

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
[2025:3]

När vården flyttar in
En litteraturstudie om äldre patienters upplevelser av att vårdas i hemmet

Tanja Abrahamsson

Linnea Månsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	När vården flyttar in: En litteraturstudie om äldre patienters upplevelser av att vårdas i hemmet
Författare:	Tanja Abrahamsson & Linnea Månsson
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildningen, GSJUK22H
Handledare:	Annika Billhult Karlsson
Examinator:	Lena Nordholm

Sammanfattning

Den äldre befolkningen ökar och utgör den grupp som är störst inom hemsjukvården. Patienterna påverkas av den vårdmiljön som de befinner sig i. Det är därför av vikt att sjuksköterskan får en djupare förståelse för patientens upplevelser av att vård bedrivs i hemmet. Syftet med studien var att sammanställa tidigare forskning för att belysa den äldre patientens upplevelser av att vårdas i hemmet i Norden. Studien är en litteraturoversikt, bestående av kvalitativ forskning från åtta vetenskapliga artiklar. Resultatet är indelat i två kategorier och tolv subkategorier som beskriver patientens upplevelser av att vårdas i hemmet. Resultatet belyser patienternas upplevelse av att deras hem blir till en arbetsplats med vårdpersonal som kommer och går, hur kontinuiteten i vården påverkar dem samt patienternas upplevelser av delaktighet. Vidare beskriver de äldre patienterna hur vårdpersonalens kompetens påverkar dem samt deras upplevelser av mötet med vårdpersonalen. I diskussionen diskuteras subkategorierna: *Hemmet som vårdmiljö*, *Möjlighet till delaktighet*, *Stressad vårdpersonal* och *Vårdrelationer och samtal*. De slutsatser som kan dras är att tydlig information bidrar till att den äldre patienten känner sig delaktig, att den äldre patienten upplever att hembesöken är korta och att vårdpersonalen är stressad. Dessutom bidrar respektlöshet hos vårdpersonalen till att den äldre patienten upplever en känsla av utsatthet men när patienten blir sedd som person skapar det en känsla av sammanhang och trygghet.

Nyckelord: *Den äldre patienten, hemsjukvård, patientens upplevelse, delaktighet, vårdande, Norden.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Den äldre patientens naturliga åldrande	1
Hemsjukvård	2
Patienter i hemsjukvården	3
Hemmet	3
Hemmet som vårdmiljö	3
Sjuksköterskans roll i hemmet	4
Sjuksköterskors upplevelser av att arbeta i hemsjukvården	4
Vårdande	5
Delaktighet i vårdandet	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
Design	6
Urval	7
Datainsamling	7
Kvalitetsgranskning	8
Dataanalys	8
Forskningsetiska ställningstaganden	9
RESULTAT	10
Upplevelser av vården som bedrivs i hemmet	10
Hemmet som vårdmiljö	11
Vården i hemmet	11
Vårdens tillgänglighet	12
Individanpassad vård	12
Tid för hembesök	13
Kontinuitet i vårdandet	13
Möjlighet till delaktighet	14
Upplevelser av vårdpersonal	15
Vårdpersonalens kompetens	15
Tydlig information från vårdpersonal	15
Mötet med vårdpersonal	16
Stressad vårdpersonal	16
Vårdrelationer och samtal	17
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Design	17
Urval	18
Datainsamling	19

Kvalitetsgranskning	19
Dataanalys.....	20
Forskningsetiska ställningstaganden.....	21
Resultatdiskussion	21
Hemmet som vårdmiljö.....	21
Möjlighet till delaktighet.....	22
Stressad vårdpersonal.....	23
Vårdrelationer och samtal	24
Hållbar utveckling	24
<i>SLUTSATSER</i>	25
Kliniska implikationer	25
Vidare forskning	26
<i>REFERENSER</i>.....	27
<i>BILAGA 1 - Söktabell</i>.....	
<i>BILAGA 2 – Granskningsmall för kvalitetsgranskning</i>	
<i>BILAGA 3 - Översiktstabell över analyserade artiklar</i>	

INLEDNING

Den äldre befolkningen ökar i världen och ökningen förväntas inte avta. Det är en utmaning för samhället att klara av att möta den äldre generationens behov. Tillgången till hälso- och sjukvård är viktig och mer resurser samt kunskap behövs för att säkerställa god vård (Department of Economic and Social Affairs 2024). Patienter vårdas inte bara på sjukhus utan en viktig del av vården sker även i patientens hem. Just nu pågår det en omställning i Sverige för att flytta vården närmre patienten. Denna omställning kallas *Nära vård*, med mål att öka möjligheten för att vårda fler patienter i deras hem (Sveriges kommuner och regioner [SKR] 2024). År 2023 var det cirka 414 000 personer inskrivna i hemsjukvården och 80% av dessa tillhörde den äldre patientgruppen, 65 år och äldre (Socialstyrelsen 2024). Att bedriva vård i patientens egna hem kan vara något fint men samtidigt svårt. Författarna av denna studie har arbetat samt genomfört verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom hemsjukvården. Där uppmärksammades det att patienterna hade varierade erfarenheter av att vårdas i hemmet. Dagens sammanställda forskning inom hemsjukvården är inriktad mot cancer- och palliativ vård, men inom hemsjukvården möttes flera patientgrupper med andra behov och diagnoser. Den äldre patientgruppen i sin helhet dominerar i hemsjukvården. Av den anledningen fokuserar denna studie på den äldre patientens upplevelser av hemsjukvården, oavsett diagnos.

