

## **Närståendes upplevelser på ett vård- och omsorgsboende** En kvalitativ intervjustudie

*Johanna Eriksson, Annika Strömblad, Magdalena Andersson & Ingela Beck*

# Forskningsplattformen för Hälsa i samverkan

**Närståendes upplevelser på ett vård- och  
omsorgsboende**

En kvalitativ intervjustudie

*Johanna Eriksson, Annika Strömblad,  
Magdalena Andersson & Ingela Beck*

**Kristianstad University Press**

Tryckort: Kristianstad 2018

ISSN: 1652-9979 NR 2 2018

© Respektive författare



# Närståendes upplevelser på ett vård- och omsorgsboende

## En kvalitativ intervjustudie

*Johanna Eriksson, Annika Strömblad Magdalena Andersson & Ingela Beck*

### **Abstrakt**

Det blir allt fler äldre personer i samhället idag eftersom vi lever längre. Ett större antal äldre personer kan innebära att fler närstående blir involverade i den äldre personens livssituation och vård. Den personcentrerade omvårdnadsmodellen visar att närstående är en viktig resurs för den äldre och för den äldres välbefinnande. Idag ska närstående kunna vara ett naturligt inslag i vården av den äldre personen. Sedan år 2009 när nya bestämmelsen i Socialtjänstlagen kom, har vården ett ansvar att ge närstående stöd och vägledning. Detta leder till att en dialog mellan vårdpersonal och närstående är betydande för att främja den äldres hälsa, men också för att främja närståendes delaktighet och välbefinnande. Syftet med studien var att undersöka närståendes upplevelser av att ha en äldre person vid ett vård- och omsorgsboende. Studien har en kvalitativ studiedesign. Tre fokusgruppsintervjuer och två enskilda intervjuer genomfördes med sammanlagt 26 närstående till en äldre person på ett vård- och omsorgsboende. Intervjuerna analyserades med en konventionell innehållsanalys. Ett gott bemötande och en öppen kommunikation med vårdpersonalen gjorde att de närstående kände sig välkomna och sedda som en viktig del i vården. Närstående upplevde trygghet då de själva och den äldre personen kände sig hemmastadda på vård- och omsorgsboendet. Slutsats: Personalen har en betydelsefull roll för närståendes välbefinnande och delaktighet i vården på ett vård- och omsorgsboende.

Nyckelord: Närstående, vård- och omsorgsboende, kvalitativ studie, äldre

Rapporten baseras på ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning mot vård av äldre, som är genomfört med stöd av Forskningsplattformen för Hälsa i samverkan.

# INNEHÅLL

FÖRORD .....	6
INLEDNING.....	7
BAKGRUND.....	7
Problemformulering .....	10
SYFTE .....	10
METOD .....	10
Design .....	10
Kontext .....	11
Urval .....	11
Datainsamling.....	12
Analys .....	13
Förförståelsen .....	13
Etiska övervägande .....	14
RESULTAT .....	14
Att känna sig välkommen och tillfreds med vården .....	15
Att känna trygghet i personalen .....	15
Att vara involverad i vården.....	16
Att känna förtroende för att den äldres behov blir tillgodosedda .....	18
Att känna sig ovälkommen och att vara till besvär .....	19
Att känna sig sviken av vården .....	19
Att vara bekymrad över den äldres välbefinnande .....	21
Att känna oro och behöva ta ansvar för vården .....	22
DISKUSSION .....	23
Metoddiskussion .....	23
Resultatdiskussion .....	26
Praktisk relevans.....	28
Slutsats .....	29
REFERENSER .....	30

Bilaga 1 Intervjuguide

Bilaga 2 Intervjuguide till enskilt samtal

Bilaga 3 Kodningschema

## FÖRORD

I takt med att antal äldre i befolkningen ökar blir den kommunala vården och omsorgen allt mer komplex. Sköra, multisyuka människor med stora vård- och omvårdnadsbehov vårdas mer frekvent i hemmen. Specialistkompetens behövs för att på bästa sätt kunna ge den åldrande människan vård av hög kvalitet. Det är med stor glädje jag tagit del av två sjuksköterskors examensarbete som Specialistsjuksköterskor med inriktning vård av äldre.

Arbetet belyser närståendes upplevelser på vård- och omsorgsboende. Närstående utgör en viktig del i vården kring individen och bemötandet från personalen är av stor betydelse. Resultaten påvisar att det finns behov av kvalitetsförbättringar inom området.

Mitt mål är att möjliggöra för specialistsjuksköterskorna att i olika forum redovisa sitt arbete för att på så sätt sprida den kunskap som framkommit i examensarbetet. Förhoppningen är att detta ska kunna ligga till grund för ett förbättringsarbete som ytterligare kan öka kvaliteten på den vård och omsorg som bedrivs. Lika viktigt är att synliggöra och tillvarata specialistsjuksköterskornas kunskap och stödjande roll till såväl närstående som till vårdpersonal i organisationen.

Hässleholm 2018-03-06

Lotta Tyrberg  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Omsorgsförvaltningen

## INLEDNING

I Sverige är det cirka 106 000 äldre personer (65 år eller äldre) som bor på ett vård- och omsorgsboende (Socialstyrelsen, 2016b), eftersom de är för sjuka för att klara av att bo kvar hemma. En anledning till att äldre väljer att flytta till ett vård- och omsorgsboende är att det ordinära boendet blivit för otryggt (Fonad, Robins Wahlin, Heikkilä & Emami, 2006). En annan anledning är att deras närstående, exempelvis barnen, känner att det är ohållbart för deras förälder att bo kvar hemma (Sandberg, Lundh & Nolan 2002). Personer som levt ett långt liv har genom livet formats av sociala relationer och har oftast knutit starka band till närstående. När den äldre blir sjuk och beroende av vård och omsorg påverkas inte bara den äldre utan även deras närstående. För att förebygga ohälsa och underlätta vardagen både för den äldre och dennes närstående behöver de närstående stöd. För att kunna ge ett sådant stöd behövs det kunskap om hur det är att vara närstående till äldre personer som bor på vård- och omsorgsboende. I detta arbete används begreppet närstående för att beteckna en person eller personer som den enskilde anser sig ha ett nära band till. Det kan vara en släkting men även en nära vän som en granne (Socialstyrelsen 2016a).

## BAKGRUND

Ålderdomen kan präglas av skröplighet och lidande (Andersson, 2008). När den fysiska kroppen förändras och hörsel och syn bli sämre, kan den äldre känna en frustration över sin situation. Det uppstår ofta ett beroende av andra för att kunna genomföra dagliga aktiviteter. Den äldre kommer i en beroendeställning till vårdpersonal men även till närstående vilket kan leda till en känsla av hjälplöshet och begränsning av tillvaron (Saino & Hansebo, 2008). Dahlberg (2002) beskriver detta som ett lidande. För att den äldre ska kunna uppleva tillfredsställelse och livsduglighet i vardagen är personen i behov av personcentrerad omvårdnad. Enligt Kristensson Ugglå (2014) finns det en risk att den äldre hamnar i ett underläge gentemot vårdpersonalen men för att undvika att detta ska ske behöver vårdpersonalen utgå från personen och respektera personens integritet. Även om ålderdomen kan präglas av skröplighet och lidande kan den även leda till visdom och respekt (Andersson, 2008). Åldrande innebär normalt en mognad och en förändrad integritet, att anpassa identiteten till nya förutsättningar. Norberg och Aléx (2012) poängterar att det är viktigt att finna en ny roll och mening i sitt liv när vardagen förändras för den äldre människan. Här kan den äldres närstående vara av betydelse.

Vård- och omsorgsboende eller som det också benämns särskilt boende är en benämning för gruppboende, ålderdomshem och äldreboende (Socialstyrelsen, 2011). Verksamheterna är inriktade på omsorg av personer 65 år eller äldre och majoriteten av de som bor på ett vård- och omsorgsboende har en demensdiagnos, somatiska besvär,

funktionshinder eller är av andra orsaker i behov av stöd i vardagen för att uppnå en livsduglig funktionsnivå. Besvären är ofta åldersrelaterade eller sjukdomsförvärvade skador orsakade senare i livet. Äldre som flyttar till ett vård- och omsorgsboende gör det eftersom det ordinära hemmet blivit för otryggt (Fonad, Robins Wahlin, Heikkilä & Emami, 2006). Men även om flytten gör tillvaron tryggare, så visar andra studier på att den äldre även kan uppleva stor ensamhet i den nya miljön (Slettebø, 2008). Ensamheten hos den äldre personen kan förklaras med förlust av social delaktighet eller förlust av förmågor som att kunna förflytta sig själv eller äta självständigt. Den minskade förmågan att klara sig själv och bli beroende alternativt att fortsätta vardagen till stor del på egen hand, är en balansgång som kan övervinnas och den äldre kan finna acceptans (Torres & Hammarström, 2006). För att den äldre ska finna acceptans så visar Aveyard (2004) i sin intervjustudie att det är positivt för en ökad delaktighet och meningsfullhet i vardagen att den äldre är med i matråd eller aktivitetsråd. Självbestämmande och känsla av att ha kontroll av tillvaron, möjlighet att göra egna val och att det existerar valmöjligheter är viktigt för att den äldre ska kunna se positivt på sin hälsa. Sandman och Kjellström (2013) beskriver i sin bok att förmågan att kunna styra över sina egna val även leder till ett högre människovärde.

