



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Levnadsberättelsens användning inom omvårdnad till äldre personer med demenssjukdom på särskilt boende

- ur ett sjuksköterskeperspektiv

Författare: Louise Andersson
Ann Ögge

Handledare: Connie Lethin

Magisteruppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Levnadsberättelsens användning inom omvårdnad till äldre personer med demenssjukdom på särskilt boende

- ur ett sjuksköterskeperspektiv

Författare: Louise Andersson
Ann Ögge

Handledare: Connie Lethin

Magisteruppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: När en person med demens inte längre kommer ihåg sitt levda liv, kan oro och ångest uppstå. Ett sätt att lindra är att stödja identiteten genom kunskap om personens levda liv. Personal kan genom tillgång till levnadsberättelsen arbeta identitetsstärkande och personcentrerat. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter kring användandet av levnadsberättelsen inom omvårdnad av äldre personer med demenssjukdom på särskilt boende. **Metod:** Data inhämtas genom en semistrukturerad intervjustudie med kvalitativ ansats, nio sjuksköterskor som arbetade på särskilt boende deltog. Resultatet analyserades enligt en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Sjuksköterskornas upplevelse var att ett helhetsperspektiv av personens levda liv med tillgänglig och meningsfull information från levnadsberättelsen kan ge vård och omsorgspersonal möjlighet att arbeta personcentrerat. **Konklusion:** Sjuksköterskan behöver information från levnadsberättelsen för att få ett helhetsperspektiv i omvårdnaden.

Nyckelord

Levnadsberättelse, identitet, personcentrerad omvårdnad, särskilt boende och personer med demens

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

The use of life stories in nursing for older people with dementia in nursing homes

- from a registered nurse perspective

Author: Louise Andersson
Ann Ögge

Supervisor: Connie Lethin

Thesis

Autumn 2017

Abstract

Background: Care should be based on a person's experience of reality. When a person with dementia no longer remembers the life they have lived, worry and anxiety can arise. One way to mitigate this is to reinforce their identity by providing knowledge about their lived life. Staff can reinforce identity and work in a person-centred manner if they have access to a person's life story. **Aim:** The aim of the study was to describe nurses' experience of using life stories in the care of older people with dementia in special residences. **Method:** Data was collected using a qualitative semi-structured interview. Nine nurses working at a special residence participated. Results were analysed using qualitative content analysis. **Results:** The nurses experienced that care staff would be able to provide person-centred care if they had a holistic perspective of the person's lived life, with accessible and meaningful information from the person's life story. **Conclusion:** The registered nurse needs the information from the life story to gain a holistic care perspective.

Key words:

Life story, identity, person-centred care, special residences, people with dementia

Lunds University
Faculty of Medicine

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde.....	4
Bakgrund.....	5
Demenssjukdom.....	5
Personcentrerad omvårdnad.....	6
Multiprofessionellt samarbete.....	8
Dokumentation	9
Levnadsberättelsens betydelse.....	9
Syfte	10
Metod	11
Design	11
Urval.....	11
Datainsamling.....	11
Analys av data.....	12
Forskningsetiska avvägningar.....	13
Resultat	15
Personens livshistoria	15
Personkännedom	15
Identitet och jagstödjande	16
Underlättar bemötande.....	16
Integritet	17
Helhetsperspektiv.....	17
Kompetens och handledning.....	18
Aktivitet.....	18
Tillgänglig och meningsfull information	19
Kontaktpersonens roll.....	20
Förvaring	21
Diskussion.....	22
Metoddiskussion.....	22
Resultatets trovärdighet	22
Resultatdiskussion	24
Personens livshistoria	24
Helhetsperspektiv	25
Tillgänglig och meningsfull information	27
Konklusion och implikationer.....	29
Referenser	30
Bilaga 1 (3).....	36
Bilaga 1 (3).....	37
Bilaga 2 (3).....	38
Bilaga 2 (3).....	39
Bilaga 3 (3).....	40

Introduktion

När en person med demens inte längre kommer ihåg sitt levda liv, vem han har varit och var han nu befinner sig kan en känsla av ångest och oro uppstå. Ett sätt att lindra oro och ångest är att stödja identiteten genom kunskap om vem personen varit och hur personen levt sitt liv.

Personal inom hälso- och sjukvård och social omsorg (vård och omsorg) kan genom tillgång till personens levnadsberättelse arbeta identitetsstärkande och personcentrerat (Westius & Petersen, 2006; Ragnarsdottir, 2011). När vård och omsorgspersonal genom kännedom om levnadsberättelsen stödjer personligheten hos personer med demenssjukdom hjälper de personen att uppleva sin identitet och stärka självkänslan (Ekman et al, 2011; Ekman & Norberg, 2013; Karlsson, Sävenstedt, Axelsson & Zingmark, 2014; Kuosa, Elstad & Normann 2015; Russel & Timmans, 2009; Tolo Heggstad & Slettebo, 2015).

Genomförandeplaner och levnadsberättelser omfattas av social dokumentation (SOSFS 2014:5) vilket utförs av omsorgspersonal. I sjuksköterskans arbete ingår att dokumentera omvårdnadsplaner (SFS, 2008: 355) och att stödja och handleda omsorgspersonal i omvårdnaden av personer med demens. Levnadsberättelsen kan ge underlag för en gemensam vård och omsorgsplanering och rehabilitering enligt överenskommelse med patienten och anhöriga (Centrum för personcentrerad vård, 2017).

Problemområde

Vård och omsorg ska utgå från personen med fokus på personens upplevelse av verkligheten. Ragnarsdottir (2011) menar att vård och omsorgspersonal inte kan arbeta med personcentrerad omvårdnad utan kännedom om personens levnadsberättelse. Hur kan vård och omsorgspersonal möta en person med demens i dennes verklighet och skapa trygghet och svara på frågor utan kunskap om personens levda liv? Om kompetens saknas hos omsorgspersonalen som tar emot en persons levnadsberättelse finns risk att den personen försöker uttrycka inte fångas upp (Ring, 2013). Specialistsjuksköterskans kompetens behövs i arbetet med levnadsberättelsen för att kunna handleda och utbilda omsorgspersonalen samt samverka i teamet så att en samsyn uppstår i omvårdnaden. Till vår kännedom är forskning sparsam kring sjuksköterskors erfarenhet av hur levnadsberättelsen används inom omvårdnaden av personer med demenssjukdom på särskilt boende. En nyligen publicerad studie av Abrahamsen Gröndahl, Persenius, Bååth och Helgesen (2017) belyser att även

forskning kring själva användandet av levnadsberättelser på särskilt boende är sparsam. Resultatet i samma studie visade att genom användandet av levnadsberättelser kunde personalen se personen och inte bara en demenssjuk patient. Kunskap inom området skulle kunna bidra till en mer personcentrerad vård för att stödja personens identitet och stärka självkänslan hos personer med demenssjukdom vilket kan ge minskad oro och ångest.

Bakgrund

Demenssjukdom

Omkring 160 000 personer i Sverige har en demenssjukdom, cirka 24 000 personer insjuknar årligen och ungefär lika många avlider. Cirka 100 000 av dessa personer bor i det egna hemmet. Bland personer över 65 år är 8 % drabbade av en demenssjukdom och närmare 50 % av alla över 90 år. Det är ovanligt att en demenssjukdom drabbar personer under 65 år. Av totala antalet är cirka 5 % yngre än 65 år (Socialstyrelsen, 2016). Av de 160 000 bor enligt Socialstyrelsen (2014a) 42 % på särskilt boende. För personer med demens är det oftast bäst att bo kvar i det egna hemmet om deras omsorgsbehov kan tillgodoses med kommunal vård och omsorg. Kan inte personen vårdas hemma har kommunen skyldighet att erbjuda särskilt boende där personen kan känna trygghet och välbefinnande. Beslut avseende flytt till särskilt boende sker genom biståndsbedömning i kommunen (Socialstyrelsen, 2016; SFS 2001:453). Antalet personer med demenssjukdom förväntas dubblas fram till år 2050. Detta kommer att innebära en stor utmaning för anhöriga som vårdar och samhället i form av ökade kostnader för vård och omsorg och då främst för kommunerna (Socialstyrelsen, 2014b).

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika degenerativa sjukdomar i hjärnan. Det finns flera olika typer av demenssjukdomar vilka kan ha olika symtom och förlopp. Alzheimers sjukdom är den vanligaste formen av demenssjukdom och hög ålder är den primära riskfaktorn (Winblad, 2016). För att vård och omsorg ska kunna ge rätt stöd till dessa personer behöver personen genomgå medicinsk utredning för att fastställa diagnos med bedömning av sjukdomens typ och stadium. Socialstyrelsen rekommenderar att basal utredning erbjuds av hälso- och sjukvården till personer med misstänkt demenssjukdom och utvidgad utredning om behov föreligger för att kunna ställa diagnos. Kriterierna för en demenssjukdom är att den kognitiva svikten ska vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas och sänkt från en tidigare högre kognitiv nivå (Socialstyrelsen, 2016). I tidigt stadium betecknas sjukdomen som *mild* och personen är då oberoende av insatser från vård

och omsorg men kan behöva hjälp med att sköta sin ekonomi. Vid *måttligt* stadium av sjukdomen blir personen beroende av hjälp för att klara av aktiviteter i dagligt liv som personlig hygien och måltider. I det sista stadiet, *svår* demenssjukdom blir personen beroende av hjälp med det mesta (WHO, 2013).

För personer med demenssjukdom innebär deras vardag problem i form av att orientera sig, planera och organisera vilket kan innebära att personens vård och omsorgsbehov inte tillgodoses. En person med demens kan uppvisa oro på grund av smärta, törst, ensamhet eller andra orsaker vilket kan te sig svårtolkat för de som vårdar personen och därför orsaka lidande för den sjuka. En demenssjuk persons förhållande till sig själv och till andra påverkas av kommunikationsproblem, besvär med varseblivning och orientering. Personen kan därför få svårt att uppleva helhet och meningsfullhet i sitt liv (Norberg & Zingmark, 2011).

