

Värdet av att höra den äldres röst

En kvalitativ intervjustudie i hur de äldre upplever vård och service

Tina Hultgren

Masterarbete
Hälsofrämjande
2022

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildning:	Högre YH Hälsofrämjande
Identifikationsnummer:	
Författare:	Tina Hultgren
Arbetets namn:	Värdet av att höra den äldres röst En kvalitativ intervjustudie i hur de äldre upplever vård och service
Handledare (Arcada):	Annikki Arola
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag:</p> <p>Bakgrund: Ökat antal äldre skapar ett behov att främja de äldres välfärd och att säkra servicen och tjänster för äldre. Lagstiftning och kvalitetsrekommendationer talar för en klientorienterad vård, en vård som utgår från individuella behov, delaktighet och samförstånd med personen. Internationellt har personcentrerad vård fått fotfäste med motiveringen att vården behöver förnyas för att möta framtidens utmaningar. Masterarbetets teoretiska referensram är personcentrering och personcentrerad vård. Masterarbetet inkluderas i Yrkehögskolan Arcadas projekt: ”Två sidor av samma mynt -Personcentrerat perspektiv i äldrevården”.</p> <p>Syfte: Syftet med studien var att undersöka vilka erfarenheter de äldre som bor hemma har av den vård och omsorg de mottar. Frågeställningar för studien var: Hur upplever de äldre att deras vilja och behov beaktas i den vård och de tjänster de anlitar? Hur upplever de äldre bemötandet och dialogen i den vård och de tjänster de anlitar?</p> <p>Metod: Studien gjordes som en kvalitativ forskning med semistrukturerade intervjuer som datainsamling. I studien deltog äldre, över 65 år fyllda personer (N=13) som bor hemma och mottar vård eller service från kommunen eller köptjänst. Medelåldern på deltagarna var 87 år. Analysmetoden av materialet var kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.</p> <p>Resultat: Innehållsanalysen resulterade i fyra kategorier samt tillhörande underkategorier. Kategorierna är ambivalens, uttalade och osynliga behov, vårdens resursbrister samt stödnätverkets betydelse. Värdet av att höra de äldres röst visade sig vara att de äldre överlag är tacksamma och nöjda med den hjälp de får men att de inte vill klaga eller vara till besvär. De äldre är ovana med att uttala sig eller att bli tillfrågade om sina behov, vilja eller önsknings. De äldre upplever inte delaktighet i den egna vården och erfar dagligen vårdens resursbrister. Utan de anhörigas omsorg och stödtjänster skulle de äldre inte klara sig ensamma hemma.</p>	
Nyckelord:	Äldre person, vård av äldre, personcentrering, personcentrerad vård.
Sidantal:	69
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Master's Degree Programme Health Promotion
Identification number:	
Author:	Tina Hultgren
Title:	Värdet av att höra den äldres röst En kvalitativ intervjustudie i hur de äldre upplever vård och service
Supervisor (Arcada):	Annikki Arola
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>Background: The increased number of elderly people creates a need to promote the welfare of the elderly and to secure the service and services for the elderly. Legislation and quality recommendations speak for client-oriented care, care that is based on individual needs, participation, and consensus with people. Internationally, person-centred care has gained a foothold with the justification that care needs to be renewed to meet the challenges of the future. The master's thesis' theoretical frame of reference is person-centeredness and person-centred care. The work is included in Arcada University of Applied Sciences project: "Two sides of the same coin - Person-centred perspective in elderly care".</p> <p>Purpose: The purpose of the study was to investigate what experiences the elderly who live at home have of the care they receive. The questions for the study were: How do the elderly perceive their wants and needs in the care and services they use? How do the elderly experience the treatment and dialogue in the care and services they use?</p> <p>Method: The study was conducted as a qualitative research with semi-structured interviews as data collection. In the study participated elderly people over the age of 65 (N=13) who live at home and receive care or service from the municipality or purchase service. The average age of the participants was 87 years. The analysis method of the material was qualitative content analysis with an inductive approach.</p> <p>Results: The content analysis was divided into four categories and associated subcategories. The categories are ambivalence, unspoken and invisible needs, care resource shortages and the importance of the support network. The value of hearing the voice of the elderly was found to be that the elderly are generally grateful and satisfied with the help they receive, they do not want to complain or to bother. The elderly lack the habit of expressing themselves or being asked about their needs, wishes or desires. The elderly do not experience participation in their own care and experience the care's resource shortages on a daily basis. Without the care and support of relatives and services, the elderly would not be able to cope alone at home.</p>	
Keywords:	Elderly person, care of the elderly, person centeredness, person-centred care of the elderly
Number of pages:	69
Language:	Swedish
Date of acceptance:	
OPINNÄYTE	

Arcada	
Koulutusohjelma:	YAMK Terveyden edistäminen
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Tina Hultgren
Työn nimi:	Värdet av att höra den äldres röst En kvalitativ intervjustudie i hur de äldre upplever vård och service
Työn ohjaaja (Arcada):	Annikki Arola
Toimeksiantaja:	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tausta: Ikäihmisten määrän lisääntyminen luo tarpeen edistää ikäihmisten hyvinvointia ja turvata ikäihmisten palvelut. Lainsäädäntö ja laatusuositukset puhuvat asiakaslähtöisestä hoidosta, joka perustuu yksilöllisiin tarpeisiin, osallistumiseen ja yhteisymmärrykseen henkilön kanssa. Kansainvälisesti henkilökeskeinen hoito on saanut jalansijaa, sillä perustella, että hoitoa on uudistettava vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin. Opinnäytteen teoreettinen viitekehys on henkilökeskeisyys ja henkilökeskeinen hoito. Työ sisältyy Ammattikorkeakoulu Arcadan projektiin: ”Saman kolikon kaksi puolta - Henkilökeskeinen näkökulma vanhustenhuollossa.”</p> <p>Tarkoitus: Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia kotona asuvalla ikäihmisillä on saamastaan hoidosta ja huolenpidosta. Tutkimuksen kysymykset olivat: Miten ikäihmiset kokevat, että heidän toiveensa ja tarpeensa huomioidaan saamassaan hoidossa ja palveluissa? Miten ikäihmiset kokevat kohtaamisen ja vuoropuhelun saamassaan hoidossa ja palveluissa?</p> <p>Menetelmä: Tutkimus tehtiin kvalitatiivisena tutkimuksena, jossa kerättiin materiaalia puolistrukturoidulla haastattelulla. Tutkimukseen osallistuivat yli 65-vuotiaat (N=13) ikäihmiset, jotka asuvat kotona ja saavat hoitoa tai palvelua kunnasta tai ostopalveluna. Osallistujien keski-ikä oli 87 vuotta. Aineiston analyysimenetelmänä oli kvalitatiivinen sisältöanalyysi induktiivisella lähestymistavalla.</p> <p>Tulokset: Sisältöanalyysi johti neljään kategoriaan ja niihin liittyviin alakategorioihin. Kategoriat ovat ambivalenssi, sanomattomat ja näkymättömät tarpeet, hoitoresurssipula ja tukiverkoston merkitys. Ikäihmisten äänen kuulemisen arvoksi osoittautui, että ikäihmiset ovat yleensä kiitollisia ja tyytyväisiä saamaansa apuun, mutta eivät halua valittaa tai olla raskaita. Ikäihmisiltä puuttuu tapa ilmaista itseään tai että heiltä kysytään heidän tarpeistaan, tahdostaan tai toiveistaan. Ikäihmiset eivät koe osallistumista omaan hoitoonsa ja kokevat hoidon resurssipulaa päivittäin. Ilman omaisten hoitoa ja tukipalveluja ikäihmiset eivät pärjäisi yksin kotona.</p>	
Avainsanat:	Ikäihminen, vanhustenhoito, henkilökeskeisyys, henkilökeskeinen hoito
Sivumäärä:	69
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÄLL

1. INLEDNING	6
2. BAKGRUND	8
2.1 Äldre person och att åldras.....	11
2.2 Tjänster, service och vård för de äldre som bor hemma.....	12
2.3 Vården av den äldre och klientens ställning i lagstiftningen	14
2.4 Tidigare forskning om äldres erfarenheter av vården.....	15
3 TEORETISK REFERENSRAM	18
3.1 Kärnan i personcentrering och personcentrerad vård	20
3.2 Implementering av personcentrering och personcentrerad vård.....	23
4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	26
5 METOD	26
6.2 Urval.....	27
6.3 Datainsamling	29
6.4 Dataanalys	30
6.5 Etiska överväganden	31
7 RESULTAT	32
7.1 Ambivalens	33
<i>Tvåsidig förnöjsamhet över bemötandet</i>	33
<i>Utmaningar i dialogen</i>	34
7.2 Outtalade och osynliga behov	36
<i>Utmanande att uttrycka behov och vilja</i>	36
<i>Begränsad delaktighet</i>	38
7.3 Vårdens resursbrister	40
<i>Rutiner och punktinsatser</i>	40
<i>Stressad och belastad personal</i>	41
<i>Oflexibla och otrygga hälso-och sjukvårdstjänster</i>	41
7.4 Stödnätverket i vardagen	43
<i>Anhörigas insats</i>	43
<i>Aktiviteter och tjänster</i>	44
8 DISKUSSION	44
8.1 Metoddiskussion	51
8.2 Trovärdighet	52
LITTERATUR	53
BILAGOR / APPENDICES	61

1 INLEDNING

Antalet äldre ökar i Finland på grund av lägre nativitet och en längre livstid. Uppskattningen är att andelen över 65-åringar år 2030 är dryga 20% av totala befolkningen (Hälsobyn, 2021). Detta innebär ett ökat tryck på service och tjänster för äldre (Institutet för hälsa och välfärd, 2021). Ett ökat antal äldre skapar ett behov att främja de äldres välfärd och trygga service och tjänster för äldre (Hälsobyn, 2021).

En stor kommande förändring är social- och hälsovårdsreformen som införs från och med år 2023. Reformen har som målsättning att tjänsterna skall utgå från ett människoperspektiv och motsvara människans behov. Service för äldre skall vara helhetsbetonad och tjänsterna uppbyggda kring människans livssituation och behov. (Statsrådet, 2020)

Finsk lagstiftning och kvalitetsrekommendationer ger riktlinjer för äldreomsorgen. Institutet för hälsa och välfärd talar om en föränderlig ålderdom. Det nationella målet är att de äldre skall bo hemma så länge som möjligt. För att detta mål skall kunna förverkligas behövs rätt attityd, nytänkande, en ledning som informerar samt sektoröverskridande samarbete. I arbetet för den äldre är den äldre personen experten på sitt eget liv och skall få berätta vilka tankar och önskemålen är gällande servicen och servicebehovet. Tjänsterna som erbjuds skall vara tillgängliga och tillräckliga samt bilda en smidig helhet utan överlappningar. (Institutet för hälsa och välfärd, 2020)

Allt sedan 2000-talet har trycket på förändringar inom social- och hälsovården varit en accelerator för kundorientering. Vården har ansetts vara splittrad, system har byggts upp stegvis och förnyats i bland annat kommunernas strukturförändringar. Vården ses som överlappande och serviceprocesserna är uppbyggda utifrån specialiserings- och specialist samt organisationens synvinkel. I och med faktumet att åldersstrukturen i den finska befolkningen förändras i snabb takt och de offentliga resurserna inte är tillräckliga behöver resursernas användning effektiveras utan att glömma kvaliteten. (K. Koivunen, 2017 s. 3)

Hiltunen, P. (2015 s.16) skriver i sin granskning över äldrevårdens utmaningar, att patientens individuella behov och livshistoria bör tas med då mål för vården fastställs.

Mål skall vara tydligt formulerade och alla parter bör förbinda sig till dem. Dessutom bör redan vid planeringen av patienthandledningen beaktas de särskilda särdragen i de äldre människornas lärande samt särdragen i att åldras, såsom nedsatta sinnes- och minnesfunktioner.

De styrsystem som används i vården idag motverkar en helhetssyn där vården domineras av en logik som används inom industrin och handlar om produktion av enskilda vårdinsatser och detaljstyrning av flera indikatorer som ska rapporteras och följas upp på olika nivåer. Kraven och målen blir på så vis många och splittrade. Då fokus läggs på ensidig och kortsiktig kostnadskontroll finns det en risk för att det verkliga värdet en verksamhet ska skapa kommer i andra hand och gemensamma resurser inte används optimalt. Med en ny logik, en personcentrerad och sammanhållen vård används gemensamma resurser betydligt mer effektivt, vården stöder varje människas rätt till hälsa trots sjukdom och de som arbetar inom vård och omsorg får förutsättningar för ett hållbart yrkesliv. (Vårdförbundet, 2016)

Efterhand som teknologin och samhället har förändrats har det uppstått olika vårdyrken och vårdandet blivit mer utövande av teknologi. Har vårdandets idé och vårdandets ursprung glömts bort? Vårdandet är till grunden en interaktiv och ömsesidig process. Att som vårdare utgå ifrån att människan, patienten är en passiv mottagare är ett resultat av den ensidiga teknologiska utvecklingen i vården. Att återinföra vårdandets idé och ursprung som innefattar hela människan och är hälsofrämjande är nödvändigt för att utveckla vården så att den igen är varm, mjuk och kvalitativ. (Eriksson, K. 2015 s.7–8)

Vården med alla sina utmaningar och krav på att vara kostnadseffektiv kontra lagstiftning, rekommendationer och internationellt paradigmskifte som betonar den äldre personens rätt till en individuell och personcentrerad vård där den äldres egna röst och uttalade behov skall vara i fokus skapar kraftiga motpoler i vården av den äldre. Med detta som bakgrund blir det intressant att genom intervjuer och forskning om personcentrerad vård få svar på hur den äldre personen upplever sig bli hörd och förstörd och på så vis delaktig i vården samt hur den äldre upplever att vården och servicen är individ- och behovsbaserad. Masterarbetet inkluderas i Arcadas projekt: Två sidor av samma mynt - Personcentrerat perspektiv i äldrevården.

1. BAKGRUND

Att vården av de äldre behöver bli mer personcentrerad framkommer i olika rapporter både nationellt och internationellt. Även finsk lagstiftning och kvalitetsrekommendationer för vården av de äldre utgår ifrån att vården skall vara klientorienterad och utgå från individuella behov samt främja delaktighet och självbestämmanderätt.

Det är en nationell målsättning att äldre ska bo och vårdas hemma så länge som möjligt, även i livets slutskede. Enligt Institutet för hälsa och välfärd bor största delen av finländska över 75 åringar självständigt och utan någon vård eller servicebehov. Däremot har de äldre som behöver hemvård för att klara sig hemma ett större vårdbehov. De äldre som har någon form av hemvård blir allt äldre och har en funktionsförmåga som blir allt sämre. Detta innebär ett behov av flera typer av hjälp och stöd. (Institutet för hälsa och välfärd, 2021)

Utmaningen med ökat antal äldre och fortsatta behovet av kostnadseffektivitet inom vården behöver nya strukturer för att klara av utmaningarna samt ett utrymme för att skapa nytt för att få ett förändringsprocesstillstånd samt en förändring i ledningens tänkesätt. Därtill behövs ett paradigmskifte i vården, att komma från en vård som är organisations- och sakkunnigkoncentrerad till en vård där människan är i centrum. Att sätta människan i fokus är det nya. (K. Koivunen, 2017 s.12)

Att ha människan i fokus är inget nytt tänkesätt inom vården. I Finland har begreppet kundcentrering (asiakaslähtöisyys) sedan mitten av 1990-talet varit en central linjedragning i den nationella social- och hälsovården. Begreppet förekom för första gången i statsminister Lipponens andra regeringsprogram och vårdkvalitet och kundcentrering ansågs ha ett samband. (K. Koivunen, 2017 s. 2)

Internationellt har personcentrerad vård fått fotfäste de senaste åren. Motiven är den samma för alla länder som implementerat personcentrerad vård i sina organisationer, att vården behöver förnyas för att möta framtidens utmaningar. Personcentrerad vård är ett begrepp som implementerats och betonas som en tydlig faktor för kvalitativ vård samt till att förbättra människors hälsa och minska bördan på hälso- och sjukvården.

Personcentrerad vård ses som ett alternativ till en splittrad hälso- och sjukvård där individen måste anpassa sig till vårdorganisationens förfaranden. Personcentrerad vård anses vara en nyckelkomponent för en lyckad sjukdomshantering. I den personcentrerade vården blir personen sedd som en person med sjukdom, inte enbart sjukdomen blir sedd. (Ekman, I. et al, 2011 s. 249–250)

WHO har år 2016 gjort upp ett ramverk för integrerade människocentrerade hälsovårdstjänster. I rapporten för ramverket betonas att hälsovårdstjänsterna behöver bemöta 21-talets utmaningar, att vården i många länder ofta är fragmenterad och har utmaningar i kvaliteten. Ramverket för integrerade människocentrerade hälsovårdstjänster är en uppmaning till en grundläggande förändring av hur hälsovårdstjänster finansieras, hanteras och levereras och skall stöda länders framsteg mot universell hälsotäckning. Detta görs genom att ändra från ett hälsosystem som är utformade kring sjukdomar och hälsoinstitutioner till hälsosystem som är utformade för människor. (WHO, 2016)

WHO har som målsättning med sitt ramverk för integrerade människocentrerade hälsovårdstjänster att människor och samhällen placeras i centrum för hälso- och sjukvårdssystemen. På så vis ges människor möjlighet att ta ansvar för sin egen hälsa i stället för att vara passiva mottagare av tjänster. Hälsovårdstjänster som är inriktade på människors och samhällets behov har enligt evidens visats vara mer kostnadseffektiva, ökat kunskapen om den egna hälsan och patientengagemanget och gett en bättre beredskap på eventuella hälsokriser. Människocentrerad vård kräver att människor har den utbildning och det stöd de behöver för att fatta beslut och delta i sin egen vård. Den är organiserad kring människors hälsobehov och förväntningar snarare än sjukdomar. (WHO, 2021)

Sveriges kommuner och landsting (SKR) har år 2015 tagit beslut att SKR ska verka för att kunskap och information sprids om personcentrerad vård i syfte att regioner, landsting och kommuner ska kunna implementera personcentrerad vård i sina vårdverksamheter. Majoriteten av Sveriges regioner har beslutat att införa personcentrerad vård i sina verksamheter (Göteborgs universitet 2020).

