

Gå utbildning är en sak, men vad händer sedan i den praktiska yrkesvardagen?

Vårdpersonals uppfattning av lärandet
och tillämpning av kunskaper efter fortbildning

Annika Sjöberg

Förord

Att utbilda personal är en vanlig åtgärd när målsättningen är en kvalitativt förbättrad verksamhet. Ibland är staten initiativtagare till en mer omfattande utbildningsåtgärd inom ett prioriterat område. En sådan åtgärd är Kompetensstegen, en nationell åtgärd som pågick mellan 2005 och 2008, med syftet att öka kvaliteten inom äldreomsorgen. Men vilken relation föreligger mellan utbildning av personal och en kvalitativt förbättrad verksamhet?

I Annika Sjöbergs studie undersöks vad anställda inom äldreomsorgen anser att de lärt sig efter genomgången utbildning; en utbildning som syftar till att öka deltagarnas kunskaper om omvårdnad och bemötande av demenssjuka. Hon har även intresserat sig för om och hur uppföljning och tillämpning av lärande skett vid arbetsplatserna. Metoden hon använt sig av är fokusgruppsintervjuer.

Trots att alla av de intervjuade personerna ger exempel på positiva effekter av utbildningen, framgår det att utbildning i sig inte alltid är tillräckligt om målet är att nå ökad kvalitet i det dagliga omsorgsarbetet. Intresse och motivation hos de anställda är centralt för att praktikutveckling ska ske, och i Sjöbergs studie är det påtagligt att intresse och motivation inte främst ska betraktas som en inneboende, personlig egenskap, utan som faktorer vilka i högsta grad är möjliga att påverka. De personer som hade mest stöd av arbetsledningen/chefen, exempelvis genom vetskap om att utbildningen skulle leda till nya arbetsuppgifter, var också de personer som var mest intresserade och motiverade till lärande.

En annan faktor som kan antas bidra till ökat lärande och praktikutveckling är när möjligheter till handledning och reflektion i grupp ges vid arbetsplatsen efter utbildningen. De personer i studien som hade deltagit i reflektionsgrupper hade lättare att sätta ord både på erövrade kunskaper och på svårigheter som de stötte på i arbetet. Denna förmåga att språkligt uttrycka sig, torde medföra ökade möjligheter att gemensamt i arbetsgruppen bidra till en utvecklad praktik.

En behållning vid intervjustudier är inte bara studiens huvudsakliga resultat. Citat och beskrivningar av informanternas utsagor bidrar med något mer, en närhet till de intervjuades funderingar och resonemang inom ett visst område. I denna studie kommer vi nära informanterna genom att få ta del av hur lärandet ökat deras förståelse för dementas vardag, hur integritetsfrågor uppfattas, hur kursers uppläggning kan bidra till att öka kopplingen mellan teori och praktik och mycket mera.

Studien, som denna rapport bygger på, har genomförts som ett examensarbete vid gymnasieläroverutbildningen inom området vård, hälsa och omsorg vid Avdelningen för vård- och hälsopedagogik, Lärarhögskolan i Stockholm, numera Stockholms universitet. Jag har haft förmånen att handleda Annika i detta arbete.

Stockholm 14 maj 2008

Eva Eliasson

Doktorand

Pedagogiska institutionen

Stockholms Universitet

Sammanfattning

I den aktuella kommun där studien genomförts har stora satsningar gjorts på att fortbilda vårdpersonal i demensvård under många år. Trots detta har det visat sig att det finns svårigheter för vårdarna att omsätta kunskaperna i det vardagliga arbetet. Under 2005-2008 pågår Kompetensstegen, en stor nationell satsning för att förbättra vården och omsorgens inre kvalitet i äldreomsorgen. Jag ville därför med mitt examensarbete undersöka effekterna av en så stor utbildningssatsning. Syftet var att undersöka vårdpersonalens uppfattningar av lärandet och de nya kunskaper som de fått genom Kompetensstegens demensutbildningar och vilka möjligheter eller hinder som finns för ett fortsatt lärande efter utbildningen. Som undersökningsmetod användes en allmän kvalitativ ansats och jag valde att göra intervjuer med öppna frågor i fokusgrupper. Resultatet visade att kunskapen om demensvård och förståelsen för personer med demenssjukdom ökat, men för att kunskaperna skall implementeras i vardagen och ge ett fortsatt lärande behöver vården struktureras på ett bra sätt och forum för handledning och reflektion måste finnas.

Nyckelord: Demensvård, vårdpersonal, reflektion, uppfattning, lärande, Kompetensstegen, utbildning i arbetslivet

Abstract

The municipality where the study has taken place has under a large number of years concentrated on educating their caregivers in dementia care. In spite of this, the caregivers have had difficulties in putting into practice the knowledge that they have acquired. During the years 2005-2008 there has been, and is, a large national campaign to improve the inner quality of care within the elder care system. I wanted therefore with my examinations paper to study the effects of such a large educational drive. The purpose of the paper was to examine the caregiver's perception of the teaching and the new knowledge that they acquired through the "Kompetensstegen" dementia education, and the possibilities or impediments for further learning after the educations ended. The examination method that was used was a general quality approach where I chose to interview with open questions in focus groups. The results showed that the knowledge of dementia care and understanding for people with dementia had increased, but that the care system must be structured in such a way that leaves scope for guidance and reflection. This is important so that knowledge can be implemented in everyday use and give further learning.

Keywords Dementia care, caregivers, reflection, perception, teaching, "Kompetensstegen", education in working life

Författare

Annika Sjöberg
Demenskötarska
Vuxenförvaltningen, Eskilstuna kommun
631 86 Eskilstuna
016-710 15 17, 070-37 57 243
annika.sjoberg@eskilstuna.se

Handledare

Eva Eliasson
Doktorand
Lärarhögskolan Sockholm
eva.eliaasson@lhs.se

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Kompetensstegen.....	2
Omvårdnad av personer med demens.....	4
Vuxnas lärande i dagligt arbete och utbildning	5
Utbildning/fortbildning och lärande, erfarenheter från tidigare studier.....	9
Syfte och frågeställningar	12
Metod	12
Fokusgruppsintervjuer.....	13
Urval.....	16
Genomförande.....	17
Databearbetning.....	18
Validitet och reliabilitet.....	19
Etiska aspekter.....	21
Resultat	22
Presentation av intervjupersonerna.....	23
Intresse och motivation till lärande.....	24
Förståelse för personer med demenssjukdom.....	29
Integritetsbefrämjande omvårdnad.....	34
Reflektionens betydelse för lärandet.....	38
Arbetstillfredsställelse och ökat självförtroende.....	40
Hinder och möjlighet för fortsatt lärande.....	41
Resultatsammanfattning.....	44
Metoddiskussion	46
Resultatdiskussion	48
Tack	55
Referenser	56
Bilagor	58
Bilaga 1. Missiv till enhetschefer	
Bilaga 2. Missiv till informanter	
Bilaga 3. Godkännande	
Bilaga 4. Intervjuguide	

Inledning

Enligt hälsoekonomiska studier redovisade 2005 hade 142 200 personer i Sverige någon form av demenssjukdom som diagnos, varav 64 200 bor i eget ordinarie boende. Av dessa har två tredjedelar Alzheimers sjukdom. Andra större demenssjukdomar är vaskulär demens och frontallobsdemens. Demens är ett syndrom, med åldern som den främsta riskfaktorn för att drabbas av en demenssjukdom. Antalet insjuknade ökar beroende på att vi lever allt längre. Förekomsten är omkring 1 procent vid 65 år och över 50 procent vid 90 års ålder. Därför möter vårdpersonal personer med demenssjukdom och deras anhöriga oavsett om man arbetar i hälso- och sjukvården eller i den kommunala omsorgen. Enligt forskarnas beräkningar har över 50 procent av de boende på kommunernas äldreboenden en demenssjukdom. Andelen i boende av mer sjukhemskaraktär är betydligt högre, år 2000 var andelen 80 procent. Studierna visar även på att antalet platser i särskilt boende har minskat totalt i landet. Detta innebär att mer än hälften får sin vård i hemmet, där anhöriga står för högst antal timmar. Även om antalet personer med demenssjukdom som har hemvård inte är lika högt som på särskilt boende så möter all personal i hemvården dessa vårdtagare som skall ha en god vård och omsorg.¹

Mitt intresse för omvårdnad av personer med demenssjukdomar och vilka kunskaper och kompetens personal behöver väcktes i början av 80-talet då jag arbetade som sjuksköterska på en geriatrisk avdelning. Ytterst få av patienterna hade någon demensdiagnos. På grund av våra dåliga kunskaper om den specifika omvårdnad som denna grupp patienter behövde och dåliga kunskaper om sjukdomarna och dess konsekvenser flyttades många till det närliggande psykiatriska sjukhuset när deras beteendemässiga symtom blev svåra. Vi var då en grupp som ansåg att detta inte var etiskt försvarbart och började skaffa oss kunskaper för att sedan inrikta oss helt på demensvård.

Som demenssjuksköterska i Eskilstuna kommun, arbetar jag med övergripande demensfrågor. En del av mitt arbete innebär att jag arbetar med handledning och intern fortbildning av vårdpersonal. Kommunen har sedan lång tid satsat på demensutbildningar, dels med mig som utbildare men även återkommande årliga utbildningar med extern konsult. Flera uppdragsutbildningar inom omvårdnadsprogrammet på den kommunala vuxenutbildningen och kortare högskoleutbildningar har erbjudits.

1. Wimo, Anders., L, Johansson och L, Jönsson, Demenssjukdomarnas kostnader och antalet dementa i Sverige 2005. Socialstyrelsen, Artikelnr 2007-123-32. 14-29 (elektronisk) Publ. September 2007. Tillgänglig: ><http://www.sosocialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/BBF2CF90-53A4-4538-8953-EEF235BC790B/8297/200712332.pdf> < 2007-09-24 kl-15.00

SBU. Demenssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt (Stockholm: SBU;2006)

Min erfarenhet är att ett stort antal anställda gått utbildningar, ofta som ensam representant från sin arbetsplats. Jag upplever att det varit svårt för dem när de kommit tillbaka till arbetsplatsen att implementera de nya kunskaperna på arbetsplatsen, något som blir tydligt i den handledning jag haft i olika personalgrupper. Dessa svårigheter som personalen har, individuellt och som vårdlag har gjort mig intresserad av vilka effekter demensutbildningarna genom den Nationella satsningen Kompetensstegen har. Den första utbildningen hölls februari 2006 och fram till i juni 2007 har ca 300 anställda i äldreomsorgen gått någon av de demensutbildningar som är upplagda som fördjupning av tidigare utbildningar man gått. I denna studie kommer jag därför att undersöka vårdpersonalens uppfattning av lärandet, och tillämpning av tillägnad kunskap genom kompetensstegen.

Bakgrund

För att arbeta i den kommunala omsorgen krävs kunskaper om allmän omvårdnad, omsorg och bemötande generellt, samt kunskaper i omvårdnad i samband med andra sjukdomar som vårdtagarna kan ha. Eftersom fokus i min studie är omvårdnad av personer med demens kommer jag i min bakgrund att presentera Kompetensstegen och vilka krav som ställs på god omvårdnad av personer med demens ur ett teoretiskt perspektiv. Vidare gör jag en genomgång av vuxnas lärande på olika nivåer och utbildning i arbetslivet ur ett teoretiskt perspektiv. Slutligen ger jag några exempel på forskning i Sverige som visar på vikten av utbildning och lärande för god demensvård.

Kompetensstegen

Kompetensstegen är en flerårig nationell satsning för att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vård och omsorg om äldre. Under år 2005-2007 avsätts drygt en miljard kronor till satsningen. Enligt Socialdepartementets kommitté för Kompetensstegen är syftet att förbättra vården och omsorgens inre kvalitet genom verksamhetsnära kompetensutveckling av personalen. Målsättningen är att alla möten mellan äldre och olika personalgrupper skall ske av personal som är kompetent och engagerad samt att det skall ske i organisationer som har en god funktion. Målsättningen innebär att kommunerna genom projektmedel skall synliggöra befintlig kompetens och organisera arbetet så att personalen kan, och får använda sin kompetens samt utveckla ytterligare kompetens genom utvecklingsprojekt och utbildnings-satsningar.² Eskilstuna kommun har sökt och fått stöd från kompetensstegen för att genomföra åtta olika utbildningsblock under 2006-2008.

2. Kompetensstegen (elektronisk) Tillgänglig:<http://www.kompetensstegen.se/page____136.aspx> 2007-10-19, kl. 14:47

Två av utbildningarna syftar till att förbättra vården och omsorgen för personer med demenssjukdom och dess anhöriga. Utbildningen Demensomsorg och psykisk ohälsa –Bryggan, är ett samarbete mellan Komvux i Eskilstuna och Mälardalens Högskola och riktar sig till personal inom äldreomsorgen i både Eskilstuna och Västerås kommuner. Deltagarna kan välja mellan 10 högskolepoäng eller betyg från omvårdnadsprogrammet valbar kurs 200 poäng inom Komvux med 12 kursträffar. Kursen är gemensam oavsett vad deltagarna väljer, där av namnet Bryggan. Innehållet består av teori, aktuell forskning, god omsorg/omvårdnad i ett helhetsperspektiv, utveckling av arbetsmetoder, etik och bemötande samt anhörigas situation. Förutom kurssammankomsterna krävs att studenterna läser in litteratur, gör förberedelser inför gruppdiskussioner, och gör individuella skriftliga inlämningsuppgifter. Deltagarna ska även göra ett individuellt mer omfattande fördjupningsarbete där studenten utgår från en egen problemställning som syftar till att den egna praktiska kunskapen finner bekräftelse och förankring i den teoretiska kunskapen. För högskolepoäng krävs mer omfattande inläsning av vetenskaplig litteratur, inlämningsuppgifterna är flera och mer omfattande. I de individuella uppgifterna skall studenten för betyget godkänd kunna redogöra för fakta och begrepp, reflektera och klargöra samband kopplat till egna erfarenheter från yrkeslivet.

Den andra utbildningen, Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar, syftar till fördjupade kunskaper och att utveckla metoder i omvårdnadsarbetet, samt att reflektera vad god omvårdnad och gott bemötande är. Den här utbildningen ger inte gymnasie – eller högskolebetyg. Utbildningen är på åtta heldagar under en månad och är riktad till personal som tidigare gått demensutbildningar som givit grundläggande kunskaper om demenssjukdomar och omvårdnad vid demenssjukdom. Innehållet består av fyra områden med fyra olika lärare:

- Beteendemässiga och Psykiska Symtom hos personer med Demenssjukdomar (BPSD), och att kunna kommunicera med och förstå den enskilde individen och dennes sjukdom.
- Reminiscens, sång, musik, rörelse/dans samt bildterapi.
- Kost, näring samt måltider. Matens betydelse för både den fysiska och psykiska hälsan.
- Taktil stimulering som omfattar betydelsen av beröring, huden som sinnesorgan, effekter av taktil stimulering och praktiska övningar.³

Utbildningsdelarna har både ett teoretisk och praktiskt innehåll där metoderna praktiseras under utbildningen.

3. Eskilstuna Kommun, Kompetensstegen., (elektronisk) Tillgänglig:
< http://www.eskilstuna.se/templates/page__137735.aspx> 2007-10-19 kl.14:47

Omvårdnad av personer med demens

Att ge god vård och omsorg till personer med demenssjukdom, är en komplex uppgift för personal som vårdar personer med demenssjukdom. Personalen behöver kunskaper om demenssjukdomarna och dess konsekvenser för den sjuke. Vårdaren behöver även kunskaper om Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD), bemötande och förhållningssätt samt olika metoder för att minska och kringgå dessa symtom och reaktioner, kunna göra etiska ställningstaganden samt kunskaper om den sjuke som individ och dess levnadshistoria. Dessutom behövs kunskaper om behandling, bemötande/förhållningssätt och metoder som kan kompensera de svårigheter som den demenssjuke har i sitt dagliga liv. Till sist inte minst förmågan att implementera kunskaperna i vardagsarbetet.⁴

Läkemedel och den specifika omvårdnaden, behandling som går hand i hand

Jan Marcusson m.fl. menar att trots intensiv forskning finns ingen kurativ bot vid demenssjukdomar som efter oftast lång tids sjukdom leder till döden. Den behandling som finns idag i form av läkemedel är en symtomatisk behandling. Målsättningen är att patienten antingen skall förbättra eller bibehålla sina funktioner.⁵ Depressioner och svåra BPSD symtom som grava vanföreställningar, hallucinationer eller mycket svår aggressivitet kan behöva behandlas med läkemedel. Enligt forskarna är demensvård en specifik omvårdnad som är en viktig del av behandlingen, som kräver att vårdarna har kunskaper om hur symtomen kan kringgå.⁶ Den specifika omvårdnadens betydelse har lyfts fram i utredningen, ”På väg mot bättre demensvård”. Utredningen är en tvärvetenskaplig utredning som är gjord ur ett tvärvetenskapligt perspektiv på uppdrag av Socialdepartementet 2003. Utredningen belyser vikten av att en god omvårdnad för personer med demenssjukdom vilar på den palliativa vårdfilosofins grund.⁷

Professor Barbro Beckfriis har genom sitt arbete påvisat betydelsen av den palliativa vårdfilosofin i demensvården. Palliativ vård är en vårdfilosofi som bygger på en helhetsvård av hela människan och dennes närstående under vägen fram till döden. Hörnstenarna består av livskvalitet, kommunikation, relation, anhörigstöd och teamarbete. Detta innebär att såväl fysiska, psyko-

4 Regeringskansliet, Socialdepartementet. På väg mot bättre demensvård, Ds 2003:47. (Stockholm: Fritzes, 2003), 72-75.

5 Marcusson, Jan et al, Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar . (Stockholm: Liber, 2003. Andra upplagan), 62.

6 Ibid., 62, 222-229.

7 Regeringskansliet, Socialdepartementet,. (2003), 85.

logiska, existentiella och andliga aspekter förenas till en helhet. Målet är att ge en livskvalitet för demenshandikappade.⁸ Vården skall även vara en integritetsbefrämjande omvårdnad. Denna teori som introducerats av professor Mona Kihlgren, idag verksam som professor i omvårdnad vid universitetet i Örebro, innebär att vårdarna i varje omvårdnadsaktivitet uppmärksammar relationen mellan vårdaren och personen med demenssjukdom, och strävar efter att han/hon skall känna tillit, självständighet, initiativ, verksamhetsiver, identitet, gemenskap och integritet.⁹

Vuxnas lärande i dagligt arbete och i utbildning

I dag finns omfattande forskning om livslångt lärande i arbetslivet. Eva Ellström, Bodil Ekholm och Per-Erik Ellström finns vid Linköpings universitet och har särskilt studerat lärande inom äldreomsorg.¹⁰ De menar att stor del av den yrkeskompetens som krävs i vård och omsorg byggs upp genom kontinuerligt lärande. Idag finns starkt forskningsstöd för att praktisk erfarenhet och samverkan med kollegor kanske är den främsta källan till lärande, något som byggs upp genom kontinuerligt lärande i arbetet. Detta förutsätter också att de anställda är intresserade och motiverade att engagera sig i lärandeaktiviteter som är kopplade till arbetet.

Lärande som anpassning eller utveckling

För att avgränsa begreppet lärande är det viktigt att skilja på formellt och informellt lärande. Med formellt lärande menas ett planerat målinriktat lärande inom ramen för särskilda utbildningsinstitutioner som till exempel gymnasieskola, kommunal vuxenutbildning eller utbildning vid universitet. Även utbildning kopplad till arbetsplatser i form av personalutbildning, utbildningsinsatser som ofta är kopplade till personalens kompetensbehov ses som formellt lärande. Informellt lärande syftar till lärandet i vardagslivet eller arbetslivet. Det informella lärandet kan ske medvetet, vara reflekterat och vara planerat i form av handledning, eller att delta i olika nätverk, konsultation eller mentorskap.¹¹ Roger Säljö beskriver denna form av kunskap för ”tyst” kunskap eller förtrogen-

8. Beck-Friis, Barbro och Peter, Strang, red. Palliativ medicin, (Falköping: Almqvist & Wiksell Medicin/ Liber 1996), 109.

9. Görel, Bråne, Karlsson, I., Kihlgren, M., och Norberg, A. Integrity promoting care of demented nursing home patients.: psychological and biochemical changes. International Journal of geriatric Psychiatry 4 (New York: Wiley Inter Science, 1989), 165-172.

10. Ellström, Eva, Bodil Ekholm, och Per-Erik Ellström, Verksamhetskultur och lärande, Om äldreomsorg och lärandemiljö (Lund: Studentlitteratur 2003), 25.