Specialistsjuksköterskan inom äldrevård kan bidra till att få den äldre att finna sin nya roll, exempel genom att stödja och uppmuntra den äldre personen inom vård- och omsorgsboende. Specialistsjuksköterskan bör se till att den äldres identitet och integritet upprätthålls (Ekman & Norberg, 2013) exempelvis genom att underlätta att de behåller kontakt med sina närstående. I mötet med sina närstående kan den äldre få sin identitet bekräftad. När en närstående kommer på besök blir den äldre bekräftad till exempel som mamma och det medför att den äldres identitet förstärks. Andra studier visar att den äldre människan skiljer på att vara gammal eller att känna sig gammal (Nilsson, Savamäki & Ekman, 2003). Äldre personer kan känna sig som yngre personer och därmed leva ett vardagsliv fullt med aktiviteter. Detta ställer krav inte minst på den sociala miljö som många gånger utformas av vårdpersonal och ansvarig sjuksköterska på ett vård- och omsorgsboende. Den äldre personen får respekt och bekräftelse i mötet med personalen, men även det viktiga sociala utbytet varje människa är i behov av (Westin & Danielson, 2007). Närstående till de allra äldsta boende på ett vård- och omsorgsboende kan också vara av hög ålder och själva kämpa med förändrade livsförhållanden och förlorande av egna förmågor. Whitaker (2004) benämner dessa äldre närstående som medlevare. Vid sina besök på vård- och omsorgsboendet delar de den äldres livsvärld och existens och gör inte bara vanliga besök där man sköter praktiska saker som kläder eller ärenden. Ofta kan medlevare vara maka eller make som delat en större del av sitt liv med den äldre människan sedan flera årtionden tillbaka.

Att vara närstående till en äldre person kan innebära ett stort ansvar och en belastning men även en glädje och tillfredsställelse (Socialstyrelsen, 2004). Många äldre vårdas



i ordinärt boende av sina närstående, vilket kan innebära att en närståendevårdare nästintill ger upp sitt eget liv för en annan människa (Johansson, 2007). Närståendevården som utförs kan pågå i flera år innan flytt till ett vård- och omsorgsboende. Sandberg, Lundh och Nolan (2002) fann att det ofta är barnen som anser att det är ohållbart i hemmet och arrangerar en flytt av sina föräldrar. Med flytten önskade barnen att en ny relation skulle återskapas med sina föräldrar innan det var för sent. Janlöv, Hallberg och Petersson (2005) visar i sin forskning att närståendes situation förändrades och en ny fas i livet inleddes. Närstående fanns oftast fortsatt med i bilden kring den äldre på olika sätt, även efter en flytt till vård- och omsorgsboende.

De närstående har möjlighet till att fortsatt finnas med i omsorgen då den äldre flyttar in på vård- och omsorgsboende. Närståendes situation kan nu inledas i en ny fas genom att inte bara vara närstående eller närståendevårdare, utan närstående till en äldre person på ett vård- och omsorgsboende. Det kan vara svårt för närstående att hitta en ny roll i förhållande till den äldre och finna ut hur de kan bidra i den äldres vård, samt själv finna mening med sitt arbete och sin plats inom vård- och omsorgsboendet (Whitaker, 2004). För en del närstående kan det vara svårt att se sin äldre familjemedlem inneha ett värdigt liv när det enda som de upplever återstå är att möta döden på ett vård- och omsorgsboende, och vissa närstående kan se döden som en lättnad (Whitaker, 2004).

Ibland måste närstående prioritera mellan egna behov och den äldres behov. Att behöva jämföra och prioritera behoven kan bli påfrestande (Lotus, 2000). Närstående kan agera som den äldres advokat i viktiga beslut och delta genom att både ge och ta emot information från vårdgivaren och informationen når ofta närstående innan den äldre blir informerad (Pérez-Cáceles, Lorenzo, Luna & Osuna, 2007; Bull, Hansen & Gross, 2000). De närstående påverkar samtidigt det dagliga livet på ett vård- och omsorgsboende. Li (2005) visade att de närstående hade en positiv och lugnande inverkan på den äldre patienten. De fick den äldre att känna trygghet och stöd, vilket kunde leda till en bättre tillvaro. Whitaker (2004) menar att närståendes besök bejaktar de äldres identitet. Samtidigt beskriver Whitaker (2004) att närstående kan uppleva en känsla av maktlöshet. Maktlöshet kan uppstå då närstående själva upplever att de inte kan påverka situationen kring den äldre personen. För att undvika denna känsla av maktlöshet hos de närstående är personalens stöd redan vid inflyttning till ett vård- och omsorgsboende betydelsefullt (Sandberg & Eriksson, 2009). Personalens agerande och bemötande har stor betydelse för hur de närstående upplever situationen. Det är viktigt att vårdpersonalen har förmåga att föra en kommunikation så att bägge parter vet vad som förväntas (Normann & Fröling, 2010; Johansson, 2007). En hierarkisk vårdmiljö där närstående på vård och omsorgsboendet blir bemötta som underlägsna av exempel sjuksköterskan, påverkar situationen negativt. Bergh (2012) tar upp detta som exempel på envägskommunikation. Informationen från ansvariga sjuksköterskan

på vårdboendet går fram, men inte med gensvar tillbaka. Men närstående är även i behov av att kunna sätta ord på sina känslor avseende den äldre personen. Som ett led i att utveckla sjuksköterskans arbete poängterar Bergh (2012) vikten av att sjuksköterskan lyssnar och bekräftar närståendes känslor och därefter bildar sig en uppfattning om hur de närstående upplever situationen.

I juli 2009 infördes en ny bestämmelse i Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Lagändringen tydliggör att närstående har rätt till stöd, vägledning och delaktighet för att underlätta vardagen för både den äldre och dennes familj (Socialstyrelsen, 2016a). Syftet är att förebygga ohälsa och underlätta vardagen för de närstående. Idag har de flesta kommuner i Sverige ett väl utvecklat närståendestöd med bland annat avlastningsplatser, olika stödgrupper och anhörigutbildningar. I Socialstyrelsens rapport (2016a) poängteras att mycket utvecklingsarbete återstår innan vården har ett närståendeperspektiv, dvs kan ge närstående stöd och gör närstående delaktiga.

## **Problemformulering**

Närstående är oftast betydelsefulla för äldre personers identitet, välbefinnande och känsla av mening. Flytten till ett vård- och omsorgsboende innebär att det är svårt för närstående att bibehålla den roll som de tidigare haft till den äldre och det kan vara svårt att finna en ny roll som upplevs meningsfull. För den äldre och närståendes hälsa är det betydelsefullt att närstående ges det stöd som de behöver. Kunskapen om hur närstående upplever sin situation är begränsad särskilt sedan den nya bestämmelsen infördes i Socialtjänstlagen. Sådan kunskap är av betydelse för att kunna ge adekvat stöd till närstående och för att kunna främja deras och den äldres hälsa.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva närståendes upplevelse av att ha en äldre person vid ett vård- och omsorgsboende.

## **METOD**

### **Design**

Studien genomfördes med en kvalitativ studiedesign där data består av fokusgrupp-samtal samt enskilda intervjuer, vilka analyserats med konventionell innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005).

## Kontext

Studien är en del i ett större forskningsprojekt "Palliativ vård- och omsorgsstöd till personalen" som genomfördes i tre stadsdelar i en större stad i södra Sverige (ca 300 000 invånare) under 2008–2011. Inom det projektet genomfördes tre fokusgruppintervjuer med närstående till äldre personer boende på tre olika vård- och omsorgsboende. Dessa fokusgruppsintervjuer utgjorde del av data i denna studie. De enskilda intervjuerna genomfördes vid ett vård- och omsorgsboenden i en kommun i nordöstra Skåne. De äldre som bor vid ett vård- och omsorgsboende anger oftast en eller två närstående som deras närmaste familj. På de vård- och omsorgsboenden där data samlades in bor 40–60 personer, främst äldre personer med somatiska sjukdomar. De flesta lägenheterna på boendena är ettor med kokvrå. Intervjuerna genomfördes på boende som ligger centralt och i förorter. Samtliga vård- och omsorgsboende drivs av omsorgsförvaltningen i kommunerna. Den äldre personen beviljas en lägenhet på vård- och omsorgsboende genom biståndsbeslut (SFS:2001:453).

På ett vård- och omsorgsboende arbetar omvårdnadspersonal dygnet runt. Personal-tätheten varierar mellan de olika boendena och avdelningarna. Omvårdnadspersonal utför basal omvårdnad till den äldre. Sjuksköterskan delegerar arbetsuppgifter såsom medicinhantering eller handhavande av medicinteknisk utrustning till omvårdnadspersonalen. Sjuksköterskor arbetar dagtid på vardagar, övriga tider kontaktas de genom jourverksamhet. Arbetsterapeut och fysioterapeut kontaktas och kommer till vård- och omsorgsboendet vid behov. Vid de aktuella boendena är den äldre listad hos husläkare. Läkaren besöker boendet efter lokala överenskommelser, vanligtvis en gång i veckan samt efter behov. Läkarorganisationen har även jourverksamhet dygnet runt. När den ansvariga sjuksköterskan inte finns på plats finns en joursköterska som kan kontaktas vid behov.

## Urval

Ett ändamålsenligt urval (Polit & Beck, 2016) av totalt 26 närstående till äldre personer boende på fyra olika vård- och omsorgsboenden gjordes. Urvalskriterierna för deltagande i studien var att informanterna var närstående till en äldre person boende på ett av vård- och omsorgsboendena. Strävan med urvalet var att få en variation avseende kön, ålder och relationer till den äldre. Inklusionskriterier för att delta i studien var att vara närstående (familjemedlem, släkting, granne eller en god vän) till en äldre person som hade bott på vård- och omsorgsboendet i mer än ett år. Tre fokusgruppsintervjuer genomfördes med ett ändamålsenligt urval av 24 närstående, samt kompletterades med två enskilda intervjuer.

Deltagarna i intervjuerna var barn (n=13), maka/make (n=6) annan släkt (n=7) till en äldre person på något av boendena. Åldern på deltagarna var mellan 48 och 78 år.

## Tillvägagångssätt

För fokusgruppssamtalen fick de närstående på vård- och omsorgsboendena en enkät med en förfrågan om intresse att delta i studien. De närstående som tackade ja kontaktades sedan och tillfrågades om deltagande i fokusgruppsintervju. Verksamhetschefen för boendena hade tidigare fått information om studien och givit samtycke till denna.

