010).

Skaalvik, Normann och Henriksen (2010) fann att hängivenhet åt att ge personcentrerad vård var av stor vikt hos sjuksköterskan. Flera i studien upplevde att dagliga rutiner och personlig vård var minst lika viktigt som personcentrerad vård. I sådana fall kunde det leda till att den personcentrerade vården blev lidande. Dessa sjuksköterskor ville ge god vård, men upplevde att personerna med Alzheimers sjukdom kunde få bättre vård någon annanstans. Rokstad, Vatne, Engedal och Selbæk (2015) fann också att vissa sjuksköterskor upplevde andra arbetsuppgifter som viktigare än personcentrerad vård. Att bli färdig med de dagliga rutinerna prioriterades högre än att göra vården och miljön mer personcentrerad för de demenssjuka personerna (Innes et al., 2016).

5.2 Utbildning och kunskap

Sjuksköterskor upplevde att det krävdes mycket kunskap om Alzheimers sjukdom och demenssjukdomar för att kunna ge personcentrerad vård till personer med dessa sjukdomar (Skaalvik et al., 2010; Surr et al., 2016). Skaalvik et al. (2010) fann att sjuksköterskor hade en förståelse för ökad teoretisk kunskap, men att personcentrerad vård i praktiken lärdes bäst genom "learning by doing". Andra sjuksköterskor upplevde också att personcentrerad vård inte kunde läras ut teoretiskt, utan att kunskapen erhöles praktiskt genom egen erfarenhet eller genom att observera annan erfaren personal (Smythe, Bentham, Jenkins & Oyebode, 2015). Chenoweth et al. (2015) fann dock att sjuksköterskor hade en önskan om fortlöpande, teoretisk utbildning gällande personcentrerad vård.

Sjuksköterskor som hade längre praktiskt erfarenhet arbetade mer personcentrerat än de som hade mindre än 10 års erfarenhet (Kada et al., 2009). Denna skillnad syntes även i ålder, där yngre (<40år) sjuksköterskor var mer personcentrerade än äldre.

Edvardsson et al. (2014) fann att sjuksköterskor upplevde sig arbeta mer personcentrerat efter en genomgående utbildning i demensvård. Under utbildningen fick de ta del av nationella riktlinjer, reflektera över avdelningens möjligheter i förhållande till dessa och slutligen delta vid implementeringen av den erhållna kunskapen.

Andra sjuksköterskor, som genomgick en utbildning gällande nya rutiner, med målet att de skulle använda ett reflektionsverktyg för att bli mer personcentrerade, upplevde att teamsamverkan förbättrades (Røsvik, Kirkevold, Engedal, Brooker & Kirkevold, 2011). Det blev också lättare att applicera vården i den dagliga praktiken.

Ökad kunskap om Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar, samt praktisk träning i personcentrerad vård, ledde nödvändigtvis inte alltid till en upplevelse av ökad kompetens hos sjuksköterskan (Mullan & Sullivan, 2016).

5.3 Ledarskap och stöd

Handledning och stöd upplevdes vara mycket viktigt för sjuksköterskor som ger personcentrerad vård till personer med demenssjukdom (Chenoweth et al., 2015; Hayajneh & Shehadeh, 2014; Kirkley et al., 2011; Rokstad et al., 2015; Røsvik et al., 2011; Willemse et al., 2015).

För att möjliggöra personcentrerad vård menade sjuksköterskor att det krävdes ett stort engagemang från ledningen, gällande kommunikation, stöd och uppmuntran (Chenoweth et al., 2015). De upplevde att den feedback och beröm som erhöles förbättrade den personcentrerade vården för alla inblandade. Även Kirkley et al. (2011) fann att sjuksköterskor uppskattade feedback, men att dess värde förminskades då flera parter var motvilliga att kritisera vården.

Stöd från kollegor upplevdes viktigt av sjuksköterskor och hade stor inverkan på både tillfredsställelsen på jobbet och hanteringen av jobbrelaterad stress (Smythe et al., 2015). Att få hjälp från andra än kollegor, särskilt handledare, upplevdes också som ett stort stöd (Willemse et al. 2015).

Hur pass kunnig och delaktig ledaren var hade stor inverkan på den personcentrerade vården och sjuksköterskornas trygghet i arbetsrollen (Kirkley et al, 2011). De upplevde svårigheter när ledaren hade ytlig kunskap om personcentrerad vård och demenssjukdom, i jämförelse med när ledaren hade en djupare kunskap. En väl insatt ledare underlättade sjuksköterskornas arbete.

Rokstad et al. (2015) undersökte hur olika ledarroller påverkade sjuksköterskornas implementering av personcentring i demensvården. Samtliga ledare var utbildade sjuksköterskor och hade kunskap om arbetet som utfördes. En ledare (A) hade tydliga mål, som var gemensamma med sjuksköterskornas, och var delaktig i deras arbete dagligen. En annan ledare (B) hade otydliga mål och var aldrig närvarande, utan styrde genom en biträdande ledare. Den tredje ledaren (C) hade inga mål alls och var endast delaktig när sjuksköterskorna önskade stöd. Sjuksköterskorna som hade ledare A upplevde att de fick en ökad förståelse för personcentrerad vård, vilket underlättade för dem att föra in den i demensvården. De som hade ledare B och C fick en förståelse för personcentrerad vård, men kunde inte föra in den i de dagliga rutinerna. Detta ledde till att dessa sjuksköterskor kände sig uppgivna och ledarna blev frustrerade. Även de mest erfarna sjuksköterskorna upplevde osäkerhet om ledaren var otydlig och frånvarande.