BAKGRUND

Den äldre patientens naturliga åldrande

Människans kroppsliga och psykologiska funktioner förändras i takt med åldrandet. Förändringarna är enligt Dziechciaż och Filip (2014) naturliga men kan bidra till besvär och obehag. Det naturliga åldrandet är irreversibelt och kommer att påverka alla människor. Det friska åldrandet sker då de fysiologiska och psykologiska förändringarna inte orsakar sjukdom. Några av de fysiologiska förändringarna som sker vid det naturliga åldrandet är att muskelmassan minskar, fettcellerna ökar och skelettet blir skörare. Dessutom minskar vätskan i kroppen och den äldre patienten har därför en högre risk för uttorkning. Vidare beskriver Dziechciaż och Filip (2014) att även hjärtat förändras med åldern. Det sker en förlust av muskelmassa och inlagring av bindväv i cellväggarna som leder till en försämring av hjärtats pumpförmåga samt att fyllnadsfasen förlängs eftersom hjärtat blir stelare. Hjärtats maximala pumpförmåga kommer därmed att bli sämre än vid yngre ålder. Kärlstyvhet påverkas av åldrandet vilket bidrar till ett högre blodtryck och progressiv ökning av ateroskleros. Cirkulationen försämras i takt med åldrandet och blodflödet ut till hjärna, muskler och njurarna minskar.

Hjärnan påverkas även av det naturliga åldrandet. Exempelvis nämner Dziechciaż och Filip (2014) att det sker ett bortfall av nervceller samt att antalet neuron, synapser och dendriter minskar, vilket orsakar att tankeöverföringen och reaktionsförmågan saktas ned. Kognitiva funktioner som minne och problemlösning försämras i takt med åldrandet. Den åldrande människan kan även få problem med att anpassa sig efter en ny miljö eller en ny situation. Tankeprocessen blir även svårare och oftast måste den äldre göra eller tänka på en sak i taget. Den äldre har oftast ett retrospektivt tankesätt, det innebär att de har lättare för att tänka bakåt i tiden än att tänka på framtiden. Åldersrelaterade effekter på

nervsystemet kan dessutom medföra långsamma rörelser och nedsatta sinnesintryck. Exempelvis påverkas hörsel, syn, lukt och smak.

Vidare lyfter Dziechciaż och Filip (2014) fram att den äldre personen har mycket fritid. Det är viktigt att de hittar en hobby eller något att sysselsätta sig med för att inte uppleva ensamhet. De lyfter även att många äldre har svårt att acceptera att de blir äldre vilket kan bidra till att de upplever de fysiologiska förändringarna som sjukliga och inte naturliga. Den äldres acceptans av åldrandet påverkar även dess förmåga att ta emot hjälp.

Hemsjukvård

Hälso- och sjukvårdsinsatser som bedrivs i patientens bostad under en längre tid definieras av Socialstyrelsen (2019a) som hemsjukvård. Hemsjukvården riktas in mot allmän, avancerad samt palliativ vård. De yrkesgrupper som arbetar inom kommunal hälso- och sjukvård är undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Vårdpersonalen åker hem till patienten vilket innebär att vården tar sig till patienten och inte tvärtom. Hemsjukvård bedrivs av kommunen, i uppdrag av landstinget, och syftar till att kommunen ska ansvara för att god hälso- och sjukvård kan bedrivas i patientens hem. Hemsjukvården erbjuder både rehabilitering och omvårdnad där det enligt Svensk sjuksköterskeförening (2024) är sjuksköterskan som leder det patientnära omvårdnadsarbetet. Vidare lyfter Socialstyrelsen (2019b) att inskrivningskriterierna för hemsjukvård kan variera mellan olika kommuner och regioner. Övergripande bedöms patientens vårdbehov samt dess förmåga att ta sig till olika vårdinstanser, exempelvis vårdcentral eller sjukhus.

Enligt en rapport av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021) bedrivs den svenska äldreomsorgen på liknande sätt som de nordiska länderna Danmark, Norge och Finland. Kommunen har det övergripande ansvaret och de erbjuder även privata aktörer som kan utföra vården. Gemensamt för de nordiska länderna är att majoriteten av patienterna väljer de kommunala utförarna. En skillnad mellan Sverige och övriga länder i Norden är att majoriteten av de privata vårdgivarna är vinstburna och inte idéburna företag. För att en person ska beviljas vård i hemmet gör kommunen en bedömning, bedömningen kan variera mellan land och kommun. Att ta emot vård i hemmet kräver oftast att patienten betalar en avgift. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021) visar vidare på att avgiften är högst i Finland medan tjänsterna är gratis för Danmarks medborgare. Vårdpersonalen inom hälso- och sjukvården i hemmet består främst av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Övergripande i Norden utgör sjuksköterskor cirka tio procent av personalen i hemmet och i Norge är andelen något högre. Gemensamt för de nordiska länderna är att sjuksköterskan bär det största ansvaret för vårdinsatserna. Utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser ser olika ut i länderna. I Sverige och Norge är omvårdnadspersonalen så kallad "bas-personal" och kräver en delegering från en sjuksköterska för att utföra medicinska insatser. I Danmark och Finland har de utbildad omvårdnadspersonal som inte behöver delegering. Norge och Sverige har högst andel omvårdnadspersonal som saknar en utbildning medan Finland har lägst andel. Det råder en brist i Norden på heltidsanställd omvårdnadspersonal och sjukfrånvaron har rapporterats som hög. Det bidrar till sämre schemaläggningar och kortare hembesök hos patienten (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys).

Patienter i hemsjukvården

Det finns flera definitioner av patient som begrepp. Svenska Akademin (1952) definierar patient som en individ som lever med en sjukdom eller skada. Dahlberg och Segesten (2010, s. 107) beskriver en patient som en person som söker professionell vård för att stärka sin hälsa vid sjukdom eller andra ohälsotillstånd. Vidare förklarar Dahlberg och Segesten (2010 s. 103-104) att vårda med ett patientperspektiv innebär att vårda med patienten som utgångspunkt. Med ett patientperspektiv ses patienten som expert på sig själv och sin sjukdom. Det är patienten som vet hur det är att leva med sjukdomen och hur den påverkar livet.