Personcentrerad omvårdnad

Genom att bekräfta personen med demenssjukdom som viktig och anpassa kraven till dennes förmåga kan det innebära att personen med demenssjukdom trots allt kan känna mening i livet (Norberg & Zingmark, 2011). När kraven anpassas efter förmågan blir tillvaron begriplig och meningsfull. Ett sätt att uppnå detta är att använda personens berättelse om sitt levda liv, levnadsberättelsen (Heljskov Elvén, Agger & Ljungmann, 2015).

När en person drabbas av en demenssjukdom finns det ingen botande behandling utan vårdens ansvar blir istället att stödja personen i att fortsätta vara självständig. Genom att arbeta enligt ett personcentrerat förhållningssätt blir personen central, inte diagnosen (Kitwood, 1997). En förutsättning för att kunna arbeta personcentrerat och utgå från personen är att veta vem personen är. Personer med demenssjukdom uppmuntras att tillsammans med sina anhöriga berätta om sig själv och sitt liv som underlag till personcentrerad vård och omsorg. Omsorgspersonalen inhämtar informationen genom personens berättelse om sig själv (Socialstyrelsen, 2016). Centrum för personcentrerad vård (GPCC, 2017) menar att personcentrerad omvårdnad är en etisk vägledning där medvetenhet krävs för att kunna skapa ett ömsesidigt förtroende mellan patient, anhöriga och olika professioner inom vård, omsorg och rehabilitering. Enligt Ekman et al. (2011) är det genom att noggrant lyssna på patientens och anhörigas berättelse som vård och omsorgspersonal kan bli medveten om personens upplevelse, vilja och vad de vill berätta om sig själv. Här krävs ett professionellt lyssnande och att personalen lyfter fram förmågor och resurser som patienten har. Enligt McKeown,

Clarke, Ingleton, Ryan & Repper (2010) ger levnadsberättelsen förutom en möjlighet till personcentrerad omvårdnad också anhöriga en viktig roll som påminns om hur personen var som frisk. Anhöriga bidrar genom sin delaktighet till att göra patienten till en person med en identitet vilket i sin tur stärker personen med demens. Enligt Kitwood (1997) innebär identitet för personen att veta vem man är. Personcentrerad vård hjälper personalen att se "människan bakom sjukdomen". Personens levnadsberättelse ger en inblick i personens levda liv vilket formar den specifika personens identitet. Personcentrerad omvårdnad bygger på partnerskap, patientens berättelse och dokumentation vilket används som teoretisk ansats i detta arbete. Genom att ta del av patientens berättelse görs patienten till en partner där personalen lär känna personen genom samtal kring personens levda liv och nuvarande situation. Sjuksköterskan dokumenterar sedan en hälsoplan i patientjournalen med tydliga mål och delmål (Ekman et al. 2011; GPCC, 2017). Att ha kunskap om vad som händer i samtalet, att kunna identifiera den äldre personens värderingar och kunna se sammanhanget i vårdmiljön är viktigt för att kunna arbeta personcentrerat. Personer med demenssjukdom kan ha begränsningar i att ta självständiga beslut. Personalen kan förstå den äldre personens önsknings genom att få en helhetsbild av personens liv (McCormack, 2003).

Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] anser att kunskap och information om personcentrerad vård behöver spridas i vårdverksamheter för implementering (SKL, 2015). Enligt Socialstyrelsen (2016) ska ett personcentrerat förhållningssätt vara utgångspunkten för demensvården genom hela sjukdomsförloppet. Detta skiljer sig från tidigare nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2010) där rekommendationen var att all vård och omsorg bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt. I praktiken innebär detta att personens levnadsberättelse blir utgångspunkten för personcentrerad vård inom både vård och omsorg av äldre där personal genom att lyssna på personen med demens ska försöka förstå vad som påverkar personens vardag. I specialistsjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår att ta tillvara den äldres livserfarenhet och utifrån det stärka identitet och välbefinnande. Specialist sjuksköterskan ska bland annat kunna använda den äldres levnadsberättelse i omvårdnadsarbetet och att arbeta personcentrerat. För kvalitet och säkerhet ska specialist sjuksköterskan kunna arbeta självständigt utifrån relevanta nationella riktlinjer, lokala vårdprogram samt handleda personal (Riksföreningen för Sjuksköterskan inom Äldrevård och Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Vård och omsorg ska ges med respekt och omtanke på lika villkor enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) För äldre personer med

demenssjukdom kan en levnadsberättelse skapa förutsättningar till personcentrerad vård och omsorg.

Multiprofessionellt samarbete

I nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom betonas vikten av ett samarbete mellan olika professioner i vård och omsorg kring personer med demenssjukdom så kallat multiprofessionellt team (Edvardsson et al., 2014; Ring, 2013; Socialstyrelsen, 2016). Enligt Socialstyrelsens definition består ett multiprofessionellt team av personal från både hälso- och sjukvård och socialtjänst (Socialstyrelsen, 2014b). Omsorgspersonalens arbete inkluderar enhetschefer, undersköterskor och vårdbiträden vilka regleras enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Levnadsberättelsen inhämtas av omsorgspersonalen och enhetschefen ansvarar för att uppföljning och utvärdering sker. Legitimerad personal tillhör hälso- och sjukvård vars arbete regleras av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Resultatet blir att de olika personalkategorierna i det multiprofessionella teamet arbetar utifrån olika lagrum med ett gemensamt mål att ge god vård och omsorg utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, vilket kräver samarbete mellan professionerna (Socialstyrelsen, 2016).

När vård och omsorgspersonal tar del av en persons levnadsberättelse kan de stödja personen att uppleva sin identitet (Ekman et al, 2011; Ekman & Norberg, 2013; Karlsson et al., 2014; Kuosa, Elstad & Normann 2015; Russel & Timmans, 2009; Tolo Heggstad & Slettebo, 2015). Intentionen är att göra gott vilket kräver förutsättningar och samsyn i personalgruppen. Saknas samsyn kan det leda till att omvårdnaden blir godtycklig beroende på vad var och en anser vara den bästa omvårdnaden för personer med demenssjukdom. Genom att ta tillvara kompetensen i ett multiprofessionellt teambaserat arbete kan man analysera pågående insatser och komma fram till en samsyn i hur vården och omsorgen kan ge ett personcentrerat bemötande. Med hjälp av personens levnadsberättelse fångar personalen upp vad personen eller anhöriga försöker uttrycka (Ring, 2013). Om kompetens saknas hos personalen som inhämtar en persons levnadsberättelse finns en risk att det personen försöker uttrycka inte fångas upp. Sjuksköterskan har en viktig funktion som handledare och stöd till personalen i omvårdnadsarbetet genom att betona det multiprofessionella arbetet. Sjuksköterskan ska säkerställa att omvårdnaden ges med god kvalitet och ansvarar för uppföljning och Utvärdering av omvårdnadsåtgärder. Personer med demenssjukdom som bor på särskilt boende har ofta en komplicerad sjukdomsbild med multisjuklighet vilket innebär ett behov av

specialistutbildade sjuksköterskor som kan främja samsynen och leda omvårdnadsarbetet (Ring, 2013).

Dokumentation

Den sociala dokumentationen (SOSFS 2014:5) beskriver vilka omsorgsinsatser som finns beviljade av biståndshandläggare och hur de ska utföras av omsorgspersonalen. Insatserna utförs så att personens integritet säkerställs. De beviljade insatserna dokumenteras av omsorgspersonal i genomförandeplanen. Levnadsberättelse och genomförandeplan är exempel på social dokumentation. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och patientlagen (SFS 2014:821) betonas vikten av patientens självbestämmande och delaktighet i utformningen av sin vård. Sjuksköterskan respekterar dessa lagar genom att i utformningen av omvårdnadsplanen ta del av patienten och anhörigas berättelse om sin situation. I sjuksköterskans dokumentation ingår att inhämta anamnes och ordinera omvårdnadsåtgärder i en omvårdnadsplan. Personen och dess anhörigas berättelse tillsammans med sjuksköterskans professionella kunskap och ett multiprofessionellt teamarbete leder till en gemensamt överenskommen omvårdnadsplan som dokumenteras i HSL journalen (Ekman & Norberg, 2013; Ragnarsdottir, 2011; Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Levnadsberättelsen är ett dokument som bör användas vid utformningen av både omvårdnadsplan och bemötandeplan menar Ragnarsdottir (2011). Personen godkänner informationsöverföring mellan de olika vårdgivarna (SoL och HSL) genom informerat samtycke. Det kan vara svårt som sjuksköterska att veta hur man ska förhålla sig till levnadsberättelsen då det är ett socialt dokument för vilket omsorgspersonalen ansvarar. Svensk sjuksköterskeförening (2016) menar att sjuksköterskan inom vård av äldre ska arbeta utifrån personens levnadsberättelse. I dagsläget finns det inget eget dokument för sjuksköterskor att tillgå för att inhämta och dokumentera levnadsberättelsen i. Sjuksköterskan är beroende av att det finns omsorgspersonal som inhämtar och dokumenterar informationen. Därför är det viktigt att undersöka hur sjuksköterskan upplever att levnadsberättelsen används i vård och omsorg av äldre med demenssjukdom.

