

# **Kvalité i vården av den äldre**

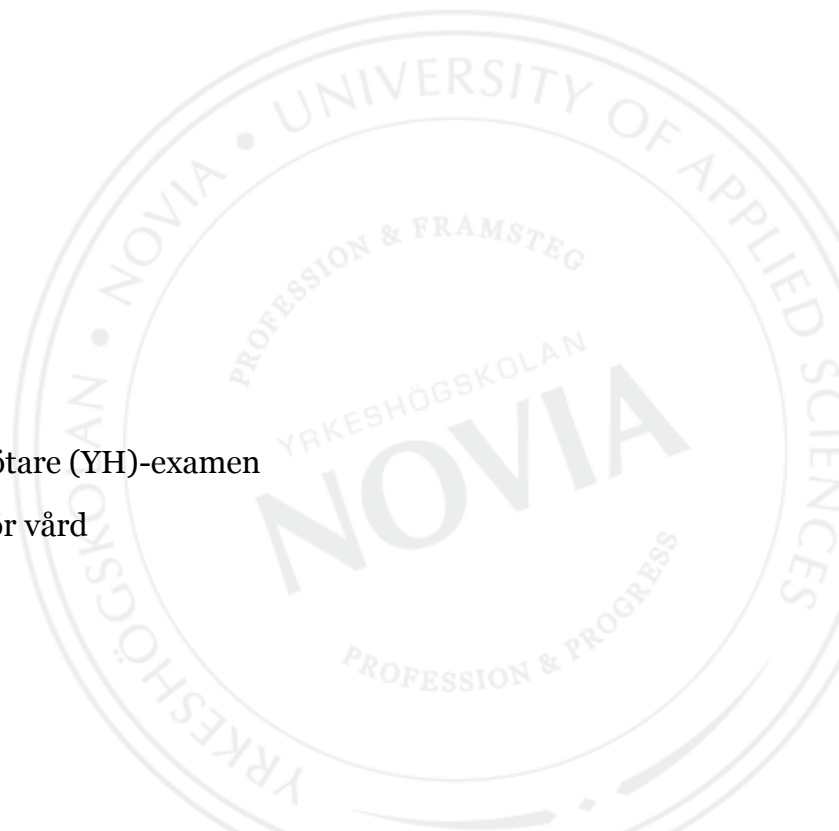
## **En litteraturstudie om delaktighet och all dagliga aktiviteter**

Riitta Palmberg

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2014



## EXAMENSARBETE

Författare: Riitta Palmberg  
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa  
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Vårdarbete  
Handledare: Anna-Lena Nieminen

Titel: Kvalité i vården av den äldre - En litteraturstudie om delaktighet och all dagliga aktiviteter

---

Datum maj 2014

Sidantal 29

Bilagor 1

---

### Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att forska i den äldres delaktighet i och möjlighet till all dagliga aktiviteter, samt att hitta verktyg för att förbättra och utveckla kvalitén på vården i samarbete med de äldre. Frågeställningen berör vad den äldres delaktighet i vården betyder samt hur den äldres behov av de dagliga aktiviteterna tillgodoses? Som teoretiska utgångspunkter har jag använt Orems egenvårdsmodell och Katie Erikssons vårdsutgångspunkter: ansa, leka, lära.

Studien är en litteraturstudie där jag använt mig av 14 vetenskapliga artiklar som jag analyserat med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Teman som kom fram var upplevelsen av delaktighet och dagliga aktiviteter, klientens aspekter, vårdarens aspekter och relationen klient-vårdare. Artiklarna har sammanställts till en forskningsöversikt i bilaga 1.

Resultatet visar några huvudpunkter som upplevdes viktiga för att uppleva delaktighet: samtal, information, kontinuitet och känslan av kontroll. Att ha möjlighet till dagliga aktiviteter ökar välbefinnandet och hälsan. Anhöriga har en betydande roll i vården av den äldre, eftersom de ofta är i behov av hjälp. Vårdarens människosyn och inställning styr vårt sätt att vårda.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: de äldre, delaktighet, all dagliga aktiviteter,

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Riitta Palmberg  
Degree Programmed: Health care, Vasa  
Specialization: Nursing  
Supervisors: Anna-Lena Nieminen

Title: Quality of care of the elderly - A literature on participation and everyday activities

---

Date may 2014      Number of pages 27      Appendices 1

---

### Summary

The purpose of this thesis is to research older people's participation in, and access to, everyday activities. It also aims at finding tools to improve and develop the quality of care together with the elderly. Research question regards the significance of the elderly person's participation in care, and how his/her need for daily activities can be met. My theoretical framework consists Orem's self-care model and Katie Eriksson caring, playing and learning.

The study is a literature review in which I have used 14 scientific articles that I analyzed using qualitative content analysis. Themes that emerged were the experience of participation and daily activities, client issues, caregiver issues and the client - caregiver relationship. The articles have been compiled into a research review in Appendix 1.

The result shows that factors which were considered important for the experience of participation were conversation information, continuity and sense of control. To have the opportunity to participate in daily activities improves well-being and health. Relatives have a significant role in the care of the elderly, who are often in need of help. The caregivers' view of the human and their general attitude affects the way they provide care.

---

Language: Swedish      Key words: elderly people, participation, everyday activity

---

## Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Syfte och frågeställning.....	2
3. Teoretiska utgångspunkter .....	2
3.1. Egenvård och att ansa .....	3
3.2. Egenvårdsbrist och att leka .....	4
3.3. Omvårdnadssystem och att lära .....	5
4. Teoretisk bakgrund .....	6
4.1. Lagar och rekommendationer.....	6
4.2. Begreppen delaktighet och aktivitet.....	8
4.2.1. Delaktighet i vården.....	9
4.3. Dagliga aktiviteter .....	10
5. Metod.....	12
5.1. Datainsamling.....	12
5.1.1. Inklusions och exklusionskriterier.....	12
5.2. Innehållsanalys.....	13
5.2.1. Innehållsanalysens olika faser.....	14
5.3. Forskningsöversikt.....	16
5.4 Etiska övervägande .....	16
6. Resultat och tolkning.....	17
6.1. Upplevelsen av delaktighet och dagliga aktiviteter .....	17
6.2 Klientens aspekter.....	19
6.3. Vårdarens aspekter .....	20
6.4. Klient–vårdare relationen .....	23
7. Kritisk granskning .....	24
7.1. Intern logik .....	24
7.2. Struktur .....	25
7.3. Heuristiskt värde .....	25
8. Diskussion.....	26
Källförteckning .....	28

## 1. Inledning

Arbetet med de äldre har under åren förändrats. På 1980–90-talet kunde den äldre ansöka om plats på äldreboendet, och ofta var orsaken till ansökan dåliga hemförhållanden: klienten var vid god hälsa och behövde endast lite tillsyn. Klienterna på äldreboenden har idag ett stort vårdbehov, och det kräver mycket tid och resurser för att ge god och kvalitativ vård.

Att Finlands befolkning åldras är ett aktuellt tema idag. Personer som fyllt 75 år kommer att fördubblas fram till åren 2030-2040 (Statistikcentralen 2012). Förändringen i befolkningens åldersstruktur medför att samhället måste anpassa sig till den äldre befolkningens behov. Den pågående totalrevideringen av socialvårdslagstiftningen samt förändringarna i kommunstrukturen och i hälso- och socialvårdens servicestruktur påverkar i hög grad även organiseringen och utvecklingen av tjänster för äldre. (Kvalitetsrekommendation 2013, s.15-17)

Äldreomsorgslagen trädde ikraft 1.7.2013 och vid regionrundan för verkställandet av äldreomsorgslagen i Vasa 16.8.2013 framhöll minister Susanna Huovinens att det inte kommer att finnas resurser i nuvarande form att sköta om våra äldre i framtiden. Det finns inte ekonomiska resurser och det kommer också vara svårt att få den utbildade personalen att räckas till. Mera vikt ska sättas på den förebyggande vården och att människan själv ska ta ansvar för sin hälsa.

Äldreomsorgslagen förpliktar boenden att ha en egenkontrollplan, eftersom det är en offentlig handling som ska finnas till påseende för alla. Den kan beskrivas som en kvalitetsplan för boendeenheten. Lagen betonar vikten av klientens och de anhörigas delaktighet samt bemötandet av klienten och respekten för klientens självbestämmanderätt. En del i egenkontrollplanen handlar om klientens möjligheter till dagliga aktiviteter. För att begränsa arbetet har jag valt att ta upp endast vissa delar i detta arbete. Jag kommer att utföra en litteraturstudie om delaktighet i vården, samt de dagliga aktiviteternas betydelse för den äldre. Målet med mitt arbete är att få fram tankar på hur man kan förbättra kvalitén på vårt sätt att arbeta med de äldre och sedan använda denna information och kunskap i planerandet av egenkontrollplanen till min egen avdelning.

## 2. Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att granska den äldres delaktighet i vården och dennes möjligheter att delta i dagliga aktiviteter, samt att hitta verktyg för att förbättra och utveckla kvalitén i vården med de äldre. Äldreomsorgslagen (1.7.2013) förutsätter att varje boendenhet har gjort en egenkontrollplan 1.1.2015. Egenkontrollplanen är en offentlig handling och den innehåller egenkontroll av innehållet i klientarbetet. I planen för egenkontroll införs principerna för service och omsorg som främjar klienternas funktionsförmåga och deras fysiska, psykiska och sociala välbefinnande, samt för praxis som stödjer dessa. Syftet med detta arbete är att skaffa information och kunskap i vården av de äldre. Min frågeställning är följande:

1. Vad betyder den äldres delaktighet i vården?
2. Hur kan den äldres behov av de dagliga aktiviteterna tillgodoses?

## 3. Teoretiska utgångspunkter

Den teoretiska grunden till denna studie är Orems omvårdnadsmodell och Katie Erikssons vårdsubstans: att ansa, leka lära. Grunden för detta arbete är att öka individens delaktighet och att främja individens förmåga att ta egna initiativ och att använda egna möjligheter och resurser för att nå hälsa.