Patienter i hemsjukvården är en utbredd och mångkulturell grupp. Patienterna kan vara i alla åldrar och ha olika diagnoser och vårdbehov. Den dominerande patientgruppen är den äldre patienten samt de som lider av en kronisk sjukdom eller har ett behov av teknisk medicinsk hjälp. Andra patientgrupper som vårdas i hemmet är exempelvis patienter med folksjukdomarna hjärtsvikt, diabetes, KOL och depression (Socialstyrelsen 2019a; Socialstyrelsen 2024).

Hemmet

Ordet hem kan definieras som en fast bostad för en specifik person eller familj (Svenska Akademien 2021). Hilli och Eriksson (2019) beskriver att hemmet kan ses utifrån två perspektiv, objektivet och subjektivet. Det objektiva perspektivet beskriver hemmet som en plats som skyddar från omgivningen och en plats för vila och återhämtning. Det subjektiva perspektivet kan delas in i två dimensioner. Den ena dimensionen utgör patientens innersta sfär medan den andra dimensionen berör patientens upplevelse av att leva i ett sammanhang. Ett hem kan dessutom ge en känsla av trygghet och tillhörighet samt vara ett sätt att ge uttryck för patientens identitet. Vidare lyfter Hilli och Eriksson (2019) fram att hemmet inte nödvändigtvis behöver vara en fysisk bostad utan kan vara en plats där individen känner sig hemma som exempelvis skogen eller i sällskap med någon. Den sociala miljön i hemmet är viktig och bristande kommunikation samt avsaknad av trygghet till andra personer kan bidra till en känsla av hemlöshet. Detta kan i sin tur orsaka ett lidande för personen. Hemmet präglas enligt Lantz (2007, s. 37) även av de tillhörande rollerna gäst och värd. Vården är den person som bjuder in gästen till hemmet och är den som besitter makten över bostaden. Det är även personen som tar hand om hemmet och det är en laddad position. Rollerna kan antas av olika personer både inom och utanför hushållet.

Hemmet som vårdmiljö

Patientens välbefinnande kan påverkas av den vårdmiljö som personen befinner sig i, både positivt och negativt. Faktorer som tillsammans bygger upp en vårdmiljö är rummets hygien, dess ljus och färger samt interaktionerna mellan vårdpersonal och patient. Vårdmiljön kan ha positiva effekter på hälsan om den anpassas efter patientens individuella behov och önskemål (Wijk & Nordin 2017). När vården bedrivs hemma hos patienten är det viktigt att värna om och respektera den enskildes hem. Patientens hem öppnas upp för ett flertal olika personer som har tillgång till låsfunktion och inträde till hemmet (Socialstyrelsen 2023). När vårdpersonalen går in genom dörren tilldelas de rollen som gäst, men vid oaksamhet kan rollerna skifta och patienten upplever att dess

roll som värd tas ifrån dem (Lantz 2007, s. 38). Enligt Socialstyrelsens (2023) rapport kan vård i hemmet kräva ommöblering och förändring av bostaden. Vårdpersonal måste ta i beaktande att patientens upplevelse av hemmet kan påverka dem då vården flyttar in, men genom att skapa en god arbetsmiljö tillsammans med patienten bidrar det till en god vård och ökad patientsäkerhet. För att kunna skapa en god arbetsmiljö och samtidigt respektera patientens hem behöver sjuksköterskan vara lösningsorienterad och öppen för anpassning i arbetet.

Sjuksköterskans roll i hemmet

Svensk sjuksköterskeförening (2024) lyfter fram att den legitimerade sjuksköterskans specifika kompetens är omvårdnad vilket innefattar det vetenskapliga kunskapsområdet och patientnära arbetet. En legitimerad sjuksköterska ska i arbetet använda de metoder som har bäst evidens utifrån beprövad erfarenhet och forskning, det vill säga arbeta evidensbaserat. Vården ska samtidigt anpassas efter patientens individuella förutsättningar och behov. Sjuksköterskan ansvarar dessutom för att leda teamet i omvårdnadsarbetet. International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening 2022) kan användas som vägledning vid olika etiska överväganden inom omvårdnadsarbetet. Att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa, lindra lidande och främja en värdig död är grundläggande i omvårdnaden. Sjuksköterskeprofessionens värderingar är bland annat respekt, empati, lyhördhet, omsorg, medkänsla och integritet. Detta går hand i hand med att omvårdnad ska vara respektfull och inte påverkas av patientens hudfärg, sjukdom, ålder eller kön. Omvårdnaden ska även utgå med respekt för människans rättigheter. I den etiska koden står det bland annat att sjuksköterskor ska se till att patienter och deras anhöriga ska få förstälighet och tillräcklig information i rätt tid samt att informationen ska individanpassas.

Sjuksköterskors upplevelser av att arbeta i hemsjukvården

Sjuksköterskor i hemsjukvården beskriver i en studie av Mathiesen, Lindberg, Nässén, Cowdell och Palmér (2024) att relationen mellan dem och patienten är viktig för vårdandet. I hemsjukvården träffar sjuksköterskan patienten ett flertal gånger under en längre period. Sjuksköterskorna beskriver att de lär känna patienten på en djup nivå och nästintill vänskaplig nivå. För att upprätthålla samspelet mellan vårdare och patient beskriver sjuksköterskor att de strävar efter att få en inblick i patientens perspektiv och levda erfarenheter. De beskriver dessutom vikten av att låta patienten behålla kontrollen över sitt hem. Förutom att arbeta i patientens hemmiljö nämner sjuksköterskorna att kommunikationen är en utmaning. Om patienten anses vara otrygg upplever sjuksköterskorna att de blir utestängda och viktig information riskeras att missas. Andra sjuksköterskor lyfter i Eilertsen och Kiiks (2016) studie att det kan vara utmanande att möta patienten i hemmet. Sjuksköterskans bemötande kan påverkas av patientens humör och attityd gentemot dem. De beskriver en känsla av uppgivenhet och otillräcklighet om de inte lyckas möta och nå fram till patienten. Det leder till en emotionell utmaning som i kombination med tidsbrist hos patienten kan skapa konflikter och ogynnsamma vårdmöten. Vid bristande vårdmöten och relationer uppfyller inte sjuksköterskan de krav som patienten, organisationen och sjuksköterskan själv ställer.