Sjuksköterskeutbildningen i England har 2018 publicerat kunskapsnormer för sjukskötare. Enligt dessa skall framtidens registrerade sjuksköterskor agera i människors

bästa, sätta människan först och tillhandahålla omvårdnad som är personcentrerad, säker och empatisk. (Nursing and Midwifery Council, 2018)

I England betonas det i politiken att patientens röst skall stärkas och att vården skall gå bort från en modell som är förmyndaraktig till en vård som är personcentrerad. En personcentrerad vård en av landets hälsosystems sju kärnprinciper. (Health Innovation Network)

I USA har konceptet att ha personen som drivkraft i sin vård och sina beslut utvecklats och fått fart de senaste åren och ses idag som en av de viktigaste standarderna för hälso- och sjukvården. Att använda personcentrerad vård i stället för patientcentrerad vård visar på en förändring i vårdmodellen så att man omfattar hela personens behov utöver bara det kliniska och medicinska. Det är en vårdmodell där inte enbart läkaren eller någon annan utomstående instans gör de primära besluten för personen utan personen stöds i individuella val och beslut kring den egna vården. För att skapa standardiserade, accepterade parametrar för personcentrerad vård har det amerikanska geriatriska sällskapet (American Geriatric Society) tillsammans med södra universitet i Kalifornien år 2016 samarbetat för att tillhandahålla en evidensbas för att skapa en standardiserad definition för personcentrerad vård och de elementära elementen. (AGS, 2016 s. 1)

Att öka på säkerheten i vården, kvaliteten, samordningen och livskvaliteten är av betydelse för äldre personer med flera kroniska sjukdomar. Att ha personen som den drivande kraften i deras hälsovårdsbeslut är en av guldstandarderna för hela hälso- och sjukvården. (JAGS 2016, s 15).

Över lag har det lagts mycket fokus på varför en ändring behövs mot ett mer personcentrerat förhållningssätt med en större delaktighet mellan patienter och allmänheten i social- och hälsovården. Det finns ändå lite information om förverkligandet och vilken betydelse förhållningssättet har. Tio års studier och implementeringar av personcentrerad modell i Sverige har visat lovande resultat. Resultaten visar på ökad självkänsla (self-efficacy), förbättrad hälsoupplevelse, förbättrad tillfredsställelse med vården, förbättrad symtomkontroll, förbättrad fysisk funktion, förbättrade vardagliga aktiviteter, färre kronisk hjärtsvikt och kronisk obstruktiv lungsjukdom, förbättrad återhämtning, kortare sjukhusvistelse samt kostnadsbesparingar. (Britten, N. et al, 2020)

2.1 Äldre person och att åldras

En äldre person i Finland är en person som på grund av hög ålder har sjukdomar eller skador som medför en nedsatt fysisk, psykisk, social eller kognitiv funktionsförmåga. Med äldre befolkning avses i lagen den del av befolkningen som uppfyller ålderspension. (Finlex 2012/980)

Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) påpekar att det är svårt att definiera begreppet ålder utgående från en persons biologiska ålder eftersom det är individuellt hur en person åldras och vilka förändringarna i människokroppen är, både fysiskt och psykiskt. Det är också individuellt hur en person uppfattar olika sjukdomar och hur man upplever sin vardag. Det finns ingen allmän accepterad definition på ålderdom och att beskriva vad normal ålderdom är en av gerontologins utmaningar där man frågar sig vad som räknas som en normal försämring av funktionsförmågan med åldern med tanke på behandlingar och åtgärder. Ökad ålder fysiologiska förorsakar hos alla människor förändringar och i takt med stigande ålder förändras organfunktionerna och kroniska sjukdomar blir allt vanligare. Då funktionsförmågan avtar behöver den äldre personen naturligt allt mera stöd av andra personer. (ETENE, 2008 s. 6)

Största delen, nästan en miljon personer, av Finland befolkning som är över 65 år lever sin vardag självständigt. Den fysiska konditionen bland pensionärer är idag bättre än förr och många äldre är både aktiva och handlingskraftiga. Minnessjukdomar är den nya folksjukdomen som uppstått bland den åldrande befolkningen. Merparten av de som insjuknar i minnessjukdom är över 80 år. (Hälsobyn, 2021)

Personer födda på 1940-talet använder mer alkohol och är mer överviktiga är personer födda på 1920-talet. Iakttagelsen är viktig med tanke på uppföljningen av de äldres hälsa och välmående. (Henriksson, R. et al, 2017 s. 9)

Heimonen S. et al I: Heimonen, S. (2013 s.5) poängterar betydelsen av att ha en omfattande insikt i den äldres funktionsförmåga för att kunna stöda den äldre att bo hemma. De äldres och särskilt de äldres vardag och tjänster har fått stor vikt vid ohälsa och vad den åldrande befolkningen innebär för utmaningar för samhället. Ålderdomen beskrivs ofta som funktionsnedsättning och sjukdom, användare av tjänster och därmed indirekt en kostnadsgrupp för samhället. Denna typ av synpunkter ger en skev och

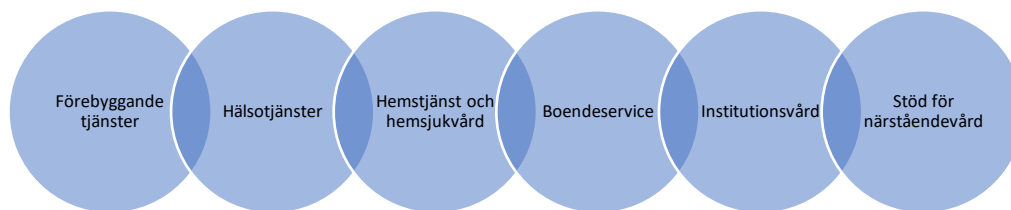
avgränsad beskrivning av ålderdomen och återspeglar inte vad de äldre själva anser om sina egna liv och åldrandet. För att stöda äldre personers förmåga att fungera och bo hemma krävs ett förebyggande och proaktivt förhållningssätt till funktionsförmåga för att förhindra eller bromsa upp försämringen. Det behövs en god, systematisk och omfattande utvärdering samt uppföljning av funktionsförmågan, systematiskt samarbete mellan olika aktörer samt ett snabbt agerande då förändringar sker. Framför allt behövs en omfattande helhetssyn där funktionsförmågans olika delar och dimensioner, den äldres egna uppfattning om funktionsförmågan samt hur den fungerar beaktas.

Det är kommunens uppgift att stöda de äldres delaktighet och funktionsförmåga i alla skeden av livet. Målsättningen skall vara att alla äldre har jämlika möjligheter till ett gott liv. Faktorer som stöder den äldre personens välmående är till exempel aktivitet och en god hälsa samt funktionsförmåga, familjen och andra nära samt vänner, delaktighet och att göra saker tillsammans, sexuellt välmående, frivilligarbete och föreningsverksamhet. Äldre personer som är i risk att marginaliseras behöver stödas. Risk för marginalisering är fattigdom, låg utbildning, handikapp, nedsatt funktionsförmåga, mental ohälsa och ett svagt stödnätverk. (Institutet för hälsa och välfärd, 2021)

2.2 Tjänster, service och vård för de äldre som bor hemma

Den nationella riktlinjen är att äldre personer skall bo hemma så länge som möjligt och få den vård och service de behöver i sitt hem. (Institutet för hälsa och välfärd, 2021)

För att stöda den äldre personens funktionsförmåga erbjuds olika tjänster inom kommunens social- och hälsovård. Med förebyggande arbete för äldre erbjuds rådgivning och servicehandledning, hembesök som främjar välbefinnandet, dagcenterverksamhet, rehabilitering samt vaccinationer. Hälsovårdscentralen i kommunen erbjuder hälsojourer som till exempel tandvård, hälsokontroller och hjälpmedel. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2022)



Figur 1. Tjänster för äldre (Social- och hälsovårdsministeriet, 2022)

För beredningen av lagstiftning, allmän planering och styrning av hemvård och hemservice ansvarar social- och hälsovårdsministeriet. Kommunen ansvarar för ordnandet av hemservice. Kommunen kan sammanslå hemservice och hemsjukvård till hemvård enligt socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen. Hemservice ges till äldre vars funktionsförmåga är nedsatt och skall stöda och hjälpa den äldre med vardagliga sysslor. Hemsjukvården följer också med klientens mående. Utöver hemvården kan den äldre erbjudas stödtjänster för att stöda det självständiga boendet som till exempel städning, måltidsservice, klädvård, hjälp att uträtta butiksärenden och andra ärenden, transport och ledsagarservice samt tjänster som främjar social samvaro. Hur stödtjänsterna ordnas varierar mellan kommunerna och avgiften för stödtjänster ingår inte hemvårdsavgiften. Kommunen kan producera hemservice och stödtjänsterna själv, köpa dem av privata aktörer eller erbjuda servicessedel. Den äldre kan också välja att köpa tjänsterna direkt från privata serviceproducenter och då erhålla hushållsbidrag vid beskattningen. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021)

Grunden för hemservice och hemsjukvård är bedömning av klientens funktionsförmåga. På basis av bedömningen utarbetas en service- och vårdplan som görs upp tillsammans med kommunen och klienten. Planen följs upp och granskas när behovet av tjänsterna förändras. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021)

Av hemvårdens klienter år 2020 var 71% 75 år fyllda och 39% 85 år fyllda. I åldersgruppen 85–94-åringar hade i genomsnitt 31% hemvårdstjänster (Institutet för hälsa och välfärd, 2021, s 2). 77 % av de klienter som får regelbunden hemvård använder stora mängder av hemvårds tjänster. Statistiken visar att nästan en av fem klienter får tre eller flera hembesök per dag (Institutet för hälsa och välfärd, 2021).

Då en äldre person inte klarar av och kan leva hemma trots hjälp av intensiv hemvård är de alternativa formerna för vård och omsorg av den äldre familjevård, serviceboende med heldygnsoomsorg och långvarig institutionsvård. (Institutet för hälsa och välfärd, 2021)

De äldres hemmaboende kan utöver hemvård och hemvårdens stödtjänster stödas med hjälp av anhöriga och närstående, familjevård, frivilligarbetare och teknologiska lösningar. Därtill kan en äldre person behöva ändringsarbeten i hemmet och hjälpmedel, mobila, elektroniska och distanstjänster, intervall- och rehabiliteringsperioder samt fysioterapi, tjänster av läkare, minnesskötare och socialarbetare samt vård i livets slutskede (Institutet för hälsa och välfärd, 2021). För de äldre som tjänstgjorde i krigens åren 1939–1945 erbjuds veterantjänster och förmåner avsedda för rehabilitering och vård (Social- och hälsovårdsministeriet, 2022).

2.3 Vården av den äldre och klientens ställning i lagstiftningen

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är lagens syfte att främja och upprätthålla hälsa, välfärd, funktionsförmåga och social trygghet. Lagen har också som syfte att öka klientorienteringen i hälso- och sjukvårdstjänsterna. Däremot framkommer det inte närmare vad lagen avser med klientorientering. (Finlex 1326/2010)

Lagen om patientens ställning och rättigheter betonar patientens rättigheter och självbestämmanderätt. Patienten i hälso- och sjukvården har rätt till vård av god kvalitet och ett bemötande där människovärdet inte kränks, övertygelse och integritet respekteras. I vården och bemötandet skall beaktas patientens modersmål, individuella behov samt den kultur som han företräder. Vården och behandlingen skall ges i samförstånd med patienten. Vägrar patienten vård eller behandling, skall den ges i mån av möjlighet och i samförstånd med patienten på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. (Finlex, 785/1992)

Socialvårdslagen har som syfte att främja delaktighet, klientorientering och gott bemötande inom vården samt att behövlig och tillräcklig service för de klienter som behöver socialvård. Socialvård skall ordnas för de äldre personer som har stödbehov. Då

beslut och avgöranden görs som gäller socialvården skall i första hand klientens intresse beaktas. (Finlex 1301/2014)

I lagen om stödjande av de äldres funktionsförmåga och om service och tjänster för äldre betonas den äldres individuella behov och vård i tillräckligt god tid och när funktionsförmågan kräver det. Därtill skall den äldre skall ges möjlighet att påverka innehållet i och på vilket sätt social- och hälsovårdstjänsterna ordnas. (Finlex 980/2012)

I Finland har äldreomsorgen hösten 2020 fått nya Kvalitetsrekommendationer. Målet med kvalitetsrekommendationen är att möjliggöra ett gott åldrande samt högkvalitativa och effektiva tjänster för de äldre personer som behöver dem. De föreslagna åtgärderna skall skapa en grund för ett åldersvänligt samhälle (Statsrådet 2020).

Den riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) har publicerat en rapport med ståndpunkter för äldrevårdens etiska principer. Utgångspunkten för vården är att den äldre behandlas som individ. Vården skall utgå från den äldre personens egna behov och önskemål, värderingar och synpunkter. Den äldre har rätt att delta i de beslut som gäller den egna vården och vårdplats. Detta förutsätter att de äldre ges information om olika alternativ och deras verkan. Den äldre skall kunna lita på att få adekvat vård och service som tillgodoser vardagens rimliga krav. Också då det gäller vårdplats måste den äldres önskemål, självbestämmanderätt och privatliv respekteras på samma sätt som hemma hos den äldre. (ETENE, 2008 s. 3–4)

2.4 Tidigare forskning om äldres erfarenheter av vården

Tidigare forskning visar att 15% av de äldre inom hemvården (N=1000) i Finland inte har uttryckt någon målsättning för sin vård. De vanligaste målsättningarna för de äldre är fungerande vardagssysslor, förbättring eller upprätthållande av konditionen och ordnandet av boendet. De äldres främsta önskan är att livet och vardagen skall fungera i en trygg miljö så länge som möjligt. (Josefsson, K. et. al 2021, s 223, 226)

Exempel på äldres svar om målsättningar hemvården (Josefsson, K. et al, 2021):

Vardagssysslor	Föra ut rosk med rollatorn då det blir torrare väder
Vårdarnas beteende	Lyssna på kundens åsikter
Kondition	Önskar få bättre kondition överlag
Gång/ rörelse	Önskar att röra sig utan rollator
Socialt	Önskar mera tid för samtal
Välbefinnande	Önskar få beställa godsaker och läskedryck från butiksservicen
Boendearrangemang	Vill bo hemma så länge som möjligt
Smärthantering	Önskar att värken, speciellt handledsvärken, lättar
Medicinering	Önskar få hjälp relaterat till medicineringen
Känsla av trygghet	Vill att hemvården är den dagliga tryggheten
Övrigt	Vill komma bort, krafterna slut
Konstigheter	Har inte i tidigare utvärderingar uttryckt målsättningar

Äldre personer med hemvård upplever att deras styrkor, individuella behov och personlighet inte har tagits i beaktande eller möjliggjorts i vården samt att personalen inte har tillräcklig förmåga och kunnande att identifiera eller stöda den äldres egna resurser. De äldre har över lag goda erfarenheter av vården och de är tacksamma över de besök de får. (Kariniemi, K. et. al, 2020, s. 36)

Resultaten av en svensk studie (N=34) med personer med långvariga hälsoproblem visar att de äldre upplever sitt liv med långvariga hälsoproblem som att leva i en värld som minskar. Att drabbas av flera hälsoproblem medför en känsla av att inte kunna lita på sin egen förmåga och friheten att fatta egna beslut fräntas och tas av anhöriga och vårdgivare. Möjligheten att prata om hur man hanterat livet när man lever med hälsoproblem, såväl som existentiella frågor, är viktiga för den äldres välmående. Olika stöd som bevarar självbestämmandet och stimulerar genomförandet av små och stora livsprojekt som medför glädje och mening i livet är värdefullt för de äldre person. Detta uppfylls dock sällan pga. de bestämmelser som finns inom hälso- och sjukvården. (Åberg, C. et al, 2020 s. 1–8)

Familjemedlemmar ser det som sitt uppdrag och sin plikt att tala för den äldre i vårdsammanhang. Familjemedlemmarna förklarade detta med att de upplever att vården inte tar den äldres sjukdom och intressen på allvar. Ur den äldres perspektiv gjorde detta att den äldre, i olika vårdplaneringssammanhang, känner att hen inte kan tala för sig, inte är involverad och känner sig oförmögen att försvara sina intressen. Även om familjemedlemmarnas oro är genuin framkommer det i studien att det är viktigt för äldre personer att känna sig självständig för att hitta kraft och motivation att orka vidare. (Åberg, C. et al, 2020 s. 1–8)

Då man med intervjuer och dagboksreflektioner har undersökt brittiska äldre personers (N=17) upplevelse av vård och hur vården integrerar med självkänslan visar resultatet att deltagarna var ivriga att berätta om sina liv, hur de såg sig själva när de åldrades och hur de kände inför vården. Tidigare livserfarenheter sågs som nyckeln, vilket speglar jagets kontinuitet. Personlighetsdrag, såsom integritet och ärlighet, lyftes fram som bestående och påverkande aktuella upplevelser av vård. Ett fåtal av de äldre såg vårdarna som ett ovälkommet intrång medan de flesta värnade om och var beroende av sina besök. Den omtänksamma relationen var lika mycket social som praktisk. Att hålla överenskommelser var väldigt viktigt och betonades av de flesta äldre. Ordinarie personal, vårdare blev bekanta med den äldres individuella rutiner, vilket fick vårdprocessen att kännas pålitlig. Återkommande besök tillät förtroendefulla relationer och främjade en större känsla av kontroll. Ändå var det inte alltid möjligt att ha samma personal. Vissa visste sällan vem som skulle komma för att ge en vård som kunde vara mycket personlig omvårdnad. De äldre upplevde att ordinarie personal utförde uppgifterna snabbare och hade därefter mera tid för att samtala. Om ordinarie vårdare inte kunde besöka var det viktigt för de äldre att de i förväg visste om saken och att de hade blivit introducerade för ny vårdare. Att behålla kontroll över den personliga miljön och livet var ett kraftfullt tema. Autonomi påverkades av praktiska aspekter av vården. Tidpunkten var avgörande och oförutsägbara besök kunde påverka planer för resten av dagen. Autonomi minskade av uppgiftscentrerad och oflexibel vård. Att arbeta strikt efter en snäv lista med uppgifter gjorde att de äldre kände sig stressade och att vårdarna hade lite tid att sitta och prata. De äldre rapporterade att då vårdare tog sig tid att överväga andra behov, inklusive socialt stöd, kände de sig värdefulla med mera självsäkra. Att vårdarna gör uppgifter utanför det som är föreskrivet upplevdes positivt. (Hughes, S. & Burch, S., 2019 s.905–908)

Äldre personer har ett ökat stöd- och informationsbehov i att hantera sin egen sjukdom i hemmet, behandlingsmöjligheter och hjälpmedel, medicineringen samt eventuella biverkningar av medicineringen, smärt- och smärtbehandling samt främjande av åldrandet och hälsan. Äldre behöver mer information om olika alternativ och metoder för att stödja en självständig vardag. (Hiltunen, P., 2015 s. 16)

Den äldres känsla av självständighet, både då det gäller beslut gällande hälsovård samt den äldres dagliga liv påverkas av vården. Speciellt respekten för den äldre och

relationsaspekten från tidigare vårdupplevelser har betydelse. Den äldre personens självständighet fastställs av personens egen kapacitet och av vårdpersonalens respektfulla beteende och kommunikation där engagemanget mellan den äldre och vårdare är en förhandling, ett samspel som påverkas av flera faktorer. (Gregory, A. et al, 2016 s. 323)

3 TEORETISK REFERENSRAM

Masterarbetets teoretiska referensram är personcentrering och personcentrerad vård.