11 Ibid., 26.

hetskunskap. Detta är kunskap som genom uttalade insikter inom den egna yrkespraktiken ger t.ex. vårdpersonal en fingertoppskänsla om vad som fungerar eller inte fungerar i en viss situation. Säljö menar att största delen av det informella lärandet är en sidoeffekt av aktiviteter som individen är omedveten om, men som individen kan bli medveten om genom reflektion.¹²

I vårdpedagogisk forskning har den tysta kunskapen inom vårdområdet studerats närmare. För att den tysta kunskapen inte skall förbli tyst måste den bli föremål för granskning och värdering genom reflektion. Utifrån detta resonemang kan tyst kunskap betraktas som ett förhållningssätt i arbetet och inte som ett kunskapsinnehåll. Liselotte Rooke hänvisar i sin forskning till Michael Polyanyi som var en av de kunskapsteoretiker som tidigt började diskutera begreppen "know how" och "know that". Med "know that" avses den teoretiska kunskapen som kan inhämtas genom faktainläring. "Know how" syftar till kunskap som är kopplad till individens vilja att reflektera över ett omvårdnadsproblem i sitt sammanhang. Rooke menar att bägge kunskapsformerna behöver integreras i varandra för att vårdaren skall kunna hjälpa, stödja och minska individens svårigheter på ett bra sätt.¹³

Per-Erik Ellström gör samma slutsats i sina studier av arbetslivet generellt inte bara inom vårdområdet, där han menar att mycket talar för att formellt lärande av teoretiska kunskaper i formella utbildningssammanhang är en förutsättning för och underlättar informellt lärande i dagliga arbetet. Men människors kontinuerliga lärande innebär inte automatiskt att kunskaper, kompetens eller personlighet utvecklas. Tvärtom kan ett negativt lärande ske, där risken finns att individen anpassar sig till rådande arbetsförhållanden. Problemet är vad som lärs och hur det lärande som önskas främjas. Han lyfter fram två perspektiv på lärandet som han menar verkar på olika tidsperspektiv, på kort eller lång sikt och som ibland kan verka i motsatsförhållande till varandra när det gäller resursutnyttjande.¹⁴

I anpassningsinriktat lärande, fokuseras förvärvandet av kunskaper och problemlösning med utgångspunkt från givna kunskaper, begrepp och regler metoder mm. Utvecklingsinriktat lärande fokuserar snarare på det innovativa och den utforskande kunskapen där förändring och utveckling av given kunskap är centralt vilket kan jämföras med "know how". Efter hand formuleras lärandet

12. Säljö, Roger, *Lärande i praktiken, ett sociokulturellt perspektiv* (Stockholm: Nordstedts akademiska förlag. (2000), 130

13. Rooke, Liselotte. "Omvårdnad som undervisning", i Britt Johansson, red. *Vårdpedagogisk antologi*. (Lund: Studentlitteratur (1996), 133-135.

14. Ellström, Ekholm och Ellström (2003), s.28.

där givna kunskaper, föreställningar, verksamheter eller materiella förutsättningar förändras/utvecklas genom ifrågasättande och prövning, vilket är i linje med Rookes resonemang. Ellström menar att det är lätt att finna exempel på anpassningsinriktat lärande i arbetslivet, t.ex. när krav finns på att anställda rutinmässigt skall hålla sig inom givna ramar för att för att lösa problem som begränsar förmågan till att tänka, lära och kunna handla nytt. Ett annat exempel som är vanligt i utbildningssammanhang är när studerande eller kursdeltagare förväntas lösa uppgifter utifrån givna förutsättningar eller där rätt svar finns hos ”läraren” eller i ”boken”. För att ett lärande skall leda till utveckling (utvecklingsinriktat lärande) krävs att individen lär sig formulera problem och kunna analysera hur problemen uppstår och hur de kan åtgärdas.¹⁵

Individens (gruppens) handlingsutrymme

Graden av utvecklingsinriktat lärande är beroende av individens handlingsutrymme. Avgörande är individens möjligheter att påverka omgivningen genom eget handlande för att lösa vissa uppgifter eller nå ett visst mål. Det är av stor betydelse för att underlätta ett kvalificerat lärande.¹⁶ Individen har då möjligheter att göra erfarenheter och reflektera över sitt handlande. Detta ställer dock stora krav på individens förutsättningar, att individen har tillräckliga kunskaper och förutsättningar att tolka uppgiften och utveckla alternativa sätt att handla. Förutsättning för lärande ställer också stora krav på individens förmåga att tänka och handla medvetet i stället för instinktivt, även att individen har kunskap och förutsättningar att omsätta sina tankar och kunskaper i konkret handling.

Flera forskare beskriver fördelen med ett utvecklingsinriktat lärande. Fördelen återkommer i P-E Ellströms studier men även i studier av Jean Lave, Etienne Wenger och Olga Dysthe. Utvecklingsinriktat lärande är inte enbart beroende av den lärande individen. Lärandet i arbetslivet har även en social och kulturell karaktär, dels genom individens delaktighet och medverkan i en arbetsgemenskap och inom ramen för organiserad verksamhet. Arbete och kunskap kan ses

15. Ibid.

Ellström, Per-Erik. Arbete och lärande –förutsättning och hinder i dagligt arbete. (Solna: Arbetslivsinstitutet, 1996), 22-23.

16. Ibid., 27

17. Dysthe, Olga. ” Sociokulturella teoriperspektiv på kunskap och lärande” i Olga Dysthe, red. Dialog samspel och lärande (Lund: Studentlitteratur 2003), 41-45.

Jean, Lave and Wenger, Etienne. Situated learning: Legitimate peripheral participation (Cambridge: University Press 1991), 14, 21.

Jean Lave, Etienne Wenger. Infed, Communities of practice (1991) (elektronisk) Tillgänglig: <http://www.infed.org/biblio/communities_of_practice.htm> 2007-10-19 kl -18:00Säljö, Roger (2003), s. 151.

som två sammanlänkande processer, vilket innebär att kunskap inte kan frigöras från sitt sammanhang.¹⁷ Dysthe menar att den här typen av kunskaper kommer från insikter och handlingsmönster som byggts upp i samhället och som vi blir delaktiga i genom interaktion med andra människor.

Den roll som andra personer (lärare, skolkamrater, arbetskamrater) spelar i läroprocesser går längre än att ge stimulans och uppmuntran till den individuella konstruktionen av kunskap. Interaktionen med andra i läromiljön är avgörande både för vad som lärs och hur det lärs.¹⁸

Lave och Wenger har närmat sig lärandet både i utbildning och i människors vardag, både i Californien där de är verksamma och i fjärran kulturer. De ser lärande ur ett perspektiv i vid bemärkelse. De hävdar att inlärningsforskning ignorerat det faktum att lärandet är ett fundamentalt socialt fenomen. De är helt i linje med Vygotskij att lärande sker primärt i praxisgemenskap. De menar att deltagande i praxisgemenskap¹⁹ är först perifer då den lärande saknar mesta delen av den kunskap som krävs för att vara fullvärdig medlem i praxisgemenskap, men vartefter deltagandet blir mer komplext involveras den lärande i praxisgemenskapen.¹⁹ Helene H af Segerstad m.fl. för samma resonemang och menar att ett lärande sker dels som processer inom individen men även i samspel mellan individen och den sociala gemenskapen i olika typer av aktiviteter.²⁰ Fokus flyttas således från individen till lärogemenskapen, vilket blir en slags social aktivitet och deltagande. Individen befinner sig då i ett sammanhang där lärande främjas när deltagarna har olika kunskaper och färdigheter.

Grupprocesser inom arbetslag och rådande arbetsplatskulturer blir därför viktiga faktorer som underlättar eller försvårar lärande. Gruppen är en viktig arena för erfarenhetsutbyte och lärande. Olika grupper fungerar dock olika som lärande miljö. Ellström, Ekholm och Ellström pekar på tre processvariabler som är avgörande för att få till stånd en effektiv arbetsgrupp. Den första processvariabeln handlar om gruppens förmåga att försöka lösa uppgifter av olika slag där gruppens arbetsinsats är avgörande. Den andra processvariabeln handlar om gruppens kunskaper och färdigheter i förhållande till arbetsuppgifter som de skall utföra. Den tredje processvariabeln avser förmågan att använda olika strategier i arbetet.²¹ Författarna menar att faktorer i omgivningen som kan

18. Dysthe. (2003), s. 44.

19. Lawe and Wenger (Infed, Communities of practice)

20. Helen, Hård af Segerstad, Klasson, Alger och Tebelius, Ulla. Vuxenpedagogik – att iscensätta vuxnas lärande (Lund: Studentlitteratur, 1996), 13 -15.

21. Ellström, Ekholm och Ellström, (2003), s. 66-67.

stödja en positiv utveckling i gruppen är avgörande. Här har ledningen en viktig funktion. I författarnas forskning har det visat sig att grupper har en tendens att undvika att delge varandra sina erfarenheter i gruppen. Som en förklaring kan ses deltagarnas rädsla för att ses som en ”besserwisser”, eller att den som har mer erfarenheter eller kunskaper ses med ”Jantelagens” ögon, ”Du skall inte tro du är något”. Utan ledning finns därför en risk att diskussionerna förs på en nivå där bara några få kommer tilltals.

Utbildning/fortbildning och lärande, erfarenheter från tidigare studier

Omfattande studier har gjorts för att undersöka betydelsen av lärande genom utbildning, fortbildning och handledning för personal som arbetar inom vård och omsorg.

Agneta Thörnquist har studerat vilken yrkeskompetens som krävs för enhetschefer och vårdbiträdens arbete i särskilda boendeformer. Vid intervjuer med vårdbiträden fann hon att synen på utbildning skiljer sig mellan de som har en formell utbildning och de som saknar utbildning eller gått kortare kurser. De som saknade utbildning anger personliga skäl som småbarn, att de är för gamla, eller att de inte tror sig kunna klara av en utbildning som orsak till att de inte gått formell utbildning. En annan orsak som anges är att de anser sig lära sig bäst genom arbetskamrater och att personlig kompetens som ”sunt förnuft och fallenhet” räcker långt. En vanlig syn är att arbetsgivaren skall betala för utbildning och att det är deras ansvar att utbilda dem.²² Resultatet visar trots vårdbiträdenas resonemang på att praxiskunskap inte är tillräcklig, t.ex. som kunskaper i omsorg och omvårdnadskunskap. Framförallt gäller detta kunskap kopplat till svåra arbetsuppgifter av medicinsk art, där arbete med personer med demens och psykiatriska sjukdomar ofta leder till osäkerhet och känslor av att inte ha tillräckliga kunskaper. Fast detta är utbildningar som flest deltagit i är det den utbildning som mest efterfrågas. Thörnquist tolkar detta som en önskan att tillägna sig förståelse och ömsint bemötande av den som drabbats av demens eller psykisk sjukdom.²³

Inventionsstudier

Forskning har visat att om personalen utbildas i demensvård mår de demenshandikappade bättre. Precis som att läkemedel kan vara bättre än en annan behandling, så kan ett förhållningssätt vara bättre än ett annat vid omvårdnad av personer med demens. Studier har även visat att utbildning av personal ger

22. Thörnquist, Agneta, Vad man skall kunna och hur man skall vara (Stockholm: HLS Förlag, 2004), 17, 205.

23. Ibid., 210, 212.

ökad arbetstillfredsställelse. Detta har visats genom olika studier av vilka några presenteras nedan.

Vårdarens upplevelse av otillfredsställelse kan dels leda till mindre god kvalitet i vården genom känslomässig tillbakadragenhet från patienten, även leda till en ökad risk för utbrändhet hos vårdaren.²⁴ Ingalill R Hallberg menar, att ge personalen utbildning och utrymme för lärande också är ett sätt att vårda vårdarna. Hennes studier visar på goda resultat när vårdarna får utbildning i kombination med handledning.

Mona Kihlgren m.fl. har följt verksamheten vid två sjukhemsavdelningar där personer med demenssjukdom vårdas. I ett projekt utbildades personalen i integritetsbefrämjande omvårdnad med Erik H och Joan M Eriksons utvecklings-teorier som grund. Personalen fattade ett gruppbeslut om förändringsarbete i vården och fick uppmuntran och stöd under tre månader för att tillämpa sina nya kunskaper. Data insamlades före och efter perioden och resultat jämfördes från en kontrollavdelning där personalen fick utbildning först efter att projektet avslutades. Patienter, anhöriga och vårdare följdes i tre delstudier. Resultaten var samstämmiga och visade på förändringar i positiv riktning jämfört med kontrollgruppen. Patienterna visade ökad förmåga, bedömdes mer sociala, tog fler initiativ och blev mer självständiga. Psykologiska tester visade högre vakenhetsgrad, förhöjt stämningsläge. Även intellektuell förmåga höjdes liksom ADL förmåga. Laboratorieprover visade på ökade halter av transmittorsubstanser i hjärnan, vilket leder till ökad funktionsförmåga och bättre psykiskt välmående.²⁵

Utvärdering av demensutbildningar

Irène Ericsson vid institutet för gerontologi, Hälsohögskolan i Jönköping, har i en studie utvärderat en demensutbildning i Aneby kommun. Syftet med utbildningen var att utbilda/fortbilda personalen och att undersöka om synen på behov av utbildning kan påverkas och om den subjektiva upplevelsen av befintlig kunskap förändras efter utbildning. Studien är en kvantitativ studie genom enkätundersökning.²⁶ Hon menar att interventioner som utbildning, ger både ökad arbetstillfredsställelse och ökad säkerhet i yrkesutövandet. Utbildning är ett sätt

18. Hallberg, Ingalill. R, Klinisk omvårdnadshandledning (Stockholm: Liber Utbildning 1995), 12, 74.

25. Mona Kihlgren, Hallgren Anita, Norberg Astrid, Bråne Görel, och Karlsson Ingvar. Effects of the training of integrity promoting care on the interaction at a long-term ward. Analysis of video-recorded social activities. (Stockholm: Almqvist & Wiksell, International, Scandinavian Journal of Caring Sciences 1990, nr 4), 165-172.

26. Eriksson, Irène. Kunskap är inte bara sunt förnuft – en utvärdering av demensutbildning i Aneby kommun (Jönköping: Luppens kunskapscentrum, Skriftserien för Äldreomsorg och äldrevård 2003, nr.1), 3.

att få vårdgivaren att känna sig värdefull, trodd och bejakad vilket är avgörande för att lyckas med vården av personer med demenssjukdom, något som påminner om Hallbergs resultat. Nästan samtliga som svarade på enkäten anser att utbildning inom demensområdet är viktigt, likaså att det är viktigt att öka sina kunskaper. Framförallt uppger informanterna att de ökat sina kunskaper om kartläggning av beteendestörning. Hälften anser sig klara detta bättre efter utbildningen jämfört med någon enstaka före utbildning. Även kunskap att kunna beskriva symtom på konfusion, depression och demens upplevs öka efter utbildning. Kunskapen om sociala faktorer som kan öka välbefinnandet hos den demenssjuke upplevs av samtliga ha ökat, likaså förmågan att ge information till ny personal om personcentrerad omvårdnad.²⁷ Ericsson menar att studien givit intressant information om utbildningens betydelse men att studien haft för kort förberedelse för utformandet av studien för att kunna få någon djupare kunskap om utbildningens betydelse. Utvärderingen omfattar inga studier som visar på hur personalen klarar att omsätta kunskaperna i sitt praktiska arbete.²⁸

En mer omfattande studie har gjorts av Margareta Skoog i hennes studie av Silviahemmets utbildning, som ger undersköterskor spetskompetens i omvårdnad av personer med demens samt utbildning i att handleda. Ur vårdpedagogiskt perspektiv är avhandlingen intressant. Den visar dels på hur eleverna utvecklar sin kompetens men även hur utbildning kan organiseras för att ge goda resultat utanför det traditionella utbildningssystemet. I början av utbildningen beskriver eleverna personer med demenssjukdom på ett klichéartat sätt trots att de talar med värme om dem. Sin syn på arbetet beskriver de ur ett personalperspektiv. Arbetsförhållanden, arbetsuppgifter och relationen till arbetskamrater var viktiga. Successivt under utbildningen tonas personalperspektivet ner och synen på personer med demens ändras. Eleverna fick större förståelse för demenssjukdomen. Den demenssjuke avancerade till "patient" och sjukdomen får högre status. I nästa fas av elevernas kompetensutveckling tonas sjukdomsperspektivet ner och de fokuserade alltmer på relation och den sjukas kvarvarande resurser. I slutet av utbildningen träder en uttalad människovärdesprincip fram. Synen på arbetet förändras från ett "okvalificerat arbete" till ett "svårt yrke" med patienten som individ i centrum.²⁹ Under praktiken i skolans integrerade dagverksamhet

27..Ibid., 22.

28. Ibid., 23.

29. Skog, Margareta. "Lära ut för att lära och lära för att lära ut i vården av äldre med demenssjukdom på Silviahemmet", i *Teching for learning and learning for teching in care for elderly with demntia at Silviahemmet* (Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap och allmänmedicin, sektionen för geriatrisk medicin, 2000), 43-44, 97-98.

kunde utbildningens palliativa vårdfilosofi praktiskt tillämpas och reflektion och erfarenheter kring den enskilda patienten utvecklas. Elevens roll liknar lärlingens – eleven arbetade tillsammans med skolans handledare och tog ett stort eget ansvar i verksamheten. Handledaren har en viktig roll som modell för eleven. Detta innebär att eleven fick kontinuerlig handledning.³⁰ Under hela utbildningen ges utrymme för kontinuerlig reflektion både i grupp och individuellt tillsammans med handledaren. Liknande effekter av reflektionens betydelse lyfts fram i Hallbergs studier. Hennes resultat från interventioner av utbildning och handledning i kombination visar på hur vårdpersonalens syn på omvårdnadsarbetet men även synen på den demenssjuke som person förändras. Hon menar att reflektionen inte sker enbart inom vårdaren utan även som en process inom hela gruppen/arbetslaget när reflektion används som en del i det kontinuerliga lärandet.

Syfte och frågeställningar

Mitt syfte är att undersöka hur vårdpersonalen uppfattar lärandet som de tillägnat sig genom Kompetesstegens demensutbildningar.

Min studie har därför följande frågeställningar.

1. Hur har deltagarnas lärande påverkats individuellt?
2. Vilka faktorer har hindrat eller möjliggjort fortsatt lärande på arbetsplatsen?

Metod

Syftet med studien var att ta reda på undersköterskors och vårdbiträdens uppfattningar av lärandet och de nya kunskaper som de fått genom Kompetesstegens demensutbildning. Med studien har jag velat få mer kunskaper om hur lärandet påverkats dels individuellt men även vilka effekter det fått i det dagliga arbetet. Jag har också velat undersöka vilka faktorer som hindrar eller möjliggör ett fortsatt lärande/utveckling på arbetsplatsen efter utbildningen. För att öka min förståelse om deras uppfattningar har därför den kvalitativa intervjun varit det naturliga valet av metod.

Det kvalitativa synsättet innebär att intresset riktas mot hur individen tolkar och formar en (sin) verklighet. Forskarens fokus är riktat mot hur individen upplever, tolkar och strukturerar en omgivande verklighet i relation till sina tidigare kunskaper och erfarenheter. Det kvalitativa perspektivet karaktäriseras av skeenden och förlopp, det vill säga processer snarare än av resultat.³²Steinar

30 Ibid., 45, 99.

31 Hallberg, (1995), s. 104.

Kvale menar att den kvalitativa forskningsintervjun är ämnesorienterad, detta innebär att forskaren och den intervjuade under intervjun utbyter synpunkter om ett tema som intresserar dem båda. Forskarens syfte är att inhämta kvalitativa beskrivningar av den intervjuades livsvärld för att sedan beskriva och förstå innebörden av vad den intervjuade säger.³³ I samspelet som sker i mötet mellan intervjuaren och den intervjuades synpunkter frambringas ny kunskap genom en dialog. Kvale påvisar möjligheterna med att intervjuaren har ett fenomenologiskt förhållningssätt för att lära av den intervjuade; med en strävan att förstå världen ur den intervjuades synvinkel för att fånga dennes uppfattningar och upplevelser av ett fenomen. Intervjuaren skall sträva mot att skapa en atmosfär där den intervjuade känner sig tillräckligt trygg för att tala fritt om sina uppfattningar, upplevelser och känslor. I forskningssammanhang innebär detta att intervjuaren på kort tid i början av intervjun måste skapa en sådan kontakt med den intervjuade att samspelet blir förmer än en artig konversation och utbyte av åsikter.³⁴ Möjligheterna med ett fenomenologiskt förhållningssätt som Kvale påvisar har jag haft med mig när jag konstruerat min intervjuguide och som jag återkommer till senare under metodavsnittet. Kvale menar att även om den kvalitativa intervjun skall ses som ett samspel i mötet mellan intervjuare och den intervjuade så är inte forskningsintervjun något ömsesidigt samspel mellan två likvärdiga parter. Det finns en maktasymmetri, intervjuaren är den som introducerar samtalsämnen och styr intervjuförloppet genom följdfrågor.³⁵ Det finns olika former av intervjuer. Vanligast är enskilda intervjuer. Enskilda intervjuer skiljer sig till innehållet, söker faktisk information, åsikter eller attityder, eller berättelser och livshistorier. En annan intervjuform är gruppintervjuer som ”fokusgrupper”, där samspelet mellan intervjupersonerna ofta leder till känsloladdade uttalanden om det ämne som diskuteras.³⁶

Fokusgruppsintervjuer

I studien har jag valt att genomföra kvalitativa intervjuer i form av fokusgrupper. Anledningen var dels att fokusgrupper kan ge stora möjligheter till en djup information från de intervjuade med relativt få informanter genom den diskussionsprocess som sker i interaktionen mellan deltagarna. Men även att jag ville hitta en form för intervju där min eventuellt tidigare relation till informanterna skulle påverka så lite som möjligt. Min tanke var att intervjupersonerna skulle ges större möjligheter att ”våga” styra vad de ansåg viktigt att delge mig inom ramen för mina frågeställningar när de var fler som kunde ha stödet av varandra.