Orem definierar hälsa som grundläggande för människans integritet i struktur och funktioner. Välbefinnande definieras däremot som lycka, tillfredsställelse och uppfyllande av individens egenideal. (Selanders, Schmieding, Harweg 1995, s.62) Katie Eriksson definierar hälsan som *ett hos organismen integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande men inte nödvändigtvis som frånvaro av sjukdom eller lyte.* (Eriksson 1995, s. 44)

Orems teori, även kallad ”Teorin om egenvårdsbalans”, omfattar tre delteorier: *teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem.* Teorin beskriver och förklarar relationen mellan människors förmåga till egenvård och de egenvårdsbehov eller

egenvårdskrav som föreligger hos dem själva eller andra som de har omsorg om. (Selanders m.fl. 1995, s.65)

Enligt Katie Eriksson (1996 s.119) utgörs vårdandet av att genom ansning, lekande och lärande i en hållning av tro, hopp och kärlek hjälpa en människa att utvecklas mot sin potential. Utgångspunkten är det positiva hälsobegreppet; att människan kan vara hälsosam och uppleva hälsa trots sjukdom.

”För att kunna utföra läke-och vårdkonst och för att veta var vårdaren ska gripa in bör vårdaren skapa en vision av den enskilde patientens situation. Vårdaren ska kunna bedöma var ansningen, lekandet och lärandet ska börja, känna igen olika yttringar på hälsohinder hos patienten i relation till dessa dimensioner. Att vårda innebär att genom olika former av ansning, lekande och lärande åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbehag samt en känsla av utveckling i syfte att förändra hälsoprocesserna.” (Eriksson 1995, s. 21)

### 3.1. Egenvård och att anså

I delteorin *egenvård* strävar man genom omvårdnad efter en balans mellan en individs egenvårdskapacitet och de egenvårdskrav som ställs på individen. (Rooke 1991, s.107) Begreppet egenvårdskapacitet är grundläggande i Orem's teori: det syftar på en människas förvärvade förmåga att leva upp till kraven på funktionellt handlande för att reglera funktioner och utvecklingsbehov. (Jørgensen, Østergaard, Stenfeldt 2012 s. 43)

Teorin betonar två idéer om egenvård-egenvård som ett inlärt beteende och som en medveten handling. Egenvård beskrivs som ett beteende som lärs in via interaktion och kommunikation inom större sociala grupper. (Selanders 1995, s. 67) Den utgörs av de konkreta åtgärder individen gör i det dagliga livet och är ett beteende som individen lärt sig i det sammanhang den lever i. (Rooke 1991, s. 107) Ett samspel mellan individens egenvårdskapacitet och egenvårdskrav möjliggör att han/hon kan utföra den egenvård som behövs. (Rooke 1991, s.108) Egenvård är en förnuftsbaserad reaktion på ett känt behov. Alla människor har den förmåga och motivation som krävs för att ha omsorg om sig själva och andra som är beroende av dem, men det betyder inte att alla har den kunskap eller använder de åtgärder som behövs. (Selanders m.fl. 1995, s. 68)

Den mest grundläggande formen av vårdandet är att *ansa*. Ansningen kännetecknas av värme, närhet och beröring. Det uttrycker vänskap; att man vill den andre väl. I biologiskt avseende strävar människan till att vara självförsörjande genom frihet och oberoende. Människan upplever en känsla av att vara en särskild individ då de livsuppehållande processerna fungerar självreglerande. I ansningen regleras dessa förhållanden genom att ansaren stimulerar den andra till självaktivitet och griper in endast då de egna möjligheterna är begränsade av olika orsaker. Individen växer och utvecklas då han/hon når det kroppsliga välbehaget, den fulländade tillfredsställelsen och njutningen. Då ansningen är kravlös bekräftas individens individualitet och människan upplever att hon är accepterad och älskad för sin egen skull och inte för sina handlingar. En av vårdarnas primära uppgifter är att sörja för patientens kroppsliga renhet och välbefinnande genom en vänskap som har varit ett uttryck för ansningen. (Eriksson 1995, s. 24-26)

### 3.2. Egenvårdsbrist och att leka

Delteorin *egenvårdsbrist* kan uppstå då man inte förmår att utföra egenvård. Det uppstår ett behov av att få omvårdnad av vårdpersonal. Vårdpersonal har kunskaper och en skicklighet gällande omvårdnad. (Rooke 1991, s. 109) Kärntanken i teorin om egenvårdsbrist är att människan kan drabbas av begränsningar; inre eller yttre faktorer som hindrar dem från att tillgodose sina egenvårdsbehov. En inre faktor är individens stigande ålder, eftersom detta kan medföra vissa egenvårdsbegränsningar som gör att individen blir beroende av geriatrisk omvårdnad. Yttre faktorer kan vara någon speciell livshändelse som påverkar individens förmåga att tillgodose sina mänskliga behov. Orem betonar att relationen individ-sjuksköterska och individ-patient baserar sig på den omständighet som skapar ett omvårdnadsbehov. (Selanders m.fl. 1995, s.67)

Ett viktigt inslag i den naturliga och professionella vården är att *leka*. Leken innebär att öva, pröva och vidga gränser. (Eriksson 1987a) Tro, hopp och kärlek konkretiseras i leken. Och den är ett centralt element och ett medel för att uppnå hälsa. Människans innersta längtan synliggörs genom leken - man kan ge uttryck för glädje och smärta, samt finna ro, uppmuntran och stöd. (Eriksson 1996, s. 124) Leken är även en paradox; upplevelsen mellan den inre och



yttre verkligheten. I den inre verkligheten finns det egna bekanta och det okända nya i den yttre verkligheten. Individens har själv alltid kontrollen i leken och för vårdaren innebär detta en förmåga att underkasta sig. I lekan kan individen skapa och bekräfta sin identitet. I en ny situation kan människan anpassa sig till situationen, då hon har förmågan att bekräfta sin identitet. Förmågan till lekan är beroende på förtroendet och tilliten till omvärlden. (Eriksson 1995, s. 27-30)

### 3.3. Omvårdnadssystem och att lära

Delteorin *omvårdnadssystem* beskriver de system som behövs för att ta fram olika omvårdnadssystem för att tillfredsställa patientens behov av egenvård och att kompensera egenvårdsbristen. Det första systemet avser att helt kompensera patientens oförmåga att utföra eller ta initiativ till egenvård. Det andra systemet förutsätter att patienten delvis kan delta och ta initiativ i vården. Det tredje systemet stöder och undervisar och patienten förutsätts ta det huvudsakliga ansvaret för egenvård. (Rooke 1991, s 109) Grundtanken är att vårdaren kan avgöra om det finns ett behov för omvårdnad och om det finns en obalans mellan kapacitet och handlingsbehov i situationer som berör individens hälsa. Vårdaren ska då kunna utforma en omvårdnadsplan som beskriver vad som ska göras och av vem - det kan vara vårdaren, patienten eller en familjemedlem. De handlingar som de utför bildar ett omvårdnadssystem, där målet är att stärka patientens förmåga att tillgodose ett behov eller krav, eller att minska behovet. Omvårdnaden är en praktisk verksamhet med medvetna handlingar som utförs under en viss tid. (Selanders m.fl. 1995, s. 69)

Att *lära* innebär att människan på ett medvetet sätt tar emot och integrerar ny kunskap i syfte att finna nya utvägar och möjligheter att växa mot ökad grad av hälsa. (Eriksson 1996, s.125)

Lärandet kan ha olika syften, mål och innehåll, och den kan ske på olika nivåer med varierande grad av styrka. Idag använder människan endast en del av sin potentiella kapacitet och man förmodar att det inte finns några gränser för lärandet. Målet för lärandet är människans utåtriktade självförverkligande. Människans natur styr hennes handlingar och Maslow menar att den självförverkligande människan handlar etiskt riktigt. Maslows tanke kan jämföras med Fromms (1976) ”*nya människa*” och Rusells (1974) ”*rena jag*” och Svenssons (1981) ”*biofil*”. Alla dessa har som utgångspunkt att människans individuella växt

utgör syftet för allt lärande och resultatet är en mogen människa med en naturlig instinkt att vårda sin medmänniska och då vara förmögen att skapa är en bättre värld. Vårdarens och omgivningens uppgift blir att hjälpa patienten att få tillbaka sin självständighet, samt möjliggöra och underlätta lärandet som ska innebära glädje. (Eriksson 1995, s. 30-32)

## 4. Teoretisk bakgrund

I detta kapitel tar jag upp aktuella lagar och rekommendationer. Dessa är viktiga för de är grunden till vårt arbete och ger riktlinjer för hur vården med den äldre ska förverkligas. Lagen poängterar att klienten ska vara delaktig och att var och en ska ha rätt till dagliga aktiviteter. Omsorgsministern Susanna Huovinen sade i sitt tal (Vasa 16.8.14) att rekommendationerna har funnits en längre tid men då kommunerna inte har följt dessa stiftades äldreomsorgslagen.

### 4.1. Lagar och rekommendationer

Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre – ”Äldreomsorgslagen” trädde i kraft 1.7.2013. Syftet med lagen är att stödja hela den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand. Då människan åldras försämras funktionsförmågan, detta kan förebyggas och fördröjas på många sätt. När den äldre inte klarar av de dagliga funktionerna själv, kan de tjänster som den äldre behöver tillhandahållas, så att den äldre klarar sig på egen hand. (STM/Finlands kommunförbund 2013)

Mål som gäller äldre personer är förbättrade möjligheter att få högkvalitativa social- och hälsovårdstjänster i enlighet med det individuella behovet och i tillräckligt god tid. Den äldre ska kunna påverka och besluta om innehållet i de social- och hälsovårdstjänsterna som ordnas och vilket sätt de utförs. Den äldres delaktighet betonas i ärenden som gäller den äldre själv, särskilt i samband med utredningen av servicebehovet och utarbetandet av serviceplanen. (STM/Finlands Kommunförbund 2013)

Äldreomsorgslagen förpliktar kommunerna att planmässigt förbereda sig för den kommande

situationen. Målet med äldreomsorgslagen är att förbättra kvalitén av servicen för de äldre. Om funktionsförmåga stöds i tid förbättrar vi livskvalitén för den äldre. En äldre person måste kunna påverka sitt eget livsförlopp då den behöver vård och omsorg dygnet runt. Lagen förutsätter att servicebehovet utreds och att en servicehelhet som motsvarar den äldres behov planeras och förverkligas med hänsyn till hans eller hennes egna synpunkter. Enl. lagen måste långvarig vård ordnas då man inte längre klarar sig i hemmet måste vård och omsorg ordnas i en hemlik boendemiljö. (Huovinen 2013)

