



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Sjuksköterskans upplevelser av hinder för äldre personers delaktighet inom slutenvård

Mia Ekstrand

Cristina Ekstrand Hansen

Handledare: Jimmie Kristensson

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2017

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

# Sjuksköterskans upplevelser av hinder för äldre personers delaktighet inom slutenvård

Mia Ekstrand

Cristina Ekstrand Hansen

Handledare: Jimmie Kristensson

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2017

## Abstrakt

Antalet äldre med komplex sjukdomsbild ökar i Sverige och de är en stor grupp som vårdas inom slutenvården. Vårdens resultat och följsamhet till vården ökar om patienterna känner sig delaktiga. Forskning visar dock att patienterna inte känner sig delaktiga. **Syfte:** Att beskriva vad sjuksköterskor inom slutenvården upplever för hinder för äldre personers delaktighet. **Metod:** Studien gjordes med semistrukturerade intervjuer som analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Sju sjuksköterskor inom slutenvården intervjuades. **Resultat:** En ostrukturerad organisation, obalanserade maktförhållanden samt sjuksköterskans syn på innebörd av delaktighet framkom som hinder. **Konklusion:** Ett personcentrerat arbetssätt, ökat antal specialistsjuksköterskor inom slutenvården och tydligare ledarskap skulle kunna främja de äldres delaktighet.

**Nyckelord** (delaktighet, äldre, personcentrerad vård, slutenvård, sjuksköterskor, innehållsanalys)

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

# Nurses' experiences of difficulties for participation for elderly inpatients

## Abstract

Elderly persons with multiple diagnoses are increasing in Sweden and they are a large part of the inpatients each year. Hospital care and patient compliance are both improved with patient participation. Studies show however that patients does not feel that they participate in their own care. **Aim:** To describe what nurses in hospitals experience for type of difficulties concerning participation of elderly inpatients. **Method:** The study was made with semistructured interviews with a latent content analysis. Seven nurses were interviewed.

**Result:** An unstructured organisation, unbalanced power relations and the nurses view on the meaning of participation were seen as obstacles for participation. **Conclusion:** A person-centred view, increased number of specialist nurses in hospital care and a defined leadership could improve elderly persons participation.

**Keywords** (participation, elderly, person-centred care, inpatient care, registered nurses, content analysis)

Lund University

Faculty of Medicine

# Innehållsförteckning

Inledning .....	4
Äldre i slutenvården .....	4
Delaktighet .....	5
Äldre personers syn på delaktighet .....	7
Sjuksköterskans syn på delaktighet .....	8
Syfte .....	9
Metod .....	10
Design .....	10
Urval .....	10
Datainsamling .....	10
Analys av data .....	11
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Resultat .....	14
En splittrad organisation .....	14
Avsaknad av struktur .....	14
Krav på effektivisering .....	16
Ojämn kompetens hos personalen .....	16
Inre konflikter .....	17
Etiska dilemman .....	17
Maktförhållanden .....	18
Sjuksköterskans syn .....	19
Anhörigas roll .....	19
Den äldre personens förutsättningar .....	20
Innebörden av delaktighet .....	21
Diskussion .....	22
Metoddiskussion .....	22
Tillförlitlighet .....	22
Överförbarhet .....	23
Verifierbarhet .....	23
Giltighet .....	23
Resultatdiskussion .....	24
Avsaknad av struktur .....	24
Maktförhållanden .....	25
Innebörd av delaktighet .....	26

Konklusion och implikationer .....	28
Referenser .....	29
Bilaga 1 (3).....	34
Bilaga 2 (3).....	36
Bilaga 3 (3).....	37

## Inledning

Forskning har visat att delaktighet ökar patienternas tillfredsställelse och följsamhet med vården och förbättrar vårdens kvalitet (Ekman & Norberg, 2013). Den nationella patientenkäten visar däremot att patienter inte upplever sig delaktiga, trots att patientlagen som infördes 2015 har som syfte att öka patienternas inflytande i vården (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2016). Antalet äldre personer i Sverige kommer att öka och fler äldre kommer att ha en komplex sjukdomsbild (Statistiska Centralbyrån [SCB], 2015). En stor grupp av de som vårdas inom slutenvården är äldre och ofta multisjuka (SKL, 2012). Slutenvården präglas av nedskärningar i antalet vårdplatser och det finns höga krav på korta vårdtider och snabba vårdprocesser vilket kan leda till minskade förutsättningar för delaktighet (Socialstyrelsen, 2016). Det är en stor utmaning att öka äldre personers delaktighet inom slutenvården och utmaningarna finns både på organisationsnivå och på individnivå. För att skapa möjligheter att implementera arbetssätt som ökar förutsättningarna för äldres delaktighet behövs kunskap om vilka hinder och möjligheter som finns. Sjuksköterskan ansvarar för den äldre personens omvårdnad och spelar på så vis en stor roll i att skapa förutsättningar för delaktighet. Därför är det viktigt att undersöka vilka hinder sjuksköterskor upplever att det finns, för att på sikt kunna förbättra äldres delaktighet och kvaliteten på vården.

### **Äldre i slutenvården**

Antalet äldre i Sverige ökar och ökningen kommer att fortsätta, beroende bland annat på att livslängden ökar. År 2045 förväntas antalet åttioåringar vara över en miljon i antal (SCB, 2015). I en rapport av SKL (2012) undersöktes hur äldre multisjuka (de med tre eller fler diagnosgrupper eller sjukdomar) och deras anhöriga upplevde vården och hur vården kunde göras bättre och säkrare. Rapporten visade att stora resurser läggs på slutenvård och antalet inläggningar på sjukhus är i genomsnitt fyra per år bland äldre över 65 år. Kostnaden för den slutenvården motsvarar 56 läkarbesök i primärvården (SKL, 2012).

Det finns olika definitioner av åldrande och när en person kan anses vara äldre. Förenta Nationerna (FN) har enats om en definition där äldre innebär en ålder över sextio år (World

Health Organisation [WHO], uå). I detta arbete har den standardiserade versionen av äldre, som en individ över 65 år, applicerats. Patientlagen som trädde i kraft den 1 januari 2015 har som syfte att förbättra och klargöra patientens ställning i vården genom delaktighet och självbestämmande. Vården ska ges i samråd med patienten och anhöriga ska kunna medverka i utformningen och utförandet av vården (Patientlag, SFS 2014:821). Samtidigt visar den nationella patientenkäten att patienterna skattar sin delaktighet/involvering lågt (77/100), vilket är det lägsta resultatet i enkäten. SKL (2016) påtalar att detta kan leda till sämre resultat av vården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017), har på regeringens uppdrag, utvärderat patientlagen och analysen visar att patienterna känner sig mindre delaktiga nu än innan patientlagen infördes (Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2017).

Utvärderingen av patientlagen visar att ur patienternas perspektiv har deras faktiska ställning försvagats inom områden som delaktighet, information och tillgänglighet (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). Färre patienter upplever att vården välkomnar deras delaktighet jämfört med tidigare utvärderingar. Trots att Sverige har fler sjuksköterskor och läkare per patient jämfört med övriga Europa upplever patienter i Sverige lägre delaktighet i vården. Ett omfattande arbete behövs för att implementera personcentrerad vård och att patientlagen följs. Om patientlagen inte införs systematiskt kommer vården att bli ojämnställd och delaktighet kommer enbart att uppnås hos de patienter som är resursstarka och har förmåga att tillvarata den ökade digitaliseringen och därmed inte komma de äldre patienterna till gagn (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). Äldre personer med omfattande behov är en grupp som är särskilt utsatta då de ofta upplever problem med exempelvis syn, hörsel, nedsatt funktionsförmåga och kognitiv svikt. Detta kan leda till att delaktigheten hos de äldre patienterna minskar. Därför är det viktigt att på olika sätt undersöka förutsättningarna för att optimera äldre personers delaktighet.