Att ha en ledare med sjuksköterskebakgrund upplevdes underlätta implementering av nya riktlinjer gällande personcentrerad vård och demenssjukdom, jämfört med en ledare som inte hade den utbildningen (Røsvik et al., 2011). En bra, förstående ledare upplevdes som en god förebild, vilket skapade en synergi-effekt som påverkade alla positivt.

Även Hayajneh och Shehadeh (2014) fann att sjuksköterskor uppskattade ledare som hade kunskap och förståelse, vilket upplevdes som en nödvändighet för att bedriva en god personcentrerad vård för personer med demenssjukdom. Att förändra en arbetsplatskultur upplevdes krävande, men underlättades när ledaren var delaktig och stöttande.

Innes et al. (2016) upptäckte att sjuksköterskor upplevde ledningen som ett hinder, att de på grund av detta inte kunde ge personcentrerad vård till personerna med demenssjukdom i den utsträckningen de ville.

Jeon et al. (2012) fann dock att sjuksköterskor som började vårda personer med demenssjukdom mer personcentrerat inte påverkade deras upplevelse av stöd från ledare.

5.4 Tillfredsställelse

Majoriteten av artiklarna lyfter att sjuksköterskorna upplevde en förhöjd tillfredsställelse i sitt arbete när de gav personcentrerad vård till personer med demenssjukdomar (Edvardsson et al, 2010; Edvardsson et al., 2014; Hayajneh & Shehadeh, 2014; Kada et al., 2009; Willemse et al., 2015). Att spendera mer tid med dessa personer och etablera en nära kontakt upplevdes värdefullt och stimulerande (Willemse et al. 2015), även intressant och utmanande (Skaalvik et al., 2010). Kada et al. (2009) lyfte också att sjuksköterskor fann det trevligt att umgås med personerna.

Det var inte bara tillfredsställande att lära känna personen, utan också komma dennes familj närmare, vilket sjuksköterskor upplevde berikade den personcentrerade vården (Edvardsson et al., 2010). En annan stimulerande faktor var att personcentrerad vård möjliggjorde viljan att göra gott, och sjuksköterskor upplevde en tillfredsställelse över att vården var god (Edvardsson et al., 2014). Sjuksköterskor upplevde även en förändring hos personerna med demenssjukdom, som blev mer aktiva, vilket var tillfredsställande (Chenoweth et al., 2015).

Hayajneh och Shehadeh (2014) implementerade personcentrerad vård för personer med Alzheimers sjukdom och fann att detta påverkade sjuksköterskans tillfredsställelse positivt. Flera av dem uppgav att de känt sig utbrända innan implementeringen, men att deras tillfredsställelse ökat därefter. En sjuksköterska funderade på att byta jobb på grund av utmattning och trötthet. Den känslan försvann dock med hjälp av det personcentrerade vårdandet.

Tvärtemot detta fann Jeon et al. (2012) att implementering av personcentrerad vård i demensvården inte påverkade sjuksköterskornas upplevelse av tillfredsställelse.

5.5 Påfrestningar

Att arbeta personcentrerat med personer med demenssjukdomar upplevdes ofta som tidskrävande av sjuksköterskorna (Røsvik et al., 2011; Skaalvik et al., 2010; Smythe et al., 2015). Trots att sjuksköterskor hade kunskapen och förståelse, upplevdes tiden som ett hinder och att det personcentrerade arbetet var för tidskrävande, samt att tiden då hellre lades på dagliga rutiner (Smythe et al., 2015). Personcentrerad vård upplevdes som en aktivitet, snarare än ett holistiskt synsätt. Skaalvik et al. (2010) fann också att sjuksköterskor upplevde tiden som hindrande, speciellt när det kom till att minnas tillsammans med personer med Alzheimers sjukdom. De ville spendera tid med dessa personer och ta del av deras minnen och genom detta skapa en gemenskap, men det upplevdes inte finnas tid för detta.

Sjuksköterskor som arbetade utifrån nya riktlinjer, för att bli mer personcentrerade, upplevde att det inte fanns tid för att ta del av dessa och applicera dem i dagliga rutiner (Røsvik et al., 2011). Andra sjuksköterskor fann dock att upplevelsen av tidsbrist minskade när de började vårda mer personcentrerat (Innes et al., 2016).

Vissa upplevde inte bara arbetet som tidskrävande, utan även resurskrävande, vad gällde mängden personal och rätt man på rätt plats (Kirkley et al., 2011). Det upplevdes även påfrestande när alla inte hade samma synsätt vad gällde arbetsmoral, då vissa bara såg arbetet som tidsfördriv och inte ansträngde sig tillräckligt.