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands kommunförbund utfärdade den första kvalitetsrekommendationen om tjänster för den äldre 2001, då var kvalitetsrekommendationerna nya medel för informationsstyrning. Rekommendationerna ansågs vara ändamålsenliga arbetsredskap i kommunerna. Ju mer konkreta målsättningarna för kvalitetsutveckling, desto mer användbara ansågs de. Den andra upplagan av kvalitetsrekommendationerna publicerades år 2008. Strategiska riktlinjer för en förbättring av servicen för äldre var att befrämja den äldres välfärd och hälsa, utveckla servicestrukturen, personal och ledning samt boende- och vårdmiljöer. Den förnyade rekommendationen 2013 syfte är att stöda verkställandet av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga samt social- och hälsovårdstjänster för äldre. Rekommendationerna beaktar även de förändringar som pågår inom styrnings- och verksamhetsmiljön samt den senaste forskningen. (Kvalitetsrekommendation 2013, s. 7, 11)

En tjänst av hög kvalitet upprätthåller eller förbättrar klientens funktionsförmåga och ökar hälsofördelarna, men den tryggar också en god palliativ vid livets slutskede. En högkvalitativ vård är effektiv och trygg, klientorienterad och motsvarar klientens behov och är välkoordinerad. (Kvalitetsrekommendation 2013, s.12) Tjänsten ska utföras med yrkesskicklighet, omsorg och beakta beställarens intresse. Centrala kvalitetsfaktorer är klientsäkerhet, rättsidig och smidig service samt saklig och vänligt bemötande av kunden. Klienten är en viktig aktör när det gäller att definiera servicens kvalitet och bedöma om servicen varit av god kvalitet. (Valvira 2012, s. 4)

Lagen om privat socialservice (922/2011) reformerades på ett sådant sätt att den motsvarar servicestrukturen, eftersom den förändras snabbt. I lagen skrevs att varje producent av privat

socialservice ska utarbeta en plan för egenkontroll för säkerställande av att verksamheten är tillbörlig. Valvira fick då som uppgift att utfärda föreskrifter om innehållet, uppgörandet och uppföljningen av planen för egenkontroll. Då äldreomsorgslagen trädde ikraft kom även detta att omfatta den offentliga socialvårdsservicen. (Valvira 2012, s. 3)

Tjänsternas kvalitet ska följas upp regelbundet med tillförlitliga bedömningsmetoder. I egenkontrollplanen ska det finnas uppgifter om uppföljningsindikatorerna. Tjänsteleverantören ska på ett systematiskt sätt samla in respons från de äldre och deras anhöriga. Kvaliteten på tjänster ska följas upp med tillförlitliga och jämförbara mätare som mäter klienternas funktionsförmåga, säkerhet och välbefinnande. (Kvalitetsrekommendation 2013, s.37)

#### 4.2. Begreppen delaktighet och aktivitet

En värdig ålderdom inkluderar rätten att vara med och att vara en respekterad medlem i gemenskapen och samhället oavsett om funktionsförmågan är nedsatt. Delaktighet avser den äldres möjligheter att fullständigt påverka utvecklingen av samhället och omgivningen. Att stödja den äldres funktionsförmåga och interaktion med den yngre generationen påverkar den äldres välbefinnande och livskvalité. Alla har rätt till relationer med andra människor. Tredje sektorn stöder den äldres möjligheter att vara delaktig, men även staten, kommunerna och städerna ska stödja delaktigheten. (Kivelä m.fl. 2011, s.21)

Begreppet aktivitet är ” *en persons utförande av en uppgift eller en handling*”, delaktighet omfattar ”*en persons engagemang i en livssituation*”. För att en person ska kunna utveckla och behålla sin hälsa är det nödvändigt med aktivitet och delaktighet. De individuella aktiviteterna är av betydelse för delaktighet och hälsa. Individens hälsa och aktivitet påverkas av psykiska, fysiologiska och anatomiska kroppsfunktioner, även av möjligheter och hinder som finns i den fysiska, sociala och kulturella omgivningen i och utanför hemmet. (Fänge, Carlsson 2010, s. 106-107)

Det är viktigt att arbeta hälsofrämjande genom att stödja aktivitet och delaktighet, samt förebygga problemen. Då problem har uppstått är det viktigt att uppmärksamma och åtgärda dem. Dessa insatser kan ske på samhälls-, grupp- och individnivå. På samhällsnivå kan man

utforma och planera bostäder samt närmiljöer, allmänna lokaler och kollektivtrafik så att de stödjer den äldres aktivitet och delaktighet. På gruppnivå gäller det den fysiska utformningen av särskilda boenden, men kan också gälla attityder och hur verksamheter planeras så att de är riktade till äldre, de äldre bör ges valfrihet. På individnivå finns det möjligheter att arbeta hälsofrämjande. Bostaden kan anpassas individuellt, t.ex. ta bort trösklar, sätta upp hand stöd, och ta i bruk tekniska hjälpmedel. Forskning har visat att det finns ett positivt samband mellan specifika aspekter av hemmet såsom bostäders tillgänglighet och äldre personers självständighet i vardagliga aktiviteter. (Fänge m.fl. 2010, s. 112-114)

#### 4.2.1. Delaktighet i vården

Standardregler om delaktighet och jämlikhet för människor med funktionshinder bygger på FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. Det innebär att personer utifrån sina förutsättningar och oavsett var de befinner sig ska ha möjlighet att vara delaktiga utan att otillgängliga miljöer eller attityder, värderingar hos andra individer eller i samhället hindrar dem. (Fänge m.fl. 2010, s 106)

Äldreomsorgslagen syftar till att förbättra möjligheterna att påverka innehållet i de social- och hälsovårdstjänster som ordnas på det sätt de utförs på. Avsikten är också att förbättra möjligheterna att besluta om val som gäller tjänsternas innehåll och hur de utförs. En äldre persons delaktighet betonas särskilt i samband med utredningen av servicebehovet (15§) och utarbetandet av serviceplanen (16§). (Äldreomsorgslagen 2013, s. 6)

Med den äldre befolkningens delaktighet avses möjligheten att som medlem i samhället och som medborgare påverka verksamheten i samhället och utvecklingen av tjänster. Delaktighet innebär ur en äldre persons synvinkel, att delta i planeringen av den egna servicen, i behandlingen av sina egna ärenden som klient samt i utvärderingen av tjänsternas kvalitet även då funktionsförmågan är nedsatt. För att trygga den äldre personens delaktighet är tillgång till service och servicens tillgänglighet viktiga. (Kvalitetrekommendation 2013, s.19, 21)

Delaktighet upplevs när man är en del av ett större sammanhang. För den äldre är hemmet

centrum i tillvaron och är utgångspunkten för aktivitet och delaktighet. Upplevd ohälsa pga. yrsel, dålig balans och rädsla för att falla är en stor orsak till att den äldre tillbringar en stor del av sin tid i hemmet och dess närmaste omgivning. Åldrandet medför en ständig anpassning till sjunkande fysik och psykologisk kapacitet. De äldre är ofta medvetna om sin egen sårbarhet och vetskapen om att livssituationen hastigt kan ändras, det gör att de utvecklar en beredskap av att klara sådana händelser. (Fänge m.fl. 2010, s.109)

Den äldre står i centrum i vården som bygger på en humanistisk människosyn. Den äldre ska ses som ett subjekt vilket betyder att man talar med den äldre och inte till han/henne. Förhållandet ska präglas av ömsesidigt respekt och varje människa ska behandlas utifrån individens egna förutsättningar. (Harnett, Larsson 2011, s. 257-258)

Personalens aktiva och multiprofessionella deltagande i utvecklandet av egenkontrollen förverkligas när egenkontrollen planeras och genomförs i samarbete mellan personalen och ledningen. Lagstiftningen ger klienten och anhöriga en aktiv roll i utvecklingen av den service som klienten använder. Detta förverkligas när klienter och deras anhöriga uppmuntras att muntligen och skriftligen ge respons och utvecklingsförslag. (Valvira 2012 s. 11)

### 4.3. Dagliga aktiviteter

Tjänster åt äldre ska ordnas så att en äldre upplever livet tryggt, betydelsefullt och värdigt. En äldre person ska kunna upprätthålla sociala kontakter och delta i meningsfull verksamhet som främjar och upprätthåller personen välbefinnande, hälsa och funktionsförmåga. Sociala kontakter upprätthålls och välbefinnande främjas av att den äldre har möjlighet att delta i andlig verksamhet. Möjlighet till friluftsliv och motion främjar både mentalt och fysiskt välbefinnande hos äldre. (Äldreomsorgslagen 2013, s. 17)

Kommunen måste främja den äldre befolkningens välbefinnande genom stödja den äldre befolkningens funktionsförmåga och hälsa genom olika åtgärder som förstärker de äldres självständiga aktiviteter, samarbetet mellan tredje sektorn, och samarbetet mellan kommunens olika verksamhetsområden. Kommunen måste säkerställa tillgången och tillgängligheten till näridrottsplatser som en del av genomförandet av *det nationella åtgärdsprogrammet för*

*motion bland äldre.* Kommunen måste effektivisera den hälsofrämjande motionsrådgivningen grupp genom att koordinera och öka gruppverksamheten i området i enlighet med programmet *Kraft i åren – hälsomotion för äldre.* (Kvalitetsrekommendation 2013, s. 29)

När en äldre person inte längre klarar sig hemma och har flyttat till ett serviceboende med heldygnsomsorg bör den äldre kunna leva utan rädsla för att förlora den bekanta livsmiljön och de mänskliga relationer som hör till den. (STM/Finlands kommunförbund 2013)

Ofta diskuteras den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan, men delaktighet i sociala och produktiva aktiviteter kan innebära fysiska vinster för äldre. Även aktiviteter som inte innehåller någon fysisk ansträngning kan befrämja hälsan. (Fristedt 2011, s.153-154) Det är av betydelse att delta i olika typer av aktiviteter såsom produktiva, fysiska och sociala aktiviteter samt fritidsaktiviteter. Aktivitet påverkar den mentala hälsa, det har visat sig att den minskar depression. Det är inte viktigt i vad man deltar, av betydelse är att aktiviteten är självvald och att den uppfattas som meningsfull. Sociala aktiviteter kan förbättra den kognitiva funktionen, välbefinnandet och den hälsorelaterade livskvalitén men den kan även motverka funktionsnedsättningen generellt. (Fristedt 2011, s. 155)

Motion påverkar den äldres funktionsförmåga och välbefinnande på många sätt. Den äldre klarar de dagliga aktiviteterna bättre självständigt då den fysiska konditionen och prestationen är bättre. Motion förebygger osteoporos, energibehovet ökar och förebygger viktökning. Den fysiska prestationsförmågan är viktig t.ex. vid förebyggande av fall. Balans och styrketräning förbättrar funktionsförmågan, förebygger fall och de skador som uppstår till följd. Då en äldre person blir sängliggande förlorar hon 5 % muskelmassa per dygn under första veckan. Viktigt är att förebygga att den äldre inte blir sängpatient, i en vårdinrättning betyder detta att mera hjälpande händer behövs. De undersökningar som gjorts om motionens betydelse på äldreboenden har visat att bara det att få sitta ute och betrakta naturen, blommor, fåglar m.m. påverkar positivt på humöret. (Kivelä, m.fl. 2011, s. 88-89)

Egenkontrollplanen ska innehålla uppgifter om på vilket sätt klienterna bereds möjligheter till regelbunden utevistelse och annan fritids- och rekreationsverksamhet. (Valvira 2013)

## 5. Metod

Jag har valt att göra en kvalitativ litteraturstudie i detta examensarbete. I studien har jag granskat innebörden och betydelsen av den äldres delaktighet i vården samt på vilket sätt den äldres behov av de all dagliga aktiviteterna kan tillgodoses för att förbättra kvalitén i vården. Studien baserar sig på ett flertal relevanta vetenskapliga artiklar, och dokumentstudie har använts som datainsamlingsmetod. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats används som data-analysmetod. För att få en bra överblick och sammanfattning av forskningen har jag sammanfattat artiklarna i en forskningsöversikt. I detta kapitel presenteras studiens praktiska genomförande.