Levnadsberättelsens betydelse

Ragnarsdottir (2011) menar att när en person med demens inte själv kan lämna sin levnadsberättelse kan personal be anhöriga hjälpa till att skriva den. Om det finns flera anhöriga är det att föredra att de skriver den tillsammans för att få en så heltäckande bild av

personens levda liv som möjligt. Anhöriga kan välja att utelämna trauman från personens barn- och ungdomstid för att de inte anser informationen relevant eller för att inte utelämna sin sjuka anhörig. Det är viktigt att vård och omsorgspersonalen skapar en förtroendeingivande relation med anhöriga och informerar om vikten av att även negativa händelser kommer med i levnadsberättelsen för att kunna bemöta personen med demenssjukdom på rätt sätt och kunna förstå eventuella rädslor hos personen. Vidare betonas att levnadsberättelsen skapar trygghet för både anhöriga och personal när den används som ett verktyg i vården och hjälper personalen att skapa en meningsfull vardag för personer med demens. Enligt Hejlskov Elvén et al., (2015) används levnadsberättelsen för att kunna skapa meningsfulla aktiviteter utifrån vilka intressen personen med demens har. Vidare anser de att levnadsberättelsen ger personen möjlighet att bli sedd och respekterad utifrån den personen som han är. Personen väljer vad man vill berätta och därför är en förtroendeingivande relation viktig mellan omsorgspersonalen och personen (Ekman et al., 2011). Enligt Fels och Astell (2011) har den som lyssnar och tar del av en berättelse en viktig funktion i det sociala samspelet och kan påverka både innehåll och längd på berättelsen utifrån reaktioner och inlevelse. Kännedom om personens levnadsberättelse kan ge bättre vårdkvalitet och möjliggöra en personcentrerad omvårdnad för äldre personer med demens vilket också inkluderar deras anhöriga (McKeown et al., 2010). Personen och dess anhöriga kan göras delaktiga i vård och omsorg genom levnadsberättelsen. Forskning stödjer användandet av levnadsberättelsen för personer med demens och deras anhöriga för att möjliggöra personcentrerad vård och omsorg (Hejlskov Elvén et al., 2015) Sjuksköterskans delaktighet i användandet av levnadsberättelsen är sparsamt beskrivet i litteraturen och kunskap behövs om hur levnadsberättelsen används i praktiken och sjuksköterskornas erfarenhet och upplevelse kring användandet.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter kring användandet av levnadsberättelsen inom omvårdnad av äldre personer med demenssjukdom på särskilt boende.

Metod

Design

Studien är utförd med kvalitativ explorativ ansats. Kvalitativ forskning används när syftet är att ta del av erfarenheter och upplevelser eller för att förstå ett fenomen (Polit & Beck, 2012).

Urval

Urvalet bestod av nio sjuksköterskor (åtta kvinnor och en man) från åtta stycken särskilda boenden i fyra kommuner i södra Skåne. Åldersspridning var mellan 29-65 år. Sju sjuksköterskor var grundutbildade och två var specialistutbildade, en distriktssköterska och en specialistsjuksköterska inom vård av äldre. Antal arbetade år som sjuksköterska var mellan 5-40 år. Alla deltagare arbetade dagtid, måndag till fredag. Urvalet var strategiskt (Henricson & Billhult, 2012) och samtliga deltagare arbetade på arbetsplatser där levnadsberättelsen användes i omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Strategiskt urval gjordes genom att författarna letade information på nätet vilka särskilda boenden som uppgav att de använde levnadsberättelsen i vård och omsorg. Flera kommuner valdes ut för att få en spridning av sjuksköterskor. Förfrågan om deltagande i studien skickades till 18 verksamhetschefer. Av de förfrågade återkom 8 verksamhetschefer som gav samtycke (Bilaga 1) till att delta i studien. Dessa skickade därefter själva förfrågan vidare till sjuksköterskor i sin verksamhet vilka i sin tur kontaktade författarna via mejl med samtycke om att delta (Bilaga 2). Via informationsbrevet till sjuksköterskorna (Bilaga 2) garanterades de deltagandes konfidentialitet. Sjuksköterskor som arbetade på särskilda boenden som inte använder levnadsberättelsen exkluderades.

Datainsamling

Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer. För att prova studiens frågor i intervjuguiden (Bilaga 3) och inspelningsutrustning gjordes en pilotintervju där författarna turades om att intervjua varandra och spelade in intervjuerna (Henricson, 2012). Intervjuerna utfördes mellan juni - augusti 2017. Intervjuerna varade mellan 35-50 minuter. Alla intervjuer började med en öppen fråga. Intervjuguiden (Bilaga 3) användes som ett stöd

vid intervjuerna och intervjupersonerna uppmuntrades att med egna ord berätta kring de ämnen som ingick i intervjuguiden. Författarna hade begränsad erfarenhet av att intervjua så efter varje intervju diskuterades upplevelsen och om något skulle kunnat förbättras. Båda författarna medverkade vid intervjuerna, en som intervjuade och en som observerade. Författarna turades om att utföra intervjun och den som observerade såg till att alla ämnesområdena i intervjun täcktes in under samtalets gång. Om någon fråga inte besvarats under samtalet ställde observatören den till respondenten. Observatören ansvarade för det tekniska kring inspelningen av intervjun med mobiltelefoner samt nedteckna den intervjuades olika icke verbala reaktioner och uttryck. Intervjuerna spelades in med båda författarnas mobiltelefoner för att minimera risken för tekniska fel. De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant i anslutning till intervjun. Transkriptionerna lästes igenom av båda författarna tillsammans med det inspelade materialet så att intervjun återgavs korrekt. De inspelade intervjuerna raderades därefter.

Analys av data

Intervjumaterialet i studien analyserades enligt en kvalitativ manifest innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys kan användas när stora mängder text ska bearbetas och analyseras. Den kvalitativa innehållsanalysen gjordes med induktiv ansats (Graneheim & Lundman, 2004). Den ordagrant utskrivna texten lästes flera gånger av författarna var för sig för att få en känsla för innehållet utifrån syftet med studien. Meningsbärande enheter i texten som svarade på studiens syfte togs ut gemensamt av författarna (Tabell 1). Meningarna som plockades ut var i sin helhet så att kärnan bevarades. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan till kortare meningar och bildade koder. Koderna togs fram genom att författarna läste materialet var för sig och kodade för att sedan jämföra sina koder. Koderna utgjorde en kortfattad text som svarade på studiens syfte. Koder med liknande innehåll bildade subkategorier och sedan kategorier vilka utgjorde det manifesta innehållet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) motsvarar det skrivna i texten den manifesta analysen och den latent beskriver en tolkning av texten på en djupare nivå. Analysen har även inneburit ett visst mått av tolkning efter att texten lästs och diskuterats flera gånger mellan författarna. Det finns alltid en viss grad av tolkning både i en manifest och latent textanalys skillnaden ligger i vilken nivå och djup texten tolkas.

Forskningsetiska avvägningar

Innan studien påbörjades skickades en ansökan om etikprövning till ett råd inom utbildningen vid Lunds universitet. Efter godkännande från rådet kontaktade författarna verksamhetschefer för särskilda boenden i södra Skåne som uppgav att de använder levnadsberättelsen i sin verksamhet. Sjuksköterskorna informerades vid intervjuens början om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt och kunde när som helst avbrytas utan att skäl behövde uppges och att materialet hanterades konfidentiellt. Sjuksköterskorna valde själva var och vilken tid intervjun skulle äga rum. Sex sjuksköterskor valde sin arbetsplats i en lugn och avskild lokal och tre stycken önskade träffas utanför arbetet i en lokal de själva valde som var lugn och avskild. Vid samtliga intervjuer medverkade båda författarna. Innan intervjun påbörjades gav författarna en kort beskrivning av syftet och sjuksköterskan gavs tillfälle att uppges om det var något oklart kring intervjun. Utskrifterna kodades med siffror för att garantera sjuksköterskornas konfidentialitet. Utskrifterna kasseras efter avslutad studie och de transkriberade texterna raderas. Vid innehållsanalysen togs inte känsliga uppgifter med som eventuellt skulle kunna identifiera en enskild person (Vetenskapsrådet, u. å.).

Tabell 1. Meningsbärande enheter, kondenserade meningsenheter, koder, subkategorier och kategorier efter innehållsanalys. HSL=Hälsa- och sjukvårdslagen; S=sjuksköterska; SoL=Socialtjänstlagen
(*) Numrerad intervju.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
“Ja, jag tror ju att det är omöjligt utan detta alltså det går inte att göra någon personcentrerad vård om vi inte vet något om vem människan är, det är helt omöjligt” (S6)	Går inte att utföra personcentrerad vård om vi inte vet vem personen är.	Personcentrerad vård utifrån levnadsberättelsen	Person kännedom	Personens livshistoria
“Ja, för att man kan inte skriva bemötandeplaner förrän man har de här uppgifterna från levnads berättelsen och känner ja, det är jätte viktigt” (S7)	Levnadsberättelsen behövs för att utforma bemötandeplan	Kunskap om personen är grunden i bemötandet.	Underlättar bemötande	Personens livshistoria
“Det är ju där man känner ibland att det är uppdelat HSL och SoL, men det är ju ett team” (S5)	I teamet behövs både HSL och SoL.	HSL och SoL behövs i team.	Multi professionellt team	Helhetsperspektiv
“Vi har fysisk aktivitet som har högsta prioritet. Ja, vad är fysisk aktivitet? Är det nånting mer än att ta en promenad? Vad skulle det mer kunna vara som kanske skulle kännas meningsfullt än att bara gå på promenad, ja” (S6)	Fysisk aktivitet är högsta prioritet, hur kan vi göra den meningsfull för personen och inte bara ta en promenad.	Personlighets anpassad fysisk aktivitet.	Aktivitet	Helhetsperspektiv
“Där tänker jag att HSL och SoL går ihop att då läser vi SoL dokumentationen också (skratt) och tar del av den och bakar in den i vår bedömning inom HSL-biten liksom så att, jaaa” (S9)	HSL och SoL går ihop och bakas in i bedömningen som en ingrediens.	Behövs som underlag för omvårdnadsplan	Kompetens och handledning	Helhetsperspektiv
“Ja eller bara när de flyttar in så har de skrivit ner om den boende liksom hur de varit innan eller beteenden så många är ju väldigt dåliga när de flyttar hit, så anhöriga är ju jätte trötta alltså”(S3)	När personen flyttar in är anhörig jätte trötta och orkar inte skriva så mycket i levnadsberättelsen.	Mängd information är beroende av anhörig.	Anhöriga	Tillgänglig och meningsfull information
“I sociala omsorgspärmen i undersköterskornas kontor” (S9)	Levnadsberättelsen förvaras inlåst på undersköterskornas kontor.	Förvaras på kontor.	Förvaring	Tillgänglig och meningsfull information
“Nä det är kontaktpersonen för att det är ju ett socialt papper och dom har ju den i sin sociala pärm som dom har på boendet” (S7)	Kontaktpersonen inhämtar, det är ett socialt papper.	Social dokumentation åligger kontaktpersoner.	Kontaktpersonens roll	Tillgänglig och meningsfull information

Resultat

Analysen visade att sjuksköterskors erfarenhet av levnadsberättelsens användning inom omvårdnad till äldre personer med demenssjukdom på särskilda boenden kunde sammanfattas i tre kategorier; Personens livshistoria, Helhetsperspektiv och Tillgänglig och meningsfull information. Dessa kategorier bildades utifrån tio subkategorier (Tabell 2).