Willemse et al. (2015) fann att sjuksköterskor upplevde känslomässig utmattning, särskilt direkt efter implementering av personcentrerad vård. Det upplevdes utmattande att hela tiden vara involverad och ha en positiv inställning gentemot personerna med demenssjukdom. Paradoxalt var det dock också detta som gjorde deras arbete mer tillfredsställande. Chenoweth et al. (2015) och Jeon et al. (2012)

upptäckte också att sjuksköterskor upplevde en utmattning och tyngre arbetsbörla vid införandet av personcentrerad vård. De kände dock att arbetsbördan minskade i längden, då de lärde känna personerna med demenssjukdom bättre och på så vis hade lättare för att anpassa vårdandet.

Edvardsson et al. (2014) fann ingen direkt påverkan på sjuksköterskornas upplevda arbetsbörda, men flera upplevde att deras dåliga samvete minskade då det faktiska vårdandet stämde överens med den vård de innerst inne vill ge.

6. Diskussion

6.1 Sammanfattning av huvudresultaten

Att ge personcentrerad vård till personer med demenssjukdom, och demenssjukdom, upplevs både positivt och negativt av sjuksköterskor. Deras inställning påverkades till det bättre, då de kunde ge den vård de ville ge. Ju mer de lärde känna personerna med demenssjukdom desto mer upplevde de en förståelse för personernas integritet och värdighet. Gällande utbildning och kunskap rådde det delad uppfattning. Vissa sjuksköterskor upplevde observation som främsta metod vid lärande av personcentrerad vård. Andra ville ha teoretisk utbildning och mer kunskap om demenssjukdom. För ett förverkligande av kunskapen upplevdes stöd från en god ledare som mycket betydelsefullt, särskilt om ledaren var kunnig gällande demenssjukdom och personcentrerad vård. Majoriteten av sjuksköterskor upplevde en tillfredsställelse i arbetet - att det var intressant och utmanande - men också att det var påfrestande gällande tidsbrist och emotionell utmattning.

6.2 Resultatdiskussion

I litteraturstudiens bakgrund lyftes flera aspekter gällande sjuksköterskans ansvar i den personcentrerade vården, bland annat att visa respekt för värdighet och integritet hos personer med demenssjukdom och annan demenssjukdom. Resultatet påvisar att flera sjuksköterskor känner ökad förståelse och respekt för personen med dessa sjukdomar och att personcentrerad vård har stor inverkan på detta. Barbosa, Nolan, Sousa och Figueiredo (2015) påvisar liknande resultat, där sjuksköterskor efter en psykosocial utbildning upplevde starkare känslor för

patienternas värdighet. Även Larsson och Blomqvist (2015) fann att sjuksköterskor började se personerna som en hela individer när de vårdade personcentrerat, då de tidigare fokuserat på symtom och sjukdom. Dessa sjuksköterskor upplevde även en ökad kompetens och att de kunde hantera situationer med hjälp av personcentrerad vård istället för att alltid konsultera med exempelvis läkare (a.a.). Detta bekräftas genom en upplevelse av ökat självförtroende, som märktes av att utomstående respekterade deras omdöme i större utsträckning (Hall, Weaver, Gravelle & Thibault, 2007).

Bilden av att sjuksköterskor ofta prioriterade andra arbetsuppgifter före personcentrerad vård stärks av Ross et al. (2014), som fann att patienternas säkerhet och välmående kom före skapandet av en nära relation. Detta skulle kunna höra ihop med den upplevda tidsbristen (Ekman et al., 2011), men också att arbetsinsatsen styrs av det som ses med blotta ögat; ett handlande före tänkande.

Det råder delade uppfattningar om utbildning och kunskap både i litteraturstudiens resultat och i övriga studier. Vissa upplevde att utbildning stärkte sjuksköterskans personcentrering. Detta påvisar även Edwards, Voss och Iliffe (2015) då primärvårdspersonal fick ökad förståelse för personcentrerad vård och demenssjukdom efter utbildning. I litteraturstudiens resultat upplevde vissa att praktisk övning och observation var den bästa metoden för lärande, där erfaren och yngre personal arbetade mest personcentrerat. Sjögren, Lindqvist, Sandman, Zingmark och Edvardsson (2015) fann dock att ålder och mängden erfarenhet inte alls hade något samband med hur pass personcentrerat sjuksköterskan vårdade. Detta kan handla mycket om att alla är olika och därför lär sig olika. Det krävs också en viss självinsikt och en förmåga att kunna kritisera även den mest erfarne. Det är vanligt att hamna i rutiner och uppleva sig ge den rätta vården, vilket kan bli ett stort hinder för personcentrerad vård (Ekman et al, 2011).

Det är tydligt från resultatet att ett gott ledarskap och teamsamverkan har goda effekter på personcentrerad vård. En studie påvisade särskilt tydligt hur en närvarande ledare med tydliga mål gynnade vården. Ross et al. (2014) styrker detta där även andra sjuksköterskor upplevde en personcentrerad ledare vara en god förebild, samt att gemensamma mål var av stor vikt. Detta gällde inte bara

avdelningschefer, utan också sjuksköterskor som gick in i en ledarroll vid nyrekrytering (a.a.). Hall et al. (2007) menar att när sjuksköterskan får förtroendet att vara en ledare och göra egna bedömningar så gynnar det teamsamverkan i vårdlaget.