### 5.1. Datainsamling

De vetenskapliga artiklarna i detta examensarbete har jag sökt från olika databaser: Ebsco, Chinal, SweMed och PubMed. En fritextsökning gjordes med sökorden: *older people, mobility, rehabilitation, activity, daily activity, participation, inclusion, share, communication, geriatric*. En genomgång av abstraktet avgjorde valet av artiklarna. Fjorton artiklar hittades som underlag till de frågor jag ställt. En browsning gjordes i finska tidningar; Gerontologian- och Hoitotiede lehti, för att hitta artiklar publicerade på finska men detta gav inga resultat.

De kvalitativa datainsamlingsmetoderna betyder att kunskap insamlas och systematiseras i syfte att nå en djupare förståelse för problemet som studeras. Datainsamlingsmetoderna kan vara intervjuer, observationer och skrivna texter eller berättelser. (Forsberg, Wengström 2003, s.125-127)

#### 5.1.1. Inklusions och exklusionskriterier

Sökningen inriktade sig på artiklar som fanns tillgängliga i full-text, inkluderade abstrakt och var pre-reviewed. För att hitta färskt material begränsades sökningen mellan åren 2008 till 2014. Eftersom att den nya äldrevårdslagen trädde i kraft 7/2013 var tanken att främst söka artiklar om de äldre och deras delaktighet i vården Finland, men denna sökning gav få resultat.



Sökningen utvidgades till åren från 2000 till 2014, samt till de övriga nordiska länderna. Detta gav bättre resultat - svenska och norska studier om ämnet hittades. De övriga nordiska länderna har avancerat längre än Finland vad gäller forskning om äldre, men i flera artiklar påpekades det att det finns lite forskning om de äldre. För att hitta ännu mera material lämnade jag bort det landsbundna kriteriet och då hittade jag några artiklar till. Upplevelser av delaktigheten i samband med olika sjukdomar framkom i vissa artiklar, men dessa lämnades bort, eftersom de inte uppfyllde ålderskriteriet.

Efter fastställda inklusions-och exklusionskriterier ger litteratursökningen ett antal referenser som värderas och väljs ut i två steg: grovsällning med hjälp av abstrakt och ett urvalsförfarande baserat på fulltextartiklar. När litteratursökningen är genomförd väljs de artiklar ut som bedöms kunna uppfylla syftet. De full-text artiklar som valts bedöms med tanke på inklusions- och exklusionskriterierna. Kvalitetskriterierna kan och bör variera beroende på om utvärderingen avser diagnostik, prognos, behandling eller prevention. (Henricson 2012, s 436-438)

## 5.2. Innehållsanalys

De flesta undersökningar i de artiklar som jag valde, baserade sig på kvalitativa intervjuer, men någon enstaka kvantitativ undersökning fanns med. I analysen har jag utgått från innehållet i texterna och syftet i frågorna. Artiklarna delades upp enligt delaktighet och aktiviteter.

Innehållsanalys har sitt vetenskapliga ursprung redan från 1600-talet inom teologin och oftast används den vid analys av texten i flera olika kvalitativa metoder. (Danielson 2012, s 331)

Analysmetoden kan definieras som en teknik för att utföra en objektiv, systematisk kvantitativ beskrivning av hur kommunikation framträder. Enligt Patton kan innehållsanalysen vara manifest eller latent. En manifest innehållsanalys innebär en analys av direkt synliga mönster eller teman i texten genom kvantitativa beräkningar. En latent innehållsanalys en identifiering av meningsbärande enheter, kodning av kategorier, identifiering av centrala teman och utveckling av teorier eller modeller. (Forsberg, m.fl. 2003, s 146-147)

Omfattande textmaterial eller dokument är grunden för innehållsanalysen. Senare har intervjuer och observationer blivit också betydelsefulla metoder. Urval av dokument och andra källor görs utifrån de syften och frågor som ska besvaras. När artiklar är underlag för en litteraturöversikt, görs urvalet utifrån syftet och kriterierna för litteratursökningen. (Danielsson 2012, s 335). Kännetecken för arbetssättet i innehållsanalysen är att forskaren systematiskt och stegvis sätt klassificerar data för att kunna identifiera mönster och teman. Målet är att beskriva och kvantifiera specifika problem. (Forsberg, m.fl. 2003, s 146). Kvantifiering av innehållet i en text sker genom en tydlig metod som kan upprepas av andra forskare. Dess begränsning är att den har en tendens att lyfta ut enheter och deras betydelse från den ursprungliga kontexten, samt även författarens syfte. (Denscombe 2010, s. 308)

Det finns många olika metoder att göra en analys. Analysen kan göras induktivt, då man utgår från innehållet i texten, eller deduktivt, då man utgår från en bestämd teori eller modell (Hsieh & Shannon, 2006). (Danielson 2012, s. 335) En innehållsanalys är inte enbart induktiv utan handlar om abduktion; en ständig och mycket snabb växelverkan mellan observationer och idéer, samt mellan delar och den framväxande helheten. (Starrin, 2009, s.26) Med stora datamängder kan man koda och kategorisera texten och för att då göra en kvantitativ analys. Med en mindre mängd data är det lämpligt att göra en kvalitativ innehållsanalys. För att innehållsanalysen ska nå hög tillförlitlighet behöver forskaren redovisa stegen i analysen tydligt och kunna bekräfta dem i resultatet. (Danielson 2012, s. 335-336)

### 5.2.1. Innehållsanalysens olika faser

Innehållsanalysens olika delar beskrivs med olika termer. Graneheim och Lundman (2004) har sammanställt och klargjort de olika delarna på ett översiktligt sätt. Delarna är av betydelse för att man ska förstå tillvägagångssättet i analysen.

*Analysenheten.* I urvalet till studien kan analysenheten vara allt från att bestämma person eller grupp av personer, program eller en organisation. Det kan också vara texter från intervjuer, dagböcker, texter från frågeformulär eller observationer.

*Domän.* Avser området för analysen och kan vara texter av svaren i en intervjufråga. Flera frågor ger flera domäner.

*Meningsenhet.* Är ett antal ord som har ett gemensamt budskap. Texten kan minskas till

viktiga ord från flera meningar. Det viktiga innehållet utgör underlaget för kodningen.

*Kod.* Är ett samlingsnamn för den kondenserade meningsenheten och den kan beskrivas med ett enda ord eller med några sammanhängande ord. Syftet med koden är att förstå sammanhangen genom dess relation till texten. Liknande koder grupperas ihop och dessa kan bilda underlag för kategorisering eller tematisering av texten.

*Kategori.* Är en grupp koder med liknande innehåll. Subkategorier är flera grupper av koder som hör samman och dessa subkategorier kan bilda kategorier. Liknande data kan inte finnas i två kategorier.

*Tema.* Är som en röd tråd som binder samman flera kategorier. Enligt Patton (2002) är tema och mönster synonyma termer och anser att det är svårt att skilja innebörden i dessa. När det framkommer något mer i det analyserade data, är det viktigt att inte endast beskriva kategorierna utan att fortsätta med en tolkning. Koderna kan grupperas och fungera som underlag för subteman, och de med liknande innehåll skapar temat/temata. (Danielson 2012, s. 332-333)

När ”rådatan” har förberetts och man är förtrogen med materialet, kan man börja den formella tolkningsprocessen. Tolkningsprocessen inbegriper i huvudsak fyra olika uppgifter.

- *Koda data.* Koder kan ha namn, initialer eller siffror, men koden ska vara koncis och användas på ett systematiskt sätt för att länka ihop delarna till en idé.
- *Kategorisera koderna.* Identifiera sättet koderna kan grupperas till kategorier.
- *Identifiera teman och samband bland koder och kategorier.* Forskaren identifierar samband mellan koder eller kategorier eller blir medveten om mönster och teman i datamaterialet.
- *Utveckla begrepp och komma fram till vissa generella uttalanden.* Forskaren utvecklar generella slutsatser baserade på de samband, mönster och teman som har identifierats. (Denscombe 2010, s. 373-374)

### 5.3. Forskningsöversikt

En tabell sammanställs av inkluderade studier med angivande av studiedesign, antal inkluderade patienter, precisering av intervention/åtgärd och kontrollgrupp. Därefter görs en syntes: texten skrivs och slutsatserna formuleras. Tabellerna behövs för att läsaren ska kunna bedöma slutsatsernas tillförlitlighet. Tabellerna ska innehålla referens, frågeställning, metod, urval, genomförande, resultat och metodologisk kvalitet. När de inkluderade studierna tabellerats ska resultaten sammanställas och vägas ihop. Det bästa sättet att sammanställa resultaten varierar mellan olika rapporter och ämnen. Användbara instrument är metaanalys eller en sammanfattande resultattabell för att få en översiktlig bild av resultatet. (Rosén 2012, s 439-440).

Av de valda artiklarna har jag sammanställt en forskningsöversikt. Den innehåller författare och årtal, titel, syfte/frågeställning, metod och resultat. Forskningsöversikten återfinns som bilaga.