För de individuella intervjuerna söktes först verksamhetschefen för det aktuella boendet upp via telefonsamtal och därefter bestämdes en träff. På plats lämnades muntlig och skriftlig information om studiens syfte och upplägg och ett skriftligt tillstånd om att få genomföra studien inhämtades. Efter att tillstånd inhämtats, kontaktades enhetschefen för det aktuella boendet, som informerades om studiens syfte och upplägg. Enhetschefen var behjälplig med att sända informationsbrev till slumpmässigt utvalda närstående på boendet. Med informationsbrevet medföljde ett frankerat returkuvert så att de tillfrågade kunde skicka tillbaka intresseanmälan till ansvarig för studien (A.S) utan mellanhänder. Tio informationsbrev skickades och två svar erhöles. De närstående som lämnat intresse för att delta i studien kontaktades sedan per telefon för att bokad tid för intervjun. I samband med intervjutillfället informerades återigen informanten muntligt om studien, där frivilligheten i att delta betonades. Det skriftliga samtycket från informanten om deltagande i studien inhämtades även innan intervjun påbörjades.

## Datainsamling

Tre fokusgruppssamtal och två individuella intervjuer (Polit & Beck, 2016) användes som datainsamlingsmetod. De tre fokusgruppsintervjuerna varade mellan 100 och 120 minuter vardera och i samtliga tre fokusgruppsintervjuer deltog det åtta närstående. Intervjuerna genomfördes på en avskild plats vid något av vård- och omsorgsboendena av två forskare (I.B, M.A) från det tidigare genomförda projektet. För att öka möjligheten att få berättelser som svarar mot syftet användes en intervjuguide med öppna frågor (Polit & Beck, 2016) (bilaga 1). Fokusgruppsintervjuerna genomfördes i maj 2010 och var sedan tidigare utskrivna ordagrant.

De två enskilda intervjuerna genomfördes av en intervjuare (A.S resp. J.E) tillsammans med handledaren (I.B). Den första enskilda intervjun varade ca 60 minuter och den andra i ca 80 minuter. En intervjuguide liknande den som användes vid fokusgruppsintervjuerna men med fler öppna frågor användes vid de enskilda intervjuerna (bilaga 2). En av intervjuerna genomfördes i ett konferensrum i anslutning till vård- och omsorgsboendet och den andra i den närståendes hem, båda enligt de närståendes önskemål. Intervjuerna genomfördes i juni 2017, ljudinspelades och transkriberades ordagrant.

## Analys

Vid analys av texten från både fokusgruppsintervjuerna och de individuella intervjuerna användes konventionell innehållsanalys med en induktiv ansats (Hsieh & Shannon, 2005). Första steget började med att texten lästes igenom av författarna (A.S, J.A) var för sig med öppet sinne. I nästa steg markerades enskilda stycken eller fraser som motsvarade syftet, så kallade meningsenheter. Även detta steg genomfördes var för sig. Sedan diskuterades de uttagna meningsenheterna för att stämma av att samtliga svarade mot syftet. Efter att meningsenheterna identifierats kondenserades de genom att reducera själva texten och därefter döptes de med en kod, utifrån vad den handlade om. Därefter organiserades koderna in i områden utifrån likheter och skillnader. Detta moment utfördes ett antal gånger fram och tillbaka innan de slutliga kategorierna bildades, där samtligt material som motsvarade syftet ingick (bilaga 3). I det sista steget av analysen diskuterades två huvudkategorier fram. Under hela analysen har vi gått från helhet i texten till mindre delar med en öppen diskussion om hur de data som svarade på syftet på bästa sätt gjorde sig rättvisa i resultatet. En strävan har varit att bevara texten och att forma huvudkategorierna efter texten som helhet, med de underliggande kategorierna och koderna som svarade på syftet. Under analysprocessen har en aktiv diskussion kontinuerligt förts tillsammans med handledaren (I.B). Författaren (M.A) har i slutskedet av analysprocessen läst och bekräftat huvudkategorierna och subkategorierna.

## Förförståelsen

Genom att bli klar över sin förförståelse och vilka tidigare erfarenheter av det valda fenomenet som undersökningen syftar till att belysa, ökar möjligheterna att undvika att studien, i allt för hög utsträckning, styrs av tidigare erfarenheter (Olsson & Sörensen 2007). Förförståelsen (A.S) grundar sig i 28 års erfarenhet av arbete i äldreomsorgen, både som undersköterska och sjuksköterska respektive 18 års erfarenhet både som vårdbiträde, undersköterska och sjuksköterska inom äldreomsorgen (J.E.). Vi båda är blivande specialistsjuksköterskor inom vård av äldre. Intresset och respekten för äldre människor och deras livserfarenhet har varit orsak till val av sjuksköterskeyrket.

Vår förförståelse är att en viktig del i sjuksköterskans omvårdnadsarbete är att få närstående att känna delaktighet i vårdandet, eftersom det ofta är de som har tagit huvudansvaret för omsorgen av den äldre i det egna hemmet. Men det finns även närstående som känner en lättnad över att släppa ifrån sig omsorgen av den äldre. En uppfattning är att närstående inte vill ta uppmärksamhet från den äldre genom att berätta hur de själva har det och upplever situationen, och att de ibland känner sig bortglömda. En annan uppfattning är att så länge den äldre verkar trivas, är lugn och inte lider så är de närstående nöjda. Delar närståendes sjuksköterskans och vårdpersonalens värderingar, kulturella aspekter och livsåskådning blir deras upplevelse mer positiv och de närstående får ett större förtroende för omvårdnaden av sin familje-

medlem. Förförståelsen har diskuterats under hela arbetet och vi har strävat efter att den inte skulle påverka intervjuerna eller analysprocessen.

## **Etiska övervägande**

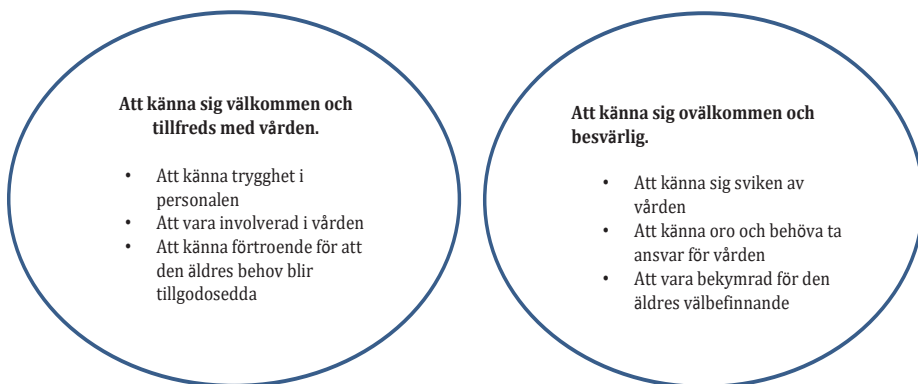
Under forskningsprocessen har vi genomgående strävat efter att ta hänsyn till de forskningsetiska reglerna (Vetenskapsrådet, 2013) genom lyhördhet gentemot informanterna och ett varsamt handhavande av informationsmaterialet. Genom att informanterna fick ett utförligt informationsbrev som de i lugn och ro kunde läsa igenom och ta ställning till, värnades autonomi. I informationsbrevet beskrevs frivilligheten och rätten att avbryta deltagandet utan att bli ifrågasatt. Innan studien påbörjades gjordes en etisk ansökan till högskolan Kristianstad (Diariernr: SPA 2017:11). I samband med intervjuerna lämnades muntlig information om tillvägagångssättet samt information om rätten att avstå från att delta. Det skriftliga samtycket inhämtades vid intervjutillfället. Konfidentialitetskravet värnades genom att allt material förvarades inlåst där ingen utomstående hade tillgång till materialet.

Materialet bearbetades utan härledning till person och resultatet presenteras på ett sådant sätt att ingen enskild person kan identifieras. Enhetschefen kommer inte kunna härleda vilka av de närstående på vård- och omsorgsboendet som valde att delta i studien i varken fokusgruppintervjuerna eller i de individuella intervjuerna. Nyttjandekravet innebär att materialet enbart kommer att användas för denna studie. Till de tidigare genomförda fokusgruppsintervjuerna har etiskt utlåtande från etikprövningsnämnden i Lund erhållits (Dnr 2009/527).

För att undvika att förförståelsen skulle påverka resultatet har vi ansträngt oss att bli medvetna om vår förförståelse och har genomgående reflekterat över denna. Om inte förförståelsen hade funnits hade å andra sidan syftet inte varit intressant för oss. Förförståelsen kan inte helt bortses, men med en medvetenhet om den, kan intervjuaterialet bearbetas mer kritiskt och med en etisk medvetenhet i analysprocessen kan resultatet bli mer neutralt.

## **RESULTAT**

Från analysen framträdde två huvudkategorier med tillhörande subkategorier som beskriver närståendes upplevelser av att ha en äldre person vid ett vård- och omsorgsboende (Figur 1). Subkategorierna beskrivs med målet att beskriva variationen av upplevelser som framkom. Detta innebär att en och samma persons upplevelser kan finnas representerade under båda huvudkategorierna.



Figur.1 Närståendes upplevelser av att ha en person vid ett vård- och omsorgsboende

## Att känna sig välkommen och tillfreds med vården

Att känna sig välkommen och tillfreds med vården innefattade beskrivningar av att uppleva att känna trygghet i personalen, att vara involverad i vården och att känna förtroende för att den äldres behov blir tillgodosedda.

### Att känna trygghet i personalen

Närstående kände sig välkomna till boendet och upplevde en trygghet i personalen när personalen var glada, trevliga och gemytliga och hade en positiv attityd gentemot närstående. Trygghet upplevdes också om den äldre var välmående och glad vid besöken. Trygghet med personalen infann sig även när personalen uppskattade de närståendes närvaro och fick stöd av personalen.

Vidare infann sig en trygghet när närstående uppfattade att personalen hade uppsikt på den äldre, satte den äldre personen i fokus och kändes trygga i sin arbetsroll. De närstående beskrev även att det var tryggt då den äldres rum städades och hölls i ordning, och om klädvården fungerade. Sköttes omvårdnaden av den äldre väl och personalen utförde det som förväntades, kände de närstående att de kunde slappna av och det skapade en känsla av trygghet.