## **Delaktighet**

Det finns många definitioner av begreppet delaktighet och WHO beskriver det bland annat som en persons engagemang i sin livssituation (WHO, 2017). Delaktighet associeras ofta med medbestämmande och samråd i beslutsfattande, integritet och människors lika värde (Sandman & Kjellström, 2013). Det finns skilda uppfattningar om begreppet delaktighet är lämpligt att använda tillsammans med begreppet personcentrerad vård då det finns de som

menar att begreppet försätter patienten i underläge. Ekman & Norberg (2013) har påtalat att begreppet partnerskap är mer relevant eftersom att patient och vårdare då är mer jämställda. I en betydande andel av de vårdskadeanmälningar som rapporteras av patienter och anhöriga har det visat sig att de upplever bristande delaktighet (Andersson, 2017). Således skulle det vara möjligt att reducera antalet vårdskador inom hälso- och sjukvården, om patientens delaktighet förbättras och vården blir mer personcentrerad. Patientsäkerhetsarbete är en av specialistsjuksköterskans kärnkompetenser (Öhrn, 2013) och ett område med utrymme för förbättringar. Samtliga yrkeskategorier har ett ansvar i patientsäkerhetsfrågor, men specialistsjuksköterskor har ett särskilt ansvar i att driva utvecklingen framåt. Detta fordrar kunskap kring olika aspekter av delaktighet, vad det innebär, hur det uppnås och bibehålls. För att kunna driva förbättringsarbeten inom området delaktighet är det avgörande att identifiera vilka hinder som står i vägen och hur de kan överkommas. Ett sätt att öka den äldre personens delaktighet och nöjdhet skulle kunna vara att arbeta personcentrerat. Personcentrerad vård är ett förhållningssätt där personen sätts i fokus och inte personens sjukdom. Personcentrerad vård minskar vårdtider, återinläggningar och ökar patientens tillfredsställelse med vården (Ekman & Norberg, 2013). Relationen mellan patient och vårdare är i fokus inom personcentrerad vård. I vården riktas ofta medicinska insatser enbart mot patientens behov men i den personcentrerade vården läggs även fokus på patientens förmågor, relationer, vilja och livskraft (Ekman & Norberg, 2013). Omvårdnadsforskaren Brendan McCormack påtalar att personcentrerad vård handlar om att vara i en relation, att vara i en social värld, att vara på en plats och att känna sig själv (McCormack, 2004). De mest centrala delarna i personcentrerad vård är patientberättelsen, partnerskap och dokumentation. Utgångspunkten är patientberättelsen och denna ligger till grund för partnerskapet mellan vårdare och patient men även närstående m.fl. Partnerskapet innebär att dela kunskap och att respektera varandra, där den ena parten är expert på sin egen kropp och den andra har generell kunskap om sjukdomen. För att möjliggöra personcentrerad vård krävs även att en personlig plan för patienten finns, med resurser och förmågor väl dokumenterade (Ekman & Norberg, 2013). SBU: s (2017) sammanställning har visat att dagens journalsystem hindrar vårdpersonalen att dokumentera personcentrerat. Dokumentationen är bristande och patientens önskningar och behov behöver förtydligas (SBU, 2017). Ett personcentrerat förhållningssätt skulle kunna medföra en mer delaktig och aktiv patient, vilket i sin tur skulle kunna vara en viktig del i det förebyggande arbetet kring vårdskador (Andersson, 2017).



## Äldre personers syn på delaktighet

Det finns begränsat antal studier som undersökt just äldre människors syn på delaktighet (Lyttle & Ryan, 2010). Det finns en generell önskan hos personer att vara delaktiga i sin vård (Tobiano, Bucknall, Marshall, Chaboyer, 2015a; Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane & Chaboyer, 2016b) och genom att vara delaktig upplever personen sig kunna påverka sin vård till det bättre (Tobiano et al, 2016b). Forskning har också visat att synen på delaktighet kan skilja sig åt mellan äldre och yngre personer. I en studie av Eldh, Ekman och Ehnfors (2010) visade det sig att fler äldre än yngre personer ansåg att delaktighet innebär att kunna klara vissa delar av sin vård själv, som t.ex. att byta förband eller hantera läkemedel själv.

Att vara delaktig vården betyder inte nödvändigtvis att som patient ta medicinska beslut. En del patienter har istället uttryckt en önskan om att ha en mer passiv roll i vården eller en roll där man samarbetar med sjuksköterskan. Att fatta beslut tillsammans med sjuksköterskan kan uppfattas bättre än att fatta besluten på egen hand (Tobiano et al, 2015a). I en kvalitativ intervjustudie av Alharbi, Carlström, Ekman, Jarneborn och Olsson (2014), där 16 patienter på två olika avdelningar, där personalen arbetade personcentrerat intervjuades, framkom det att en del patienter inte ville vara delaktiga. Författarna påtalar att i de fall där patienter inte ville vara lika delaktiga är det kanske snarare en fråga om att personalen saknar de pedagogiska verktyg som krävs för att involvera patienten och höja deras självkänsla. Specialistsjuksköterskans kompetens blir här eftersträvansvärd, då en av kärnkompetenserna hos den avancerade kliniska sjuksköterskan är dennes förmåga att vägleda och coacha sina patienter, så att de blir en informerad och aktiv deltagare i sin egen vård (Fagerström, 2011).

Flertalet studier visar att kommunikationen har en stor betydelse för delaktigheten. Patienter identifierar delaktighet som att bli sedd, talad till och lyssnad på som en person och på ett sätt som är individanpassat (Tobiano et al, 2015a; Eldh et al, 2010). Det är viktigt att kommunikationen och utbytet av information fungerar bra och är ömsesidig (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2008). Personalen måste förklara vårdförloppet och ge information om planering, egenvård och hur kontakten med sjukvården kan se ut framöver (Eldh et al, 2010).

I studier av Sahlsten, Larsson, Plos och Lindencrona (2005) och Larsson, Sahlsten, Segesten och Plos (2011) har det visat sig att patienter inte känner sig delaktiga och det finns flera orsaker till detta. Bristande insikt, bristande kunskap, paternalistiskt förhållningssätt från

anhöriga, brist på kontinuitet hos personalen, bristande stöd från kollegor, bristande rondarbete och planering av vården samt bristande arbetsmiljö, har identifierats som faktorer som kan hindra patientens möjlighet till delaktighet (Sahlsten et al, 2005; Larsson et al, 2011). Även bristande respekt och dialog kan bli ett hinder, särskilt när information ges på ett standardiserat vis istället för ett individanpassat sätt (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006). Sjuksköterskan måste lyssna till patientens egna önskemål och vara korrekt i sin bedömning av patientens resurser (Eldh et al, 2006).

I två studier av Robben et al (2012) och Penney och Wellard (2007) undersöktes hinder för delaktighet hos patienter äldre än 70 år. De upplevde att delaktigheten hindrades när läkaren inte hade tillräckligt med tid för dem och när samtalen kändes stressiga. Även faktorer såsom nedsatt hörsel, kognitiv svikt eller andra fysiska nedsättningar kunde utgöra försvårande omständigheter för äldre personer (Robben et al, 2012; Penney & Wellard, 2007). I Rainey, Ehrich, Mackintosh och Sandall's (2015) studie intervjuades 13 äldre patienter och sju närståendes upplevelse av att göra sig hörda i ett skede av akut sjukhusvård. De upplevde hinder för patientens delaktighet när sjuksköterskorna inte delade med sig av information. De ville gärna lära sig mer om den aktuella diagnosen men kände att sjuksköterskorna var stressade och att det inte var prioriterat med patientens egenvård utan bara den akuta vården. För en säker vård behöver patienter och närstående stärkas i att göra sig hörda (Rainey et al, 2015). Sammanfattningsvis visar tidigare forskning också att personalen har en stor påverkan på patienters delaktighet. Därför är det viktigt att veta hur sjuksköterskor ser på delaktighet och vilka hinder de upplever.

### **Sjuksköterskans syn på delaktighet**

Både patienter och sjuksköterskor anser att en god relation är av stor vikt för att patientens delaktighet (Angel & Frederiksen, 2015). En grundläggande förutsättning för patienterna att vara delaktiga är medvetenheten hos sjuksköterskor att deras bemötande och agerande är centralt (Tobiano et al, 2015a). I en studie av Sahlsten et al (2008) framkom det att patienters delaktighet hindrades av kompetensbrist hos sjuksköterskorna. Kompetensen bestod av att kunna släppa in patienten och att kunna lämna ifrån sig makten och kontrollen för att patienten ska kunna ta över den. Sjuksköterskorna upplevde också att det blev en fråga om ansvar som hindrade dem från att göra patienterna delaktiga, det krävdes mycket tid och att

släppa ifrån sig ansvar från t.ex. medicindelning vilket gjorde att sjuksköterskorna kände att de äventyrar patientsäkerheten (Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane & Chaboyer, 2015b).

I relationen måste sjuksköterskan vara accepterande och det måste finnas både tillit och respekt (Sahlsten et al, 2008; Kolovos et al, 2015; Tobiano et al, 2015b; Sahlsten et al, 2005) och för patienten är det viktigt att deras kunskap tas tillvara på (Eldh et al, 2006). För att patienten ska ha möjlighet att vara delaktig krävs det motivation hos individen, men det fordras även att patienten ges möjlighet att vara delaktig av sjukvårdspersonalen.

Sjuksköterskorna behöver få utbildning i personcentrerad vård och ha möjligheten att kunna utveckla sin kunskap i att motivera och släppa in patienterna i vården (Tobiano et al, 2016b).