### 5.4 Etiska överväganden

De etiska principerna är ett slags grundläggande föreskrifter som fastställer normer för handlandet. Principer är vägledande handlingar. Enligt *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (2003) och *Personuppgiftslagen* (1998:204) Syftet med lagstiftningen är att ”skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning”. Hänsyn ska också visas till mänskliga rättigheter, grundläggande friheter, hälsa säkerhet och personlig integritet.(Kjellström 2011, s. 70-71) För att öka det vetenskapliga värdet är det viktigt att endast innefatta artiklar som har tillstånd av en etisk kommitté eller påvisar att de har gjort noggranna etiska övervägande. (Henricson 2011, s. 492)

Detta arbete visar god etik. Studien baserar sig på fakta som framkommit i undersökningarna och resultatet är förankrat i det framtagna materialet.

## 6. Resultat och tolkning

Artiklarna analyserades och det resulterade i fyra större temata; *upplevelsen av delaktighet och aktivitet, klientens aspekter, vårdarens aspekter samt relationen klient-vårdare*. Resultatet tolkas mot de teoretiska utgångspunkterna och bakgrunden. Resultatet av innehållsanalysen jämförs mot bakgrunden för att hitta likheter och olikheter.

### 6.1. Upplevelsen av delaktighet och dagliga aktiviteter

Studier i Sverige och flera andra länder har visat att behovet av delaktighet och dialog är stort, men inte tillgodosett på ett tillfredsställande vis. Avhandlingen *Patient participation – what it is and what it is not* av sjuksköterskan Ann Catrine Eldh visar att delaktighet kan ha olika betydelse för klienter och vårdare, även om klientens rätt till delaktighet i vården borde vara en självklar sak. Klienterna upplever att man ska lyssna på dem, och känna att man tar deras erfarenheter och kunskap på allvar. Vårdare ska också beakta och respektera klientens egen bedömning av sin situation. Vårdare ansåg att delaktighet innebär att klienten får nödvändig information om mediciner och vårdplaner och att klienten sedan gör som hon blir tillsagd. För att kunna ta ansvar och fatta egna beslut behöver klienten delta i en dialog med vårdaren. Samtalet är ett av de viktigaste verktygen vi har i vården. Genom att lyssna får vårdaren mycket information om klientens tillstånd och genom att tolka kan man få fram information som eventuellt inte uttalas. (Larsson, Palm, Rahle Hasselbalch 2008, s. 104-105)

Orems definierar egenvård som: *”Aktiviteter som individer initierar och utför i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande”*. (Selanders m.fl. 1995, s.70) Orem betonar egenvård som ett inlärt beteende och som en medveten handling. Fenomenet beskrivs som ett beteende som lärs in via interaktion och kommunikation inom större sociala grupper. Egenvårdsåtgärderna kan vara olika beroende av individens kulturella och sociala erfarenheter. (Selanders m.fl. 1995, s.67)

Välbefinnandet beskriver individens upplevda hälsa, och den betecknar individens grad av medvetenhet, upplevelse av mål och känsla av betydelse och makt. Lohman anser att välbefinnandet har att göra med individens inre verklighet, upplevelse av den miljö han lever i och de

krafter i miljön som påverkar hans inre (Lohman 1973). Välbefinnandet påverkas då individen fungerar som en komponent i det sociala systemet. (Eriksson 1996, s. 74)

I analysen av artiklarna framkom faktorer som påverkar den äldre personens känsla av delaktighet i vården. Tre viktiga teman för patientens möjlighet till delaktighet beskrivs av Kiesslings och Kjellgrens (2004) undersökning av *Patienters upplevelse av delaktighet i vården*. Dessa tre temata är: *behovet av samtal, behovet av kontinuitet i kontakten med vårdpersonalen och behovet av kontroll*. För att få uppleva delaktighet önskades kontinuerliga samtal, med syftet att kunna utbyta kunskap; man vill samtala om sin situation, sjukdom och behandling. Genom att lyssna visade vårdpersonalen att de brydde sig om. Ett hinder för samtal och delaktighet var upplevd tidsbrist. En viktig trygghetsfaktor som befrämjar samarbetet och delaktigheten är att känna igen personalen. Bristande kontinuitet skapar osäkerhet och otrygghet hos patienten. De äldre och svaga var chanslösa i frågan om delaktighet eftersom det kräver energi och engagemang. För de aktiva handlar delaktigheten om att bli delaktig i samtal om vårdens planering och genomförande. En patient som vill vara delaktig vill inte var underordnad utan vill bli sedd som en partner i vårdteamet. Grundläggande för upplevelsen av delaktighet är att ta hänsyn till patientens individuella önskemål och värderingar.

Foss (2010) beskriver hur delaktighet utformas och tolkas utifrån dess sociala och historiska situation på en vårdavdelning. De äldre försöker aktivt hitta sin plats i olika dialoger; delaktighet är inte något som är en självklarhet utan en möjlighet att kanske få sin röst hörd. Delaktighet innebär att välja en strategi för att samspeja med personalen. Det är även en balansgång mellan sina egna och andras behov. Den äldre ser att vårdaren har bråttom och uppfattar att vårdaren inte har tid. För att klara av att våga uttrycka sig och uttala sina behov behövs självförtroende.

Mahler och Sarvimäki (2012) har i sin undersökning *Fear of falling from a daily life perspektiv; narratives from later life* undersökt erfarenheter och betydelsen av rädsla hos äldre då funktionsförmågan blir sämre och risken att falla ökar. Analysen resulterade i tre huvudteman; innebörden att hantera nödvändigheter i det dagliga livet, att hålla kontakt med den yttre världen, och att leva med rädsla. För att klara av utmaningen över att ha kontroll över

sitt liv utan hamna i en förödmjukande situation, skapade kvinnorna en känsla av självständighet fastän de var beroende av hjälp. De har klarat sin rädsla genom att förstärka sin vilja och acceptera sin rädsla.

## 6.2 Klientens aspekter

Viktiga faktorer för att klienten ska uppleva livskvalité i vården är insikt om sitt tillstånd, upplevelsen av trygghet och inflytande över sin situation. Agneta Pagels studie visar att livskvalitén ökar och att hälsan påverkas i positiv riktning om en klient är engagerad i sin sjukdom och vård och får vara med och ta ansvar för sin behandling. (Larsson, Palm & Rahle Hasselbalch 2008, s. 106)

Livskvalité under ålderdomen beskrivs som en känsla av välbefinnande, mening och egenvärde. Välbefinnandet är gott då den äldre är tillfredsställd med bostad, sin ekonomiska situation och hälsa. Familjekontakterna är viktiga för att den äldre ska uppleva mening med livet. Självkänslan tycks var beroende av kontakten med andra släktingar, vänner och grannar. (Sarvimäki, Stenbock – Hult 2000, s. 1032)

Utgångspunkterna i Orems omvårdnadsteori är att människan har förmågan att göra val och ta ansvar, i relation till egenvård, för sig själv och sin familj. (Rooke 1991, s.106). Egenvård är en aktivitet som är inlärd genom interpersonliga relationer och kommunikation och aktiviteten utförs av individen själv. Alla vuxna människor har rätt till och ansvar för att utöva egenvård och ibland kan man behöva hjälp med att utföra den. (Selanders m.fl. 1995, s. 70)

Individens individualitet och identitet bekräftas i den kravlösa ansningen då människan får uppleva sig accepterad och älskad för sin egen skull. Leken är ett centralt element i vårdandet och därför ett verktyg för att uppnå hälsa. I lekandet kan individen skapa och det är genom skapandet som individen kan bekräfta sin identitet - är det individen själv som har kontrollen. (Eriksson 1995, s.24-29)

Iliffe, Kharicha, Harari, Swift, Goodman och Manthorpe (2010) har i sin studie fått fram viktiga aspekter av sociala situationer som påverkar hälsan och välbefinnande: *de senaste händelserna i livet, bostad och trädgård, både offentlig och privat transport, ekonomisk förvaltning, vårdstatus och behov, den lokala miljön, det sociala nätverket och social*

*isolering*. En utlösande faktor att den äldre blir beroende av andras hjälp är en negativ händelse. Detta kan vara: dödsfall, ändrade familjeförhållande eller sjukhusvistelse, samt tidpunkten händelsen sker. Välbefinnandet påverkas både av ansvar och att ekonomiskt klara av renovering och underhåll av bostaden samt vård av trädgården. En trygg hemmiljö ger förutsättningar att man klarar av att bo hemma längre. En mängd olika hinder för användning av transporter identifierades – avståndet till busshållplatsen, rädslan för att gå ut på grund av risken för brott och förmågan att hitta rätt. Följderna av begränsade transporter inkluderade svårigheter att delta i önskade aktiviteter och leder till eventuell social isolering. Information om olika vårdbidrag och stöd behövs. Förändringar i funktionsförmågan och tecken på depression bör observeras av vårdaren i ett tidigt skede.

Den äldre uppskattar vårdarens stöd i rehabiliteringen, men även andra familjemedlemmars engagemang, för att kunna nå självständighet. De äldre sökte sig till den vårdare som de kände att de fick den bästa kontakten med och denna relation präglades av en ökad motivation för att uppnå maximalt oberoende. (Tyrell, Levack, Ritchie & Keelings, 2012 s, 2472)

### 6.3. Vårdarens aspekter

Vårdarens inställning till den äldre människan styr vårt sätt att arbeta. Vår människosyn beror på vår egen uppväxt, utbildningen vi har, tidigare arbete och våra livserfarenheter. Enligt den humanistiska människosynen ska den äldre vara i centrum. Den äldre ska ses som subjekt; man talar med den äldre, inte till den äldre. (Harnett m.fl. 2011, s. 257-258)

Att känna med en annan människa, det vill säga att ha en förmåga till empati krävs i vården. Den äldre människans behov ska sättas först och vårdaren ska vara villig och sätta sina egna behov åt sidan. Det räcker inte enbart med kunskap om äldre och sjukdomar utan det behövs kunskap om vem patienten är. Vårdaren bör ha en vilja att ta reda på vem personen är och försöka lära känna honom/henne. (Ericsson 2011, s. 310)

Då det uppstår en brist i utförandet av egenvården, uppstår det ett behov av att få omvårdnad av en vårdare. Vårdaren har specifika kunskaper och en skicklighet gällande vården. Vårdaren kan planera, genomföra och utvärdera olika omvårdnadsåtgärder. (Rooke 1991, s.109) Vårda-



ren ska veta var vårdaren ska gripa in för att kunna utföra läke- och vårdkonst. De bör också reflektera kring, och skapa en bild av, den enskilde individens situation. Vårdaren skapar ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbehag samt en känsla av utveckling i syfte att förändra genom att vårda genom ansning, lekande och lärande.(Eriksson 1995, s. 21)