Vårdande

Vårdandet är naturligt för människan och ligger till grund för den professionella vård som utövas av exempelvis sjuksköterskor och undersköterskor. Vårdandet beskrivs som en akt mellan två personer och kärnan för vårdandet bygger på att ansa, leka och lära (Eriksson 2015, s. 7-8). Att ansa för någon är att se och värna om den andre personen och det kännetecknas av värme, närhet och trygghet. Det är en kravlös vänskap som bidrar till att människan accepteras för den hon är, inte för vad hon gör. Ansandet är att visa omsorg och stötta människans aktiviteter i dagliga livet (ADL). Beröring som kan ske direkt och indirekt via kroppskontakt eller ögonkontakt är även centralt för ansning (ibid. s. 16, 19-21). Leken i vårdandet är ett sätt att möta den utomstående världen med patientens subjektiva tankar och behov. Att reflektera kring ett ämne och se till vilka framtidsmöjligheter som finns både tillsammans med vårdaren eller på egen hand kan bidra till tillhörighet. Leken kan dessutom bidra till livslust och är ett verktyg för att pröva vården utifrån olika perspektiv (ibid. s. 23-25). Lärandet i vårdandet är grunden för mänsklig utveckling. Det sker i samspel mellan två eller flera personer och bidrar till en mänsklig mognad samt progression. För att uppnå lärande behövs ansning och lek (ibid. s. 18, 25-26). Kärnbegreppen går alltså hand i hand och bidrar till att vårdandet sker utifrån ett helhetsperspektiv.

Att vårda är att se hela människan och syftet är att främja patientens hälsoprocesser. Vårdandet utgår från att dela, det vill säga att parterna är delaktiga och närvarande i vården (Eriksson 2015, s. 9, 33). Professionell vård, som utförs av vårdpersonal, ska utgå från en helhetssyn och det är viktigt att vårdaren är självkritisk och reflekterar över det arbete som personen utför samt att de samarbetar med kollegor. Genom att tillämpa tvärvård, det vill säga att samarbeta mellan olika professioner och tillsammans vårda patienter, kan vårdandet utvecklas och patienten helas (ibid. 53, 59-62). En ytterligare aspekt som enligt Eriksson (2014, s. 55-56) utgör grunden för vårdandet är relationen mellan vårdare och patient. Vårdrelationen är en ömsesidig relation som kan variera i djup och intensitet. Genom en vårdrelation visas den kärlek som finns mellan parterna men det är en utmaning, dels för patienten att ta emot vården dels för vårdaren att skapa utrymme för patienten och inte tvinga fram en relation.

Delaktighet i vårdandet

Delaktighet innefattar att patienten, tillsammans med vårdteamet, har rätt till att vara med i beslutsfattandet. Ansvaret för patientens delaktighet finns på olika nivåer, som exempelvis sjuksköterske-, lednings- och regeringsnivå (Lewis, Stacey, Squires & Carroll 2016). Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) har alla patienter rätt till delaktighet i vårdandet. Patienten och dess närstående ska vara delaktig vid både utformning och genomförandet av vården. De har dessutom rätt till att ta del av information gällande sin sjukdom och de olika vård- och behandlingsmetoder som finns tillgängliga. Informationen ska även vara anpassad efter patientens egna förutsättningar.

Beroende på patientens vårdkontext kan möjligheterna för delaktighet variera. Att få vara delaktig i sin egen vård handlar enligt Dahlberg och Segesten (2010, s. 112-113, 128) om att få möjligheten till att ta ansvar för och påverka sin hälsosituation. Det handlar om mer än att få information och råd om sin sjukdom eller behandling. Det krävs också att vårdpersonalen möter patientens livsvärld för att delaktighet ska uppnås. Genom

livsvärlden bildar människan en uppfattning om sig själv, världen och andra människor. Den är unik för varje människa och utgår från människans upplevelser av livets olika delar, bland annat hälsa och ohälsa. När livsvärlden används som grund för vårdande innebär det att sjuksköterskan försöker förstå hur patienten ser på livet och även hur sjukdomen påverkar dem. I en studie av Lai, Holyoke, Plourde, Yeung och Légaré (2022) uppgav vårdpersonal att det fanns faktorer som gjorde det svårare för patienten att ta ett beslut. Brist på information om olika alternativ och deras risker samt fördelar, eller att de fick för mycket information på en gång kunde försvåra beslutsfattandet. Andra faktorer kunde vara att de kände press från andra personer eller att de hade svårt att förstå sig på sjukvårdssystemet.

PROBLEMFÖRMULERING

Den äldre patienten är den dominerande patientgruppen i hemsjukvården. Hemmet är en komplex vårdmiljö som kan ha stor betydelse för patienten och att öppna upp sitt hem för vårdpersonal kan vara en stor omställning. Sjuksköterskor har en ledande roll i den vård som bedrivs i patientens hem. De möter de äldre patienterna i hemmet, ett möte som ska vara respektfullt och utgå från patientens perspektiv. En legitimerad sjuksköterska ska dessutom jobba evidensbaserat, det kräver kunskap om patienters upplevelser av att vårdas i hemmet. Vid en första litteratursökning inom området upptäcktes det att den befintliga forskningen som inriktas mot hemsjukvård är fragmenterad. En sammanställning av flera patientgrupper och dess erfarenheter av att vårdas i hemmet saknas. De litteraturöversikter som finns bygger antingen på sjuksköterskans perspektiv eller ett patientperspektiv men med inriktning mot en specifik diagnos eller palliativ vård. Dessa perspektiv bidrar till en kunskapslucka i vårdvetenskapen där sjuksköterskan går miste om erfarenheterna från patienter som vårdas i hemmet om patienten inte har någon av de främst studerade diagnoserna. Det är därav relevant att studera äldre patienter som grupp för att bidra till en djupare förståelse för den äldre patientens upplevelse av vården i hemmet, oavsett diagnos.