Trygghet upplevdes då det fanns en öppen kommunikation mellan de närstående och personalen. Det kunde innebära att personalen informerade om hur dagen varit eller att personalen hörde av sig om något skulle hända eller när något förändrats i den äldres tillstånd. Det var tryggt att alltid kunna ringa och få eller lämna information om den äldre, men även att ha möjlighet att kunna fråga om vad som helst och få respons av personalen. Vetskapen om att alltid kunna ringa och att allt fungerar gav en känsla av trygghet.

*Det känns så tryggt de säger att du alltid kan ringa. (FG 1). (Fokusgrupp-sintervju 1).*

*Mycket bra att ha att göra med. Och är det någonting som nu du sa om mediciner och sånt, så ringer de ju alltid va och berättar vad det är för någonting och vad som skall göras. Och händer det någonting med mor så ringer de också. (FG 2).*

En annan förutsättning för att känna trygghet var personalens lugn. De möttes av lugn och ro på vård- och omsorgsboendet trots att situationen kunde uppfattas som stressig. Att personalen visade att de brydde sig genom att fråga hur de mådde, eller när närstående upplevde ömsesidigt förtroende och tillit gav en känsla av en välkomnade atmosfär.

*De är lugna och trivsamma till 99%. (FG 1).*

*Så att hela attityden är välkomnande på det viset. (FG 1).*

Stöd av personalen upplevdes som en viktig del i tryggheten. Då närstående kände olust eller behövde extra stöd i vardagen kring den äldre fanns personalen där.

*Ja, men det är personalen som jag brukar prata med när det är något, alltså. Om man känner olust inför någonting så, så pratar med dem. Om jag känner att jag skulle behöva något stöd, så frågar jag personalen om någonting. Om jag tycker att någonting är...alltså antingen den vanliga personalen eller sjuksköterskan, de är väldigt bra att prata med så att... (FG 3).*

Upplevelsen av sjuksköterskans närvaro och omsorg om den äldre gav känslan av trygghet, genom att någon hade det övergripande ansvaret för omsorgen.

*...och tittar till min fru... Det vet jag, hon (sjuksköterskan) går runt och tittar på de boende, ...hon är ju ofta i korridoren när jag kommer så jag pratar med henne. (FG 2).*

## **Att vara involverad i vården**

Närstående upplevde sig involverade i vården när personalen tog hänsyn till närståendes synpunkter kring den äldre personen. Mellan besöken kunde personalen meddela närstående om hur den äldres dag varit eller om något speciellt hänt, vilket ökade på känslan att vara involverad.



Att vara involverad i vården upplevdes vidare då de fick hjälpa till med praktiska saker runt den äldre. Det kunde vara inköp av olika saker exempel hygienartiklar eller läkemedel.

*Och vi handlar hem grejer och sånt när det är någonting att fylla på, så det tror jag att man upplever, att vi hjälper till... ja, just de. Så är det någonting så kan de alltid komma och vi fixar det eller tvärtom...det känns bra att vara involverad. (EI 4). (Enskild intervju).*

Känsla av delaktighet framkom även när vård- och omsorgsboendet bjöd in till närstående träffar. På träffarna lämnades information om verksamheten av ledning och vårdpersonal och de närstående fick information om olika aktiviteter som var inplanerade. På dessa träffar upplevde de även att de själva kunde komma med synpunkter och ställa frågor.

De närstående beskrev att tillgång till en egen nyckel till den äldres lägenhet utan personalens restriktioner eller att personalen behövde öppna ingång eller ytterdörr till den äldres lägenhet, bidrog till en känsla av att vara en naturlig del i den äldres liv.

Närstående upplevde att samarbetet med vårdpersonalen innebar en känsla av att vara involverad i vården, genom att personalen rådfrågade och bad om närståendes synpunkter. Men känsla av att vara involverad uppstod även när närstående kände av att de kunde fråga personalen om olika saker och att det fanns en öppen kommunikation. När personalen eller sjuksköterskan öppnade upp för samarbete med närstående beskrev de att de själva blev en viktig del av vården, genom sina kunskaper om den äldre.

*Mest med hennes oro va... För hon har haft väldigt stor oro va. På, speciellt på den tiden då nattpersonalen började komma in, då kommer hennes oro... och hur vi skulle planera in det, vad vi skulle göra åt det va. Det har vi tagit och gemensamt kommit fram till vad vi skulle göra. (FG 3).*

Att uppleva sig involverad innebar även att bli sedd och bli bekräftad vid besöken på boendet exempelvis mötas med ett leende eller en hälsning när de kom på besök till boendet. Andra exempel på vad som bidrog till känslan av att vara involverad var när de tilltalade närstående med namn och när personalen lyssnade till dem.

*jo... så de är intresserade av hur jag har det också faktiskt. (EI 5).*

*... och jag tycker att man känner att man lyssnar. (FG 2).*

## **Att känna förtroende för att den äldres behov blir tillgodosedda**

Närstående upplevde förtroende för att den äldres behov blev tillgodosedda när personalen värnade om den äldres integritet och såg den äldres individuella behov i den dagliga vården. Det kunde innebära stunder då personalen tog hänsyn till den äldre personens egenskaper och såg den äldre personen, inte enbart sjukdomarna. De upplevde förtroende när personalen visade ett genuint intresse för den äldre. Exempel som framkom var när personalen tog tillvara den äldres tidigare liv, erfarenheter, arbete och fångade upp detta i den dagliga vården. Andra upplevelser av att den äldres behov blev tillgodosedda var genom de dagliga aktiviteterna på vård- och omsorgsboendet.

*Där är, de gör väldigt mycket för de boende, med aktiviteter och läser... och visar film. Utflykter och går till närstående boenden där de dricker kaffe, alltså sådana vårdboende där de... ja de gör väldigt mycket faktiskt. (FG 3).*

För att de närstående skulle veta att den äldres behov blev tillgodosedda upplevde de behov av ett ömsesidigt förtroende och en tillit till personalen och deras arbete. Exempel var tillfällen då personalen tilltalade den äldre och inte talade direkt till de närstående vid besöken. Personal som undvek att prata över huvudet på den äldre uppskattades liksom när den äldre personen blev sedd och bemött med värdighet.

*Man pratar aldrig över huvudet på honom och det är alltid de som är det viktigaste. (EI 5).*

*De är jättebra om passning, absolut... och de är ett sånt bra boende och det är personalen. Om min mor inte mår bra en kväll och liksom inte kan somna så kommer de in och sitter en stund och sånt är jätteskönt. (EI 4).*

Förtroende upplevdes även när personalen respekterade synpunkter eller klagomål från närstående som rörde den äldre personen. Klarspråk från bägge parter gav en bild av att personalen lärde känna den äldre personen och det gav de närstående en upplevelse av att den äldres behov blev uppmärksammade av personalen. Personalen visade på så vis omtanke om den äldre.

Maten och måltiderna hade en stor betydelse för att få ett förtroende för att den äldres behov blev tillgodosedda. Maten skulle enligt närstående vara energirik och väl anpassad för den äldre människan. Närstående upplevde att den äldres dagliga energibehov bör vara täckt för att de skulle få sina behov tillgodosedda.

*...jag upplever att de gör allt för dem. De bakar varenda dag och de får tårter och de får gratänger och de får räkmacka och de får... jo, de får de*

*här också, både räkmacka... ja, jag menar... alltså jag upplever det inte som maten är dålig, nej... det är husmanskost. (FG 2).*

En ytterligare förutsättning för att känna förtroende för att den äldres behov blev tillgodosedda var då personalen var lugn och skapade en trivsamt atmosfär tillsammans med de äldre. Upplevelsen var att personalen älskade sitt arbete och gav den äldre den omvårdnad som behövdes. Personkemin mellan vårdpersonalen och den äldre styrde mycket i vården och hur den äldres behov blev tillgodosedda. Kontaktpersonen hade en viktig funktion för att se till att den äldres behov blev tillgodosedda. När den äldres behov blev tillgodosedda upplevde de närstående ett lugn.

*Alltså jag känner ju en trygghet att mamma är på ett boende... och jag behöver absolut inte gå dit och kolla där varenda dag. (FG 3).*

## **Att känna sig ovälkommen och att vara till besvär**

Att känna sig ovälkommen och att vara till besvär innefattade beskrivningar som att vara sviken av vården, att vara bekymrad för den äldres välbefinnande samt att känna oro och behöva ta ansvar för vården.

### **Att känna sig sviken av vården**

Närstående upplevde sig svikna av vården när de kände sig ovälkomna vid besöken på vård- och omsorgsboendet och när de upplevde sig sakna information.

Som närstående kunde man uppleva det svårt att anpassa sig till hur vården fungerade på vård- och omsorgsboendet och de kände sig svikna och illa till mods. De upplevde att de störde personalen, kom för ofta på besök, var besvärliga och ställde till problem för personalen vilket gav en känsla av att vara ovälkommen till boendet och till den äldre. De beskrev att personalen kunde undvika dem och att de drog sig undan när de kom på besök. Vården och organisationen svek och vården hade ett övertag över närstående som istället förlorade kontrollen över både sitt eget och den äldres välbefinnande.

En annan upplevelse som framkom var känslan av utanförskap. När närstående beskrev att de inte fick lov att vistas tillsammans med den äldre i de gemensamma allrummen utan förväntades vara inne i den äldres rum/lägenhet vid besöken. Detta gav en känsla av svek. Uppsatta lappar som var riktade till dem med en hänvisning till att de exempelvis inte fick sitta i bersån eller ute i trädgården och fika, utan skulle vistas på den äldres rum upplevdes kränkande. Andra känslor av svek uppstod då de inte fick vara tillsammans med den äldre i samband med måltid utan istället fick vänta inne på den äldres rum tills måltiden var avslutad. Detta ledde till att de medvetet undvek att besöka den äldre på vissa tider av dygnet och de kände en saknad över att inte kunna dela måltider med sin maka/make som förr. Livet utan den äldre upplevdes halvt, det

riktiga livet var slut. De upplevde en stor sorg då de behövde skiljas åt och lämna bort en betydelsefull person och en saknad över att det inte gick att ha den äldre hemma längre så som tidigare.