Tabell 2. Subkategorier och kategorier efter innehållsanalys av sjuksköterskornas erfarenhet kring användandet av levnadsberättelsen inom omvårdnad av personer med demens på särskilt boende.

Subkategorier	Kategorier
Personkännedom Identitets- och jagstödjande Underlättar bemötande Integritet	Personens livshistoria
Multiprofessionellt team Kompetens och handledning Aktivitet	Helhetsperspektiv
Anhörigas delaktighet Kontaktpersons roll Förvaring	Tillgänglig och meningsfull information

Personens livshistoria

Sjuksköterskornas erfarenhet av levnadsberättelsens användning var att det gav en bild av personens livshistoria vilket ansågs bidra till att vård och omsorgspersonal kunde arbeta personcentrerat för att stärka personens identitet. Personens livshistoria framkom genom fyra subkategorier; personkännedom, identitets- och jagstödjande, bemötande och integritet.

Personkännedom

Informationen i levnadsberättelsen kunde ha stor betydelse för personkännedom och bemötandet av personer med demens på särskilda boenden. Frågorna som ställdes i inhämtandet av levnadsberättelsen ansågs vara ganska generella och handlade mer om antal syskon och var personen hade bott och gjort än djupare frågor om personlighet och händelser i livet som kan ha påverkat personligheten. Att ställa djupare frågor om personens livshistoria vid inhämtandet av levnadsberättelsen ansågs kunna ge ökad personkännedom och leda till

personcentrerad vård och omsorg. Några sjuksköterskor menade att kännedom om personens uppväxtmiljö hade underlättat för att möta personen utan att skapa onödiga konflikter. De menade också att det fanns en risk i att sjuksköterskan arbetade utifrån ett medicinskt perspektiv istället för ett omvårdnadsperspektiv och därmed inte tog del av informationen i levnadsberättelsen. Genom att förstå livshistorien och ha kunskap om personen gavs möjlighet att ge individuellt stöd när personen sviktade i sina förmågor för att öka personens självkänsla. En sjuksköterska uttryckte:

“ Att förstå den här boende bättre tror jag, dens behov, ja se vem den varit och ja, vad det här beteendet beror på och om det har en orsak” (S3).

Identitet och jagstödjande

I ett personcentrerat arbete måste sjuksköterskorna ta del av personens levnadshistoria. Informationen i levnadsberättelsen ansågs bidra till ett individuellt stöd som kunde leda till ett identitetsstärkande och jag-stödjande arbete. Kunskap och förståelse för personens livshistoria och nuvarande situation upplevdes ge möjlighet till stöd på rätt sätt och inom rätt område till personen med demens. Det kunde röra sig om samtal där personen inte kom ihåg de senaste åren av sitt liv. Här fick samtalen handla om något annat så personen fortfarande kände sig som en person som har betydelse och som kunde samtala.

”Ja det ger ju personen en chans att bibehålla sin identitet ... om man blir demenssjuk så får man ju olika funktionsnedsättningar på olika områden så man fungerar ju inte på alla områden och vet jag då något om den personen så kan jag ju gå in och stötta upp och hjälpa personen på det sättet som passar just honom eller henne, alltså det kan ju inte vara på samma sätt för alla” (S6).

Underlättar bemötande

Flertalet sjuksköterskor menade att genom personens livshistoria kunde personalen få en bild av personen de vårdade, hur personen varit och levt sitt liv. Detta kunde leda till ökad förståelse för personen och ett respektfullt bemötande. Att använda relevant information från levnadsberättelsen i avledande syfte uppgavs vara positivt och kunde ibland förebygga beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD).

“... men det är ju hela tiden alltså att deras beteende kommer ju av en orsak och vet vi då det så är det lättare alltså ... man kan distrahera dom och avleda det kan vi göra med hjälp av levnadsberättelser” (S4).

Integritet

Några sjuksköterskor hade erfarenhet av att det kunde komma fram känslig information i levnadsberättelsen och att trauman tidigare i livet kunde påverka personen i dagsläget. De beskrev situationer där personalen behövde förstå bakgrunden till personens beteende. Ett exempel var när en person som vistats i koncentrationsläger kröp under sängen vid oro. Personalen hade svårt att hantera situationen innan de fick kännedom om personens livshistoria. I ett annat fall där det framkom att en kvinna i sin ungdom utsatts för övergrepp av män och där personalen nu såg till att det fanns kvinnlig personal tillgänglig vid situationer så som dusch och påklädning. Genom informationen kunde personalen hjälpa personen med bevarad respekt för integritet.

Helhetsperspektiv

Sjuksköterskorna menade att användandet av levnadsberättelsen kan ge möjlighet till ett helhetsperspektiv i omvårdnaden. Men de ansåg också att det fanns utmaningar i omvårdnaden av personer med demens och där de kunde se att levnadsberättelsen kunde fylla en viktig funktion. De uttryckte en önskan om samsyn i arbetet kring personer med demens. De reflekterade över personalens varierande kompetens och vilken betydelse det kan ha för användandet av informationen i levnadsberättelsen för att skapa meningsfulla aktiviteter. Helhetsperspektivet innehöll subkategorierna; multiprofessionellt team, kompetens och handledning och aktivitet.

Multiprofessionellt team

Många sjuksköterskor såg betydelsen av att både omsorgs och omvårdnadsperspektivet behövdes för att få en helhet i omvårdnaden av personer med demens. De uppgav att de kunde se behov av att använda information från levnadsberättelsen på teamträffar för att främja personcentrerad vård men visste inte hur det rent praktiskt skulle gå till. Erfarenheten var att information från levnadsberättelsen många gånger prioriterades bort på team träffarna på grund av tidsbrist och att fokus enbart var på praktiska detaljer, vilket gjorde att personens helhetsbild inte framkom.

“Team träffar har vi men där pratar vi aldrig om nåt sånt utan där pratar vi mer om avvikelser, fall och rollatorer och annat, ja lite allmänt sånt...” (S1).

Kompetens och handledning

Genom användandet av levnadsberättelsen menade sjuksköterskorna att de såg helheten kring personen med demens utifrån sin och omsorgspersonalens kompetens. Att ta del av levnadsberättelsen var viktigt för att kunna handleda personalen i omvårdnadssituationer. Handledning utifrån levnadsberättelsen ansågs kunna främja en helhetssyn och personcentrerad vård. Några sjuksköterskor kunde se en risk i att många utbildade vikarier kunde vara ett hinder för användandet av levnadsberättelsen då de inte visste att den fanns eller hur den skulle användas. Sjuksköterskorna var medvetna om att levnadsberättelsen var social dokumentation men menade att de var delaktiga genom stöd och handledning till omsorgspersonalen.

“... det är ju många vikarier här, personal som, ehh, inte är utbildade riktigt alltså som undersköterskor så att det, tyvärr... det är ganska mycket rotation på personal tycker jag ja, jaa, och dom använder ju inte den men det är ju viktigt för dem som jobbar här tror jag att påpeka det här, läs den här (levnadsberättelsen) så kanske du förstår bättre” (S3).

Flera sjuksköterskor menade att det krävs erfarenhet och kunskap för att hantera känslig information och för att se helheten utifrån informationen i levnadsberättelsen. Personalen behövde ha god självkänedom och erfarenhet kring samtal och intervjuteknik eller liknande. Det uttrycktes behov av ett samarbete mellan sjuksköterskan och omsorgspersonalen vid användandet av levnadsberättelsen. Merparten av sjuksköterskorna menade att de behövde informationen i levnadsberättelsen för att få en helhet i omvårdnaden.

“... man ser kopplingar till hälsohistorian liksom, för så tycker jag att jag får en bättre helhet. Det blir väldigt svårt annars att ha en HSL funktion, det blir ju ingen hel bakgrund om du inte har den sociala biten...” (S5).

Aktivitet

Helhetsperspektivet gav personalen möjlighet att skapa meningsfulla aktiviteter till personer med demenssjukdom. Levnadsberättelsens användning vid BPSD ansågs ibland kunna minska besvären genom att personalen kunde avleda personen med samtal eller aktivitet som de visste personen tyckte om. Ibland kunde detta även leda till minskad läkemedelsanvändning.

“Jaa det är det här med handlingsplaner och BPSD och att man verkligen noggrant arbetar med det liksom, det är intressant. Man skulle vilja bli ett boende utan mediciner (skratt). Vi har väldigt mycket aktiviteter här och det säger de att det är väldigt positivt ändå, aktivitetsledare, gymnastik och alla

möjliga saker, balans träningar och så och de flesta mediciner skulle kunna försvinna (skratt) och så är de naturligt trötta och de kunde få ett glas vin och så där, en vision” (S9).