En obalanserad maktrelation mellan sjuksköterska och patient kan komma att bli ett hinder då många patienter anser att slutenvården tillhör personalen och att de är de som har makten (Tobiano et al, 2016b). Sjuksköterskan måste vara kompetent i sin bedömning av både patienten och omgivning och ställningstagande bör göras till vilken grad av delaktighet patienten vill och kan klara av (Tobiano et al, 2015b). Sjuksköterskor anser att de kan främja patientens delaktighet genom att erkänna patienten i vården, respektera deras kunskap och deras bidrag i kommunikationen (Tobiano et al, 2015b).

I en litteraturoversikt av Angel och Frederiksen (2015), där de granskat artiklar rörande svårigheter att uppnå delaktighet i den kliniska omvårdnaden, kunde fem faktorer plockas fram som avgörande. Kunskap, sjuksköterskans attityd, relationen, patientens situation och tiden. De kom även fram till att dessa faktorer ständigt påverkade och var beroende av varandra och att lösningen på problemet med bristande delaktighet inte var konstant, utan dynamiskt och individbundet. Det behövs en fördjupad kunskap och förståelse för vad sjuksköterskor upplever som hindrande i arbetet med att göra äldre personer delaktiga i sin vård. Ett sätt att utforska detta är att intervjua sjuksköterskor inom slutenvården.

## **Syfte**

Syftet var att beskriva vad sjuksköterskor inom slutenvården upplever för hinder för äldre personers delaktighet.

# Metod

## Design

Studien utfördes som en intervjustudie med kvalitativ ansats. I den kvalitativa forskningen eftersträvas en ökad förståelse genom en holistisk tolkande syn på människans värld (Polit & Beck, 2016).

## Urval

Sju sjuksköterskor rekryterades från fem olika slutenvårdsavdelningar på ett större sjukhus i södra Sverige. Inklusionskriterierna var att sjuksköterskorna skulle vara yrkesverksamma och ha erfarenhet av att vårda personer över 65 år. Deltagarna rekryterades genom att ett brev med information om studien (Bilaga 1) och inbjudan till deltagande skickades till olika enhetschefer på slutenvårdsavdelningar, som uppmanades att skicka vidare till sin personal. De sjuksköterskor som önskade delta i studien kontaktade på egen hand författarna via mail. Deltagarna hade en ålder som varierade från 25-47 år, med en medelålder på 35 år, och hade arbetat som sjuksköterskor mellan 1,5–20 år. De hade olika grad av utbildning, två deltagare hade specialistutbildning inom medicinsk vård och resterande grundutbildning.

## Datainsamling

Data samlades in via semistrukturerade intervjuer. En semistrukturerad intervju utgår från en intervjuguide men tillåter intervjuaren att anpassa frågorna under intervjuens gång (Danielson, 2012). Två testintervjuer utfördes innan start för att ge tillfälle för korrigerande frågor och upplägg.

Intervjuerna genomfördes enskilt och författarna genomförde tre respektive fyra vardera. Intervjun ägde rum på en plats som deltagaren själv fick välja. Samtliga deltagare valde att genomföra intervjun på sin arbetsplats. Intervjun inleddes med att den som intervjuade informerade om upplägg och genomförande varefter deltagaren lämnade över sin undertecknade samtyckesblankett (Bilaga 2). Om denna inte redan var signerad så gjordes detta på plats. Intervjun genomfördes sedan med hjälp av en intervjuguide som bestod av nio

stycken frågor (Bilaga 3). Tidsåtgången för varje intervju varierade mellan 20-35 minuter. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant av den författare som genomfört intervjun. Varje intervju kodades med ett nummer för att säkerställa konfidentialitet. Transkriberingen utfördes i ett slutet datorprogram som enbart författarna hade tillgång till. Efter avslutad transkribering raderades ljudfilen. Intervjuerna utfördes under en tidsperiod om ca 10 veckor.

## Analys av data

Data analyserades med hjälp av innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys kan ske på både latent och manifest nivå och ofta sker en kombination av båda. Den manifesta analysen fokuserar på det textnära innehållet och på det som står skrivet. Den latent analysen innehåller en tolkning och fokuserar på den djupare mening som finns i texten men som inte framträder lika tydligt (Graneheim & Lundman, 2004). Innehållsanalysen genomfördes i fem steg. I det första steget lästes samtliga intervjuer igenom flera gånger av båda författarna. Detta för att skapa en helhetsbild och förståelse för texten. I det andra steget identifierades meningsbärande enheter. En meningsbärande enhet är en konstellation av ord, eller ett uttalande som i texten som är relaterat till syftet. I det tredje steget kondenserades de meningsbärande enheterna genom att de kortades ner utan att innehållet förlorades. I det fjärde steget kodades de kondenserade meningsenheterna, d.v.s. att den fick en etikett som bestod av ett eller ett par ord (Graneheim & Lundman, 2004). Analysens fyra första steg utfördes enskilt av författarna varefter det gjordes en gemensam genomgång av de båda analyserna där koderna jämfördes. På några ställen ändrades formulering av koderna. I det femte och sista steget av analysen skapade författarna tillsammans kategorier och subkategorier utifrån de koder som framkommit, baserat på deras likheter och olikheter (Tabell 1).

Tabell 1. Analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kodning	Subkategori	Kategori
“Eller vikten av, ja när dem får pepflöjt, av fysioterapeuten, att man inte går och tjarar. Det är	När man ger information är det viktigt att	Säkerställa förståelse av given	Innebörd av delaktighet	Sjuksköterskans syn

bättre att förklara 'anledningen till att jag kommer, att man förklarar varför han ska använda pepflöjten.' (D nr 5)	säkerställa att patienten förstår informationen.	information		
“Anhöriga har fått en liten annan attityd, det har blivit mycket svårare, nu kommer man in med en, ofta en attityd om att sjukvården är skit från början och det är väldigt svårt att vända det äh faktiskt.” (D nr 3)	Om anhöriga har en negativ inställning till sjukvården kan det vara svårt att bemöta.	Negativ attityd till vården.	Anhörigas roll	Sjuksköterskans syn
“Och så tror jag också det att om vi hade haft lite större utrymme att röra oss på. För det är ofta som det är... det är trångt och det är små... man kan inte använda rätt hjälpmedel alltid för att det finns inte plats liksom.” (D nr 7)	Dåliga lokaler är ett hinder för sjuksköterskor i deras arbete med patienten och påverkar delaktigheten negativt.	Arbetslokaler.	Avsaknad av struktur i organisationen	En splittrad organisation

## Forskningsetiska avvägningar

Studien fick etiskt tillstånd via det särskilda etiska råd som finns inom utbildningsprogrammet. De etiska principer som ska tas hänsyn till vid forskning är autonomiprincipen, göra-gott-principen, inte skada principen och rättvisepincipen (Sandman & Kjellström, 2013). Deltagande i studien föregicks av ett informationsbrev samt muntlig information vid intervjun och deltagarna fick även skriva under en samtyckesblankett. Autonomiprincipen tillgodosågs genom att det i informationsbrevet framkom att deltagande var frivilligt, något som även upprepades vid intervjutillfället. Deltagarna informerades även om att de kunde avbryta intervjun och sitt deltagande i studien när som helst, utan att behöva uppge någon anledning (World Medical Association [WMA], 2013).

Göra-gott-principen innebär att studien ska vara till fördel för någon annan och främja det goda som välbefinnande och hälsa. Att få en ökad kunskap kring vad sjuksköterskor upplever hindrar dem i arbetet att göra den äldre personen delaktig är viktig kunskap för att förbättra vården för den äldre (Sandman & Kjellström, 2013).

Inte-skada-principen handlar om att studien inte ska tillföra deltagaren lidande (Sandman & Kjellström, 2013). Genom att intervjun var frivillig och deltagarna hade möjlighet att när som helst avbryta sitt deltagande tillgodosågs detta. Deltagarna fick också information om att de inte behövde svara på någon fråga om de inte ville.

Rättvisepincipen innebär att alla människor ska behandlas rättvist och lika, om inte legitima villkor föreligger (Sandman & Kjellström, 2013). Detta tillgodosågs genom att inbjudan om deltagande i studien skickades ut till samtliga enhetschefer inom upptagningsområdet vars patientgrupp innefattade den äldre patienten. På så vis fick alla som var intresserade av att delta också möjlighet till det.

Forskningsmaterialet behandlades konfidentiellt på så vis att enbart författarna hade tillgång till det inspelade och transkriberade materialet (WMA, 2013). Personuppgifter och andra härledbara uppgifter omvandlades för att göra informationen mer allmän. Anonymitet kunde inte uppnås och sågs ej heller som ett krav för studiens resultat eller trovärdighet (Polit & Beck, 2016).

## Resultat

Tre huvudkategorier trädde fram under analysen och de var följande: en splittrad organisation, inre konflikter och sjuksköterskans syn. Varje kategori hade tillhörande subkategorier (Tabell 2).