SYFTE

Syftet med studien var att sammanställa tidigare forskning för att belysa den äldre patientens upplevelser av att vårdas i hemmet i Norden.

METOD

Design

För att svara på studiens syfte tillämpades en integrerad litteraturöversikt av kvalitativ data inspirerad av metasyntes. Metoden sammanställer publicerad forskning för att dra slutsatser som kan implementeras i omvårdnadsarbetet (Friberg 2022, s. 169-170). Kvalitativ forskning belyser människans subjektiva erfarenheter (Henricson & Billhult 2023, s. 115-116) vilket är lämpligt för studiens syfte.

Urval

Området för litteraturstudien ramades in via Population, Exposure och Outcome (PEO), (se tabell 1). PEO är en metod som kan användas för att ringa in ett kvalitativt forskningsproblem genom att tydligt avgöra vilken population, kontext och utfall det berör (Forsberg & Wengström 2016, s. 61).

Tabell 1 – Presentation PEO

P - population	E - exposure	O - outcome
Äldre patienter ≥ 65 år	Hemsjukvård i Norden	Patienters erfarenheter

För att säkerställa att artiklar i en litteraturstudie är relevanta för syftet med studien används exklusions- och inklusionskriterier (Friberg 2022, s. 53). Utifrån PEO, inledande sökning samt Fribergs beskrivning formulerades exklusions- och inklusionskriterier för att begränsa litteraturstudiens innehåll (se tabell 2).

Tabell 2 – Tillämpade exklusions- och inklusionskriterier

Exklusionskriterier	Inklusionskriterier
Anhörigvård	Patientens erfarenheter
Telemedicin, e-hälsa	Hemsjukvården
Litteraturstudier	Ålder ≥ 65
Kvantitativa forskningsstudier	Forskning utförd i Norden

Avgränsningarna för forskningsområdet utöver ovannämnda kriterier utformades utifrån resultatet av inledande sökningar. De avgränsningar som tillämpades i sökningen var att artikeln skulle vara skriven på engelska, vara peer reviewed och publicerad mellan åren 2012 och 2025.

Datainsamling

Artikelsökningen utfördes i Medline och CINAHL som enligt Forsberg och Wengström (2016, s. 65) är två vetenskapliga databaser som innehåller en samling tidskriftsatiklar inom medicin respektive omvårdnad. För att uppnå ett relevant sökresultat lyfter Östlund (2022, s. 94-96) att sökord kan kombineras genom användning av boolesk sökteknik. Det innebär att AND, OR eller NOT används mellan de olika sökorden. En ytterligare sökteknik som kan användas är trunkering. Genom att tillämpa metoden kan sökordet ge träffar för en hel ordstam. Söktermen "nurs*" kan exempelvis ge ett resultat på "nurse", "nursing" och "nurses" samtidigt, i stället för att skriva ut alla tre sökorden separat. Vidare beskriver Östlund (2022, s. 91-92) att citattecken kan tillämpas för att undvika att termerna vid särskrivna ord ger separata sökträffar. De söktekniker som tillämpades vid datainsamlingen var boolesk sökteknik, trunkering samt citattecken. Efter valda söktekniker skapades sökord utifrån studiens syfte, med hjälp av PEO och databasernas ämnesordlistor. Exempelvis användes sökorden "home health nursing" och "patient experience*". Filter anpassade efter förbestämda avgränsningar och inklusionskriterier applicerades dessutom i sökningen för att få ett relevant sökresultat. Efter genomförd sökning gjordes ett litteratururval som dokumenterades i en översiktstabell tillsammans med de sökord och avgränsningar som tillämpades (se bilaga 1). Detta i enlighet med Östlunds (2022, s. 106) beskrivning av att ett litteratururval genomförs som i sin tur dokumenteras och presenteras för läsaren. Processen ska innehålla information om hur

många träffar sökningen har gett, hur många titlar som lästes och eventuella dubletter som sorterades bort. Det ska även finnas information om hur många artiklars abstract som lästes, antalet artiklar lästa i sin helhet samt vilka artiklar som kvalitetsgranskades och till sist valdes ut. Datainsamlingen gav träffar på totalt 93 artiklar varav samtliga titlar från sökningen i de båda databaserna lästes igenom. Dubletter sorterades ut och abstract från 40 artiklar lästes. Av de artiklarna bedömdes 13 artiklar vara relevanta till syftet och hela artikeln lästes. Därefter valdes totalt åtta artiklar ut för kvalitetsgranskning.

Kvalitetsgranskning

De artiklar som ingår i en litteraturbaserad studie ska kvalitetsgranskas för att säkerställa att artikeln svarar mot studiens syfte samt att materialet är av god kvalitet (Friberg 2022, s. 54). De åtta artiklarna som valdes ut för kvalitetsgranskning granskades utifrån mallen *Bedömning av studier med kvalitativ metodik* (Statens beredning för medicinsk och social utvärderings [SBU] 2022a) (se bilaga 2). Granskningsmallen inkluderade exempelvis frågor om studien har ett lämpligt urval och lämplig datainsamlingsmetod efter studiens syfte samt vilken analysmetod som används. Dessutom inkluderades en granskning av artikelförfattarnas förförståelse. För att använda granskningsmallen korrekt användes tillhörande manual (SBU 2022b). Granskningsmallen utgick inte från ett poängsystem utan granskaren gör en sammanställd helhetsbedömning av forskningens kvalitet. SBU (2024) beskriver att valet att inte poängsätta frågorna baseras på att varje fråga skiljer sig åt i betydelse beroende på område. Kvalitetsgranskningen genomfördes gemensamt av båda författarna. Sju av åtta artiklar ansågs ha små eller obetydliga brister och inkluderades därav i studien. En artikel hade en bristande metodbeskrivning vilket medförde att några av frågorna besvarades med svarsalternativet ”oklart”. Beslutet togs att artikeln inte hade stora metodologiska brister och inkluderades därmed. I samband med kvalitetsgranskningen gjordes även en etisk bedömning av artikeln, detta kommer att fördjupas under forskningsetiska ställningstaganden. Alla enskilda artiklars sammanvägda kvalitetsbedömning från granskningen presenteras i bilaga 3.