Att ge personcentrerad vård till personer med demenssjukdom upplevs av majoriteten som tillfredsställande. Mycket på grund av att många sjuksköterskor upplever sig kunna ge god vård, vilket också påvisas i andra studier (Edvardsson et al., 2015; McCormack et al., 2010; Rose & Yates, 2013; Sjögren et al., 2015). Att kunna prata med patienterna och lära känna dem som personer, samt utbilda dem, upplevdes vara särskilt tillfredsställande (Rose & Yates, 2013). Detta fynd är inte särskilt förvånande, då alla har ett behov av att känna sig betydelsefull och att det som görs under en arbetsdag har mening. Inte bara patienter har ett behov av att bli sedda som unika personer, utan även sjuksköterskor.

Tiden upplevs som ett hinder för personcentrerad vård. Sjuksköterskor tycker sig inte ha tid att lära känna personerna med demenssjukdom. Detta syns även i andra studier (Ekman et al., 2011; Larsson & Blomqvist, 2015). Att sjuksköterskor upplever tidspress är berättigat, men det kan lätt bli en lämplig syndabock. Det kan ofta vara så att det kanske handlar om prioriteringar och hur man gör dem i förhållande till befintlig tid. När tid finns över så är det heller inte ovanligt med en attityd om att det inte finns något att göra just då.

6.2.1 Klinisk betydelse för samhället

Författarna anser att denna litteraturstudie kan användas som stöd för sjuksköterskor och annan vårdpersonal som vill ge personcentrerad vård till personer med demenssjukdom. Studien kan ge vårdpersonalen en inblick i hur personcentrerad vård kan påverka dem i deras nya arbetssätt. På så vis kan de medverka till att utveckla positiva och avveckla negativa aspekter av personcentrerad vård. Detta kan få praktiska implikationer för ledarskap, verksamhetens gemensamma mål samt utveckling av omvårdnadens kunskap och kompetensområde.

Denna kunskapsutveckling kan också bistå med konkreta förslag på vad samhället bör lägga sina resurser på. Det krävs sjuksköterskor med specialistkunskap inom personcentrerad vård och demenssjukdom. För detta behövs utbildning, vilket blir kostnadskrävande, men i längden gynnande för både personal och personer med demenssjukdom. För att sjuksköterskan ska kunna prioritera personcentrerad vård ytterligare bör samhället fokusera på att erbjuda fler boenden inriktade på demenssjukdomar.

6.3 Metoddiskussion

Litteraturstudiens styrkor ligger i val av databas, analysmetod, artikelkvalitet och referenshantering. De tre databaserna som användes var inriktade på omvårdnad och gav förväntade resultat. Innehållsanalysen gav författarna en detaljrik förståelse av artiklarna, vilket ledde till att både stora och små fynd togs tillvara på och presenterades i studien. Detta har stärkt studiens validitet och reliabilitet. Majoriteten av artiklarna hade hög kvalitet, vilket stärker studiens trovärdighet. Studien har bearbetats endast när båda författarna varit närvarande och all litteratur har diskuterats och bearbetats ihop, för att skapa kontinuitet genom hela studien. Det gemensamma beslutet om att endast arbeta med studien när båda författarna är närvarande har förstärkt denna kontinuitet. Referenser, både i löpande text och i referenslistan, har bearbetats i takt med studiens utformande, detta för att säkerställa att samtliga författarverk återges korrekt. Detta säkerställer att samtliga författarverk, och dess reflektioner, inte kan uppfattas som litteraturstudiens egna.

Litteraturstudiens svagheter ligger i improviserade sökningar och kvantitativa studier. Sökorden upplevdes relevanta för författarna, däremot fanns ingen plan för hur sökningarna skulle genomföras. Dessa har istället förändrats varefter sökningarnas utfall. Detta kan ha förlängt sökningsprocessen, men författarna upplever inte att detta påverkat litteraturstudiens trovärdighet. De kvantitativa artiklarna i resultatet bar på intressant information, dock oftast i form av statistik utan förklaring. Författarna har varit objektiva och inte tolkat detta, men upplevt svårigheter med dessa, då de inte givit lika mycket måttnad i studien som de kvalitativa studierna.

6.4 Etikdiskussion

Samtliga artiklar har antingen blivit godkända av en etisk kommitté eller varit starkt etiskt övervägda och motiverade gällande deltagarnas säkerhet och anonymitet. En diskussion som dykt upp under studiens utformande är säkerheten för personerna med demenssjukdom. Detta på grund av att endast fyra artiklar lyfter ett etiskt övervägande av dessa personers roll. Då artiklarna endast lyfter sjuksköterskans upplevelser kan detta tyckas vara irrelevant, men i flertalet studier talas det om dessa personer i tredje hand. Ingen nämns vid namn, men då dessa talas om i tredje person så leder till ett etiskt dilemma i förhållandet till tystnadsplikt. Författarna av litteraturstudien har dock inte upptäckt något som skulle kunna uppfattas kränkande eller negativt mot någon som person och har därför inte sett avsaknaden av dessa personers samtycke som något hinder.