Tabell 2. Översikt av huvudkategorier och subkategorier

Huvudkategori		
En splittrad organisation	Inre konflikter	Sjuksköterskans syn
Subkategorier		
Avsaknad av struktur	Etiska dilemman	Anhörigas roll
Krav på effektivisering	Maktförhållanden	Den äldre personens förutsättningar
Ojämn kompetens hos personalen		Innebörd av delaktighet

### En splittrad organisation

Ett hinder för äldre personers delaktighet visade sig vara en splittrad organisation. Splittringen låg på olika nivåer och kunde förstås genom tre subkategorier: avsaknad av struktur, krav på effektivisering och ojämn kompetens hos personalen.

#### *Avsaknad av struktur*

En aspekt av den splittrade organisationen var avsaknad av strukturer både på en lokal men också på en mer övergripande nivå. Det handlade om ojämnt tempo under arbetsdagen, att de saknades system för informationsöverföring, bristande samarbete och avsaknad av tydliga arbetssätt.

Det påtalades att arbetsdagen kunde se olika ut och ibland förekom det brister i planeringen. Vissa tidpunkter under dagen präglades av intensivt arbete där mycket skulle hinnas med och



däremellan fanns det lugnare perioder utan någon direkt patientkontakt. Det upplevdes som stressande. Att som sjuksköterska få följa samma patienter flera dagar på rad ansågs främja äldres delaktighet, eftersom det gjorde det lättare att fortsätta och återta diskussioner som förts tidigare.

*“Det är en tillgång om man har samma patientgrupp under ett par arbetspass, under förutsättning att dom ligger kvar. För då kan man liksom återkomma till, återkomma till, och fortsätta diskussionen.” (D nr 6)*

Strukturen för informationsöverföringen upplevdes som bristfällig och att detta i sin tur ledde till mindre delaktiga patienter. Det handlade både om hur ronderna var organiserade: att professionerna samlades, beslutade och pratade om patienten utan att patienten var närvarande men även att flera samtal under en arbetsdag som till exempel rapportering mellan arbetslag också skedde utan patienten närvarande. Det framfördes att en orsak var avsaknaden av särskilda rum för enskilda samtal.

Det upplevdes som en utmaning att inte ha kontroll och överblick över patientens vårdkedja och det fanns en önskan om förbättrat samarbete mellan primärvård, slutenvård och kommun. Förutom kontinuiteten i och mellan vårdkedjorna sågs även ledningens engagemang på avdelningen som betydande.

Under intervjuerna framkom det att ett tydligt arbetssätt saknades. Det fanns en ambition om att arbeta personcentrerat men det uppfattades att så inte var fallet i nuläget. Ett välfungerande teamarbete ansågs vara viktigt för patientens delaktighet. Samarbete mellan läkare och sjuksköterska vid utskrivning nämndes som exempel, då det var ett bra tillfälle för de olika kompetenserna att komplettera varandra och ge patienten så god information som möjligt. En betungande administrativ börda var också något som upptog mycket tid för sjuksköterskorna och som försvårade möjligheten till samtal med patienten.

*“Vi har inte tid ...att stå, sitta ned. Alltså stå prata med patienten. Bara sätt dig ner, prata med patienten i lugn och ro. Vad vill patienten. Hur ska vi göra att det blir bästa... Vi har inte tid. För det är tryck överallt. Det är snabba utredningar. Allting ska gå fort. Så brist på tid. Och mycket administrativt.” (D nr 5)*

### *Krav på effektivisering*

En annan viktig aspekt i att organisationen upplevdes som splittrad var kravet på effektivisering. Detta krav kom huvudsakligen från arbetsgivaren. Det upplevdes hindrande för det patientnära arbetet att vårdförloppet skulle gå snabbt och att det hela tiden byttes ut patienter.

*“men i mångt och mycket ser vi det som en produktionskedja och har hela tiden har den ekonomiska pressen på oss att, vi kan, vi tror att vi sparar pengar på att göra som vi tycker är rätt /.../ och då har vi inte tid att fråga patienten. Och då missar vi delaktigheten där...” (D nr 1)*

Sjuksköterskor upplevde att det inte fanns den tid som behövdes för att sitta ned och prata med patienten och i vissa fall ens att ta patientens önskan i beaktning, vilket skapade känslor av otillräcklighet och dåligt samvete. Tidsbristen gjorde det svårt för dem att vara delaktiga i det patientnära arbetet, vilket istället fick utföras av undersköterskor. Det patientnära arbetet identifierades som en viktig del i arbetet med att göra äldre patienter delaktiga i sin vård. Det fanns en ambition att jobba med patientnära vård men pga. personalbrist så gick mycket av tiden åt för att dokumentera.

*“Nu har vi varit en sjuksköterska och två undersköterskor för det är så pass mycket att göra så att. Och för lite sjuksköterskor” (D nr 6)*

### *Ojämn kompetens hos personalen*

Splittring i organisationen tolkades också bero på en ojämn kompetens hos personalen. Detta genom att det förekom skillnader mellan personalen och olika bedömningar och prioriteringar gjordes beroende på vem som jobbade.

För att få den äldre personen delaktig krävs en viss kompetens och kunskap som består bland annat av att kunna ställa de rätta frågorna och kunna fördjupa innebörden i ett samtal med en patient. Att efterfråga vad patienten hade för mål och önsknings med vården sågs som en kompetens som inte alla hade. Förmåga att ge information på ett individanpassat sätt var också något som upplevdes som att det tidvis saknades hos kollegor.

Den ojämna kompetensen hos personalen berodde även på aspekter som att arbetsuppgifter felprioriterades, däribland att medicinska arbetsuppgifter ofta prioriterades före exempelvis att ta sig tid för samtal med patienten.

*“jag tycker att jag har det ganska ofta(tid att prata med patienterna) men det beror ju också på hur man prioriterat vad man tycker är viktig. För jag tänker att jag ganska ofta har tid till det göra det då kanske jag inte hinner nåt annat men det är ju samtidigt 24 timmars vård, det kommer man inte ifrån” (D nr 1)*

Osäkerhet på sina kollegors kompetens var vanligt och ledde till att en del extra tid lades på att göra egna bedömningar. En sjuksköterska beskrev det som att hen hittade mer att åtgärda än när undersköterskorna rapporterade till sjuksköterskan.

Bristande tillgång till kompetens på avdelningen ansågs även vara ett hinder för att få äldre personer delaktiga. Problem med att sjukskriven personal inte ersattes lyftes då det medföljde att dessa arbetsuppgifter fick utföras av någon annan personalkategori. Personalens inställning till äldre personer och eventuella fördomar och förutfattade meningar samt deras inställning till delaktiga patienter, upplevdes kunna påverka delaktigheten negativt. Det upplevdes även att den äldre personen bemöttes olika och fick olika möjlighet till delaktighet beroende på vem som jobbade.

## **Inre konflikter**

Att göra en äldre person delaktig i sin vård upplevdes förenat med många inre konflikter. De inre konflikter som sjuksköterskorna upplevde kunde delas in i två subkategorier: etiska dilemman och maktförhållanden.

### *Etiska dilemman*

Äldre personers delaktighet upplevdes som en balansakt som kunde orsaka etiska dilemman hos sjuksköterskan. Att respektera en annan människa och bevara deras självkänsla och integritet krockade ibland med sjuksköterskans vilja att göra det som de ansåg var “bäst” för personen. Den äldre personens vilja var inte alltid densamma som personalens och ett

etiskdilemma mellan viljan att göra gott och personens rätt till självbestämmande kunde på så vis uppstå.

*“Ibland så är det ju faktiskt så att vi vet bäst. Tyvärr är det så, att ibland så...patienterna ska va med så mycket det bara går, med det är många som fortfarande vill vila sig friska. Till exempel. Och inom det här området, det funkar inte så /.../ Då måste man upp. Sen kan man inte... man kan ju göra patienten delaktig på så vis att man förklarar, får dom att förstå, även om dom inte håller med. Men tillslut så blir det ju att “fast nu får du komma upp, du måste”. Att det blir ett tvång.” (D nr 7)*

Hos patienter med kognitiv svikt eller en demenssjukdom upplevdes det svårt att ta beslut utan att ta med patienten i besluten och det krävde hela tiden en avvägning från sjuksköterskan av hur pass delaktig patienten hade förmåga att vara, vilken information man skulle delge och när.