Dataanalys

Dataanalysen utgick från Fribergs (2022, s. 176-180) fem steg.

1. Läs igenom studierna flera gånger, lägg fokus på resultatet.
2. Identifiera nyckelfynd i resultaten, nyckelfynden ska kopplas till syftet med litteraturstudien.
3. Sammanställ nyckelfynden från studierna för att få en överblick över materialet.
4. Jämför de olika studiernas resultat; likheter/skillnader
5. Gruppera resultatet i subkategorier och kategorier.

För de artiklar som ingick i analysen fördes titel, artikelförfattare och publiceringsår in i ett Excel-kalkylblad samt numrerades från ett till åtta. Hela artikeln lästes sedan igenom två gånger och därefter lästes endast artiklarnas resultat igenom ytterligare två gånger innan nyckelfynd markerades. Artiklarnas resultat skrevs ut i pappersformat och nyckelfynden markerades med en blyertspenna. Denna del av processen gjordes enskilt. För att säkerställa att det utvalda materialet var kopplat till studiens syfte skrevs syftet tydligt på en whiteboardtavla och var uppskrivet under hela analysens process. Syftet

skrevs även upp på fyra post-it lappar som sattes på författarnas datorer och plastmappar med de artiklar som ingick i analysen. Efter enskild identifikation av nyckelfynden gick författarna för den befintliga studien igenom fynden tillsammans. Gemensamt togs beslut över vilka nyckelfynd som var relevanta till studiens syfte. Dessa markerades med en överstrykningspenna. Alla nyckelfynden fördes in i ett Exceldokument, där varje enskild artikel hade ett separat kalkylblad och numrerades med artikelnumret som tidigare angivits. Nyckelfynden översattes och sammanfattades till en kort beskrivning. Beskrivningen tillsammans med nyckelfynden skrevs ut. De klipptes ut och lades på ett bord för att få en överblick av materialet. Sedan sorterades fynden in i grupper utifrån område. Utifrån grupperingarna skapades tolv subkategorier och två kategorier. Till sist sammanställdes nyckelfynden i ett gemensamt kalkylblad och grupperades utifrån dess subkategori (se tabell 3).

Tabell 3 – Exempel från analysprocessen

Nyckelfynd	Beskrivning	Subkategori	Kategori
"If the nurses had extensive experience working with older individuals, they demonstrated a deep understanding of the functioning of older persons. As such, the participants believed that the nurses had an insightful understanding of the necessary support, whether they requested it or not." (5)	Sjuksköterskor med lång erfarenhet ansågs ha en djupare förståelse för den äldre patienten.	Vårdpersonalens kompetens	Upplevelser av vårdpersonal
"Clients experienced that nurses' behaviour was predominantly hasty and restless, and they had to conduct several tasks simultaneously, for example nurses heated meals in the microwave and administered morning medications at the same time." (7)	Patienter beskriver vårdpersonalen som stressad, de gör flera saker samtidigt.	Stressad vårdpersonal	Upplevelser av vårdpersonal

Forskningsetiska ställningstaganden

Examensarbeten på kandidatnivå behöver inte enligt lag (SFS 2003:460) genomgå etikprövning av en myndighet. Däremot har författarna ett ansvar att säkerställa att forskningsstudien utförs på ett etiskt godtagbart sätt (Kjellström 2023, s. 65). För att upprätthålla en god forskningsetik kontrollerades det att forskningsstudierna var prövade och godkända av landets eller regionens etikmyndighet, detta på grund av att de flesta tillhörande länderna i Norden (Sverige, Finland, Danmark, Norge och Island) har som krav att forskning som avser att studera människan ska prövas av en nationell myndighet respektive en regional kommitté (SFS 2003:460; Finlex 488/1999; LOV 2011-06-14 nr. 593; Helseforskningsloven 2008-06-20-44; Alþingishúsið 2014 nr. 44 24). Det kontrollerades även att samtliga forskningsdeltagande hade gett samtycke att delta i studien, enligt Belmontrapportens etiska principer. Belmontrapporten stärker människans rättigheter när människan är en forskningsdeltagare. Department of Health, Education, and Welfare (1979) beskriver att Belmontrapporten består av de tre etiska principerna rättvisepincipen, göra-gott principen och respekt för personen. Principerna innefattar att

deltaganden ska ge informerat samtycke vilket innebär att de får anpassad information om studien för att kunna fatta ett egentligt beslut. Deltagandet ska dessutom vara frivilligt och forskningsstudien ska skydda den sårbara människan samt säkerställa att deltagande inte utsätts för skada eller lidande (Department of Health, Education, and Welfare 1979). Vid bristande etiska resonemang hade författarna förbestämt att forskningsstudien skulle exkluderas. Alla artiklar var godkända och inkluderades därmed i studien. Den sammanvägda etiska bedömningen presenteras i bilaga 3.