Sjuksköterskornas identitet har skyddats och pseudonymer har använts vid förekomst om namn i originalartiklarna. I litteraturstudiens resultat finns flera påståenden som bygger på vad sjuksköterskor sagt, vilket de skulle kunna känna igen. Etiska överväganden har dock tagits i originalartikeln för deras säkerhet och anonymitet, varför författarna av litteraturstudien känt sig säkra vid användandet av dem.

7. Konklusion

Demenssjukdom förväntas öka och därmed kommer patientgruppen att bli allt större i samhället och på samtliga vårdinrättningar världen över. En följd av detta är att det kommer ställas allt större krav på sjuksköterskans kompetens och kunskap inom området. Den personcentrerade vården tar hänsyn till personlighet, bakgrund och livshistoria, samt personens begränsningar, skörheten och välbefinnandet relaterat till sjukdomen. Sjuksköterskan upplever idag positivitet och tillfredsställelse av att vårda dessa personer i ett nära förhållande, men också att det är emotionellt utmattande och tidskrävande. I takt med att insjuknandet ökar och att sjuksköterskan organisatoriskt ofta tvingas prioritera dagliga rutiner, så riskerar den personcentrerade vården att fallera i framtiden. För att förhindra detta krävs samhälleliga resurser i form av vårdplatser, ett gott och tydligt

ledarskap, samt utbildning för all personal som arbetar med demenssjukdom och personcentrerad vård.

7.1 Förslag till vidare forskning

Under arbetet med litteraturstudien höjdes frågan om hur sjuksköterskan lär sig ge personcentrerad vård till personer med demenssjukdom på bästa sätt. Ett intresse för djupare studier om effekten av utbildning och praktisk erfarenhet finns hos författarna. Med sådan forskning kan den personcentrerade vården bli mer lättillgänglig, vilket skulle kunna leda till att den typen av vård prioriteras i allt högre grad. Detta skulle gynna sjuksköterskan såväl som personerna med demenssjukdom.

Referenslista

*Artiklar relaterade till studiens resultat

Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L. & Figueiredo, D. (2015). Person-centredness in direct care workers caring for residents with dementia: Effects of a psychoeducational intervention. *Dementia*, 0(0), 1-12. doi: 10.1177/1471301215585667

Bergbom, I. (2013). Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s.111-134). Stockholm: Liber.

*Chenoweth, L., Jeon, YH., Stein-Parbury, J., Forbes, I., Fleming, R., Cook, J., ... Tinslay, L. (2015). PerCEN trial participant perspectives on the implementation and outcomes of person-centered dementia care and environments. *International Psychogeriatrics*, 27(12), 2045-2057. doi: 10.1017/S1041610215001350

Dubois, B., Padovani, A., Scheltens, P., Rossi, A. & Dell'Agnello, G. (2015). Timely Diagnosis for Alzheimer's Disease: A Literature Review on Benefits and Challenges. *Journal of Alzheimer's Disease*, 49(3), 617-631. doi: 10.3233/JAD-150692

Edberg, A-K. (2009). Minnessvårigheter och förvirringstillstånd. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 749-791). Lund: Studentlitteratur.

*Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D. & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2611-2618. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x

*Edvardsson, D., Sandman, P.O. & Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1171-1179. doi: 10.1017/S1041610214000258

Edwards, R., Voss, S.E. & Iliffe, S. (2015). The development and evaluation of an educational intervention for primary care promoting person-centred responses to dementia. *Dementia*, 14(4), 468-482. doi: 10.1177/1471301213499768

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning* (A. Glad, övers.). (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2007)

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-Centered Care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(248), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Fransson Sellgren, S. (2009). Ledarskap och organisering av omvårdnadsarbete. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 243-269). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

Hall, P., Weaver, L., Gravelle, D. & Thibault, H. (2007). Developing collaborative person-centred practice: A pilot project on a palliative care unit. *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), 69-81. doi: 10.1080/13561820600906593

*Hayajneh, FA. & Shehadeh, A. (2014). The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: An interventional study. *International Journal of Nursing Practice*, 20(4), 438-445. doi: 10.1111/ijn.12251

* Innes, A., Kelly, F., Scerri, C. & Abela S. (2016). Living with dementia in hospital wards: a comparative study of staff perceptions of practice and observed patient experience. *International Journal of Older People Nursing*. doi: 10.1111/opn.12102

Jansson, W. (2008). *Kunskaper förändrade demensvården*. Hämtad 29 december, 2015, från Svenskt Demenscentrum, <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Du-som-arbetar-som/Sjukskoterska/Nya-kunskaper-forandrade-varden/>

*Jeon, YH., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M. & Haas, M. (2012). Staff outcomes from the Caring for Aged Dementia Care RESident Study (CADRES): A cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 508-518. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.020

*Kada, S., Nygaard, HA., Mukesh, BN & Geitung, JT. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2383-2392. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02791.x

Karlsson, E., Sävenstedt, S., Axelsson, K. & Zingmark, K. (2014). Stories about life narrated by people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), 2791-2799. doi: 10.1111/jan.12429

*Kirkley, C., Bamford, C., Poole, M., Arksey, H., Hughes, J. & Bond, J. (2011). The impact of organisational culture on the delivery of person-centred care in services providing respite care and short breaks for people with dementia. *Health & Social Care in the Community*, 19(4), 438-448. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.00998.x

Larsson, H. & Blomqvist, K. (2015). From a diagnostic and particular approach to a person-centred approach: a development project. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 465-474. doi: 10.1111/jocn.12628

Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I. & Wallin, A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. (3. uppl.). Stockholm: Liber.