### *Maktförhållanden*

Den andra aspekten av de inre konflikter som sjuksköterskan fick hantera var maktförhållandet mellan patienten och vårdgivaren. Att som patient vara delaktig försvårades ofta av att patienten befann sig i en beroendeställning, både till anhöriga och till vårdgivarna. Det upplevdes att de äldre patienterna ofta var väldigt tacksamma över den vård de fick och att de framförde att de inte ville störa eller vara till besvär. Genom att den äldre patienten inte krävde plats och involvering, på sätt som yngre patienter gjorde, involverades de heller inte i vårdprocessen. Äldre patienter upplevdes ha en större tillit till vården än yngre och sällan säga emot läkaren. Yngre patienter upplevdes oftare ifrågasätta vården och jämföra med information från internet vilket gjorde att yngre personer blev mer delaktiga än äldre.

Sjuksköterskans ovilja och oförmåga att släppa från sig en del av kontrollen till patienten var även som ett hinder för den äldres delaktighet.

*“Nått negativt det är om patienten lite styr oss i personalen, ibland kan det vara så att de nästan de nästan vänder oss mot varandra,/.../ när de blir för delaktiga när vi låter dem styra alldeles för mycket då tycker jag att det går bakåt istället för framåt.” (D nr 4)*

## Sjuksköterskans syn

Sjuksköterskans syn och inställning till olika faktorer som påverkar delaktighet visade sig vara avgörande. Hur hen såg på anhörigas roll i vården, den äldre personens förutsättningar och vad delaktighet innebar skiljde sig åt mellan sjuksköterskorna.

### *Anhörigas roll*

Anhöriga sågs som både en tillgång för den äldre personen men även ett hinder för delaktigheten. Hindren kunde vara att tid lades på anhöriga som skulle gått till patienterna, att tankar om vårdens inriktning skiljde sig åt från patientens tankar och att anhöriga ställde höga krav på vården som ej kunde tillgodoses. Anhöriga upplevdes besitta mycket kunskap om den äldre och kunna motivera och stötta dem på ett sätt som sjuksköterskan inte alltid kunde. I de fall där den äldre inte hade några anhöriga saknade sjuksköterskan någon som kunde föra den äldre talan i de fall där personen inte kunde göra det själv.

I relationen med anhöriga kunde det ofta hända att deras kunskap krockade med personalens kunskap och de ifrågasatte vården, de ville ha en annan vård eller annan behandling än den som gavs. Delaktigheten för patienten begränsades då eftersom de ville ta del av en annan vård som ej kunde ges på den aktuella vårdavdelningen, eller genom att sjuksköterskan lade värdefull tid på att gång på gång resonera med anhöriga, istället för att ha tid att prata med den äldre personen.

*“Anhöriga som delaktiga är ju jättebra men nackdel kan vara patient och anhöriga som googlar jätte mycket och kommer med egna grejer som kanske inte heller riktigt stämmer överens med verkligheten och det kan vara svårt att hitta balans.” (D nr 3)*

På så sätt uppfattades anhörigas kunskapsbrist som ett hinder och något som ledde till att de ibland ställde orimliga krav på vården. Då meningsskiljaktigheter uppstod kunde det vara svårt för sjuksköterskan att hantera, speciellt om hen fick intrycket av att anhöriga redan tidigare hade en negativ inställning till vården. Det uppstod även situationer då anhöriga tog så mycket plats och tid att sjuksköterskan inte hade tid för patienten. Det fanns även en svårighet att med väldigt delaktiga anhöriga avgöra vad som var den äldre personens önskan och vad som var anhörigas önskan.

*“Det känns som jag lägger mer tid på alla anhöriga ibland än vad jag gör med mina patienter och det känns lite fel.” (D nr 3)*

### *Den äldre personens förutsättningar*

Det fanns många faktorer som kunde påverka och begränsa den äldre personens delaktighet, både beträffande det normala åldrandet men även specifika sjukdomstillstånd. Det var viktigt att sjuksköterskan var medveten om dessa och kunde hantera och bemöta dem korrekt. Den äldre personens förutsättningar för delaktighet kunde försvåras av nedsatt hörsel, kognitiv svikt, demenssjukdom och förlångsammad tankeverksamhet mfl.

*“Våra patienter är ofta kognitivt påverkade och därför kan det vara väldigt svårt att, ibland är de väldigt insiktslösa och ser inte sina begränsningar själva, /.../, och den är ju väldigt svårt, då vill man ju att patienten ska känna sig delaktig men det är svårt när inte den, deras uppfattning inte stämmer med verkligheten.” (D nr 3)*

Trötthet och multisjuklighet, med många vårdkontakter som följd, upplevdes som försvårande för delaktigheten. Att vara multisjuk och ha ett flertal olika vårdkontakter för olika sjukdomar gjorde att ingen hade det övergripande ansvaret för den äldre personen och det kunde vara oklart vart hen skulle vända sig för att få hjälp. Bristande motivation och förlust av självkänsla kunde också försvåra för delaktigheten.

Ett hinder för delaktighet hos de äldre personerna ansågs också vara att de hade andra krav och förslag på vårdens inriktning samt att de saknade insikt och förståelse för vården. Det kunde vara att den äldre hade orimliga önskningar om förbättringspotential eller en helt annan målbild än personalen.

*“Nä men hinder är väl när dom börjar ifrågasätta behandlingar och så, när dom inte riktigt vet vad dom pratar om.” (D nr 6)*

Det upplevdes att äldre personer uteslöts ur vissa sammanhang på grund av att de inte klarade av tekniken t.ex. en telefonsvarare med flervalsfunktioner, vilket kunde leda till att söka vård blev svårare.

### *Innebörden av delaktighet*

Den tredje subkategorin i sjuksköterskans syn var innebörd av delaktighet. Olika syn på vad begreppet delaktighet innebar framkom såväl som olika syn på hur man upplevde att äldre personer var delaktiga och vilket ansvar sjuksköterskan hade i det hela.

Den generella upplevelsen var att delaktighet innebar att ge information till eller undervisa patienten. Att ta tillvara på den äldres kunskap och tidigare erfarenheter samt att säkerställa förståelsen för redan given information framkom även.

*“För ibland är de inte alltid så lätt att förstå, så sitter man där och säger ja och sen så har dem inte riktigt förstått. Så ett bra knep är ju att gå in om en stund och ta det igen och höra om dom har andra frågor. För oftast dyker det upp lite andra frågor sen.” (D nr 6).*

Det var genom samtal som sjuksköterskor upplevde att den äldre personen kunde bli/göras delaktig, varför man ansåg att det var centralt att skapa tillfälle för samtal och att vara den som bjöd in till dialog. Här återkom tidsaspekten som viktig, att ha tid för samtal. Genom samtalet kunde man lyssna till patienten, ge dem möjlighet att säga sin mening och motivera och förklara medicinska beslut som fattats. De kunde bli delaktiga i planering och beslut och ges tillfälle att påverka, ställa krav och frågor.

*“Delaktighet är väl att man känner att man är med i, och kan vara med och påverka och var med i beslut som fattas och liksom känna att man blir lyssnad på, ja det är väl främst det.” (D nr 3).*

Sjuksköterskan såg sig som ansvarig att i vissa stunder skapa *möjlighet* för den äldre personen att vara delaktig och att kontinuerligt göra en individuell bedömning av patientens önskan kring delaktighet. För sjuksköterskan innebar delaktighet även att utgå från den äldre personen, dvs att ha ett personcentrerat synsätt. Genom att göra sina patienter delaktiga ansågs sjuksköterskan kunna bistå den äldre i att bevara sin självkänsla, självbestämmande och upplevelse av kontroll.

*“Delaktighet innebär att låta patienten utifrån den, dess förutsättningar får välja själv hur pass delaktig man vill vara i vården. Vissa patienter har ett väldigt stort behov av information eh och att man kommer överens om en plan och sånt gemensamt /.../medans andra känner att ja nu ligger jag inne och då vill jag att ni håller i de*

*trådarna /.../ det får man ju se till varje individ var vilken nivå de vill lägga sig på.”*  
(D nr 1)

I samtalet med den äldre personen skulle sjuksköterskan uppmuntra och lyfta denne, ha ett individanpassat bemötande och se den äldre som människa och inte enbart patient.

Delaktighet innebar även att bibehålla det friska hos den äldre personen.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Inom kvalitativ forskning kan trovärdighetsbegreppet användas för att bedöma kvaliteten. I trovärdighetsbegreppet ingår fyra dimensioner: tillförlitlighet, överförbarhet, giltighet och verifierbarhet (Kristensson, 2014).