Genom att ta tillvara personens förmågor och utforma aktiviteten utifrån informationen i levnadsberättelsen upplevdes personen med demens få en känsla av välbefinnande. Här beskrevs en person som tidigare hade arbetat som kock, där personalen bad honom om hjälp när de skulle planera matinköp vilket upplevdes ge glädje och ökat välbefinnande för personen. Aktiviteterna individanpassades så personerna kunde klara av dem. En sjuksköterska beskrev hur en person varit en duktig målare i sitt yrkesliv men inte ville måla längre då personens bristande förmåga blev tydlig i och med sjukdomen. Personalen behövde hitta en annan meningsfull aktivitet för att stärka personens självkänsla och minska oro. Det upplevdes viktigt att vård och omsorgspersonal och även anhöriga var medvetna om att all information i levnadsberättelsen inte var aktuell för personens nuvarande situation.

“...men sen är det ju vissa där det ändras väldigt mycket så anhöriga känner inte igen, det här brukar hon inte tycka om (skratt), har aldrig gjort det men älskar det nu” (S9).

Tillgänglig och meningsfull information

Sjuksköterskorna ansåg det värdefullt att informationen som framkom i levnadsberättelsen var tillgänglig och meningsfull för att kunna användas på bästa sätt för personen med demens vilket beskrivs genom subkategorierna; anhörigas delaktighet, kontaktpersonen och förvaring.

Anhörigas delaktighet

Det ansågs viktigt att personen med demens gavs möjlighet att själv lämna information som upplevdes betydelsefull för levnadsberättelsen och att personen informerades om betydelsen av informationen för vården i ett tidigt skede av sjukdomen. Sjuksköterskorna kunde se en problematik i att många personer med demens flyttade till särskilt boende så sent i sjukdomsförloppet att de inte själva kunde vara med och berätta sin levnadsberättelse. Det blev då anhörigas berättelse om personen. Flera sjuksköterskor kände sig osäkra på hur personer med demens godkänner inhämtande av levnadsberättelsen. Uppfattningen var att ansvaret lämnades till anhöriga då personen med demens kunde ha svårt att förstå innebörden av informationen och att kommunicera med personalen på grund av sin sjukdom. Anhöriga upplevdes ha utvecklat en förståelse i kommunikationen med personen med demens under

tiden de vårdat personen i hemmet. Det gjorde att de upplevdes kunna tolka personens behov och önskan och göra informationen tillgänglig till personalen genom levnadsberättelsen. Anhörigas delaktighet i levnadsberättelsen sågs som viktig då de hade information om personen med demens som hade betydelse för omvårdnaden men även för relationen till personalen på boende. En god relation med anhöriga upplevdes öka möjligheten för tillgänglig och meningsfull information till levnadsberättelsen.

“... man får anhöriga att känna att de är delaktiga, alltså jag tror att det är en jätteviktig funktion som man ger dom ...” (S7).

Flera sjuksköterskor uttryckte att det var ett bekymmer när man inte kunde inhämta levnadsberättelsen av personen själv vilket gav en osäkerhet i att informationen var den som personen själv skulle lämnat. Att inte ha tillgänglig information från levnadsberättelsen upplevdes ibland bero på att anhöriga på grund av sviktande hälsa inte orkade lämna en utförlig berättelse om personens liv. Detta påverkade både innehållet och mängden av informationen i levnadsberättelsen. Sjuksköterskorna uttryckte att en mindre bra familjerektion kunde vara en orsak till att levnadsberättelsen inte lämnades in eller att man inte ville lämna ut sin sjuka anhörig. Sjuksköterskorna upplevde att informationen från levnadsberättelsen kunde stärka relationen med anhöriga och göra att de kände trygghet.

“Jaa, att det blir mer personligt att man kanske får en annan relation ... man kanske känner lite mera samhörighet och ja, och även för anhöriga att de vet att vi vet vad mamma och pappa har gjort och ja, det kan bli en annan trygghet tror jag, en allmän trygghetskänsla” (S2).

Kontaktpersonens roll

Uppfattningen var att kontaktpersonen hade ansvar för levnadsberättelsen. Sjuksköterskorna hade erfarenhet av att formuläret för levnadsberättelsen lämnades ut av kontaktpersonen och att anhöriga fyllde i den hemma och lämnade därefter in den. Flera sjuksköterskor upplevde att ingen tog emot och tittade igenom frågorna tillsammans med anhöriga vilket kunde resultera i att svaren kunde vara oklara för personalen. Informationen kunde då upplevas otillgänglig. Informationen som kontaktpersonen gav till anhöriga upplevdes betydelsefull för inhämtandet. Att kontaktpersonen förklarade varför levnadsberättelsen behövdes och hur informationen kunde användas ansågs viktigt för att informationen skulle bli tillgänglig och meningsfull och vara till gagn för personen med demens. Sjuksköterskorna betonade också

vikten av att kontaktpersonen förmådde skapa en god relation till personen med demens och dess anhöriga och inhämta lite information i taget.

“Tyvärr handlar det mycket om personen där också, vissa kontaktpersoner var fantastiskt duktiga och kunde göra det på ett sätt, om de fått bra kontakt, de kunde inte bara sätta sig rätt upp och ner och säga: Ahh, nu ska du svara på detta, och berätta detta. För att det kan ju faktiskt vara så att man absolut inte har lust att berätta ehh, det är min upplevelse att många vill vara ganska privata och tycker inte att vi har med det att göra” (S8).

Förvaring

Flera av sjuksköterskorna ansåg att förvaringen av levnadsberättelsen påverkade tillgängligheten och därmed hur den användes i den dagliga vården. Sjuksköterskorna hade olika erfarenheter kring förvaring av levnadsberättelsen. Den förekom både inlåst, liggandes framme på personens rum, eller inlåst på omsorgspersonalens expedition. Några såg brister med att den förvarades inlåst på expeditionen eller inte uppdateras med ny information. Flera sjuksköterskor var överens om att dokumentet många gånger används endast när personen flyttade in och upplevdes därefter avklarad. Detta försvårade tillgängligheten vid situationer där meningsfull information skulle varit värdefull som till exempel när en person som var väldigt orolig vid tillsyn på natten. När personalen förstod att personen varit utsatt för inbrott i hemmet nattetid kunde de bemöta detta genom att inte göra nattlig tillsyn och oron minskade. Flera menade att levnadsberättelsen kunde skrivas och förvaras digitalt vilket skulle underlätta tillgängligheten och därmed användandet.

“Alltså den skulle ju egentligen kunna vara lite mer levande men frågan är hur det skulle gå till då, då tycker jag egentligen att då skulle den kanske finnas på datorn” (S4).

För att möjliggöra och öka användningen av levnadsberättelsen menade sjuksköterskorna att den behövde göras tillgänglig. De ansåg att den behövde användas som ett levande dokument och uppdateras efterhand som ny meningsfull information inkom.

Diskussion

Metoddiskussion

Resultatets trovärdighet

Trovärdigheten i kvalitativa studier bedöms enligt Polit och Beck (2012) utifrån fyra begrepp; tillförlitlighet (credibility), giltighet (dependability), verifierbarhet (confirmability) och överförbarhet (transferability). Syftet i föreliggande studie var att undersöka vilken erfarenhet sjuksköterskor som arbetar på särskilda boenden för personer med demens hade kring arbetet med levnadsberättelsen. Den kvalitativa metoden med semistrukturerade intervjuer ansågs svara mot studiens syfte (Polit & Beck, 2012).

Strategiskt urval (Henricson och Billhult, 2012) användes och enbart sjuksköterskor på särskilda boenden som uppgav att de använde levnadsberättelsen inkluderades för att få så informationsrikt material som möjligt. Spridningen i ålder och antal arbetade år bland sjuksköterskorna innebar att deras erfarenheter kring användandet av levnadsberättelsen blev varierat vilket ökar tillförlitligheten. Induktiv ansats användes för att ges möjlighet till en djupare tolkning av innehållet (Henricson, 2012). Intervjuerna varade mellan 35-50 minuter då de nio respondenterna gav många detaljerade beskrivningar ur egna upplevelser kring hur levnadsberättelsen användes, vilket resulterade i ett omfattande material. Kodningen utfördes enskilt för att minska risken av påverkan av den andre författarens förförståelse och därmed öka tillförlitligheten för resultatet. Kondenseringen av meningsenheterna med bibehållen kärna utfördes av författarna tillsammans för att inte innebörden skulle feltolkas. De kondenserade meningsenheterna provades sedan mellan olika subkategorier och kategorier för att se var de passade bäst. Exempel på citat från respondenterna redovisas i resultatet samt i analysprocessen (Tabell 1) (Graneheim & Lundman, 2004). Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer vilket kan stärka tillförlitligheten då två olika personers uppfattning av vad som framkom på intervjun bidrog till resultatet. Detta kallas triangulering (Polit & Beck, 2012) och ökar tillförlitligheten i analysen av resultatet när författarna tolkar resultatet tillsammans. Författarna hade begränsad erfarenhet av att intervjua så efter varje intervju diskuterades upplevelsen och om något behövde förbättras. De första intervjuerna kan ha påverkats av att författarnas ovana att intervjua vilket kan ha resulterat i begränsade följdfrågor. Författarna informerade respondenterna om syftet med att båda författarna deltog

vid intervjun innan inspelningen började. En svaghet kan vara att respondenten kände sig hämmade med två författare vilket författarna var medvetna om.

För resultatets giltighet utfördes intervjuerna i semistrukturerad form med Polit & Beck (2012). För att säkerställa att de ämnen studien förväntades belysa framkom vid intervjun användes en intervjuguide (Bilaga 3), (Polit & Beck, 2012). Alla intervjuer följde samma mönster med en öppen fråga. Genom att använda semistrukturerad intervju behövde inte frågor ställas i viss ordning utan kunde ställas där de passade bäst in under intervjun. Författarnas begränsade kunskap kring vilket lagrum levnadsberättelsen tillhör påverkade frågorna i intervjuguiden men kompensades av respondenternas kompetens inom området. Författarna reflekterade efteråt om frågorna i intervjuguiden var ställda på ett sätt så att det förutsatte att sjuksköterskan inhämtade levnadsberättelsen. Detta blev aldrig något problem då samtliga respondenter började den öppna frågan med att berätta att sjuksköterskan inte var ansvarig för att inhämta levnadsberättelsen.