33 Kvale, Steinar. Den Kvalitativa forskningsintervjun (Lund: Studentlitteratur 1997), 34.

34 Ibid., 117.

35 Ibid., 118-119.

36 Ibid., 97.

Mirzet Tursunovic beskriver fokusgrupper som en kontextuell- och icke hierarkisk metod, det vill säga den skiftar makt från forskaren till deltagarna i fokusgruppen och att deras styrka utmärks av att de delar gemensamma intressen eller liknande erfarenheter inom ett område. Tursunovic menar att de gemensamma intressena tillsammans med att deltagarna har en liknande utbildning är en viktig faktor för en bra diskussionsprocess. Forskaren (diskussionsledaren) lyssnar och lär av deltagarnas diskussioner under en kommunikations och forskningsprocess i tre steg. Forskaren bestämmer vad hon/han vill veta från deltagarna, gruppen utvecklar en kreativ konversation kring dessa givna forskningsfrågor och slutligen summerar forskaren det hon/han lärt sig från deltagarna, detta innebär enligt Tursunovic att *”fokus är forskarens medan gruppen är deltagarnas”*.³⁷

Diskussionsledarens roll

Tursunovic påvisar skillnaden mellan den traditionella intervjuarrollen och diskussionsledarens under fokusgruppsintervjuer. Diskussionsledaren kallas oftast för *moderator* vilket betonar dennes specifika uppgift. Enligt Tursunovic begränsas termen intervjuare till en tvåvägskommunikation (intervjuad och intervjuare), medan termen *moderator* syftar till att dennes roll är att leda diskussionen med en mångfald i interaktionen mellan deltagarna. Moderatorns uppgift är att hålla intervjupersonernas ”fokus” på ett specifikt ämne utan att agera som deltagare i diskussionerna eller försöka styra informanternas utsagor. Moderatorns uppgift är också att skapa ett diskussionssammanhang där deltagarna känner sig motiverade att framföra sina åsikter i ett utbyte med andra deltagare. Moderatoren bör därför beskriva sin roll i inledningen innan fokusgruppsintervjun börjar.³⁸

Tursunovic menar att moderatoren bör ha en dåtid, nutid och ett framtidsperspektiv under diskussionens gång. Det vill säga, moderatoren bör kunna komma ihåg vad som redan sagts och vad som närmast kommer att behandlas. Det är därför en fördel om moderatoren har hjälp av en observatör/sekreterare med uppgift att dokumentera talordning, kroppsspråk och som tillsammans med moderatoren ser till att inga frågor missas.³⁹ Jag har därför under fokusgrupps-intervjuerna haft en kollega till min hjälp, som själv satt sig in i mitt skrivarbete, tagit del av mitt syfte och mina frågeställningar samt min intervjuguide.

37 Tursunovic, Mirzet. ”Fokusgruppsintervjuer i teori och praktik”. Sociologisk forskning No 1 s.62-89 (2002) 2-3, 6.

38 Ibid., 6.

39 Ibid.

Tursunovic påvisar vikten av att ha bra frågor som hon menar är hjärtat för fokusgruppsundersökningen. Frågorna skall vara effektiva, vilket innebär att de i allmänhet skall vara klara, korta, tydliga och välanpassade till deltagarna. Frågorna får inte heller vara för mångsidiga. Tursunovic menar att långa frågor eller som har flera dimensioner, särskilt med fackuttryck kan verka förvirrande och kväva diskussionen. Moderatören måste under intervjun visa intresse för ämnet och sin vilja att lära av informanterna. Tursunovic menar att det är viktigt att moderatör kan skilja på en för respondenterna intressant och en för studien viktig fråga. En intressant fråga kan sväva ut i livliga diskussioner utan att vara en angelägen fråga för studien.⁴⁰ Här spelar moderatorns roll en viktig funktion, att hålla respondenternas ”fokus” på ett specifikt ämne.

Frågekonstruktion och intervjuguide

I studien ville jag söka mer kunskap om deltagarnas lärande; vilka nya kunskaper de fått under utbildningen, och hur det påverkar deras dagliga arbete. Med mitt syfte och med mina frågeställningar som grund har jag utformat en intervjuguide (bilaga 4). Under det förberedande arbetet auskulterade jag en dag i varje utbildningsavsnitt i utbildningen, Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar. Jag ville genom mitt deltagande få mer kunskap om innehållet i den utbildningen och hur den var upplagd. Men även öka mina möjligheter att förstå de intervjuades diskussioner, och bättre kunna följa upp deras utsagor. Intervjuguiden inleds med inledande frågor om ålder, tidigare utbildning, erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom, hur det kom sig att informanterna deltagit i utbildningen, om fler personer på arbetsplatsen deltagit i någon av Kompetensstegen demensutbildningar samt hur programmet uppfattats rent allmänt. Tursunovic menar att öppningsfrågorna är viktiga för att deltagarna skall bekanta sig med varandra och för att de får uppmuntran att delta i den fortsatta diskussionen.⁴¹ Öppningsfrågorna har använts i resultatet för en presentation av intervjupersonerna. Mina frågeställningar har sedan varit grund för intervjuguidens öppna frågor/teman. Kvale menar att kvalitativa intervjuer varierar i grad av öppenhet och att frågorna är ”fokuserade”, det vill säga att intervjuaren leder den intervjuade till vissa teman. Vid öppna intervjuer står specifika teman i fokus men utan att frågornas formulering och ordningsföljd är bestämd i förväg.⁴² Annika Lantz påvisar skillnaden mellan öppna frågor och halvstrukturerade. Hon menar att öppna frågor söker efter förståelse, individens upplevelse av ett fenomenets kvaliteter och betydelse. Intervjuaren söker sammanhangsbestämd kunskap om ett fenomenets kvaliteter.⁴³

41 Ibid.

42 Kvale, (1995), s. 71.

43 Lantz, Annika Intervjumetodik (Studentlitteratur: 2007) 33.

I en halvstrukturerad intervju söker frågorna efter relationer mellan begrepp och individens upplevelse av kvantiteter och kvaliteter. Intervjuaren söker kunskap om begreppens kvaliteter och eventuella relationer mellan begrepp. Lantz påvisar även skillnader i intervjuens uppläggning. I den halvstrukturerade ställs frågorna i en bestämd följd och inom dessa följdfrågor. Den intervjuade ger därmed sin syn på det som intervjuaren finner meningsfullt, och intervjuaren får en uppfattning om frågornas meningsfullhet. I den öppna intervjun följer intervjuaren upp genom att ställa följdfrågor för att fördjupa det den intervjuade vill belysa och det som den intervjuade finner meningsfullt.⁴⁴

Eftersom jag var intresserad av att få mer kunskap om det som informanterna ville belysa och det som de finner meningsfullt valde jag den öppna formen av intervju i form av fokusgruppsintervjuer. Frågorna formulerades i tre teman, hur lärandet påverkats individuellt, om de nya kunskaperna medfört någon förändring på arbetsplatsen i arbetet med personer med demens och om det skapats möjligheter till fortsatt lärande på arbetsplatsen. Gruppernas diskussioner följdes upp genom följdfrågor för att söka kunskap och förståelse om fenomenets betydelse och kvaliteter. Därför har jag i planeringen av min frågeguide och under intervjuerna haft "Critical Incident Technique" som modell.⁴⁵ På den korta tid som är ramen för examensarbetet har jag enbart kunnat sätta mig in i metoden för att använda dess grundstenar som innebar att jag i mina följdfrågor försökt fånga in faktorer/företeelser och händelser som uppfattas betydelsefulla eller hindrande för fortsatt lärande (bilaga 4).

Urval

Mina urvalskriterier formulerades efter att jag tagit del av vilka som gått kursen, *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar* vid olika tillfällen, hösten 2006. Grundkriteriet var att varje fokusgrupp skulle ha blandat deltagande med vårdpersonal som arbetade inom olika former av demensvård. Deltagarna skulle representera områdena hemvård, dagverksamhet för personer med demenssjukdom och på demensboende. Eftersom intervjuerna skulle göras i grupp skulle det vara lätt att samla intervjupersonerna som behövde gå ifrån på arbetstid. Jag utslöt därför deltagare som arbetade långt ute på landsbygden, då de skulle behöva avsätta för lång tid av arbetsdagen för att delta. Jag

44 Ibid.

45 Flanagan, John. C "The Critical Incident Technique" i Psychological Bulletin 51, No 4 (1954), Metoden har sina rötter i industriell och organisk psykologi. Den utvecklades under andra världskriget då flera studier med hjälp av metoden fokuserade på beteenden för att lyckas eller misslyckas med en uppgift. Metoden består i att samla data kring människors förmåga att lösa praktiska problem. Med kritisk händelse menas inte att händelsen behöver vara kritisk i bokstavig bemärkelse utan med kritisk menas det som varit avgörande/betydelsefullt. Händelser kan även vara olika skeenden.

uteslöt även nattpersonal som arbetar i patrull, eftersom de enbart svarar på larm och gör korta tillsynsbesök nattetid i hemvård. Ett annat kriterium var att intervjupersonerna skulle ha ett eget intresse av att delta. Jag bifogade sedan ett brev med e-post till enhetschefer som haft deltagare med i kurserna under hösten 2006 (bilaga 1). Cheferna fick dels ta ställning till om de medgav att deras anställda fick gå från arbetet för intervju. De ombads även att tillfråga deras anställda som deltagit i utbildningen om de var intresserade av att delta och förmedla namn till mig på personer att tillfråga. Det resulterade i en lista på 24 intresserade personer som representerade mitt grundkriterium. Jag valde sedan slumpmässigt ut personer att ringa upp från de olika områdena. Samtliga åtta som jag ringde upp svarade ja. De har sedan fått ett brev hemskickat till sig med mer information (bilaga 2).

Genomförande

Intervjupersonerna tillfrågades och bokades in för intervju tre veckor före respektive intervju som sedan genomfördes under en och samma vecka. En vecka innan första intervjun genomfördes en provintervju som inte föranledde några förändringar av intervjuguiden. Det visade sig att den avsatta tiden var väl tilltagen. Provintervjun genomfördes som fokusgruppsintervju med tre personer, två undersköterskor och en enhetschef som gått Bryggan. Enhetschefen är ansvarig för verksamheter inom hemvård och en undersköterska arbetar på dagverksamhet, den andra är tjänstledig från ett gruppboende och arbetar idag med handledning och stöd till kollegor inom hemvård. Ingen av dem arbetar på samma arbetsplats. Jag valde dem för jag var säker på att de kunde vara kritiska mot mig när det gällde frågeteman, genomförande av fokusgrupp etc. och som kunde hjälpa mig att göra eventuella förändringar inför de ”riktiga” intervjuerna. Provintervjun genomfördes på kommunens Anhörigcentrum. Först efter själva intervjun diskuterades metoden.

Ytterligare två fokusgrupper skulle genomföras med fyra undersköterskor/vårdbiträden i varje grupp. Varje grupp var sammansatt så att grundkriteriet uppfylldes med en representation från olika former av demensvård i varje grupp. Intervjupersonerna arbetade inom hemvård, i dagverksamhet, på gruppboenden och på boende av sjukhemskaraktär. Eftersom intervjupersonerna har sina arbetsplatser i olika delar av kommunen föreslog jag plats för intervjun. Jag valde ett avskilt rum i samma hus som jag har mitt kontor. Anledningen var att platsen ligger centralt och att alla bussar stannar i närheten. Eftersom jag beräknat att intervjuerna skulle ta nästan två timmar ville jag också kunna erbjuda något att förtära. Samma dag som första intervjun skulle genomföras fick en person förhinder på grund av sjukdom. Intervjuerna genomfördes med mig som diskussionsledare/moderator och med min medhjälpare som sekreterare. Innan själva intervjun började gick vi igenom hur en fokusgruppsintervju går till samt

de teman vi skulle diskutera under intervjun. Intervjuerna spelades in på en digital diktafon. Till min hjälp hade jag även min intervjuguide. Intervjun började med de inledande frågorna för att intervjupersonerna skulle få bekanta sig med varandra. Intervjun genomfördes med mina huvudfrågor från guiden som ram, men följdes inte i en strikt ordning. Under intervjun förde sekreteraren sammanfattande anteckningar. Intervjuerna avslutades med en sammanfattning och en uppföljning av hur intervjusituationen upplevdes.

Efter att tre fokusgrupper var genomförda, och jag hade reflekterat över intervjuerna upplevde jag att jag ville använda provintervjun i min databearbetning och analys. I provintervjun fick jag data som inte kom fram i de övriga fokusgrupperna, framförallt fakta som spelar roll för fortsatt lärande efter utbildning. De två undersköterskorna i provintervjun hade även delgett mig information som jag kunnat få från den intervjuperson som blev sjuk då de arbetade i liknande form av demensvård. Efter samtal med deltagarna som deltog vid provintervjun fick jag deras medgivande att använda detta material i mitt arbete.

Databearbetning

Bearbetningen och analysen började så smått redan under intervjuerna. Vissa kategorier började framträda redan här. Intervjuer hade spelats in på en digital diktafon med inbyggd högtalare som sedan fördes över till datorn, vilket innebar att det var lätt att lyssna och stoppa inspelningen under utskriftsarbetet. Även ljudvolymen gick lätt att reglera. En intervju hade jag fått hjälp att skriva ut helt, den andra fick jag ta över utskriften efter att ett par sidor var utskrivna. Samtliga intervjuer skrevs ut ordagrant med pauser och skratt noterade. Sekreteraren under intervjuerna hade antecknat kroppsuttryck som lades till.

Tilläggen gjordes främst med anledning av att Turcunovic belyst att de kunde vara av betydelse för kommande analys.⁴⁶ Tilläggen visade sig ovidkommande för analysarbetet och har inte använts i resultatet. Därefter lästes materialet igenom flera gånger samtidigt som jag lyssnade på inspelningen. I nästa steg lästes materialet igenom åter igen och jag började koda med färgpennor som blev en första grund till kategorier.

I nästa steg koncentrerades texten med hjälp av datorns klipp/klistra funktion. Under detta arbete formulerade jag om vad informanterna sagt till kortare meningar. Meningarna sorterades in under preliminära kategorier. Vissa data fick jag vända och vrida på flera gånger föra att kunna sortera och definiera till slutgiltiga kategorier. Jag har sedan gjort en fortlöpande analys av materialet

46 Turcunovic, (2002), s. 6.

under färdigställandet av resultatet. Informanternas utsagor har sedan redovisats dels som citat, men även dialoger som förts dem emellan för att förtydliga resultatet. Databearbetningen avslutas med en sammanfattning av resultaten.

Validitet och reliabilitet

Med min studie har jag velat få mer kunskaper om hur lärandet påverkats dels individuellt men även vilka faktorer som hindrar eller möjliggör ett fortsatt lärande/utveckling på arbetsplatsen efter utbildningen. För att öka min förståelse om deras uppfattningar har därför undersökningen fått en kvalitativ ansats med den kvalitativa fokusintervjun som metod. På den relativt korta tid som är utrymmet för att utföra en C-uppsats fick intervjuerna begränsas till tre fokusintervjuer med totalt tio intervjupersoner. Frågan är om mina få intervjuer kan svara på min forskningsfråga? Resultatet redovisas med i hög grad mina subjektiva tolkningar då jag varit ensam med mitt arbete. Frågan blir då hur väl resultatet svarar mot en vetenskaplig reliabilitet och validitet?

Kvale menar att begrepp som validitet och reliabilitet tillsammans med generaliserbarhet ofta fått en position som en helig treenighet i vetenskaplig forskning. Något som har fått traditionella forskare att diskvalificera kvalitativa studier som otillförlitliga. Vissa forskare har därför avfärdat begreppen och har sett dem som förtryckande och ansett dem stå i vägen för en skapande emancipatorisk forskning. Andra forskare använder i stället begrepp som tillförlitlighet, trovärdighet pålitlighet och konfirmerbarhet. Kvale avfärdar inte begreppen generaliserbarhet, validitet och reliabilitet, han anser att de skall användas men att de skall användas i former som lämpar sig för kvalitativ forskning.⁴⁷

Materialet jag samlat in är begränsat när det gäller antal intervjuer och utbildningar men en generalisering kan göras till den kontext som studerats. Kvale påvisar den analytiska generaliseringen, dvs. när man generaliserar till problemets karaktär. Syftet med mitt urval var att kunna få rika och djupa beskrivningar under intervjuerna. Därför valde jag att intervjua vårdare och en enhetschef som arbetar i olika former av demensvård, och som har gått två olika utbildningar. Enligt Kvale söker inte forskaren uppnå ett resultat representativt för en hel population, utan strävar istället efter att påvisa ett problem eller socialt fenomen för att studera det utifrån dess likheter och skillnader. Målet är att få ett urval som leder till förståelse av variationer i det fenomen som studeras. Generaliseringens validitet är beroende av hur rik, tät och solid beskrivningen av problemet/fenomenet är.⁴⁸

47 Kvale, (1997), s. 207-208, 209.

48 Ibid. 210-211.

Validitet handlar om studiens giltighet. Kvale menar att det är validiteten som har det största värdet i en kvalitativ studie. Enligt honom är validitet en fråga om hur pass väl den metod som man använder mäter den aspekt av verkligheten som man föresatt sig att mäta. En förutsättning för att kvalitativ forskning har en validitet är att den har sina egna procedurer för validering.⁴⁹ Procedureerna innebär ett förhållningssätt där valideringen görs genom en granskning under hela forskningsprocessen. Kvale menar att detta sker i sju forskningsstadier, tematisering, planering, intervju, utskrift, analys, validering och rapportering.⁵⁰ Han belyser det ur tre perspektiv. För det första innebär förhållningssättet en *ständig kontroll* där forskaren har en kritisk syn på sin analys och beskriver ett tydligt perspektiv på det undersökta ämnet. För det andra att forskaren måste *ifrågasätta*, hela tiden undersöka så att datainsamling, tolkning och analys handlar om det som skall studeras, så att fokus på studien inte ändras. För det tredje behövs en *teoretisering* av fenomenen som undersöks där forskarens förmåga att spegla och granska den sociala verklighet som undersöks i studien blir avgörande för validiteten.⁵¹

När intervjuguiden formulerades utgick jag från uppsatsens syfte och frågeställningar för att få ett tillförlitligt material att arbeta med. Under själva intervjuerna har jag försökt tänka på hur jag förhåller mig till intervjupersonerna, hur jag närmat mig dem, vår relation till varandra och samspelet oss emellan. Det har varit viktigt att ha en närhet men ändå en distans både till dem och till mig själv för att inte försvåra processen under intervjun. Jag har inte verifierat mina tolkningar av resultatet hos de intervjuade men för att få en bättre validitet har jag stämt av under intervjuerna om jag förstått deras utsagor korrekt genom att sända tillbaka svaren i form av frågor.

För att få en så hög validitet som möjligt skrevs intervjuerna ut ordagrant för att inte gå miste om viktiga nyanser som annars kunde försvinna under tolkningen. Därefter lyssnade jag återigen på intervjuerna med utskriften framför mig för att bättre kunna göra en kategorisering och tolka de intervjuades uppfattningar. Mina kategoriseringar jämfördes med sekreterarens anteckningar för att jämföra med hennes uppfattning av essensen i intervjun. Varje kategori har sedan tolkats, reflekterats och bearbetats för att sedan sammanföras till en slutlig text.