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., ... Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 93-107. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x

*Mullan, MA. & Sullivan, KA. (2016). Positive attitudes and person-centred care predict of sense of competence in dementia care staff. *Aging & Mental Health*, 20(4), 407-414. doi: 10.1080/13607863.2015.1018865

Penrod, J., Yu, F., Kolanowski, A., Fick, D.M., Loeb, S.J. & Hupcey, J.E. (2007). Reframing Person-Centered Nursing Care for Persons With Dementia. *Research and Theory for Nursing Practice*, 21(1), 57-72. Från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17378465>

Qazi, A., Spector, A. & Orrell, M. (2010). User, carer and staff perspectives on anxiety in dementia: A qualitative study. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 295-300. doi: 10.1016/j.jad.2009.12.015.

*Rokstad, AM., Vatne, S., Engedal, K. & Selbæk, G. (2015). The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 15-26. doi: 10.1111/jonm.12072

Rose, P. & Yates, P. (2013). Person centred nursing care in radiation oncology: A case study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 554-562. doi: 10.1016/j.ejon.2013.02.001

Ross, H., Tod, A.M. & Clarke, A. (2014). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-10), 1223-1233. doi: 10.1111/jocn.12662

*Røsvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D. & Kirkevold, Ø. (2011). A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *International Journal of Older People Nursing*, 6(3), 227-236. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00290.x

Sjögren, K., Lindqvist, M., Sandman, P-O., Zingmark, K. & Edvardsson, D. (2015). To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-10), 1310-1319. doi: 10.1111/jocn.12734

Shell, L. (2015). The picture of happiness in Alzheimer's disease: Living a life congruent with personal values. *Geriatric Nursing*, 36(2), 26-32. doi:10.1016/j.gerinurse.2015.02.021

*Skaalvik, MW., Normann, HK. & Henriksen, N. (2010). Student experiences in learning person-centred care of patients with Alzheimer's disease as perceived by nursing students and supervising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2639-2648. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03190.x

*Smythe, A., Bentham, P., Jenkins, C. & Oyebode, JR. (2015). The experiences of staff in a specialist mental health service in relation to development of skills for the provision of person centred care for people with dementia. *Dementia*, 14(2), 184-198. doi:10.1177/1471301213494517

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Hämtad 29 december, 2015, från Socialstyrelsen,
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18012/2010-5-1.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2006). *Sammanfattning av SBU:s rapport om: Demenssjukdomar*. Stockholm: SBU.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. (2. uppl.)*. Stockholm: SBU.

*Surr, C.A., Smith, S.J., Crossland, J. & Robins, J. (2016). Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: A repeated measures study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 144-151. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.09.009.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010a). *Personcentrerad vård*. Stockholm: SSF.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010b). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: SSF.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Omvårdnad och god vård*. Stockholm: SSF.

Svenskt Demenscentrum. (2008). *Sjukdomens faser: Mild fas*. Hämtad 28 december, 2015, från Svenskt Demenscentrum,
<http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Alzheimers-sjukdom/Sjukdomens-faser/Mild-fas/>

Svenskt Demenscentrum. (2014). *Fakta om demens: Vad är demens*. Hämtad 28 december, 2015, från Svenskt Demenscentrum,
<http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/>

Van der Mussele, S., Bekelaar, K., Le Bastard, N., Vermeiren, Y., Saerens, J., Somers, N., ... Engelborghs, S. (2013). Prevalence and associated behavioral symptoms of depression in mild cognitive impairment and dementia due to Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(9), 947-958. doi: 10.1002/gps.3909

Weingarten, M., Paul, M. & Leibovici, L. (2004). Assessing ethics of trials in systematic reviews. *British Medical Journal*, 328(7446), 1013-1014. doi: 10.1136/bmj.328.7446.1013

*Willemse, BM, De Jonge, J., Smit, D., Visser, Q., Depla, MF. & Pot, AM. (2015). Staff's person-centredness in dementia care in relation to job characteristics and job-related well-being: a cross-sectional survey in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 404–416. doi: 10.1111/jan.12505

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Kvalitetsgranskning av kvalitativa studier.

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		

23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Bilaga 2

Kvalitetsgranskning av kvantitativa studier.

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		

24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Bilaga 3

Tabell över databassökningar.*

Databas	Sökord	Träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
Pubmed	Person-cent* or patient-cent* and Alzheimer's disease and care	95	10	4	2
Pubmed	Person-cent* or patient-cent* and dementia and staff	189	8	4	2
Web of Science	Alzheimer's disease and person-cent*	45	6	2	1
Web of Science	Dementia and person-cent* and staff attitudes	33	5	5	3
Cinahl	Alzheimer's disease and person-centred care	11	4	1	1
Cinahl	Alzheimer's disease and person-centered care	36	18	4	1
Cinahl	Alzheimer's disease and nursing and person-centred care	4	4	4	1
Cinahl	Dementia care and nursing and person-centred care	105	48	4	1
Cinahl	Dementia and patient-centered care	745	14	7	2
Cinahl	Dementia and person-centred care and staff attitudes	315	12	5	1

*Samtliga sökningar är begränsade där endast artiklar från de 10 senaste åren visas.