Trovärdigheten i resultatet utifrån verifierbarhet (Polit & Beck, 2012) tillgodoses genom att intervjuerna transkriberades ordagrant, exempel på analysprocessen redovisas (Tabell 1) samt citat återges från intervjuerna. Författarna har under sin specialistutbildning ökat sin kunskap om betydelsen av en levnadsberättelse vilket ger en viss förförståelse vilken skulle kunnat påverka följdfrågorna vid intervjuerna. Författarna har varit medvetna om detta under intervjuerna och har försökt förhålla sig så neutrala och objektiva som möjligt för att inte påverka respondenternas svar (Graneheim & Lundman, 2004). Följdfrågorna har fokuserat på att få respondenten att berätta mer ingående om ämnet utifrån frågorna i intervjuguiden.

Studier utförda med kvalitativ innehållsanalys är som helhet inte överförbara. Läsaren som tar del av resultatet är den som avgör om studien bedöms som överförbar (Graneheim & Lundman, 2004). Resultatet i studien redovisar de medverkande sjuksköterskornas upplevelse och erfarenheter av studiens syfte och kan möjligen ge sjuksköterskor med liknande förutsättningar en ökad förståelse. Överförbarheten (Polit & Beck, 2012) är enligt författarna stärkt genom en utförlig beskrivning av deltagarna och datainsamlingen.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskornas erfarenhet av levnadsberättelsens användning inom omvårdnad till äldre personer med demenssjukdom på särskilda boenden kan sammanfattas som att den ger ett helhetsperspektiv av personens levda liv med tillgänglig och meningsfull information ger vård och omsorgspersonal möjlighet att arbeta personcentrerat.

Personens livshistoria

Resultatet i denna studie visade att kännedom om innehållet i en persons livshistoria upplevdes underlätta personcentrerad omvårdnad och identitetsstärkande arbete och kan hjälpa personen att uppleva sin identitet. Sjuksköterskorna på särskilda boenden i denna studie upplevdes ta stor del i levnadsberättelsen och hade många funderingar kring hur den användes. Anledningen till detta uppgavs vara att omsorgspersonal och sjuksköterskor arbetade nära varandra i omvårdnaden och sjuksköterskan lärde känna personen med demens och dess anhöriga under lång tid. Resultatet visar att personkännedom upplevdes leda till bättre vård och omsorg och att djupare frågor i levnadsberättelsen som belyser personligheten, skulle kunna leda till mer individuellt bemötandet. Situationer beskrevs där anledningen till ett visst beteende kunde tolkas i levnadsberättelsen och skapa förståelse till varför beteendet uppkommit. Det visar på betydelsen av personens livshistoria för bemötandet av personer med demens och Clarke, Hansson och Ross (2003) menar att när personal lär känna personen bakom sjukdomen ser de på ett annat sätt på personen vilket ger personen en identitet. De anser även att kännedom om personens livshistoria inte bara är en förutsättning för personcentrerad vård utan gör att relationen mellan personalen och personen stärks. Förmågan att se personen som en individ genom att lyssna på och ta del av en persons levnadsberättelse bekräftas också av McKeown et al., (2010). Vård kan förbättras och förutsättningar att upprätthålla personens identitet och personcentrerad vård möjliggörs genom ökad förståelse för personens beteende. Genom att noga lyssna till en levnadsberättelse kan personalen förstå vem personen var som frisk och hjälpa personen uppleva sin identitet (McKeown et al., 2010). Möjligheten att stärka personens identitet och arbeta personcentrerat stämmer väl överens med en studie av Mitchell och Agnelli (2015) där en sammanställning av Kitwoods teori visar vikten av att personalen stödjer de psykologiska behoven hos personer med demens när de inte klarar det själv, vilket ökar möjligheten till att stärka personens identitet och arbeta

personcentrerat. Sjuksköterskor på särskilda boenden kan ha en viktig funktion att vara förebilder och sprida kunskap till omsorgspersonal och anhöriga i identitetsstärkande vård.

Detta framkommer även i nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2016) där all vård och omsorg ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt vilket innebär att sjuksköterskan är beroende av levnadsberättelsen för att arbeta personcentrerat. Detta är även tydligt i specialistsjuksköterskans kompetensbeskrivning där det ingår att ta tillvara den äldres livserfarenheter och utifrån det stärka identitet och välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Specialistsjuksköterskor ska bland annat kunna använda den äldres levnadsberättelse i omvårdnadsarbetet (Riksföreningen för Sjuksköterskan inom Äldrevård och Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Helhetsperspektiv

I det multiprofessionella teamet kring en person med demens behövs ett helhetsperspektiv för att arbeta personcentrerat vilket försvåras av att vården delas upp i vård och omsorg utifrån socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Resultatet i denna studie visar att sjuksköterskorna upplevde att samtlig vård och omsorgspersonal behöver personens levnadsberättelse för en helhetssyn i omvårdnaden. Informationen behövs både utifrån ett omsorgs och ett hälsovetenskapligt perspektiv. Sjuksköterskorna såg ett behov av att använda levnadsberättelsen i det multiprofessionella teamet men saknade struktur för hur det praktiskt skulle gå till. En studie av Törnquist, Andersson och Edberg (2013) visade att sjuksköterskan har ett helhetsperspektiv i vården av äldre men att det ställer stora krav på sjuksköterskan att bedriva god vård när flera olika professioner är inblandade. Det går inte att "dela en person" utifrån vård- och omsorg utan samsyn behövs för att utgöra ett team kring personen. Vården till personen med demens skulle kunnat förbättras genom att arbeta multiprofessionellt utifrån information från levnadsberättelsen. En möjlig orsak till att levnadsberättelsen inte används i den utsträckning sjuksköterskorna i denna studie önskade kan vara att det är ett dokument som tillhör omsorgen och den sociala dokumentationen. Enligt V. Lloyd, Schneider, Scales, Baily och Jones (2011) är ett teambaserat arbete värdefullt för ökad kvalitet, minskad personalomsättning och ökat välbefinnande inom vård och omsorg för personer med demens. Enligt Socialstyrelsens nationella strategier för demenssjukdom (2017) visas flera prioriterade områden där förbättringar bör ske och bland annat pekar de på att samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänsten behöver förbättras. Med gränsöverskridande multiprofessionella team och förbättrad personalkontinuitet skulle möjligheten till god personcentrerad vård öka (Ring, 2013). Utan samsyn genom det multiprofessionella teamet

riskerar vård och omsorg att bli godtycklig utifrån de olika professionernas arbete. Det behövs mer fokus på verksamheternas multiprofessionella teamarbete för att hitta förbättringsområden inom området som kan leda till ett personcentrerat synsätt inom vård och omsorg till personer med demens. Det behövs konkreta förslag på hur personalen tillsammans kan arbeta med levnadsberättelsen för att få en helhetssyn i vård och omsorg.

Erfarenhet och utbildning ansågs påverka helhetssynen i omvårdnaden av personer med demens. Det fanns ett intresse och engagemang hos sjuksköterskorna i studien att handleda och stödja omsorgspersonalen i uppgiften att använda levnadsberättelsen. Behov av mer utbildning hos baspersonal inom vård och omsorg för personer med demens är ett område som Socialstyrelsen (2017) identifierat. Effekterna av personalbrist framkommer i en studie av Summer Meranius (2010) där hög arbetsbelastning ses påverka omsorgspersonalen på särskilda boenden till att prioritera det dagliga praktiska arbetet istället för att sitta och prata med personen om hur det levda livet sett ut. Genom kontinuitet i personalgruppen ges förutsättning för att skapa relationsbaserad vård och omsorg. Personen med demens känner då omsorgspersonalen väl och kan låta sig inbjudas till förtroendefulla samtal där personalen kan få värdefull information från personens levda liv vilket kan främja helhetsperspektivet i omvårdnaden och personcentrerad omvårdnad. Berättelsen har också en social funktion som enligt Clark & Rossiter (2008) är att skapa ett sammanhang där personen och anhöriga kan se kopplingar och få förklaringar till händelser i personens liv. Att tillvarata specialistsjuksköterskans kompetens i utbildning och handledning skulle kunna ge en ökad kvalitet i verksamheterna och förbättra användandet av levnadsberättelsen, vilket skulle kunna öka möjligheten till ett helhetsperspektiv inom vård och omsorg utifrån ett personcentrerat perspektiv.

Det upplevdes viktigt att aktiviteter för personer med demens var meningsfulla och individuellt anpassade. Resultatet visade att genom att ta till vara helhetsperspektivet utifrån informationen i levnadsberättelsen och personens nuvarande förmågor kunde individuella aktiviteter utformas. Detta kunde bidra till att personen med demens kände glädje och ökat välbefinnande. Norberg, Ternstedt och Lundman (2017) påvisar i sin studie värdet av meningsfulla aktiviteter för att få personen att må bra och därmed minska oro hos svårt demenssjuka personer på särskilt boende. Meningsfulla aktiviteter till personer med demens på särskilda boenden skulle kunna bidra till minskad oro.

