



**Karolinska
Institutet**

**Institutionen för Neurobiologi,
Vårdvetenskap och Samhälle**
Avdelning för Omvårdnad
Vår- och höstterminen 2023
Examensarbete avancerad nivå 15 hp

**Inför implementering av fysisk aktivitet och nutrition för att främja hälsa
hos äldre personer på äldreboende**
En intervjustudie

**Before implementation of physical activity and nutrition to promote health
in elderly people in nursing homes**
An interview study

Specialistutbildning för sjuksköterskor: Vård av äldre

Författare:

**Emma Samuelsson
Katre-Helena Ibrus**

Handledare:

Anne-Marie Boström, institutionen för neurobiologi,
vårdvetenskap och samhälle

Examinator/Examinerande lärare:

Anna Carin Wahlberg, institutionen för neurobiologi,
vårdvetenskap och samhälle

Sammanfattning

Bakgrund: Människor över hela världen lever längre och det skapar nya krav på vård och omsorg. Hälsa och livskvalitet kan ökas genom hälsosamt åldrande och vårdberoendet kan förebyggas med livsstilsinterventioner som bättre kost och fysisk träning (WHO, 2019). OPEN-studien har undersökt effekterna av sitt-till-stå-övningar (STS) integrerade i den dagliga vården och bevisat att genomförde av STS i kombination av proteinrikt näringstillskott bidrar till bibehållen eller förbättrade fysisk funktion (Grönstedt et al. 2020). Personal på äldreboende upplever att kunna implementera OPEN-konceptet behövs det skapa bättre organisatorisk struktur och arbeta in det som en daglig rutin (Vikström et al., 2021).

Syfte: Beskriva omvårdnadspersonalens behov av stöd för att bidra till den äldre personens livskvalitet genom motivering till fysisk aktivitet och bättre kostvanor genom ett personcentrerat arbetssätt i OPEN-projektet.

Metod: I studien tillämpades semi-strukturerad kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. De nio intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkommer det att det finns framför allt två huvudkategorier som omvårdnadspersonal behöver stöd av; ledningen och teamet. I underkategorierna lyfts betydelsen av närvarande chef, tydliga rutiner, struktur och kommunikation likväl som samarbete mellan olika professioner, planering inför arbetspass och stöd från andra teammedlemmar.

Slutsats: Studien visar att omvårdnadspersonal tycker att det är viktigt att få stöd från teamet och från ledningen. Det finns behov att tydliggöra bland omvårdnadspersonal inför implementering av OPEN- konceptet vad OPEN- konceptet innebär. Utbildning och tydlig kommunikation från ledningen ger verktyg till omvårdnadspersonal att kunna genomföra implementering genom personcentrerat arbetssätt.

Nyckelord: Personcentrerad vård, Omvårdnadspersonal, äldre, vård- och omsorgsboende, stöd.

Abstract

Background: People all over the world are living longer, writes the World Health Organization, and this creates new demands on health and care in order to meet the needs of the elderly. Health and quality of life can be increased through healthy aging and care dependency can be prevented with lifestyle interventions such as better diet and physical exercise. The OPEN study has investigated the effects of sit-to-stand exercises (STS) integrated into daily care, the elderly who complied to a greater degree with the study's design and carried out STS in combination with protein-rich oral nutritional supplementation maintained or improved their physical function. In an interview study of nursing home staff about their experiences of implementing the OPEN concept, it emerged that there is a need to create better organizational structure to implement the OPEN concept and work it into a daily routine. Change work initially takes extra time and resources, but eventually the work becomes less time-consuming and more efficient, and part of the workplace culture and change work should always ultimately make possible more person-centered care that affects the patient's health positively. Specialist nurses in the care of the elderly lead and develop nursing care, make independent assessments, evaluate nursing measures and help the nursing staff get the right conditions to carry out change work.

Aim: Study the nursing staff's need for support to contribute to the elderly person's well-being through motivation for physical activity and better eating habits through a person-centered approach in the OPEN- project.

Method: In the study, a semi-structured qualitative interview study applied with an inductive approach. The nine interviews were analysed with qualitative content analysis.

Results: The results indicate that there are above all two main categories that nursing staff need support from; the management and the team. In the subcategories, the importance of a present manager, clear routines, structure and communication is highlighted as well as collaboration between different professionals, planning before work shifts and support from other team members.

Conclusion: The study shows that nursing staff think it is important to receive support from the team and from management. Implementation of the OPEN concept linked to everyday movements and activities as well as meals. There is a need to clarify among nursing staff before the implementation of the OPEN concept what the OPEN concept means. Training and clear communication from management provide tools for nursing staff to be able to carry out the desired implementation in a person-centred way.

Keywords: Person-centred care, nursing staff, elderly, nursing home, support.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Abstract.....	3
1. Inledning.....	6
2. Bakgrund.....	7
2.1 Den åldrande populationen.....	7
2.2 Vårdmodell för hälsosamt åldrande.....	7
2.3 The Older Person's Exercise and Nutrition Study (OPEN-studien).....	8
2.3.1 Omvårdnadspersonal.....	8
2.3.2 Personcentrerad vård.....	9
2.5 Betydelse av proteinrik kost och fysisk aktivitet för äldre.....	9
2.6 Förändringsarbetets svårigheter.....	10
2.7 Brister inom äldreomsorgen.....	11
2.8 Teoretisk referensram.....	11
2.8.1 Hållbara förändringsmodeller inom hälso- och sjukvården.....	12
2.9 Problemformulering.....	14
3. Syfte.....	14
4. Metod.....	15
4.1 Val av Design.....	15
4.2 Kontext och urval.....	15
4.3 Inklusionskriterier.....	15
4.4 Exklusionskriterier.....	15
4.5 Datainsamling.....	16
4.6 Data analys.....	16
4.7 Etiska överväganden.....	17
5. Resultat.....	17
5.1 Behov av stöd från ledningen.....	18
5.1.1 Närvarande chef.....	18
5.1.2 Tydliga rutiner och struktur på arbetsplatsen.....	18
5.1.3 Information och utbildning.....	19
5.2 Behov av stöd från teamet.....	19
5.2.1 Samarbete mellan olika professioner.....	19

5.2.2	Samarbete mellan teammedlemmar	19
5.2.3	Dela med sig av varandras erfarenheter	20
5.2.4	Planering och delta i dokumentation inför arbetspass	20
6.	Diskussion	21
6.1	Metoddiskussion	21
6.2	Resultatdiskussion	24
6.2.1	Behov av stöd från ledningen	24
6.2.2	Behov av stöd från teamet	26
6.3	Samhälleliga aspekter	27
6.4	Vårdetiska aspekter utifrån klinisk relevans	27
6.5	Slutsats	28
6.6	Fortsatt forskning	28
7.	Självständighetsdeklaration	28
8.	Referensförteckning	29
	Bilaga 1- informationsbrev till deltagarna	34
	bilaga 2- Samtyckesblankett till Omvårdnadspersonal	36
	Bilaga 2- intervjuguide	37

1. Inledning

Med det här examensarbetet avser författarna att undersöka vilket stöd som omvårdnadspersonal behöver för att erbjuda hälsorelaterad livskvalitet i förhållande till nutritionsstatus och fysisk funktion för äldre personer på äldreboenden. I samband med att författarna gick specialistutbildningen till Vård av äldre och fick kännedom om OPEN-konceptet uppkom intresset för hur man kan få de äldre att bevara sina fysiska funktioner och uppleva mer livskvalitet i sin vardag. Det blev intressant att se vilka förutsättningar omvårdnadspersonal var i behov av för att kunna stötta och motivera personer på äldreboendet till daglig fysisk aktivitet och förbättrad kosthållning.

Enligt Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS, 2021) rekommendationer bör personer över 65 år ha regelbunden daglig fysisk aktivitet flera dagar i veckan, mindre stillasittande och gärna komplettera träningen med styrketräning för att behålla god hälsa. Samtidigt skriver Världshälsoorganisationen (WHO, 2018) i Global action plan on physical activity 2018-2030 att det måste finnas möjlighet och stöd till ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande för alla äldre såväl i lokalsamhället som i särskilda boendeformer.

Livsmedelsverket (2017) menar i sin rapport om mat och måltider att trots samstämmighet i vad de äldre önskar och vad målen för verksamheten är finns en rad olika problem identifierade i äldreomsorgen. Många gånger handlar de problem som identifierats om maten och måltidssituationen. Omvårdnadspersonal ser det mer som en arbetsuppgift vilket innebär att i omsorgssituationen, dvs. i det dagliga arbetet med den äldre är mat en tämligen marginaliserad fråga som främst utgör ett uppgiftsorienterat moment bland alla andra arbetsuppgifter under dagen. Mat och måltider inom äldreomsorg saknar enkla lösningar och samordnade insatser behöver göras på den politiska och administrativa nivån, i det dagliga arbetet samt inom forskning.

2. Bakgrund

2.1 Den åldrande populationen

Människor över hela världen lever längre och antalet äldre ökar dramatiskt, skriver World Health Organization (WHO, 2022). Andelen av befolkningen som är 65 år och äldre förväntas öka och i Sverige beräknas 8 procent av folkmängden vara 80 år eller äldre år 2040, jämfört med 5 procent idag (Statistikmyndigheten, 2022). WHO (2023) skriver i en rapport att eftersom människor lever längre beror hälsan till stor del på vilka förutsättningar som finns för att upprätthålla god hälsa och livskvalitet. Som det ser ut idag lever vi längre, vilket skapar nya krav på vård och omsorg för att kunna tillgodose äldre personers behov.

Aktivitetsförmåga minskar med stigande ålder. I genomsnitt lever kvinnor längre och har fler år med nedsatt aktivitetsförmåga än män. Vid 60 års ålder har kvinnor i genomsnitt drygt 26 år kvar att leva och män drygt 23 år, varav 6,5 respektive 5,1 år med nedsatt aktivitetsförmåga (Socialstyrelsen, 2023).

Världens länder, organisationer och vårdinrättningar måste säkerställa god tillgång på kontinuitet och säker vård för äldre som är i behov av det och uppmanas att förändra hur man planerar och agerar för äldre och åldrande befolkning. Behov finns att skapa miljöer som bättre tillåter äldre att samexistera, minska den sociala ojämlikheten mellan yngre och äldre, skapa system och processer inom vård och omsorg som underlättar för äldre. Genom hälsosamt åldrande kan hälsa och livskvalitet ökas för äldre och generationer därefter (WHO, 2023).

2.2 Vårdmodell för hälsosamt åldrande

År 2015 uppdaterade WHO sina riktlinjer från år 2002 kring aktivt åldrande för att istället fokusera på hälsosamt åldrande. De betonar vikten av att åtgärder finns inom olika sektorer och att äldre ska fortsätta vara en tillgång för sina familjer, samhället och för den gemensamma ekonomin. Rekommendationerna säger att länder ska fokusera på äldre personers behov, att de ska vara i centrum och att vården kring dem samordnas (WHO, 2019).

Världorganisation WHO kom år 2019 ut med vårdmodellen ICOPE som är ett evidensbaserat arbetssätt som utvecklats som stöd till regeringar, organisationer och arbetsgivare inom vården att stödja hälsosamt åldrande genom ett personcentrerat och samordnat tillvägagångssätt. Vårdmodellen ICOPE betonar vikten av tidiga insatser vid hälsotillstånd som förknippas med äldre personers fysiska och mentala funktionsnedsättningar såsom exempelvis minskad rörlighet, tecken på undernäring, syn- och hörselnedsättning, försämrad kognition och depression. Syftet med arbetet handlar om att tidigt screena äldre personer med försämrad rörlighet med exempelvis ökad risk för fall. Att tidigt kunna upptäcka och förebygga undernäring som försvårar återhämtning vid sjukdom och att upprätthålla sin livskvalitet. Att se och behandla äldre personer med syn- och hörselnedsättning i ett tidigare skede. Genom ICOPE kan vårdpersonal på ett strukturerat sätt screena äldre personer med nedsatt kognition och depression för att skapa sammanhållen och personcentrerad vård.