Utvecklingen och ambitionen för en personcentrerad vård har funnits inom sjukvården sedan 1960-talet. Det är dock oklart vilka föregångarna till personcentrerad vård är, därtill förekommer olika uppfattningar och oklarheter om vilka skillnaderna är mellan personcentrerad och patientcentrerad vård pga. stora variationer i definitionen av personcentrerad vård. Oklarheterna innebär att olika aktörer lägger olika innebörd och betydelse i begreppet. (Fernler, K. & Anna Krohwinkel, A., 2018, s. 10–11)

På grund av dessa variationer presenteras här olika forskares infallsvinklar i personcentrering och personcentrerad vård.

En gemensam ambition bland forskarna för personcentrerad vård är att skapa en mer mänsklig hälso- och sjukvård och att människan, brukaren av vården ska vara i centrum av vården. Vid en internationell genomgång har konstaterats att en vanlig gemensam tolkning trots olika inriktningar för personcentrerad vård är att det handlar om vård som är centrerad på personen och med personen som utgångspunkt med grundläggande humanitära principer om ömsesidig respekt, respekt för individen samt ett erkännande av sambandet mellan hälsa och välmående. (Fernler, K. & Anna Krohwinkel, A., 2018, s. 10–11)

Det förekommer som sagt variationer i hur personcentrering och personcentrerad vård definieras och förekommer nationellt och internationellt. Ur litteraturen kan konstateras att begreppet personcentrering inte förekommer i Finland i det avseende som det görs internationellt. Kundorientering (asiakaslähtöisyys) är det begrepp som främst används i Finland och som många organisationer idag använder som värdegrund för sin verksamhet,

i strategier och program. Få organisationer klargör vad kund- eller personcentrerad vård betyder i praktiken, hur verksamheten och utvecklingen är för en kund- eller personcentrerad vård inom social- och hälsovården. (Koivunen, K., 2017 s. 2)

Termen personcentrerad vård är komplex och skapar varierande betydelser och tolkningar. Detta förklaras till en del av dess filosofiska grund och begreppet att vara en person. Ordet person har diskuterats lika länge som filosofiskt tänkande funnits. (McCormack, B. & McCance, T., 2021 s. 45)

Enligt McCormack, B. & McCance, T. (2021) har grunden till definitionen för personcentrerad vård formulerats av Tom Kitwood år 1997 och har sin grund i psykolog Carl Rogers, filosof Martin Bubers samt psykolog Paul Tourniers filosofier med vilken personcentrerad vård beskrivs som en ställning som tilldelas en människa av andra människor, mot bakgrund av relationer och socialt varande. Den förutsätter erkännande, respekt och tillit och personcentrerad vård existerar endast i relation till andra. Människan behöver bli respekterad för sitt värde och ha en meningsfull kontakt med en annan person i det skedet människan är i behov av vård. Det som är gemensamt för alla perspektiv och en förutsättning för personcentrerad vård är att människans varande som person uppmärksammas. Det finns fyra sätt att vara och som står i fokus: vara i relation, vara i en social värld, vara i rummet och vara sig själv. (McCormack, B. & McCance, T., 2021 s.49–50).

Patientcentrerad, klientcentrerad och individanpassad är exempel på begrepp som används för samma syfte och för att uttrycka personcentrerad vård (McCormack, B. & McCance, T., 2021 s. 54).

Skillnaden mellan patientcentrerad vård och personcentrerad vård ligger i hur man väljer att betona begreppen. Innebörden av de olika vårdfilosofierna är lika men betoningen skiljer dem åt. Att förstå likheterna och skillnaderna mellan begreppen är betydande för beslutet om vilken vård som är mest lämplig för en individ, vilken vård individen föredrar och vilka målen individen förbinder sig att uppnå. (Zhao, J. et al, 2016 s.401)

Det har skett en ändring i begrepps användningen mot att använda termen "personcentrerad", snarare än "patientcentrerad". Med personcentrerad omfattas hela en

persons behov och preferenser, utöver bara det kliniska eller medicinska. (JAGS, 2016 s. 15). Trots att definitionen på begreppet varierar nationellt så är filosofin gemensam, det vill säga att se personen bakom sjukdomen och att lyssna till personens behov. Detta utmanar vårdpersonalen att se människan i första hand och sjukdomen i andra hand (McCormack, B. & McCance, T., 2021 s. 30).

McCormack, B. & McCance, T. (2021 s. 32) har utformat följande definition på personcentrerad vård: Ett förhållningssätt som etableras när terapeutiska relationer formas och utvecklas mellan alla vårdare, patienter och andra som är betydelsefulla för dem i deras liv. Grunden är värden som respekt för personen, den enskildes rätt till självbestämmande och ömsesidig respekt och förståelse. Personcentrering blir möjlig i miljöer som främjar ett kontinuerligt utvecklingsarbete.

3.1 Kärnan i personcentrering och personcentrerad vård

Utgångspunkten för personcentrering inom vården är att alla patienter ses som personer med vilja, förmågor och behov. Relationen och gemenskapen mellan personer betonas då det är i relation med andra som vi kommer i kontakt med livet och tillsammans skapar mening i den sociala världen. Vår självkänsla och tilltron till den egna förmågan utvecklas i samspel med andra. (Ekman, I. et al, 2020, I: Ekman, s. 32–33)

Personcentrering inom vården innebär en medveten etik om vad som är och kan vara bra och gott för den andra samt ett förhållningssätt där vårdaren tillsammans med patienten och närstående planerar och genomför en hälsoplan. (Ekman, I. et al, 2020, I: Ekman, I., s. 27–28). Planen innehåller mål och strategier för genomförande samt en kort och långsiktig uppföljning (Göteborgs universitet, 2021)

Grunden för personcentrerad vård är ett humanistiskt grundantagande om att alla människor har ett lika värde, är unika och en kompetens. Det centrala i personcentrerad vård är att människans totala värde, trots nedsatt funktionsförmåga och kompetenser, inte blir mindre och att personens jag utvecklas i relation med andra människor. Med dettasom grund betyder mötet med andra ett etiskt ansvar som vilar på respekt, rättvisa och omsorg.

Utgångspunkten för den planerade vården är värdigheten för personen och personens egen subjektiva erfarenhet. (Wikj, H. & Edvardsson, D., 2020. I: Ekman, I., s. 223–224)

Den personcentrerade vården innefattar tre nyckelord, partnerskap, patientberättelse och dokumentation varav partnerskapet är den viktigaste delen i vården. Personcentrerad vård bygger på ett partnerskap mellan patienten, de närstående och professionella inom alla delar av vården. Vården baserar sig lyssnande på patientens berättelse tillsammans med närstående. (Göteborgs universitet, 2021)

För att utveckla ett hälsoinriktat partnerskap behövs en verklig förståelse för patientens värld. Grunden för att förstå är att lyssna och allra viktigast är att vårdpersonalen kan lyssna både på patientens men även de närståendes berättelser, livssammanhang, erfarenheter av tillståndet, behandlingen och vården. Då patienter och närstående lyssnas till och förstås som personer med egen vilja, eget ansvar och olika förmågor kan hälsoprocesserna stärkas. (Dahlberg, K. et al, 2017 s. 41)

Patienten bidrar med sin livshistoria och den egna insikten om vad hälsa innebär för hen och de professionella bidrar med medicinsk och hälsovetenskaplig kunskap. Det centrala är patientens, närståendes och vårdpersonalens behov att förstå och bli förstådd. (Dahlberg, K. et al, 2017 s. 23–24)

Att handla personcentrerat kan ses som en process där människans resurser och livskraft bejakas trots sjukdom (Ekman, I., 2020, s. 41). Patientens resurser är viktiga men centralt är också medicinska undersökningar samt diagnos och behandlingsplan (Ekman, I. et al, 2020, I: Ekman, I, s. 27–28).

Många människor är oförmögna att se sitt autentiska jag på egen hand och behöver hjälp med detta om autenticiteten är hotad. För att främja detta behövs bästa möjliga förutsättningar. I en sann personcentrerad relation delas de djupaste uppfattningarna om oss själva och den andra får veta vem vi är som person, vilka värderingar som är viktiga, vilka drömmar, önskningar och förhoppningar vi har i vårt liv. Med diskussioner, reflektioner, dispyter och överenskommelser formas, organiseras och prioriteras personen under livets olika skeden. Att lära känna personen på detta vis är avgörande för en

personcentrerad vård. Att ta med denna dynamik i vården där vi skall underlätta vården av en annan person omvandlas livsplanen till en bedömning med biografi och berättelser. (McCormack, B. & McCance, T., 2021 s. 63)

En central del i tillämpningen av en personcentrerad etik i vården är det personcentrerade samtalet. I ett personcentrerat samtal lyssnar vårdaren in personens berättelse för att identifiera personens erfarenheter, resurser och behov. Utgångspunkten är vem personen är i stället för vad personen är. I stället för vad en person vill förändra eller uppnå och vilken lösningen, resultatet eller målet är finns med i samtalet men den unika upplevelsen är det viktigaste. Ett personcentrerat samtal är inte en samtalsteknik, utgår inte från att ge råd och har ingen förbestämd manual för hur eller vad det skall innehålla utan handlar om lyhördhet för personens berättelse och situation. Att lära känna personen och identifiera styrkor som kan användas som resurs för fortsatt vård. (Fors, A. & Forsgren, E., 2020, I: Ekman, I, s. 149–150)

I samtalet delar och uttrycker deltagarna i samtalet sin specifika kunskap och partnerskapet skapar en ömsesidig respekt. Vårdaren är expert på vården och sjukdomar medan patienten är expert på sin egen kropp och hur sjukdomen påverkar det dagliga livet. Patienten är en i teamet och processen med att beslut görs tillsammans, att upprätthålla den hälsoplan man överenskommit om sker även det i samråd. Eftersom mål förändras behöver partnerskapet hela tiden upprätthållas. (Fors, A. & Forsgren, E., 2020, I: Ekman, I, s. 151)

Patienten som är i behov av hjälp befinner sig oftast i underläge i samtalet jämfört med vårdpersonalen som deltar i sin yrkesroll. I ett personcentrerat samtal bör vårdpersonalen agera professionellt men också vara personlig för att uppnå en mera mänsklig kontakt. Vårdpersonalen bör vara uppmärksam på att det är skillnad på att vara privat eller personlig. (Fors, A. & Forsgren, E., 2020, I: Ekman, I, s. 151)

Att ha ett varmt och vänligt sätt för att kommunicera samt humor skapar goda relationer. Det finns ändå ett behov att inte enbart skapa goda relationer utan också att skapa och bygga upp ett tillitsfullt partnerskap för att säkerställa att behoven identifieras på ett holistiskt synsätt och gör det möjligt att göra gemensamma beslut. (McCormack, B. & McCance, T., 2021, s. 84–85)

En utmaning i det personcentrerade samtalet är förmågan att vara uppmärksam på det som sägs både verbalt och icke-verbalt. Att lyssna är en aktiv handling där det handlar om att lyssna på vad personen faktiskt säger samt hur den uttrycker det som sägs (rösten, kroppsspråk, gester och miner). Vårdpersonalen utgår ifrån patientens upplevelser och tankar och sätter sig själv åt sidan för att ta del av berättelsen ur ett lyssnarperspektiv. (Fors, A. & Forsgren, E., 2020, I: Ekman, I, s. 153)

3.2 Implementering av personcentrering och personcentrerad vård

För att hälso- och sjukvården skall kunna utveckla praxis för personcentrerad vård behövs en djupgående organisationsförändring och en tillåtande personcentrerad kultur med förståelse för att synen och perspektiv på de termer och begrepp som används samt hur de formuleras har betydelse för hur personcentreringen genomförs. (Edgar et al, 2020 s.12, McCormack, B et al, 2015 s.3)

I litteraturen förekommer olika råd och beskrivningar på tillvägagångssätt för en personcentrerad vård. Det är ändå inte en viss modell, verktyg eller process som är det avgörande utan i vilket kontext den personcentrerade vården tillämpas i. Personcentrerad vård tillämpas bäst på principnivå. Ett enande begrepp bland olika perspektiv och begrepp för personcentrering är autenticitet där utgångspunkten är att alla har en medfödd potential som utvecklas genom socialisering. Hur individen kan använda och utveckla sin fulla potential beror på vilka eventuella begränsningar som finns som hinder. För vårdaren betyder detta att fokusera på att underlätta individens autenticitet och undanröja hinder för att patienten skall utveckla och maximera sin fulla potential och förmåga att självständigt handla. (McCormack, B. & McCance, T. 2021 s. 58)

McCormack, B. et al (2015, s. 5) har tagit fram ett teoretiskt, multidisciplinärt och interprofessionellt ramverk för personcentrering. Ramverket har fyra huvuddelar: förutsättningar för personcentrerade arbetssätt, vårdmiljön, personcentrerade processer och personcentrerade resultat. Med förutsättningarna avses förhållningssättet hos vårdarna, deras kompetens, färdigheter för människorelationer, engagemanget i arbetet

samt självkänedom. Budskapet i ramverket har även den som grund humanvetenskapen och filosofin kring vad det innebär att vara människa. De olika begreppen i ramverket står i relation till varandra. För att uppnå personresulterade resultat såsom nöjdhet och delaktighet i vården samt känsla av välbefinnande och en terapeutisk kultur behöver man först ta hänsyn till personalens förhållningssätt. Personalens förhållningssätt är en förutsättning för hanterandet av vårdmiljön och förmågan att ge en effektiv vård genom vårdprocesserna.

Santana, M. J & al (2017) har likaså skapat en ram med steg och plan för sjukvårdssystem som strävar efter att implementera personcentrerad vård. I diskussionen betonas att vårdproducenter och beslutsfattare måste gå in för en kulturell förändring och systemet bör vara villigt att anta och skapa innovativa modeller för att stödja och utöva personcentrerad vård. Personcentrerad vård medför utmaningar och kritik särskilt när det gäller vården samt hur patienter och leverantörer integrerar. Trots utmaningarna är fördelarna med personcentrerad vård tydliga och presenterar en stor möjlighet för att förbättra hälsoresultaten. För att förbättra hälso- och sjukvården måste hälso- och sjukvårdssystemen hitta ett sätt att effektivt implementera och mäta personcentrerad vård. (Santana, M. J. et al, 2017 s.9)

Eftersom äldre personer oftare än yngre har mer komplext vårdbehov som påverkar det dagliga livet är de äldre en prioriterad målgrupp att ta emot och dra nytta av personcentrerad vård. De mest framträdande domänerna för personcentrerad vård för äldre är holistisk omsorg, respekt och värde för hela människan, val, värdighet, självbestämmande och målmedvetet liv. Mycket av litteraturen belyser vikten av att införliva en individs preferenser, värderingar, övertygelser och familj eller närstående i beslutsprocesserna med vården och socialservicetjänsterna. Dessa principer är centrala för personcentrerad vård. (Coulourides Kogan, A. et al, 2016, s 1–5)

Trots att äldre personer ofta har flera sjukdomar är inte deras behov, preferenser för behandlingar, hälsoprioriteringar och livsstil alltid välförstådda eller identifierade. För att uppnå en mer omfattande personcentrerad vård har Corbett TK. et al (2020) skapat empiriska bevis på att intervention baserad på konversation, CHAT&PLAN, fungerar som en acceptabel och engagerande metod för att främja en personcentrerad vård för multisjuka äldre personer.



Figur 2. Interventionen CHAT&PLAN enligt Corbett TK. et al (2020 s. 8).

Det finns ingen modell för personcentrerad vård som passar alla men nyckeln till framgång ligger i att implementera de flesta av elementen i personcentrerade vård. För detta krävs engagemang och beslutsamhet för att gå emot nuvarande trender. Människan vill att egna val skall höras och respekteras men människan har lärt sig att vara patient och familjen att leda och föra fram olika vårdkoordineringar. I USA finns erfarenheter från att leverantörsdrivna callcenter inte fungerar bra för äldre vuxna. Tendensen att ersätta direkt mänsklig interaktion med ett avlägset engagemang som kan verka mer kostnadseffektivt har skapat motstånd. Att som vårdare i det medicinska vårdsystemet fråga en äldre om egna personliga mål för hälsa och funktionsförmåga som person, är en ny roll och kräver nya engagemangsstrategier. Med de element som krävs för personcentrerad vård behövs dialog om ett bättre och mer kostnadseffektivt

förhållningssätt till vården och en vård som i slutändan styrs av individuella mål, värdighet och val. (Wesphal, E. et al, 2016, s 21)

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien var att undersöka vilka erfarenheter de äldre som bor hemma har av den vård och omsorg de mottar.

Frågeställningar:

1. Hur upplever de äldre att deras vilja och behov beaktas i den vård och de tjänster de anlitar?
2. Hur upplever de äldre bemötandet och dialogen i den vård och de tjänster de anlitar?

5 METOD

Studien har en kvalitativ ansats i det empiriskt-holistiska paradigmet. För att få svar på forskningsfrågorna har semistrukturerade interjuver använts som datainsamlingsmetod och kvalitativ innehållsanalys som dataanalys.

Studien görs som en kvalitativ forskning utgående från studiens syfte och frågeställningar att undersöka erfarenheter av vården hos äldre personer. Med studien har ställts frågor som berör den äldres erfarenheter av hur behov och vilja beaktas i vården samt upplevelser av bemötandet samt dialogen i vården.