Enligt Katie Eriksson är det vår etiska hållning gentemot människan och vårt grundmotiv som är avgörande för vårt sätt att vårda. ”*Ethos och etik hör samman. Att bejaka ethos innebär att vara lyhörd inför det egna hjärtats röst vilket innebär ett sätt att förhålla sig på, en hållning som förmår att tala om sig själv och ta ansvar.*” Det vårdande `bry sig om´ förstås som en inre etisk hållning: en inre vidrördhet tillåter hjärtats röst att visa vägen och tar sig uttryck i ansvarsfull omsorg. Det icke-vårdande `inte bry sig om´ där modet, viljan och den inre kraften överger människan, han/hon låtsas om/spelar en roll som inte vidrör caritas. (Karlsson, Sivonen, von Post 2007, s. 41)

I resultatet av studien *Sjuksköterska inom äldreomsorgen – en utmaning*, har man kommit fram till fyra grundstenar som är av betydelse i yrkesrollen. Dessa grundstenar beskriver krav och förväntningar på sjuksköterskans yrkesroll. *Medicinsk kompetens* - fördjupade kunskaper behövs i fråga om äldres problembild, geriatik och gerontologi för att kunna göra korrekta vårdbedömningar. *Omvårdnadskompetens* som är förankrad i omvårdnadsvetenskapen behövs i den geriatriska omvårdnaden. Teoretisk omvårdnadskunskap behövs för att klara av det praktiska vårdarbetet som är centralt. Personalen ska kunna undervisa övrig personal, handleda och agera modell i det konkreta omvårdnadsarbetet och behöver därför *pedagogisk kompetens*. Dessutom behövs en personlig mognad baserad på ett fokuserat och äkta intresse för äldre. Om sjuksköterskan har erfarenheter från andra områden ger dessa kunskaper självständighet och säkerhet i yrkesrollen. (Tunedal, Fagerberg 2001, s. 31-32)

Vårdchefernas syn på familjens delaktighet och inflytande av äldre människors behovsbedömning, upplevs ”*med att sätta gränser mot familjens inflytande och samtidigt använda dem som en resurs*”. Vårdcheferna upplever sitt ansvar som press. Känslan av att ansvara och sätta gränserna påverkar hur vårdcheferna ser på och behandlar klinterna och familjemedlemmarna. Konflikter kan uppstå då det är svårt att tydliggöra klientens vilja och/eller mentala status. Att följa lagstiftningen och riktlinjerna för att undvika tillrättavisningar orsakar ett behov av att

skydda sig själv. De vårdansvariga har både krav från organisationen och familjen, och i denna konkurrens är familjen förloraren. Eftersom familjemedlemmarna ofta är äldre och är i behov av hjälp, behövs ytterligare samhällsstöd i familjens delaktighet. (Janlöv, Rahm Hallberg & Petersson 2011, s. 245-251)

Människan är en aktiv varelse och för att må bra behöver hon aktivitet och stimulans. Den äldres intresse av någon speciell aktivitet är kanske inte den samma som det var när hon var ung. *Egentid är ett arbetssätt som används för att aktivera eller stimulera den äldre och innebär att man utgår från personens intresse, förmågor och önskningar.* Egentid är ett sätt att enskilt aktivera en person, man utgår från den enskilda individen som är i centrum. (Ericsson 2011, s. 311-312)

Routasalo, Wagner och Virtanens (2004) beskriver i sin studie om sjuksköterskors uppfattningar om geriatrisk rehabilitering. Rehabiliteringen upplevs som något som kräver kunskap, erfarenhet, tålamod och kreativitet, samt yrkesskicklighet. Vårdaren pratar med sina klienter om målen för rehabiliteringen, men alla vårdare är inte medvetna om dessa mål. Klienterna motiveras genom att ge positiv feedback, genom att förhindra smärta, genom att berömma framsteg, och genom att ge klienten möjlighet att klara av dagliga aktiviteter.

Sjukgymnaster berättar om sina upplevelser med rehabiliteringen av den geriatriska klienten på en rehabiliteringsavdelning. Då klienten uppfattas som mottagare koncentrerar sig fysioterapeuten på den fysiska funktionsnedsättningen och inte de sociala behoven. Då klienten uppfattas som deltagare beaktar fysioterapeuten även klientens all dagliga behov och utmaningar hemma. (Wallin, Talvitie, Cattan, Karppi 2008, s. 548-549)

Sjukgymnasterna Röstberg och Turpeinen har utvecklat och utarbetat ett eget arbetssätt, kommunikationen är en betydande del av det. Utgångspunkten i mötet med klienten är – *Se människan. Det finns en historia bakom varje patient och dennes besvär.* Goda kommunikationsfärdigheter behövs och med god kommunikation skapas förutsättningar för en god vårdrelation. (Larsson, m.fl. 2008, s. 116)

#### 6.4. Klient–vårdare relationen

Vård förhållandet ska präglas av ömsesidig respekt och varje människa ska behandlas utifrån hennes egna förutsättningar. (Harnett, m.fl. 2011, s.258) Mötet av den äldre är beroende av vilken människosyn den som möter den äldre har. Ett personcentrerat förhållningssätt grundar sig på en humanistisk människosyn som innebär att människan har ett okränkbart värde. En vårdrelation är alltid ojämlig, vårdaren är alltid i en maktposition i förhållande till klientens som är i behov av hjälp. Medvetenhet krävs av vårdaren för att inte sära eller kränka den som får vård. (Ericsson 2011, s. 309)

När människan drabbas av begränsningar i sitt hälsotillstånd, kan det bero på inre eller yttre faktorer. En inre faktor är individens höga ålder och en yttre faktorer kan vara specifika livshändelser, t.ex. dödsfall i familjen. Människan blir i behov av omvårdnad när hon inte klarar av tillgodose sitt egenvårdsbehov. Orem betonar att relationen individ – sjukskötare och individ- patient måste baseras på den omständighet som skapar ett omvårdnadsbehov och inte på andra omständigheter t.ex. individens medicinska status. (Selanders m.fl. 1995, s.67). Enligt Orems omvårdnadsteoretiska struktur är målet med omvårdnad, *att ge stöd och utveckla individens förmåga till egenvård, för att klara av det dagliga livets aktiviteter så bra som möjligt.*(Rooke, 1991, s. 110)

I dagens samhälle har den naturliga vården ersatts av den professionella vården, där tekniken har en stor roll. Då vårdaren förstår vårdandet av ansning, lekande och lärande i betydelsen professionell vänskap med element av tro, hopp och kärlek, förstår vårdaren att vårdandet förutsätter ömsesidighet mellan patient och vårdare.(Eriksson 1995, s. 10)

Insikt i det meningsfulla är oftast en spegling mot det meningslösa. I vårdare-klientrelationen upplevs ett meningsfullt liv på vårdhem på följande sätt, man har bärkraft och glädje, jag-du förhållande, vänlighet och kärlek, samtal, delaktighet - att engagera sig i den andra och det som sker omkring mig. Att inte bli bekräftad är att inte ha en plats i verkligheten, att vara ingen, upplevs som meningslöst. Klienten känner lidande, klientens gränser kränks, jag- du förhållandet där klienten känner sig som ett objekt. (Haugan Hovdenes 2002, s. 23-24 )

I studien av *Nurses' assessments of individualised care of long-term care institutions* framkommer det att sjukskötaren tror att de stöder individuell omsorg, men det förverkligas inte nödvändigtvis då vård utövas. Äldre människors livssituation bör beaktas i vårdsituationer och de äldre bör få ta kontroll över den vård de tar emot. Ytterligare studier behövs för att få mera information om individuell vård i förhållandet vårdare – den äldre. (Suhonen, Alikleemola, Katajisto, Leino-Kilpi 2011)

Det finns stora skillnader i klientens och vårdarens uppfattning om behovet av hjälp i ADL-funktionerna då klientens funktionsförmåga bedöms. Klienterna bedömer sitt hjälpbehov mindre än vad vårdaren gör. Enligt Muurinen och Raatikainen tillgodoses det fysiska behovet oftare än behovet av rehabilitering eller sociala behovet. Det är viktigt att ta reda på vilka värderingar styr bedömningsprocessen och vad innebär "behov av hjälp" för klienter och vårdare. Om behoven inte bedöms individuellt och klienterna ses som passiva vårdtagare utan egna resurser då har inte en djupare förståelse uppnåtts. Flera äldre vill vara aktiva och ansvara för sig själv och sin vård. Mera forskning behövs om hur man kan ändra den traditionella betydelsen av "makt över" till "makt med" klienter. För att uppnå dessa mål, bör det redas ut vilken utbildning behövs i kommunikation eller att ändra attityder. (Hammar, Perälä, Rissanen 2008, s. 27-30)

## 7. Kritisk granskning

Examensarbete ska uppfylla kraven på vetenskaplig kvalitet. I all forskning är kritisk granskning och kvalitetssäkring viktigt. Jag har valt att granska mitt arbete utgående från kvalitetskriterier för kvalitativa studier. Staffan Larsson (2009, s. 165) har utarbetat kriterier för granskningen och av dessa har jag valt att ta upp; *kvaliteter i framställningen som helhet*: intern logik, *kvaliteter i resultaten*: struktur, och *validitetskriterier*: heuristiskt värde.

### 7.1. Intern logik

Den interna logiken är ett av de mest välanvända kriterier. Denna kriterier uttrycker en harmoni mellan forskningsfrågor, antaganden om forskning och det studerande fenomenets natur, datainsamling och analysteknik. Den interna logiken innefattar en tanke om en helhet, de de-

lar som inte passar in i helheten anses som olämpliga. Enligt den hermeneutiska tankegången är kriteriet på kvalitén graden av harmoni mellan del och helhet. (Larsson 2009, s. 168-170)

Jag har i mitt arbete försökt att svara på de frågor jag ställt, frågorna har ändrats under arbetets gång. Syftet med arbetet var att få svar på frågor som vad innebär delaktighet för den äldre och den äldres behov av dagliga aktiviteter. De äldre, delaktigheten och egenvården är ju aktuella och omdiskuterade ämnen idag. För att vi i framtiden ska klara av att sköta våra äldre bör vi ändra våra attityder och klienten bör få bli delaktig i frågor kring sin egen vård och funktionsförmågan bör upprätthållas genom olika slags aktiviteter. Studien är teoretisk och baserar sig på 14 vetenskapliga artiklar. Innehållsanalys användes som analysmetod och en sammanfattande forskningsöversikt skrevs. I den teoretiska bakgrunden tar jag upp mycket lagar, paragrafer och rekommendationer, men jag anser dessa är viktiga för att förstå varför vi ska ändra våra attityder och vårt sätt att vårda.