I linje med WHO's rekommendationer kring hälsosamt åldrande har FINGER-studien av Kivipelto et al. (2013) visat sig kunna förbättra äldre personers hälsa och minska risken för kognitiva sjukdomar inom fem olika områden. Det viktigaste är att utöva livsstil och

levnadsvanor för att få äldre personer att kvarhålla hälsa och livskvalitet. En av delarna i FINGER-studien pekar på vikten av att äta mer hälsosam och mångsidig mat då nutrition är viktigt för att upprätthålla god hälsa. En annan del är att kontinuerligt utöva fysiska aktiviteter både genom konditions- och styrketräning. Men även att använda och utmana hjärnan genom problemlösningar. För att minska risken för isolering och ensamhet behöver äldre personer hålla igång sitt sociala liv och hitta sociala umgängesformer. Den sista delen av FINGER-studien påvisar vikten av att hålla koll på hjärtat och kärlens funktioner genom blodtryckskontroller och blodprover för att upptäcka förhöjda kolesterolvärden.

2.3 The Older Person's Exercise and Nutrition Study (OPEN-studien)

OPEN-studien har undersökt effekterna av sitt-till-stå-övningar (STS) integrerade i den dagliga vården, kombinerat med ett proteinrikt oralt näringstillskott, fysisk funktion, näringsstatus, kroppssammansättning, hälsorelaterad livskvalitet och resursanvändning. I studien deltog 102 personer som var 80 år eller äldre som under tolv veckors intervention av daglig STS i kombination med proteinrikt oralt näringstillskott. Enligt OPEN-studien sågs endast ringa förbättring av den fysiska funktionen men däremot minskade fettprocenten och ökade muskelmassan. Vid analys av undergrupperna, de äldre som i högre grad efterlevde studiens upplägg och genomförde STS i kombination av proteinrikt oralt näringstillskott, framkom att det var associerat med bibehållen eller förbättrad fysisk funktion och en ökning av fettfri massa (Grönstedt et al. 2020). Griebe et al (2013) menar att initiering av regelbunden fysisk aktivitet främjar känslomässigt, fysiskt och mental livskvalitet, vilket kan mätas även efter en kort period på tre månader.

OPEN-studien har visat att en enkel fysisk aktivitet som kan integreras i det dagliga vårdarbetet och erbjudande av proteinrik näringsdryck har en potential att förbättra hälsan och livskvalitet för äldre personer på äldreboenden. Kunskapsläget behöver utvecklas hur OPEN-konceptet på ett effektivt sätt kan spridas och implementeras bland personal samt de äldre och deras närstående. Genom implementeringen av OPEN-konceptet inom äldreomsorgen möts de framtida krav som finns på att arbeta mera förebyggande och utifrån ett hälsofrämjande perspektiv (Grönstedt et al. 2020).

2.3.1 Omvårdnadspersonal

I denna studie kommer begreppet omvårdnadspersonal att användas för att beskriva den personal som vårdar de äldre och är den personalgrupp som arbetar närmast de äldre (Wiklund-Gustin & Bergbom, 2020). Innebörden av begreppet beskrivs som ”den som vårdar” och ska vara den som värnar om och bevarar de äldres värdighet. Omvårdnadspersonalen ska bry sig om de äldre genom tid och omtanke för att skapa trygghet. Det betyder att omvårdnadspersonal ska arbeta på ett sätt som gör att de äldre känner meningsfullhet i sitt liv, kan förstå och hantera sin situation. Omvårdnadspersonal ska ta tillvara på det friska och det som de äldre själv kan utföra. De ska uppmuntra de äldre att vara delaktig och ska kunna påverka det som har betydelse för sitt liv och sin hälsa. Relationen mellan omvårdnadspersonalen och de äldre är viktigt för att få en personcentrerad omsorg, ett individuellt bemötande, kunna ha inflytande och få kontinuitet i det dagliga livet. Omvårdnadspersonalen är en viktig länk mellan de äldre, närstående och teamet.

Omvårdnadspersonal ska ha grundläggande kunskaper om äldreomsorgens värderingar. Omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen ska främja självbestämmande, valfrihet och att individanpassa vård och omsorg. Stödet som ges ska inriktas på att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna livskvalitet, trygghet och meningsfullhet. Omvårdnadspersonal ska

ha förmåga att granska, analysera och bedöma sitt eget arbete för att kunna bidra till insatser av god kvalitet men även förstå när någon annan kompetens behövs. Omvårdnadspersonal ska kunna arbeta tillsammans med övrig omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och övriga professioner för att skapa en personcentrerad vård och omsorg. Omvårdnadspersonal måste ha förmåga att kommunicera med de äldre, med närstående, teammedlemmar och övrig personal. Omvårdnadspersonal måste ha kunskap om de äldres behov och hur de bevarar de äldres förmågor. Omvårdnadspersonal ska ha kunskap om maten och måltidens betydelse för de äldres hälsa och livskvalitet. De ska ha förmåga att stötta och motivera de äldre till fysisk aktivitet. Omvårdnadspersonalen ska ha kunskap om att de ska upprätthålla de äldres funktioner och ha ett rehabiliterande arbetssätt (Socialstyrelsens allmänna råd, 2011).

2.3.2 Personcentrerad vård

Begreppet personcentrerad vård definieras mer som ett etiskt förhållningssätt, hur man uppför sig gentemot den andra, patienten och grundar sig i vilken människosyn man har. Det betonas vikten av att upprätthålla patientens värdighet i alla lägen oavsett patientens tillstånd (Backman & Edvardsson, 2021). Enligt en överenskommelse mellan staten, Sveriges Kommuner och Regioner (Regeringskansliet et al., 2023) ska vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Personcentrerad vård handlar om att på ett förutsättningslöst och positivt sätt bemöta och behandla patienter som individer och forma vården och behandlingen efter patientens behov (Backman & Edvardsson, 2021). Vården ska formas efter patientens behov, delaktighet och önskemål. För att vården ska vara personcentrerad krävs patientens medverkan i sin vård och behandling efter de förutsättningar patienten har. Personcentrerad vård skapas även tillsammans med patientens närstående då det är viktigt ur ett närståendeperspektiv. Patienten ska involveras i vård och behandling för att tillsammans med vårdpersonal skapa mål utefter sina förutsättningar. Kontinuitet bland omvårdnadspersonal skapar förutsättningar för att bättre nå målet med personcentrerad vård. För att kunna vara delaktig och medskapare i sin egen vård behöver patienten också ha tillgänglig information om sina planerade vård- och behandlingsåtgärder (Regeringskansliet et al., 2023).

Goda, professionella relationer mellan teammedlemmarna är en grund för att kunna skapa ett team som arbetar mot personcentrerad omvårdnad. Teamet består av patienten, närstående samt olika yrkesgrupper som till exempel undersköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Teammedlemmarna har kompetens inom olika områden och arbetar i gemensamma processer med att planera, strukturera, följa upp samt utvärdera vården. Teamarbetet gynnar patienten och dennes närstående. Genom teamet lyfts patienternas behov och de bemöts på olika sätt beroende på vilken profession teammedlemmarna tillhör. Teamet kring patienten är nödvändigt för en personcentrerad vård och behandling (Backman & Edvardsson, 2021).

2.5 Betydelse av proteinrik kost och fysisk aktivitet för äldre

Den globala trenden är att människor lever allt längre liv, men i många fall saknas stödsystem för äldre personer (Regeringskansliet, 2023). Att upprätthålla äldres hälsa är en human och social investering. Vårdberoendet kan förebygga otillräckligt näringsintag och minskad fysisk aktivitet som leder till förlust av muskelmassa och styrka. Livsstilsinterventioner inklusive bättre kost och fysisk träning kan hjälpa mot sarkopeni och skörhet. Eftersom proteinupptaget minskar med åldern, bör äldre människor äta mer protein och vara fysiskt aktiva för att möjliggöra att proteinet införlivas i muskler samt för att bygga upp aptiten. Proteinintag på

1,0–1,2 g per kg av kroppsvikt rekommenderas för friska äldre vuxna och person. Äldre personer som återhämtar sig från viktnedgång, akut sjukdom eller skada kan behöva upp till 1,5 g protein per kg kroppsvikt. WHO's (2019) globala rekommendationer för personer över 65 år som har dålig rörlighet, är att utföra fysisk aktivitet som förbättrar balans tre dagar i veckan eller mer. Om man inte kan träna så mycket som rekommenderat så är rekommendationen att vara så fysiskt aktiv som möjligt.

Enligt WHO's (2019) globala rekommendation bör de som kan träna få minst 150 minuter av måttlig intensitet aerob fysisk aktivitet eller åtminstone 75 minuters intensiv aerob aktivitet. Alternativt rekommenderas äldre över 65 år att träna minst 10 minuter åt gången samt utföra muskelstärkande aktiviteter två dagar i veckan eller mer.

Åldrandet i sig kan leda till minskad muskelmassa, så kallat sarkopeni. Åldersrelaterad sarkopeni anses vara "primär" när ingen annan specifik orsak är uppenbar, medan sekundär sarkopeni anses vara när andra orsaksfaktorer än åldrande är uppenbara. Sarkopeni kan uppstå sekundärt till en systemisk sjukdom, fysisk inaktivitet, otillräckligt intag av energi eller protein (Cruz-Jentoft et al., 2019).

Förlust av muskelmassa och funktion är en stor bidragande orsak till minskad rörlighet hos äldre personer. Åldrandet leder till förlust av muskelmassa och styrka, så mycket som 1 % per år efter 30 års ålder, till en prevalens av åldersrelaterad sarkopeni på minst 6 %–12 % hos personer över 65 år, men prevalensuppskattningarna varierar kraftigt (Csete, 2021). Äldre personer är mer benägna att vara introverta, fysiskt inaktiva och ovilliga att gå med i sociala aktiviteter och enligt studien är det mer påtagligt hos äldre personer på äldreboende. Det beror delvis på det begränsade utrymmet, färre träningscoacher och nedsatt fysisk funktion. Upprätthållandet av hälsosamma beteenden är en av de största utmaningarna inom hälsofrämjande arbeten (Huang et al. 2020). Rörlighet är en avgörande faktor för ett hälsosamt åldrande och begränsad rörlighet är vanligt bland äldre men inte oundvikligt (WHO, 2019).

2.6 Förändringsarbetets svårigheter

Enligt en tidigare studie av Kagwa (2016) framkom att omvårdnadspersonal på äldreboende upplevde att det hade varit svårt att genomföra STS med de äldre boende för att omvårdnadspersonalen upplevde brist på stöd och information av chefer och ledning. Omvårdnadspersonalen upplevde även att brister på organisatorisk nivå ledde till frustration och orsakade tidsbrist då de inte kunde eller fick fördela sin tid till STS-aktiviteter. Ytterligare svårigheter uppstod då det saknades handledare som kunde stötta och vägleda omvårdnadspersonalen genom aktiviteterna.

I Vikström et al. (2021) intervjustudie av personal på äldreboende om deras upplevelser av att implementera OPEN-konceptet framkommer det att omvårdnadspersonal upplever att OPEN-konceptet är positivt för de äldre. Det framkommer även att personalens attityder och inställning till hälsa kan påverka implementeringen likväl som interventionsrelaterade utmaningar, personalens frustrationer och behov. Ytterligare aspekter som framkom var behovet av samarbete och möjligheter till metodstöd. Behov finns av att skapa bättre organisatorisk struktur för att implementera OPEN-konceptet och arbeta in det som en daglig rutin.

2.7 Brister inom äldreomsorgen

Efter pandemin gjorde Inspektionen för vård och omsorg (IVO, 2022) den första nationella granskningen av äldreomsorgen i Sverige. Vid granskningen konstaterades att det fanns tydliga brister i vården av patienter på särskilt boende för äldre, bland annat inom kontinuitet och dokumentation. Kommunikationskedjan visade att överrapportering av information mellan olika professioner utmanas av låg kontinuitet i personalgruppen, bristande journalföring, vårdplaner som inte fanns tillgängliga för all berörd personal. Det fanns även risker på grund av språkförbistringar i personalgrupper eftersom det är viktigt att personalen kan ge och ta emot instruktioner. Kompetensbrist är en allvarlig risk inom äldreomsorgen. Då omvårdnadspersonal, som har den lägsta medicinska kompetensen inom särskilda boenden, och som saknar adekvat utbildning ska bedöma de multisjuka patienternas behov riskeras patientsäkerheten.

Enligt IVO's rapport (2022) visade det sig att i många fall hade omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal ingen eller bristfällig tillgång till patienternas journaler. Hälso- och sjukvårdspersonal hade inte tillgång till primärvårdens journaler eller hälsoplaner. Omvårdnadspersonalen hade inte heller tillgång till vare sig primärvårdens eller kommunens hälso- och sjukvårdsjournaler och hälsoplaner. Risken fanns att det brister i patientsäkerheten. Ju fler professioner som var inblandade i patienternas vård- och omsorg desto viktigare är att det finns tydlig dokumentation, kommunikation kring patienternas journaler och hälsoplaner. Eftersom vården på särskilda boenden även regleras enligt Socialstyrelsens allmänna råd (2011) ska omvårdnadspersonal ha grundläggande kunskaper om äldre och förmåga att bedöma när de behöver stöd av någon annan profession. Omvårdnadspersonalen ska ha språkkunskaper och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt för en trygg och säker äldreomsorg (Socialstyrelsen, 2023).