*Jag skulle önska att jag kunde ha honom hemma så han kunde titta på TV. Vi har ju så mycket kanaler, det skaffade ju han. Bara få vara här, kunna köra ut i rullstol ut och så va. (EI 5).*

*...jag har en man, men jag har ingen man, kan man väl säga va. (EI 5).*

En besvikelse med vården av den äldre framkom när det saknades dagliga aktiviteter på boendet. De närstående saknade möjlighet till promenader, utevistelse eller annan social aktivitet.

*Det är alltså ett jättebra ställe va, men det händer för lite. Jag tror det är så på många ställen va, för man har liksom dragit in på just det här med aktiviteterna, det är det som man drar in pengarna på verkar det som... vardagen blir väldigt ensam och det händer liksom ingenting. (EI 4).*

Ytterligare upplevelse av att vara sviken av vården som framkom var personalbristen. Personalen var för få till antalet och de räckte inte till för att kunna ge adekvat omvårdnad till den äldre. Det fanns ingen tid till socialt umgänge, spela spel, utevistelse eller bara kunna sitta ner och samtala tillsammans. Den äldre fick för lite daglig träning och den äldres kvarvarande förmågor försämrades. Personalen upplevdes stressad under sina arbetspass och hade för lite tid med de närstående vid besöken. På grund av personalminskningarna hade mycket i vården blivit sämre och närstående uttryckte en besvikelse över detta.

*...ofta är det människor som har den, är den typen som tycker om att vårda, och sen. Så de vill nog göra det va, men sen kan man ju inte för man, ja man skär ju ner. Det räcker med hälften, sitter någon räkna nisse någonstans...ja precis... och räknar ut va och så tar man bort hälften och så ser man hur det går... men det känns ju som allting har blivit sämre, städningen har blivit sämre. Tvätten har blivit sämre. (FG 1).*

Närstående beskrev att det inte längre fanns tid för guldstunder och organisationsbrister framkom. De ansåg att ledningen hade stor del i hur verksamheten fungerade och vilken vård den äldre fick. Det upplevdes svårt att nå den ansvarige och ibland uppfattade de att de ansvariga undvek dem för att de såg sig maktlösa gentemot den övergripande ledningen av verksamheten. En besvikelse uppkom när chefen på boendet inte gav gehör och inte återkopplade till närstående vid frågor. När saker utlovades men inte åtgärdades upplevdes en känsla av att vara sviken. Exempel som framkom var pärmen om den äldres livsberättelse, som alla parter skulle kunna läsa i. Denna hade

aldrig någon ens tittat i efter inflytt. Ytterligare besvikelse i vården upplevdes när den äldre inte fick tillräckligt med stöd vid måltiderna liksom när den äldre blev tvungen att gå och lägga sig tidigt för att nattpersonalen inte hann med.

De närstående kände sig svikna av vården när stöd från personalen uteblev. När de behövde samtala om något som orsakade obehag och ingen personal fångade upp behovet, upplevdes besvikelse. Personalen frågade närstående rutinmässigt men gick aldrig in på djupet. De upplevde att de sökt stöd, men inte fått det av personalen. Det gav en upplevelse av att känna sig utelämnad och sviken av vården.

*I fjol, vid några tillfällen så låg hon ett par dagar och väntade på döden i stort sett och det tyckte jag var rätt så jobbigt också så att...mmm...ja, men, vad fick jag, en kram fick jag. Jag hade kanske behövt prata...med personalen, kontaktpersonen, sköterskan, doktorn rent av... Hon låg och skulle dö, men det var ingen som stöttade mig. (FG 1).*

De närstående kunde även uppleva en besvikelse när vårdpersonalen pratade för mycket i telefon eller med varandra på arbetstid och inte såg den äldre.

### **Att vara bekymrad över den äldres välbefinnande**

De närstående blev oroliga och bekymrade över den äldres välbefinnande när den äldre sågs olycklig ut vid besöken. De bekymrade sig när den äldre inte kunde larma på egen hand och heller inte kunde göra sig förstådd. För de äldre som inte kunde föra sin egen talan tog de närstående på sig rollen att föra deras talan i hopp om att den äldre då månne bättra och fick den omvårdnaden den behövde. Det blev bekymrade över den äldres välbefinnande när den äldres integritet kränktes.

*...Och behöver man gå på toaletten då behöver man gå på toaletten, det är verkligen ett stort problem. Det påverkar min man nästan mer för han är så medveten fortfarande, han tycker inte om att göra saker i en blöja, utan skulle vilja upp. (EI 5).*

Ensamheten var något de närstående upplevde som påfrestande för den äldre och dennes välbefinnande. Det var tyst på boendet och upplevdes ensamt. På sommaren upplevdes situationen bli värre och den äldres välbefinnande blev ett bekymmer. Maten på boendet ansågs inte alltid vara vad den borde. Detta påverkade välbefinnandet hos den äldre. Närstående beskrev att de tog med sig egen mat ibland vid besöken.

*ja, men där är maten. Maten är inte var den borde vara... den kunde varit bättre. det skulle varit mer smak. Och min fru, hon har varit en riktig matmamma också. Hon känner med det samma, det smakar inte, det smakar inte. Jag äter bara lite, för det smakar inte. (FG 3).*

## Att känna oro och behöva ta ansvar för vården

Närstående upplevde sig behöva ta ansvar för vården då de kände oro över den äldre personens välbefinnande. Exempel närstående tog upp var brist på social stimulans eller när sjukdomsbilden förändrades.

De närstående upplevde ett ökat ansvar då en oro uppstod över om den äldre fick komma ut eller inte, likaså om det skulle hända någonting på dagarna. Besöken blev ibland som ett tvång för att se till att den äldre fick komma ut och att den äldres välbefinnande blev kontrollerat. De närstående beskrev hur de upplevde ett ökat krav på sig själva och ansvaret för att den äldre skulle få komma ut i friska luften låg på dem själva.

*Plötsligt slår det en att hon sitter där ensam... Då åker man dit va. (EI 4).*

De beskrev hur de närstående åkte till boendet för att slippa oroa sig och upplevde hur ett ökat ansvar låg på deras axlar. Exempel var när den äldre inte längre kunde föra sin egen talan och de kände då ett ansvar att företräda deras intressen.

*...och hon vet ju ändå inte, hon kan få vilken saft som helst, det spelar ingen roll. Hon kan ju ändå inte säga vad hon vill. Alltså, blir så, alltså det blir på det sättet och som närstående gör det hemskt ont. (FG2).*

När den äldre inte längre kunde larma på egen hand eller inte längre på egen hand kunde äta uppstod en oro och då kände närstående att de behövde ta ett större ansvar i vården.

*Och mor har svårt med detta här att om man säger liksom att ja, gapa nu och så förstår hon liksom inte det va och rätt som det är, så, ja, stänger hon munnen, liksom tvärtom. Hon kan inte riktigt. Personligen köper jag näringsdryck till henne, så hon får det i sig, men... sen då på lördagar och söndagar så matar jag henne själv. (FG 3).*

Närstående upplevde att de behövde ta ansvar när de kom på besök till den äldre på vård- och omsorgsboendet. Exempel var de besök när den äldre inte verkade må väl och speciellt då personalen inte hade informerat om detta innan besöket. De upplevde då ett ökat ansvar för den äldres välmående och att den äldre fick tillsyn. Detta för att närstående upplevde att personalen inte hann med att säkerställa den äldres hälsotillstånd. När de var hemma uppstod ibland oro för att den äldre inte mätte väl vilket ledde till ett ökat ansvarstagande.

Personalen frågade heller ingenting om inte närstående själva tog upp saker vid besöken. Viss personal informerade men andra sa ingenting alls. De fick jaga personalen för en försäkran att den äldre mätte bra. Så länge de inte hörde något från boendet upplevde de att allt var lugnt, de fanns inget att rapportera. De närstående uttryckte

att de ville veta vad som hände. När de kom med synpunkter om sådant som bekymrade dem, startade en inre oro för att deras kritik skulle påverka vården negativt. De uppfattade att vården hade ett övertag över dem vilket skapade ökat ansvar och oro.

*..man har liksom ingen koll på hur hon har det när man inte är där... jag kan bara se hur hon mår när jag är där. (FG 2).*

Ytterligare upplevelser som kom fram var närståendes ansvar och oro över själva personalgruppen. De upplevde att personalen hade det stressigt och visade att de förstod deras situation och kände oro över att personalen inte hann utföra sitt arbete. Närstående lyfte hur de försökte bry sig om personalens situation och försöker lägga tid och visa sitt intresse för personalens situation vid besöken. Personalen hade för mycket att göra och för lite tid. Det påverkade den äldre och vården och ledde till att de närstående behövde ta ett ökat ansvar för att den äldre skulle få den vård som de var i behov av. Personalbristen skapade en oro för både vården och den äldre.

*Därför att man känner liksom att man lämnar över det som är väldigt kärt för en till någon, till främmande händer. Det är ungefär som att lämna sitt barn på dagis tycker jag. (FG 1).*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Begreppen tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet kan användas för att bedöma en kvalitativ studies trovärdighet (Shenton, 2004). I metoddiskussionen utgår vi därför från dessa begrepp när vi diskuterar svagheter och styrkor i metoden.