#### *Tillförlitlighet*

Tillförlitlighet handlar om sanningshalten i resultatet. Tolkningar som gjorts ska vara grundade i det insamlade materialet och inte bestå av förutfattade meningar eller fantasier (Kristensson, 2014). En sätt att öka tillförlitligheten är genom att använda ett varierat urval. Variation i urvalet med t.ex. ålder, kön gör att det blir en “rikare” variation på det fenomen man vill undersöka vilket gör att trovärdigheten ökar. Målet var att använda ett lämplighetsurval för att få så stor variation som möjligt, men då antalet intressenter var lågt inkluderades samtliga intressenter som uppfyllde inklusionskriterierna. Deltagarna hade olika utbildning, arbetslivserfarenhet och etnicitet. Deltagarnas ålder varierade från 25–47 år och variationen på arbetslivserfarenhet var mellan 1,5–20 år. Två av deltagarna hade specialistutbildning. Deltagarna var representerade av båda könen, en man och sex kvinnor. Således, trots det något begränsade antalet intresserade, blev det en variation bland deltagarna. Det begränsade antalet deltagare kan ha påverkat variationen men det var svårt att inkludera fler. Ett annat sätt att öka tillförlitligheten är att få ett varierat och djupt material (Kristensson, 2014). En intervjuguide användes och intervjuerna varade mellan 20–35 minuter. Författarna använde sig mestadels av inledande- och uppföljande frågor, för att erhålla spontana och rika



beskrivningar (Kvale & Brinkmann, 2014). De direkta frågor som ställdes kom först framåt slutet på intervjun för att inte hindra deltagaren från att ge sin spontana beskrivning (Kvale & Brinkmann, 2014). Enligt Polit & Beck (2016) så ökar datakvaliten genom att den som intervjuar aktivt lyssnar under intervjuerna och ställt följdfrågor för att få informationsrik och omfattande data. Det är tänkbart att längre och mer ingående intervjuer hade givit en än mer djupare insikt i sjuksköterskornas upplevelse. En tredje åtgärd som vidtagits för att öka resultatets tillförlitlighet är att synliggöra analysprocessen (Kristensson, 2014), som gjorts i Tabell 1.

### *Överförbarhet*

Överförbarhet beskriver till vilken utsträckning resultatet kan appliceras i andra situationer än de som finns beskrivna i studien (Kristensson, 2014). Vid kvalitativa studier är det inte eftersträvansvärt att kunna generalisera resultatet så som i kvantitativa, utan fokus ligger på att läsaren ska kunna göra en rimlighetsbedömning. För att stärka överförbarheten måste läsaren ges en noggrann beskrivning av vilket sammanhang studien utförts i och vilka deltagarna varit (Kristensson, 2014).

### *Verifierbarhet*

Verifierbarheten i studien utgår från hur väl resultatet går att härleda till det insamlade materialet. Tolkningar och resultat måste kunna verifieras av läsaren (Kristensson, 2014). För att stärka verifierbarheten har transkribering av materialet gjorts ordagrant och direkta citat från intervjuerna har använts i resultatet. I enlighet med Polit & Beck (2016) kodade författarna intervjuerna på varsitt håll, för att sedan gå samman och jämföra koder. Detta gjordes för att säkerställa högsta möjliga kontinuitet genom intervjuerna.

### *Giltighet*

Resultatets giltighet handlar om materialets stabilitet över tid. Genom att tydligt beskriva tiden då materialet samlades in kan giltigheten stärkas (Kristensson, 2014). Intervjuerna utfördes under en tidsperiod på ca 10 veckor. Polit & Beck (2016) menar att långvarigt engagemang och ihärdiga observationer är faktorer som ytterligare etablerar giltigheten i

kvalitativa forskningsresultat, varav ingetdera varit aktuellt i detta projekt och kan ses som en svaghet för studien. Projektet har haft en ytterst begränsad tidsperiod och det är tänkbart att ett mer långvarigt projekt med upprepade intervjuer hade stärkt giltigheten i resultatet.

Användandet av en intervjuguide är något som stärker studiens giltighet (Kristensson, 2014). Genom att använda en intervjuguide har författarna kunnat hålla fokus genom intervjuerna och kontinuitet i frågeställandet har kunnat uppnås mellan de olika intervjuerna.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet visade att hinder för äldre personers delaktighet fanns både på inom organisationen men också inom individen. Det illustreras i de tre kategorierna: En splittrad organisation, inre konflikter och sjuksköterskans syn på delaktighet.

### *Avsaknad av struktur*

Det framkom att avsaknad av struktur i organisationen var ett stort hinder för delaktighet och detta återfanns både på lokal och på en övergripande nivå. Delaktigheten för patienterna hindrades av att strukturen på dagen inte var optimal, bland annat var det en ojämn arbetsbörda för sjuksköterskorna med vissa tider på dagen där allt hände samtidigt och sen lugnare tillfällen. Ronden var ett tillfälle där det togs en hel del beslut utan att involvera patienten. Detta har även visats i tidigare studier av Sahlsten et al (2005) och Larsson et al (2011) där hinder för delaktigheten kunde vara bristande rondarbete, planering för dagen och arbetsmiljö. Patienten diskuterades mellan olika professioner vid flertalet tillfällen under dagen, men att involvera själva patienten glömdes antingen bort eller bortprioriterades till fördel för att rapportera över till nästkommande kollega. För att kunna involvera patienterna mer i sin vård krävs det ett personcentrerat förhållningssätt som möjliggör partnerskap, genom att varje patient har en personlig plan med väl dokumenterade mål och resurser (Ekman & Norberg, 2013). Sjuksköterskorna upplevde att strukturen för rondarbete och dokumentation var bristande och möjligheten för att dokumentera personcentrerat fanns inte vilket även SBU:s (2017) sammanställning bekräftar. För att kunna arbeta personcentrerat och föra vidare patientens personliga plan behövs ett journalsystem som sätter personen i fokus och möjliggör en personcentrerad och samtidigt effektiv dokumentation.

Resultatet visade att brist på kontinuitet var ett annat hinder för delaktighet och i de fall då sjuksköterskan kunde följa en patient några dagar på rad möjliggjorde det att personalen kunde återkomma till diskussioner som förts innan. Detta visar även studier av Sahlsten et al (2005) och Larsson et al (2011) som beskriver att om patienten vårdas av flera olika sjuksköterskor kan patienten få motsägelsefulla svar och information vilket gör att patienterna känner sig osäkra och obekväma. I dagens vård är det stor brist på sjuksköterskor och det är vanligt att hyra in bemanningssjuksköterskor för att täcka vakanser. Det finns en stor utmaning i att kunna erbjuda kontinuitet både för patienter och för personal.

Kontinuitet saknades även övergripande inom organisationen och mellan vårdgivare. Sjuksköterskorna ansåg att samarbetet mellan slutenvård, kommun och primärvård kunde förbättras och sjuksköterskorna upplevde att det saknades ett övergripande ansvar särskilt för de äldre patienter som var multisjuka. De upplevde att de äldre personerna hade svårigheter att veta vem de skulle vända sig till med frågor. Detta är i enlighet med tidigare forskning av Eldh et al (2010), som påtalar att för att patienter ska kunna uppnå delaktighet måste vårdpersonalen kunna förklara vårdförloppet och ge information om hur kontakten med sjukvården kan se ut framöver.

### *Maktförhållanden*

Resultatet visade även att inre konflikter hos sjuksköterskan kunde vara ett hinder för den äldre personens delaktighet. En sådan inre konflikt kunde handla om maktförhållandet mellan vårdgivare och patient. Det framkom i intervjuerna att de äldre kände av stressen på avdelningen och ville därför inte besvara personalen. Detta är även något som framkommit i tidigare studier av Robben et al (2012) och Penney & Wellard (2007). I Ekdahls (2012) avhandling framkom det i intervjuer med 15 äldre patienter, att de upplevde sig som en börda och mindre värdefulla än de yngre patienterna. Sjuksköterskor måste kunna främja dessa äldre personer och deras delaktighet genom att erkänna patienten i vården och respektera deras kunskap (Tobiano et al, 2015b).

Sjuksköterskorna upplevde att det ibland uppstod etiska dilemman. De ansåg att de visste vad som var bäst för patienten men patienten kanske inte var av samma åsikt. Detta upplevdes som påfrestande för sjuksköterskorna och skapade känslor av att patienten tvingades till saker

mot sin vilja, exempelvis att mobiliseras eller genomgå en viss undersökning. Den obalanserade maktrelationen visade sig även i studien av Tobiano et al (2016b), där de äldre patienterna upplevde att slutenvården inte tillhörde dem utan makten låg hos personalen.

I den personcentrerade vården är de stora delarna partnerskapet, livsberättelsen och dokumentationen. För att uppnå ett partnerskap krävs det att vårdpersonalen lyssnar till patienten och deras mål med vården. Sjuksköterskans uppgift blir att kunna förmedla sin professionella kunskap samtidigt som hen är mottaglig för patientens kunskap, vilket är grunden för partnerskapet som Ekman & Norberg (2013) talar om.