2.8 Teoretisk referensram

Sjuksköterskans kärnkompetens ligger i omvårdnaden och arbetet sker i omvårdnadsprocesser för att skapa god och säkert vård. Specialistsjuksköterskan inom vård av äldre har fördjupad kunskap att leda och genomföra omvårdnad utifrån de sex kärnkompetenserna personcentrerad vård, teamsamverkan, evidensbaserad vård, kunskap om förbättrings- och kvalitetsutveckling för att skapa god och säker vård samt se till att kommunikation och information hanteras tryggt och patientsäkert. För att utveckla omvårdanden krävs förbättringsarbeten inom omvårdnad. Då kvalitetsutveckling och förbättringsarbetet hör till sjuksköterskans kärnkompetenser och ställer krav på ledarskap med en tydlig uppfattning om vad som driver människor att på ett genuint sätt engagera sig i, genomföra och utvärdera förbättringsarbetet (SSF, 2014). Introduktion av nya arbetsätt tar i början extra tid och resurser, men så småningom blir arbetet mindre tidskrävande och mer effektivt och en del av kulturen på arbetsplatsen. Det finns ett tydligt positivt värde i nya arbetsätt. Förbättringsarbete ska alltid ytterst göra det möjligt för mer personcentrerad vård som påverkar patientens hälsa positivt (Sandberg, 2022).

Förändringsarbete kräver noggrann planering och struktur för att lyckas och förändringen är en process där ledaren skapar aktiviteter som leder till en vision. Förändringsprocessens fyra steg bör beaktas, där ledaren först skapar en plattform av förståelse och kunskap om utgångsläget. I steg två redovisas eventuella problem som finns och att medarbetarna är överens om läget. I steg tre beslutas förändringarna genom att implementera och omsättning av det nya i organisationen. Det fjärde steget handlar om att beslutet ligger fast och inte kan förändras vidare samt att medarbetarna är med i förändringsprocessen. För att genomföra ett

hållbart förändringsarbete krävs det att medarbetare har varit delaktiga i besluten vilket leder till större vilja och engagemang i förändringsarbeten. Ledarens uppgift är att motivera sina medarbetare till förändring (Lundin & Sandström, 2021). Larsson (2020) nämner att ledarens förmåga att ta in, hantera och härbärgera information från chefer och underställda, även kallat sensmaking, är avgörande för hur ledaren sedan skapar förståelse och engagemang för medarbetarna. Ledarens förmåga att överföra relevant och anpassad information, sensegiving, vidare till ledningsgruppen och övriga medarbetarna är också viktigt för att få dem att entusiasmeras, motiveras och känna att de är med och skapar i förändringsprocessen.

Lundin och Sandström (2021) lyfter de åtta vanligaste orsakerna till varför förändringsarbeten misslyckas. Det kan bero på att det saknas en gemensam och tydlig vision kring arbetet för att medarbetare ska acceptera förändringarna. I människans natur ligger ofta visst motstånd till förändringar, vilket kan innebära en låg angelägenhet till att medverka till förändringarna då man känner trygghet och stabilitet i de arbetssätt som redan pågår. Det krävs inte bara att ledaren tillsammans med medarbetare skapar en bra förutsättning för förändringsarbetet utan processen måste vara väl förankrad i en ledningsgrupp som ska driva arbetet. Saknas ledningsgruppens engagemang är det svårt att genomföra förändringsarbetet. Eventuella hinder och motstånd i strukturer och system i organisationen behöver kartläggas och elimineras. Det finns en risk att förändringsprocessens omfattning underskattas och kostnader i tid och pengar eller kompetens inte räcker till och projektet misslyckas. Det kan även vara att planeringen är för kortsiktig och att man inte har möjlighet att invänta resultatet eller de förväntade vinsterna. De två sista orsakerna till att förändringsarbeten kan misslyckas bedöms vara att tidiga framgångar uteblir och uthålligheten tryter eller tvärtom att resultat visar sig men att segern tas ut i förskott och det långsiktiga och uthålliga förändringsarbetet uteblir.

2.8.1 Hållbara förändringsmodeller inom hälso- och sjukvården

PGSA-hjulet stödjer systematiskt förbättringsarbete där syftet är att i liten skala prova nya arbetssätt. Genom att följa PGSA-hjulet kan nya arbetssätt visa om det leder till förbättring, om det har någon effekt alls eller ingen påverkan över huvud taget (Qulturum, 2019).

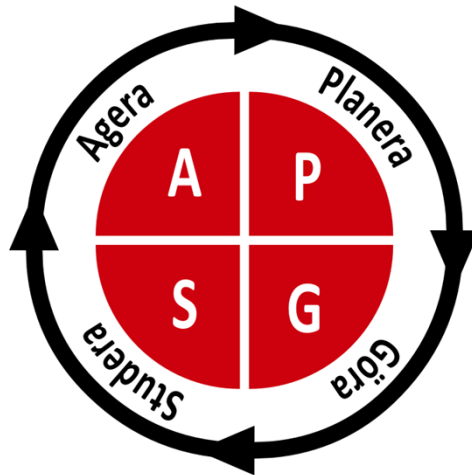
Eftersom man arbetar i liten skala till att börja med så ser man om det leder till förbättring. Vilka förbättringar det leder till och i vilken grad förbättringen sker. Processen visar på effekterna och kan öka förståelse och motivation för fortsatt implementering av förbättringsarbetet (Qulturum, 2019).

Till att börja med behövs en noggrann planering (P) och hur den ska följas upp. Vad som ska implementeras, hur och när ska det ska följas upp och hur målet ser ut för förändringsarbetet samt se vilka som ska vara delaktiga i förändringsarbetet.

Genomförandet (G) av förändringsarbete bör ske i liten skala för att upptäcka eventuella problem och oväntade händelser.

Samla (S) fakta som underlag till analys av hur förändringen gick och om uppsatta mål nåddes.

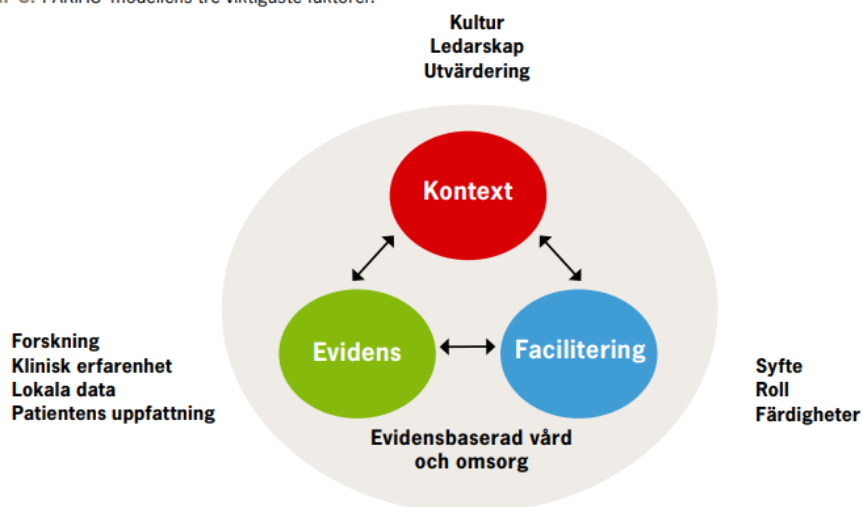
Agera (A) beslut tas om att förändringen ska implementeras. Genom att följa PGSA-hjulet kan förändringsarbetet utvecklas och förfinas för att fortsätta följa resultatet. Alternativt kan processen förkastas om resultat uteblir och ett nytt försök får påbörjas enligt PGSA-cykeln. (Qulturum, 2019).



(Qulturum, 2019).

Under 1990-talet skapade en grupp sjuksköterskor en modell för implementering av ny innovation- och kvalitetsutveckling; Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) (SSF, 2014). Modellen kan vara vägledande och användas som ett verktyg vid implementering. Modellen bygger på tre viktiga faktorer; evidens, att förändringsarbetet ska bygga på forskning, kliniska erfarenheter, patienters erfarenheter, journaler och exempelvis enkätundersökningar för att skapa en bra och stabil grund till förändringsarbetet. Den andra faktorn är i vilket sammanhang implementeringen ska ske. Att organisationen har rätt förutsättningarna, en lärande organisation med inspirerande ledarskap med goda relationer mellan chef och medarbetare samt hög förändringsbenägenhet. Den sistnämnda faktorn är underlättande som omnämns som "smörjmedel" (SSF, 2014) i organisationen. Att det finns organisatoriska förutsättningar som underlättar implementeringen, som exempelvis en individ med särskild kunskap och färdigheter, som har en speciell roll i verksamheten som stöttar och inspirerar kollegor i förändringsarbetet. De syftar till att skapa begriplighet och att förändringen är tillämpbar för en effektiv implementering (SSF, 2014).

Figur 3: PARIHS- modellens tre viktigaste faktorer.



(Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

2.9 Problemformulering

Försämrad hälsa och nedsatta kroppsfunktioner ökar ofta i samband med att äldre personer flyttar in på vård- och omsorgsboenden. Äldre personer blir mer passiva och inaktiverade och har svårt att motivera sig och engagera sig i sin hälsa utan blir utelämnade till att omvårdnadspersonal assisterar dem.

Trots samstämmighet i vad de äldre önskar och vad målen för äldreomsorgen är finns en rad olika problem identifierade om mat och måltider på särskilda boenden. Många gånger handlar de problem som identifierats om maten och måltidssituationen och det dagliga arbetet. Mat och måltidssituationer är en tämligen marginaliserad fråga som främst utgör ett uppgiftsorienterat moment bland alla andra arbetsuppgifter under dagen. Har omvårdnadspersonalen kunskap att motivera de äldre till sitt-till-stå-övningar? Har omvårdnadspersonal kunskap och förmåga att stötta och erbjuda de äldre att ta emot proteinrika näringstillskott så att de äldre ska bibehålla eller förbättra livskvalitet? Har omvårdnadspersonal kunskap, förmåga och förutsättningar att vara med och implementera OPEN-konceptet?

3. Syfte

Syftet är att beskriva omvårdnadspersonalens behov av stöd för att bidra till den äldre personens livskvalitet genom motivering till fysisk aktivitet och bättre kostvanor genom ett personcentrerat arbetssätt i OPEN-projektet.

4. Metod

4.1 Val av Design

För att undersöka omvårdnadspersonalens behov av stöd för att implementera OPEN-konceptet utifrån ett personcentrerat arbetssätt, tillämpades en semistrukturerad kvalitativ intervjustudie. Innehållet analyseras med induktiv ansats som lämpar sig för studier med låg nivå av tolkning, där man vill bredda och skapa djupare förståelse för deltagarnas kunskap, synvinkel och perspektiv av mening och upplevelser (Lundman & Graneheim, 2017).

4.2 Kontext och urval

För studien valdes att intervjua omvårdnadspersonal som arbetade på ett äldreboende i Stockholm som planerade att delta i implementeringen av OPEN-konceptet. Nio personer som arbetade boendenära tillfrågades om att delta i intervjuerna. Samtliga hade undersköterskeutbildning även om en nyligen har gått utbildning och blivit klar men arbetat som vårdbiträde innan. Alla som intervjuades var i åldrarna 35 till 66 år med varierande antal arbetsår inom vård och omsorg. Sex personer hade tillsvidareanställning, två hade timvikariat och en hade provanställning. Det var endast kvinnlig personal som intervjuades. En arbetade som resurspersonal och en hade varit kontaktperson tidigare men på grund av vidare studier arbetade hon extra som undersköterska och var inte kontaktperson längre. En av de intervjuade var pensionär och arbetade som timvikarie. Totalt var det fyra personal som var kontaktperson till en eller två boende var. Vikarier, provanställd personal och resurspersonal var inte kontaktpersoner till de boende.

På äldreboendet bodde 102 äldre personer och där arbetade cirka 100 medarbetare. Verksamhetschefen informerades om studien av forskningshuvudman. Verksamhetschefen godkände studien. Omvårdnadspersonalen skulle ha informerats om studien innan via informationsbrev och på arbetsplatsträffar. Tillfrågad omvårdnadspersonal på äldreboendet erbjöds att delta i intervjuerna. Intervjuerna genomfördes under maj 2023.