Reliabilitet hänförs till studiens tillförlitlighet. Kvale påvisar att reliabiliteten har en speciell innebörd i kvalitativa intervjustudier och hänför sig till forskningsresultatens konsistens, något som innebär att intervju, utskrift och analys måste

49 Ibid. 215.

50 Ibid. 214.

51 Ibid. 218-220.

förberedas och genomföras noggrant. Kvale pekar på samspelet mellan de olika forskningsstadierna och hur forskaren har gått tillväga genom hela processen. Han menar att det kan vara mer meningsfullt att bedöma en kvalitativ intervju-studiestudie mer utifrån dess trovärdighet än utifrån dess reliabilitet, för att citera Kvales uttryck att ”forskaren lägger sina kort på bordet”.⁵² I intervjun frambringas kunskap i mötet mellan intervjuare och intervjupersonernas synpunkter. Intervjusituationen är beroende av vilka personer som deltar, den sociala situation som upplevs i fokusgruppen och vilka upplevelser och erfarenheter som är aktuella för intervjuaren och de intervjuade.⁵³

Jag valde att intervjua med öppna frågor där gruppen fick utveckla en kreativ diskussion kring de givna frågeställningarna. Ledande frågor användes enbart för att få förtydliganden eller för att leda diskussionen vidare, framförallt för att leda processen över från ett tema till ett annat. Kvale menar att en kvalitativ intervju innebär en inlärningsprocess för både den som intervjuar och de intervjuade.⁵⁴

Reliabiliteten påverkas i studien av att det kan bli svårt att få samma svar upprepade vid ett annat intervjutillfälle, även om det är samma personer. Min avsikt är inte att generalisera utifrån min undersökning, utan strävar istället efter att påvisa ett problem eller socialt fenomen i samband med utbildningsinsatser i arbetslivet, för att studera det utifrån dess likheter och skillnader. Det kan därför vara mer meningsfullt att bedöma en studie som denna utifrån dess trovärdighet än utifrån dess reliabilitet.

Etiska aspekter

Kvale menar att en intervjuundersökning är ett moraliskt företag där det personliga samspelet i intervjun inverkar på dem som deltar, och att det inte finns några explicita regler eller klara lösningar på de etiska problem som kan uppstå under en intervjuundersökning. Han understryker därför vikten av att forskaren aktualiserar etiska avgöranden under hela forskningsprocessen. Kvale menar att detta sker i sju forskningsstadier, tematisering, planering, intervjusituationen, utskrift, analys, verifiering och rapportering. De etiska avgörandena börjar redan med intervjuundersökningens syfte som för mig var att undersöka intervjupersonernas uppfattningar om hur lärandet påverkats dels individuellt men även vilka effekter det fått i deras dagliga arbete. Enligt Kvale handlar tematiseringen om dels studiens vetenskapliga värde men också att kvalitativa studier skall eftersträva att förbättra den undersökta mänskliga situationen. I nästa steg,

53 Ibid., 117.

54 Ibid., 110.

planering av intervjuer handlar om att inhämta ett samtycke från informanterna att delta i undersökningen, att säkra konfidentialitet och överväga konsekvenser för de intervjuade. Informanterna fick därför informationsbrev sänt till sig med information om studien, att deltagande var frivilligt, hur intervjuerna skulle genomföras, information om konfidentialitet samt hur resultatet skulle presenteras.⁵⁵

Innan själva intervjun påbörjades gavs samma information muntligt som de fått i informationsbrevet, jag betonade att de hade möjlighet att avstå från intervjun och att de hade rätt att avbryta under själva intervjun. Även om svaren i rapporten inte redovisas på ett sådant sätt att de enskilda personernas utpekade så finns möjligheten att någon kan känna igen någons uttalande eller en beskriven situation. Denna möjlighet diskuterades med grupperna. Jag var därför tydlig med att de själva avgjorde vad de ville berätta och att de hade rätt att avstå att svara på någon fråga från mig eller från någon annan i gruppen. Jag bedömer att ingen tagit skada av att ha deltagit i undersökningen.

Intervjupersonerna fick även skriva under ett skriftligt informerat samtycke (medgivande, bilaga 3). Varken Kvale eller Tursanovic tar upp speciella etiska dilemman kopplat till fokusintervjuer, hur man hanterar konfidentialitet deltagarna emellan. Jag valde därför att ta upp frågan i inledningen av intervjun. Jag föreslog att alla deltagarna skulle avge varandra ett tysthetslöfte, det vill säga att ingen skulle berätta vidare vad någon annan uttalat sig om under intervjun, detta accepterades av alla som skulle intervjuas.

För att säkerställa konfidentialiteten under utskriftsstadiet har namn, och andra identifierande beskrivningar som t.ex. arbetsplatser avidentifierats i rapporten. Vid själva utskriften av intervjuerna har jag delvis haft hjälp vid utskriften. De två personer som hjälpt mig har informerats om kravet på konfidentialitet. De har själva ansett det vara självklart att samma krav gäller som när de skriver ut andra konfidentiella handlingar i sitt arbete i den kommunala verksamheten. För att föröka verifiera mina tolkningar och för att ge intervjupersonerna inflytande över hur deras uttalanden tolkades valde jag att stämma av under intervjuerna om jag förstått deras utsagor korrekt genom att sända tillbaka svaren i form av frågor: ”Menar du så här...?” ”Kan du ge ett exempel på...?”

Resultat

Studien resulterade i sex kategorier. Kategorierna redovisas var för sig med inlägg av de intervjuades utsagor. Inledande gör jag en presentation av intervjupersonerna.

55 Ibid. 104-105.

Den slutliga sammanställningen resulterade i följande kategorier:

1. Intresse och motivation till lärande
2. Förståelse för personer med demens
3. Integritetsbefrämjande omvårdnad
4. Reflektionens betydelse för lärandet
5. Arbetstillfredsställelse och ökat självförtroende
6. Hinder och möjligheter för fortsatt lärande

Presentation av intervjupersonerna

Samtliga tio intervjupersoner är kvinnor och medelåldern ligger på 53 år, åldrarna skiftar mellan 40 och 61 år. Deras yrkeserfarenhet från äldreomsorg är lång, den som har arbetat längst har arbetat i 30 år och den som har arbetat kortast tid i 10 år. Alla har vårdutbildning. Två stycken har gått den äldre vårdbiträdesutbildningen som fanns tidigare. En är enhetschef i äldreomsorgen och har både den äldre yrkesutbildningen till hemtjänstassistent och högskoleutbildning från sociala omsorgsprogrammet. De övriga undersköterskorna har gått olika former av utbildning inom omvårdnadsprogrammet.

Hälften av undersköterskorna hade före utbildningen lång erfarenhet av demensvård på gruppboende eller i dagverksamhet. En av de fyra som arbetar i hemvården arbetade tidigare på ett gruppboende. De menar att de alltid har träffat på personer med demenssjukdomar i hemvården, men att det idag är mycket vanligare att man bor hemma länge och att det har förändrat deras arbete och behov av nya kunskaper.

Alla utom två har tidigare deltagit i olika interna demensutbildningar i två omgångar som anordnats av kommunen. Anledningen var att de inte fått delta i tidigare utbildningar. Antingen på grund av att de inte var fast anställda eller att de inte blivit erbjudna av andra skäl. Kurserna som tidigare anordnats har omfattat grundläggande kunskaper om demenssjukdomar och olika metoder i demensvård. Samtliga har deltagit vid olika föreläsningar vid olika tillfällen inom området under åren de arbetat.

Två av de intervjuade undersköterskorna samt enhetschefen har genomfört utbildningen Bryggan, benämns som fokusgrupp ett i resultatet. De övriga har deltagit i utbildningen *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar*, benämns som fokusgrupp två och tre i resultatet. Alla utom en arbetar på arbetsplatser där nästan alla arbetskamrater gått någon av ovanstående utbildningar.

Intresse och motivation till lärande

Motiv till att deltaga i utbildningarna

Motivationen till att deltaga i någon av utbildningarna skiljer sig mellan de intervjuade. Av de intervjuade som deltog i utbildningen *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar* hade enbart en bett att få gå utbildningen och väntat på att den skulle komma, hon hade inte fått gå någon demensutbildning tidigare eftersom hon arbetat på olika vikariat.

Tre personer blev erbjudna av sin chef att få gå utbildningen och ville själva lära mer och såg det som en självklarhet att det alltid finns mer att lära och ville bygga vidare på tidigare kunskaper, en av dem hade blivit motiverad av sin chef som själv gått Bryggan. Hon hade inte gått någon demensutbildning tidigare och var intresserad av att få rikta in sig på att arbeta mer med personer med demenssjukdom i hemmet. Efter att chefen gått sin utbildning hade man i arbetsgruppen diskuterat hur de skulle kunna förändra sitt arbetssätt och börja arbeta i team med personer med demenssjukdom men att det behövdes intresserade vårdare med mer kunskap.

Tre personer deltog i utbildningen *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar* för att den var obligatorisk. De hade alla genomfört demensutbildningar tidigare. En av dem var inte intresserad av utbildningen för att hon ansåg att hon redan hade de kunskaper som hon ansåg sig behöva.

Intervjuperson 6: Jag var tvungen att gå för att det var obligatoriskt. Jag har inte lärt mig något nytt. Det var bara upprepning. Jag kommer ihåg precis allt sedan förut men jag lärde mig mycket i den första utbildningen jag gick när allt var nytt. Jag tycker inte man kommer längre i sin kompetens, man har stannat i utvecklingen och sitt kunnande, det finns inte mycket mer att lära sig.

Intervjuare: Kände du till att du kunde ha sökt till Bryggan i stället?

Intervjuperson 6: Nej, men det hade inte spelat någon roll. Jag skulle gärna vilja läsa vidare och gå någon utbildning om jag fick på arbetstid och att kommunen betalar.

Intervjuare: Känns det som ett hinder för att vilja lära mer. Känner ni att det inte går att komma vidare och få göra något annat?

Intervjuperson 6: Allt leder väl något, men man kan i alla fall inte byta yrke eller arbetsuppgifter, man får i så fall utveckla de kunskaper man har.

Citaten kan ses som ett exempel på att motivationen till lärande, och deltagande i en utbildning påverkas av att intervjupersonen känner sig tvingad att delta, då hon anser sig fullärd och har så mycket kunskaper att det inte finns något mer att lära om demensvård.

De övriga i bägge fokusgrupperna som gått *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar* ansåg att utbildningen givit dem mycket och att de fått möjlighet att fördjupa tidigare kunskaper. De delar av innehållet som inte var nytt fick en ny innebörd, deras intresse och motivation medförde att de lyssnade efter och tog fasta på det som var ”nytt”. Lärandet utvecklades genom att omvärdera tidigare teoretiska och praktiska kunskaper. En av intervjupersonerna uttryckte det så här:

Intervjuperson 2: Även om allt inte var nya fakta, så hör man alltid något nytt. Eller förstår bättre när man hör samma sak igen, nu när man jobbat ett tag. Jag ser en person framför mig som jag jobbar med och kan koppla ihop den erfarenheten med det, jag förstår bättre. Jag har också lärt mig av de andra deltagarnas kunskaper.

I fokusgruppen med deltagare som gått *Bryggan* hade alla sökt utbildningen av eget intresse för demensvård. Enhetschefen har yrkesutbildning och andra kortare högskolekurser från högskolan sedan tidigare, hon sökte utbildningen samtidigt med några från sin personalgrupp. Förutom sitt eget intresse sökte hon utbildningen för att kunna förändra vården av personer med demens inom sitt hemvårdsområde och för att kunna ge sin personal ett bättre stöd.

Intervjuperson 9: Jag har blivit mer och mer intresserad av demensfrågor. Allt fler bor hemma som är demenssjuka. Jag känner att om jag kan mer så kan jag handleda min personal bättre. Då blir de tryggare.

Jag vill också kunna motivera fler att vilja jobba med de dementa, genom att låta dem som är intresserade få andra arbetsuppgifter, och låta dem fördjupa sig mer.

Undersköterskorna i fokusgruppen hade tidigare gått fortbildningar i demensvård men ville få djupare kunskaper, framförallt få en teori till sin praxiskunskap. En av undersköterskorna uttryckte detta på följande sätt.

Intervjuperson 10: Man förnekar lätt sig själv, och ser inte de kunskaper man har som någon riktig kunskap. Genom utbildning kan man få fördjupa sig och få teori till den kunskap man har och samtidigt lära mer.

En av dem hade blivit motiverad av sin chef att söka, hon skulle först anmäla sig till utbildning inom komvux men fick inte då hon bor i annan kommun. Efter lite tvekan gick hon utbildningen inom högskolan och är mycket nöjd.

Intervjuperson 8: Min chef motiverade mig, och det gick bra, jag klarade det. Det var mycket stimulerande.

Den andra hade vänner som läser på högskolan och tänkte kan de så kan jag, och började söka i högskolans kurskatalog och fann Bryggan.

Intervjuperson 10: Jag har läst två gånger på gymnasiet. Jag tog initiativet själv. När jag såg utbildningen tänkte jag att det här är något för mig, och kan andra så kan jag.

Krav från kursledaren ökar motivationen till lärande

Två av de intervjuade i fokusgrupp tre, som deltagit i utbildningen *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar* kände igen varandra i fokusgruppen från själva utbildningen och hade gått vid samma tillfälle. I fokusgrupp två hade samtliga deltagit i olika utbildningsgrupper. I fokusgrupp två ansåg de intervjuade att utbildningen var bra men de uttryckte en besvikelse på sättet kunskapen förmedlades särskilt av en kursledare. De fick kompendium att läsa av alla kursledare men inget uppdrag att förbereda och läsa in något inför varje kursdag. De intervjuade uttryckte att kunskapen förmedlades för mycket i form av rena föreläsningar och att de inte fick vara tillräckligt delaktiga och att gruppdiskussionerna var för få och inte gav det som de hade önskat.

Intervjuperson 7: Hon står och pratar hela tiden. Man lyssnar. Fick inte göra något direkt själv. Det var bra det är inte det. Men jag hade förväntat mig att vi skulle få diskutera mer. Lite diskussioner var det. Men när man sitter i grupper och diskuterar blir det att man pratar om mycket annat, om hur vi har det på jobbet, man jämför. Jag hade trott att vi skulle få ta hem något att läsa för att sedan diskutera. Men det kanske var för att det inte var någon direkt utbildning, här kanske vi mest skulle få lyssna.

Kompendiet var indelat med texter inför varje avsnitt. Men kursledarna gav inga "läxor" utan det var upp till varje deltagare att läsa och förbereda sig inför varje kursträff. Under de dagar jag auskulterade i kursen fanns även ett utbud av litteratur att läsa. Viss litteratur kunde lånas på plats för att deltagarna skulle kunna förbereda sig till kommande diskussioner, litteratur kunde även lånas från äldreomsorgens bibliotek. Något som ingen av de intervjuade hade utnyttjat.

Intervjuperson 6: *För att bli motiverad måste man få uppgifter och att läsa, man måste få reflektera och tänka själv.*

Förutsättningen för att diskussionerna skulle kunna ge ett lärande var att deltagarna var förberedda, men även för ett lärande i dialog med varandra och kursledaren under föreläsningarna. De jämförde utbildningen med tidigare omvårdnadsutbildning vid komvux där läraren givit ”läxor” och inlämningsuppgifter och menade att då lärde de sig mer.

Intervjuperson 7: *I utbildningen som var på Komvux fick vi uppgifter, vi skulle läsa böcker och sedan skriva uppgifter hemma som vi fick lämna in.*

Intervjuperson 6: *Ja just det, så kunde man välja att skriva för ett godkänt eller väl godkänt.*

Uppfattningen att den här utbildningen inte var en riktig utbildning som bedömdes har påverkat motivationen till att förbereda sig själv.

Intervjuperson 7: *Men det var kanske för att det inte var någon riktig utbildning som det var meningen att vi bara skulle lyssna.*

Den andra fokusgruppen som gått samma utbildning hade upplevt den annorlunda. De ansåg att det var en bra blandning mellan föreläsning och diskussioner av fallbeskrivningar. De hade även stort intresse och hade utnyttjat tillfället att hämta in erfarenheter och fått kunskaper från kollegor från andra arbetsplatser.

Intervjuperson 1: *Under diskussionerna på utbildningen fick jag mycket råd av andra, hur de löser problem, vi gav också varandra förslag på bemötande i olika situationer. Det var också bra att höra hur andra jobbade.*

Intervjuperson 7: *Det var bra att få diskutera med andra som vet mer, och få tips på hur man kan jobba på ett bra sätt. Särskilt när vi diskuterade svåra fall med varandra.*

Deras upplevelser under utbildningen tyder på att de befunnit sig i ett sammanhang under sina utbildningar där det funnits ett intresse och motivation både hos dem själva men även hos övriga kursdeltagare där lärandet utvecklats i en dialog dem emellan.

Blandade yrkesgrupper och att få välja fördjupningsområde stimulerar

Utbildningen Bryggan kräver mycket egen motivation och egna förutsättningar till lärande förklarar de intervjuade. Föreläsningar varvas med seminarier där deltagarna skall vara delaktiga och ha förberett sig genom egna studier hemma.

De intervjuade såg det som mycket positivt att de som deltog i kursen hade olika yrkesbakgrund och erfarenheter. Kunskaper och erfarenheter som t.ex. undersköterskor, sjuksköterskor, biståndshandläggare, och enhetschefer har kunde vävas samman till en helhet i vården av personer med demenssjukdom. Deltagarna har fått söka sig kunskap genom att läsa litteratur och lämna in skrivarbeten där resultatet bygger mycket på den egna förmågan till att reflektera. Deras uppfattningar var att utbildningen var krävande men mycket stimulerande.

Intervjuperson 9: Utbildningen var så stimulerande att det inte var så betungande att ägna helgerna åt att läsa och skriva.

Intervjuperson 8: Det var stimulerande och en ny upplevelse att gå utbildning med deltagare från olika yrkesgrupper och som arbetar på olika arbetsplatser. Alla har olika erfarenheter. Att chefer och personal går utbildning samtidigt var jättebra.

De ansåg att det varit mycket motiverande, att de hade fått möjlighet att fördjupa sig mer i ett område som de hade ett eget intresse av. En av undersköterskorna skrev om en vanlig situation som skapade oro hos flera demenssjuka på sin arbetsplats och hur hon under utbildningstiden genomförde ett förändringsarbete som gav goda resultat. Den nya teoretiska kunskapen prövades då i praktisk vardag för att sedan reflekteras tillsammans med litteraturen. Den teoretiska och praktiska kunskapen sammanfogades till helhet redan under utbildningen.

Undersköterskorna har själva valt att arbeta med demensvård och ser det som en utmaning. De menar att det måste finnas ett intresse från början för att lära mer. Ett hinder för lärande kunde vara ovanan att läsa facklitteratur, något som kompenseras med deras allmänna läsvana, intresse för området och deras praxiskunskap.

Intervjuperson 8: När man valt att arbeta med dementa måste intresset finnas från början, och när man får en sådan här möjlighet av arbetsgivaren är man skyldig att ge järnet. Man kan inte säga att man inte orkar. Då skall man inte ge sig in i det. Jag har aldrig gått högskoleutbildning innan men har alltid tyckt om att läsa och läser mycket, det gör det lättare.

Sammanfattningsvis har både det egna intresset och motivationen påverkat vårdarnas lärande individuellt. Lärandet påverkas dels av intresset av demensvård och personer som har demenssjukdom. Som någon uttryckte det ”har man valt att arbeta med dementa finns intresset från början”. Men har man inte valt att delta i utbildningen själv, eller har ett eget intresse av att vårda personer med demenssjukdom påverkar det lärandet. Det har även framkommit att det behövs ett gemensamt intresse under utbildningen i gruppen. Några upplevde att det

var för låga krav under den ena utbildningen som hindrat lärandet. Andra hinder som träder fram är ovanan att läsa facklitteratur. Kursledares sätt att leda utbildning har påverkat. De intervjuade upplever att de i vissa fall inte fått vara tillräckligt delaktiga och ses som hindrande för lärandet.

Motivationen och intresset framkommer tydligast hos de intervjuade som har gynnsamma förutsättningar på sina arbetsplatser där deras kunskaper tas tillvara. Chefens ledarskap och intresse har påverkat motivationen. De vårdare som haft vetskap om att de kommer att få intressanta ”uppdrag”, och möjligheter till förändrat arbetssätt efter utbildningen är de som haft en högre motivation och förmåga till lärande.

Förståelse för personer med demenssjukdom

Samtliga intervjupersoner har lyft fram att kunskaper om demenssjukdomar, symtom kopplade till demenssjukdomen och dess konsekvenser är en viktig förutsättning för att få en ökad förståelse för personer med demenssjukdom. Särskilt viktigt har det varit för de intervjupersoner som inte gått någon demensutbildning tidigare. De uttrycker framförallt att de har fått förklaringar till den sjukes svårigheter och olika beteenden. Men också att förståelsen i de flesta fall har förändrat deras sätt att förhålla sig till den demenssjuke och ökat deras förmåga till att kunna kompensera den sjukes nedsatta funktionsförmåga. För flera av de intervjuade var begreppet BPSD⁵⁶ nytt, likaså att orsakerna inte alltid beror på hjärnskadan i sig utan kan bero på vårdarens förmåga att ge ett anpassat bemötande, kunna kommunicera med den sjuke eller dennes förmåga att kunna kompensera svårigheter och undanröja störande sinnesintryck. Innan utbildningen saknades tillräckliga kunskaper om att andra sjukdomssymtom kan leda till ett förändrat beteende när personen inte kan uttrycka sig. Kunskaperna uppfattades som antingen nya eller att man tidigare inte förstått sin egen betydelse som vårdare, framförallt är deras uppfattning att de fått större förståelse för att allt inte kan behandlas med läkemedel. Samtliga intervjuade menar att hitta strategier för ett bra bemötande anpassat för att kunna kompensera den demenssjukes svårigheter har blivit en utmaning.