Vems ansvar är det då att få patienter delaktiga och att balansera maktförhållanden? Tobiano et al (2016b) påtalar att det krävs kunskap och kompetens för att kunna bjuda in till delaktighet och att motivera patienterna. Det krävs att vårdpersonalen vågar lämna ifrån sig makten för att ha möjlighet att dela den med patienten (Sahlsten et al, 2008). Enligt Tobiano et al (2015b) kan sjuksköterskorna vara rädda för att äventyra patientsäkerheten om för mycket av ansvaret läggs på patienten inom områden som t.ex. medicindelning och det är en utmaning för sjuksköterskorna att kunna släppa ansvaret. Med en dokumentation som är personcentrerad där vårdgivaren i samråd med patienten gör en gemensam plan kan ansvarsområden förtydligas och sjuksköterskorna släppa ifrån sig både ansvar och makt. För att utveckla ämnen som personcentrerad vård och delaktighet krävs det att hela organisationen genomsyras av en strävan efter en mer personcentrerad vård.

### *Innebörd av delaktighet*

Sjuksköterskans syn på vad delaktighet innebär kan påverka den äldre personens vård. Under intervjuerna gav varje enskild sjuksköterska sin bild av vad delaktighet betyder och innebär, och den bilden skiljde sig något från person till person. Begreppet tycks således ha flera olika innebörder och betydelse för olika individer, vilket är i enlighet med tidigare forskning (Tobiano et al 2015a). Olika syn på vad delaktighet betyder gör det svårt att skapa samsyn och arbeta mot ett gemensamt mål.

Samtliga sjuksköterskor som intervjuades tycktes ha inställningen att delaktighet på ett eller annat sätt började med att de pratade med patienten. Slutsatsen att samtalet är en förutsättning för att uppnå eller möjliggöra för delaktighet är något som tidigare forskning berört på olika vis (Tobiano, Bucknall, Marshall, & Chaboyer, 2016a; Angel & Frederiksen, 2015; Tobiano

et al, 2015a). Alharbi et al (2014) menar på att det även kan vara en fråga om sjuksköterskans pedagogiska kompetens i att involvera patienten, varför det kan vara viktigt att utveckla den kompetensen hos sjuksköterskor. Ett sätt att göra detta på kan vara att använda sig av en s.k. critical friend, där en kollega observerar en annan kollega i olika vårdsituationer, ger feedback och ställer kritiska frågor (Dahlgren et al, 2006). Genom att använda sig av metoden critical friend kan specialistsjuksköterskan ge konkret återkoppling i aktuella patientsituationer och därefter använda sina observationer för att skapa en djupare reflektion kring samtalet med den äldre personen, innebörden av delaktighet och hur det uppnås hos varje enskild individ.

I frågan om äldre personers delaktighet är det tydligt att varje enskild sjuksköterska har ett ansvar. Sjuksköterskan är på många sätt förvaltare av den äldres delaktighet och vad hen gör i varje enskilt möte med patienten spelar roll. Britten et al, (2017) beskriver att alla människor är kapabla till att vara delaktiga i sin vård, det handlar bara om vilka gemensamma mål som finns och hur hälso- och sjukvårdspersonalen identifierar dessa. En betydande andel av tidigare forskning har fokuserat på den enskilda sjuksköterskans ansvar och kompetens men en ensam sjuksköterska med rätt kompetens och rätt inställning kan inte ensam ha ansvar för den äldre patientgruppens delaktighet utan problemet måste betraktas ur ett större perspektiv. Det är upp till arbetsledaren på varje enskild avdelning att lyfta frågan om patientdelaktighet, att formulera en gemensam värdegrund rörande delaktighet och att motivera och inspirera personalen att hela tiden utvecklas. Genom att ha en gemensam uppfattning av vad delaktighet innebär och hur det uppnås bör arbetsgruppen kunna arbeta mer enhetligt.

Ledarskapet är, precis som Fagerström (2011) skriver, ett av den avancerade kliniska sjuksköterskans kompetensområden och något som behövs på olika nivåer inom sjukvården. Specialistsjuksköterskan kan, genom ledarskapet, uppmuntra och handleda kollegor i frågan om äldres delaktighet. I egenskap av specialist inom området kan hen agera en förlängd arm till avdelningschefen och, genom att vara klinisk involverad i vården, införliva och följa upp att värdegrunder och arbetssätt efterlevs. Genom att leda arbetsgruppen i reflektion kan specialistsjuksköterskan bistå personalen i att nå personlig utveckling. Fördelen med att ha ett närvarande ledarskap i form av en specialistsjuksköterska på avdelningen kan vara att värdefulla handledningstillfällen tas tillvara och återkoppling och utveckling blir en mer integrerad del av arbetssättet på avdelningen.

## Konklusion och implikationer

Resultatet visade att hinder för äldres personers delaktighet i slutenvården kunde relateras både till en ostrukturerad organisation och obalanserade maktförhållanden men även i avsaknaden av en gemensam syn på vad delaktighet innebär. Genom att tydliggöra strukturen inom organisationen med ett tydligt arbetssätt och effektivt journalsystem, implementera personcentrerad vård och utöka antalet specialistsjuksköterskor inom slutenvården skulle äldre personers delaktighet kunna förbättras. Det krävs emellertid ett tydligt ledarskap.

De resultat som lyfts fram ur studien kan ligga till grund för verksamhetsutvecklande förbättringsarbeten på avdelningar som vårdar äldre personer och framhäver behovet av specialistkompetens ute i verksamheterna. Det hade varit intressant för framtida forskning att titta närmare på möjliga interventioner för att öka den äldres delaktighet och utvärdera dessa.

## Referenser

Alharbi, T. S. J., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A. & Olsson, L-E. (2014). Experiences of person-centered care - patients' perceptions: qualitative study. *BMC Nursing*, 13:28. doi: 10.1186/1472-6955-13-28

Andersson, Å. (2017). *Vårdskador vid omvårdnad: En studie av patienters, anhörigas och vårdgivares anmälningar* (Akademisk avhandling, Karolinska institutet).

Angel, S. & Frederiksen, K. N. (2015). Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies. *International journal of nursing studies*, 52, 1525-1538. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010

Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M. & Wolf, A. (2017). Elaboration of the Gothenburg model of person-centered care. *Health Expectations*, (20)3, 407-418. doi:10.1111/hex.12468

Dahlgren, L. O., Eriksson, B. E., Gyllenhammar, H., Korkeila, M., Sääf-Rothoff, A., Wernerson, A. & Seedberger A. (2006). To be and to have a critical friend in medical teaching. *Medical education*, 40(1), 72-78. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02349.x

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s.164-174). Lund: Studentlitteratur.

Ekdahl Wissendorf, A. (2012). *Frail and Elderly Hospital Patients - the challenge of participation in medical decision making* (Medical dissertations, Linköping University, Department of Social- and Welfares Studies Faculty of Health Sciences).

Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I A-K, Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.30-61), Lund: Studentlitteratur.

Eldh, AC., Ekman, I. & Ehnfors, M (2010). A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions. *International*

*Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(1), 21-32. doi: 10.1111/j.1744-618X.2009.01141.x

Eldh, AC., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 13(5), 503-514. doi: 10.1191/0969733006nej898oa

Fagerström, L. (2011). Centrala kompetensområden för avancerad klinisk omvårdnad. I L. Fagerström (Red.), *Avancerad klinisk sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis* (s.132-207). Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Kolovos, P., Kaitelidou, D., Lemonidou, C., Sachlas, A., Zyga, S. & Panayota, S. (2015). Patient participation in hospital care: Nursing staffs' point of view. *International Journal of Nursing Practice*, 21(3), 258-268. doi:10.1111/ijn.12242

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Larsson, I.E., Sahlsten, M. J. M., Segesten, K. & Plos, K. A. E. (2011). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 575-582. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x

Lyttle, D. & Ryan, A. (2010). Factors influencing older patients' participation in care: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 5(4), 274-282. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00245.x

McCormack, B (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3a), 31-38. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x



Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017). *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014-2017* (Rapport 2017:2). Stockholm: TMG Sthlm. Från [http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2017/2017-2-Uppf%c3%b6ljning%20av%20patientlagen\\_vFinal-webb.pdf](http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2017/2017-2-Uppf%c3%b6ljning%20av%20patientlagen_vFinal-webb.pdf)

Penney, W. & Wellard, S. J. (2007). Hearing what older consumers say about participation in their care. *International Journal of Nursing Practice*, 13(1), 61-68. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00608.x

Polit, D. & Beck C. T. (2016). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (Tenth Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Rainey, H., Ehrich, K., Mackintosh, N. & Sandall, J. (2015). The role of patients and their relatives in 'speaking up' about their own safety - a qualitative study of acute illness. *Health expectations*, 18(3), 392-405. doi: 10.1111/hex.12044

Robben, S., van Kempen, J., Heinen, M., Zuidema, S., Olde Rikkert, M., Schers, H. & Melis, R. (2012). Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study. *Family Practice*, 29(6), 742-747. doi: 10.1093/fampra/cms033

Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Plos, K. A. E. & Lindencrona, C. S. C. (2005). Hindrance for patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19(3), 223-229.

Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B. & Plos, K. A. E. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*, 43(1), 2-11. doi: 10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken. Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 2014:821 *Patientlag*. Hämtad 21 september, 2017, från Riksdagen,

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (SBU, 2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården*. Från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/patientdelaktighet-i-halso--och-sjukvarden/>

Statistiska Centralbyrån. (SCB, 2015). *Sveriges framtida befolkning 2015-2060* Hämtad 9 oktober, 2017, från SCB, [http://www.scb.se/sv/\\_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Behallare-for-Press/389899/](http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Behallare-for-Press/389899/)

Sveriges kommuner och landsting. (SKL, 2016). *Nationell patientenkät - Sveriges landsting och regioner i samverkan*. Hämtad 7 april, 2017, från SKL, <https://patientenkät.se/sv/resultat/specialiserad-sjukhusvard-sluten-2016/>

Sveriges kommuner och landsting. (SKL, 2012). *Bättre liv för sjuka äldre en kvalitativ uppföljning*. Stockholm: Modintryckoffset. Från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-763-4.pdf?issuusl=ignore>

Socialstyrelsen. (2016). *En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20472/2017-1-22.pdf>

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A. & Chaboyer, W. (2015a) Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *International journal of nursing studies*, 52(6), 1107-1120. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J. & Chaboyer, W. (2015b) Nurses' views of patient participation in nursing care. *Journal of advanced nursing*, 71(12), 2741-2752. doi: 10.1111/jan.12740

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A. & Chaboyer, W. (2016a) Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(4), 362-370. doi: 10.1111/jnu.12219

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J. & Chaboyer, W. (2016b) Patients' perceptions of participation in nursing care on medical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 260-270. doi: 10.1111/scs.12237

World Health Organization (WHO, uå) *Health statistics and information systems: Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. Hämtad 25 September, 2017, från WHO, <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

World Health Organization (WHO, 2017) *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Hämtad 19 april, 2017, från WHO, <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

World Medical Association. (WMA, 2013) *The WMA's Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Från <https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>

Öhrn, A. (2013). Säker vård. I A-K, Edberg., A, Ehrenberg., F, Friberg., L, Wallin., H, Wijk., J, Öhlén. (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde* (s.181-215). Lund: Studentlitteratur.

## Informationsbrev till studiedeltagare

### **Sjuksköterskans upplevelse av hinder för att få äldre patienter delaktiga i sin vård**

Du tillfrågas härmed om att delta i ovanstående intervjustudie.

Syftet med intervjun är att få förståelse för sjuksköterskors upplevelser om vilka hinder det kan finnas inom slutenvården för att få äldre patienter delaktiga i sin vård. En ökad förståelse för vilka hinder det finns gör att vi kan fortsätta arbeta med att få våra äldre patienter att känna sig mer delaktiga i sin vård.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna studie. Det innebär att du blir intervjuad av en av författarna. Vi erbjuder plats för intervjun alternativt att du bestämmer plats för intervjun och beräknad tidsåtgång är cirka 30- 45 minuter.

Med din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun och inspelningen kommer att förvaras inlåst. Vi behandlar dina svar konfidentiellt vilket innebär att inget kommer kunna härledas till dig.

Du kan när som helst avbryta deltagandet i studien och du behöver inte motivera varför. Ett avbrytande ur intervjun påverkar inte dig på något sätt.

Om du vill delta ombeds du att maila till någon av oss. Undertecknad samtyckesblankett kan skrivas under och mailas alternativt lämnas vid intervjutillfället.

Studien är en del av vår magisteruppsats i utbildningen Specialistsjuksköterska inom vård av äldre. Utbildningen är ett samarbete mellan Högskolan Kristianstad, Lunds Universitet, Göteborgs universitet, Jönköping University, Linnéuniversitetet och Högskolan Väst.

Om du har några frågor eller vill ha mer information, kontakta gärna oss eller vår handledare (uppgifter på följande sida).

### **Vänliga hälsningar**

#### **Cristina & Mia**

Mia Ekstrand

leg. Sjuksköterska

Studerande på Specialistsjuksköterskeprogrammet vård av äldre

mia.ekstrand@skane.se, tel: 040-336604, Ortopeden 1 IMN gata 22

Cristina Ekstrand Hansen

leg. Sjuksköterska

Studerande på Specialistsjuksköterskeprogrammet vård av äldre

cristina.ekstrand-hansen@skane.se, tel: 040-336272, Geriatrikavd. 31 IMN gata 22

Handledare:

Jimmie Kristensson Universitetslektor, docent Lunds Universitet

Jimmie.kristensson@med.lu.se

## Bilaga 2 (3)

### Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om *Sjuksköterskans upplevelse av hinder för att få äldre patienter delaktiga i sin vård*

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

*Underskrift av studiedeltagare*

*Underskrift av student*

---

---

Ort, datum

Ort, datum

---

---

Underskrift

Underskrift

---

---

Telefonnummer

Telefonnummer

### Intervjuguide

#### **Börja med kort presentation av dig själv som forskare.**

Jag heter Cristina/Mia och studerar till specialistsjuksköterska inom vård av äldre. Jag arbetar på Geriatrikavdelning 31/Ortopeden 1 här i Malmö. En del i min utbildning är att skriva en magisteruppsats. Jag skriver tillsammans med en annan sjuksköterska som heter Mia/Cristina och vi har valt att fokusera på äldre patienters delaktighet i vården. Vartannat år skickat den Nationella patientenkäten ut där patienter får svara på flera olika frågor om deras vård. En av de områden som berörs i enkäten är patienters delaktighet i vården och det är också det område som skattas lägst av patienterna. Vi tycker att detta är väldigt intressant och har därför valt att fördjupa oss i ämnet, mer specifikt på vad det finns för svårigheter/hinder ute i verksamheterna för att *möjliggöra* patienters delaktighet.

#### **Syftet med intervjun.**

Studien ämnar undersöka vad sjuksköterskor inom slutenvården upplever för hinder med att göra äldre patienter delaktiga i sin vård.

#### **Samtycke.**

Deltagande i studien är helt frivilligt. Intervjun kan avbrytas när som helst om du önskar, utan att jag som författare kommer ifrågasätta det. Studien har en kvalitativ ansats vilket innebär att vi är intresserade av individers olika *upplevelser*, så du behöver inte känna att det finns något rätt eller fel svar på de frågor som ställs utan vi är intresserade av just **dina** upplevelser och erfarenheter.

## **Presentera upplägget av intervjun. Tidsram.**

Under intervjun kommer jag att ställa ett antal frågor med hänsyn till studiens syfte och du som deltagare kommer ha möjlighet att, utifrån frågorna, svara eller berätta det du vill. Jag kommer eventuellt att ställa några följdfrågor till det du berättar, men kommer annars mestadels att lyssna. Uppskattningsvis kommer intervjun att ta ungefär 30 minuter. Intervjun kommer spelas in på ljudfil i min telefon. Efter vår intervju kommer jag direkt att transkribera vårt samtal och också radera ljudfilen. Om du berättar specifika uppgifter om dig själv eller patientsituationer kommer jag att ta bort vissa identifierande ord så att texten inte kan härledas till dig. I slutet av intervjun kommer jag att göra en kort sammanfattning av det vi pratat om och fråga om det är några ytterligare aspekter eller upplevelser som du vill dela med dig av som vi inte redan har berört.

Några frågor så långt?

Ljudupptagning startas!

## **Intervjufrågor**

1. Kan du beskriva vad delaktighet innebär för dig?
2. Kan du beskriva en situation där du gjort en äldre patient delaktig? Vad gjorde du?  
Vad gjorde patienten?
3. Upplever du överlag att äldre patienter är delaktiga i sin vård? Finns det någon skillnad i äldre patienters delaktighet jämfört med yngre patienter?
4. Varför tror du att patienter idag skattar sin delaktighet lägre på den nationella patientenkäten?
5. Har du någon uppfattning om kring vilka specifika hinder det finns för äldre personer att göras delaktiga i sin vård?
6. Upplever du att du har tillräckligt med tid för att prata med dina patienter i den utsträckning som både du och de önskar?
7. Finns det någonting du saknar i verksamheten som hade underlättat för dig att göra äldre patienter delaktiga?
8. Upplever du att det aktivt talas om den äldre patients delaktighet i vården?



9. Hur ser du på anhörigas roll/ansvar i patientens delaktighet? Upplever du anhöriga som en tillgång eller ett hinder?

### **Avslutning**

Summering av frågorna.

Är det något ytterligare som inte kommit fram?

Önskar informanten att tillägga någonting?