Tillgänglig och meningsfull information

Personer med demens på särskilda boenden kan ha svårt att själv delge sin levnadsberättelse. Vård och omsorgspersonalens information och förmåga att skapa en förtroendefull relation till anhöriga kan då vara avgörande för hur meningsfullt innehållet blir i en demenssjuk persons levnadsberättelse. Tillgängligheten till en persons levda liv är beroende av att personen själv eller anhöriga godkänner till att delge den. Resultatet visade att personer med demenssjukdom många gånger inte själva kunde lämna sin levnadsberättelse eller godkänna att deras levnadsberättelse lämnades ut av anhöriga. Detta innebär att personalen aldrig kunde vara helt säkra på att personen vill delge de uppgifter som anhöriga lämnade i en levnadsberättelse. Enligt Wrigley (2007) kan inte samtycke lämnas av en ställföreträdande person som anhörig eller god man eftersom man inte kan ta över en annans persons tankeprocesser och fatta ett beslut utifrån vad personen själv skulle gjort. Om levnadsberättelsen inhämtats i ett tidigare skede hade det funnits flera vinster; dels blir det personens egen berättelse och det blir inga tveksamheter kring godkännande till att delge personens livshistoria. Karlsson et al. (2014) menar att det bästa är att personer med demens skriver sin levnadsberättelse i ett tidigt skede av sin sjukdom för att undvika att den blir en tolkning av vad anhöriga tror är viktigt för dem. Det skulle vara önskvärt om personal inom vård och omsorg hittade möjligheter för den äldre med demens att själv få lämna en berättelse som känns meningsfull. Enligt Hydén (2013) behövs kunskap i både verbal och icke verbal kommunikation i samtal med demenssjuka personer för att kunna lyssna och förstå personens egen livsberättelse. Kindell, Keady, Sage och Bilkison (2017) menar att samtalspartnern behöver kunskap i kommunikation med personer med demens för att stödja personens välbefinnande, identitet och relationer. Det kan handla om att kunna tolka hur personen använder skratt eller gester för att kunna hantera kommunikationsproblem. De beskriver också studier som visar hur anhöriga hjälper personen med demens att berätta sin levnadsberättelse genom att fylla i där personen inte hittar ord och istället visar med gester. Ekman och Norberg (2013) betonar vikten av att ha fått en förtroendefull relation till personen innan man tar del av deras livshistoria. De anser även att den som lyssnar har en väldigt viktig funktion och påverkar genom sina egna reaktioner och frågor vilken berättelse det blir. Resultatet i denna studie visade att flera sjuksköterskor upplevde att levnadsberättelsen kunde ge anhöriga en ökad trygghet och samhörighet när de kände sig delaktiga i personens omvårdnad. Enligt Lethin, Rahm Hallberg, Karlsson och Janlöv (2016) kan anhöriga känna förtroende för vården när de känner att personalen tar väl hand om personen med demens genom engagemang och intresse. Kellet, Moyle, McAllister, King och Gallagher (2010) menar att när anhöriga inkluderades att berätta om personens liv

skapades fördelar både för anhöriga och personalen. Personalen kan få ett förtroendefullt förhållande till anhöriga genom att låta dem involveras och få inflytande över vård och omsorg. Genom resultatet framkommer att anhöriga känner trygghet i att vara delaktiga i levnadsberättelsen vilket kan bero på att anhöriga kan delge sin uppfattning om hur personen skulle velat ha det om han var frisk. Anhöriga kan ha utvecklat en kommunikation med personen med demens under åren med sjukdomen som gör att de kan kommunicera även om personen inte kan kommunicera verbalt. McKeown et al., (2010) menar att anhöriga kan vara en röst för personen som inte själv kan uttrycka sig att få sina intressen hörda och göra att information blir tillgänglig, vilket kan möjliggöra personcentrerad vård för personer med demens och dess anhöriga. Viss information vill personen eller anhöriga kanske inte lämna ut, det kan vara information som kan vara negativ för andra familjemedlemmar vilket måste respekteras av vård och omsorgspersonalen (McKeown, Ingelton & Clarke 2015). Thomson (2011) menar att en livshistoria kan innehålla delar som kan vara olämpliga och orsaka lidande hos personer med demens vilket personalen bör vara medvetna om.

Resultatet visade att i de fall när informationen var bristfällig från anhöriga eller att levnadsberättelsen uteblev helt, kunde det bero på att anhöriga var slutkörda efter att ha vårdat hemma. Det kunde också bero på otillräckligt information om vad en levnadsberättelse används till. Det var inte alltid anhöriga förstod vilken betydelse informationen i levnadsberättelsen hade för personen med demens och att den kunde vara en förutsättning för att skapa en meningsfull tillvaro för personen. Anhöriga behövde inkluderas för att skapa trygghet och påminnas om hur personen var som frisk genom att delge personens levnadsberättelse, vilket gynnar både personen med demens, personalen och anhöriga. När anhöriga förstår levnadsberättelsens betydelse finns möjlighet att få ta del av en meningsfull information.

Förvaring av levnadsberättelsen kan påverka tillgängligheten. Digital utveckling av levnadsberättelsen framkom som ett förbättringsförslag i resultatet vilket skulle kunna ge andra möjligheter för användningen. Digital dokumentation ansågs även öka tillgängligheten. Många anhöriga är i dag i den åldern där internet används frekvent och att då kunna fylla i och hålla dokumentet levande via digital användning ansågs positivt i resultatet. I en studie av Subramaniam & Woods (2016) gjordes digitala berättelser om personens liv utifrån den skrivna levnadsberättelsen. Den digitala versionen var kompletterad med personens favoritmusik. Både personen med demens och anhöriga fick positiva upplevelser av att

använda den. Personalen som deltog i studien och tog del av personens digitala levnadsberättelse upplevde att de efteråt såg personen mer än patienten vilket gav en mera personcentrerad vård. Vård och omsorg behöver följa med i samhällsutvecklingen och hitta förbättringsmöjligheter som underlättar användningen av levnadsberättelsen. Genom att dokumentera levnadsberättelsen digitalt kan tillgängligheten öka för att kunna ta del av den meningsfulla informationen både för vård och omsorgspersonal. Utifrån en ökad kunskap genom upplevelser från de som använder levnadsberättelsen kan arbete med förbättring inom området ske.

Konklusion och implikationer

Genom levnadsberättelsen kan ovärderlig kunskap komma fram till nytta för sjuksköterskor för att ge personcentrerad och identitetsstärkande omvårdnad till personer med demens på särskilt boende. Personens levnadsberättelse har visat sig betydelsefull för att kunna planera vård och omsorg utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, vilket skapar meningsfullhet för äldre personer med demens på särskilt boende. Genom att sjuksköterskan är delaktig i levnadsberättelsen ges ett helhetsperspektiv för omvårdnaden. En förutsättning för att få information som är meningsfull är att skapa förtroendefulla relationer med anhöriga. Det kan vara en vinst att vård och omsorgspersonal involveras i vården till personer med demens i ett tidigare skede, redan när personen får sin diagnos. Levnadsberättelsen kan då inhämtas av vård och omsorgspersonal i ordinärt boende och levnadsberättelsen baseras på personens egen berättelse om sitt levda liv. Denna studie kan visa på fördelar med att sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete med äldre personer med demens kan vara mer delaktig vid upprättandet av levnadsberättelsen och vidare forskning inom området behövs.

Referenser

Abrahamsen Gröndahl, V., Persenius, M., Bååth, C., & Helgesen, A. K. (2017). The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff- a systematic mixed studies review. *BMC Nursing* 16(28). doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0223-5>

Centrum för personcentrerad vård (GPCC). Hämtad 3 augusti, 2017, från: gpcc.gu.se

Clark, A., Hansson, J., & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (5), 697-706. doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/101046/j.1365-27022003.00784.x>

Clark, M. C & Rossiter, M. (2008). Narrative Learning in Adulthood. *New Directions for Adult and Continuing Education* doi: 11002/ace

Edvardsson, D., Sandman, P-O., Boström, A-M., Kindblom, K., Saarnio, L., Stenwall, E., ... Borell, L. (2014). Implementering av personcentrerad vård utifrån nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. I I Ekman, (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik* (s. 149-171). Stockholm: Liber.

Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård- teori och tillämpning. I A-K Edberg, A Ehrenberg, F Friberg, L Wallin, H Wijk & J Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 29-62). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Nordberg, A., Brink, E., ... Sunnerhagen, K.S. (2011). *Person-centered care – ready for prime time*. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251.

Fels, D.I. & Astell, A.J. (2011). Storytelling as a Model of Conversation for People With Dementia and Caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementia*, 26(7), 535-541. doi: 10.1177 /1533317511429324

Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Hejlskov Elvén, B., Agger, C., & Ljungmann, I. (2015). *Beteendeproblem i äldrevården Att förstå och möta*. Stockholm: Natur & Kultur.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod Från idé till examination inom omvårdnad* (s.469-480). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod Från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-138). Lund: Studentlitteratur.

Hydén, L-C. (2013). Storytelling in dementia: Embodiment as a resource. *Dementia*, 12(3), 359-367. doi: 10.1177/1471301213476290

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

Kellet, U., Moyle, W., McAllister, M., King, C., & Gallagher, F. (2010). Life stories and biography: a means of connecting family and staff to people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1707-1715.
doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2702.2009.03116.x>

Kindell, J., Keady, J., Sage, K., & Wilkinson, R. (2017). Everyday conversation in dementia: a review of literature to inform reach and practice. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 52(4), 392-406.

Kitwood, T. (1997). The experience of dementia. *Aging & Mental Health*, (1), 13-22.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kuosa, K., Elstad, I. & Normann, H.K. (2015). Continuity and Change in Life Engagement Among People With Dementia. *Journal of Holistic Nursing*, 33(3), 205-227. doi: 10.1177/0898010114564684

Lethin, C., Rahm Hallberg, I., Karlsson, S. & Janlöv, A-C. (2016). Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 526-534.

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

McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T. & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centered care. *International Journal of Older People Nursing*. (5), 148–158. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x

McKeown, J., Ingleton, T. R. C., & Clarke, A. (2015). You have to be mindful of whose story it is': The challenges of undertaking life story work with people with dementia and their family carers. *Dementia*. 14(2), 238-256.