En ytterligare etisk aspekt som ska granskas och beaktas är forskarnas förförståelse. Omedveten förförståelse kan påverka datainsamling, dataanalys samt resultatredovisningen (Henricson 2023, s. 496). Författarna har erfarenheter från VFU och arbete inom hemsjukvården. Den ena författaren mötte flertalet patienter som uttryckte ett missnöje med att vårdas i hemmet, medan den andra författaren mestadels mötte patienter som var nöjda. Detta väckte ett intresse för att studera patienters upplevelser av hemsjukvård. För att begränsa inflytandet diskuterade författarna sin förförståelse innan studiens start. När artiklarna valdes ut strävade författarna efter att vara objektiva och inkludera artiklar som beskrev patienters positiva och negativa erfarenheter. Författarna var öppna med sin förförståelse och tillämpade ett reflektivt förhållningsätt under hela studiens process.

RESULTAT

Resultatet utgår från åtta vetenskapliga artiklar publicerade mellan åren 2013-2024 i de nordiska länderna Sverige (n = 4), Norge (n = 3) och Finland (n = 1). Ur analysen framkom två kategorier och tolv subkategorier (se tabell 4).

Tabell 4 – subkategorier och kategorier

Subkategori	Kategori
<ul style="list-style-type: none"> • Hemmet som vårdmiljö • Vården i hemmet • Vårdens tillgänglighet • Individanpassad vård • Tid för hembesök • Kontinuitet i vårdandet • Möjlighet till delaktighet 	Upplevelser av vården som bedrivs i hemmet
<ul style="list-style-type: none"> • Vårdpersonalens kompetens • Tydlig information från vårdpersonal • Mötet med vårdpersonal • Stressad vårdpersonal • Vårdrelationer och samtal 	Upplevelser av vårdpersonal

Upplevelser av vården som bedrivs i hemmet

De äldre patienterna beskriver blandade upplevelser av hemmet som vårdmiljö. De kan uppleva sammanhang och glädje men de kan också uppleva en känsla av utsatthet. Patienterna lyfter sina upplevelser för hur vården bedrivs i hemmet, dess tillgänglighet och hur den anpassas utifrån dem som individer. De beskriver även en delad bild av sin möjlighet till att påverka när hembesöken ska ske, hur kontinuiteten ser ut och sin delaktighet i vårdandet.

Hemmet som vårdmiljö

Den äldre patienten upplevde att det både var positivt (Driller et al. 2024; Hoel et al. 2021) och negativt att vårdas i hemmet (Jarling et al. 2018; Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Svanström, Johansson Sundler, Berglund & Westin 2013). Hemmet beskrevs som en miljö som bidrar till en känsla av sammanhang och glädje. Det var en plats för återhämtning och det gav dem en känsla av självsäkerhet och normalitet. De beskrev dessutom att hemmet som vårdmiljö gav dem möjlighet till självständighet (Driller et al. 2024). Patienterna kunde även uppleva det motsatta, där de upplevde att deras privatliv offrades när vården kom in i hemmet (Jarling et al. 2018). De äldre patienterna beskrev dessutom att de upplevde svårigheter med sin identitet när de hade ett tydligt vårdbehov i hemmet (Svanström et al. 2013). När vården bedrevs i hemmet upplevde patienter att hemmet blev till en arbetsplats (Jarling et al. 2018). Patienter beskrev även hur vårdpersonal hade en bristande respekt för deras privata hem (Jarling et al. 2018; Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Vårdpersonalen hade tillgång till nyckel och gick in i hemmet utan att knacka, detta upplevdes som obehagligt för patienten. Vidare beskrev patienter i en annan studie att det kunde upplevas som att hemmet blev som ett vandrarhem med vårdpersonal som bara kommer och går (Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi & Pietilä 2014). Patienter uttryckte en känsla av utsatthet när de möter ett flertal olika vårdpersonal i hemmet, bland annat när de tvingas visa sig nakna för en främling. Patienter upplever dessutom att det var stressande att behöva öppna upp sitt privata hem (Jarling et al. 2018). Andra patienter lyfte att det blev svårare att vara deltagande i samhället efter att de hade fått hemsjukvård (Svanström et al. 2013). Samtidigt kunde patienter uppleva det säkert och smidigt att ta emot hjälp i hemmet medan andra patienter beskrev en oro för att bli helt beroende av vården. Patienter uppgav att det var jobbigt att acceptera behovet av hjälp (Gerdin, Hellzén, Alm & Rising 2024). Det var även svårt för andra patienter att förbereda sig för att ta emot vård i hemmet när de fortfarande var självständiga i vissa delar (Jarling et al. 2018). När patienterna tog emot vården gav de inga förslag för anpassningar utan accepterade vården som erbjöds. Acceptansen grundades i deras tacksamhet för att bo kvar i hemmet (Hoel et al. 2021).

Vården i hemmet

Patienter upplevde att den vård som bedrevs i hemmet främst gällde ADL, så som hjälp med mat och hygien. Vissa patienter beskrev vården som att den gick på löpande band (Turjamaa et al. 2014) medan andra beskrev vården som oförutsägbar (Hoel et al. 2021). Patienter med demenssjukdom uttryckte att de var osäkra på hur de hade fått hemsjukvård, vilken hjälp de fick och hur ofta vårdpersonalen var där. De kunde också uppleva att det var svårt att förstå hur vården var organiserad (Hoel et al. 2021). Andra patienter beskrev vården som fragmenterad samt att vårdpersonalen var från både kommunala och privata organisationer (Turjamaa et al. 2014).

Patienternas upplevelse av vården som bedrevs i hemmet varierade. Några patienter kände sig osäkra med vården (Svanström et al. 2013), medan andra patienter upplevde att de kunde lita på den (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Patienterna i Kattouw, Aase och Viksveens (2024) studie beskrev att de överlag var nöjda med den vård som bedrevs i hemmet. Andra patienter uttryckte att de kände sig tvingade till att vara tacksamma över

den vård som de fick (Jarling et al. 2018). En del patienter upplevde att de hade ett samarbete med vården där patienten förberedde sig inför vårdbesöken. De beskrev även vården som transparent där de kunde se vad sjuksköterskan dokumenterade och fick vara med när sjuksköterskan tog kontakt med läkaren (Näsström, Idvall & Strömberg 2013).