Utgångspunkten för denna kvalitativa forskning är att varje äldre människa är unik och att den äldres uppfattning om verkligheten är individuell och skapas av dennes tolkningar. I en kvalitativ forskning är inte själva tillståndet eller ohälsan i fokus utan människans upplevelse och tolkning av sitt tillstånd och hur hen beskriver det med egna ord. Med kvalitativ forskning är syftet är att nå en djup och detaljerad förståelse för sociala och mänskliga fenomen genom att skapa en trovärdig bild, modell eller teori utgående från människans uppfattningar, erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar och attityder (Kristensson, J., 2014 s. 56, 116, Ryen, A., 2004 s. 14–15, Granskär, M. & Höglund-

Nielsen, B., 2008, s. 73). Kvalitativ forskningsintervju har som syfte att producera kunskap (Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009 s. 18).

6.2 Urval

Inklusionskriterierna för studien är äldre (över 65 år fyllda) hemmaboende personer som har någon form av vård eller service från kommunen eller som köptjänst. Äldre personer med minnessjukdom eller annan kognitiv funktionsnedsättning exkluderades från denna studie. För att delta i studien var det en förutsättning att den äldre personen själv kan uttrycka sina tankar och sin vilja.

Deltagarna till studien har rekryterats enligt bekvämlighetsurvalet, dvs. äldre personer i ett visst sammanhang (har vård, service eller deltar i verksamhet) har blivit tillfrågade av personalen inom äldreservice och de som önskar delta har gett sitt samtycke för att kontaktas och delta i intervju. Tidpunkten för intervjuerna var begränsad till marsmånad 2022. Intervjuerna inleddes då fyra intervjuer var inbokade. Efter hand rekryterades fler deltagare och nya intervjuer bokades fram till att författaren kunde se att de äldres berättelser innehöll upprepningar samt att berättelserna inte mera gav data med betydelsefulla variationer och en så kallad datamättnad uppnåts (Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U., 2017, s. 230, Elo, S. et al, 2014, s.5)

I studien deltog totalt 13 äldre personer som uppfyllde inklusionskriterierna. Totalt 14 äldre personer gav sitt samtycke till intervju. I sista stund avbokades den 14:e intervjun av den äldre på grund av hälsotillståndet. De äldre som deltog i studien är i åldern 77–95 år. Medelåldern på deltagarna var 87 år. Tre av de äldre är män och resterande tio kvinnor. Tre av de äldre bor tillsammans med en anhörig medan de 10 övriga bor ensamma. Fyra bor i egnahemshus, fyra i radhus och fem äldre bor i höghus. De äldre som deltog i studien bor i olika delar av staden.

Tabell 1. Åldersfördelningen hos de äldre som deltog i studien.

Ålder	Antal
75–79 år	1
80–84 år	3
85–89 år	4
90–95 år	5

Processen med datainsamlingen och att hitta äldre som vill delta i studien startade med telefonkontakt till en stad och dess äldreservicechef. Masterarbetet presenterades och en förfrågan om forskningslov för att utföra intervjuer gjordes. Äldreservicechefen förhöll sig positiv till studien och ett forskningslov lämnades in och godkändes av äldreservicechefen. För att få informanter till studien kontaktades förmännen för äldreservicens förebyggande hälsovård och hemvård per telefon varefter ett informationsbrev e-postades till förmännen, se bilaga 1. E-posten innehöll även informationsbrev och samtyckesblankett på båda inhemska språken till den äldre, se bilaga 2 och bilaga 3. Förmännen informerade sin personal, varefter personalen inom dagverksamheten, den förebyggande äldrevården och hemvården frågade äldre personer om intresse för att delta i studien och intervju. De äldre som visade sitt intresse för att delta i studien, fick informationsbrevet och de äldre som svarade att de vill vara med i studien och ställa upp på intervju fyllde i samtyckesblanketten. Vårdpersonalen kontaktade därefter författaren för studien som i sin tur kontaktade den äldre och kom överens om en intervjutid.



Figur 3. Den äldres kontext - vård och serviceformer.

6.3 Datainsamling

Datainsamlingsmetoden för studien var individuella semistrukturerade intervjuer och som stöd för intervjuerna användes en intervjuguide med 15 frågor, se bilaga 4. Som grund för intervjuguiden är den teoretiska referensramen för personcentrering och personcentrerad vård.

Före första intervjun gjordes en pilot testintervju för att testa hur frågorna fungerar i praktiken. Testintervjun visade att intervjuguiden fungerade bra med de frågor den har så inga ändringar gjordes i intervjuguiden.

Tre av intervjuerna utfördes i dagverksamhetens utrymmen medan tio intervjuer utfördes i den äldres hem, på en tid som den äldre önskade. Oftast utfördes intervjuerna i den äldres vardagsrum eller kök. Intervjuerna pågick i 40–60 minuter. I en av intervjuerna var en anhörig närvarande.

Intervjustunden inleddes med en kort presentation av författaren till studien samt vilket syftet med studien och intervjuerna är. För att stärka de etiska aspekterna gjordes ännu en genomgång av samtycket, intervjuprocessen, intervjutekniken, hanteringen och analyseringen av informationsmaterialet, personuppgifterna samt rätten att avbryta intervjun.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017 s.221) poängterar att kontexten och det sammanhanget där intervjuerna utförs har betydelse för dataanalysen. Därmed inleddes intervjun med att den äldre fick berätta om sig själv och sin livsberättelse (födelseår, familjesituation, utbildning) samt den miljö den äldre vistas i.

Trots att intervjun har en struktur och ett syfte och forskaren styr intervjun har författaren eftersträvat en känsla för de äldre att vara likaställda parter i samtalet genom att hålla en dialog och diskussion som är öppen och fri (Kvale, S. & Brinkmann S., 2009 s. 18–19). Frågorna ställdes enligt intervjuguiden men mer som berättande frågor. Författaren har strävat till ett aktivt lyssnande och låtit den äldre berätta till slut sin historia utan att avbryta. Ibland behövdes följdfrågor, förklaring av frågorna görs för att hjälpa den äldre att svara på frågan eller begrepp som den äldre upplevt som svåra, t.ex. delaktighet och dokumentation. Följdfrågorna har bidragit till ett mera nyanserat eller detaljerat svar.

6.4 Dataanalys

Materialet av intervjuerna resulterade i 71 sidor transkriberad text.

Analysmetoden för bearbetningen av materialet från intervjuerna är kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, en förutsättningslös analys baserad på personens upplevelser och berättelser. (Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U., 2017, s 221)

Med kvalitativ innehållsanalys analyseras data och dess betydelse tolkas varefter fenomen beskrivs systematiskt och objektivt. För att innehållsanalysen skall vara trovärdig förutsätts att data kan reduceras till begrepp som beskriver forskningsfenomen genom att skapa kategorier. Forskningsfrågan anger vad som ska analyseras och vad som ska skapas. (Elo, S. et al, 2014, s 1)

Analysprocessen för denna studies kvalitativ innehållsanalys utgörs av begreppen meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tolkning enligt Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017 s. 224).

I dataanalysen är tyngdpunkten under processen på det manifesta innehållet där den äldres uttryckta och beskrivande ord genom de ursprungliga, transkriberade texterna från intervjuerna analyserats. För inte förlora helheten och få ett resultat som är begripligt och meningsfullt har även det latent innehåll från intervjuerna beaktats i det skede då underkategorier och kategorier har skapats. Det latent innehåll, forskarens egen tolkning av textens innebörd, ger författaren möjlighet att se sammanhang och mönster för att skapa kategorier och teman (Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. 2017 s.221–222).

I intervjun har kontexten och sammanhanget, dvs. vem den äldre personen är och miljön hen vistas, klargjorts med att den äldre fått berätta sin livsberättelse och sin vardag.

Efter intervjuerna har det manifesta innehållet transkriberats och de enskilda transkriberade texterna utgjort analysenheten. Varje enskild text har lästs igenom upprepade gånger för att skapa en helhetsbild av materialet. Detta har också gett reflektioner på texternas huvudsakliga innehåll, de grova strukturerna i texterna samt det latent innehåll i texterna. Följande steg i processen har varit att identifiera meningsenheter i texterna. Meningsenheterna, dvs. ord och meningar som hör ihop och som innehåller information som är relevant för studiens syfte och frågeställningar, har

färglagts med olika färger. Därefter har meningsenheterna kondenserats till kortare och mer lätthanterliga texter som kortfattat beskriver vad den äldre personen uttryckt. Den kondenserade texten har därefter abstraherats, tilldelats en kod och varje kod har fått en färg. Enligt det induktiva perspektivet och närmelsesättet har koderna sedan grupperats och kategorier skapats. Detta skede då koderna har grupperats har krävt upprepad bearbetning och jämförelse. En kritisk granskning och återspeglning till meningsenheterna har gjorts för att klargöra innebörden i texten och slutligen fastställa grupperingen av koder till kategorier. På detta vis har variationer i texterna och mönster i texternas innehåll identifierats och skillnaderna och likheterna i kategorier uttryckts. Kategorierna är därmed relaterade till innehållet i koderna på en beskrivande nivå (manifest) och återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna, se bilaga 5. Inga teman har skapats ur denna innehållsanalys. Det latenta innehållet i kategorierna presenteras i resultatredovisningen och diskussionen.

Tabell 2. Exempel på innehållsanalys enligt Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017)

Meningsenighet	Kondenserad meningsenighet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Det är ju bra men...dom här flickorna som är här vet vi ju att är överbelastade. Inte vet jag annars, men jag märker emellanåt att det är skyndsamt. Och det förstår jag om man har mycket patienter och skall liksom igång så... (P11)</i>	Känsla av att personalen är överbelastad och har skyndsamt. Förstår då det är många patienter.	Stress hos personalen	Stressad och belastad personal	Vårdens resursbrister

Slutligen redovisas kunskapen av intervjuerna i ett resultat. Resultatet återger den nya kunskapen som i sin tur speglas mot bakgrunden och teoretiska referensramen.

Avslutningsvis görs en sammanfattning av studien.

6.5 Etiska överväganden

De forskningsetiska riktlinjerna har beaktats genom att följa forskningsetiska delegationens God vetenskaplig praxis (TENK, 2021). Forskningslov ansöktes och

beviljades från organisationen de äldre personerna får sin vård och tjänster. De etiska aspekterna för studien fanns med i ansökan om forskningslov. Av informanternas har getts ett skriftligt samtycke före intervjun.

Yrkeshögskolan Arcadas (2021) etiska frågeställningar har beaktats och begrundats för arbetet. Studien har därmed utgått ifrån att undersökningen inte orsakar risk eller olägenheter för personerna som deltar i undersökningen och intervjuerna har gjorts med personens samtycke och på personens egna villkor. De äldre har informerats om rätten att avbryta och avsluta intervjun om det känns så samt att informationen, det uttalade svaret, samlas in med ljudspelare via pekplatta. Den äldres, personalens och institutionernas konfidentialitet har skyddats så att de inte framkommer i studien och identiteten hos de äldre som intervjuats har dolts. Innan intervjun inletts har de äldre som deltagit informerats om studien och hur personuppgifterna behandlas. Allt prat och tal som sagts, hela intervjuer har skrivits ner i talform. Det inbandade materialet har raderats då svaren skrivits ner. Nedskrivna text har inte skickats tillbaka till de intervjuade för att läsas och granskas men författaren har erbjudit den äldre möjligheten att få slutresultatet av masterarbetet tilldelat då arbetet är klart. Materialet från intervjuerna har enbart hanterats av författaren till masterarbetet och materialet har förvarats och sparats endast under den tid som arbetet bearbetas fram till att det är färdigt skrivet. Förvaringen av utskriften har säkrats, ursprungstexterna raderats och utprintat material förstörts genom bränning då det slutliga arbetet blivit klart. För arbetet har följts de anvisningar som den allmänna dataskyddsförordningen GDPR ger. Förordningen förbättrar skyddet för den äldres personuppgifter. (Dataombudsmannens byrå, 2022)

7 RESULTAT

Syftet med studien var att undersöka vilka erfarenheter de äldre som bor hemma har av den vård och omsorg de mottar. Resultatet av innehållsanalysen resulterade i fyra kategorier samt tillhörande underkategorier. För att bestyrka resultatet giltighet ges exempel på citat av meningsenheterna.

Tabell 3. Resultatet av de äldres erfarenheter av vården och tjänster de mottar.

KATEGORIER	UNDERKATEGORIER
Ambivalens	Tvetydig förnöjsamhet över bemötandet Utmaningar i dialogen
Outtalade och osynliga behov	Utmanande att uttrycka behov och vilja Begränsad delaktighet
Vårdens resursbrister	Rutiner och punktinsatser Stressad personal Otrygga och oflexibla hälso- och sjukvårdstjänster
Stödnätverkets betydelse	Anhörigas insats Aktiviteter och tjänster

7.1 Ambivalens

De äldres svar om erfarenheterna av vården är ofta kopplade till vårdpersonalens bemötande. De äldre är över lag nöjda med bemötandet de får av vårdpersonalen. Trots att de äldre vill vara tydliga med att berätta att de är nöjda så framstår en ambivalens, en klivenhet i svaren. De äldre vill inte kritisera, klaga eller besvära.

Tvåsidig förnöjsamhet över bemötandet

Resultatet visar på varierande upplevelser av personalens bemötande. Bemötandet upplevs som positivt och de äldre upplever oftast att vårdpersonalen är vänlig, trevlig, hygglig och glad. De äldre uttrycker uppskattning samt tacksamhet och värdesätter att personalen visar omtanke och förståelse.

”Alla är kiva, hjälpsamma och försöker. Jag lägger värde på det.” P2

Trots en allmän förnöjsamhet över bemötandet och omsorgen framkom det i intervjuerna att de äldre ogärna vill kritisera eller klaga på vårdpersonalen. De äldre ville upprepade gånger påpeka att de har det bra samt betona att de inte vill anmärka på personalens bemötande.

"Alla har varit vänliga och förstående. Har ingenting att anmärka om." P3

I svaren framstår också hur de äldre bortförklarar och försvarar personalen. De äldre säger sig ha förståelse för att personalen är belastad och kan ha sämre dagar vilket ses i personalens bemötande. Trots att det finns en medvetenhet om att personalens dåliga stunder inte skall gå ut över den äldre så förekommer det en acceptans hos de äldre i att vårdarna kan ha sämre stunder och dagar. Att de äldre försvarar vårdpersonalens beteende och förminskar sitt eget behov kan också ses i den äldres tankar om sina egna ordval eller sätt att uttrycka. Den äldre ifrågasätter sitt eget beteende och undrar om detta kunde vara orsaken till ett sämre bemötande av vårdpersonalen. De äldre förminskar upplevelsen av dåligt bemötande med att förklara att det är ett misstag av vårdaren.

"Om det varit dåligt bemötande så har det nog varit av misstag så att säga...nog är dom alla och gör sitt bästa. Det är nog jag själv som inte har uttryckt mig på rätt vis. Jag brukar säga att jag kan inte de där läkartermerna." P11

Majoriteten av de äldre har inte upplevt osakligt bemötande. De erfarenheter av osakligt bemötande som blev berättade var aggressiv undersökning av läkare och att som över 90-åring bli hemskickad mitt i natten ensam. Dessa erfarenheter upplevdes som grymma och kränkande och den äldre kände sig övergiven.

Endast en äldre kunde berätta hur hen markerat för vårdaren med att säga till vårdaren att hen inte accepterar vårdarens bemötande och inte vill att vårdaren besöker hen mera. Detta resulterade i att vårdaren inte utförde vården och aldrig mera besökte den äldre.

Utmaningar i dialogen

De äldre upplever över lag att de tillsammans med vårdpersonalen kan prata och fråga om något är oklart men att det också krävt ansträngningar av den äldre att fråga, förklara och klargöra för personalen.

De äldre berättar att de ibland tar på sig rollen att skapa och upprätthålla en god relation med vårdaren genom att ta humorn till hjälp i kommunikationen. De äldre har erfarenheter av att humorn kan hjälpa då vårdarens humör inte är den bästa. Vårdarnas avslappnade och ärliga kommunikation uppskattas såsom att vårdarna säger som det är.

"Humor och på det viset...att man talar samma språk ska vi säga. Genom att jag skojar så mycket...så är dom också och blir lite mera lössläppta... På samma nivå nog. Jag brukar säga när dom är...när det krånglar...att säg bara som det är. P11

Ur svaren om de äldres upplevelser av vården framkommer varierande svar om hur de äldre upplever att vårdpersonalen lyssnar. De äldre upplever i allmänhet att personalen lyssnar på dem och att personalen visar förståelse men det finns också erfarenheter av att personalen inte har lyssnat eller uppfattat det som den äldre sagt eller önskat. De äldre har erfarenheter av att vårdpersonalen glömmet bort det man talat om och att de behöver upprepa för vårdpersonalen det som tidigare sagts. Detta ger en känsla för den äldre att vårdpersonalen inte bryr sig och att den äldre inte orkar, ger upp. De äldre undrar hur kommunikationen och samarbetet mellan vårdarna fungerar då det som sagts under besöket inte noteras av följande vårdare. De äldre anser att de inte borde behöva upprepa sig flera gånger. Inte heller att den äldre skall behöva prata om samma sak flera gånger, tills personalen blir medgörlig och förstående. De äldre önskar att personalen visar respekt och verkligen lyssnar på det den äldre har att säga. Över lag betonar de äldre det värdefulla och viktiga i att uppleva sig bli hörd och lyssnad till.

"Jaa, nog finns det saker som inte...ibland är det som om det inte sku gå fram mellan arbetskaverina liksom. Man väntar att har man sagt en gång så ska man inte behöva upprepa. Nog sätter de ju upp det, de sätter det i telefonen, telefonen är ju deras anteckningsblock. Men det är kanske så i alla arbeten...fast man säger till flera gånger." P6

De äldre upplever att det tar tid att bli bekant och skapa förtroende med vårdens system och personalen och att detta påverkar erfarenheten av att bli hörd.

Den äldre upplever det svårt att ta till tals med vårdpersonalen att man upplever att de inte lyssnar eller att man upplever att man är till besvär med sina behov och frågor. Det är en känslig sak som man inte vågar sig på.

"Det vågar jag inte riktigt ge mig in på. Det kan vara känsligt ibland." P13

Betydelsen av personalens ordval i kommunikationen och hur ord kan sårna nämndes. Den äldre har upplevt att personalen påpekat den äldres klädval och kritiserat olika saker i den äldres vardagsval.