Intervjuperson 1: Nu när jag kan mer om demenssjukdomarna kan jag förstå mer varför det blir som det blir. Fick lära mig olika skillnader på sjukdomarna och om olika beteendesymtom. Man tror att alla skall bete sig lika. Det viktigaste för mig har varit att förstå beteendet hos den sjuka människan när jag går hem till dementa, och att andra saker också påverkar beteendet än hjärnskadan. Nu när

56 BPSD är en internationellt vedertagen förkortning av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom.

jag förstår det går det lättare. Jag har fått lära mig hur jag skall gå till väga med den sjuka. Har fått mer förståelse för personen. Jag måste anpassa mig. Jag kan vänta in. Det går mycket lättare nu.

Ett annat vanligt symptom hos personer med demens beskriver de intervjuade är vanföreställningar, vanligast är att den demensjuka anklagar anhöriga och vårdpersonal för stöld eller är misstänksamma överhuvudtaget. Dessa anklagelser upplevs särskilt svåra hos de intervjuade som arbetar i hemvården. De intervjuade beskriver att även om de vetat att personen är sjuk så kan de ännu mer förstå att anklagelserna beror på sjukdomen. Den sjuke minns inte var han/hon lagt sina saker och hittar dem inte längre och kan lättast förklara det för sig själv med att han/hon blivit bestulen.

Intervjuperson 1: Nu förstår jag, det ingår också i sjukdomen att de blir misstänksamma. Jag tog inte åt mig förut heller, men det kändes ändå. Nu förstår jag bättre.

Intervjuperson 2: Jag håller med, det är lättare nu att förstå och hur man skall bemöta i samtalet i sådana situationer. Framförallt börjar jag inte med motargument att jag inte tagit något.

De intervjuade vet ofta var vårdtagarna har lagt undan sina saker och kan hjälpa dem att leta. Intervjupersonerna beskriver att det blivit lättare att inte ta åt sig när de blir anklagade, och att inte gå i försvarsdiskussioner med den som är sjuk. Ibland fungerar det att leta tillsammans, när det inte fungerar så vet vårdarna för det mesta var sakerna brukar bli gömda och plockar diskret fram dem igen.

Under utbildningsdelen som handlar om BPSD har det blivit viktigt att förstå orsakerna till beteendesymtomen, de har även fått en ökad förståelse för att det är viktigt att lära sig förstå och kunna tolka vad den demensjuka försöker uttrycka. Det är även viktigt att lära sig förstå individen och kunna hjälpa dem att hantera sin oro genom att kunna leva sig in i deras värld.

Intervjuperson 3: Jag har fått en annan förståelse. Vi har en orolig farbror. Han sitter hela tiden och ropar. Hela tiden skall det hända något. Han ropar på sin fru och sin dotter. Han får mediciner för att bli lugn med det hjälper inte ändå. Han är orolig ändå. Jag har börjat sitta ner hos honom för att prata, han har bott nära där jag bor och vi pratar om hur det är där.

Intervjuare: Har du tagit reda på mer om hans levnadshistoria så du kan lära känna honom bättre och hjälpa honom minnas?

Intervjuperson 3: *Ja, jag vet var han har bott och han har varit en mycket aktiv person, nu sitter han i rullstol och är förlamad han kan inte ta sig fram eller göra något själv. Vi brukar prata om de som bor där och vad han har gjort. Ibland tittar vi på bilar som kör utanför. Då blir han lugn. Förut sprang man och sprang, och de undrade varför springer du för? Vad är det frågan om? Man får föröka hitta sätt att nå honom och när jag gjort det blir han lugn.*

För flertalet av informanterna har det varit en ny mycket viktig insikt, hur avgörande det är att kunna lära sig att kommunicera med och förstå den enskilde individen. De har fått en större förståelse för att förmågan att tala och förstå språket leder till svårigheter att kunna kommunicera och uttrycka sina behov, eller vid till exempel smärta kunna lokalisera var smärtan sitter på grund av nedsatt kroppsuppfattning.

Intervjuperson 2: *Alla symtom beror inte på demenssjukdomen. De kan få urinvägsinfektion eller annan smärta kroppsligen, och bli orolig eller uppföra sig på ett sådant sätt som inte stämmer förnufts-mässigt överens just då. Det fick jag upp ögonen för.*

Intervjuperson 1: *Det kan vara svårt för dem att tala om vad som är fel. Det är en utmaning att ta reda på varför de egentligen är oroliga eller vad det kan vara.*

Intervjuperson 2: *Det är lätt att säga att de har blivit sämre i sin demens men det behöver inte vara så. Förut kunde vi uttrycka oss "Det är din tur att gå hem till bråkstaken".*

Vårdarnas vilja att förstå sina demenssjuka vårdtagare och deras förmåga att anpassa sig efter dem framträder genom alla tre fokusintervjuerna som avgörande. Flera av de intervjuade som arbetar i hemvården har också fått insikten att de behöver förändra sitt arbetssätt. Hemvårdens arbete är mycket uppgiftsorienterat där man utgår från uppdraget, som är utformat enligt biståndshandläggarens beslut enligt socialtjänstlagen.

Intervjuperson 2: *Förstår nu att många bitar tappats i hemvården, vi har fastnat mycket i praktiska saker. Det är mest det praktiska som finns i uppdraget från biståndshandläggaren men inte att ge tillfredsställelse, lugn och ro. Vår chef har gått Bryggan och har fått mer förståelse för deras behov hon har fått upp ögonen för det här.*

I hemvården så väl som på särskilda boenden är det många uppgifter som skall utföras förutom omvårdnad. Det skall städas, tvättas och inköp skall göras. På

demensboendena skall även varor beställas hem. Under intervjuerna framkommer att vårdarna ofta känner sig frustrerade. På boendena är det ofta lite lättare då man har arbetskamrater nära, men de som arbetar i hemvården känner sig ofta stressade. De förflyttar sig från det ena hemmet till det andra och beskriver att de ofta haft tankarna på nästa uppdrag när de är hemma hos en vårdtagare. Vårdtagarna har ofta fått besök av många olika personer som skall hjälpa dem under dagen. De har efter utbildningen fått insikt om att detta har påverkat vårdtagarna negativt, särskilt de som har en demenssjukdom.

Intervjuperson 5: De blir så lättstressade och kan då bli förvirrade. Jag har lärt mig tålmod. Om jag inte är stressad går det så mycket lättare. Både jag och de mår bättre. Jag har lärt mig tålmod och bra förhållningssätt. Jag har lärt mig att tänka på ett annat sätt. Jag tänker mig för och planerar innan jag går hem till dem.

Hälften av de intervjuade i fokusgrupperna hade mycket lång erfarenhet av att arbeta med personer med demens. De hade också gått demensutbildningar tidigare. För dem har också utbildningarna varit givande och de har fått framförallt djupare förståelse.

Intervjuperson 4: Jag har jobbat med dementa i många år. För mig har det varit viktigt att få aha-upplevelser, just att få bli påmind igen. Jag visste mycket innan utbildningen men nu tänker jag ännu mer på hur jag gör och varför, innan jag gör något.

Lång erfarenhet av att arbeta i demensvård har gett gedigna praktiska erfarenheter. Tidigare utbildningar har gett kunskaper som de har haft stor nytta av. Att sedan gå utbildning igen efter några år har inneburit att de fått möjlighet att reflektera över teoretiska kunskaper de har sedan tidigare. Utbildningarna har också gett möjligheter att få reflektera över hur de arbetar och bemöter de demenssjuka i sin praktiska vardag.

Intervjuperson 8: Jag har tänkt mycket tillbaka på, att när man ser på sina vårdtagare som individer tar man mer vara på deras resurser. Jag kan bli förvånad över hur mycket de kan och hur mycket de minnas med rätt stöd.

Intervjuperson 10: Jag inser mer hur svårt det är. Det finns inga enkla lösningar. Under utbildningen Bryggan fördjupade jag mig i metoderna Reminiscens och Validation. Det är bra metoder för god demensvård. Jag har lärt mig att leva mig in i personens värld, vara här och nu. Ju mer jag jobbar med det här ju mer jag lär mig, ju mer jag kan, ju mer lär jag mig också av vårdtagarna.

Ett av avsnitten under utbildningen *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar*, handlade om kost och näring samt måltider. De intervjuade som arbetar i gruppboende äter med sina vårdtagare, maten lagas i ett centralt kök och följer Livsmedelsverkets näringsrekommendationer för äldre. De ansåg att det var mest betydelsefullt att få nya kunskaper om näringslära framförallt för egen del. Men även betydelsen av hur måltider och mellanmål skall vara fördelade över dygnet, och matens betydelse för den fysiska och psykiska hälsan. De hade fått många idéer till, och recept på bra mellanmål, och hur maten kan näringsberikas med vanliga livsmedel. De hade även fått nya insikter om att måltiden skall vara en fest för ögat. Under intervjuerna i fokusgrupp två och tre diskuterades måltidens betydelse.

Intervjuperson 5: Vårdtagarna jag går hem till är ofta så späda och tunna. Jag förstår nu att glömskan och deras svårigheter gör att kosten är extra viktig. De måste få extra näring.

Under en annan intervju uttryckte en intervjuperson sin nya förståelse på följande sätt:

Intervjuperson 1: Kosten är jätteviktig. Jag förstår nu att många inte äter för att de glömmet, de kommer inte ihåg att äta eller vet inte hur man gör. Eller så smakar inte maten längre som de tidigare tyckt om.

Förståelsen för att personer med demens inte äter för att de kan glömma bort att äta, eller inte kommer ihåg om de har ätit eller inte, var en viktig insikt för de intervjuade som arbetar i hemvården. De har fått en ökad förståelse för att de behöver stödja vårdtagare som kan laga maten själv att komma igång. De är också mer uppmärksamma på när det inte fungerar och när de behöver initiera så personerna får färdiglagad mat hem. Många får redan måltider hem, förståelsen har då ökat för att fler vårdtagare behöver stöd under måltiden och att alltid skall serveras på tallrik istället för i matlådan. Att måltiden kan serveras som timbalkost var också en ny kunskap. Genom att kosten konsistensanpassas till timbaler kan den få ett utseende som kan bli en fest för ögat istället för att den mixas till olika ”klickar”.

Intervjuperson 7: Du pratade om näringsberikad mat. Jag hade väl förstått innan, men att det hade så stor betydelse hade jag inte förstått. Jag visste inte heller att man kan göra timbaler istället för att mixa maten.

Det sista avsnittet i utbildningen omfattar taktil stimulering, som omfattar betydelsen av beröring. Huden som sinnesorgan går igenom, hur vi påverkas vid hjärnskada, defensiva taktila reaktioner, effekter av taktil stimulering och praktiska övningar.

Intervjuperson 2: Jag visste inte att man kan sluta beröra sig själv av en hjärnskada. Vi berör oss själva hela tiden och ändrar omedvetet läge på kroppen. Vi fick prova på hur det kändes att inte beröra oss själva under två minuter. Jag visste inte heller varför vissa har svårt med beröring. Jag förstår nu hur viktig beröring är i omvårdnaden.

Beröring diskuterades under en av intervjuerna, avsnittet hade gett en viktig kunskap om bland annat beröringskänslighet, att denna reaktion kan leda till smärta vid duschning, att vattenstrålarna kan upplevas mycket smärtsamma, och leda till att den demenssjuke inte vill duscha eller helt plötsligt blir arg under duschen och börjar värja sig eller slå. Kläder kan ge smärta på kroppen som leder till att den demenssjuke klär av sig inför medboende.

Intervjuperson 1: Vi har börjat prata på jobbet om beröring. Hur vi berör, och hur vi kan stödja deras kroppsuppfattning, hur beröring kan ge lugn och ro och lindra smärta.

Kunskaper om beröringens effekter på oxytocinsystemet gav kunskaper om hur man med beröring kan ge lugn och ro. Genom de praktiska övningarna fick deltagarna träna på hur defensiva reaktioner kan dämpas och förebyggas i omvårdnaden, lära sig ge taktill beröring på händer och rygg för att kunna använda det i omvårdnaden.

Sammanfattningsvis är det här den kategorin som visat sig tydligast. Genom att få mer kunskaper om demenssjukdomar, symtom kopplat till sjukdomen och dess konsekvenser har det individuella lärandet påverkats på så sätt att förståelsen för personer med demens ökat och att vårdarna mer kan se dem som individer. Att hitta strategier för att kunna kompensera den demenssjukes svårigheter har blivit en utmaning.

Integritetsbefrämjande omvårdnad

De intervjuade i de tre fokusgrupperna beskriver hur de har blivit mer fokuserade på relationen mellan sig och den demenssjuke. Men de har i olika hög grad reflekterat över förhållningssätt som ger en integritetsbefrämjande omvårdnad. De belyser en rad olika faktorer som är avgörande för att lyckas i mötet med den demenssjuke. Kunskaper om demenssjukdomar och konsekvenser av sjukdomen är viktigt. Men framförallt kunskapen och förståelsen för hur den sjukes svårigheter förändras vartefter sjukdomen fortskrider, och att som vårdare kunna anpassa sig och omvårdnaden till varje individ. De menar att det är svårast i tidigare skeden av sjukdomen när individen behöver hjälp men fortfarande klarar att utföra mycket av sin dagliga livsföring praktiskt, men inte alltid har insikt i sina svårigheter. Målet är att ha ett förhållningssätt som ger individen

möjligheter att få vara och känna sig självständig och kunna bibehålla sina förmågor så länge det är möjligt. Om vårdarna inte klarar ge en integritetsbefrämjande omvårdnad kan detta leda till att vårdtagaren känner sig kränkt när vårdarna skall ge dem stöd på olika sätt.

Trots tidigare erfarenheter och utbildningar kan det ibland vara svårt att anpassa sig till vårdtagarens förmåga. Särskilt i fokusgrupp två hade de intervjuade olika synsätt. Flera av dem hade kommit till insikten att det var upp till dem att anpassa sig efter individens resurser och önskemål. En av de intervjuade har tidigare arbetat på ett gruppboende dit personer med demens flyttar när de inte längre kan bo hemma, men arbetar nu i hemvården. Hon resonerade på ett helt annat sätt.

Intervjuperson 6: De är inte så dementa, de är inte så oresonliga. Jag har inte så mycket nytta av utbildningen nu som när jag jobbade på gruppboende. Det går ju att prata med dem, fast vi har en tant som inte vill ta emot hjälp, det spelar ingen roll vad jag gör, hur mycket jag sjunger eller avleder, det går inte ändå när hon skall duscha. Jag tycker inte vi kan förändra så mycket, jag tycker vi sköter det här på ett bra. Vi har inte förändrat något efter utbildningen, vi ser på dementa på samma sätt. De är inte så dementa.

Gemensamt för de övriga i de tre fokusgrupperna var vårdarnas egen förmåga att lära känna individen och kunna stödja deras självkänsla en viktig förutsättning för att inte den de vårdar skulle känna sig underlägen eller kränkt. Men också vårdarens förmåga att ”sätta sig in” i individens svårigheter och resurser och för att kunna ge rätt stöd.

Intervjuperson 8: Det gäller att kunna kompensera svårigheterna och undanröja hinder för att underlätta. För att kunna göra det måste jag ha kunskap om vilka svårigheter de har och vad de kan. Men också vad svårigheterna beror på

Intervjuperson 10: Det har varit svårast att lära sig gå en balansgång. Jag måste klara ta över lite grand men på deras villkor.

Att hitta den balansgången, och klara ta över lite grann samtidigt som den demenssjuke får bibehålla sin känsla av självständighet är en konst. I vardagen ställs vårdarna inför att behöva stödja den sjuke att fatta beslut och att få hjälpa en individ med det som den anser sig klara, fast personen inte gör det. Att få hjälpa en individ med hygien eller måltider när personen säger att hon redan gjort detta förutsätter att vårdarna kan skapa en gemenskap i ett positivt möte mellan sig och personen de skall vårda.

Intervjuperson 2: *Förut gick jag in och gjorde det nödvändigaste, hjälpte dem med handling och med personliga saker. Det viktigaste jag lärt mig är att tänka och agera på ett annat sätt. Nu vänder jag på det, jag försöker gå djupare in för att de skall må bra. Jag vill att de skall känna sig värdefulla innan jag sätter igång med något. Jag försöker få dem att på bra humör, försöker ta reda på vad de är intresserade av och vad de varit duktiga på för att försöka locka fram det lite grann. När jag lyckas går det så mycket lättare. De måste få känna sig duktiga och värdefulla som människor fast de har en demenssjukdom.*

Intervjuare: *Du sa att det går mycket lättare när du lyckas, vad är avgörande för att lyckas?*

Intervjuperson 2: *Nu för tiden har jag alltid läst på uppdraget om vad personen tycker om och hur hon/han har levt. Jag startar alltid där när jag går in till en människa. På så sätt får man en bättre kontakt men känner också att jag får med personen i det jag håller på med och gör i omsorgen om personen.*

Intervjupersonen beskriver här ett exempel på hur vårdaren fokuserar på relationen mellan sig och vårdtagaren istället för att bara vara koncentrerad på enbart uppgiften. Genom att läsa på uppdraget/biståndsbeslutet får vårdaren kunskaper om personen hon/han skall vårda. Vårdaren får en grund till individens levnadshistoria som hon/han kan bygga vidare samtalet på. Biståndsbeslutet ger också information om individens förmågor och svårigheter samt målet för insatserna som skall utföras. Detta ökar möjligheten för den demenssjuke att känna tillit, få en tro på sig själv och sin förmåga men också att kunna känna att vårdaren värnar om individens integritet.

Intervjuperson 2: *Vi hade en dam som vi inte fick hjälpa förut. Hon har jobbat hårt hela sitt liv. Vi förstår nu att hon måste få känna sig stark och få vara nyttig. Vi stödar nu tillsammans med henne istället för att försöka få stöda åt henne. Hon visar nu att hon är mer nöjd.*

Under samtliga intervjuer har uppfattningarna varit att kontinuiteten hos vårdtagaren blivit viktig. Den demenssjuke får svårare än tidigare att känna igen och skapa en relation med många olika personer. Kontinuiteten handlar även om att vårdarna måste lära sig att arbeta lika och ha samma förhållningssätt. En av de intervjuade i fokusgrupp ett arbetar som enhetschef, hon menar att hon har fått en ökad kunskap och ett ökat intresse för innehållet i själva omvårdanden och hur den utförs.

Intervjuperson 9: Jag arbetar ju inte själv direkt i vården. Men har blivit mer intresserad av de här frågorna. Jag har nu mer fokus på innehållet och hur vården bedrivs. Det är ännu viktigare för de här vårdtagarna med struktur i vården, särskilt i hemvården och att vi ger en vård anpassad efter individen oavsett var de befinner sig i sin demenssjukdom.

På särskilda boenden och dagverksamheter arbetar vårdarna närmare sina vårdtagare, man är färre antal personer som arbetar nära i vården. Men man har samma svårigheter att skapa kontinuitet och struktur när det gäller att ha samma förhållningssätt och att vårda personen lika utifrån individuella behov. Den demenssjuke har oftare tydligare svårigheter att klara sin vardag men har lika stort behov av att vårdarna klarar vara fokuserade både på relationen och på uppgifter som skall utföras. Många har fått svårare att uttrycka sig verbalt, och har större minnesproblem. Kunskaperna har även gett vårdarna möjligheter att främja aktivitet i vardagen. Några av intervjupersonerna som arbetar på dagverksamhet och i gruppboende uttryckte följande:

Intervjuperson 8: Jag klarar lättare att möta dem i deras livsvärld och tänker på att ha ett validerande förhållningssätt.

Intervjuperson 10: Vi har haft flera i gruppboendet som kan bli lite arga, och det har varit svårt att förstå varför. Förut kände jag mig osäker på hur jag skulle bemöta dem. Börjar jag samtalet där de befinner sig i deras livsvärld. Jag kan då "mota Olle i grind" när ilskan börjar pyra och vara steget före.

Intervjuperson 3: Det är viktigt att hjälpa dem nå sina minnen. Hos oss är de så dåliga, men jag ser att jag når dem med sången och bra kroppskontakt, jag vågar ge mer beröring. Men vi har också börjat låna gamla bilder och föremål från museet som väcker minnen och ger goda samtal.

Genom utbildningarna fick vårdarna lära sig mer om validation för att kunna bemöta och samtala med svårt demenssjuka personer i deras livsvärld. De har fått ökade kunskaper om reminiscens, som innebär olika sätt att stimulera sinnen för att väcka minnen och för att skapa aktivitet i vardagen både i samband med personlig omvårdnad och som strukturerad aktivitet. Deras förmåga att omsätta kunskaperna i sin praktiska vardag är avgörande för hur de lyckas främja en känsla av gemenskap och integritet det vill säga en känsla hos den demenssjuke av att "jag kan, jag vågar, jag vill och jag ger".