4.3 Inklusionskriterier

Till intervjuerna tillfrågades omvårdnadspersonal som antingen hade tillsvidareanställning eller vikariat på utvalt äldreboenden. Endast omvårdnadspersonal på avdelningar med äldre personer över 65 år tillfrågades att delta i studien eftersom fokusområde handlar om äldre personer. Författarna strävade efter att omvårdnadspersonal som deltog i studien skulle vara kontaktperson för åtminstone en boende på sin enhet men det var inget krav. Omvårdnadspersonalen skulle kunna tala och förstå svenska eftersom studien genomfördes på svenska.

4.4 Exklusionskriterier

Omvårdnadspersonal som arbetade på avdelningar med personer yngre än 65 år tillfrågades inte att medverka i studien. Omvårdnadspersonal som hade varit föräldralediga, tjänstlediga eller haft lägre sjukfrånvaro i anslutning till studiens startdatum exkluderades. Omvårdnadspersonal som inte kunde svenska i tal eller skrift tillfrågades inte att vara med i studien.

4.5 Datainsamling

Totalt intervjuades nio omvårdnadspersonaler. Ingen av de som tillfrågades valde att avstå utan ville vara med i studien. Intervjuguiden med förformulerade frågor från tidigare OPEN-projekt användes men omformulerade för att skapa relevanta frågor för att tillgodose studiens syfte (Bilaga 2). Intervjuerna genomfördes under en månad på ett äldreboende i Stockholm där tillfrågad omvårdnadspersonal arbetar. Intervjuerna genomfördes en åt gången i ett enskilt, ljus och luftigt rum. I den här semistrukturerade intervjustudien tillfrågades alla deltagare ett visst antal förbestämda huvudfrågor. Följdfrågor ställdes beroende på deltagarnas svar för att förklara och förtydliga innebörd och mening. Det var två intervjuare varav en höll i intervjun åt gången, medan den andra assisterade och skötte diktafonen. Samtliga intervjuer spelades in med ljudupptagning via diktafon samt att ljudupptagning transkriberades till text via Google Open document och granskades av författarna så att ljud och text överensstämde ordagrant. Allt datamaterial avidentifierades. Endast författarna och handledaren kommer att kunna identifiera intervjupersoner om behov uppstår för kompletterande frågeställningar. Studien innehåller inte några persondata.

4.6 Dataanalys

Dataanalysen utgick från Lundman och Graneheim (2017) modell för innehållsanalys med fokus på det manifesta innehållet där texten handlar om innehållsaspekten och beskriver de synliga och uppenbara komponenterna. Intervjuerna spelades upp i efterhand och båda studieförfattarna lyssnade på dem för att skapa sig begriplighet över innehållet. Intervjuerna transkriberades ordagrant med diktafon och avlyssnades i efterhand av studieförfattarna så att text och tal överensstämde. Studieförfattarna summerade analyserna och organiserade texterna för att få fram nyckelord samt återkommande innehåll. Hela intervjuer betraktas som analysenheter under analysprocessen (Danielson, 2017).

Studieförfattarna markerade ord och meningar med olika färgmarkörer för att uppfatta helhet och se sammanhang och hur de relaterade till varandra för att skapa meningsenheter. Enheter som var meningsbärande och svarade på syftet kondenserades till mindre delar, utan att förlora dess innebörd och benämndes med koder som ledde fram till olika kategorier. Koderna hjälper till att se data på nytt sätt. Koder som har liknande innehåll utgör kategori (Lundman & Graneheim, 2017). Var och en av författarna kodade intervjuerna för att därefter tillsammans diskutera analys och kodning för att minska risken för bias. Kategorierna är uttömmande och ömsesidigt uteslutande, det vill säga att data inte uteslutits på grund av avsaknaden av kategorier.

Tabell 1. Exempel av analys.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
“Ja, det är väl olika professioner beroende på om det är något... alltså som har med nutrition att göra eller om det har mer aktiviteter, fysiska aktiviteter och då är det ju lite dietisterna, eller arbets- och fysioterapeuterna.“	Olika professioner. Då är det ju dietisterna, arbets- och fysioterapeuterna.	Olika professioner	Dietist Arbetsterapeut Fysioterapeut	Stöd från teamet

4.7 Etiska överväganden

Deltagarnas välfärd har fått företräde framför samhällets och vetenskapens behov och det innebär bland annat att ett samtycke till att delta i en studie kan när som helst tas tillbaka med omedelbar verkan (Etikprovningsmyndigheten, 2023). Data insamlades på ett respektfullt sätt mot deltagarna utan att orsaka skada eller kränkningar (Kjellström, 2017). Att delta i studien var frivilligt och samtliga studiedeltagare informerades i förväg om deras rättigheter. Deltagarna gav sitt skriftliga godkännande att delta samt att de hade fått information om möjligheten att avbryta deltagandet om så önskades. För att utföra kvalitativt god forskning och samtidigt skydda deltagarna i forskningen (Vetenskapsrådet, 2017) var intervjufrågorna opersonliga och endast yrkesmässigt relaterade. All insamlad data kodades för anonymitet. För att komma nära individen och undvika att deltagarna upplever att intervjuar har maktpositionen och svarar efter det hen tror att intervjuaren vill höra (Kjellström, 2017) mottog författarna deltagarna med positiv attityd och gott bemötande för att skapa en lugn och avslappnad miljö där deltagarna fritt kunde uttrycka sig.

Ingen av författarna har någon relation till äldreboendet eller till omvårdnadspersonal där intervjuerna genomförs. Det minskar risken för eventuell bias. Studien har tagit hänsyn till de forskningsetiska principerna om informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2017). Ansökan är godkänd av Etikprovningsmyndigheten och diarienumret är 2023-02680-02.

5. Resultat

Tabell 2. Redovisning av resultatets tema, kategorier och subkategorier.

Tema	Kategorier	Subkategorier
Stöd som behövs för att kunna genomföra förändringsarbetet	Behov av stöd från ledningen	<ul style="list-style-type: none">- Närvarande chef- Information och utbildning- Tydliga rutiner och struktur på arbetsplatsen
	Behov av stöd från teamet	<ul style="list-style-type: none">- Samarbete mellan olika professioner- Samarbete mellan teammedlemmar- Dela med sig av varandra erfarenheter- Planera och delta i dokumentation inför arbetspass

Det identifierades två huvudkategorier och sju subkategorier vid analysering av resultat (se tabell 2). Övergripande tema till studien är ”Stöd som behövs för att kunna genomföra förändringsarbetet”. Resultatet pekar på att det finns framför allt två huvudkategorier som omvårdnadspersonal behöver stöd av vid genomförande av förändringsarbeten, stöd från ledningen och teamet. I underkategorierna lyfts betydelsen av planering, struktur och kommunikation. Flera av omvårdnadspersonalen menade att de hade tillräckligt med kunskap och erfarenhet för att genomföra ett förändringsarbete och att de visste vem de skulle vända sig om de saknade informationerna i vissa delar. Några av personalen som intervjuades tyckte att erfarenhet spelar störst roll för att kunna stödja boendens näringsintag.

”Vi är ju ganska utbildade här... jag har jobbat ganska länge om du frågar mig så jag tycker att jag har kunskapen.” (Intervju 5)

5.1 Behov av stöd från ledningen

5.1.1 Närvarande chef

Fem av nio intervjupersoner tog upp att de ville få stöd från närmaste chefen och en syftade på att frågan om stöd skulle lösas från ledningsnivån genom utbildning. Det förväntas att närmaste chef finns för handledning och för att de ska kunna ställa frågor och bolla idéer. Ledningen ses som yttersta ansvarig att omvårdnadspersonalen är kompetent och får det stöd som behövs för att utföra sina arbetsuppgifter.

”Till exempel när man hamnar i svårt dilemma... En boende kanske blir inte nöjd till 100 procent och anhöriga blir inblandade. Där skulle jag nog behöva ett stöd och utifrån ledningen eller någon som har chefsposition där man kan bolla idéer eller omvårdnadspersonal, HSL personal, sjuksköterskorna. Så, när man jobbar med människor är det inte lätt.” (Intervju 8)

Omvårdnadspersonal önskar att närmaste chef finns tillgänglig för att stötta när problemen uppkommer.

”Det är så, man vill ha alltid ett stöd från, vad heter ... chefen... Närmaste chefen. Det stöd jag om det är någonting problem eller det finns ingen tid eller hur ska man till exempel idag... Du vet att det på vården varje dag helt annan situation. Det inte varje dag är samma.” (Intervju 6)

“Jag brukar fråga när jag inte kommer på vem jag ska ta kontakt med, då går jag alltid och frågar nån... sjuksköterskan eller teamchefen eller enhetschefen.” (Intervju 3)

Omvårdnadspersonal förväntar att teamchefen finns för att handleda och stödja omvårdnadspersonalen.

“Men jag förmodar att de(teamchef) ska väl handleda personalen... det är viktigt med handledning och stödja personalen, tycker jag...det är väl deras stora roll...” (Intervju 7)

5.1.2 Tydliga rutiner och struktur på arbetsplatsen

Omvårdnadspersonal önskar att arbetet är strukturerat uppifrån. Det ska finnas tydliga hänvisningar om vad som förväntas av varje enskild medarbetare men även att det önskas att man får frihet att kunna utföra arbetet självständigt. Planering lyfts som en viktig del för att skapa ett förändringsarbete. Flera av personerna som intervjuades menade att de önskade mer stöd av chef och ledning för planering och struktur. För att arbetet skulle utföras enligt verksamhetens förväntningar uppskattar omvårdnadspersonal att det behövs bättre planering.

Planeringen lyfts upp som en del av stödet i personcentrerat arbete med boende. Till exempel tycker omvårdnadspersonal att det är betydelsefullt att stämma av med kollegorna innan man sätter i gång och börjar arbeta samt att kunna läsa senaste dokumentationen om de boende som omvårdnadspersonal tar hand om. Det förväntas att även andra yrkesgrupper som sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter deltar i planeringen för att kunna utföra personcentrerad omvårdnad.

”Det är ju alltså strukturen och prioriteringar som avgör. Det beror på kanske vad jag får utföra och där kan man utgå från vad behöver jag hjälp för? Är det någonting jag kan klara mig själv? Så att svårt att säga ja eller nej.”(Intervju 8)

För att arbetet skulle utföras enligt verksamhetens förväntningar upplever omvårdnadspersonal att det behövs tid för planering inför arbetsdagen.

5.1.3 Information och utbildning

Några av de som intervjuades uppgav att de hade fått gå många olika utbildningar genom sitt arbete och kände sig trygga med sin kunskap. Samtidigt som andra tyckte att det alltid var bra med nya utbildningar så att de blev uppdaterade med ny information och kunskap. Vissa uttryckte säkerhet kring sin kompetens, men att kunskapen skulle behöva uppdateras.

”Jag anser att för den tiden som är nu så har vi fått den utbildning som vi behöver, men man blir aldrig fullärd utan efter en tid behöver man uppdatera den kunskapen för det kommer ny forskning också man behöver ta del av.” (Intervju 4)

”jag visste det här... men hon får väl för lite proteiner i sig... Vi gör lite havregrynsgröt och så har vi rapsolja... Rapsoljan innehåller proteiner som de behöver...” (Intervju 3)

5.2 Behov av stöd från teamet

5.2.1 Samarbete mellan olika professioner

I intervjuerna berättade att omvårdnadspersonalens om att de behövde stöd av teamet. Beroende på i vilket sammanhang de behövde stöd kunde de kontakta sjuksköterska eller dietist kring frågor som berörde mat, nutrition och måltider. De kunde även kontakta arbetsterapeut och fysioterapeut för att få stöd kring de äldres måltidssituationer. De flesta visste till vilken profession de skulle vända sig med sina frågor.

“Jag tycker att teamet är viktigt... att man pratar med varandra och ger stöd åt varann och frågar...man är ju en grupp, det är teamet man måste utgå ifrån. Det är undersköterskor, det är läkare och sjuksköterskor, paramedicinare... de som ingår... dietister”. (Intervju 7)

“Ja, vi har ju läkare... vi har undersköterskor... vi har kollegor... och sen sjuksköterskor och alla har ju sin roll så är man osäker då frågar man ju varandra och man får rätt hjälp”. (Intervju 5)

5.2.2 Samarbete mellan teammedlemmar

Omvårdnadspersonal räknade även in logoped, läkare, omvårdnadskollegor, teamchef, enhetschef i sina team som stöd runt de boende.