"Tänk att ord kan göra så illa och såra...man glömmet de inte. Som att du har en röd jumper...den borde du ha på julen. Sånt där kritiserar." P8

I svaren framkom också språkets betydelse i bemötandet och förståelsen och en önskan om att få tala sitt eget modersmål och ha vård och tjänster på eget modersmål. Den äldre berättar att hen inte alls förstått vad personalen sagt, att inte få eller kunna prata sitt eget modersmål ger en känsla av total övergivenhet. De äldre berättar att de påpekat att de vill ha vård och service på eget modersmål.

7.2 Uttalade och osynliga behov

Resultatet av intervjuerna visar på att det är ovant för de äldre att uttrycka erfarenheter kring vården och att svara om man har den vård, den hjälp och det stöd man behöver. Ett vanligt svar var att de aldrig funderat på dessa saker. Även begreppet delaktighet var svårt och något de äldre hade svårt att omfatta som en del av sin vård. Dokumentationen kring vården, hälsoplan och hälsomål var även de en okänd del av vården eller som en del i att tillsammans med vårdpersonalen vara delaktig och formulera ner behov, vilja och önskningar kring vården.

Utmanande att uttrycka behov och vilja

Ur intervjuerna framstod det att de äldre inte är vana vid att uttrycka eller fundera på sina behov, egen vilja eller önskningar kring vården. Det egna vårdbehovet kan framstå som oklart, något man egentligen inte närmare funderat på, blivit tillfrågad eller pratat om med vårdpersonalen.

"Inte har någon frågat, de har inte behövat för jag har ju haft allt svart på vitt färdigt vad jag behöver."
P3

En ödmjukhet och kravlöshet hos de äldre gentemot vården ses i deras svar med att de inte vill fodra eller besvara personalen. De äldre säger att de inte behöver så mycket och att de klarar sig med det de har och det de får. De äldre förminskar sitt eget behov med att inte begära något.

"Jag behöver så lite, jag klarar mig tills vidare. Jag har ju inte begärt något." P4

Den äldre berättar att vårdpersonalen inte pratar om direkta vårdrelaterade saker utan att pratet oftast handlar om vårdpersonalens privatliv, såsom semester och så vidare. Den äldre berättar att många av vårdarna är unga och att de ofta berättar mycket öppet om sig själv och sina liv. Den äldre väljer att inte prata om sina behov eller ärenden speciellt på morgnarna för då är vårdpersonalen så upptagen, har bråttom och inte hinner med något extra ärende att behandla.

” Inte pratar de så mycket såna där vårdsaker skulle jag säga. Nog pratar de också men ofta pratar vi om privatliv, att de ska på semester. Sen är det nog det, när de kommer särskilt på morgnarna, så då ska man inte försöka prata något sånt här för då har de så mycket kunder att då hinner de inte med något extra.” P13

Det förekommer erfarenheter av att vården inte vill befatta sig med den äldres vårdbehov. De äldre erfar att de inte får sin vård så som de önskar eller har behov av. Den äldre berättar som exempel hur hen dagligen får påtala hur hen vill ha sin medicindelning. Den äldre anser att hen är kunden och att det är hens behov och vilja som borde vara utgångspunkten men att vårdarna har varit påstridiga och påtalat att de delar ut medicinerna på samma sätt till alla. Den äldres enskilda behov har inte kunnat beaktas.

”Om jag inte säger åt morgonflickan eller pojken att de skall lägga i det här glaset en medicin, värkmedicin, så gör dom det inte. Och jag ser inte om det är lagt i dosetten. Och därför är det så att jag måste prata med någon som vet vad jag menar...och tar den därifrån och lägger den hit. För då klarar jag mig. Egentligen är det ju så, att jag är kunden och tänker man så är det inga problem. Men det är så...hon var påstridig när hon kom. Du måste ha en dosett! Så sa jag att varför skulle jag måsta ha det. För att vi har delat ut till alla. Jaha, sa jag.” P12

Även i erfarenheterna av att uttala och uttrycka sina behov framkommer det svåra för den äldre att uttala vad man behöver och vill. De äldre väljer, på samma vis som att inte klaga på bemötandet eller vården de mottar, att inte uttala sina behov och önsknigar. Motiveringen till att detta är att det förargar den äldre att besvära personalen samt rädsla och oro över att besvära och belasta personalen mera. Detta trots att den äldre har ärenden och behov som skulle behöva utföras eller pratas närmare om. Trots att personalen uppmanat den äldre att ringa vid behov så väljer den äldre att prova klara sig själv först och trots stor ensamhet och oro så väljer den äldre att inte ta upp sin ensamhet och önskan om annat boende med vårdpersonalen. De äldre vill inte lägga mer på personalen än de redan har.

”Då är det och harmar när jag skall ringa till de här vårdarna. Jag vill inte riktigt besvära dem. De här flickorna när jag har sagt att jag lagade den själv, att jag iddes inte ringa...på det viset är det...De har ändå sagt att ring bara, därför är vi här. Jag brukar säga att ringer inte om jag inte behöver hjälp.

Det är min personlighet det att inte man ska besvära så mycket. Men, att man provar till att klara sig själv mestadels.” P11

Betydelsen av den egna självbestämmanderätt och betydelsen av att personalen tror på den äldre och hans behov kunde uttryckas. De äldre uttrycker att de själva vet vad de vill och behöver. Att vara självständig och ha en egen självbestämmanderätt, att själv säga till vad man önskar och behöver uttrycktes. Den äldre berättar att hen har klargjort när hen behöver hjälp, att hen inte behöver mera hjälp ännu och upplever det inte svårt att uttrycka sina behov.

De äldre kunde också erfara att det krävs egen aktivitet för att få hjälp. De äldre hade också erfarenheter av de fått kämpa för sin vård, sina behov och få igenom sin vilja.

”Nog ska man ju själv också lite, när man sen märker att man inte klarar sig så måste man få det ändrat. Klarar man sig inte måste man själv säga att man inte klarar sig.” P6

Begränsad delaktighet

De äldre kunde inte relatera till erfarenheter av att vara delaktig i den vård de mottar. De flesta äldre kunde inte svara och blev oftast tysta då frågan om delaktighet togs upp.

Ett resultat av intervjuerna är att de äldre som har hemvård inte är delaktiga i sin vård eller den service de mottar. De äldre som har erfarenheter av delaktighet mottar övriga stödtjänster så som personlig assistans och närståendevårdsstöd. Här kan de äldre erfara att de fått vara delaktiga och att vården inte gjort övertramp.

Känsla av att vara utesluten ur sin egen vård förekommer. De äldre berättar att det är vanligt inom hemvården att den planerade vården ändras med bara ett kort meddelande från vårdens sida.

Ibland kan de flickorna säga att du har då och då den där duschningen, att dom har ändrat liksom det. Man är nog på och sätt vis utestängd ur det här...från den sidan.” P13

De äldre saknar erfarenhet och uppfattning om att vården de mottar dokumenteras samt att de behov och önskingar den äldre har finns fastställda i gemensamma målsättningar

och en plan för vården. Svaren på frågan om dokumentation var oftast ”Vet inte” eller ”Nu förstår jag inte”.

Den äldre berättar att hens delaktighet i vården har varit är att hen gjort så som vården har sagt att hen skall göra, att det kom ett brev med datum och tid.

De äldre känner vanligtvis till vilka telefonnumror de kan ringa till och vet att läkarna kan se vilka tidigare besök de gjort.

”Nää, jag tror nog inte vi diskuterat något sånt inte. Telefonnummer har jag fått.” P2

”Jo,jo, nog finns allt där. Läkaren ser ju vad jag varit och äter för mediciner. Det känner jag till.” P3

De som anlitar hemvårdens tjänster känner till att det finns olika listor, såsom blodtryckslista och lista där vårdaren antecknar hur långt besöket varit. Några svarade med att hemvården har en mapp där de skriver in om det är något viktigt och att i mappen finns alla mediciner uppräknade. Däremot var det oklart för de äldre för vem hemvårdens anteckningar görs då de äldre inte själva läser texten.

”Jo, det finns de som gör det...här finns en lista som dom skriver vad blodtrycket varit...men det gör inte alla. Det är kanske frivilligt. Nog kan de säga att jag sätter upp det här. Det finns de som är jättepunkliga men att ... det beror väl på hur man litar på sitt minne för det är hemskt mycket dom ska sätta upp. Hur länge dom är hos en patient och så...” P6

Någon av de äldre nämnde att de känner till den elektroniska patientdataplattformen Mitt Kanta men att de inte använder den.

Endast en äldre kunde berätta att hen har ett mål med sin vård. Målet utgår ifrån att fysioterapeuten har frågat den äldre vad hen har för önskemål för sin vård. Den äldre har tillsammans med fysioterapeuten gjort upp mål om att röra på sig mera inomhus. Den äldre undrar om fysioterapeutens förfarande har att göra med fysioterapeutens yrke och att vårdpersonalens förfarande med att de inte sätter upp mål är att de sköter det all dagliga såsom att dela mediciner och plocka fram mat.

Resultatet av intervjuerna visar att de äldre inte känner till sina hälsomål eller att de skulle ha diskuterat en hälsoplan med vårdpersonalen. De äldre som har assistans och närståendevårdsstöd kände till sin serviceplan men ingen av de övriga äldre hade kännedom om sin vård- och serviceplan trots att alla torde ha en vård- och serviceplan som är uppgjord tillsammans med serviceproducenten, hemvården. Någon kunde relatera till vad en vårdplan är och svarade med att de kan förstå vad en vårdplan är men att man inte kommit överens om något speciellt. Det finns erfarenhet av att då den äldre anlitar privata tjänster så diskuteras vården tillsammans men då det gäller den kommunala hemtjänsten så är den äldre utestängd ur planeringen. Den äldre visar likaså här sin förståelse för att personalen har så mycket och att det inte är lätt att genomföra en gemensam vård- och serviceplan.

”Vårdplan? Nää, det har jag nog inte hört om men jag kan nog förstå ungefär vad det betyder och om man behöver någon viss vård. Inte har vi kommit överens om något speciellt.” P2

7.3 Vårdens resursbrister

Resursbristen inom vården framkommer i de äldres svar på olika vis. Resursbristerna framkommer som ett genomgående tema i erfarenheterna av vården och återspeglar sig i den äldres upplevelse av hur behov, vilja och önsknings beaktas men också i mötet mellan den äldre och vårdpersonalen. Resursbristen upplevs av de äldre som en belastad och stressad personal, personalombyte, att vården de mottar är rutiner samt att hälso- och sjukvårdens tjänster är oflexibla samt otrygga och fungerar inte för de äldre.

Rutiner och punktinsatser

Trots att resultatet visar att de flesta äldre upplever att de får ett gott bemötande av vårdpersonalen upplevs vården som rutiner och en punktinsats.

”De tvättar mig och frågar hur jag mår...dom och flickan hjälper mig med allt. Inte vet jag nu om de gör så speciellt mycket...” P2

”Det är bara blöjan och maten så. De sköter matbestyren, värmer maten...” P13

De äldre berättar att det stora personalbytet och många inhoppare med mindre arbetserfarenhet bidrar till att personalen som besöker den äldre gör den arbetsuppgift

som är sagt och antecknad att göras och ingenting mer. De äldre uppskattar ordinariepersonalen och upplever att de har mera tid och förmåga att se helheten samt ta egna initiativ till vad som behöver göras.

Dom lägger ögondroppar. Det som står i telefonen så gör dom. Dom sköter jobbet sitt men dom som är äldre flickor som hela tiden liksom är där, dom vågar lite ta egna initiativ och dom ser att det där borde göras nu...Så dom vågar lite mera än vad nybörjarna brukar jag säga" P11

Stressad och belastad personal

Upplevelsen av att personalen är belastad framkommer i de äldres svar. De äldre berättar att de känner av belastningen och att den ses i besöken med förseningar, stor personalomsättning, tidspress och en personal som sällan hinner prata desto mer. Den ständiga tidspressen gör att det inte finns tid för aktiviteter den äldre önskar och har behov av, som att komma ut och gå till exempel. Den äldre berättar att hen därför upplever att personalen inte är på de äldres sida.

De äldre känner av och får av personalen höra om belastningen som finns. Även här finns en förståelse hos de äldre för att personalen gör sitt bästa trots stress men situationen med all stress gör den äldre olycklig. De äldre blir olycklig av att telefonen ringer då vårdpersonalen kommer på besök och att den äldre vet att det är andra äldre som ringer och funderar när vårdaren skall komma. Den äldre berättar att det gör hen också, sitter och väntar på när vårdaren skall komma.

De äldre önskar att personalen skulle vara den samma. Det vanliga nu är det alla dagar är ny personal.

"Dejourtelefonen ringen konstant, folk ringer och frågar var de är... Man märker nog att de har brått ibland, att de har klockan som tickar. De har svårt att hålla tider. Det finns många inhoppare. Det är alltid för lite personal. Och då kan ju inte såna här gamla människor få gå ut..." P6

Oflexibla och otrygga hälso-och sjukvårdstjänster

Det förekommer en besvikelse över att hälso- och sjukvården för de äldre är oflexibel och otillgänglig. Det är svårt att få tid till läkare och väntetiderna i vårdkon upplevs långa. Det är svårt att få kontakt med vården och de äldre berättar att de kan sitta långa tider i telefonen och vänta på att komma fram till hälsocentralen. De äldre berättar att de inte

kan eller enligt hälsocentralen får besöka hälsocentralen mera för att få service eller information utan att de blir hänvisade till att ringa först. De äldre upplever det svårt att ringa då det är svårt att höra samt trycka på olika knappar på telefonen för att komma vidare i samtalet. Det är vanligt att de äldre suttit timmar på sjukhusets poliklinik och väntat. Informationen om tjänsterna och servicen upplevs som otydlig och obefintlig och de äldre berättar hur de bOLLAS mellan instanserna och får olika information av vårdpersonalen på de olika instanserna.

Resultat av studien tyder på att de äldre som inte har hemvårdens tjänster utan anlitar den kommunala hälsovårdens tjänster erfar missnöje över vården. Speciellt hälsocentralens tjänster är osmidiga och den äldre undrar varför ingen tar till sig kritiken trots att respons getts. Den äldre upplever situationen förarglig då ingen tar ansvar för att besvara eller åtgärda kritiken. De äldre berättar hur informationen från hälsocentralen upprepade gånger brister. Att tider för uppföljningar som behöver göras på grund av den äldres sjukdom inte kan fullföljas på grund av att personal slutat. Inom de olika verksamheterna inom äldreservicen har man inte information om personalbyte och hur vården på hälsocentralen fungerar för tillfället. De äldre berättar också hur de blivit utslängda ur specialsjukvården, att årliga uppföljningar som fungerat i många års tid avslutats med utan någon förklaring, endast med ett meddelande om att bashälsovården härefter skall handha vården.

”Jag har påpekat det flera gånger...jag har ringt och jag har stått bakom luckan...och ingen kan svara...Det är retfullt, det är förargligt...det är en pettiss men hela deras upplägg med telefonservicen gillar jag inte. Du vet inte...tryck ett och tryck två...De har ett lustigt system med att du inte kan gå till hälsovårdscentralen...till nån av mottagningsbiträdena. Det fungerar inte för oss. Och tänk all den kritik som de fått...att de inte tar till sig det. Vem är ansvarspersonen?” P9

Hälso- och sjukvården skapar oro och upplevs otrygg. De äldre vet inte vart de skall vända sig, vilka läkare som sköter om dem. De saknar sjukhuset och den service och trygghet som fanns på sjukhuset tidigare.

Stödtjänster som färdtjänst och assistanshjälp har utmaningar. De äldre som har färdtjänst berättar att färdtjänsten inte alltid fungerar. Det har hänt att bilen aldrig kommer. Beträffande personlig assistans är det svårt att få assistent som talar den äldres modersmål och det verkar vara svårigheter med att ha samma assistent en längre tid.

De äldre har en förståelse för att de inte kan få allt de önskar men upplever att vården de mottar påverkas av kommunens ekonomi och byråkrati och att det inte är behovet och det man önskar som styr utan pengarna. Detta ses i bland annat tillgången till rätt och bra vårdmaterial.

”Jag får det kanske inte genast, det förstår jag. Byråkratin är ju som den är. Hur man än vill så är det pengarna som styr.” P5

7.4 Stödnätverket i vardagen

De äldre kopplar de anhörigas hjälp och stöd till svaren om erfarenheterna av vården och tjänster de mottar. I intervjuerna med de äldre framkommer hur viktigt stöd de anhöriga bidrar dagligen med för att stöda vården av den äldre, den äldres funktionsförmåga och möjlighet att kunna bo och vara hemma. Att delta i gruppverksamhet och olika stödtjänster är likaså uppskattat och viktigt stöd för de äldre i vardagen.

Anhörigas insats

De anhöriga bidrar med tillsyn och hjälper till med olika vardagssysslor. De anhöriga städar, byker, handlar mat, lagar mat, sköter bankärenden, besöker apoteket, går med till läkare och ledsagar. De anhöriga är en del den dagliga omsorgen och tryggheten. De anhöriga är barn eller barnbarn som bor nära den äldre men det kan också vara syskon till den äldre.

” Jag har ju städhjälp och all annan hjälp av dottern som kommer.” P2

”Utan hjälp utan mina syskon så skulle det inte gå liksom...” P11

I erfarenheterna framkommer också att de äldre känner till anhörigas oro över den äldre. De äldre berättar hur anhöriga tagit del i ordnandet av vården och att barnen upplever att den äldre borde ta emot mera hjälp. De anhöriga är också de som hjälper den äldre med att ta reda på saker och som informerar den äldre.

Aktiviteter och tjänster

Flera av de äldre som deltog i studien deltar i dagverksamhetens verksamhet och stödgrupper. Dessa uppskattas stort av de äldre. De äldre upplever gemenskap och glädje av att träffa andra. Dagverksamheten erbjuder möjlighet att träffas, äta mat tillsammans, olika aktiviteter och stöd samt samtal i olika frågor.

”Jag är nöjd med dagverksamheten. Glädje och så där och är det något speciellt så kan man fundera på det. Kommer och träffar andra, inte är det så tokigt.” P2

Några av de äldre kunde berätta att de nyligen fått en pekplatta med vilken de deltar i samtalsgrupp och får hemvårdens kvällbesök som ett videosamtal.