Sammanfattningsvis har de intervjuade kommit olika långt i sitt individuella lärande för att uppnå en integritetsbefrämjande omvårdnad. De intervjuade

arbetar i olika former av demensvård med personer som har demenssjukdom från tidigt till sent skede i sjukdomsförloppet. Ingen av de intervjuade använder medvetet begreppet Integritets befrämjande omvårdnad grundad på Mona Kihlgrens teori men deras uppfattningar beskriver på olika sätt hur de reflekterat över sina kunskaper och börjat omsätta teorin i sin praktiska vardag. Deras förmåga att anpassa sig till den demenssjuke och använda sig av bemötande strategier efter den sjukets funktionsförmåga och behov av stöd blir avgörande för hur de lyckas omsätta kunskaperna i sin praktiska vardag. Vårdarens möjligheter till utrymme för reflektion, och deras förmåga att reflektera har visat sig avgörande för fortsatt lärande efter utbildningen.

Reflektionens betydelse för lärandet

De som arbetat länge i demensvård hade fått sina tidigare kunskaper framförallt som förtrogenhetskunskap genom sina erfarenheter i arbetslivet, men även från tidigare utbildningar. Efter tidigare utbildningar har det varit svårt att kunna omsätta kunskaperna från utbildning i praktisk handling om möjligheter inte getts till fortsatt lärande på arbetsplatsen. Lärandet sker då fortfarande mer eller mindre omedvetet och har förblivit oreflekterad förtrogenhetskunskap. Få har möjligheten att reflektera över sina kunskaper tillsammans med arbetskamrater i någon form av reflektionsgrupp. Vanligast är att man diskuterar vid kaffet, lunchen eller när man löser av varandra vid skifte av arbetspass. Alla deltar i olika möten men de intervjuade menar att på personalmöten är det så mycket annat som är i fokus. Under vårdlagsmöten med sjuksköterskan diskuteras mest andra medicinska frågor. För så gott som alla intervjuade har det varit viktigt att få ihop teoretisk och praktisk kunskap under och efter utbildningen för att kunna ge en bra omvårdnad. Endast en person menar att utbildningen inte gett något som hon har nytta av i sitt arbete.

Intervjuperson 6: Jag visste redan hur jag skulle bemöta. Det mesta handlar om sunt förnuft.

Intervjuare: Kan du utveckla sunt förnuft?

Intervjuperson 6: Ja hur man betar sig, hur man säger till dem och vad man inte säger. Det är medfött, antingen har man det eller inte det går inte att lära genom utbildning. Det räcker med det jag lärt mig nu med de dementa jag träffar i jobbet. Det kanske är något annat om man jobbar på ett annat ställe. Men det är klart visst kan man lära under utbildning, få ett annat tänkande.

Uttalandet är motsägelsefullt, kan man lära sunt förnuft eller inte? Men framförallt ett uttryck för ett statiskt synsätt, den intervjuade har de kunskaper och den kompetens hon har och det får räcka. Det tycks inte finnas något behov av att

ständigt lära eller tron på att lärandet är en dynamisk process där man alltid kan lära mer, av och tillsammans med andra.

För de övriga med lång erfarenhet av att arbeta med demenssjuka personer har det varit viktigt att bli påmind igen och att få reflektera över kunskaper från tidigare utbildningar, och hur de arbetar och om det finns andra sätt att arbeta på som kan ge en bättre omvårdnad.

Intervjuperson 10: Jag arbetar på en arbetsplats där alla arbetat länge med personer med demens. Alla tycker de har stora kunskaper. Det viktigaste jag lärt mig är att få ihop teori och praktik. Man gör så mycket saker som man inte tänker på varför man gör på ett visst sätt. När jag läste om det i teorin så blev det så mycket aha upplevelser. Man förstår varför man gör som man gör och varför det ibland blir så fel. Det största för mig var att få ta del av forskning, vad som är vetenskapligt bevisat att det fungerar. Jag iakttar andra mer, hur de gör och förstår innerbörden av det hela, ja från teori och praktik. Jag granskar också mer mig själv.

Reflektionens betydelse har blivit viktig. Utbildning har också gett en teoretisk grund som gör det lättare att reflektera. De intervjuade har olika förmåga till självreflektion. Men alla ser reflektionen som betydelsefull och nödvändig dels för ett fortsatt lärande men också för att orka med sitt arbete. En av de intervjuade berättar att efter chefen gick utbildning började man arbeta i demensteam som träffas kontinuerligt med bland annat demenssjuksköterskan från vårdcentralen. Demensteamet i hemvården är de som främst hjälper de som har demenssjukdom i hemvårdsområdet.

Intervjuperson 2: I demensgruppen diskuterar vi mycket, vi vet mycket om våra brukare och vet vad deras svårigheter beror på. I gruppen får vi reflektera över hur vi gör, varför det blir som det blir hemma hos brukaren. Vi lär av varandra och kan diskutera lösningar. Vi hinner så mycket mer nu när vi fått tid för att tänka efter.

En annan intervjuperson beskriver att efter utbildningen har arbetsgruppen haft handledning av kommunens demensteam för ett fortsatt lärande. Kunskaperna från utbildningen kunde då lättare implementeras i arbetet.

Intervjuperson 1: Efter utbildningen har vi tagit hjälp av demenssjuksköterskan för att förstå hur vi kan göra med vårdtagare där det är svårt. Hon har förklarat varför det är svårt. Vi har diskuterat fram hur vi kan göra, sedan provat och det fungerar. När hon förklarade och vi diskuterade förstod vi bättre vad vi lärt oss under utbildningen. När man får diskutera så där då tänker man mer på

hur man gör och förstår så mycket bättre. Vi visste inte att vi kunde få den här hjälpen. Vi hade behövt det här tidigare och jag önskar att det skulle kunna vara regelbundet.

Genom att reflektera i gruppen tillsammans med demenssjuksköterskan som har mer kunskaper utvecklas lärandet individuellt men även gruppens gemensamma kompetens ökar. Man lär av varandra och kommer fram till gemensamma förhållningssätt och lösningar. Den som handleder, i de här två exemplen en demenssjuksköterska har inga färdiga lösningar men ger gruppen möjlighet att reflektera och förtrogenhetskunskapen blir synlig för granskning och kan kopplas ihop med den teoretiska kunskapen från utbildning, likväl som den teoretiska kunskapen kopplas till händelser i mötet med personer med demenssjukdom i arbetet.

Sammanfattningsvis ger utbildningen en teoretisk grund som gör det lättare att reflektera och att reflektion är en förutsättning för det individuella lärande och för att kunskapen inte skall förbli ”tyst”. Av de sju intervjuade som gått utbildningen *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar* har tre haft möjligheten till att reflektera i grupp. Möjligheten att reflektera i grupp har även gett arbetslaget en ny gemensam förståelse i mötet med den demenssjuke. Reflektionens betydelse för lärandet och för att kunskapen inte skall förbli ”tyst” blir tydlig under intervjuerna. De intervjuade som fått möjlighet att reflektera efter utbildningen har nått långt i sitt lärande och är de som har lättast att sätta ord på sina kunskaper och de svårigheter som de ställs inför i arbetet med personer med demens.

Arbetsstillfredsställelse och ökat självförtroende

Flera av de intervjuade i fokusgrupperna har gemensamt att deras självförtroende har stärkts genom utbildningen. De beskriver att de har lättare att förstå personen med demens. De har blivit säkrare på att tänka framåt och reflektera vad de gör och hur i mötet med den de vårdar. När de klarat att omsätta kunskapen i sin praktiska vardag, och får tid för reflektion mår de också så mycket bättre själva. När arbetsdagen är slut tar de inte med jobbet hem i tankarna på samma sätt som tidigare.

Intervjuperson 4: Ibland känner jag mig maktlös när det inte finns anhöriga att diskutera med eller som inte förstår. Då är det tryggt att kunna få reflektera i arbetsgruppen.

Intervjuperson 1: Jag kan fortfarande känna mig maktlös när man jobbar i deras hem. Jag vill gå hem och känna att det gick bra idag. Ibland snurrar det i huvudet och man vet inte hur man skall

lösa olika situationer. När jag får diskutera med andra vad som hänt och tänkt på hur jag kunnat göra istället lär jag mig till nästa gång.

Undersköterskorna som gått Bryggan har fått en bekräftelse på att deras arbetsätt är bra men de har också fått tankeställare och reflekterat och kunnat förstå situationer där de inte lyckats. De beskriver att de fått en ökad trygghet i sig själva och har fått en större säkerhet att kunna visa vad de kan för att förmedla sin kunskap vidare.

Intervjuperson 8: När vi har möten med biståndshandläggaren eller hemvården kan jag nu komma med förslag utifrån min kunskap om personen. Vilka svårigheter och förmågor de har och hur man skulle kunna underlätta för dem.

Intervjuperson 10: Jag tog efter utbildningen initiativet att ha en cirkel i bemötande på jobbet, intresset var inte så stort. Min chef stöttade mig och var pådrivande. Jag kände mig väldigt stärkt. Nya dörrar har öppnats. Jag har klarat av att läsa på högskolan. Det var roligt att läsa så jag gick en utbildning till. Kände att jag har mycket större kapacitet än vad jag trott. Jag kan nu och törs se saker lite vidare.

De intervjuade beskrev att de nu gått olika utbildningar, dels omvårdnadsprogrammet på komvux, men också andra interna fortbildningar som denna. Utbildningarna har gett dem en inre styrka och självförtroende. Flera uttryckte att de inte vågat sitta och diskutera som de gjorde under intervjuerna tidigare.

Sammanfattningsvis har det individuella lärandet gett en ökad arbetstillfredsställelse och ökat självförtroende i arbetet med personer med demens. Det ökade självförtroendet och säkerheten att kunna visa vad de kan gör att de får lättare att förmedla sina kunskaper till arbetsgruppen som på sikt kan medföra en förändring i form av utveckling av omvårdnaden på arbetsplatsen.

Hinder och möjligheter för fortsatt lärande

Förmågan till ett fortsatt lärande och implementering av kunskaperna efter utbildningen är både beroende på individen men även av arbetskamraternas intresse och stöd från sin chef. Några tog ”jantelagen” som hinder för fortsatt lärande efter utbildningen. Dels att några kände att arbetskamraterna gav dem en känsla ”du skall inte tro att du är något” men också att de själva hade svårt att ta plats och visa sina kunskaper och nya idéer.

Intervjuperson 1: *Det beror mycket på arbetskamraterna hur det blir efter utbildning. Nästan alla har gått, men alla får inte gå samtidigt, det går för långt emellan. Egentligen hindrar inget men många vill inte ha någon förändring eller är rädda för att prova något nytt. Eller så heter det, det där hinner vi inte. Vi går utbildningar, då skall man väl jobba som man blivit lärd. Men jag kan känna att det blir inget mer. Det är svårt att själv förändra.*

När den egna förmågan och möjligheterna saknas till stöd för fortsatt lärande minskar motivationen och det blir svårare att omsätta kunskaperna i praktiken. De kommer tillbaka till arbetet med stora föresatser att införa olika metoder och arbetssätt men sedan rinner det ut i sanden och det blir ingen förändring.

Ledarskapets betydelse för lärandet

Enhetschefen som deltog i intervjun menade att här har hon en viktig roll i sitt ledarskap. Att stödja de som deltagit i utbildningar och att arbeta med de förändringar som behövs menar hon är en viktig uppgift. Efter utbildningen är hon mer nyfiken. Är det något TV program eller om hon ser någon artikel om demens uppmuntrar hon personalen att se programmet eller läsa artiklar som sedan diskuteras på arbetsplatsen. Hon menar att hon också är mer benägen att ta hjälp av andra som kan mer för att hjälpa henne med handledning.

Intervjuperson 9: *Efter utbildningen har jag gett de som är intresserade lite andra arbetsuppgifter. Som att köra vårdtagarna till dagverksamheten och att de får fördjupa sig och lära mer. Jag har motiverat fyra till att gå Bryggan, och hoppas att det kan locka fler att vilja jobba med dementa. Genom att jag själv har gått utbildningen kan jag kunnat inspirera min personal att gå utbildningen och kunnat förklara att de inte behöver bli avskräckta.*

En av de intervjuade undersköterskorna som gått utbildningen *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar*, beskrev att hon och hennes arbetskamrater har det stödet från sin chef på sin arbetsplats. Utrymme ges för fortsatt lärande genom att de som är intresserade av demensvård har fått rikta in sig på att i första hand arbeta med personer med demenssjukdom och tid ges för reflektion och handledning. Något som ger en motivation att ständigt lära mer och ett intresse av att vara delaktig i förändringsarbete.

De två undersköterskorna som gick Bryggan har efter utbildningen haft studiecirklar för personal både på den egna arbetsplatsen och för andra kollegor. De känner sig också mer motiverade att lära mer inom andra områden än omvårdnad vid demenssjukdom. En av dem har gått ytterligare en utbildning på högskolan. De känner ett starkt stöd från sina chefer att de får ha spetsfunktioner och att det finns en vilja att dra nytta av deras kunskaper.

Chefen som möjliggörare för lärande och utveckling

Enhetschefens möjligheter till att kunna utveckla sin verksamhet är tydlig, men hon beskriver liknande svårigheter som undersköterskorna att kunna motivera och påverka kollegor.

Intervjuperson 9: I chefsgruppen pratade jag och min kollega om och rekommenderade kursen, och att låta personal gå samtidigt. Men ingen applåderade väl direkt. Ingen sa att den måste jag gå, eller ville veta mer. För mig är det naturligt, jag känner om jag kan mer så kan jag handleda min personal bättre. Då blir de tryggare och mår bättre.

Fokusgrupperna var eniga om att chefen är avgörande för att ett fortsatt lärande skall bli möjligt. Framförallt att chefen måste ha förståelsen för att demensvård kräver specifika kunskaper och att det måste ges utrymme i verksamheten till ett lärande. Om chefen inte har kunskapen själv blir det ännu viktigare att arbetsgruppen får tid för handledning och reflektion med någon ”utifrån” som kan mer. Det är också viktigt att chefen tar vara på vårdarnas kunskaper, och ger dem stöd för att de skall kunna delge sina arbetskamrater de kunskaper de fått genom utbildningarna. Någon uttryckte att kunskaperna måste få vårdas och ständigt utvecklas. De intervjuade som har tid avsatt för handledning och reflektion har också största förmågan att reflektera under intervjuerna.

Det framkommer också att det är viktigt att arbetsgruppen fungerar och att alla arbetar mot samma mål med den demenssjuke i fokus. Det måste finnas en gemensam vilja till kontinuerligt lärande och utveckling av vården. De menar att det går lättare när alla har fått gå någon av utbildningarna. Men att det går för lång tid innan man kunnat nå det målet. Ett problem är att alla inte vill gå utbildning och att alla inte vill arbeta med de demenssjuka i hemvården. Samtliga anser därför att det bästa är om alla hemvårdsområden har team som vill arbeta med personer med demens, ”man kan inte vara duktig på och intresserad av allt”. Det skulle även innebära en demensvård med ökad kvalitet. Intervjupersonerna två och sex ger exempel från hemvården, fyra och sju från gruppboende:

Intervjuperson 2: Alla har gått utbildning, de flesta Bryggan. Vår chef har gått och puffade för den. Vi har tid avsatt regelbundet. Oftast är chefen med, annars vår samordnare. Sedan träffar vi demenssjuksköterskan från vårdcentralen regelbundet. Efter att chefen gick utbildningen bildades vårt demensteam.

Intervjuperson 6: Det är svårt i hemvården, man har hållpunkter och skall passa tiden. Det blir på lunchen annars finns ingen tid.

Intervjuperson 4: *Vi har inte ändrat på rutiner och så, men vi träffas varje morgon då är alltid sjuksköterskan med och oftast chefen.*

Intervjuperson 7: *Vi pratar med varandra om vad som hänt dagen innan. Men vi skulle behöva få sitta ner planerat. Förut gjorde vi det på lag träffarna. När vi har möten med sjuksköterskan blir det bara praktiska saker och mediciner och sådant. Med chefen handlar det bara om oss personal.*

Den intervjuade enhetschefen menar att det behövs bättre struktur i hemvården, och att en chefs roll är att stödja personalen till att finna bra arbetssätt. Men också att se till att vårdtagarna får de beviljade insatserna på rätt sätt.

Intervjuperson 9: *Jag valde att fördjupa mig i bemötandet under utbildningen. Tycker det är jätteviktigt i mitt dagliga arbete. Nu diskuteras vi mycket mer för att hitta bra vägar. Jag har fått personalen mer intresserad. Jag har också tagit hjälp av demensteamet för handledning. Vi behövde hjälp med en dam som inte ville duscha, hon skyllde på allt möjligt – jag brukar duscha och bada på kvällen. Vi provade direkt. Förut jobbade vi mer traditionellt, tänkte mer strikt på att sådana uppgifter gör man inte på kvällen, det hinner man inte. Nu ser jag andra möjligheter. Man får hitta alla möjliga vägar för att nå målet.*

Enhetschefen menar att när hon kan mer, så kan hon också handleda personalen på ett bättre sätt något som hon ser som en viktig uppgift. Hon kan få både personalen och vårdtagarna att må bättre. Resultatet av att personalen blivit intresserade och att alla gått utbildning gör att möjligheterna ökat till gemensam reflektion, både hon och vårdpersonalen kan både ge och ta, något som leder till ett gemensamt fortsatt lärande.

Sammanfattningsvis är de intervjuade eniga om att chefen är en viktig faktor för att möjliggöra ett fortsatt lärande vare sig man arbetar som chef eller som vårdare. Det har även framkommit att det behövs ett gemensamt intresse i arbetslaget för fortsatt lärande. Några tog ”jantelagen” som ett hinder för fortsatt lärande efter utbildningen, men också att de själva hade svårt att ta plats och visa sina kunskaper och nya idéer. Saknas då stöd för fortsatt lärande blir det svårare att omsätta kunskaperna i praktiken. Vårdarnas föresatser om att införa

olika metoder ”rinner då lätt ut i sanden” och det blir ingen förändring av arbetssätt eller ett fortsatt lärande.

Resultatsammanfattning

Vårdarnas uppfattningar ger en beskrivning av många olika faktorer som påverkar lärandet individuellt under utbildningarna men även vilka faktorer som ses som hindrande eller möjliggör ett fortsatt lärande efteråt, på deras arbetsplatser.

Det individuella lärandet och förutsättningarna för att ”ta till sig” nya kunskaper har påverkats dels av intresset för demensvård, dels av intresset för personer med demenssjukdom. När vårdaren inte har valt att gå utbildning eller har ett eget intresse för att vårda personer med demens påverkar det lärandet mer negativt. Chefens eget intresse och ledarskap är betydelsefullt. De vårdare som vet att deras kunskaper kommer att tas tillvara efter utbildningarna genom att de får ”intressanta” uppdrag och möjligheter till förändrat arbetssätt efter utbildningen är också de som haft en högre motivation till lärande. De intervjuade har haft olika uppfattningar om kursledares sätt att leda utbildningen. Några av de intervjuade upplevde att de inte hade fått vara tillräckligt delaktiga under utbildningen vilket ses som hindrande för lärandet. Det individuella lärandet har påverkats av ovanan och intresset av att läsa facklitteratur. Undersköterskor som gick *Bryggan* kompenserade det med deras allmänna läsvana, praxiserfarenhet och eget intresse.

Genom att få mer kunskaper om demenssjukdomar, symtom kopplat till sjukdomen och dess konsekvenser har det individuella lärandet påverkats på så sätt att förståelsen för personer med demens ökat och att vårdarna mer kan se dem som individer. Att hitta strategier för att kunna kompensera den demenssjukes svårigheter har blivit en utmaning.

De intervjuade har kommit olika långt i sitt individuella lärande. Ingen av de intervjuade använder medvetet begreppet Integritets befrämjande omvårdnad grundad på Mona Kihlgrens teori. Deras uppfattningar beskriver på olika sätt hur de reflekterat över sina kunskaper och börjat omsätta teorin i sin praktiska vardag. Deras förmåga att anpassa sig till den demenssjuke och använda sig av bemötande strategier efter den sjukas funktionsförmåga och behov av stöd blir avgörande för hur de lyckas omsätta kunskaperna i sin praktiska vardag. Det individuella lärandet har gett en ökad arbetstillfredsställelse och ett ökat självförtroende i arbetet med personer med demens. Det ökade självförtroendet och gör att de fått lättare att förmedla sina kunskaper till arbetsgruppen som på sikt kan medföra en förändring i form av utveckling av omvårdnaden på arbetsplatsen. Utbildningarna ger en teoretisk grund som gör det lättare att reflektera, och

reflektion blir en förutsättning för det individuella lärandet och för att kunskaperna inte skall förbli en ”tyst” praxiskunskap.