## 7.2. Struktur

Resultaten får inte vara otydliga utan ska ha en enkel och klar struktur. En tolkning ska inte vara en massa kompromisser utan ska ta fram det viktiga i rådata på ett exakt sätt. Resonemanget ska följa en röd tråd så att läsaren har lätt att följa med argumentationen. En bra struktur visar tydligt vad som är huvudsaker och vad som är bisaker. (Larsson 2009, s. 174-175)

Resultatet beskrivs enkelt och tydligt, arbetet har en klar struktur. Den röda tråden följer genom hela arbetet. Det var svårt att dra gränser mellan de olika delarna och inte att ta upp samma saker inom de olika temana så att det inte skulle bli en upprepning.

## 7.3. Heuristiskt värde

Kvalitativ metod framhåller att det ofta är en metod där upptäckandet av något nytt systematiseras. Framställningen och förmågan att kommunicera till en läsare är av betydelse. Resultatet av en lyckad analys ger kunskap och ett nytt sätt att se på verkligheten, ett förändrat sätt i att tänka. (Larsson 2009, s. 179-180)

Mitt examensarbete är en litteraturstudie som baserar sig på tidigare forskning i ämnet ifråga. Under arbetets gång kom det fram i flera artiklar att mera forskning inom ämnet behövs och speciellt forskning som gäller de äldre. Jag har genom denna studie fått bekräftelse för mitt sätt att vårda, att inte arbeta rutinmässigt utan att tänka vad jag gör och varför.

## 8. Diskussion

I dagens samhälle, i Finland men också i övriga världen är den hastigt ökande mängden äldre ett aktuellt ämne. En utmaning i framtiden är att det finns tillräckligt med vårdplatser och personal samt att få ekonomin att räcka till. För att detta ska lyckas innebär det att människorna måste ändra sina attityder och själva börja ta mer ansvar för sin egen hälsa. De första kvalitetsrekommendationerna för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen för de äldre kom år 2001. Då dessa rekommendationer inte har följts upp, har man nu stiftat äldreomsorgslagen som trädde ikraft 1.7.2013. Detta innebär en hel del nya förpliktelser för kommunerna.

I studien om kvalitet i vården, vad är delaktighet och är den äldre delaktig i vården, framkom det att det är viktigt att den äldre får vara med att planera samt besluta om sin egen vård. Det ökar välbefinnandet och hälsan. Den äldre generationen gör inte stort väsen av sig och har inte stora krav, utan oftast är de nöjda och fogar sig i den givna vården, de försöker hitta sin plats och få inflytande. Några huvudpunkter som kom fram och som är viktiga för att de äldre ska känna sig delaktiga är samtal, information, kontinuitet och känslan av kontroll.

För människans välbefinnande är det viktigt att tillgodose all dagliga aktiviteter. Fysisk träning stärker muskler, man mår bättre och man tar sig ut bland andra. Sociala kontakter, sociala aktiviteter och fritidsaktiviteter är av betydelse och påverkar livskvalitén. Det händer lätt att då funktionsförmågan försämras isolerar man sig i sitt eget hem, pga. att man är rädd för att man skadar sig.

Men anhöriga är en viktig resurs i vården och de behöver tas med i bedömningen av vårdbehovet och vårdplaneringen. Ibland har anhöriga egna krav och åsikter om den äldres vård och de upplevs besvärliga. Då de känner sig delaktiga kan de bidra till att tillgodose klientens behov och öka välbefinnandet hos den äldre.

Bemötandet av klienten är viktigt för vårdrelationen. Resultatet visar att klienten och vårdaren ofta talar olika språk. Det som vårdaren tror att hon gör för klientens bästa behöver inte alltid överensstämma med klientens behov, ofta handlar det om makt. Vårdarens människosyn påverkar hennes sätt att bemöta och skapa en fungerande vårdrelation med klienten, en relation som bygger på respekt och tillit.

Studien jag gjorde baserar på tidigare gjorda undersökningar och inget speciellt nytt kom fram. Kunskapen finns, men den glöms lätt bort, det händer att när man arbetar länge faller man in i vissa rutiner. Den kunskap och information som framkom i studien har fått mig att kritisk börja granska mitt eget och omgivningens sätt att vårda. I flera av undersökningarna kom det fram att mer forskning med de äldre behövs för att vi ska kunna erbjuda högkvalitativa tjänster baserat på de äldre klienternas verkliga behov.

## Källförteckning

Bidstrup Jörgensen B., Östergaard Steinfeldt V., (2012) *Omvårdnadsteori som referensram i forskning och utveckling*. Liber utbildning.

Danielson E., (2012) *Kvalitativ innehållsanalys* ingår i Henricson M.(red)(2012) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB.

Denscombe M., (2010) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur AB.

Eriksson K., (1996) *Hälsans idé*. Vårdserie Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Eriksson K., (1995) *Vårdandets idé*. Liber utbildning.

Ericsson I., (2011) *Förhållningssätt i vården och omsorg av äldre* ingår i Ernsth Bravell M.(red) *Äldre och Åldrande*. Gothia förlag.

Forsberg C., Wengström Y., (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur och Kultur.

Foss C., (2010) *Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation*. Journal of Clinical Nursing, 20, 2014-2022.

Fristedt S., (2011) *Funktionellt åldrande* ingår i Ernsth Bravell M.(red) *Äldre och Åldrande*. Gothia förlag.

Fänge A., Carlsson G., (2010) *Aktivitet och delaktighet* ingår i Ekwall A.(red.)(2010) *Äldres hälsa och ohälsa – en introduktion till geriatrisk omvårdnad*. Studentlitteratur AB.

Hammat T., Perälä M-L., Rissanen P., (2008) *Clients' and workers' perceptions on clients' functional ability and need for help: home care municipalities*. Scandinavian Journal of caring Sciences, 23, 21-23.

Harnett T., Larsson B., (2011) *Äldre människors rättigheter* ingår i Ernsth Bravell M.(red) *Äldre och Åldrande*. Gothia förlag.

Haugan Hovdenes G., (2002) *Pleier-pasient-relasjonen i sykehjem – tillintetgjørelse eller virkeligjørelse*. Vård i Norden, (3), 21-26.

Huovinen S., (2013) *Omsorgsminister Susanna Huovinen, Regionrunda för verkställandet av äldreomsorgslagen/Vasa*. Utkast till ministerns tal.



Iiffe S., Kharicha K., Harari D., Swift C., Goodman C., Manthorpe J. (2010) *User involvement in the development of a health promotion technology for older people: findings from the SWISH project*. Health and Social Care in the Community, 18(2), 147-159.

Janlöv A-C., Rahm Hallberg I., Petersson K., (2010) *Care managers' view of family influence on needs assessment of older people*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25, 243-252.

Karlsson M., Sivonen K., von Post I., (2007) *'Bry sig om' - en begrepps analys*. Vård i Norden, (4), 38-6.

Kiessling T., Kjellgren K., (2004) *Patienters upplevelse av delaktighet i vården*. Vård i Norden (4), 31-5.

Kivelä S-L., Vaapio S. (2011) *Vanhana Tänään Suomen Senioriliike ry*.

Kjellström S., (2012) *Forskningsetik* ingår i Henricson M.(red)(2012) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB.

Larsson I., Palm L., Rahle Hasselbalch L., (2008) *Patientkommunikation i praktiken – information, dialog, delaktighet*. Norstedts akademiska förlag.

Larsson S., (2009) *Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier*. ingår i Kvalitativ metod och vetenskapsteori ingår Starrin & Svensson. Studentlitteratur AB

Mahler M., Sarvimäki A. (2012) *Fear of falling from a daily life perspective; narratives from later life*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26; 38-44.

Rooke L., (1992) *Omvårdnad Teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*. Almqvist & Wiksell.

Rosen M., (2012) *Systematisk litteraturöversikt* ingår i Henricson M.(red) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB.

Selanders L.C., Schmieding N.J., Harweg D.L. (1995) *Anteckningar om omvårdnadsteorier IV*. Studentlitteratur.

Routasalo P., Wagner L., Virtanen H., (2004) *Registered Nurses' perceptions of geriatric rehabilitation nursing in three Scandinavian countries*. Scandinavian Journal of Caring, 18, 220-228.

Sarvimäki A., Stenbock-Hult B., (2000) *Quality of life in old age described as a sense of Well-being, meaning and value*. Journal of Advanced Nursing, 32(4), 1025-1033.

Social och hälsovårdsministeriet.(2013)*Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen*. Helsingfors: Kommunförbundet.

Social och hälsovårdsministeriet. Finlands kommunförbund(2013) ”Äldreomsorgslagen” *Lag om stödjande av den äldre befolkningen funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre*. Promemoria om verkställighet och tolkning av lagen.

Suhonen R., Alikleemola., Katajisto J., Leino-Kilpi H., (2011) *Nurses' assessment of individualised care in long-term care institutions*. Journal of Clinical Nursing, 21, 1178-1188.

Tunedal U., Fagerberg I., (2001) *Sjuksköterska inom äldreomsorgen – en utmaning*. Vård i Norden (2) 27-6.

Tyrell E. F., Levack W. M., Ritchie L. H., Keeling S.M. (2012) *Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives*. Journal of Advanced Nursing, 68(11), 2466-2476.

Wallengren C., Henricson M., (2012) Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteratur baserat examensarbetet ingår i Henricson M.(red) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB.

Wallin M., Talvitie U., Cattan M., Karppi S-L., (2008) *Physiotherapists' accounts of their clients in geriatric inpatient rehabilitation*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22, 543-550.