Städtjänst och matservice med att få färdiglagad mat hämtas hem är en vanlig förekommande service och köptjänst hos de äldre. Även apotekets service uppskattas och deras service med att få recept förnyat och att apoteket sköter allt i medicinväg.

Privat hemvårdstjänst anlitas i väldigt liten skala. De som anlitar denna service upplever denna som smidig och stressfri. Med den privata tjänsten kan den äldre själv bestämma vad som behöver göras. Det ger möjlighet till klädvård, matlagning och kaffestunder tillsammans. Därtill har vårdaren varit den samma en längre tid vilket skapat en kontinuitet i vården och en värdefull vårdrelation.

8 DISKUSSION

Syftet med studien var att undersöka vilka erfarenheter de äldre har av den vård och service de mottar. Resultatet av studien visar att de äldre upplever ambivalens gällande omsorgen och vårdpersonalens bemötande samt att den äldres behov ofta blir outtalade och därmed osynliga. De äldre vill absolut inte klaga, anmärka eller vara till besvär. Vården upplevs som rutiner som sköts och den äldre är inte en del i sin egen vård. De äldre har inte fört diskussioner med vården om sina behov, önskemål eller målsättningar för den vård eller de tjänster de mottar. De äldre erfar dagligen hur resursbristerna

påverkar vården de mottar och de äldre anser att de utan anhörigas hjälp och annan stödverksamhet skulle ha större utmaningar med att klara av vardagen hemma.

Det mest framtydande i resultatet är de äldres ambivalens gällande bemötandet, den egna vården och dialogen. Detta ses i att de äldre är kluvna i sina svar om erfarenheterna av vården och servicen de mottar. De äldre svarar att de är nöjda över vården och omsorgen och uttrycker tacksamhet och acceptans över de besök de får. Bakom dessa svar finns dock en andra sida då de äldre vill påtala att de inte vill kritisera, klaga eller besvära. De äldre vill påpeka att de har det bra och är nöjda med det de får. De accepterar och försvarar situationer som ett sämre bemötande och stressad personal som inte har tid. Bakom nöjsamheten finns också en annan outtalad sida då behov och vilja inte blir klart uttryckta eller uttalade av de äldre. Resultatet tyder på att de äldre inte har en vana att prata om sina egna behov eller vad de önskar. De beskriver att de inte pratat eller blivit tillfrågade av vårdpersonalen om sina behov. De äldre uttalar också en oro över att påtala sina behov och önskningar i rädsla om att belasta personalen ännu mer. Det finns därtill en oro och oklarhet över hälso- och sjukvården de mottar. Hälso- och sjukvården upplevs oflexibel, otillgänglig och otrygg. Resultatet av intervjustudien är att de äldre som bor hemma och har ett vård- eller servicebehov inte har en vård eller ett stöd i vardagen som utgår från deras egna uttalade behov och vilja. De äldre bidrar dock delvis till detta själva då de väljer, av olika orsaker, att inte uttala sig eller sitt behov och sin vilja. Det framstår som att de äldre är oroliga och rädda för att uttrycka sina sanna behov och vilja då de inte vill besvära eller belasta vårdpersonalen. Eftersom det är vårdproducenten och vårdpersonalen som ansvarar för den vård och service som erbjuds för den äldre är ansvaret att ta till tals, att gemensamt diskutera målsättningar och dokumentera vården tillsammans med den äldre, hos vården. Vårdorganisationen och vårdaren har det främsta ansvaret redan enligt lagstiftningen att erbjuda vård och service som utgår från den äldres behov. De äldre har rätt till en vård de är delaktiga och involverade i och skall inte behöva känna oro eller känna att de klagat eller är till besvär.

De äldres nöjsamhet och att de inte gärna klagat på vården, är lojala och tacksamma över vårdpersonalens besök liksom den tvåsidiga förnöjsamheten stöds av Kariniemi et al (2022 s.26) som påpekar att detta inte är den verkliga kvaliteten av vården eftersom de

Äldre har svårt att ge respons är svårt därtill som de äldre inte tror på att responsen har någon inverkan på vården och är rädda för att negativ respons skall påverka vården.

Den i studien tydligt förekommande erfarenheten att inte vara delaktig i sin vård framstår också i Josefsson et al (2021) resultat där 15 % av de äldre som deltog i studien inte hade uttryckt sin målsättning för vården. Även Stoop et al (2020) kan befästa de äldres upplevelser av att beslut görs utan dem och att de inte känner sig meningsfullt engagerade i diskussioner om vårdmöjligheter, det svåra i att uttrycka sina behov och önskemål eller att uttrycka bekymmer om de ville ha förändringar i sin vård eller om de kände sig missnöjda. Då Stoop et al (2020) påvisar att de äldres erfarenheter och upplevelser med att vara delaktig i sin vård var obefintliga påvisar Glasdam et al (2020) att orsaken till att endast enstaka av de äldre kan svara att de upplever att de är och fått vara delaktiga i sin vård beror på att behovsbaserad vård är en politisk illusion mer än en praktisk verklighet eftersom hemtjänsten bygger på en ideolog som innefattar effektivitet, förutsägbarhet och kontroll. Dessa faktorer står i fokus när man tilldelar och fördelar hjälp och tid för att hjälpa klienter och ger begränsat utrymme för att involvera klienten eller de professionella i vården, eftersom allt är standardiserat på förhand.

De äldre i denna studie saknar erfarenheter och kännedom om gemensamma målsättningar och dokumentation om vården. De äldre har inte kännedom om sin egen vård- eller serviceplan än mindre om en hälsoplan som skulle vara en absolut nödvändighet för delaktighet kring egna behov och vilja samt som ett stöd för att stärka den äldres hälsoprocesser. Detta resultat visar att de äldre inte ser eller har vetskap om sambandet mellan den vård de mottar och vårdens eventuella målsättningar. De äldre ser inte att det dagliga arbete som hemvården gör är en del av den äldres vårdplan. Detta kan liksom det faktum att de äldre väljer att inte uttrycka sina behov och önskningar vara en stor brist i vården och målsättningarna om att stöda och upprätthålla den äldres funktionsförmåga. Detta väcker frågor om hur vårda och bemöta den äldres behov om behov och önskningar inte är uttalade, överenskommet och nerskrivet som delmål och mål i en vårdplan? Resultatet tyder på att den äldres verkliga behov och vilja blir outtalat och osynligt.

I en personcentrerad vård bidrar den äldre med sin livshistoria och den egna berättelsen och insikten om vad hälsa är för hen och på så vis stärks den äldres hälsoresurser

(Dahlberg, K. & Ekman, I., 2017). Då vården, vårdplaneringen och dokumentationen fokuserar på olika vårduppgifter och det medicinska uppstår risken att vårdpersonalen missar denna betydelse, att genom att lära känna den äldre och identifiera den äldres styrkor, stöds hälsoresurserna som vidare kan betydande för vården av den äldre. Denna tankegång framställs också av Turjamaa, R. et al (2015) som ifrågasätter varför fokus ligger på uppgifter som intag av medicin och matning av måltider då fokus i stället borde vara att övervaka effekten eller biverkningarna av medicineringen eller överväganden om tillräcklig näring eller risk för undernäring? Då vårdpersonalen ändrar förhållningssätt och går in för att implementera de personcentrerade elementen i vården skulle effekten av vården bli att minska risken för sjukhusvistelse på grund av medicinernas biverkningar samt minska näringsbrist hos hemmaboende äldre.

Ett klart tema som framstod ur resultatet var de äldres upplevelse av vårdpersonalens bemötande och dialogen. De äldre upplever bemötandet över lag som bra, de upplever att personalen är vänlig och glad men då bemötande och dialog öppnas upp till upplevelsen av att bli lyssnad till, hörd och förstådd så finns det känslor och upplevelser av att personalen inte bryr sig, att den äldre behöver upprepa sig, att vårdpersonalen inte lyssnar och tror på den äldre. De äldre klagat ogärna på vården eller personalens bemötande. Det var flera som ville betona att de absolut inte vill klaga, att de har det bra som det är. De äldre har en gemensam ödmjukhet och kravlöshet gentemot vården de mottar. Ur de äldres erfarenheter och svar väcker det många frågor kring orsaken till detta. Kan det vara ovanan att inte prata och diskutera behov och vilja, rädslan och oron över att inte besvära personalen eller bara en allmän tacksamhet över det man får? Kan detta i sin tur förklaras med att de äldre idag inte ställer samma krav på samhället och livet över lag? De är uppväxta under och efter krigstider, med att leva småskaligt och sparsamt och en tid då det inte fanns all den hälso- och sjukvård som byggts upp fram till idag? Då Stoop et al (2020) undrar om den äldres nedsatta funktionsförmåga och sociohistoriska bakgrund är orsaken till att de äldre inte vill klaga undrar Kariniemi et al (2020) om de äldres styrkor som tålamod, uthållighet, ödmjukhet, vänlighet och hänsyn för andra är orsaken till att de äldre inte uttrycker sitt missnöje för vården? Oberoende av vilken orsaken är behöver vården känna till detta fenomen, att de äldre upplever att de inte vill, kan eller vågar påtala sina behov eller önsknings för vårdpersonalen. Vården behöver veta att orsaken till att de äldre inte påtalar sina behov är att de inte alltid blivit tillfrågade av vårdpersonalen

samt att de uttrycker oro och rädsla över att vara mera till besvär eller att belasta vårdpersonalen. Vården kan därmed inte automatiskt utgå ifrån att den äldre är nöjd med den vård hen mottar bara för att hen uttalar sig i så stunden. Vårdaren behöver klargöra detta noggrannare med den äldre. För att få reda på den äldres verkliga behov och önskningsar behöver en vårdrelation skapas vilket i sin tur kräver tid för samtal, att lyssna in den äldres livsberättelse och lära känna den äldre och hens förmågor (Fors, A. & Forsgren, E., 2020 I: Ekman, I.).

En iakttagelse som gjordes under intervjuerna är att de äldre inte använder ordet vård utan pratar om hjälpen de får. De pratar inte heller om vårdarna utan om ”flickorna som kommer hit och hjälpa”. Detta väcker tankar kring de äldres uppfattningar om vården de mottar. Är hjälpen de får ett uttryck för att de blir hjälpta med olika uppgifter, ett uttryck för rutinerna och punktinsatserna, de outtalade behoven? Eller är ”hjälpen jag får” ett uttryck för Glasdam, S. et al (2020) tankar om att de äldre är beroende av professionell hjälp i vardagen och därmed underkastade hälso- och sjukvårdssystemets regleringar vilket försvagar den äldres eget sätt att leva? Och är flickorna ett uttryck för det resultatet av studien visade, ett stort personalbyte med unga personal och lättsamma samtal om vårdarens privatliv?

Studiens resultat av att de äldre erfar och upplever resursbristerna i vården är inte överraskande och är en av orsakerna till att personcentrerad vård är aktuellt både internationellt och nationellt. Däremot var det ett värdefullt resultat att de äldre själva kunde uttala att de upplever besöken och hjälpen de får som rutinbesök och som korta, snabba punktinsatser samt att de ser en stressad personal som byter ofta och inte har tid för samtal. Resultaten av studien visar att den äldre upplever att vården inte är på deras sida samt att ekonomi och byråkrati styr vården. Detta kan ses som tecken på effektivitets- och kontrollfaktorer från organisationens sida. Detta i sin tur kan ses som att den organisation de äldre vårdas av valt en linjedragning för vården som inte är person- och behovscentrerad och att det saknas ett personcentrerat förhållningssätt i organisationen. De äldres erfarenheter tyder på att utgångspunkten för vården de mottar är utgående från organisationens behov att vara kostnadseffektiv. Denna slutsats görs utgående från att utgångspunkten för en personcentrerad vård är människan i fokus framom sjukdom samt att den äldre behandlas som en person med inte enbart sjukdom utan en person med

resurser och förutsättningar och är en vård som utgår från behov, berättelser och gemensamma överenskommelser om vården och dess uppföljning. (Ekman, I. et al, 2020 I: Ekman, I., McCormack, B. & McCance, T., 2021). Resultatet av studien visar liksom Kariniemi et al (2020) att vårdpersonalens brådskas leder till upplevelser av yttlig omvårdnad och en negativ upplevelse av bemötandet.

En reflektion av resultatet är kategorin om stödnätverkets betydelse, hur viktigt stöd de anhöriga är för de äldre och de äldres svar om att denna hjälp och det stöd den anhöriga bidrar med är betydande för att de äldre upplever att de kan klara sig hemma och kunna bo hemma. De äldre som bor hemma idag och har hemvårdens tjänster bor ofta ensamma och har ofta ett stort vårdbehov. De anhöriga har olika uppgifter som stöder vården av den äldre och hemmet. De anhöriga har också en roll som intressebevakare, att följa upp, ta reda på ärenden för den äldre. I denna studie hade de flesta äldre anhöriga som så gott som dagligen gjorde en insats för den äldre. En fråga som därmed uppstår är hur denna insats påverkar erfarenheterna av vården? Kan de anhörigas insats, som ger trygghet och omsorg, vara en delorsak till att de äldre förminskar sina egna vårdbehov och bättre accepterar vårdens resursbrister? De äldre vet att de oberoende har anhöriga som stöd och hjälp. Därmed skulle det vara intressant att vidare forska i hur anhörigas hjälp och omsorg påverkar den totala vården av den äldre och hur vården upplevs av de äldre som inte har anhöriga till hands. Med dessa reflektioner framstår också frågan om kommunen beaktat detta och hur kommunen stöder dessa anhöriga som inte fyller kriterierna för att vara närståendevårdare och således inte får det stöd närståendevårdslagen berättigar till? (Finlex, 2005/973)

Då resultatet från studien och tidigare forskning speglas mot den teoretiska referensramen kan en slutsats göras att vården inte stöder de äldres behov och vilja samt att vården i nuläge inte är personcentrerad. Vården är begränsad och motsvarar inte den äldres behov och det den äldre föredrar. Vården och tjänsterna som den äldre mottar stöder inte den äldres dagliga och omfattande vård vilken är i konflikt med de politiska målsättningarna om att den äldre skall klara sig hemma så länge som möjligt. Det förekommer inte en personcentrerad kultur i vården.

Resultatet som helhet medförde ingen direkt ny kunskap till forskningen men påvisar och bestyrker liksom tidigare forskning att vården av de äldre fortfarande utgår ifrån vårdens yttre ramar såsom tilldelade resurser och politiska beslut. Därtill påvisar resultatet att vården fortfarande är uppgiftsbaserad och styrs av sjukdomar samt fysiska problem för att tillfredsställa de nödvändigaste behoven i just den stunden. Då den teoretiska referensramen och tidigare forskning speglas mot studiens resultat och äldrevårdens utmaningar blir det tydligt att arbetet med att implementera en personcentrerad äldrevård kräver mycket arbete på olika nivåer. En förutsättning för att implementera personcentrerad vård är att politiker, hälso- och sjukvårdens ledning och medarbetare tar personcentrerad vård till sig, engagerar sig samt utvecklar ett personcentrerat förhållningssätt och en etik som genomsyrar hälso-och sjukvården (Winblad, U. et al, 2020 I: Ekman, I.). Hur utveckla detta förhållningssätt, hur engagera och förändra verksamheterna och vårdpersonalen i att införa personcentrerad vård? Risken med dagens vårdkultur och ansträngda personalsituation är att personalen är utmattad och trött på förändringar. Personalen orkar kanske inte med nya förändringar? Wolf, A. et al I: Ekman, I. (2020) ser att förändringsmotstånd är vanligt inom hälso- och sjukvården och har sin grund i rutiner och strukturer och att dessa skapar en tröghet i organisationen. Förändringströtthet bland personalen leder till ett minimerat engagemang i nya projekt i hopp om att ledningen fokuserar intresset på andra lösningar (Fernler, K. & Krohwinkel, A., 2018).

Organisationen där intervjuerna utfördes i använder ordet och begreppet personcentrerad vård men med resultatet av denna studie blir det tydligt att den personcentrerade kulturen inte har skapats och att organisationen inte har implementerat personcentrerad praxis. Därmed framstår det klart, vilket den teoretiska referensramen påpekar, betydelsen av att organisationen klargör vad som avses med de begrepp man väljer att använda för den vård som tillämpas (Koivunen, K. 2017, McCormack, B. & McCance, T., 2021).

Frågan är hur vården kan ändra riktning både politiskt och professionellt – från att vara sjukdomsinriktad till att vara en personcentrerad vård utgående från behov och vilja? Hur engagera de äldre i beslutsfattandet enligt den äldres egna resurser och möjligheter samt att ändra de äldres attityd till att det är acceptabelt och tillåtet att framföra sin egen röst och att det inte alltid är så att ”doktor vet bäst”? Den vård som de äldre erfar i denna

studie är patient-, uppgifts- och sjukdomsorienterad och utvecklingen mot en personcentrerad vård kan inte skönjas.

Även vårdpersonalen förtjänar möjligheten att ge en god och kvalitativ vård för de äldre, att vara involverad och utöva vårdarbetet utgående från den egna professionella och etiska övertygelsen. För fortsatt forskning skulle det vara intressant att närmare forska i vad som är bakomliggande faktorerna till att vården inte utgår ifrån lagstiftning och rekommendationer om den äldres rätt till en vård som är personcentrerad.

Resultatet av denna studie och tidigare forskning visar att de rutinmässiga systemen och effektiviserandet av vården kan ha sitt pris i att den äldre personen tystas ner i vården. Med respekt för de anhöriga som bidrar med värdefull omsorg om den äldres välmående och hushåll kunde vidare forskning bidra med att öka insikten och medvetenheten om vilken insats de anhöriga har i helheten av de äldres vård och hur de anhöriga behöver stödas i sin roll som omsorgstagare.

8.1 Metoddiskussion

Att utföra en kvalitativ studie var relevant i ock med valet att utföra intervjuer, att höra de äldre med egen röst berätta och beskriva sina erfarenheter och upplevelser. Semistrukturerade intervjuer fungerade bra som metod eftersom den gav utrymme för både färdigt fastställda frågor samt öppna frågor och följdfrågor (Bell, J., 2009 s. 162). Intervjuguiden var ett bra stöd då teman och frågorna fanns till pappers och frågorna på så vis kunde ställas i den ordning som är i intervjuguiden eller enligt hur intervjutillfället eller diskussionen med den äldre förlöpte. Alla informanter svarade på alla frågor men som det framkom i resultatet var begrepp som delaktighet och dokumentation svåra att omfatta för de äldre. Dessa begrepp behövde förklaras och följdfrågor ställas. Tekniken med att bända in intervjuerna var lyckat och var ett bra redskap för transkriberingen då ljudhastigheten kunde ställas in på långsamt, vilket möjliggjorde att författaren klarade av att både lyssna och skriva samtidigt.