“vi brukar sitta med sjuksköterska, läkare och logoped... för de som har lite dålig aptit och inte äter så bra...” (Intervju 1)

”Man kan ju hjälpa varandra... jag förmodar att teamchefen ska väl handleda personalen... det är viktigt med handledning och stödja personalen, tycker jag...det är väl deras stora roll...” (Intervju 7)

Omvårdnadspersonal nämnde anhöriga som ett viktigt stöd kring de boende för att skapa ett personcentrerat arbetssätt vid förändringsarbete.

”anhöriga kan också hjälpa...” (Intervju 1)

”sen är det anhöriga, får man ju också utgå ifrån en viktig del...och så boende förstås...” (Intervju 7)

Omvårdnadspersonalen påtalade även att teamet var viktigt när det gällde stöd kring aktiviteter och att de kunde kontakta fysioterapeut och arbetsterapeut då.

”Ja, det är väl olika professioner beroende på om det är något... alltså som har med nutrition att göra eller om det har mer aktiviteter, fysiska aktiviteter och då är det ju lite dietisterna, eller arbets- och fysioterapeuterna.” (Intervju 2)

”Här på boendet har man ju hela stödet... vi har ju arbetsterapeuter, fysioterapeuter, de kommer och utbildar oss varje år...” (Intervju 5)

Flera av dem som intervjuades nämnde att de kunde stötta och också att de stöttades av sina undersköterskekollegor.

”Jag håller väldigt nära dialog med undersköterskorna såklart och med sjuksköterskan.” (Intervju 4)

Teamet upplevdes som en viktig del för att skapa personcentrerad vård runt den boende. Omvårdnadspersonalen är till stor del medveten om vilka resurser som finns i teamet och kan efterfråga dem vid behov.

5.2.3 Dela med sig av varandras erfarenheter

Omvårdnadspersonalen uppskattar att det finns teammedlemmar som man kan vända sig till vid frågor.

”Som sagt har jag ju varit här flera år, så jag tror ju på att mycket kommer ju liksom med erfarenhet i sådan här yrken. Och som jag sa att vi har alla de här olika professionerna så nära. Då har vi kunnat ställa frågor direkt ifall det är något.” (Intervju 2)

5.2.4 Planering och delta i dokumentation inför arbetspass

Det tas upp behovet att ha tid att planera inför men också under arbetspasset för att kunna utfärda personcentrerad vård.

”Innan jag börjar så hör jag med kollegorna som känner personen bäst, hur vill han eller hon ha det.” (Intervju 4)

Omvårdnadspersonalen som arbetar på olika avdelningar och vill säkerställa att boenden får rätt insatser lyfter upp att det är betydelsefullt med lärapport.

”Men sedan kan jag även kika lite genomförandeplanen. Jag kan även gå in i Safedoc och kolla senaste dokumentationen...” (Intervju 4)

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

För att undersöka omvårdnadspersonalens behov av stöd i samband med implementering av OPEN-konceptet valdes en kvalitativa semistrukturerad intervjustudie med manifest innehållsanalys till examensarbetet. Polit och Beck (2021) nämner fem komponenter för att kvalitativa studier ska ha tillförlitlighet; kredibilitet (credibility), pålitlighet (dependability), överensstämmelse (confirmability), överförbarhet (transferability) och autenticitet (authenticity) som skapar ett ramverk för att uppfylla trovärdighet (trustworthiness).

Design

För studier med kvalitativ metod och design används inte validitet eller reliabilitet som begrepp för att visa på dess kvalitet utan kvalitativa studier bedöms utifrån begreppet trovärdighet. Då studien syftade till att visa på människors levda erfarenheter ansåg studieförfattarna att en kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer skulle lämpa sig bäst som datainsamlingsmetod (Polit & Beck, 2021). Genom att använda ett förformulerat intervjustöd som omarbetats efter studiens syfte kunde författarna få omvårdnadspersonalens svar på vilket stöd de behövde. Studieförfattarna genomförde intervjuerna enligt samma mönster med samma frågor men med uppföljande kompletterande frågeställningar, vilket gav en god variation på svar vilket framkommer i resultatet. Studieförfattarna har strävat efter att illustrera resultatet med citat för att lyfta omvårdnadspersonalens beskrivningar vilket stärker studiens trovärdighet och äkthet (Lundman & Graneheim, 2017).

Allt som sades på intervjuerna spelades in med diktafon och transkriberades automatiskt in i ett dokument via Google Open document. Efter intervjuerna lyssnade och kontrollerade studieförfattarna varje intervju och korrigerade uppkomna fel i transkriptionen mot ljudfilerna. Genom att säkerställa att all information var korrekt och överensstämde med svaren i intervjuerna gav studieförfattarna underlag för analys och pålitlighet för datan uppnås (Polit & Beck, 2021).

Urval

Eftersom att implementeringen av OPEN-konceptet skulle genomföras på ett äldreboende och omvårdnadspersonal utför aktiviteterna i det dagliga arbetet, tillfrågades omvårdnadspersonal om deras behov av stöd. För att studien ska ha kredibilitet måste urvalet ha erfart det undersökta fenomenet men samtidigt vara så stort att det täcker olika variationer som kan ha betydelse för resultatet (Polit & Beck, 2021). Alla som intervjuades arbetade i omvårdnaden närmast de äldre. Då alla nio omvårdnadspersonaler som intervjuades var kvinnor visar det hur verkligheten ser ut inom äldreomsorgen, att arbetsgrupper inom äldreomsorgen sällan har manlig personal. Spridningen av underlaget för studien gav variationen om omvårdnadspersonalens blandade erfarenhet inom vård och omsorg, olika födelseland och kulturella bakgrund och återspeglar även det verkligheten inom äldreomsorgen. Det hade varit önskvärt att få intervjua män för att se om det fanns skillnader i uppskattat behov av stöd för att implementera OPEN-konceptet. Det hade varit intressant att få intervjua andra professioner för att få större variation och ökad spridning i populationen. Dock bygger studiens resultat på svar från de personer som arbetar närmast äldre och ska utföra

implementeringen av STS-övningarna och näringstillskotten inom ramen för OPEN-konceptet vilket stärker resultatets giltighet.

Då studien skulle genomföras under en bestämd tid gav det begränsade möjligheter att besöka äldreboendet och för studieförfattarna att informera personligen om studien och intervjuerna. Informationen överläts till verksamhetschefen på äldreboendet. Dock framkom i samband med intervjuerna att vissa inte hade fått tillräckligt med information om bakgrunden till studien utan endast om att de skulle bli intervjuade. Trots att de inte hade fått tillräckligt med information i förväg försäkrade sig studieförfattarna om att den tillfrågade omvårdnadspersonalen fick muntlig och skriftlig information om OPEN-konceptet och intervjustudien. Intervjuade som arbetade de utvalda dagarna informerades och tillfrågades att delta i intervjustudien. Nio av de tillfrågade godkände sig medverkan vilket gav ett tillräckligt bra underlag för intervjustudien. Samtidigt kan det ha påverkat resultatet då man redan på förhand hade beslutat att intervjua cirka nio omvårdnadspersonaler för studien och ovissheten om det skulle räcka för att uppnå mättnad var oklart. Dock bedömdes data som samlades in att fylla tillräckligt god mättnad vilket visar på kredibilitet för studien (Polit & Beck, 2021).

Trots att tanken var att endast intervjua undersköterskor med tillsvidareanställning utan någon längre frånvaro inför intervjustudien valde studieförfattarna att bjuda in och intervjua alla de föreslagna omvårdnadspersonalerna då allas behov var viktiga att lyfta i studien. Eftersom ingen av omvårdnadspersonalerna exkluderades stärktes kredibiliteten då resultat belyser allas behov, inte bara ett visst urval (Polit & Beck, 2021). Det är viktigt att informanterna får information om arbetet, att de har förmåga att förstå och fatta beslut i frågan samt att de bör ha betänketid för att kunna överväga sin medverkan. Ur ett etiskt perspektiv så uppfattade studieförfattarna att samtliga omvårdnadspersonaler medgav sitt deltagande av egen fri vilja för att bidra till studien då de var nyfikna på det kommande resultatet. Ingen valde att avstå sin medverkan. Tidsaspekten gjorde också att det kan ha inverkat på vilka omvårdnadspersonal som tillfrågades, på omvårdnadspersonalens förutsättningar att delta, likväl som studieförfattarnas möjligheter att intervjua med hänsyn tagen till studietider och arbetstider.

Datainsamling

Under intervjuernas gång uppmärksammas studieförfattarna svårigheterna med att hålla intervjuer. Studieförfattarna har diskuterat att det hade varit önskvärt att göra fler pilotintervjuer innan studien för att veta vilka följdfrågor som kom upp och hur man kunde vidga svarsalternativen utefter varje enskild persons svar. Det som stärkte studieförfattarna var att varje intervju gav lite mer kunskap om intervjusituationerna och blev därmed lite lättare att genomföra. Det är en viktig lärdom som studieförfattarna tog med sig, träning ger färdighet och kan stärka resultaten ytterligare. Möjligtvis hade mer intervjuvarena gett fylligare svar och bredare resultat, dock gav de nio intervjuerna ett bra underlag att analysera och det visade sig ge en hanterbar mängd data för att svara på studiens syfte. Polit och Beck (2021) menar att det är innehållet i intervjuerna som skapar kvalitén, inte antalet eller längden på varje intervju.

Intervjustudien hade ett prefabricerat frågeformulär som omarbetades för att uppfylla studiens syfte. Det ursprungliga frågeformuläret skapades till OPEN-studien och överläts av huvudhandledaren till studieförfattarna att omformulera. På grund av ovana kan frågorna ha behövt en genomgång i samråd med huvudhandledaren och provats i pilotstudier för att kunna ha förbättrats vilket kan ha påverkat resultatets pålitlighet. Eftersom tiden var begränsad fanns inte möjligheter att omarbeta frågeformuläret och hålla ytterligare pilotstudier i den

omfattning som hade behövts utan frågorna användes enligt bifogad bilaga. En styrka med intervjuerna var att alla fick samma frågor och följdfrågor då de fick möjlighet att svara med egna beskrivningar för att få fylligare och mer uttömmande svar. Under intervjuernas gång kunde studieförfattarna se att vissa frågor upprepades men det gav å andra sidan mer uttömmande svar när intervjupersonerna fick tänka lite till och om igen på vissa frågor vilket kan stärka studiens pålitlighet (Polit & Beck, 2021).

Dataanalys

Polit och Beck (2021) menar att pålitlighet kan uppnås om det går att få likvärdigt resultat i en likvärdig kontext och med liknande informanter. Den manifesta innehållsanalysen utgick ifrån Lundman och Graneheim (2017) modell för innehållsanalys där omvårdnadspersonalens kunskap och behov av stöd framkom genom kondensering till meningsbärande enheter ner till kategorier som i sin tur mynnade ut i 2 olika teman. Genom att redovisa studiens analysmodell kan strukturen följas genom hela arbetsgången. Analysernas kvalitet kan ha påverkats av att studieförfattarna aldrig tidigare hade genomfört någon intervjustudie eller gjort någon innehållsanalys och risk fanns då att det skulle minska studiens kredibilitet. Men då båda studieförfattarna var med i hela analysförloppet och reflekterade över det insamlade materialet av intervjuerna minskades risken för att resultaten skulle påverkas av studieförfattarnas förståelse inom området och stärka den insamlade datans stabilitet och då även studiens resultat. Peer debriefing lyfts fram i syfte att visa på studiens trovärdighet genom att studieförfattarna har reflekterat med varandra kring resultaten men för att lyfta studieförfattarnas egna tolkningar och förutfattade meningar och att bli medvetna om för givet taga antaganden. Då svaren av intervjuerna citeras i resultatdelen framkommer omvårdnadspersonalens ord, tankar och behov fram utan inblandning av studieförfattarna. Citaten borgar för att omvårdnadspersonalens ord överensstämmer med studiens resultat (Polit & Beck, 2021).

Överförbarhet

Överförbarhet handlar om i vilken grad resultatet kan föras över i andra verksamheter, grupper eller organisationer (Polit & Beck, 2021). Resultatet av denna studie är applicerbart inom äldreomsorgen för att det speglar kontexten generellt och omvårdnadspersonal specifikt. Genom att följa tillvägagångssättet med valda metod, kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer för att samla in data samt analysdelen med den manifesta innehållsanalysen kan studien återskapas i liknande kontext. Möjligen kan den även vara överförbar inom andra kontext så som övrig hälso- och sjukvård och med andra fokusområden där man vill ta reda på vårdpersonalens behov av stöd.