Efter tidigare utbildningar har det varit svårt för vårdarna att kunna omsätta kunskaperna från utbildning i praktisk handling om inte möjligheter getts till fortsatt handledning. Vårdarens möjligheter till utrymme för reflektion, och deras förmåga att reflektera har visat sig avgörande för fortsatt lärande efter utbildningen. De intervjuade är eniga om att chefen är en viktig faktor för att möjliggöra ett fortsatt lärande. Framförallt att chefen måste ha förståelsen för att demensvård kräver specifika kunskaper och att det måste ges utrymme i verksamheten till ett lärande. Om chefen inte har kunskapen själv blir det ännu viktigare att arbetsgruppen får tid för handledning och reflektion med någon ”utifrån” som kan mer.

Det har även framkommit att det behövs ett gemensamt intresse i arbetslaget för fortsatt lärande. Några tog ”jantelagen” som hinder för fortsatt lärande efter utbildningen, men också att de själva hade svårt att ta plats och visa sina kunskaper och nya idéer. Saknas då stöd för fortsatt lärande blir det svårare att omsätta kunskaperna i praktiken. Vårdarnas föresatser om att införa olika metoder ”rinner då lätt ut i sanden” och det blir ingen förändring av arbetssätt eller ett fortsatt lärande.

Metoddiskussion

Syfte med den här studien har varit att undersöka hur vårdpersonal uppfattar det lärande som de tillägnat sig genom Kompetensstegens demensutbildningar. Med min studie har jag velat få mer kunskaper om hur lärandet påverkats dels individuellt men även vilka effekter det fått i det dagliga arbetet. Jag har också velat undersöka vilka faktorer som hindrar eller möjliggör ett fortsatt lärande/utveckling på arbetsplatsen efter utbildningen. I min studie valde jag att göra kvalitativa intervjuer i form av fokusgrupper med öppna frågor. Fokusgrupperna gav mig möjligheter att få en djup information genom den diskussionsprocess som uppstod i interaktionen mellan de intervjuade. De öppna frågorna följdes upp med följdfrågor oftast genom att ”sända tillbaka” uttalandet för att fördjupa det de intervjuade vill belysa. Några av de intervjuade hade svårare att reflektera och knyta an till de övrigas uppfattningar för att komma vidare. Jag fick då hjälpa dem att reflektera och komma vidare genom att ställa en riktad följdfråga till dem.

Tursunovic påvisar skillnaderna mellan den traditionella intervjurollen och intervjuarens roll som diskussionsledare/moderator vid fokusintervjuer. Hon menar att vid traditionella intervjuer begränsas intervjun till en tvåvägskommunikation, till skillnad mot fokusintervjuer. Under fokusintervjun är diskussionsledarens roll att skapa ett diskussionsmanhang där deltagarna känner sig motiverade att framföra sina åsikter i ett utbyte med andra deltagare.⁵⁷ Jag uppfattade intervjuerna som både avspända och intressanta. De intervjuade var mycket ivriga att delge mig sina åsikter. Kvale påvisade att intervjuforskare ofta blivit förvånade över att de intervjuade upplevt intervjuerna som en positiv erfarenhet, dels att bli lyssnade på men också som under fokusgrupper få lyssna till andras uppfattningar.⁵⁸ När jag läste detta blev jag intresserad av att lägga märke till om fenomenet skulle uppstå under mina intervjuer. Det blev uppenbart att intervjuerna blev ett tillfälle för lärande, något som flera av de intervjuade även uttryckte efter intervjuerna.

I min studie delade de intervjuade samma intresse och har liknande erfarenheter som är aktuella för både dem och mig själv som intervjuare. Intervjupersonernas sinnestillstånd kan ha påverkat deras uttalanden och jag kan inte fullt ut avgöra hur sanningsenliga de varit. Min uppfattning är att de uppriktigt velat delge mig sina uppfattningar. Genom att de fått uttala sina uppfattningar högt och reflekterat över dem tillsammans med övriga intervjuade har det skett en interaktion dem emellan, ett uttalande har reflekterats av de övriga för att sedan leda till nästa osv. Min intervjuteknik och analysförmåga har självklart påverkat resultatet. Jag hade själv vissa farhågor över hur min ovana att leda fokusgrupper skulle påverka under intervjun. Under provintervjun kände jag att det inte var något hinder. Till min glädje kände jag att jag hade stor nytta av mina erfarenheter av att leda handlednings- och reflektionsgrupper och min intervjuguide fungerade väl för att få svar på mina frågeställningar. Min kollega som fanns med under intervjuerna blev ett värdefullt stöd. Hon har både erfarenheter av eget forskningsarbete och hade satt sig in i mitt skrivarbete, syfte och frågeställningar. Hon blev ett värdefullt bollplank mellan intervjuerna, som innebar att jag lättare kunde reflektera över mitt sätt att leda fokusintervjuerna. Hennes uppgift var dels att stödja mig så inga frågor missades, men även att fånga in essensen under intervjun. Hennes anteckningar blev värdefulla senare vid den första analysen och kategoriseringarna.

Samtliga intervjuer spelades in på en digital diktafon, som var diskret och som snabbt glömdes bort. Det var inget problem att höra inspelningarna när de förts över till min dator. Jag var beredd på att utskriften av intervjuerna och analys-

57 Tursanovic, (2002), s.6.

58 Kvale, (1997), s. 110.

arbetet skulle vara tidskrävande. Jag blev därför tacksam över att få hjälp med en av utskriften, men jag fick ändå komplettera den utskriften, min medhjälpare hade en högtalare på datorn som gjorde att det var svårt för henne att höra allt som sades. Jag fick ett mycket omfattande material trots att det var relativt få intervjuer, det blev därför viktigt att finna en bra metod för min analys. Vissa kategorier framträdde tydligt medan andra var mer diffusa. Intervjuerna hade först koncentrerats till bärande meningar som kategoriserades, ändå blev det uppenbart under skrivarbetet med resultatavsnittet att vissa uttalanden hörde hemma under annan kategori och fick då placeras om.

Min avsikt var från början att avgränsa studien till utbildningen *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar* då jag ansåg att tidsramen var för knapp för att inkludera bägge utbildningarna som genomfördes inom Kompetensstegen. Därför genomförde jag först två fokusintervjuer med fyra deltagare i varje från ovanstående utbildning. Eftersom en deltagare föll bort beslutande jag mig för att använda provintervjun. Jag kom fram till att det blev för få informanter i en grupp. Bortfallet innebar att det saknades någon representant i den gruppen som arbetade på gruppboende för personer med demens. Det visade sig att undersköterskorna som deltog i provintervjun kunde kompensera bortfallet genom att de kunde representera gruppboende och dagverksamhet. Alternativet hade varit att boka om tiden för intervjun eller göra ytterliga en fokusintervju. Något som tiden inte medgav. Ytterliga en anledning var att en av de intervjuade i provintervjun var enhetschef och som delgav mig information som kompletterade de övriga intervjuades uppfattningar om chefens betydelse som möjliggörare för fortsatt lärande efter utbildningen. När jag tog del av vilka som gått utbildningen *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar* visade det sig att ingen enhetschef hade deltagit under något av kurstillfälle. Därför fanns ingen enhetschef med i det första urvalet av intervju-personer. Mitt beslut medförde att jag har kunnat få ett bredare resultat som även inkluderar utbildningen *Bryggan* i studien.

Jag är osäker på om en annan forskare skulle komma fram till samma resultat som jag. Jag har inte haft för avsikt att generalisera utifrån min undersökning, utan strävat att påvisa ett problem eller socialt fenomen i samband med utbildningsinsatser i arbetslivet, för att studera det utifrån dess likheter och skillnader. En anledning till mitt val av ämne var att den skulle kunna användas som en grund för utvärdering av den stora utbildningssatsningen. Jag anser att mitt arbete har en trovärdighet, det finns i många delar en samstämmighet i mitt resultat med den forskning som redovisas i min bakgrund som gör att den är användbar. Både som en utvärdering men även att den kan ge viktiga kunskaper inför fortsatta utbildningsplaneringar.

Resultatdiskussion

Mitt syfte med den här studien har varit att undersöka vårdpersonalens uppfattning av lärandet och nya kunskaper som de fått genom kompetensstegens demensutbildningar och vilka möjligheter eller hinder som finns för fortsatt lärande efter utbildningarna. Att vårda personer med demenssjukdomar är en komplex uppgift.

För att ge en god omvårdnad behöver vårdarna mångfacetterade kunskaper, både teoretiska och praktiska, men framförallt en förmåga att kunna omsätta kunskaperna i praktisk handling. Jag hade helt klart för mig innan jag började mitt examensarbete att för att det skall bli möjligt behövs även goda förutsättningar på arbetsplatserna. Jag ville därför med mitt arbete studera dels hur deras individuella lärande påverkats av utbildning, men även vilka faktorer som hindrar eller möjliggör ett fortsatt lärande och implementering av kunskaperna efteråt. Reflektionens betydelse blev mycket tydlig under intervjuerna. Jag imponerades av de intervjuades förmåga att kunna reflektera över sina kunskaper och över sig själva och sitt handlande i vardagen. Så gott som alla intervjuade var mycket medvetna om att deras förhållningssätt och bemötande som vårdare var avgörande för om de lyckas med en uppgift eller inte.

Min första frågeställning handlar om det individuella lärandet, hur deltagarnas lärande hade påverkats individuellt. Resultatet visar på att ett eget intresse för demensvård och personer som har demenssjukdom är en grundförutsättning för vårdarnas individuella lärande. Chefens intresse för demensvård och dennes ledarskap är också av betydelse, för att motivera till lärande. De vårdare som vet att deras kunskaper kommer att tas tillvara efter utbildningarna genom att de får ”intressanta uppdrag” och möjligheter till förändrat arbetssätt efter utbildning är också de som haft en högre motivation till lärande. Behovet av att veta att kunskaperna tas till vara bekräftas av både Rooke och Ellström, de menar att lärande av teoretiska kunskaper i utbildningssammanhang är en förutsättning för och underlättar informellt lärande i arbetslivet. Människors lärande leder dock inte automatiskt till att kunskaper, kompetens eller att personligheten utvecklas. Tvärtom kan ett negativt anpassningsinriktat lärande ske om det finns krav på att de anställda efter utbildning rutinmässigt skall anpassa sig till givna ramar för att lösa problem som begränsar förmågan till att tänka, lära och handla nytt.⁵⁹ Tas kunskaperna till vara ökar möjligheterna till ett utvecklingsriktat lärande som fokuserar på en förändring och utveckling av given kunskap. Detta innebär ökade möjligheter till att omsätta nya kunskaper i det praktiska arbetet.

59 Rooke, i Johansson, red. (1996), s133-135. Ellström, P-E., (2003), s. 22-23.

I resultatet framkommer olika uppfattningar om kursledarnas sätt att leda utbildningen. De flesta var mycket nöjda, de menade att det var en bra blandning mellan diskussioner, grupparbeten och föreläsningar. Men alla som hade gått *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar* var inte nöjda, och det blev tydligt att deltagarna hade olika egna förutsättningar och behov av en pedagogik som var anpassad till deras eget sätt att lära. Utbildningen ges som intern fortbildning utanför det traditionella utbildningssystemet. Kursdeltagarna fick kursmaterial och möjligheter att låna litteratur för att förbereda sig inför diskussioner, men det var helt upp till dem själva att utnyttja den möjligheten. De som inte var nöjda ansåg att de inte fått vara tillräckligt delaktiga och saknade någon form av givna hemuppgifter.

De ansåg också att under grupparbeten och diskussioner hade stor del av tiden använts till att diskutera hur de har det på sina arbetsplatser istället för de givna problemfrågeställningarna. Jag blev inte direkt förvånad av att höra detta, jag har ungefär liknande erfarenheter efter att ha lett liknande utbildningar. Min erfarenhet är att kursdeltagare behöver intressanta case med tydliga frågeställningar att arbeta med under diskussioner. Min erfarenhet är också att få förbereder sig utan att de fått en direkt uppmaning till att göra det. Jag anser att det kan bero på den traditionella skola som de flesta vårdare med kort skolgång har gått i. De flesta har erfarenheter från en skola med en lärare som förmedlare av en kunskap som sedan skall redovisas som förhör eller på prov. Jag kan jämföra det med mina erfarenheter från VFU på komvux, där det var tydligt att de äldre kursdeltagarna hade svårt att söka kunskap och förväntade att läraren skulle ge de rätta svaren.

Ellström m.fl. menar att det är vanligt i utbildningssammanhang att antingen förväntas det att kursdeltagarna skall lösa uppgifter från givna förutsättningar eller att rätt svar finns hos ”läraren” eller i ”boken”, flera av vårdarna påpekade att de troligen inte fick ”läxa” för att det inte var någon riktig utbildning. Författarna menar att för att ett lärande skall leda till utveckling (utvecklingsinriktat lärande) krävs det att individen lär sig formulera problem och kunna analysera hur problem uppstår och hur de skall åtgärdas. Individen behöver då tillräckligt med kunskaper och förutsättningar för att tolka uppgiften och utveckla alternativa sätt att handla.⁶⁰ I min analys kom jag fram till stora skillnader mellan de intervjuade som gått samma utbildning. Vårdarna och enhetschefen som gått Bryggan samt de vårdare som gått *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar* som hade haft möjlighet till utrymme för reflektion i sitt arbete, visade på ett större intresse av och förmåga att söka sig kunskap. De hade utnyttjat tillfället att hämta in och lära, inte bara av kursledarna utan även av

60 Ellström, Ekholm och Ellström, 28.

kollegor från andra arbetsplatser. De olika praktiska övningarna i utbildningen hade både varit positiva upplevelser men även gett dem nya insikter om vilka möjligheter metoderna ger i arbetet. En teoretisk grund till metoderna gav dem en motivation till att få sina kollegor på arbetsplatserna intresserade att utveckla arbetet. För dem hade lärandet under utbildningen utvecklats i dialog med övriga kursdeltagare. Jag kan jämföra detta med Vygotskijs sociokulturella synsätt på lärande, att lärande sker i dialog med andra i en lärogemenskap.

Resultatet visar på att kunskaperna om demenssjukdomar, symtom, dess konsekvenser och kunskapen för demensvård har ökat. Jag upplevde det som mycket givande och intressant att få ta del av vårdarnas förmåga att reflektera över sina kunskaper. De rika beskrivningar som jag fick visade på hur det individuella lärande har medfört att förståelsen för personer med demens har ökat och att vårdarna ser dem som individer. Att hitta strategier för att kunna kompensera den demenssjukes svårigheter har blivit en utmaning. Jag blev mycket glatt överraskad. Det är intressant att resultatet sammanfaller med Skoogs resultat i sin avhandling. Hennes resultat visade på hur eleverna på Silviahemmet utvecklade sin kompetens. Hon beskriver hur personalperspektivet och rutiner successivt tonades ner och eleverna fick större förståelse för sjukdomen, den demenssjuke avancerade till patient. I nästa fas av utbildningen tonades patientperspektivet ner och eleverna började fokusera på relation och kvarvarande resurser. I slutet av utbildningen hade eleverna uppnått en nivå där en människovärdesprincip med den demenssjuke som en individ i centrum utvecklats.⁶¹

Ellströms beskrivning av att graden av utvecklingsinriktat lärande är beroende av individens handlingsutrymme blir tydlig i resultatet. Han menar att individens möjligheter att kunna påverka omgivningen med sitt eget handlande är av avgörande betydelse för att underlätta ett kvalificerat lärande. För att få handlingsutrymme ställs stora krav på att individen har förutsättningar och tillräckliga kunskaper. Men de behöver även förutsättningar för att kunna tolka uppgiften och utveckla alternativa sätt att handla.⁶²

Resultatet visade på att vårdarna kommit olika långt i sitt lärande. Det blev tydligt att de som kommit längst, var de vårdare som hade haft möjligheter till fortsatt lärande efter utbildningarna och som visar på reflektionens betydelse. Ingen av de intervjuade använde begreppet integritetsbefrämjande omvårdnad grundad på Mona Kihlgrens teori.⁶³ Troligen beror det på att begreppet inte använts under utbildningen. Under den tid jag auskulterade under utbildningen togs inte

61 Skog, (2000), s. 43-44.

62 Ellström, P-E., (1996), s. 27.

63 Kihlgren, (1990), s.165-172.

teorin upp. Det fanns heller inget i deras kurskompendium som belyste integritetsbefrämjande omvårdnad. Däremot framträder teorin genom att vårdarna på olika sätt reflekterar över sina kunskaper och hur det som de börjat omsätta dem i sin praktiska vardag. Teorin framträder när de beskriver hur de anpassar sig till den demenssjuke, och hur de börjat använda sig av olika bemötandestrategier efter den demenssjukes funktionsförmåga. Något som visat sig avgörande för hur de lyckas omsätta kunskaperna i sin praktiska vardag.

Thörnquist visade i sin studie på att praxiskunskap inte är tillräcklig, när det gäller kunskaper i omsorg och omvårdnad. Framförallt behövs kunskaper för att klara svåra arbetsuppgifter, som att arbeta med psykiskt sjuka och personer med demenssjukdom. Bristen på kunskap leder ofta till en osäkerhet och känslor av att inte ha tillräckliga kunskaper.⁶⁴ Hennes forskning stödjer de resultat som jag kom fram till när det gäller den känsla av arbetstillfredsställelse och säkerhet som var gemensam för vårdarna i min studie.

Det individuella lärandet hade ökat vårdarnas arbetstillfredsställelse och gett dem en ökad säkerhet i arbetet med personer med demens, men även i mötet med anhöriga. De upplever att det är lättare att förmedla sina kunskaper vidare, något som kan medföra en förändring i form av utveckling av omvårdnaden på arbetsplatsen. Utbildningarna har gett en teoretisk grund som ger dem ökade möjligheter att kunna reflektera, och reflektion är en förutsättning för att kunskaperna inte skall förbli en ”tyst” kunskap. För att kunskapen skall bli synlig behöver de teoretiska och praktiska kunskaperna integreras med varandra.

Fokusgruppen som deltagit i Bryggan menade att den var krävande, men mycket stimulerande. Utbildningen krävde en egen motivation såväl som en egen förmåga till självständigt lärande. Förutsättningarna var att deltagarna studerade hemma på fritiden för att klara individuella uppgifter och för att förbereda sig inför seminariediskussioner. Under utbildningen fick de studerande fördjupa sig i ett individuellt arbete som de var särskilt intresserade av. Detta uppfattades som särskilt stimulerande och motiverande. I det egna arbetet fick de även lov att reflektera över sina kunskaper och sitt handlande i praktiska yrkesvardagen. Resultatet visar på en skillnad mellan de som genomfört utbildningen Bryggan och de intervjupersoner som genomfört utbildningen *Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar*, där några deltagare saknade hemuppgifter och mer strukturerade diskussioner under själva utbildningen.

Min nästa frågeställning handlar om vilka faktorer som har hindrat eller möjliggjort ett fortsatt lärande på arbetsplatserna. Efter tidigare utbildningar har det varit svårt för vårdarna att omsätta kunskaperna från utbildning till praktisk

64 Thörnquist, (2004), s. 210, 212.

handling om inte möjligheter getts till fortsatt handledning. Jag kan bara konstatera att samma förhållanden råder nu. Vården behöver struktureras på ett sådant sätt att vårdarnas kunskaper tas tillvara. Vårdarna ser det som en förutsättning att de som vill arbeta med personer med demens får ha det som sin huvuduppgift. Vårdarnas möjlighet till utrymme för reflektion, och deras förmåga att reflektera har visat sig avgörande för fortsatt lärande efter utbildningen.

Det behövs även ett gemensamt intresse i arbetslaget för fortsatt lärande. Några tog "jantelagen" som exempel på hinder för fortsatt lärande efter utbildningen. Men även att de själva hade svårt att ta plats och visa sina kunskaper och nya idéer. Saknas då stöd för lärande blir det svårare att kunna omsätta kunskaperna i praktiken. Föresatser om att införa olika metoder "rinner då lätt ut i sanden" och det blir ingen förändring av arbetssätt eller fortsatt lärande. Ellström, Ekholm och Ellström menar att faktorer i omgivningen som handledning, har en positiv funktion och är avgörande för att stödja en positiv utveckling i gruppen.⁶⁵ De menar att här har ledningen en viktig funktion. I författarnas forskning har det visat sig att grupper har en tendens att undvika att delge varandra sina erfarenheter. Som förklaringar kan ses en rädsla för att ses som en "besserwisser", eller att den som har mer erfarenheter ses med "jantelagens ögon".

Vårdarna är eniga om att chefen är en viktig faktor för att möjliggöra ett fortsatt lärande och för att de ska "våga" delge sina kunskaper. Framförallt att chefen måste ha förståelse för att demensvård kräver specifika kunskaper och att det måste ges utrymme i verksamheten för lärande. Om chefen inte har kunskaperna själv blir det ännu viktigare att arbetsgruppen får tid för reflektion med någon som kommer "utifrån" och som kan mer. Resultatet visade på att det var mindre än hälften av vårdarna som hade den möjligheten.