Bilaga 4

Sammanfattning av de inkluderade vetenskapliga artiklarnas kvalitetsbedömning.

Författare	Syfte	Design och metod	Miljö	Deltagare	Huvudresultat	Kvalitet
Chenoweth et al. (2015)	Att utvärdera implementering av personcentrerad vård och dess resultat.	Kvalitativ ansats. Individuella, semistrukturerade intervjuer, samt fältanteckningar. Data tolkades genom innehållsanalys.	Demensavdelningar på 38 äldreboenden i Australien.	N= 172, varav 70 sjuksköterskor och annan vårdpersonal.	Implementeringen resulterade i att sjuksköterskorna upplevde ökad förståelse för de demenssjuka personerna. Gott ledarskap, feedback, teamwork och fortlöpande utbildning upplevdes viktigt för att bedriva personcentrerad demensvård.	86%
Edvardsson et al. (2010)	Att beskriva personcentrerad vård genom vårdpersonal inom äldreomsorgen.	Kvalitativ ansats. Intervjuer, både individuella och i fokusgrupp. Data tolkades genom innehållsanalys.	Ett äldreboende i Victoria, Australien.	N = 67, varav 37 sjuksköterskor och annan vårdpersonal.	Kärnan i personcentrerad vård är att lära känna personen och ta del av deras livshistoria. Sjuksköterskorna upplevde att det inte räckte med att enbart spendera tid med de demenssjuka personerna, utan ta del av deras intressen och möjliggöra dessa ihop.	86%
Edvardsson et al. (2014)	Att utvärdera implementering av nationella riktlinjer för personcentrerad vård och dess effekt på vårdpersonal.	Kvantitativ ansats. Kvasiexperimentell design, med en grupps för- och efter test (12 månader). Data analyserades genom beskrivande statistik.	Ett äldreboende i Stockholm, Sverige.	N = 143. Varav nio sjuksköterskor.	Sjuksköterskorna upplevde sig arbeta mer personcentrerat efter de tagit del av de nationella riktlinjerna. Personcentrerad vård minskade deras upplevelse av dåligt samvete, då de kunde ge den vården de ville.	79%

Författare	Syfte	Design och metod.	Miljö	Deltagare	Huvudresultat	Kvalitet
Hayajneh & Shehadeh (2014)	Att utvärdera effekterna av att implementera personcentrerad vård för personer med Alzheimers sjukdom.	Kvalitativ ansats. Enkäter och semistrukturerade, individuella intervjuer. Data tolkades genom hermeneutisk-fenomenologisk analys.	Ett demensboende i Jordanien.	N = 10, varav fem sjuksköterskor.	Genom att arbeta personcentrerat har sjuksköterskornas synsätt förändrats genom positiva attityder. Mer respekt och förståelse för personerna med Alzheimers sjukdom ledde till ett mer harmoniskt arbete. Från att ha varit förtvivlade och utmattade upplevde sjuksköterskan än större tillfredsställelse på arbetsplatsen.	84%
Innes et al. (2016)	Att fastställa upplevelser, attityder och kunskap hos vårdpersonal som arbetar med demenssjukdom.	Kvantitativ ansats. En grups för- och eftertest (12 månader). Data samlades genom enkäter. Analys genom beskrivande statistik.	Två vårdavdelningar på ett sjukhus på Malta.	N = 85, varav 69 sjuksköterskor och andra vårdgivare.	Sjuksköterskor upplevde en förbättring i deras attityder när de arbetade personcentrerat, särskilt när det gällde personernas värdighet. Däremot prioriterades dagliga rutiner, men sjuksköterskorna ville göra ett bra jobb. Organisationen upplevdes utgöra ett hinder för den personcentrerade vården.	84%
Jeon et al. (2012)	Att undersöka personcentrerad vård och dess påverkan på vårdpersonal.	Kvantitativ ansats. Klusterrandomiserad kontrollstudie. Enkäter som analyserades genom beskrivande statistik.	15 äldreboenden i Sydney, Australien.	N = 124, varav 36 sjuksköterskor.	Att ge personcentrerad vård till personer med demenssjukdom upplevdes till en början känslomässigt utmattande, men detta avtog när sjuksköterskorna anpassade sig. Vårdandet hade ingen påverkan på deras tillfredsställelse.	76%