Författare Årtal	Titel	Syfte/frågeställning	Metod	Resultat
Foss (2010)	"Elders and patient participation revisited - a discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation	Hur äldre personers delaktighet utformas och tolkas utifrån deras sociala och historiska situation under en vårdperiod på en avdelning.	18 individuella djupintervjuer med äldre +80	De äldre försöker aktivt hitta sin plats i olika dialoger och visar en mängd olika strategier som syftar till att få inflytande. Delaktighet för de äldre betyder att välja en strategi för att interagera med personalen. Deltagandet sågs även som en balansgång av sina egna behov mot andras behov och det som krävs är självförtroende. Att de äldre ska vara delaktiga kräver att vårdpersonalen uppmärksammar behoven.
Hammar T., Perälä M-L., Rissanen P. (2008)	Clients' and workers' perceptions on clients' functional ability and need for help: home care in municipalities	Jämföra klienters och hemhjälpares uppfattningar av klienternas funktionsförmåga och behovet av hjälp samt att analysera vilka klient- och kommunfaktorer associeras med förmågan att uppfatta klienters funktionsförmåga	Intervjuer med 686 finska hemvårdsklienter samt 686 hemvårdspersonal	Då klienten och vårdaren bedömde klientens funktionsförmåga på liknande sätt, fanns det ändå stora skillnader i uppfattningen om behovet av hjälp i ADL-funktionerna. En grund för vård av hög kvalitet utgörs av klientens och vårdarens gemensamma syn på behovet av hjälp. En vårdplan ska utarbetas gemensamt av klienten och vårdaren.

Författare Årtal	Titel	Syfte/frågeställning	Metod	Resultat
Haugan Hovdenes G. (2002)	Pleier-pasient- relasjonen i sykehjem- tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse	Presentera kontentan av att uppleva mening i livet som klient på ett vårdhem. Relationen sjukskötare-patient förstöra eller förverkliga	Kvalitativa djupintervjuer gjordes på 2 män och 7 kvinnor på ett vårdhem Medelåldern 79 år  Giorgi's fenomenologiska analysmetod	Insikt i det meningsfulla blir ofta en spegling mot det meningslösa Förverkligande- man ska få uttrycka sig kreativt - Mod och glädje, jag-du förhållande, vänlighet och kärlek, delaktighet Tillintetgöra - är att inte ha en plats i verkligheten, att inte vara någon, mista sig själv och sin plats - lidelse Studien förstärker relationsperspektivet i Martinsens vårdteori och visar att i det professionella behövs nödvändigt en integration av persondimensionen.
Iliffe S., Kharicha K., Harari D., Swift C., Goodman C., Manthorpe J. (2010)	User involvement in the development of a health promotion technology for older people: findings from the SWITSH project	Identifiera de viktigaste aspekterna av sociala situationer som påverkar hälsa och välbefinnande Utarbeta HRAO vårdbedömnings instrumentet så att den även beaktar de sociala aspekterna och inte endast hälso- aspekterna	En uppföljning av en HRAO - studie som gjorts år 2000 åt 3000 personer >65 år, gjordes igen 2005-2007  Kvalitativ studie	De viktigaste sociala faktorerna som påverkar de äldres hälsa och välbefinnande de senaste händelserna i livet underhåll av hus och trädgård transport, både offentlig och privat ekonomisk förväntning vårdstatus och behov den lokala miljön det sociala nätverket och social isolering

Författare Årtal	Titel	Syfte/frågeställning	Metod	Resultat
Janlöv A-C., Ram Hallberg I., I., Petersson K.	Care managers' view of family influence on needs assessment of older people	Undersöka hur kommunala vårdchefer visar familjer delaktighet i och inflytande på behovsbedömningen av äldre	26 individuella intervjuer genomfördes med vårdchefer om deras tidigare gjorda behovsbedömningar  Kvaliativ innehållsanalys styrd av Burnad	Hur familjens deltagande bemöts och behandlas i behovsbedömningen påverkas av hur vårdceferna sätter gränser för sitt professionella ansvar Synpunkterna avslöjade både distans och starka attityder. Då familjemedlemmarna oftast är äldre och bistår med hjälp behövs ytterligare samhällsstöd för familjens deltagande i behovsbedömningen
Karlsson M., Sivonen K., von Post I., (2007)	`Bry sig om' - en begreppsanalys	Begrunda innebörden i uttrycket `bry sig om' för att öppna upp för en djupare förståelse för vårdandet	Koorts modell för begreppsanalys med hermeneutiskt närmelsesätt etymologisk utredning, semantisk analys med diskriminationsanalys och tolkning	Den samhörighet som blir synlig mellan det vårdande `bry sig om', ethos och etik: En inre etisk hållning - modet, viljan och den inre kraften tillåter hjärtats röst att visa vägen och tar sig uttryck i ansvarsfull omsorg. Detta har en nära samhörighet med Erikssons vårdteori om att det är vår etiska hållning gentemot människan och vårt grundmotiv som är avgörande för vårt sätt att vårda. Det icke vårdande - modet, viljan och den inre kraften överger människan, där hon låtsas om/spelar en roll. Denna förståelse har en förbindelse med Halldorsdottirs forskning som kommit fram till att det existerar både ett caring och uncaring i vårdverkligheten

Författare Årtal	Titel	Syfte/frågeställning	Metod	Resultat
Kiessling T., Kjellgren K I., (2004)	Patienters upplevelse av delaktighet i vården	Beskriva patienters erfarenheter av av delaktighet i vården samt att kartlägga de faktorer som är av betydelse för delaktigheten	Kvalitativa intervjuer med fyra kvinnor och fyra män I åldern 25-40 år 4 personer, i åldern 60-76 år 4 personer Kvalitativ studie med ett fenomenologiskt perspektiv	Av intervjuerna framkom tre teman; Behov av samtal Behov av kontinuitet i kontakten med vårdpersonalen; Behov av kontroll -En central roll i delaktighet har informa- tionsutbytet som sker under samtal och som ses som en interaktiv process där patienten har möjlighet att vara en partner Grundläggande för att patienten ska känna delaktighet är att ta hänsyn till individuella önskemål och värderingar
Mahler M., Sarvimäki A., (2012)	Fear of falling from a daily life perspective; narratives from later life	Belysa den äldres erfarenheter och betydelsen av rädslan att falla, och hur rädslan påverkar den äldres vardag	Narrativa intervjuer med fem kvinnor >80år Kvalitativ studie inspirerad av tolkande fenomenologi	Fem olika teman som uttrycker betydelsen och erfarenheterna av rädslan att falla; disciplinera sitt dagliga liv, leva med den sköra kroppen, beroende och oberoende i hemmet, djungeln utanför, styrkan i viljan och egot. Rutiner ska skapas och följas för att kunna leva i en trygg miljö.

Författare Årtal	Titel	Syfte/frågeställning	Metod	Resultat
Routasalo P., Wanger L., Virtanen H. (2004)	Registered Nurses' perceptions of geriatric rehabilitation nursing in three Scandinavian countries	Att få en djupare insikt i hur sjukskötare upplever geriatrisk rehabilitering av den äldre i i tre länder i Skandinavien och och finns det skillnader	Strukturerade frågeformulär åt 600 personer, 200 i Finland, 200 i Norge och 200 i Danmark Innehållsanalys	I Norge och Finland var patienten och familjemedlemmarna en del av teamet och de var med att sätta upp mål. Fastän målen diskuterades med patienten och dokumenterades i patientens journal var inte alla vårdare medvetna om målen. Då är det omöjligt att uppnå målen. I Danmark jobbar man mera som ett team med nära samarbete med fysioterapeuter.
Sarvimäki A., Stenbock-Hult B., (2000)	Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value	Planera en modell för att studera kvalitét i livet och relaterade faktorer hos äldre	Strukturerade individuella intervjuer med 300 personer + 75 år  Kvantitativ studie	Kvalité i livet definierades som en känsla av välbefinnande, mening och värde. Välbefinnandet var högt om man var tillfredställd med bostad, ekonomisk situation och hälsa. Familjekontakter ger mening i livet, Andra släktingar, vänner och grannar har en annan ökar självkänslan.
Suhonen R., Alikeemola P., Katajisto J., Leino-Kilpi H. (2011)	Nurses' assessments of individualised care of long-term care institutions	Undersöka sjukskötarens bedömning av individanpassad vård på en långvårdsavdelning och hur deras sociodemografiska variabler var förknippade med deras syn på individuell vård	Av totalt 283 vårdare svarade 215 på frågeformulär Innehållsanalys	Äldre människors livssituation bör beaktas i vårdssituationer och de äldre bör ges en möjlighet att ta kontroll över den vård de får. Sjukskötare tycks tro att de stöder idén om individuell omsorg, men det förverkligades inte nödvändigtvis då vård utövades.  Det behövs ytterligare studier för att få mera information om förhållandet vårdare-den äldre-individuell vård.

Författare Årtal	Titel	Syfte/frågeställning	Metod	Resultat
Tunedal U., Fagerberg I. (2001)	Sjuksköterska inom äldreomsorgen - en utmaning	Få en djupare förståelse för sjuksköterskans konsensus av sin yrkesroll/profession och kan detta beskrivas	Kvalitativa intervjuer med 6 sjukskötare Delfi- tekniken - används för att strukturera grupper åsikter och diskussioner	Fyra grundstenar i yrkesrollen; Medicinsk kompetens, behövs för att kunna göra korrekta bedömningar Omvårdnadskompetens, det praktiska vårdarbetet är centralt men teoretisk omvårdnads kunskap behövs Pedagogisk kompetens, ska kunna under- visa övrig personal, handleda och agera som modell i det konkreta omvårdnads- arbetet Personlig mognad baserad på ett fokuserat och genuint intresse för äldre
Tyrell E F., Levack W M., Ritchie L H., Keeling S. M. (2012)	Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives	Undersöka äldre patienters och deras familjemedlemmars synvinklar på sköterskornas insats i vården	Sju äldre och sex av deras familjemedlemmar intervjuades En grounded teoristudie genomfördes med hjälp av konstruktiv epistemologi	Alla deltagare uppskattade vårdarens stöd för att den äldre ska uppnå självständighet eller att följa upp andra medlemmars övningar med den äldre De äldre sökte sig till den vårdare som de fick den bästa kontakten med, denna relation präglades av en ökad motivation för att uppnå maximalt oberoende. Vårdpersonal skulle gynnas om det infördes motiverande färdigheter i utbildningen. Positiva relationer befrämjar till ökad självständighet.



Författare Årtal	Titel	Syfte/frågeställning	Metod	Resultat
Wallin M., Talvitie U., Cattan M., Karppi S-L., (2008)	Physiotherapists' accounts of their clients in geriatric inpatient rehabilitation	Fysioterapeuters upplevelser i sitt arbetet med geriatriska klienter	Semi-strukturerade intervjuer med 11 fysioterapeuter Diskursanalys	När klienten var mottagare beaktade fysioterapeuten de fysiska behoven, inte de sociala behoven. Då klienten var deltagare var fokus på klientens alldagliga behov och utmaningar hemma.