Tillförlitligheten enligt Shenton (2004) avgörs hur väl resultatet svarar på syftet och om resultatet speglar en sann bild av informanternas upplevelser. Vidare hur väl metoden, det vill säga datainsamling och analys, är lämplig i relation till syftet. Eftersom syftet var att förstå närståendes upplevelser, valdes en kvalitativ studiedesign där data består av fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer med närstående, vilka analyserades med konventionell innehållsanalys. Fördelen med detta var att den kvalitativa designen passade då en känsla eller en erfarenhet skulle beskrivas (Hsieh & Shannon, 2005). Valet av en induktiv ansats medgav en öppen beskrivning av upplevelser med strävan att inte blanda in egna värderingar eller tankar. För att få ett tillförlitligt material är det av stor vikt att samla in data med god kvalitet. Shenton (2004) beskriver hur viktigt det är att det ställs rätt frågor i intervjuerna samt för ett djup i materialet, använda sig av följdfrågor. Detta togs hänsyn till vid intervjuerna genom att ställa följd-

frågor som "hur kändes det då" eller "kan du ge exempel" för att sträva efter att säkerställa att vårt insamlade material skulle svara på syftet. Längden på både fokusgrupp-sintervjuerna och de enskilda intervjuerna ansågs räcka för att erhålla ett innehållsrikt material med strävan att ge ett tillförlitligt svar på syftet. Fokusgruppsintervjuerna varade i ca två timmar och de individuella i cirka en timme vardera. Vid de individuella intervjuerna fanns även en van forskare med som kunde se till att följdfrågor ställdes där det behövdes och att intervjuerna byggde på en intervjuguide som syftade till att få svar på syftet borde ha bidragit till att stärka studiens tillförlitlighet.

Två olika datainsamlingsmetoder har använts, en kombination av fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer, vilket kan tänkas stärka studiens tillförlitlighet. I de individuella intervjuerna har samtalen gått mer på djupet, medan fokusgruppsintervjuerna givit en ökad variation av upplevelser, vilket kan anses som en styrka i resultatet. En svårighet kan ha varit att fokusgruppsintervjuerna sedan tidigare var genomförda. Detta har vägts upp av att mer tid har lagts på att läsa dessa fler gånger för att tydligt skapa en bild av intervjuerna.

De enskilda intervjuerna transkriberades i direkt anslutning till samtalen för att ha ansiktsuttryck och andra kroppsspråk färskt i minnet. Vid inspelningen fanns vid några tillfällen dovt ljud som gjorde att det var svårt att höra vad informanten sa. Om många pratade i munnen på varandra kunde det leda till att ord var svåra att urskilja. Detta markerades i texten. Samtalen lyssnades även igenom ordentligt en gång till om oklarheter uppfattades tills klarhet fanns vad informanterna uttryckte. För att få svar på syftet har vi illustrerat kategorierna med citat som framhäver informanternas upplevelser. Vi har varit måna om att använda citat från samtliga intervjuer för att få fram en variation av upplevelser samt för att sträva efter att allt material är använt. Ingen pilotstudie genomfördes vilket kan ses som en svaghet.

För att få ett urval som gjorde det möjligt att få svar på syftet valdes närstående till äldre personer ut från olika vård- och omsorgsboenden, både från storstad och mindre stad eftersom det kan tänkas att upplevelserna varierar. Informanterna var av olika ålder, kön och relation till den äldre, vilket vi ansåg gav en variation av upplevelser. Shenton (2004) beskriver att finns det en frivillighet bland informanterna kommer intervjuerna bli mera ärliga och sanningsenliga.

Resultatet bygger på det transkriberade materialet från samtliga fem intervjuer. Transkriberingen har genomförts med stor noggrannhet. Vi har under hela analysen varit fler än en person som följt processen vilket troligen stärkt pålitligheten och detta har medfört en reducering av risken för att vår förförståelse kunnat påverka resultatet. Vi valde att identifiera meningsbärande enheter var för sig. Genom att ömsom arbeta var för sig så och ömsom tillsammans minimerades risken att förförståelsen styrt resulta-



tet. Vi gick igenom texten tillsammans och kunde då konstatera att i stort sett samma meningsbärande enheter hade markerats. Vi förde kontinuerlig diskussion med handledaren, för att djupet i informanternas upplevelser skulle fångas upp enligt beskriven analys. Kategorierna formades efter att allt material delats in i koder, där vi har strävat att beskriva varje kategori med text från grundmaterialet.

Shenton (2004) beskriver verifierbarhet som att läsaren skall kunna genomföra studien på nytt genom att använda samma metod och kunna följa alla steg i analysen för att få fram ett liknande resultat. Strävan har varit att beskriva metoden så noggrant som möjligt för att stärka verifierbarheten. Intervjuguiderna finns bifogad att ta del av. Likaså finns en illustration av analysprocessen bifogad för att kunna ge en djupare förståelse hur texten reducerats och lett fram till resultatet. Detta påpekar Shenton (2004) är faktorer som påverkar verifierbarheten. Om en liknande studie med en liknande metod och analysprocess skulle genomförts, bedöm sannolikheten stor att de skulle bli ett snarlikt resultat.

I en kvalitativ studie betonas författarnas pålitlighet (Shenton, 2004). Shenton (2004) poängterar att det är viktigt att säkerställa att resultatet bygger på informanternas upplevelser och inte på forskarnas egna fördomar eller intressen. I denna studie finns förförståelsen beskriven och framförd innan själva studien påbörjades. För att inte låta oss påverkas av förförståelsen har en aktiv diskussion förts tillsammans med handledaren där vi har strävat efter att ta vår förförståelse i beaktan under hela processen. Shenton (2004) menar att pålitligheten stärks om flera personer deltagit i analysprocessen och en ständig reflektion genomförts. Analysen är beskriven och genomförd efter inspiration av Hsieh och Shannon, (2005). En styrka i hur analysen genomfördes var att vi var två som analyserade. Vi arbetade var för sig men även tillsammans i de olika faserna. En utomstående person har varit med vid intervjuerna, följt analysen och kommit med kritiska frågor under hela processen, så kallad forskartriangulering (Polit & Beck, 2016). Det har hjälpt oss att reflektera ur ett närstående perspektiv genom processen samt givit oss förslag på förbättringar under arbetets gång.

I resultatet har nya upplevelser framkommit ur närståendes berättelser som inte överensstämde med vår förförståelse. Detta bör tala för att vår förförståelse inte haft en alltför framträdande roll. Det som förvånat oss i resultatet är att närstående har haft ett sånt stort fokus på vårdpersonalens situation när de beskrivit sina upplevelser av att ha en äldre person på ett vård- och omsorgsboende.

Överförbarhet handlar om huruvida man kan bedöma om resultaten kan tillämpas i ett annat sammanhang (kontext) än där studien genomfördes (Shenton, 2004). Shenton hävdar (2004) att ansvaret ligger på forskarens redogörelse av kontexten så att läsaren ska kunna avgöra om resultatet går att överföra till andra grupper. För att ge läsaren

möjlighet att bedöma resultatets överförbarhet till andra närstående har strävan varit att tydligt beskriva kontexten där studien genomförts. Med den informationen kan läsaren själv överväga om resultatet är överförbart i annat sammanhang. Troligen skulle studiens resultat kunna vara överförbart till närstående på vård- och omsorgsboenden i städer nationellt, till närstående kvinnor och män, som i sin roll som maka/make eller son/dotter. En möjlig begränsning i överförbarheten är närstående till äldre på vård- och omsorgsboenden på landsbygden. På landsbygden kan det vara tänkbart att närståendes delaktighet ser annorlunda än vad den gör i tätort.

## Resultatdiskussion

Resultatet visade att närstående kan känna sig både välkomna och tillfreds med vården och ovälkomna och besvärliga. Resultatet kommer att diskuteras utifrån Ekmans (2014) bärande begrepp för personcentrerad vård; berättelsen, dokumentationen och partnerskapet och att känna sig hemmastadd.

Berättelsen menar Ekman och Norberg (2013) är patientens egna ord och egen upplevelse, som den delar med sig till vårdpersonalen. För att närstående ska känna sig tillfreds med vården är det betydelsefullt att personalen visar intresse för den äldre som person och lyssnar till den äldres livsberättelse antingen via den äldre eller via närstående. Ett centralt fynd i studien var att närstående kände sig tillfreds när personalen intresserade sig för den äldre som person och hur personen levtt sitt liv, och att de kände sig svikna av vården när personalen inte såg den äldre som en person. När personalen tog hänsyn till närståendes berättelse om den äldre personen infann sig en trygghet. Williams, Lewis, Burgio och Goodes (2012) visar i sin intervjustudie att närstående önskar förmedla sin bild av den äldres personlighet genom att berätta för personalen och att berättandet kan stärka bandet mellan vårdpersonal och närstående. Något som kan medföra att närstående känner ökad delaktighet. Vidare visar Edvardsson, Fetherstonhaugh och Nay (2009) i sin intervjustudie med närstående och dementa personer, att personalen bör uppmuntra den äldre personen tillsammans med närstående till att berätta om sin bakgrund och sina intressen. Detta bidrar till att få en meningsfull vardag på vård- och omsorgsboendet. Tolo Heggstad och Slettebø (2015) fann i sin intervjustudie att äldres identitet och känsla av värdighet stärks av att berätta om sina liv. Det framkommer vidare att den äldres livsberättelse kan bidra till kontinuitet och belyser den äldres personlighet, vilket ger en ökad förståelse hos vårdpersonalen (Buckley et al. 2013). Kristensson Uggle (2014) menar att det personcentrerade förhållningssättet, där berättandet är en central del bidrar till att vårdpersonalen ser personen och inte enbart sjukdomarna. Ett mål i sjuksköterskans arbete är att främja hälsa och välbefinnande vilket underlättas av en god kommunikation mellan närstående och vårdpersonalen (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Att ta del av patientens livsberättelse är en viktig hörnsten för att bedriva personcentrerad vård

(Ekman & Norberg, 2014) och en god vård bygger på den äldres livshistoria och berättandet (Dudas, Karcynski & Olsson, 2014).