Mitchell, G., & Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard*, 30(7), 46-50. doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.7748/ns.30.7.46.s47>

Norberg, A., Ternstedt, B-M. & Lundman, B. (2017). Moments of homecoming among people with advanced dementia disease in a residential care facility. *Dementia*, 16(5), 629-641. doi: 10.1177/1471301215613699

Norberg, A. & Zingmark, K. (2011). Att leva med långt framskriden demenssjukdom. I A-K Edberg (Red.), *Att möta personer med demens*. (s. 35-53). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D., & Beck Tatano, C. (2012) *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing practise*, Ninth Ed. Part 4 Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.

Ragnarsdottir, B. (2011). *Här är ditt liv, Greta Pettersson!*. Stockholm: Fortbildning AB.

Riksföreningen för Sjuksköterskan inom Äldrevård, (2012). Hämtad 1 oktober, 2017, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/aldrekomppwebb.pdf>

Ring, K. (2013). *Specifik omvårdnad vid svår demenssjukdom- en strukturerad arbetsmetod*. Författaren och Gleerups Utbildning AB.

Russel, C., & Timmons, S. (2009). Life story work and nursing home residents with dementia. *Nursing Older People*, 21(4), 28-33.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Hämtad 7 augusti, 2010, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/.../socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Hämtad 9 november 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/.../patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 21 augusti, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument.../patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SOSFS 2014:5. *Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 21 september 2017 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19453/2014-5-19.pdf>

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad 21 augusti, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/.../patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 2 augusti, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/.../halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Socialstyrelsen, (2010). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Västerås: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen (2014a). *Demenssjukdomars samhällskostnader i Sverige 2012*. Hämtad 2 oktober, 2017, från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19444/2014-6-3.pdf>

Socialstyrelsen (2014b). *Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom*.

Hämtad 2 augusti, 2017, från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19331/2014-2-4.pdf>

Socialstyrelsen, (2016). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2016-stöd för styrning och ledning*. Västerås: Edita Västra Aros

Socialstyrelsen, (2017). *Underlag till demens strategi lämnas över*. Hämtad 28 augusti, 2017, från: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017>

Subramaniam, P., & Woods, B. (2016). Digital life story books for people with dementia living in care homes: an evaluation. *Clinical Interventions in Aging, 11*, 1263-1276. Doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S111097>

Summer Meranius, M. (2010). *Era delar är min helhet: en studie om att vara äldre och multisjuk*. Växjö: Institutionen för hälsa- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet.

Sveriges kommuner och Landsting [SKL], 2015. *Motion 61-personcentrerad vård*.

Hämtad 8 september, 2017, från: <http://skl.se>

Svensk sjuksköterskeförening (2016). Hämtad 14 september, 2017, från

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2017).

Hämtad 1 oktober, 2017, från

<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Thompson, R. (2011). Using life story work to enhance care. *Nursing older people*, 23(8), 16–22.

Tolo Heggstad, A.K., & Slettebo, Å. (2015). How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling- a case study. *Journal of Clinical Nursing*, 24,2323–2330. doi: 10.1111/jocn.12837

Törnquist, A., Andersson, M., & Edberg, A-K. (2013). In search of legitimacy-registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27, 651-658. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.010704.x

V. Lloyd, J., Schneider, J., Scales, K., Baily, S., & Jones, R. (2011). Ingroup identity as an obstacle to effective multiprofessional and interprofessional teamwork: findings from an ethnographic study of helthcare assistants in dementia care. *Journal of Interprofessional Care*, 25: 345-351. doi: 10.3109/13561820.2011.567381

Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. (ISBN 91-7307-008-4) Från CODEX regler och riktlinjer för forsknings hemsida: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Westius, A., & Petersen, U. (2006). *I berättelsen finns jag. Livsberättelse och livsåskådning vid demens*. Stockholm: Verbum.

Winblad, B, et al. (2016). Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *The Lancet Neurology Commission*, (vol. 15), 455-532. doi: 10.1016/S1474-4422(16)00062-4.

World Health Organisation (WHO, 2013). International Classification of Diseases, ICD-10: Hämtat 18 september, 2017 från: <http://apps.who.int/classifications/icd10/>

Wrigley, A. (2007). Proxy consent: moral authority misconceived. *J Med Ethics*, 33, 527-537. doi: 10.1136/jme.2006.

Informationsbrev till verksamhetschefer inom särskilt boende som använder levnadsberättelsen i omvårdnaden av personer med demenssjukdom.

Vi är två sjuksköterskor som studerar till specialistsjuksköterskor inom vård av äldre på Lunds Universitet. I vår utbildning våren 2017 ingår en magisteruppsats på 15 hp där vi vill undersöka hur levnadsberättelsen används i arbetet med demenssjuka personer. Vi skulle vilja intervjua 8-10 sjuksköterskor på olika särskilda boenden i södra Skåne för att ta del av deras erfarenhet av att arbeta med levnadsberättelsen.

Syftet med vår undersökning är att undersöka på vilket sätt levnadsberättelsen används på särskilt boende. Genom att få ta del av era sjuksköterskors erfarenheter hoppas vi hitta förbättringsområden för att möjliggöra ett ökat användande av levnadsberättelsen för demenssjuka personer i kommunerna. Vi hoppas också att resultatet kan vara till stöd för vårdpersonal i mötet med äldre personer med demenssjukdom.

All behandling av uppgifter sker konfidentiellt och alla uppgifter kommer vara avidentifierade i arbetet. Materialet kommer att kasseras efter att sammanställningen är klar.

Undersökningen kommer att presenteras i en magisteruppsats under hösten 2017 på Lunds universitet och den kommer också publiceras i Lunds universitets uppsatsdatabas.

Om ni ger Ert medgivande till att vi genomför dessa intervjuer så vänligen uppge namn och telefonnummer på nästa sida av detta brev.

Vid frågor eller behov av ytterligare information är ni välkomna att kontakta oss.

Med vänlig hälsning

Louise Andersson Tel 0734-412992

Ann Ögge Tel 0705-423315

Handledare: Connie Lethin, Universitetsadjunkt. Lunds Universitet Tel: 046-222 18 12

Skriftligt samtycke av verksamhetschef till att sjuksköterskor får delta i intervjuundersökning under våren 2017:

Sjuksköterskors erfarenheter kring användandet av levnadsberättelsen inom omvårdnad av personer med demenssjukdom på särskilt boende.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att orsak behöver anges.

Jag samtycker till att anställda sjuksköterskor får delta i intervjuerna.

.....

Underskrift

Namnförtydligande

Ort och datum

Bilaga 2 (3)

Informationsbrev till sjuksköterskor som arbetar på särskilt boende och som använder levnadsberättelsen i omvårdnaden av personer med demenssjukdom.

Vi är två sjuksköterskor som studerar till specialistsjuksköterskor inom vård av äldre på Lunds Universitet. I vår utbildning våren 2017 ingår en magisteruppsats på 15 hp där vi vill undersöka hur levnadsberättelsen används i arbetet med demenssjuka personer. Vi skulle vilja intervjua 8-10 sjuksköterskor på olika särskilda boenden i södra Skåne. Du tillfrågas härmed om du kan tänka dig att delta i en av dessa intervjuer. Genom att få ta del av dina erfarenheter hoppas vi hitta förbättringsområden för att möjliggöra ett ökat användande av levnadsberättelsen för demenssjuka personer i kommunerna. Vi hoppas också att resultatet kan vara till stöd för vårdpersonal i mötet med äldre personer med demenssjukdom. Intervjun beräknas ta cirka 60 min och samtalet kommer att spelas in för att möjliggöra bearbetning av materialet. Vi kommer gärna till din arbetsplats för intervjun men önskar du träffas på annan plats så kan vi komma överens om det. Tanken är att intervjuerna utförs under v. 20-23.

Deltagandet i undersökningen är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att orsak behöver uppges. All behandling av uppgifter sker konfidentiellt och alla uppgifter kommer vara avidentifierade i arbetet. Materialet kommer att kasseras efter att sammanställningen är klar. Undersökningen kommer att presenteras i en magisteruppsats under hösten 2017 på Lunds universitet och den kommer också publiceras i Lunds universitets uppsatsdatabas. Vi som genomför undersökningen heter Ann Ögge och Louise Andersson. Vi arbetar sedan flera år tillbaka inom hemsjukvård och studerar nu 50 % på distans.

Vänligen uppgi ert namn och telefonnummer på blanketten på nästa sida om ni vill delta.

Vid frågor eller behov av ytterligare information är ni välkomna att kontakta oss.

Med vänlig hälsning

Louise Andersson Tel 0734-412992

Ann Ögge Tel 0705-423315

Handledare: Connie Lethin, Universitetsadjunkt. Lunds Universitet Tel: 046-222 18 12

Bilaga 2 (3)

Skriftligt samtycke till deltagande intervjuundersökning under våren 2017:

Sjuksköterskors erfarenheter kring användandet av levnadsberättelsen inom omvårdnad av personer med demenssjukdom på särskilt boende.

☺☺☺ **Ja tack** , jag deltar gärna i undersökningen

Vänligen uppge ditt telefonnummer så ringer vi upp och bokar tid för intervju.

Tel Nr.....

Jag har tagit del av informationen och samtycker till att medverka.

Mitt deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att orsak behöver anges.

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

Ort och datum

Intervjuguide

Hur går du tillväga vid inhämtandet av levnadsberättelsen?

Berätta om din funktion som sjuksköterska gällande att levnadsberättelsen används?

Berätta hur du går tillväga när du inhämtar samtycke till levnadsberättelsen?

Kan du beskriva hur du upplever att omvårdnadspersonalen tar del av innehållet i levnadsberättelsen?

Kan du berätta om din upplevelse av hur levnadsberättelsen används i den dagliga omvårdnaden?

Hur kan du som sjuksköterska stödja personalen i användandet av levnadsberättelsen?

Upplever du några hinder för att använda den?

Hur skulle du vilja använda levnadsberättelsen?

Kan du beskriva hur levnadsberättelsen används i teamarbetet?

Är anhöriga delaktiga vid inhämtandet av levnadsberättelsen och i så fall på vilket sätt?

Hur hanteras levnadsberättelsen när personen avlider?