Då all omvårdnadspersonal som intervjuades var kvinnor kan det ha påverkat överförbarheten till manlig omvårdnadspersonal. De kan ha andra preferenser kring sina behov av stöd vilket kan påverka studieresultatet. Variationen av svenskfödda och utlandsfödda omvårdnadspersonal i studien visar överförbarheten i den kontext som råder inom äldreomsorgen. Man kan också se att resultatet av intervjustudien är överförbart till motsvarande enheter inom äldreomsorgen eftersom urvalet är likvärdigt på äldreboenden med omvårdnadspersonal som är tillsvidareanställd eller har andra typer av anställningar och visar att all omvårdnadspersonal har samma behov av stöd i stort sett. De demografiska förutsättningarna kan såklart se olika ut i olika delar av landet och överförbarheten kan då variera. Beroende på hur det ser ut med kompetensnivå och personaltillgång är ändå studien applicerbar för att se personalens behov av stöd (Socialstyrelsens allmänna råd, 2011).

Inklusionskriterierna till denna studie begränsades till omvårdnadspersonal men kan överföras till övrig personal inom äldreomsorgen för att få ökad förståelse för deras behov av stöd och ge ett bredare perspektiv på äldreomsorgens behov av stöd generellt. I samband med att denna studie påbörjades och den initiala informationssökningen startade, uppmärksammades avsaknaden av tidigare studier av fenomenet, att omvårdnadspersonal inte tidigare hade tillfrågats om sina behov av stöd inför några implementeringsprojekt av OPEN-konceptet. I studien av Kagwa (2016) framkom att omvårdnadspersonal på äldreboende tillfrågades om sina upplevelser efter implementeringen och det framkom att det bl.a. hade funnits svårigheter att implementera OPEN-konceptet. Den studien uppvisar liknande resultat men genomfördes i en annan kontext, i ett annat land med deras förutsättningar. Trots det finns vissa likheter som styrker överförbarheten mellan äldreomsorgen i olika länder så som Sverige gentemot Kanada där den tidigare studien uppfördes.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien är att undersöka vilket stöd omvårdnadspersonal själv upplever att de behöver för att kunna implementera OPEN-konceptet på äldreboendet och främja hälsa på ett personcentrerat sätt hos de äldre. Dagens samhälle är mångkulturell och det kan leda till utmaningar som intervjuade inte tog upp själv men som framkom under intervjuerna. Även om alla deltagarna kunde svenska fanns det språkliga brister bland de som inte hade svenska som modersmål. Därför tas ämnet upp i resultatdiskussion.

6.2.1 Behov av stöd från ledningen

Eftersom makten oftast ligger i händerna på politiker och chefer på högre nivåer kan det skapa svårigheter för chefen på verksamhetsnivå att arbeta med förändringsprocesser. De får förhålla sig till neddragningar och omorganisationer som försvårar arbetet för effektiva och framgångsrika förändringsprocesser. Det kan till och med leda till att förändringsprocesserna bromsas upp eller helt avstannar. Förändringsarbeten kan även falla på grund av att chefer vill visa upp snabba resultat. Förändringsarbetet får inte tillräcklig genomslagskraft då beteenden, attityder och sociala relationer verkar utan bestående förändringar och fortsätter vara som innan förändringsarbetet påbörjades (Willman et al., 2015). Förändringsprocessen tar lång tid och det krävs mycket tålamod för att genomföra och uppnå fullgoda resultat (Lundin & Sandström, 2021). Egentligen ligger mycket på ledarens förmåga att vara mottaglig för evidensbaserad kunskap och skapa en gynnsam kultur för förändringsarbetet (Willman et al., 2015).

Chefer inom hälso- och sjukvården leder och ansvarar för patientsäkerhetsarbetet och det förväntas att chef har respekt för den utsattheten för medarbetare i det direkta patientarbetet på grund av stora risker för att bli inblandad i situationer som kan leda till vårdskador (Sharp, 2012). Hög arbetsbelastning och underbemanning av personal gör det svårt för verksamheter att implementera förbättringsarbeten effektivt och med framgång. I en organisation där det finns administrativt stöd och personer som extra resurser underlättas implementeringsprocessen (Willman et al., 2015).

Initiativförmåga hos medarbetarna reduceras om det finns ett stort avstånd mellan ledningen och personalen ”ute på golvet”. Berlin och Sandström (2016) menar att genom drivna sjuksköterskor som har position mitt emellan chef och medarbetare som har chefsansvar kan bidra till att en förändringsvillig kultur skapas. En företagskultur där ledningens förändringsambitioner såväl som medarbetarnas erfarenheter tas tillvara. Det

måste finnas en hög grad av frihet som skapar högt i tak och uppmuntrar till initiativ (Willman et al., 2015). För en demokratisk företagskultur krävs tydliga och enkla spelregler samt ett ledarskap som ger medarbetarna frihet att agera (Lundin & Sandström, 2021). I resultatet syns det att omvårdnadspersonalen uppskattar att ha frihet och klara sig själv men också ha någon annan legitimerad kollega eller chef i närheten som trygghet för att kunna ställa frågor vid behov.

Lindh och Sahlqvist (2012) menar att förutom kliniska kunskaper behöver vårdpersonalen få utbildning i att samarbeta i team och hur man kommunicerar med varandra effektivt i team. Studier har visat att 45% av vårdpersonalen avvisar råd från yngre kollegor och bara 56% av vårdpersonalen tycker att det är lätt att diskutera misstag. Om vårdpersonalen inte kan uttala sig i tid och måste tänka till vem och när hen ska vända sig till på grund av olika personalens attityder och förhållningssätt kan vårdskada inträffa. För bästa resultat och för att undvika vårdskador ska teamets kommunikation vara öppet. Verksamhetsansvariga har en betydelsefull roll i att säkerställa att vårdpersonalens kommunikationsförmågor tränas upp. När teamet byter viktig information med varandra växer förtroendet och patientsäkerheten stärks. Teamarbetet blir mer effektivt och kommunikationen leder till bättre problemlösning (Söderhjelm & Sandal, 2017). Vård- och omsorgsarbetet kännetecknas av det mångkulturella samhället skriver Lundin och Sandström (2021) och för att minska risker för kulturkrockar måste ledaren vara uppmärksam, öka vårdpersonalens kompetens i bemötande, utbilda, ge stöd och uppmuntra personalen för att genomföra arbetet på bästa sätt. Förutsättningar för att utveckla ett öppet arbetsklimat där det finns ömsesidig respekt för varandras kompetens och uppgifter bör verksamheten satsa på kommunikations- och teamträning (Lindh & Sahlqvist, 2012). Fördelar med förbättrad kommunikation är att minska vårdskador, öka brukarens livskvalitet, få en trevligare arbetsplats, effektivisera arbetet och sänka kostnader. Larsson (2020) skriver att med ökad kunskap blir det lättare att coacha, stötta och kritisera andra på ett bra sätt som behövs vid förändringsarbete och ledningen fokuserar på prestation, medan lägre nivåerna fokuserar på att ge god vård. Specialistsjuksköterskor underlättar teamarbetet och konflikthantering, förbättrar arbetsklimatet samt ger positiva effekter på rekrytering och att behålla personal skriver Jokiniemi et al. (2012).

I Sverige ges statsbidraget inom ramen för Äldreomsorgslyftet för att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg och för att utbilda undersköterskor och vårdbiträde samt först linjens chefer skriver Socialstyrelsen (2023). Ädelreformen som genomfördes 1992 innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för service, vård och omsorg om äldre och handikappade. Efter Ädelreformen blev det tydligt att utbildning höjer statusen på vårddyrket och ger en högre kvalitet i omvårdnadsarbetet. Enligt Lundin och Sandström (2021) tvingade Ädelreformen fram ett nytt synsätt som betydde att vård och behandling skulle vara individuellt anpassad efter behov och önskemål samt att det ska ske i samråd vårdtagaren och dennes anhöriga.

Främst finns det behov av förändringar i arbetssätt och logistik och det kan räcka med småskaliga tester för att se om det nya arbetssättet behöver modifieras och om det har förutsättningar att leda till önskad förbättring skriver Thor (2017). Till exempel PDSA-cykeln ger en struktur att testa ett lösningsförslag till nytt arbetssätt och om det nya arbetssättet leder till önskad förbättring (Qulturum, 2019). Ofta kan specialistsjuksköterskor bestämma vilka strategier och område de fokuserar på, beroende på sjukvårdens behov (Jokiniemi et al., 2012).

6.2.2 Behov av stöd från teamet

Teamarbetet innebär i grunden ett ömsesidigt beroende av varandra och samordning av arbetet mot ett gemensamt mål. Ett teamarbete kan se olika ut, dock kännetecknas det av att använda och visa respekt för varandras kompetenser. I teamarbetet kompletterar ett mindre antal personer varandra med kunskaper och färdigheter. Ett engagemang utifrån ett gemensamt syfte och mål där var och en håller sig själv ömsesidigt ansvarig, skriver Florin et al. (2017). Resultatet visar att teamarbetet är betydelsefullt och omvårdnadspersonal vill gärna ha kontakt med andra teammedlemmar för stöd att planera.

För att uppnå en god och säker hälso- och sjukvård samverkar teamet genom att komplettera varandras kompetenser, skapa samverkan och dialog för en gemensam lärande och beslutfattande skriver Svensk Sjuksköterskeförening (2017). Rollförståelse, tillit, respekt och avsikt att kommunicera är viktiga kompetenser som teammedlemmarna bör besitta för att effektivt utöka samarbetet skriver Franz et al. (2020). Teamarbetet kan betraktas med utgångspunkt i olika synsätt. Kunskapen om team i sig är med andra ord perspektivberoende och kan ibland till och med vara dolt för den som utför studien, att den egna studien utgår från ett särskilt perspektiv (Cederlund & Kvarnström, 2016). Specialistsjuksköterskors omvårdnad har visat sig kunna öka patienters livskvalité och involvering i vården (Jokiniemi m.fl., 2012).

Det framkom i intervjuerna att omvårdnadspersonal önskade ha mer tid för att utföra arbetet samt att kunna stämma av med kollegor. Enligt Sveriges kommuner och regioner (SKR, 2023) finns det svårigheter för verksamheter att avsätta den tid som krävs initialt men även att förändra kultur och arbetssätt inom verksamheterna då medarbetarna upplever att de redan arbetar personcentrerat. Däremot menar Söderhjelm och Sandahl (2017) att när man har tid för att reflektera, byta erfarenheter, diskutera målen, förbättring och arbetsgenomgång leder det till ökad kvalité och förbättrad arbetsmiljö. Personcentrerad vård kan ses som ett hinder då det betyder att strukturer och rutiner förändras likväl som attityder samtidigt som att arbeta personcentrerat tar tid av medarbetarna. Personcentrerad vård betyder ökad delaktighet, trygghet och säkerhet för personer som får vård (Ekman, 2020). På samma gång som det tar tid kan det också spara tid då patienterna får vara delaktiga och ansvara för sin egen vård och omsorg. Personcentrerad vård utgår ifrån patientens berättelse om sin vilja, sina känslor, sitt ansvar och sina förmågor lyfts fram och förankras genom dokumentation i patientens hälsoplan (Ekman & Swedberg, 2022).

De äldre väntas att få personcentrerad vård som är anpassad till den äldre personens upplevelser, värden, önskemål och behov skriver Kirkevold (2018). Patienters livskvalité och involvering i vården har visat sig öka under specialistsjuksköterskors omvårdnad (Jokiniemi m.fl., 2012). Enligt IVO (2022) rapport uppger en stor del av antalet sjuksköterskor att det finns patientsäkerhetsrisker som är kopplat till vård- och omvårdnadspersonalens kunskaper i svenska och som kan påverka vård- och omsorg i måttlig eller hög grad. Den äldre vårdtagaren anser att språket kan vara ett hinder i mötet med personalen (Lundin & Sandström, 2021). Ekman (2020) menar att vården ska initieras via lyhört lyssnande och samtal. För att kunna uppfylla kraven om personcentrerat vård behöver omvårdnadspersonal vara lyhörd och förstå vad den äldre säger och menar. För en fungerande team-interaktion krävs ett gemensamt språk och informationsbas (Frans et al., 2020). Genom patientens berättelse kan vårdpersonal förstå individens behov och förståelse av sin hälsa och vård, sjukdom och behandling (Ekman & Swedberg, 2022), som vidare säkerställs genom gemensam planering och dokumentation där definition ligger på fokus för den personcentrerade vården i partnerskapet mellan patienten och personalen men även mellan

närstående och personalen (Ekman, 2020). Vårdanalys (2023) utökar begreppet personcentrering från att inte bara gälla det enskilda vårdmötet utan till att inbegripa hela patientens vårdprocess där patienten och närstående ges möjlighet att bidra till hur vården är utformad. Etiken ligger som grund för den personcentrerade vården där varje patient är en unik individ. Det innebär att vårdåtgärder aldrig kan bli desamma för varje patient (Ekman & Swedberg, 2022).