Dokumentationen förklarar Ekman och Norberg (2013) är det som tecknas ner i patientens journal och innehåller berättelsen, mål och hälsoplanen. För närstående är det viktigt att den äldre får den vård den är i behov av, att den är planerad och dokumenterad. En annan central del i vår studiens resultat visade att närstående ofta är omedvetna om hur den äldres vardag ser ut och hur vården är utformad, vilket kunde skapa oro för den äldres välbefinnande. Resultatet vittnar också att närstående upplever en större oro när det är sommar och ordinarie personal ersätts av vikarier som inte känner den äldre personen, vilket gör att närstående behöver förmedla vad som är viktigt för den äldre personen. Finns det en vårdplan som bygger på en överenskommelse visar Boman och Brännström (2014) i sin intervjustudie att det medför att närstående upplever en ökad trygghet. Då dokumentationen saknas eller inte hålls uppdaterad efter patientens situation och behov, kan det skapa oro hos närstående. En etisk utmaning för närstående var att de kände behov av att besöka den äldre för att kontrollera om den äldre exempelvis fick adekvat näring i sig vid måltider och fick sina omvårdnadsbehov tillgodosedda. McCormack och McCance (2010) fann i sin intervjustudie att det är viktigt att dokumentationen sker på sådant sätt så att närstående förstår vad som är planerat och utfört. Omvårdnaden ska fungera även då ordinarie personal är ledig och då är dokumentationen viktig som utgångspunkt för hur omvårdnaden skall utföras för att uppnå en personcentrerad vård (Ekman & Norberg, 2013).

Partnerskapet menar Ekman och Norberg (2013) är den mest centrala delen i personcentrerad vård. Den handlar om en ömsesidig respekt mellan vården, patienten och närstående, där alla delar bildar ett team. Närstående behöver få uppleva delaktighet och vara en naturlig del i omvårdnaden av den äldre. God kommunikation och information är en förutsättning för delaktighet. I studiens resultat framkom det att de närstående ibland kände de sig utanför och i vägen. Vidare framkom det att närstående upplevde sig utanför av att inte få information om den äldres situation av personalen. Resultatet visade att personalens information och kommunikation till närstående var viktig. Närståendes trygghet och tillit till personalen bygger på att både den äldre och närstående kände sig sedda. Trygghet i att den äldre blev sedd som en egen individ, men även att man blev sedd som närstående vid besöken var viktigt. I Ryan och McKennas (2015) intervjustudie fann forskarna att närstående önskar få vetskap om vad som händer den äldre för att kunna vara delaktiga och fungera som en resurs för vården och personalen. För att närstående ska kunna vara delaktiga fann forskarna att personalen har en viktig roll för att närstående ska uppleva trygghet och delaktighet. Personalens agerande och bemötande blir betydelsefullt. Partnerskapet bygger på ett ömsesidigt ansvar till varandra. Relationsetiken beskriver att relationen mellan två medmänniskor bygger på en ömsesidig tillit (Sandman & Kjellström, 2013). De närstå-

ende grundar sin tillit på att personalen tar hand om den äldre personen på så sätt som överensstämmer med vad den äldre vill. Vårdpersonal har en framträdande roll i vårdmötet för att främja tilliten och behöver visa ett engagemang för att partnerskapet ska främja alla involverade (Ekman & Norberg, 2013). Kommunikationen i teamet behöver individanpassas så även närstående får individuell information. Detta kan troligtvis bidra till att närstående upplever sig vara delaktig i partnerskapet istället för att vara gäst på vård- och omsorgsboendet.

För att närstående skall känna sig välkomna och hemma på vård- och omsorgsboendet är det viktigt att de känner sig hemmastadda vilket enligt Saarnio, Boström, Gustavsson, Hedman & Öhlén (2016) innebär en känsla av välmående trots sjukdom eller en svår vardag. Känslan av hemmastaddhet går även att applicera på den äldres närstående. Resultatet i vår studie visade att då närstående kunde komma och gå utan restriktioner eller när det blev tilltalade med namn vid besöken upplevde de en känsla av att känna sig sedda och välkomna. Men i motsats till detta framkom det även att det fanns stunder då de närstående inte upplevde sig hemmastadda som exempelvis var när de inte fick delta vid måltider utan blev hänvisade till den äldres rum, eller när de upplevde att personalen undvek dem vid besöken. Känslan av hemmastaddhet formas i samspel av den äldres tidigare erfarenheter och liv med sin nuvarande omgivning på vård- och omsorgsboendet, där personalen har en betydande del (Saarnio, Boström, Gustavsson, Hedman & Öhlén, 2016). Då den äldre upplever sig hemmastadd är det även ett uttryck för hög grad av god hälsa. Graneheim, Johansson & Lindgren (2014) fann i sin litteraturstudie att närstående upplever sig hemmastadda om de känner sig välkomna och bemöts med respekt på vård- och omsorgsboendet. För att leva upp till det som socialtjänstlagen (2001:453) beskriver angående stöd, vägledning och delaktighet så visar vårt resultat att dokumentationen, berättelsen, partnerskapet och känslan av hemmastaddhet är viktiga aspekter att ta hänsyn till. Resultatet ligger även i linje med vad svensk sjuksköterskeförening (2010) uppger. För att en personcentrerad vård skall kunna bedrivas krävs det att vårdpersonalens fokus riktas på större inflytande hos patienten. Vårt resultat visar också på att närståendes inflytande behöver tydliggöras.

## **Praktisk relevans**

Studiens resultat kan tänkas bidra till en ökad medvetenhet bland vårdpersonal vid vård- och omsorgsboenden om hur närstående upplever sin situation och ha betydelse för att öka närståendes känsla av trygghet och delaktighet i vården av den äldre. Verksamheten förstärker eller försvagar upplevelsen av delaktighet hos närstående och genom vårdpersonalens bemötande. Ett återkommande tema i samtliga intervjuer är på hur viktig kommunikationen är. När kommunikationen fungerar mellan närstående och vårdpersonal kan det individuella behovet av stöd hos närstående komma fram bättre. Den personcentrerade vården talar för att se den äldre som en individ i

sitt sammanhang och forma vården efter detta. Vårdpersonalen behöver bemöta och agera efter vilken närstående de möter och förstå i vilket deras sammanhang de lever, för att kunna få närstående delaktiga och känna vårdens stöd. Närståendes situation är föränderlig vilket medför att vårdpersonalens bemötande behöver anpassas efter situationen. Den personcentrerade vården kräver ett teamsamarbete. För att kunna uppnå gemensamma mål tillsammans med närstående behöver vårdpersonalen veta hur närstående upplever sin situation, något som denna studie kan bidra med. Slutligen kan studien också tänkas ha en betydelse för enhetschefer och beslutsfattare för att belysa betydelsen av en god kommunikation och en god relation till närstående.

## **Slutsats**

Slutsatsen i denna studie är att närstående kan känna sig både välkomna och ovälkomna till vård- och omsorgsboendet. Viktiga områden har kommit fram om vad som får närstående att uppleva utanförskap eller hur de kan känna sig delaktiga i vården av den äldre. Personalen har en stor del i närståendes upplevelser vilket ses tydligt i resultatet. Personalens bemötande av närstående påverkar om de upplever sig betydelsefulla även efter att den äldre personen flyttat till vård- och omsorgsboendet. Det är av stor vikt att de närstående tillåts vara delaktiga och inte hålls utanför omvårdnaden av den äldre personen. En god kommunikation och ett gott samarbete mellan närstående och personal leder till ett högre välbefinnande för alla parter. Personalen behöver stöd och handledning i hur de kan arbeta med närståendes delaktighet i den äldres liv. Deras tillvägagångssätt behöver utvecklas och sättas i praktiken för att forma ett partnerskap med närstående på bästa sätt. Det skulle vara intressant att göra vidare studier på hur vårdpersonalen ser på närståendes del i vården och vad som skulle kunna underlätta för ett gott samarbete mellan personal och närstående

## REFERENSER

- Andersson, L. (2008). Ålderism. Lund: Studentlitteratur.
- Aveyard, H. (2004). The patient who refuses nursing care. *Journal of Medical Ethics*, (30)346–350. Från <http://jme.bmj.com/content/medethics/30/4/346.full.pdf>
- Bergh, M. (2012). Sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i mötet med närstående. I M, Bergh., & E, Pilhammar Andersson (red.), *Pedagogik inom vård och handledning*. (2., [rev.] uppl.) (s.65–86). Lund: Studentlitteratur.
- Bull, M., Hansen, H., & Gross, C. (2000). Differences in family caregiver outcomes by their level of involvement in discharge planning. *Nursing Research*, 13(2), 76–82. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(00\)80004-X](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(00)80004-X)
- Brännström, M., & Boman, K. (2014). Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. *Heart failure*, 16(10), 1142–1151. doi:10.1002/ejhf.151
- Buckley, C., McCormack, B., & Ryan, A. (2013). Valuing narrative in the care of older people: a framework of narrative practice for older adult residential care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17/18), 2565–2577.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande - Det onödiga lidandet. *Vård I Norden*, 22(1), 4–8. <https://doi.org/10.1177/010740830202200101>
- Ekman, I. (red.). (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2009). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of clinical nursing*, 19, 2611–2618. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x
- Dudas, K., Kaczynski, J., & Olsson L-E. (2014). I I. Ekman. (red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (172–206). (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Evidensbaserad vård. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, I. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén. (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s. 29–53). Lund: Studentlitteratur AB.
- Fonad, E., Robins Wahlin, T-B., Heikkilä, K., & Emami, A. (2006). Moving to and living in a retirement home: focusing on elderly people's sense of safety and security. *Journal of Housing for Elderly*, 20(3), 45-59. [http://dx.doi.org/10.1300/J081v20n03\\_04](http://dx.doi.org/10.1300/J081v20n03_04)
- Graneheim U., Johansson A., & Lindgren, B. (2014). Family caregivers 'experiences of relinquishing the care of a person with dementia to a nursing home: insights from a meta-ethnographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 215-24. doi:10.1111/scs.12046
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi:10.1177/1049732305276687
- Janlöv, A.C., Hallberg, I.R., & Petersson, K. (2005). The experience of older people of entering into the phase of asking for public home help – a qualitative study. *International Journal of Social Welfare*, (14)326-336. doi: 10.1111/j.1369-6866.2005.00375.x