I Sverige såväl som utomlands finns ett stort antal studier som visat på goda resultat när vårdarna får utbildning och handledning, jag har i min bakgrund gett exempel på tre av dem. De flesta studierna är interventionsstudier där utbildning och handledning har getts i kombination. Hallberg är en av dessa forskare och hon menar, att ge vårdarna utbildning och utrymme för lärande också är ett sätt att vårda vårdarna. Hennes forskning har visat på att vårdarnas upplevelse av otillfredsställelse kan leda till mindre kvalitet i vården genom känslomässig tillbakadragenhet från patienten, men även leda till en ökad risk för utbrändhet hos personalen.⁶⁶ Kihlgren m.fl. kom fram till liknande resultat i sina interventionssudier, men även hur den demenssjuke påverkades genom att visa en ökad funktionsförmåga och blev mer självständiga när vårdpersonalen

65 Ellström, Ekholm och Ellström, (2003), s. 66-67.

66 Hallberg, (1995), s. 12, 74.

utbildats. Olika tester av den sjuke visade hur deras intellektuella förmåga ökade och laboratorieprover visade på ökade transmittorsubstanser i hjärnan, vilket leder till ökad funktionsförmåga och bättre välmående psykiskt.⁶⁷

Resultatet visar på att chefen har en stor betydelse för att möjliggöra ett fortsatt lärande. I min studie fanns en av enhetscheferna med. Hon lyfte fram dels varför det är viktigt att chefer skaffar sig egna kunskaper i "sakfrågan". Framförallt en djupare förståelse för personer med demens och demenssjukas behov av en specifik omvårdnad. Hon beskriver att hennes nya kunskaper och nya insikter gör att hon nu fokuserar mer på innehållet i omvårdnaden och hur vården bedrivs. Det har blivit viktigt att det finns en struktur i vården så att de vårdare som är intresserade av att arbeta med demensvård får gå utbildning och sedan får ha demensvård som sin huvuduppgift. På så sätt tas vårdarnas kunskaper tillvara och kan leda till en bättre omvårdnad. Kunskaperna gör att hon bättre kan handleda sin personal men också att hon blivit mer "benägen" att ta hjälp av andra som kan mer för handledning. Det intressanta är att det samstämmer med de övriga vårdarna som har chefer som tar vara på deras kunskaper och ger dem utrymme och möjligheter till handledning och reflektion.

Jag har fått tagit del av vårdpersonals kunskaper och insikter som jag försökt lyfta fram i mitt arbete. Jag har lärt mig av dem vilka kunskaper en stor utbildningsinsats kan ge för det individuella lärandet. Men jag har också lärt mig mer om vad som krävs för ett fortsatt lärande. Reflektion har alltid haft en stor betydelse för mig, jag har nu fått en ännu djupare insikt om dess betydelse. Framförallt har jag fått en ökad insikt om hur en avsaknad av möjligheterna till handledning och reflektion kan hindra lärandet.

Förslag till fortsatt forskning

Det finns redan en omfattande forskning med interventionssudier där utbildning i samband med utvecklingsarbete som förändrar strukturen i demensvården studerats. I resultatet av mitt arbete träder chefens roll som möjliggörare för ett kontinuerligt lärande i den praktiska vardagen och efter utbildning som viktig. Men det finns även andra som borde vara möjliggörare som t.ex. sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Som det ser ut idag har vårdarna ofta mer kunskaper än vad många sjuksköterskor och arbetsterapeuter har i omvårdnad av personer med demenssjukdom. Det naturliga vore att dessa har mer kunskaper än vårdarna och borde kunna ge en nära handledning och möjlighet till reflektion. Något som vore lämpligt för vidare studier.

Att fortsätta utforska chefens syn på sig själv som möjliggörare och vad som krävs för att de skall kunna vara det borde utforskas vidare. Likaså att genom-

67 Kihlgren (1990)

föra interventionsstudier liknande de som är gjorda med vårdare med dessa yrkesgrupper, för att se vad utbildning i kombination med reflektion och handledning kan ge för utveckling av demensvården.

Tack!

Jag vill tacka alla som gett mig stöd på min långa resa under dessa tre år som jag läst på halvfart och på distans. Även om jag varit ensam författare till den här uppsatsen så hade den inte blivit möjlig utan övriga personer som varit inbegripna i den. Andra har funnits med som goda inspiratörer och förebilder.

Jag vill först och främst tacka min man Gunnar för ditt tålamod när jag beklagat mig över hur jobbigt det är, spridit papper och böcker över vårt hus. Du är min sannaste vän som alltid ger mig kärlek, tröst och uppmuntran.

Min dotter Jenny som hjälpte mig igång med råd och uppmuntran, det var länge sedan mamma senast studerade.

Sara, min sekreterare under intervjuerna som gjorde det möjligt att genomföra fokusgrupper.

Tack till er som jag har intervjuat. Ni gav mig ett material att arbeta med.

Mina arbetskamrater Mia och Gun ni skall ha ett stort tack för skrivhjälp.

Jag vill även tacka dig Jane, för hjälp med min engelska mitt i julbestyren!

Nu Linnea skall mormor vara mormor på riktigt!

Sist men inte minst vill jag tacka min handledare Eva Eliasson. Jag vill tacka dig för dina kloka ord och en givande handledning!

Referenser

1. Beck-Friis, Barbro., och P, Strang,(red) (1996). *Palliativ medicin*. Falköping:Almqvist & Wiksell Medicin/Liber
2. Backman, Jarl (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur
3. Bråne, Görel., I, Karlsson, M, Kihlgren och A, Norberg. (1989). *Integrity promoting care of demented nursing home patients,: pscykological and biochemical changes*. International Journal of geriatric Psychiatry 1989, nr 4 New York: Wiley Inter Science
4. Dysthe, Olga. (red).(2003). *Dialog samspel och lärande*. Lund: Studentlitteratur
5. Ellström, Eva., B, Ekholm och P-E Ellström. (2003). *Verksamhetskultur och lärande, Om äldreomsorg och lärandemiljö*. Lund: Studentlitteratur
6. Ellström, Per-Erik. (1996). *Arbete och lärande –förutsättning och hinder i dagligt arbete*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
7. Eriksson, Iréne (2003). *Kunskap är inte bara sunt förnuft – en utvärdering av demensutbildning i Aneby kommun*. Jönköping: Luppens kunskapscentrum, Skriftserien för Äldreomsorg och äldrevård nr.1
8. Eskilstuna Kommun, Kompetensstegen., (elektronisk) Tillgänglig: <http://www.eskilstuna.se/templates/page__137735.aspx> 2007-10-19 kl.14:47
9. Flanagan, John. C (1954). *The Critacal Incident Technicue*, Psychological Bullentin 51, No 4 Washington D.C: American Psychological Association.
10. Hallberg. R, Ingalill. (1995). *Klinisk omvårdnadshandledning*. Stockholm: Liber Utbildning.
11. Hård af Segerstad, Helene., A, Klasson, och U, Tebelius., (1996). *Vuxenpedagogik – att iscensätta vuxnas lärande*. Lund: Studentlitteratur
12. Johansson, Britt (red).(1996). *Vårdpedagogisk antologi*. Lund: Studentlitteratur.
13. Kihlgren, Mona., A, Hallgren., A, Norberg., G,Bråne., och I,Karlsson. (1990). *Effects of the training of integrity promoting care on the interaction at a long-term ward. Analysis of video-recorded social activites*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, International, Scandinavian Jounal of Caring Sciences 1990, nr 4.

14. Kvale, Steinar. (1997). *Den Kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
15. Kompetensstegen. (elektronisk) Tillgänglig: <http://www.kompetensstegen.se/page____136.aspx>200-10-19 kl. 14:47
16. Lave, Jean and E, Wenger. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge: University Press
17. Lave, Jean., E Wenger. (*Infed, Communities of practice* (elektronisk) <Tillgänglig: http://www.infed.org/biblio/communities_of_practice.htm> 2007-10-19 kl -18:00
18. Lantz, Annika (2007). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur
19. Marcusson, Jan., A, Wallin., och K, Blennow. (2003). andra upplagan, *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber
20. Regeringskansliet, Socialdepartementet. (2003) *På väg mot bättre demensvård*,Ds 2003:47. Stockholm: Fritzes
21. SBU. (2006) Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU
22. Skog, Margareta, (2000) *Teching for learning and learning for teching in care for elderly with demntia at Silviahemmet*. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap och allmänmedicin, sektionen för geriatrisk medicin
23. Säljö, Roger. (2000) *Lärande i praktiken, ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Nordstedts akademiska förlag.
24. Thörquist, Agneta. (2004) *Vad man skall kunna och hur man skall vara*. Stockholm: HLS Förlag
25. Tursunovic, Mirzet. (2002) *Fokusgruppsintervjuer i teori och praktik*. Sociologisk forskning No 1 s.62-89
26. Wimo, Anders., L, Johansson och L, Jönsson. (2005) *Demenssjukdomarnas kostnader och antalet dementa i Sverige*. Socialstyrelsen: Artikelnr. 2007-123-32. 14-29 (elektronisk) Publ.September 2007.Tillgänglig: <<http://www.sosocialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/FBF2CF90-53A4-4538-8953-EEF235BC790B/8297/200712332.pdf>>2007-09-24 kl-15.00emergency care. Stockholm: Karolinska institutet.

Bilaga 1, Missiv till enhetschefer



Lärarhögskolan i Stockholm

Institutionen för samhälle, kultur och lärande

Avdelningen för Vård- och hälsopedagogik

08-737 55 00 (vxl)

Eskilstuna den 7 oktober 2007

Till berörda enhetschefer

Vid sidan av mitt arbete på Vuxenförvaltningen i Eskilstuna kommun är jag vårdlärarstuderande vid Lärarhögskolan i Stockholm. Under hösten skriver jag mitt uppsatsarbete som handlar om vilka nya kunskaper och ny kompetens som Kompetensstegens utbildning Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar ger

Syftet med min studie är att belysa deltagarnas uppfattning om sitt lärande och tillämpningen av tillägnad kunskap genom Kompetensstegens utbildning, Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar.

Jag önskar därför göra två gruppintervjuer med omvårdnadspersonal som arbetar inom hemvård, på dagverksamhet och i särskilt boende med omvårdnad av personer med demenssjukdom. Intervjuerna kommer att ske med fyra personer i varje grupp.

Varje intervju kommer att ta ca två timmar och kommer att genomföras under vecka 44 (eftermiddag). Intervjun utformas som ett samtal i gruppen och spelas in på band som efter utskrift och avslutad uppsats kommer att förstöras. Eftersom intervjun kommer att ske i grupp kommer jag att ha en medhjälpare som stöd så att alla kommer tilltals och inga frågor missas. De som intervjuas försäkras konfidentialitet i min databearbetning och resultatredovisning, vilket innebär att det inte kommer framgå i arbetet vilka de är eller vem som sagt vad. Resultatet kommer att redovisas i min examensuppsats under januari 2008.

Arbetet kommer även att användas som en del inför fortsatt utvärderingen av Kompetensstegen.

För att kunna genomföra intervjuerna hoppas jag att den personal som kan vara aktuell för intervju inom ditt chefsområde kan få gå från jobbet om de är i tjänst. Jag planerar att genomföra intervjuerna på eftermiddagar. Jag vill ha bekräftat från er via mail eller genom telefonkontakt om det är i sin ordning att jag kontaktar anställda som gått aktuell utbildning och som arbetar hos er.

Vänliga hälsningar Annika Sjöberg
Telefon 016-7101517
annika.sjoberg@eskilstuna.se

Handledare: Eva Eliasson
Doktorand, Lärarhögskolan Stockholm
eva.eliason@lhs.se

Bilaga 2, Missiv till informanter



Lärarhögskolan i Stockholm

Institutionen för samhälle, kultur och lärande

Avdelningen för Vård- och hälsopedagogik

08-737 55 00 (vxl)

Eskilstuna den 7 oktober 2007

Vid sidan av mitt arbete på Vuxenförvaltningen i Eskilstuna Kommun är jag vårdlärarstuderande vid Lärarhögskolan i Stockholm. Under hösten skriver jag mitt uppsatsarbete som handlar om vilka nya kunskaper och ny kompetens som Kompetensstegens utbildning Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdomar ger.

Syftet med min studie är att belysa deltagarnas uppfattning om sitt lärande och tillämpningen av tillägnad kunskap genom Kompetensstegens utbildning, Omvårdnad och bemötande av personer med demenssjukdom gett.

Jag önskar därför göra två olika gruppintervjuer med omvårdnadspersonal som arbetar inom hemvård, på dagverksamhet och i särskilt boende med omvårdnad av personer med demenssjukdom. Intervjuerna kommer att ske med fyra personer i varje grupp.

Varje intervju kommer att ta ca två timmar och kommer att genomföras under vecka 44 (eftermiddag). Intervjun utformas som ett samtal i gruppen och spelas in på band som efter utskrift och avslutad uppsats kommer att förstöras. Som stöd under intervjun kommer jag att använda en intervjuguide som vi går igenom innan intervjun. Guiden är till för att vi gemensamt skall "hålla oss" till studiens frågeställning och syfte. Eftersom intervjun sker i grupp kommer jag ha en medhjälpare som stöd så alla kommer tilltals och att inga frågor missas.

Ni försäkras konfidentialitet i min databearbetning och resultatredovisning. Detta innebär att det inte kommer framgå i arbetet vilka ni är eller vem som sagt vad. Resultatet kommer att redovisas i min examensuppsats under januari 2008.

Arbetet kommer även användas som en del inför en fortsatt utvärdering av Kompetensstegen.

Enhetscheferna inom aktuella verksamheter är kontaktade så att ni har möjlighet att gå ifrån ert arbete.

Vänliga hälsningar Annika Sjöberg
Telefon arbete: 7101517
annika.sjoberg@eskilstuna.se

Handledare: Eva Eliasson
Doktorand, Lärarhögskolan Stockholm
eva.eliason@lhs.se

Bilaga 3, Godkännande



Lärarhögskolan i Stockholm

Institutionen för samhälle, kultur och lärande

Avdelningen för Vård- och hälsopedagogik

08-737 55 00 (vxl)

Godkännande:

Gruppintervjun handlar om dina uppfattningar, vilka nya kunskaper som du fått genom utbildningen och som du anser viktiga och vilka effekter det fått i ditt dagliga arbete. Den skall ligga till grund för min examensuppsats i utbildningen till Vårdlärare vid Lärarhögskolan i Stockholm.

Du avgör själv vad du vill delge mig och de övriga deltagarna vid intervjutillfället, du har även rätt att avbryta intervjun.

Intervjun spelas in på MP3- spelare och skrivs sedan ut ordagrant. När uppsatsen är godkänd kommer inspelningen att förstöras. Du försäkras att det inte kommer att framgå i mitt arbete vad du uttalat dig om eller var du arbetar.

Gruppintervjun som metod förutsätter att du godkänner att en medhjälpare finns med vid intervjun.

När arbetet är klart kommer du att erbjudas att få ta del av den färdiga uppsatsen.

Härmed intygas att Annika Sjöberg får använda data från gruppintervjun i studien.

Ort

Datum

Namnsteckning

Bilaga 4, Intervjuguide

Intervjuguide

Inledande frågor:

- Ålder
- Tidigare utbildning
- Erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom
- Hur kom det sig att du deltagit i utbildningen
- Är det fler på era arbetsplatser som gått utbildningen eller ”Bryggan”
- Allmänt om programmet

1. Hur har ert lärande påverkats individuellt?

- Vad är det viktigaste du (ni) lärt dig (er)i utbildningen?
- Vilka effekter har det fått er i ert dagliga arbete.

Exempel på:

- Händelser, situationer när du (ni) använder er av de nya kunskaperna i arbetet.
- Någon händelse där er nya kunskap eller insikt varit särskilt betydelsefull eller avgörande för att lyckas, eller där det inte fungerat

2. Har de nya kunskaperna medfört någon förändring på er arbetsplats i arbetet med personer med demens?

- Fånga upp: Faktorer företeelser, händelser som uppfattas betydelsefulla eller hindrande för fortsatt lärande

3. Har utbildningen medfört någon förändring eller möjligheter till fortsatt lärande/utveckling på din (er) arbetsplats?

- ”Fånga upp”: Faktorer, företeelser, händelser som uppfattas betydelsefulla eller hindrande för fortsatt lärande.

Mina ledord: Händelser/Skeenden

Hindrande faktorer

Avgörande/betydelsefulla

som är hindrande eller avgörande för lärandet/utvecklingen

Lärarhögskolan i Stockholm
Besöksadress: Konradsbergsgatan 5A
Postadress: Box 34103, 100 26 Stockholm
Telefon: 08–737 55 00
www.lararhogskolan.se



Rapporter utgivna av FoU i Sörmland

Rapport 2006:1

Förbättrat stöd för personer med demens i eget boende

– utvärdering av utbildningsprogram för hemtjänsten i Flens kommun. *Författare: Sofia Kialt*

Rapport 2006:2

En modell för regelbunden uppföljning av äldres läkemedelsbehandling

Symtomskattning och läkemedelsgenomgångar på distans – ett pilotprojekt vid Björntorps äldreboende och demensboende i Oxelösund. *Författare: Ingrid Schmidt*

Rapport 2006:3

Dagverksamhet för demenssjuka i Vingåkers kommun.

Författare: Sara Ohlsson

Rapport 2007:1

Uppsökande verksamhet bland äldre i Eskilstuna och Strängnäs.

En projektbeskrivning. *Författare: Lisbeth Dahlberg, Eva Johansson, Anna-Maarit Tirkkonen*

Rapport 2007:2

Sjukgymnasters syn på smärtproblematik hos äldre inom kommunal äldreomsorg.

En enkätstudie. *Författare: Sara Gustafsson*

Rapport 2007:3

Specifik omvårdnad för personer med beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) – en utvärdering av ett tvåårigt utvecklingsprojekt. *Författare: Siw Hansson*

Rapport 2008:1

Gå utbildning är en sak, men vad händer sedan i den praktiska yrkesvardagen?

Vårdpersonalens uppfattning av lärandet och tillämpning av kunskaper efter fortbildning

Författare: Annika Sjöberg

Rapport 2008:2

Sjuksköterskans autonoma legitimeringsgrundande funktion utifrån aspekten att ansvara för omvårdnaden

– en beskrivning av hur sjuksköterskor på särskilda boenden uppfattar den. *Författare: Eija Göransson*

Projektredovisningar utgivna av FoU i Sörmland

Projektredovisning 2006:1

Utveckling av särskilt boende för äldre personer med specifik problematik i sin demenssjukdom.

Beteendestörningar och Psykiska Symtom vid Demenssjukdomar BPSD. *Författare: Siw Hansson, Lena Nordin*

Projektredovisning 2006:2

Fallpreventivt arbete inom särskilt boende i Eskilstuna.

Utveckling av en modell. *Författare: Åsa Eriksson*

Projektredovisning 2006:3

Social dokumentation.

Redovisning av ett utvecklingsprojekt i Vingåker. *Författare: Lisbeth Dahlqvist, Rose-Marie Larsson*

Projektredovisning 2006:4

Kultur i vården.

Redovisning av ett utvecklingsarbete inom utvecklad hemtjänst. *Författare: Monica Nordrup*

Projektredovisning 2007:1

Taktil Stimulans – Beröring som lugnar.

Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla. *Författare: Annika Magnusson*

Projektredovisning 2007:2

Vardagsrehabilitering i eget ordinarie boende.

Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla. *Författare: Susanne Borgerot*

Projektredovisning 2007:3

Äldre och Läkemedel. Samverkansprojekt Hemtjänsten – Primärvård – Apotek i Flen och Katrineholm.

Författare: Inger Ljungholm och Ann-Katrine Trybom

Projektredovisning 2007:4

Äldre och Läkemedel.

Modell för kvalitetsanalys Oxelösund 2006. *Författare: Ingela Mindemark*

Rapporter och projektredovisningar finns på www.fou.sormland.se

FoU i Sörmland

FoU i Sörmland är en verksamhet som drivs av kommunerna och landstinget i Sörmland genom Regionförbundet Sörmland. Vi vill stödja och stimulera anställda att ta initiativ till olika former av forsknings- och utvecklingsarbeten. FoU i Sörmland vill särskilt uppmuntra till forsknings- och utvecklingsarbeten som handlar om samverkan mellan huvudmän och personalgrupper, om kvalitetsfrågor och om inflytande i vården och omsorgen för äldre och vuxna med funktionsnedsättning.

FoU i Sörmland arbetar utifrån verksamhetsidéen med en fyrdelad FoU-strategi:

- Att skapa möjligheter för olika former av kunskaps- och erfarenhetsutbyte
- Att tillhandahålla handledning och ge metodstöd
- Att ge ekonomiskt stöd till forsknings- och utvecklingsarbeten
- Att ta initiativ till länsgemensamma FoU-projekt

FoU i Sörmland är lokaliserat i Mälardalens Högskola



FoU i Sörmland
Mälardalens Högskola, Box 325, 631 05 Eskilstuna
Besöksadress: Drottninggatan 16A, plan 4
Telefon: 016-15 51 22
e-post: info@fou.sormland.se