Valet att låta vårdpersonalen fråga och eventuellt välja ut de äldre som deltog i studien kan diskuteras ur den synvinkeln om det möjligtvis påverkade resultatet. Författaren har

undrat om det var de aktiva, pratglada äldre som tillfrågades av vårdpersonalen. Men med det resultat som uppstod så finns inte misstro för detta eftersom svaren av de äldre var varierande och det framkom olika erfarenheter av vården. De äldres svar har varit ärliga, uppriktiga berättelser samt känslor om hur de upplevt vården. Att enbart svenskspråkiga äldre personer deltog i studien har inte varit ett krav från författarens sida utan är ett resultat av att deltagarna är tillfrågade av vårdpersonalen.

Den första frågan vid intervjutillfället var frågan om den äldres livsberättelse. Den äldre fick fritt och enligt eget val berätta vem hen är, var hen bott, arbetat, sin familj och annat som haft betydelse i livet. De äldre berättade gärna om sig själv och sin livsberättelse. Gregory et. al. (2017) redogör i sitt resultat från sin intervjustudie att de äldre upplever sig jämlika då deras livshistoria, kunskap och erfarenhet var noterad och respekterad samt att personalens bemötande och kommunikation påverkar deras känsla av att bli behandlad med respekt som en person. Detta kunde författaren av studien känna av, att inledningen gav en bra grund för kommunikation och att intervjuerna var förtroendefulla och värdefulla möten med den äldre.

Materialet av intervjuerna har kritiskt granskats och bearbetats för att få ett resultat som är trovärdigt och svarar på studiens syfte.

8.2 Trovärdighet

Studiens trovärdighet påverkas av forskarens och författarens förförståelse då denna sätter sin prägel på analysen. I inledningen beskrivs egen insyn och erfarenheter i ämnet samt förutfattade meningar. Undersökningens trovärdighet bedöms utifrån den kvalitativa innehållsanalysens begrepp giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet (Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U., 2017 s.230). Förförståelsen för denna studie finns i intresset för de äldres upplevelser av vården samt hur personcentrerad vården av de äldre är.

Undersökningens giltighet bekräfts av att det är äldre personer som frivilligt och med egen vilja ställt upp på intervju och med egen röst berättat sina erfarenheter. Variationen i

innehållet har fått genom att det i intervjuerna har deltagit en variation av kvinnor och män i olika åldrar, livssituation, boendeförhållande och typ av vård och service de anlitar.

Tillförlitligheten av innehållsanalysresultat beror på tillgången på rik, lämplig och väl mättat data. Därför går datainsamling, analys och resultatrapportering hand i hand (Elo, S. et al 2014, s. 8). I denna studie kunde en datamättnad ses då 10 intervjuer utförts.

För att förbättra trovärdigheten för studiens innehållsanalys har checklista utarbetad av Elo, S. et al (2014 s. 3) använts som stöd. Enligt checklistan skall innehållsanalysens trovärdighet granskas i tre faser; förberedelsefasen, organiseringsfasen och rapporteringsfasen. Studiens analysprocess har beskrivits och konkretiserats i punkt 6.4 Dataanalys och resultatet av koder och kategorier sammanställts på ett överskådligt vis, se bilaga 5

Författaren har naturligt varit delaktig i datainsamlingen eftersom intervjuerna har varit av berättande karaktär och följdfrågor samt förtydligande frågor har ställts till den äldre. Författaren har dock strävat till att distansera sig från råmaterialet och har reflekterat och noterat över egna ställningstaganden och tolkningar efter intervjun. Efter varje intervju har en kort reflektion gjorts och antecknats ner. Författaren hade inga förhandsuppgifter eller någon personlig koppling till någon av de äldre, därmed har det varit möjligt att ha distans till den äldre personen som intervjuats. Författaren har varit neutral och lyssnat opartiskt till den äldres upplevelser. De äldre var mycket delaktiga och närvarande i intervjuerna och är därmed skapare av intervjutexterna. Texterna kan ses vara oberoende av författaren då det endast är författarens frågor och den äldre personens röst som dokumenterats.

Studiens resultat torde vara överförbart då resultatet uppnåtts av fastsatt urval, variation i deltagare, en fungerande datainsamling, datamättnad samt kritiskt granskad dataanalys. Resultatet av studien kan dessutom bestyrkas av tidigare studiers resultat. Det är dock läsaren som avgör huruvida resultatet är överförbart till en annan grupp äldre eller en annan kontext. (Lundman, B & Hällgren Graneheim, U., 2017 s 232)

LITTERATUR

- Arcada, 2021, Etiska frågor och behandling av personuppgifter Tillgänglig: <https://start.arcada.fi/sv/mina-studier/examensarbete/etiska-fragor-och-behandling-av-personuppgifter>
- Bell, J., 2009, 2009, Introduktion till forskningsmetodik, 2009, Upplaga 4:4, Studentlitteratur AB
- Britten N., Ekman I., Naldemirci, Ö., Javinger, M., Hedman, H., Wolf, A., 2020, *Learning from Gothenburg model of person centred healthcare - Axel Wolf and colleagues discuss an initiative in Sweden that is redesigning healthcare in partnership with patients and achieving better clinical outcomes* Tillgänglig: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2738.full.print>
- Corbett, TK, Cummings, A., Lee, K., Calman, L., Fenerty, V., Farrington, N., Lewis, L., Young, A., Boddington, H., Wiseman, T., Richardson, A., Foster, C., Bridges, J., 2020, Planning and optimising CHAT&PLAN: A conversation-based intervention to promote person-centred care for older people living with multimorbidity, PLoS ONE 15(10): e0240516. Tillgänglig: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240516>
- Coulourides Kogan, A., Wilber, K., Mosqueda, L., 2016, *Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review*, JAGS 64:e1–e7, 2016 Tillgänglig: <https://doi.org/10.1111/jgs.13873> Hämtad: 9.12.2021
- Dahlberg, K., Ekman I., 2017, *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård- Att bli lyssnad på och förstådd*, Liber AB, Stockholm
- Dataombudsmannens byrå, 2022, Vetenskaplig forskning och dataskydd Tillgänglig: <https://tietosuoja.fi/sv/livscykeln-for-behandlingen-av-personuppgifter-dataskyddsprinciper-och-skydd-av-uppgifter>
- Edgar, D., Wilson, V., Moroney, T., 2020, *Which is it, person-centred culture, practice or care? It matters*, International Practice Development Journal 10 (1) [8] Tillgänglig: <https://doi.org/10.19043/ipdj.101.008> Hämtad: 15.12.2020
- Ekman, I., Lundberg, M., Lood, Q., Swedberg, K., Norberg, A., 2020, *Personcentrerad – en etik i praktiken*, I: Ekman, I.(red.), 2020, *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik*, Liber AB, Stockholm
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M., Stibrant Sunnerhagen, K., 2011, *Person-centered care - Ready for prime time*, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 10, Issue 4, 1 December 2011 Tillgänglig: <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008> Hämtad: 15.12.2020

- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste O., Pölkki T., Utriainen, K., Kyngäs, H., 2014, Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness, SAGE Open Tillgänglig: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244014522633> Hämtad 25.4.2022
- Eriksson, K., 2015, *Vårdandets idé*, Andra upplagan, Liber AB, Stockholm
- Fernler, K., Krohwinkel, A., 2018, *Implementering och mottaglighet av personcentrerad vård, Fyra Fallstudier*, LHC Report nr 3, 2018, Leading Health Care Tillgänglig: http://leadinghealthcare.se/wordpress/wp-content/uploads/2018/05/LHC_PersoncentreradVard_170x242_Digital-Unicode-Encoding-Conflict.pdf
- Finlex, Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010 Tillgänglig: [Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010 - Uppdaterad lagstiftning - FINLEX ®](#) Hämtad 24.2.2021
- Finlex, Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992 Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785> Hämtad: 24.2.2021
- Finlex, Lag om stöd för närståendevård 937/2005 Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2005/20050937> Hämtad 7.11.2022
- Finlex, Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012 Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Finlex, Socialvårdslag 1301/2014 Tillgänglig: [Socialvårdslag 1301/2014 - Uppdaterad lagstiftning - FINLEX ®](#)
- Fors, A., Forsgren, E., 2020, *Personcentrerade samtal I*: Ekman, I. (red.), 2020, Personcentrerad inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik, Liber AB, Stockholm
- Forskningsetiska delegationen (TENK), 2021, God vetenskaplig praxis, Tillgänglig: <https://tenk.fi/sv/forskningsfusk/god-vetenskaplig-praxis-gvp> Hämtad: 7.4.2021
- Glasdam, S., Henriksen, N., Kjaer, L., Praestegaard, J., 2012, *Client involvement in home care practice: a relational sociological perspective*, Nursing Inquiry, Tillgänglig: <https://doi.org/10.1111/nin.12016> Hämtad: 19.4.2022
- Granskär, M., Höglund-Nielsen, B., *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, 2008, Studentlitteratur
- Gregory, A., Mackintosh, S., Kumar, S., Grech, C., 2016, *Experiences of health care for older people who need support to live at home: A systematic review of the qualitative literature*, Geriatric Nursing 38, 315-324, Tillgänglig: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457216302890> Hämtad 21.4.2022

- Gregory, A., Mackintosh, S., Kumar, S., Grech, C., 2017, *Visibility and meanings of partnership in health care for older people who need support to live at home*, Scandinavian Journal of Caring Sciences 2018;32: 1027- 1037 Tillgänglig: doi: 10.1111/scs.12545 Hämtad: 27.4.2022
- Göteborgs universitet, 2020, *Centrum för personcentrerad vård* Tillgänglig: (<https://www.gu.se/gpcc>)
- Göteborgs universitet, 2021, *Om personcentrerad vård* Tillgänglig: <https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-var> Hämtad: 28.2 2021
- Göteborgs universitet, 2020, *Implementering av personcentrerad vård i Sverige* Tillgänglig: (<https://www.gu.se/gpcc/implementering-av-personcentrerad-var-i-sverige>)
- Health Innovation Network, 2020, *What is person-centred care and why is it important?* Tillgänglig: https://healthinnovationnetwork.com/wp-content/uploads/2016/07/What_is_person-centred_care_HIN_Final_Version_21.5.14.pdf Hämtad: 15.12.2020
- Heimonen, S., Kalmari, P., Pohjolainen, P., Rajaniemi, J., Sarvimäki, A., Syrén, I., 2013, *Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi- Katsaus kirjallisuuteen*, Ikäinstituutti Tillgänglig: <http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/ik%C3%A4%C3%A4ntyminen-ja-mielen-hyvinvointi.pdf> Hämtad: 15.11.2021
- Henriksson, R., Salminen, M., Arve, S., Viitanen, M., Eloranta, S., 2017, *Koettu terveys, elintavat ja fyysinen toimintakyky – vuosina 1920 ja 1940 syntyneiden kohorttien vertailu*, Gerontologia 31(4), 2017 Tillgänglig: <https://doi.org/10.23989/gerontologia.63511> Hämtad: 15.11.2021
- Hiltunen, P. 2015, *Ikääntyneiden hoitotyö Suomessa - Katsaus kehittämistarpeisiin, Hoitotyön tutkimussäätiön julkaisu 2015* Tillgänglig: <https://docplayer.fi/3142870-Ikaantyneiden-hoitotyö-suomessa.html>
- Hughes, S., Burch S., 2019, *‘I’m not just a number on a sheet, I’m a person’*: Domiciliary care, self and getting older, Health Soc Care Community, 2020;28-903-9012 Hämtad 13.5.2022
- Hälsobyn, 2021, *Den åldrande befolkningen i Finland* Tillgänglig: <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/sv/f%C3%B6r-den-%C3%A4ldre-personen/%C3%A5lder-och-var-dag/den-%C3%A5ldrande-befolkningen-i-finland> Hämtad 25.9.2021
- Institutet för hälsa och välfärd, 2020, *Föränderlig äldreomsorg* Tillgänglig: <https://thl.fi/sv/web/aldre/foranderlig-aldreomsorg> Hämtad: 13.12.2020
- Institutet för hälsa och välfärd, 2021, *Kotihoito 2020, Tilastoraportti 27/2020* Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021090645178> Hämtad: 3.11.2021

- Institutet för hälsa och välfärd, 2021, *Service för äldre förändras* Tillgänglig: <https://thl.fi/sv/web/aldre/service-for-aldre-forandras/hemvard> Hämtad: 15.11.2021
- Institutet för hälsa och välfärd, 2021, *Välbefinnande för äldre* Tillgänglig: <https://thl.fi/sv/web/aldre/valbefinnande-for-aldre> Hämtad: 25.9.2021
- Josefsson, K., Mäkelä, M., Gerasin, A., Ranta, O., Havulinna, S., Noro, A., 2021, *Millaisia tavoitteita iäkäs kotihoidon tai ympärivuorokautisen hoidon asiakas asettaa hoidolleen*, Gerontologia 35(3), 2021 Tillgänglig: <https://doi.org/10.23989/gerontologia.99232> Hämtad: 15.11.2021
- Journal of the American Geriatrics Society (JAGS), 2015, *Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care*, JAGS 2016, nr. 64 Tillgänglig: <https://doi.org/10.1111/jgs.13866> Hämtad: 15.12.2020
- Kariniemi, K., Siira, H., Kyngäs, H., Kaakinen, P., 2020, ”*Vanhakin on ihminen*” *Ikääntyneiden kokemuksia vahvuuksistaan, voimavaroistaan ja kotihoidosta*, Gerontologia 34, (1) 2020 Tillgänglig: <https://doi.org/10.23989/gerontologia.80436> Hämtad: 27.4.2022
- Koivunen, K., 2017. *Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa*. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 6. Tillgänglig: <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-141-8> Hämtad: 15.12.2020
- Kristensson, J., 2014, *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*, Natur & Kultur, Stockholm
- Kvale, S., Brinkmann, S., 2009, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Studentlitteratur AB, Lund
- Lundman, B., Graneheim Hällgren, U., 2017, *Kvalitativ innehållsanalys. I: Höglund Nielsen B., Granskär, M. (red.) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, Studentlitteratur, Lund.
- Martínez, T., Martínez-Loredo, V., Cuesta, M., Muniz, J., 2019, *Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Services: A new tool for healthcare professionals*, International Journal of Clinical and Health Psychology 2020, nr. 20 Tillgänglig: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.003> Hämtad: 15.12.2020
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T.E., Porock, D., van Lieshout, F., Wilson, V., 2015, *Person-centredness – the ‘state’ of the art*, International Practice Development Journal 5 (Suppl), Tillgänglig: [https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05\(suppl\)01.pdf](https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05(suppl)01.pdf) Tillgänglig: 15.12.2020

- McCormack, B., McCance, T., 2021, *Personcentrerade arbetssätt inom vårdteori och praktik*, Studentlitteratur AB, Lund
- Nursing and Midwifery Council, 2018, *Future nurse: Standards of proficiency for registered nurses* Tillgänglig: [future-nurse-standards-of-proficiency-for-registered-nurses.pdf \(nmc.org.uk\)](https://www.nmc.org.uk/resources/future-nurse-standards-of-proficiency-for-registered-nurses/)
Hämtad: 15.12.2020
- Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE), 2008, *Vårdetik på ålderns höst Rapport från den riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE)*, Social- och hälsovårdsministeriet, Helsingfors Tillgänglig:
<https://etene.fi/documents/1429646/1571620/Publikation+22+ETENEs+rapport+om+v%C3%A5rdetik+p%C3%A5+%C3%A5lderns+h%C3%B6st%2C+2008.pdf/bf7c560e-0569-48b1-8eec-e42c098c15e4/Publikation+22+ETENEs+rapport+om+v%C3%A5rdetik+p%C3%A5+%C3%A5lderns+h%C3%B6st%2C+2008.pdf> Hämtad 24.2.2021
- Ryen, A., 2004, *Kvalitativ intervju- från vetenskapsteori till fältstudier*, Liber Ekonomi, Malmö
- Santana, M. J, Manalili. K., Jolley, R. J, Zelinsky, S., Quan, H., Lu, M., 2017, *How to practice person-centred care: A conceptual framework*, Health Expectations. 2018;21:429–440 Tillgänglig:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12640> Hämtad: 15.12.2020
- Social- och hälsovårdsministeriet, 2021, *Hemvård och hemservice* Tillgänglig:
<https://stm.fi/sv/hemvard-och-hemservice> Hämtad: 15.11.2021
- Social- och hälsovårdsministeriet, 2022, *Tjänster och förmåner för äldre* Tillgänglig:
<https://stm.fi/sv/tjanster-for-aldre> Hämtad 3.3.2022
- Statsrådet, 2020, *Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen 2020–2023: Målet är ett åldersvänligt Finland* Tillgänglig:
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162456>
- Statsrådet, 2020, *Social- och hälsovårdsreformen* Tillgänglig:
<https://soteuudistus.fi/sv/om-social-och-halsovardsreformen-> Hämtad 24.2.2021
- Stoop A, et al., 2020, *Improving Person-Centredness in Integrated Care for Older People: Experiences from Thirteen Integrated Care Sites in Europe*. International Journal of Integrated Care, vol 20, no 2, 1–16. Tillgänglig:
<https://doi.org/10.5334/ijic.5427> Hämtad: 13.5.2022
- The American Geriatrics Society Expert Panel (AGS), 2016, *Person-Centred Care: A definition and Essential Elements*, JAGS 64:15–18 Tillgänglig:
<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13866> Hämtad: 15.12.2020

- Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M., Pietilä, A-M, 2015, *Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland?* Scandinavian Journal of Caring Sciences. Jun2015, Vol. 29 Issue 2, p317-324. 8p. DOI: 10.1111/scs.12165. Hämtad 16.5.2022
- Vårdförbundet, 2016, *Styrning för en personcentrerad vård och jämlik hälsa Vårdförbundets idé om vårdens styrning*, Tillgänglig: https://www.vardforbundet.se/contentassets/3afb05ae45e941db9dbabe9bb2510389/styrning-for-en-personcentrerad-vard_a5.pdf Hämtad: 16.11.2020
- Wikj, H., Edvardsson, D., 2020, *En mer personcentrerad äldrevård och äldreomsorg - vad krävs i praktiken?* I: Ekman, I. (red.), 2020, Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik, Liber AB, Stockholm
- Winblad, U., Fredriksson, M., Mankell, A., Swenning, A-K., 2020, *Förutsättningar för personcentrerad vård: Hur sker den nationella styrningen?* I: Ekman, I. (red.), Personcentrering inom hälso- och sjukvård- Från filosofi till praktik, Liber AB, Stockholm
- Whesphal Erin C., Alkema, G., Seidel, R., Paed, S., Chernof, B., 2016, *How to Get Better Care with Lower Costs? See the Person, Not the Patient*, JAGS 64:19–21 Tillgänglig: <https://doi.org/10.1111/jgs.13867> Hämtad: 15.12.2020
- WHO, 2016, *Framework on integrated, people-centred health services Report by the Secretariat*, Tillgänglig: [EB Document Format \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/framework-on-integrated-people-centred-health-services-report-by-the-secretariat) Hämtad 21.12.2020
- WHO, 2021, *What are integrated people-centred health services?* Tillgänglig: <https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/> Hämtad 26.2.2021
- Wolf, A., Wallin, L., Carlström, E., 2020, *Implementering av personcentrerad vård-kunskapsunderlag, medarbetarskap och organisation* I: Ekman, I. (red.), Personcentrering inom hälso- och sjukvård- Från filosofi till praktik, Liber AB, Stockholm
- Zhao, J., Gao S., Wang J., Liu X., Hao, Y., 2016, *Differentiation between two healthcare concepts: Person-centered and patient-centered care*, International Journal of Nursing Sciences Vol.3 2016, Tillgänglig: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.009> Hämtad 15.12.2020
- Åberg, C., Gillsjö, C., Hallgren, J., Berglund, M., 2020, *“It is like living in a diminishing world”: older persons' experiences of living with long-term health problems – prior to the STRENGTH intervention*, International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 15:1, 1747251, DOI: 10.1080/17482631.2020.1747251 Tillgänglig: <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1747251> Hämtad 21.4.2021

BILAGOR / APPENDICES

Bilaga 1. Informationsbrev till äldrevårdens förmän i XXX stad

Bilaga 2. Informationsbrev till den äldre

Bilaga 3. Samtycke till att delta i studien

Bilaga 4. Intervjuguide med frågor

Bilaga 5. Innehållsanalys. Från koder till kategorier

Bilaga 1.