När vårdpersonalen inte kommunicerar med varandra kan värdefull patientinformation missas och med muntlig, fungerande kommunikation kan behandlingsfel förebyggas skriver Lancaster et al. (2015). I god kommunikation är budskapet klara, tydliga och specifika och får team att utvecklas (Söderhjelm & Sandahl, 2017). Mellan teamets medlemmar ska legitimerad sjuksköterska kunna säkerställa informationsöverföringen och kommunikation är alltid dubbelriktad, där sändaren och mottagaren byter budskap med varandra (Lundin & Sandström, 2021). Specialistsjuksköterskan skapar förutsättningar för en god och säker vård genom att identifiera relevant information och underlätta samverkan (Lewandowski & Adamle, 2009).

6.3 Samhälleliga aspekter

Inom hälso- och sjukvården finns det flera olika aktörer som samverkar och arbetar kring och med patienterna. Den avancerade specialistsjuksköterskan är en tydlig omvårdnadsledare och arbetar kontinuerligt för att minska vårdkomplikationer och förkorta vårdtiderna. Den avancerade specialistsjuksköterskan har stödjande, konsulterande och handledande funktion, är en klinisk expert att diskutera svåra fall med och får kollegorna att utvecklas i sina professioner (Svensk sjuksköterskeförening & Vårdförbundet, 2021).

Att främja hälsa är väsentligt redskap och experter inom medicin och hälsa har kunskaper och de vet vad som är bäst för patienten och allmänheten över lag samt att det är deras ansvar att motivera folk att göra hälsosammare val och hjälpa folk att förändra livsstilsrelaterade beteenden (Scriven, 2013). Genom att hjälpa boende att främja hälsa minskar vi samhällsekonomiska kostnader som uppkommer när den äldre blir sjukare och behöver utökad läkarvård, sjukhusinläggningar och mediciner.

6.4 Vårdetiska aspekter utifrån klinisk relevans

De äldre som bor på särskilt boende inom äldreomsorgen är ur ett etiskt perspektiv en utsatt och skör grupp människor. Sällan har de själva valt att bo på särskilt boende och måste anpassa sig till den verklighet som råder där med personal, rutiner och nya människor ikring sig som de inte känner. Därför är det av största vikt att respektera de äldres autonomi när det gäller saker som de själva inte har efterfrågat (Polit & Beck, 2021).

Studiens resultat visar att OPEN-konceptet kan vara hälsofrämjande och ge de äldre ökad livskvalitet. Samtidigt behöver omvårdnadspersonal hörsamma de äldres behov och önskemål och låta dem delta i den mån de önskar. Som äldreomsorgen ser ut idag behöver omvårdnadspersonal kunskap och stöd för att arbeta personcentrerat för att inte skada de äldre (IVO, 2022). STS-övningarna behöver anpassas efter varje individs behov och förutsättningar då alla inte kan göra sitt-till-stå-övningar. Likaså behöver proteinberikat näringstillskott individanpassas efter de äldres smak och tycke likväl som efter behov. Specialistsjuksköterskan inom vård av äldre behöver i hög grad handleda och utbilda omvårdnadspersonal för att skapa personcentrerad vård. Likväl behöver

specialistsjuksköterskan inom vård av äldre informera och vägleda äldreomsorgens ledare och chefer i hur de kan stötta sin personal i förändringsarbetets processer (SSF, 2022).

6.5 Slutsats

Studien visar att omvårdnadspersonal tycker att det är viktigt att få stöd från teamet och från ledningen. Implementering av OPEN- konceptet kopplas till vardagliga rörelser och aktiviteter samt måltider. Det finns behov att tydliggöra för omvårdnadspersonal vad det innebär att implementera OPEN- konceptet. Utbildning och tydlig kommunikation från ledningen ger verktyg till omvårdnadspersonal att kunna genomföra önskad implementering på personcentrerat sätt.

6.6 Fortsatt forskning

Studien är begränsad till ett äldreboende och genomfördes med endast nio deltagande omvårdnadspersonal. För att få bredare kunskap behöver fler studier göras för att undersöka vilka behov av stöd omvårdnadspersonal har och om det finns andra hinder för STS och nutritionsbehandling.

Då det framkommer att behovet av individanpassad utbildning finns, behöver fler studier genomföras för att ta reda på vilket vis utbildning bäst når omvårdnadspersonal och hur de anammar ny kunskap för att arbeta personcentrerat och patientsäker oavsett om det gäller det dagliga arbetet eller implementering av förbättringsåtgärder. För att stärka patientsäkerheten ytterligare behöver man undersöka hur man kan säkerställa omvårdnadspersonalens språkliga kompetens.

För att nå upp till Världshälsoorganisationens rekommendationer om att skapa ett arbetssätt som kan stödja hälsosamt åldrande genom ett personcentrerat och samordnat tillvägagångssätt behövs ytterligare studier för att se hur äldreomsorgens förutsättningar ser ut. Behov finns även av att se hur ledarskap inom äldreomsorgen kan säkerställa effektiv och framgångsrik implementering av vårdmodellen ICOPE.

7. Självtändighetsdeklaration

Katre-Helena Ibrus och Emma Samuelsson har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av detta examensarbete.

8. Referensförteckning

- Backman, D., & Edvardsson, A. (Red.). (2021). *Personcentrerad omvårdnad I teori och praktik* (2 uppl.). Studentlitteratur.
- Berlin, J., & Carlström, E. (2017). Sjuksköterska som chef och ledare – en utmaning. I H. Sandberg (Red.), *Pedagogik för sjuksköterskor* (s. 297-316). Studentlitteratur.
- Cedersund, E., & Kvarnström, S. (2016). Självpresentationer i vårdteamet. I J., Berlin, & H., Sandberg (Red.). *Team i vård, behandling och omsorg: Erfarenheter och reflektioner* (2 uppl., s. 163-186). Studentlitteratur.
- Cognitive Impairment and Disability (FINGER): Study design and progress. *Alzheimer's & Dementia*, 9(6), 657–665. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.09.012>
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., Sayer, A. A., Schneider, S. M., Sieber, C. C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M., & Zamboni, M. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(4), 601–601. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz046>
- Csete, M. (2021). Basic Science of Frailty—Biological Mechanisms of Age-Related Sarcopenia. *Anesthesia and Analgesia*, 132(2), 293–304. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005096>
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M., Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 143-154). Studentlitteratur.
- Dohrn, I.M., Jansson, E., Börjesson, M. & Hagströmer, M. (red.) (2021). Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). Stockholm: *Läkartidningen. Förlag AB*; 2021. ISBN: 978-91-985098-2-3
- Ekman, I. (2020). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Liber.
- Ekman, I., & Swedberg, K. (2022). Person-Centred Care, Theory, Operationalisation and Effects. I Kriksciuniene, D., & Sakalauska, V. (Red.), *Intelligent Systems for Sustainable Person-Centered Healthcare* (1 uppl. s. 23-33). Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-79353-1>
- Etikprovningsmyndigheten (30 augusti 2023). *Om vår och etikprovningens historia*. <https://etikprovningsmyndigheten.se/etikprovningens-historia/>
- Florin, J., E. O. Graaf, T., & Sjöberg, A. (2017). *Planering och dokumentation av vård och omsorg av äldre*. Liber.
- Franz, S., Muser, J., Thielhorn, U., Wallesch, C. W., & Behrens, J. (2020). Inter-professional communication and interaction in the neurological rehabilitation team: a literature review. *Disability and Rehabilitation*, 42(11), 1607–1615. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1528634>

Griebe, M., Bähr, C., Ahlsdorf, E., Ebert, A., Gass, A., Hennerici, M. , & Szabo, K. (2013). Initiation of regular physical activity promotes quality of life in healthy elderly people. *Journal of the Neurological Sciences*, 333, e713–e714. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2013.07.2462>

Grönstedt, H., Vikström, S., Cederholm, T., Franzén, E., Luiking, Y. C., Seiger, Å., Wimo, A., Faxén-Irving, G., & Boström, A.-M. (2020). Effect of Sit-to-Stand Exercises Combined With Protein-Rich Oral Supplementation in Older Persons: The Older Person's Exercise and Nutrition Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(9), 1229–1237. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.03.030>

Huang, Z., Zou, Y., Huang, W., Zhou, Y., Lin, S., Chen, J., and Lan, Y. (2020). Factors associated with physical activity in elderly nursing home residents: a path analysis. *BMC Geriatrics*, 20(1), 274–274. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01676-8>

Inspektionen för vård och omsorg. (2022). *Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre* (IVO 2022-07). <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/rapporter/rapporter-2022/sabo/ivo-tillsyn-av-medicinsk-var-d-och-behandling-vid-sarskilda-boenden-for-aldre.pdf>

Jokiniemi, K., Pietilä, A.-M., Kylmä, J., & Haatainen, K. (2012). Advanced nursing roles: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 14(3), 421–431. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00704.x>

Kagwa, S.A. (2016). *Hälsofrämjande aktiviteter genom sit-to-stand för äldre på vård- och omsorgsboenden: Omvårdnadspersonalens erfarenheter*. [Examensarbete, Karolinska Institutet]. Karolinska Institutet. https://docreader.readspeaker.com/docreader/?jsmode=1&cid=5195&lang=sv_se&url=https%3A%2F%2Finst-fs-dub-prod.inscloudgate.net%2Ffiles%2F0fb13e67-0c2b-4023-ab64-50aa6fe93289%2FUppsats_Kagwa_Final.pdf%3Ftoken%3DeyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzUxMiJ9.eyJpYXQiOiJlE2OTc3ODE0MTcsInVzZXJfaWQiOm51bGwsInJlc291cmNlIjoilL2ZpbGVzLzBmYjEzZTY3LTBjMmItNDAYMy1hYjY0LTUwYWE2ZmU5MzI4OS9VcH BzYXRzX0thZ3dhX0ZpbmFsLnBkZiIsImp0aSI6ImUzNzViODJlTczMjctNGM3ZC04OD BILTBIZTBkMDI3OWMyNiIsImhvc3QiOm51bGwsImV4cCI6MTY5Nzg2NzgxN30._zee16 noNjfBufZ8yxNquwL4kNQN5zxwrACT7rB8HWD9NjxqiWtti-DbiMs27ZPsCboua1UkgsDE_3YuUuTw8Q&referer=https%3A%2F%2Fki.instructure.com%2Fgroups%2F46700%2Fdiscussion_topics%2F162753&page=1

Kirkevold, M. (2018). Personcentrerad omvårdnad. I M., Kirkevold, K., Brodtkorb & A., H., Ranhoff (red.), *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg och vård till den äldre*. (2 uppl., s. 108-123). Liber.

Kivipelto, M., Solomon, A., Ahtiluoto, S., Ngandu, T., Lehtisalo, J., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Nissinen, A., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Soininen, H. (2013). The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M., Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57-80). Studentlitteratur.

- Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J., & Greer-Williams, N. (2015). Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 275–284. <https://doi.org/10.1111/jnu.12130>
- Larsson, G. (2020). Att leda förändringsarbete, I Boström, A-M., Nordström, G. & Wilde-Larsson, B. (Red.), *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård* (s. 127-148). Studentlitteratur.
- Lewandowski, W., & Adamle, K. (2009). Substantive Areas of Clinical Nurse Specialist Practice: A Comprehensive Review of the Literature. *Clinical Nurse Specialist*, 23(2), 73–90. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e31819971d0>
- Livsmedelsverket. (2017). *Mat och måltider i äldreomsorgen – vetenskapliga underlag om måltidsmiljö och verksamhetsstruktur, fysiologiska och sensoriska aspekter av åldrandet samt särskilda näringsbehov hos sköra äldre* (Rapport 37-2017). https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2017/mat-och-maltider-i-aldreomsorgen_-vetenskapliga-underlag_livsmedelsverket-rapport-37-2017.pdf
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M., Granskär & B., Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2 uppl., s. 187-201). Studentlitteratur.
- Lundin, K., & Sandström, B.(2021). *Ledarskap inom vård och omsorg*. (2 uppl.). Studentlitteratur.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2023). *Analysplan 2023*. Vård och omsorgsanalys. <https://www.vardanalys.se/rapporter/analysplan-2023/>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11 uppl.). Wolters Kluwer.
- Kulturum (2019). *PGSA-hjulet (Planera - Göra - Studera - Agera)*. <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/forskning-kompetens-och-utveckling/utveckling-och-forbattringsarbeten2/kulturum/pgsa-hjulet-planera---gora---studera---agera/>
- Regeringskansliet, Sveriges Kommuner & Regioner. (2023). *God och nära vård 2023, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*. (2023-01-26 nr. II:3) <https://www.regeringen.se/contentassets/f814b739c29447efb04753bfa37baa11/overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner-om-god-och-nara-var-d-2023.pdf>
- Sandberg, H. (Red.). (2022). *Pedagogik för sjuksköterskor. Pedagogiska perspektiv och handledning i VFU* (2 uppl.). Studentlitteratur.
- Scriven, A. (2013). *Ewles & Simnett Hälsoarbete* (3 uppl.). Studentlitteratur.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Studentlitteratur.
- Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12). *Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2011-11-28.pdf>

Socialstyrelsen. (2023). *Språkförmåga i äldreomsorgen – Underlag för bedömning och utveckling*. (2023-2-8349). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-2-8349.pdf>

Socialstyrelsen. (2023). *Vård och omsorg för äldre* (2023-3-8444). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-3-8444.pdf>

Statistikmyndigheten. (2022). *Fler äldre i alla län och kommuner 2040*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/statistiknyhet/den-framtida-befolkningen-i-sveriges-lan-och-kommuner-2022-2040/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Strategi för kvalitetsutveckling inom omvårdnad*. <https://swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd9ad/1584346978390/strategi%20f%C3%B6r%20kvalitetsutveckling%20inom%20omv%C3%A5rdnad.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2022). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning mot vård av äldre* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening. <https://swenurse.se/download/18.5a6927091812105e1b26dcb2/1654587855429/Kompetensbeskrivning%20f%C3%B6r%20specialistsjuksk%C3%B6terskor%20med%20inriktning%20mot%20v%C3%A5rd%20av%20%C3%A4ldre%202022.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening & Vårdförbundet. (2021). *Avancerad specialistsjuksköterska – ett nytt yrke, en ny möjlighet för svenska hälso- och sjukvård* (978-91-85060-60-3). <https://swenurse.se/download/18.2551b7317cbcc5802a822b9/1635768707525/avancerad%20specialistsjuksk%C3%B6terska.pdf>

Söderhjälms, T. & Sandahl, C. (2017). Teamarbete och patient säkerhet. I A., Boström, G., Nordström & B., Wilde Larsson (red.), *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård*. (2 uppl., s. 149-174). Studentlitteratur.

Thor, J. (2017). Förbättringsarbete och förändringsprocessen. I A., Boström, G., Nordström & B., Wilde Larsson (red.), *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård*. (2 uppl., s. 107-126). Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>

Vetenskapsrådet. (2023). *Kvalitet, implementering och nytta – En FoU-handbok för statliga myndigheter, andra upplagan* (Dnr 5.2-2023-06266). <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2023-09-12-kvalitet-implementering-och-nytta-en-fou-handbok-for-statliga-myndigheter.html>

Wiklund-Gustin, L., & Bergbom, I. (Red.).(2020). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Willman, A., & Gustafsson, B. (2015). *Hälsofrämjande omvårdnad: bekräftande vägledning för att skapa sin egen hälsa* (1. uppl.). Studentlitteratur.

World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>

World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services*. ISBN 978-92-4-151599-3.

<file:///C:/Users/af24124/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/c4d1fdd1-3e3c-470d-81c0-5a245c664e97/9789241515993-eng.pdf>

World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

World Health Organization. (2023). *Healthy ageing: A priority for delivering universal health coverage*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-healthyageing.pdf?sfvrsn=fb9d455b_3&download=true

Bilaga 1- informationsbrev till deltagarna

Implementering av OPEN-konceptet inom äldreomsorg

Information om deltagande i forskningsprojekt

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för ett projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Tidigare studier visar att fysisk aktivitet och träning i samband med daglig omvårdnad som på- och avklädning, förflyttningar samt intag av proteinrik mat kan leda till att den äldre bibehåller eller förbättrar sin fysiska förmåga och sin livskvalitet. Detta koncept kommer att erbjudas till de äldre som bor på äldreboendet. Därför kommer personal inom Stiftelsen Stockholms sjukhem att erbjudas utbildning och stöd för att kunna införa konceptet.

Vi vill undersöka dina kunskaper och erfarenheter av att stödja och uppmuntra äldre till fysisk aktivitet och god nutrition inför de utbildnings- och stödsatser som kommer att genomföras på äldreboendet för personalen. Du tillfrågas om deltagande då du uppfyller kriterierna för studien.

Forskningshuvudman för projektet är Stiftelsen Stockholms Sjukhem. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för projektet. Ansökan är godkänd av Etikprövningsmyndigheten.

Hur går projektet till?

Projektet innebär att du tillsammans med dina kollegor kommer att vara med att påverka den utbildning som ska utvecklas för personal på ett äldreboende i Stockholmsområdet för att stödja boende att öka sin fysiska aktivitet och förbättra nutritionsstatus. Den fysiska aktiviteten föreslås på det sätt som passar den äldre personen bäst. Du som personal på äldreboendet finns med som stöd. Om den äldre personen bedöms behöva förbättra sin nutritionsstatus kan denne erbjudas någon form av nutritionsåtgärder som kosttillskott.

Ditt deltagande i projektet innebär att du kommer att få medverka genom en intervju. Under intervjun tillfrågas du om dina erfarenheter och upplevelser av utbildnings- och stödaktiviteterna samt din ålder, kön och år i yrket. Intervjun kommer att ta 30–60 minuter att genomföra.

Möjliga följder och risker med att delta i projektet

Det finns inga risker med att delta, men att delta i studien kan eventuellt ses som tidsödande eller meningslöst. Det kan också ses som en möjlighet att få reflektera över och få stöd i sitt arbete och att motivera och stödja den äldre till ökad livskvalitet. Det är frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig. Utifrån intervjun kommer uppgifter om dina upplevelser och erfarenheter, samt din ålder, kön och år i yrket skyddas av

sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen, vilket innebär att inga obehöriga får ta del av uppgifterna.

Intervjuerna kommer att spelas in och sedan transkriberas, det vill säga överförs till text. Det insamlade materialet kommer att kodas och data och kodnyckel kommer att förvaras separat inlåst enligt sedvanlig praxis. Det betyder att ingen utom forskningsansvariga vid behov kan identifiera dig som person. Alla som arbetar med studien har tystnadsplikt. Samtliga resultat från studien kommer att presenteras på gruppnivå.

Ansvarig för dina personuppgifter är Stiftelsen Stockholms sjukhem som forskningshuvudman. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Anne-Marie Boström, email: anne-marie.bostrom@stockholmsjukhem.se eller telefon 0760-519 513. Kodnyckeln kommer att förstöras efter 10 år. Efter det är det inte möjligt att lämna ut något registerutdrag. De uppgifter du lämnar skyddas enligt 24 kap. 8§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt EU:s dataskyddsförordning, GDPR. Dataskyddsombud nås på dso@stockholmsjukhem.se. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet.

Hur får jag information om resultatet av projektet?

Studieresultaten redovisas på gruppnivå och publiceras i vetenskapliga tidskrifter, populärvetenskapliga tidskrifter och på konferenser nationellt och internationellt. Din identitet kommer inte att kunna spåras i dessa redovisningar. Om du som forskningsperson vill ta del av resultatet går det bra att kontakta projektansvarig forskare.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för projektet (se nedan).

Ansvariga för projektet

Ansvarig för projektet är Anne-Marie Boström på Stiftelsen Stockholms Sjukhem, Tel: 08-524 839 19. E-postadress: anne-marie.bostrom@stockholmsjukhem.se

bilaga 2- Samtyckesblankett till Omvårdnadspersonal

Samtycke till att delta i intervjustudien inför Implementering av OPEN-konceptet inom äldreomsorg - Personal

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor och fått dem besvarade. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag har fått information om att jag enligt EU:s dataskyddsförordning GDPR har rätt att gratis en gång per år få ta del av samtliga uppgifter om mig som hanteras och vid behov få eventuella fel rättade.

Genom att signera detta dokument samtycker jag till att:

- delta i projektet *Implementering av OPEN-konceptet inom äldreomsorg*
- personuppgifter i studien hanteras i enlighet med beskrivningen i forskningspersonsinformation

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande

Intervjuguide till personal på boendet- introduktion

Författarna informerade om att vi var specialistsjuksköterskestudenter som skulle göra en intervjustudie som en del av "OPEN-studien" och återkopplade till det informationsbrev som beskrev studiens upplägg. Information gavs om att OPEN-konceptet skulle införas på äldreboendet och författarna ville ta del av personalens erfarenheter och upplevelser av att ge äldre personer individanpassad fysisk aktivitet i kombination med eventuella åtgärder för att förbättra nutritionsstatus. Författarna var även intresserade av vilket stöd personalens behövde för att genomföra åtgärderna enligt OPEN-konceptet. Vi informerade om att vi hade ca 10 frågor och att de fick en kopia av frågeformuläret men att intervjuaren kunde ställa kompletterande frågorna.

Personalen tillfrågades om sitt godkännande att delta samt deras underskrift.

Om dig önskar vi veta:

Ålder:

Utbildning:

Vilken typ av anställning du har:

Kontaktperson:

År inom yrket:

Roll i projektet:

Frågor

1. Vad innebär personcentrerad vård för dig? Upplever du att du jobbar personcentrerat idag? Hur gör du för att arbeta personcentrerat? Beskriv gärna...
2. Huvudfråga: Utifrån din roll (se ovan) beskrivs vilken utbildning/kunskap och stöd du *behöver* för att utifrån din roll kunna genomföra, vara delaktig i projektet.

Följdfrågor: Anser du att du *har* tillräckligt med utbildning/kunskap och stöd? Beskriv, på vilket sätt.

3. Huvudfråga: Utifrån din roll anser du att du *har relevant* utbildning och stöd, att det finns stödjande aktiviteter som kan göra att du känner dig säker och trygg vid genomförande, delaktighet i projektet?

Följdfrågor: Beskriv på vilket sätt du upplever dig säker? Beskriv på vilket sätt du upplever dig trygg? Om inte, berätta.

4. Om du själv inte är kunskapsfrämjare/ utvecklingsledare, hur ser du på deras stödjande och informerande roll? Från vem eller vilka professioner kommer du att behöva stöd, tror du? Beskriv.

5. Huvudfråga: Utifrån din roll beskriv exempel på *hur du planerar* för genomförandet av individanpassade åtgärder, formulering av mål och utvärdering av dessa. Beskriv processen och din uppfattning, upplevelsen av den.
6. Huvudfråga: Utifrån din roll beskriv hur du planerar att ge stöd och motivera den äldre i samband med genomförandet av den individanpassade fysiska aktiviteten respektive eventuellt individanpassade nutritionsåtgärder. Hur brukar du stötta den äldre?

Följdfrågor: Ge något exempel på hur du kan stötta den fysiska aktiviteten. Ge ett exempel på hur ni kan förbättra näringsstatus (om det är aktuellt).
7. Huvudfråga: Utifrån din roll beskriv dina erfarenheter och tankar kring att stödja och motivera boende till fysisk aktivitet och god nutrition?

Följdfrågor. Ge något exempel på hur du tänker om den fysiska aktiviteten. Ge något exempel på hur du tänker runt förbättringen av den äldre personens näringsstatus.
8. Tidigare studier påvisar att det är viktigt att vara personcentrerad, dvs att upplägget individanpassas att passa varje äldre person. Vad är dina tankar om anpassning av konceptet till olika personers behov och preferenser? Beskriv hur du arbetar personcentrerat.
9. Upplever du att din relation till den boende kan påverka utförandet av projektet? Beskriv.
10. Hur ser du på ditt eget lärande i samband med projektet? Hur ser du på utveckling av pedagogiska former för att gynna lärandet?