- Johansson, L. (2007). *Anhörig – omsorg och stöd*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård - från filosofi till praktik* (1. uppl., s. 21–62). Stockholm: Liber.
- Li, H. (2005). Identifying family care process themes in caring for their hospitalized elders. *Applied Nursing Research*, (18), 97-101. doi:10.1016/j.apnr.2004.06.015
- Lotus, Y-I. (2000). Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 35-43.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Nilsson, M., Sarvimäki, A., & Ekman, S-K. (2003). The meaning of the future for the oldest old. *International Journal Aging Human Development*, 56(4), 345-64. doi:10.2190/3GEEQ-99Y0-137X-L7GU.
- Norberg, A., & Aléx, L. (2012). Utveckling av identitet under livsloppet. A. Norberg, B Lundman., & R, Santamäki Fischer. (red.). *Det goda åldrandet*. (s.43–63). Lund: Studentlitteratur.
- Normann, M., & Fröling, K. (2010). *Nära & kära: att möta och bemöta anhöriga i äldreomsorgen*. (2. uppl.) Stockholm: Gothia.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.
- Pérez-Cárceles, M., Lorenzo, M., Luna, A., & Osuna, E. (2007). Elderly patients also have rights. *Journal of Medical Ethics*, (33)712-716. doi:10.1136/jme.2006.018598
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016[2017]). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer
- Ryan, A., & McKenna, H. (2015). 'It's the little things that count'. Families' experience of roles, relationships and quality of care in rural nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 10(1), 38-47. doi:10.1111/opn.12052
- Saarnio, L., Boström A-M., Gustavsson, P., Hedman, R., & Öhlén, J. (2017). Temporally and spatially shaped meanings of at-home among people 85 years and over with severe illness. *International Journal of Older People Nursing*, 1-8. doi:10.1111/opn.12165
- Sainio, J., & Hansebo, G. (2008). Moving to a nursing home: A new phase in life an interview study. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 28(2), 27.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Sandberg, J., Lundh, U., & Nolan, M. (2002). Moving into a care home: the role of adult children in the placement process. *International Journal of Nursing Studies*, (49) 353-362. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00033-5
- Sandberg, J., & Eriksson, H. (2009). From alert commander to passive spectator: older male carers' experience of receiving formal support. *International Journal of Older People Nursing*, (4) 33-40. doi: 10.1111/j.1748-3743.2008.00147. x.
- SFS 2001:453. Socialtjänstlag (SoL). Stockholm: Socialdepartementet.

- Shenton, A.K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, (22) 63–75. Från: <https://pdfs.semanticscholar.org/452e/3393e3ecc34f913e8c49d8faf19b9f89b75d.pdf>
- Slettebø, Å. (2008). Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden*, 87(28), 2225. Från: <http://dx.doi.org/10.1177/010740830802800106>
- Socialstyrelsen. (2004). God vård i livets slut: en kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2011). Bostad i särskilt boende är den enskildes hem. (artikeln nr: 2011-1-12) Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18227/2011-1-12.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016a.). Stöd till anhöriga. [Elektronisk] Tillgänglig; <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20286/2016-7-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016b.). Vård och omsorg av äldre: Lägesrapport 2016. Från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20088/2016-2-29.pdf>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). ICN: S Etiska kod för sjuksköterskor. Från: [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). Strategi för utbildningsfrågor. Från: <http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Forskning-ochutveckling/Svensk-sjukskoterskeforenings-strategi-for-utbildningsfragor-ute/>
- Tolo Heggstad, A.K., & Slettebø, Å. (2015). How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2323-2330. doi: 10.1111/jocn.12837
- Torres, S., & Hammarstöm, G. (2006). Speaking of 'limitations' while trying to disregard them: A qualitative study of how diminished everyday competence and aging can be regarded. *Journal of Aging Studies*, (20) 291-302. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2005.11.001>
- Vetenskapsrådet, Codex. (2013). Forskningsetiska principer inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning. Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Westin, L., & Danielson, E. (2007). Encounters in Swedish Nursing homes: a hermeneutic study of residents' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 172–180. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04396.x
- Whitaker, A. (2004). Livets sista boning: anhörigskap, åldrande och död på sjukhem. Diss. Stockholm: Univ., 2004. Stockholm.
- Williams, B.R., Burgio, K.L., Lewis, D.R., & Goode, P.S. (2012). 'Wrapped in Their Arms': Next-of-Kin's Perceptions of How Hospital Nursing Staff Support Family Presence Before, During, and After the Death of a Loved One. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 14(8), 541-550. doi: 10.1097/NJH.0b013e31825d2af1.



## Intervjuguide

Denna intervjuguide är använd i den tidigare nämnda forskningen som redan är genomförd av Ingela Beck.

Följande områden kommer att lyftas till diskussion i fokusgruppsamtalet med närstående:

Under denna intervju kommer vi att fokusera på hur det är att vara närstående till en äldre person på särskilt boende.

Vi tänkte inleda med att ställa lite öppnare fråga om:

Hur du upplever vården på vård- och omsorgsboendet

- Hur är det att vara närstående?
- Vad är viktigt för dig?
- Hur upplever du relationen mellan dig och personalen? o Vad är viktigt för dig? o Hur anser du en god relation med personalen kan se ut? o Hur blir det en god relation?
- Vad får dig att känna dig välkommen till boendet där din anhörig vårdas? o Vid vilka tillfällen känner du dig välkommen? o Vad är det som gör att du känner dig välkommen?
- På vilket sätt upplever du att dina kunskaper om er anhörig tas tillvara av personalen?
- Känner du dig delaktig i planering /vården /möjlighet att diskutera mål med vården?
- Upplever du att du får den information om din anhörig som ni anser er behöva?
- Vad är det som ger dig trygghet i vården av era anhöriga?
- Hur upplever du samarbetet mellan olika personalgrupper, brukarfokus på boendet?
- Har du fått eller upplever du att du har behov av någon typ av stöd från personalen t.ex. samtal om döden eller hjälp att fatta beslut kring din anhöriges vård?
- Hur upplever du det nuvarande stödet i t.ex. samtal om döden eller hjälp att fatta beslut kring din anhöriges vård från personal?
- Vad skulle du behöva för stöd /vilken typ av stöd skulle du föredra?

### Intervjuguide till enskilt samtal

- Följande områden hölls som en röd tråd i det enskilda samtalet med närstående:
- Kan du berätta hur det kan vara att vara närstående till en äldre på ett vård- och omsorgsboende?
- Vad är viktigt för dig?
- några specifika situationer du upplevt som jobbiga? Någon händelse du minns?
- Vid besök till boendet, hur känns det då?
- Vad pratar du och personalen om när du är där?
- Hur upplever du trygghet kring din äldre?
- När du ser de äldre som bor med din mamma, hur tänker du då?
- Kan du känna att personalen tar med dig i vården av din mamma? Har du någon situation du upplevt det?
- Om du skulle vilja ändra om något på boendet, vad skulle det kunna vara?
- Vad är det som gör att det här boendet är så perfekt, eller positivt?
- Hur upplever du personalen?
- Har du någon som stöttar dig när det uppstår påfrestande situationer? Någon situation du minns?
- Vad är det som är det bästa med att vara närstående på ett särskilt boende?
- Oro hos dig, hur kan du uppleva det?
- Kan du berätta om någon situation du tagit upp med personalen rörande vården?
- Hur känns det när du ska dit på besök?
- Finns det situationer där du som närstående känt dig besviken, minns du någon sådan situation?

**Kodningsschema**

Meningsenheter	Kod	Kategori	Huvudkategori
“Så det har de, de har liksom man har känt att de har intresserat sig för henne och hur hon varit”	intresserat sig för henne	att känna förtroende att den äldres behov blir tillgodosedda	känna sig välkommen och tillfreds med vården
“De är otroligt hyggliga och duktiga, de ringer alltid om det är något speciellt”	de ringer alltid	Att känna trygghet i personalen	känna sig välkommen och tillfreds med vården
“Jag får ju liksom inte vara i de allmänna utrymmena utan jag får ju gå igenom där...för att komma till rummet”	får inte vara i det allmänna utrymmena	att vara besviken med vården	Att känna sig ovälkommen/ till besvär

# Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan (tidigare Forskningsplattformen för Utveckling av Närsjukvård) har funnits sedan 2003 och är ett samarbete mellan Region Skåne, Högskolan Kristianstad samt de sju kommunerna i Nordöstra Skåne (Bromölla, Hässleholm, Hörby, Kristianstad, Osby, Perstorp och Östra Göinge) som tillsammans finansierar verksamheten. Den ursprungliga inriktningen för Plattformens verksamhet var att den forskning som bedrevs skulle ha en deltagar-baserad forskningsdesign. Representanter för de olika finansörerna återfinns i den samordnings-grupp som beslutar om, och följer upp Plattformens inriktning och verksamhet.

Verksamhetsperioden 2011-2015 hade delvis en ny inriktning med ett ökat fokus på flerveten-skaplig forskning inom tre prioriterade områden: Hälsofrämjande vård och omsorg, Person-centrerad vård och omsorg samt Organisation och Ledarskap inom vård och omsorg. Den forskning som genomfördes bedrevs i nära samarbete med parterna.

Under den nya verksamhetsperioden 2016-2020 ska forskningen som bedrivs präglas av en stark forsknings- och forskarettisk medvetenhet och en värdegrund där mångfald, jämlikhet, jämställdhet och öppenhet är centrala. Visionen att i samverkan bedriva verksamhetsnära forskning som kan möta framtidens utmaningar och ge möjlighet till ökad hälsa och livskvalitet för medborgarna med speciellt fokus på:

- Insatser för att stärka hälsa och förebygga ohälsa
- En personcentrerad vård med specifikt fokus på utsatta och sårbara grupper i vårt samhälle
- En patientsäker och resurseffektiv vård över organisationsgränserna
- Utveckling av nya och innovativa lösningar, inklusive E-hälsa