Informationsbrev gällande utförande av masterarbete bland äldre

Bästa förman

Jag studerar på Yrkeshögskolan Arcada, Högre YH Hälsofrämjande och har påbörjat mitt masterarbete. Mitt masterarbete har rubriken "Värdet av att höra den äldres röst" och med arbetet vill jag undersöka hur de äldre som bor hemma och som har en vård- eller servicetjänst av kommunen upplever den vård eller service de mottar. Min metod är intervjuer och jag hoppas kunna utföra intervjuerna hemma hos de äldre.

Masterarbetet utgår från teorin om personcentrering och personcentrerad vård. Med personcentrerad vård avses hur den äldre upplever att behov och vilja beaktas i vården, hur den äldre upplever bemötandet och dialogen, dvs. upplevelsen av att bli hörd och förstådd samt hur delaktig den äldre upplever sig få vara i beslut som gäller vården. Jag kommer också att fråga hur den äldre har erfarenhet och kännedom om hur dokumentering sker kring hens behov och vilja gällande vården samt om en hälso-/vårdplan utformats tillsammans med den äldre.

Jag önskar därmed intervju äldre personer, personer över 65 år som bor hemma och mottar någon form av vård eller service av kommunen. Mitt mål är att intervju så många äldre personer som möjligt, tills jag har ett mättat resultat.

Allt material som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt och de personer som ingår i undersökningen kan inte identifieras. Det kommer inte att framgå var personen bor. För att förbättra skyddet om den äldres personuppgifter efterföljs för arbetet de anvisningar som den allmänna dataskyddsförordningen GDPR ger.

Jag hoppas ni har möjlighet att hjälpa mig med undersökningens utförande genom att informera personalen om min studie. Jag önskar att personalen kan hjälpa mig med att fråga de äldre (personer över 65 år, som bor hemma och har service av kommunen) om de vill ställa upp på intervju gällande upplevelser kring den vård de mottar. Om den äldre ställer sig positiv till intervju tilldelar personalen den äldre ett informationsbrev samt ett samtyckesbrev. Som bilaga informationsbrev samt samtyckesblankett till den äldre.

Jag svarar gärna på frågor och delger er gärna mitt resultat av studien om så önskas. Min handledare för arbetet är lektor Annikki Arola på Yrkeshögskolan Arcada. Våra kontaktuppgifter nedan.

Med hopp om ett gott samarbete och vänlig hälsning,

Tina Hultgren, e-post: hultgret@arcada.fi

Annikki Arola, lektor e-post: annikki.arola@arcada.fi

Bilaga 2.

Informationsbrev till dig som är äldre, bor hemma och mottar vård eller service

Mitt namn är Tina Hultgren och jag studerar på Yrkeshögskolan Arcada, Högre YH Hälsofrämjande. Jag har påbörjat mitt masterarbete med rubriken "Värdet av att höra den äldres röst" och syftet med arbetet är att undersöka vilka erfarenheter äldre personer som bor hemma har av den vård och omsorg som mottas av kommunen eller någon annan serviceproducent.

Du har fått detta brev för att du har hemvård eller någon annan tjänst av kommunen eller någon annan serviceproducent. Din erfarenhet är viktig, och jag hoppas att du därför vill ställa upp på en intervju.

Under intervjun ställs frågor kring hur du upplever att dina behov beaktas i vården, hur du upplever att du blir förstörd och hur du har möjlighet att vara med i beslut som gäller din vård.

För att underlätta bearbetningen av dina svar kommer jag att bända in det vi talar. Intervjun sker på en plats du önskar, tex hemma hos dig. Intervjun beräknas ta ca 1 timme. Du har alltid rätt och möjligt att avbryta eller avsluta intervjun om det känns så och utan att det på något vis inverkar på den vård eller service du mottar.

Allt material som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt och materialet kommer att förstöras efter att mitt arbete är avslutat. Du som ingår i undersökningen kan inte identifieras, det kommer inte att framgå vem du är eller var du bor. Jag följer de anvisningar som den allmänna dataskyddsförordningen GDPR ger, vilket betyder att du har rätt att få veta hur dina personuppgifter bevaras och används.

Om du har vilja och möjlighet att ställa upp på en intervju önskar jag att du fyller i blanketten för samtycke och på så vis ger ditt samtycke till att ställa upp på intervju och delta i min undersökning. Då du gett ditt samtycke ger du blanketten till vårdpersonalen, som sedan ger blanketten till mig. Jag kontaktar dig därefter per telefon för att komma överens om tidpunkt för intervjun.

Jag svarar gärna på frågor och delger gärna mitt resultat av studien om så önskas. Min handledare för arbetet är lektor Annikki Arola på Yrkeshögskolan Arcada. Våra kontaktuppgifter nedan.

Med hopp om att få träffa Dig och med vänlig hälsning,

Tina Hultgren, tfn. 0407343226, e-post: hultgret@arcada.fi
Annikki Arola, lektor, e-post: annikki.arola@arcada.fi

Samtycke till att delta i studien “Värdet av att höra den äldres röst”

Jag intygar med underskriften på denna blankett att jag tagit del av informationsbrevet jag fått av personalen på XX eller XX, både muntligt och skriftligt. Jag ger med detta samtycke mitt lov till Tina Hultgren, att göra en intervju som berör mina upplevelser om min vård. Jag visar med detta samtycke mitt intresse för att delta i intervjun.

Jag har fått information om att intervjun jag deltar i bandas in och att jag kan avbryta eller avsluta intervjun när jag vill. Alla mina uppgifter hålls konfidentiella under hela studiens gång och mina personuppgifter kommer aldrig att framgå i arbetet. Jag har också fått information om att allt material efter intervjun raderas och förstörs då examensarbetet är klart. Jag ges möjlighet att ta del av resultatet då masterarbetet är klart.

Datum och plats: _____

Namn: _____

Underskrift: _____

Intervjuguide

Personen och Livsberättelsen

Med dessa frågor skapas en bakgrund om den äldre personen - hens livsberättelse och vardag.

1. Berätta om dig själv (vem är du, hur bor du, familj, intresse, tidigare arbete)
2. Beskriv din vardag. Hur klarar du dig, hur klarar du av dina vardagssysslor?

Erfarenhet av vård och service

3. Vilka vård- eller servicetjänster erhåller du från kommunen? Vem besöker dig och hur ofta får du besök?
4. Berätta vilken din erfarenhet är av den vård och omsorg du har. Vad har fungerat bra och vad mindre bra?
5. Upplever du att du får den hjälp, den vård och det stöd du behöver? Om inte, vad upplever du att du behöver för stöd och hjälp och varför? Vad tror du att det beror på att du inte får den vård och det stöd du önskar och behöver?

Personcentrering – behov, bemötande, förståelse och dialog

Med dessa frågor går vi in på temat personcentrering, dvs. hur du upplever att dina behov beaktas, hur du upplever att du som person blir bemött och förstådd samt hur du upplever att dialogen är mellan dig och de som vårdar dig.

6. Berätta hur du upplever att din vilja, dina önskningar gällande din vård och den service du mottar beaktas. Har du blivit tillfrågad vad du vill och önskar gällande din vård? Har vårdarna beaktat det du vill?
7. Berätta hur du upplever att dina behov beaktas. Upplever du att vården känner till dina behov? Upplever du att dina behov fungerar som utgångspunkt för din vård?
8. Upplever du att du är delaktig i din vård? Har du fått vara med och göra beslut om din vård?
9. Känner du till vad som dokumenterats om din vård? Har ni tillsammans dokumenterat ner din vilja och dina behov?
10. Har du en hälsoplan som du gjort upp tillsammans med vårdpersonalen?
11. Berätta hur du upplever att ett bra bemötande av vårdpersonalen är. Upplever du ett bra bemötande av de som besöker dig?
12. Vilken är din erfarenhet av att bli förstådd? Pratar vårdarna så att du förstår dem och upplever du att de förstår dig?
13. Har du erfarenhet av att inte bli förstådd? Berätta mer!
14. Upplever du att vårdpersonalen lyssnar på dig? Upplever du att du får berätta det du vill säga eller berätta för vårdarna? Om inte, vad tror du det beror på?
15. Vad betyder det för dig att vårdpersonalen lyssnar på dig?

Innehållsanalys, från koder till kategorier

Koder	Underkategorier	Kategorier
<p>2:10 Fodrar inte mycket. 3:2 Allt varit klart. 3:3 Ingen diskussion, allt varit klart. 3:10 Krävt egen aktivitet att få hjälp. 5:1 Blivit tillfrågad om behov. 5:5 Vårdens misstro på mig och vad jag behöver. 6:9 Eget ansvar att klara sig på egen hand. 11:8 Eget ansvar att be om hjälp. 12:4 Kämpa för att få viljan hörd. 13:20 Kamp för egen vilja. 1:5 Egna vårdbehovet oklart. 2:7 Får det som behöver göras men inget extra. 2:10 Fodrar inte mycket. 4:1 Inte tillfrågad men inte begärt. 4:3 Fått vård enligt behov. 7:4 Oklarhet med behov. 8:1 Oförmåga att själv bedöma hjälpbehovet. 8:4 Osäkerhet med egen ork och behov. 12:5 Måste upprepa vad jag önskar. 13:3 Svårt att få vilja och behov beaktat. 13:4 Blev inte hörd. 6:12 Behov och önskan som inte beaktas tillräckligt. 9:13 Erbjudande och möjlighet till mera stöd. 10:7 Känsla att personalen inte bryr sig. 13:11 Nekats hjälp. 5:3 Kan uttrycka egen vilja och behov. 4:6 Kravlös vad gäller behov och begär. 7:1 Har inga fordringar 11:6 Vill inte vara till besvär. 12:1 Kan inte prata om ensamheten för att ta mera tid av personalen. 13:14 Vågar inte säga. 13:15 Väljer att lämna otalat. 8:5 Behov av att tala då har bekymmer 12:8 Uttrycker viljan med bestämd röst. 13:1 Har inga speciella fordringar. 13:12 Sällan prat om vården mera privat prat. 13:26 Vill inte besvara då personalen är olika.</p>	<p>Utmanande att uttrycka behov och vilja</p>	<p>Uttalade och osynliga behov</p>

<p>1:7 Delaktig då fått bestämma själv. 2:11 Tillfreds och accepterar tillståndet. 3:1 Vård enligt vad begärt. 3:12 Delaktig i vården och beslut 4:7 Inte ifrågasatt vården och beslut. 6:13 Tid finns inte för att beakta behov och önskingar. 9:15 Delaktighet och behov beaktats. 10:9 Delaktig och sagt åsikt. 10:1 Jag avgör själv då jag inte klarar mig. 11:15 Att säga rakt ut sin vilja kan upplevas som att vara besvärlig. 13:25 Känsla av att vara utestängd från egen vård 2:12 Oklart med vårdplan 11:1 Mål uppsatt med fysioterapeut. 13:28 Ingen delaktighet i vårdplanen. 13:29 För stora saker att åtgärda så får vara nöjd som det är.</p>	<p>Begränsad delaktighet</p>	
<p>1:3 Osaklig men yrkesskicklig 1:4 Omsorg och omtanke 1:6 Omtanke om behov. 2:1 Värdesätter vården och bemötandet. 2:2 Tacksam för den vård som fås. 2:3 Öppenhet för diskussion. 2:4 Känsla av att kan prata. 2:5 Kan inte klaga på personalen. 2:6 Glädje och hjälpsamhet. 2:2 Tacksam för den vård som fås. 3:4 Nöjd med personalen 3:5 Inget att klaga 3:6 Vänlighet och förståelse. 3:7 Allt är bra. 6:2 Nöjdhet med vården. 10:3 Upplever att personalbyte stressar. 8:2 Bra bemötande 9:1 Flexibilitet i och möjlighet till vård. 13:27 Vårdarens flexibilitet värdesätts. 3:11 Tillmötesgående. 4:2 Har tillåtelse att fråga. 4:5 Ovärdig vård. 7:5 Vänlighet trots stress 7:6 Hjälpsamhet och sällskap 9:1 Stöd och möjlighet till vård. 9:2 Personalens omtanke. 9:3 Litar på vårdens möjligheter att ingripa och påverka i situationen. 9:4 Holistiskt synsätt och tid ger känsla av bra bemötande.</p>	<p>Tvetydig förnöjsamhet</p>	<p>Ambivalens</p>

<p>9:5 Respektfullt och ömsesidigt bemötande och kommunikation. 9:14 Lyssnad, förstådd och hjälpt. 10:5 Ombyte av personal försvårar samarbetet. 11:3 Gott bemötande. 12:2 Personalen frågar och bryr sig. 13:10 Vänlighet 13:6 Personalens omtanke.</p>		
<p>6:10 Läkarens hårda bud och ord om vården. 10:8 Ord som sårar och man inte kan glömma. 11:5 Ömsesidigt missförstånd. 11:4 Humor underlättar kommunikationen. 11:6 Ärenden kan bli glömda då inte lyssnar. 11:14 Vill bli förstådd och hörd. 12:6 Humor som hjälp. 13:9 Oförståelse för personalens mening 5:7 Betydelse att lära känna varandra. 6:1 Trygghet att ha dagliga besök. 6:3 Samtal skapar relation. 4:4 Språkets betydelse för förståelsen. 5:6 Språkets betydelse</p>	<p>Utmaningar i dialogen</p>	
<p>1:2 Hjälp och samarbete på vårdarens villkor 11:2 Rutinerna blir skötta 11:10 Blir mycket rutiner då många inhoppare. 13:5 Rutinerna sköts 13:17 Personalen utför uppgiften.</p>	<p>Rutiner och punktinsatser</p>	<p>Vårdens resursbrister</p>
<p>13:22 Avsaknad av information om ändringar. 6:4 Samtal om tid finns. 6:5 Känsla av brådska. 6:6 Oro vid förändringar. 6:11 Olika faktorer som stressar personalen. 7:2 Vårdbesöken håller inte tider. 11:11 Belastad personal. 11:13 Tidspress. 12:3 Känsla av resursbrist. 13:16 Stressad personal. 13:20 Personalen gör sitt bästa trots stress. 11:12 Personalombyte skapar osäkerhet. 13:7 Känsla av olycklighet av personalens stress.</p>	<p>Stressad och belastad personal</p>	

<p>13:21 Osäkerhet av förseningar 13:24 Osäkerhet av personalombyte 6:8 Personalombyte skapar otrygghet. 6:7 Personalens informationsbrist. 13:13 Stressiga morgnar skapar tystnad. 13:8 Önskan om mera personal och tid.</p>		
<p>13:3 Ekonomin påverkar vården. 3:8 Färdtjänst som inte stöder vardagen. 3:9 Sjukvården har lång vårdkö och väntetid. 5:4 Organisationens ramar styr vården 9:6 Osmidiga och oflexibla hälso- och sjukvårdstjänster för äldre 9:7 Information om hälso- och sjukvården för äldre brister 9:8 Oro och otrygghet över vården för äldre. 9:12 System är inte kundvänliga 13:23 Brist på vårdmaterial 9:11 Avsaknad av information om tjänster skapar oro och otrygghet. 10:2 Otydligheter i hälsovårdens information om service. 10:4 Assistans behövs på eget språk.</p>	<p>Oflexibla och otrygga hälso- och sjukvårdstjänster</p>	
<p>2:8 Anhörigas hjälp i vardagen 5:2 Anhöriga vet rättigheter. 7:3 Anhörigas hjälp i vardagen 8:3 Anhörigas oro och val att ordna vård 11:9 Anhörigas hjälp gör att kan bo hemma.</p>	<p>Anhörigas insats</p>	<p>Stödnätverket i vardagen</p>
<p>2:9 Aktiviteter ger glädje och samvaro 5:8 Information om stödtjänsterna ger stöd. 9:9 Stödverksamheternas betydelse. 9:10 Apotekets service underlättar vardagen. 10:6 Stödgruppens stöd 12:7 Glädje av inbjudan till dagverksamhet. 13:27 Privata tjänster smidiga</p>	<p>Aktiviteter och tjänster</p>	