Författare	Syfte	Design och metod	Miljö	Deltagare	Huvudresultat	Kvalitet
Kada et al. (2009)	Att undersöka attityder hos vårdpersonal som jobbar inom demensvården.	Kvantitativ ansats. Surveyundersökning med enkäter. Analys genom beskrivande statistik.	14 äldreboenden och en geriatrikavdelning i Bergen, Norge.	N = 291, varav 75 sjuksköterskor.	Att vårda personcentrerat förändrade sjuksköterskornas attityder och de upplevde hopp i större utsträckningen för personerna med demenssjukdom. Det upplevdes tillfredsställande att spendera tid med dem.	86%
Kirkley et al. (2011)	Att undersöka hur organisationens kultur främjar och hindrar personcentrerad demensvård.	Kvalitativ ansats. Semi-strukturerade intervjuer, både individuella och i fokusgrupp. Tematisk analys.	Hälso- och sjukvårdsinrättningar i Storbritannien.	N = 70, antal sjuksköterskor okänt.	Sjuksköterskor upplever att det är resurskrävande att arbeta personcentrerat med demenssjuka personer. Om ledaren har en djupare förståelse för personcentrerad vård så underlättade detta för sjuksköterskorna.	91%
Mullan & Sullivan (2016)	Att undersöka betydelsen av vårdpersonalens personcentrerade vård och känsla av kompetens.	Kvantitativ ansats. Tvärsnittsstudie med enkäter.	Äldreboende i Brisbane, Australien.	N = 61, varav 18 sjuksköterskor.	Att ge personcentrerad vård till personer med demenssjukdom ledde till en ökad känsla av kompetens. Sjuksköterskorna upplevde även positiva attityder gentemot personerna med demenssjukdom. Ökad kunskap ledde inte till en ökad känsla av kompetens.	86%
Rokstad et al. (2015)	Att undersöka betydelsen av ledarskap vid implementering av personcentrerad vård.	Kvalitativ ansats. Semi-strukturerade intervjuer i fokusgrupper. Data tolkades genom innehållsanalys.	Tre äldreboenden i olika delar av Norge.	N = 54, varav 20 sjuksköterskor.	En ledare som är närvarande och engagerad upplevdes underlätta sjuksköterskornas arbete, att ge personcentrerad vård till personer med demenssjukdom. En ledare som inte var närvarande, eller bara stöttade vid behov, ledde till svårigheter och frustration.	76%

Författare	Syfte	Design och metod	Miljö	Deltagare	Huvudresultat	Kvalitet
Røsvik et al. (2011)	Att utvärdera implementering av nya riktlinjer för personcentrerad vård för personer med demenssjukdom.	Kvalitativ ansats. Utvärderande studie med fyra fokusgrupper. Intervjuer tolkades genom innehållsanalys.	Två äldreboenden i olika delar av Norge.	N = 23, varav 11 sjuksköterskor.	De nya riktlinjerna ledde till ett mer välstrukturerat teamwork. När en sjuksköterska hade tydlig ledarroll upplevdes en synergieffekt där alla arbetade mot samma mål. Det fanns dock dåligt med tid för att hinna ta del av de nya riktlinjerna.	80%
Skaalvik et al. (2010)	Att undersöka resultatet av sjuksköterskestudenters lärande av personcentrerad vård.	Kvalitativ ansats. Intervjuer, samt observation och fältanteckningar. Data tolkades genom innehållsanalys.	Ett äldreboende i Norge.	N = 13, varav 6 sjuksköterskor.	Sjuksköterskorna upplevde det intressant och utmanande att ge personcentrerad vård till personer med Alzheimers sjukdom. De upplevde dock en tidbrist och prioriterade ofta dagliga rutiner och personlig vård framför att vårda personcentrerat.	86%
Smythe et al. (2015)	Att undersöka vårdpersonalens upplevelser av att vårda personer med demenssjukdom inom psykiatri.	Kvalitativ ansats. Data samlades genom fokusgrupper och analyserades tematiskt.	Storbritannien.	N = 86, varav 70 sjuksköterskor och annan vårdpersonal.	Sjuksköterskorna upplevde att personcentrerad vård var tidskrävande, trots att de hade förståelse för den typen av arbetsätt. Personcentrerad vård sågs som en aktivitet snarare än ett holistiskt synsätt. Support från kollegor var viktigt för tillfredsställelse på arbetsplatsen.	80%

Författare	Syfte	Design och metod	Miljö	Deltagare	Huvudresultat	Kvalitet
Surr et al. (2016)	Att utvärdera effekten av en utbildning för akutvårdspersonal som vårdar personer med demenssjukdom.	Kvantitativ ansats. Upprepade mätningar (n= 3) över 4 månader, genom enkäter. Data tolkades via beskrivande statistik.	Akutsjukhus i norra England.	N = 41, varav 35 sjuksköterskor.	Sjuksköterkorna upplevde ökad förståelse för personcentrerad vård, vilket ledde till en positiv förändring, där personen bakom demenssjukdomen stod i fokus. Efter utbildningen upplevde sjuksköterskorna hopp i större utsträckning för de demenssjuka personerna.	80%
Willemse et al. (2015)	Att undersöka vårdpersonalens personcentrerad vid demensvård, i relation till deras välmående.	Kvantitativ ansats. Tvärsnittsstudie med enkäter.	Demensavdelningar på 136 äldreboenden, Nederländerna.	N = 1093, varav 46 sjuksköterskor.	Sjuksköterskor som arbetar personcentrerat med personer med demenssjukdom upplever att handledning har stor inverkan på deras välmående. De upplevde en ökad känsla av kompetens och tillfredsställelse, men också känslomässig utmattning.	86%