Vårdens tillgänglighet

Att vården var lätt att tillgå och alltid var tillgänglig gav patienterna en känsla av trygghet (Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Hoel et al. 2021; Gerdin et al. 2024). Patienterna kunde kontakta sin sjuksköterska under sjuksköterskans arbetstid vilket gav dem trygghet (Gerdin et al. 2024). Trygghetskänslan infanns även då patienterna uppmanades att ta kontakt med sjuksköterskan vid eventuell försämring (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Vid försämring hade patienterna en god kommunikation med sjuksköterskan som vid behov samordnade nödvändig vård. Patienterna undvek dock att ta kontakt med sjuksköterskan om det inte absolut var nödvändigt (Gerdin et al. 2024). Däremot upplevde vissa patienter att väntetiden var lång från det att de larmat, till att vårdpersonalen kom hem till dem. Detta kunde leda till oönskade situationer där patienten till exempel inte hann ta sig till toaletten. Vid akuta situationer upplevdes svarstiden överlag vara bra, men det fanns också tillfällen där det tog längre tid för patienten att få hjälp (Kattouw, Aase & Viksveen 2024).

Individanpassad vård

Vissa patienter upplevde att vården var anpassad efter deras individuella förutsättningar (Näsström, Idvall & Strömberg 2013) medan andra patienter tyckte att vården endast till liten del var individanpassad (Hoel et al. 2021). Patienterna beskrev att de hade olika valmöjligheter vad gäller anpassningar beroende på vart de bodde (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). En annan upplevelse som beskrevs var att de försökte vara vårdpersonalen till lags eftersom de kände sig beroende av vårdpersonalen och dess stöd. Patienterna berättade att de inte klagade eller ställde krav på vården utan att de i stället försökte anpassa sig efter vårdpersonalens behov (Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Vården uppfattades även som förutbestämd, men vårdpersonalen uppmanade patienterna att uttrycka sina önskemål och behov (Hoel et al. 2021). I studien av Jarling et al. (2018) beskrev patienter att de inte hade någon möjlighet att välja vilken vård de fick eller hur den var utformad, de kände sig tvingade att anpassa sig efter vården då de var beroende av den. Däremot uttryckte patienterna att de vet att de har rätt till att ställa krav på vården (Jarling et al. 2018) samt att de har ett ansvar att säga till om något inte skulle stämma överens med deras vilja (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Samtidigt upplevde patienterna det svårt att ställa krav på vården (Svanström et al. 2013; Jarling et al. 2018) och vissa upplevde ångest när de skulle uttrycka sina behov (Jarling et al. 2018). När patienten inte kunde nå ut med sin vilja bidrog det till en känsla av ensamhet (Svanström et al. 2013).

Vidare upplevde patienterna att deras valmöjligheter för övriga livet minskade när de behövde anpassa sig efter vårdens rutiner, schema och behov. Patienterna förklarade att det krävs en uppoffring av gamla rutiner och flexibilitet för att anpassa sig efter vårdens tidsschema, exempelvis behövde de anpassa tiden för dusch och sänggående (Jarling et al. 2018; Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Vården kunde av andra patienter upplevas

som flexibel (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Patienter lyfte att sjuksköterskan anpassade arbetet efter deras behov, något som bidrog till en känsla av att bli sedd. Sjuksköterskan tog också kontakt med olika vårdinstanser för att kunna tillgodose patienternas individuella behov (Gerdin et al. 2024). Patienterna uttryckte att de vid vårdplaneringar för palliativ vård kände trygghet över att deras önskemål kommer att respekteras. De upplevde även en lättnad när deras anhöriga deltog och fick information om önskemålen (Driller et al. 2024).

Tid för hembesök

Flera patienter upplevde att vårdpersonalens besöks tid i hemmet var för kort (Gerdin et al. 2024; Svanström et al. 2013). I en studie uttryckte patienterna att det korta mötet bidrog till en känsla av att den sociala kontakten minskade (Gerdin et al. 2024). Andra patienter upplevde att det korta mötet gav en känsla av att inte vara involverad i besöket och det som skedde i hemmet (Svanström et al. 2013). I en studie av Hoel et al. (2021) uttryckte patienterna ett önskat behov av tätare och längre besök. Patienter beskrev att de vill få mer hjälp att komma ut i den friska luften eller hjälp att ta hand om hemmet. Patienterna hade dock en förståelse för att vårdpersonalen hade begränsad tid för dem eftersom de vårdar flera patienter.

Inplanerade hembesök bidrog till en trygghetskänsla för patienten. Patienterna fick vara delaktiga i beslutet om när vårdpersonalen skulle komma hem till dem samt vad de skulle göra (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). De planerade hembesöken var dock ovanliga, i de flesta fall levde patienterna med en ovisshet för när vårdpersonalen skulle komma och vem som skulle besöka dem. Patienterna visste dessutom inte vad som skulle göras under besöket (Svanström et al. 2013; Gerdin et al. 2024; Jarling et al. 2018). Patienter beskrev att de inte fick vara delaktiga i beslutet om tiderna för hembesöket med motiveringen att de ändå alltid är hemma. De som hade syn- och hörselnedsättning beskrev icke-planerade besök som en stor utmaning eftersom de upptäckte att någon var i huset först när de stod intill dem (Gerdin et al. 2024). Det fanns även patienter som inte visste om någon skulle besöka dem överhuvudtaget under dagen, något som resulterade i att patienten blev passiv (Svanström et al. 2013). I en annan studie framkom det att vårdpersonalen inte informerade patienterna om de skulle bli sena eller behövde ställa in besöket (Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Gemensamt för patienterna, som inte visste när vårdpersonalen förväntades att komma, var en känsla av ensamhet och otrygghet (Svanström et al. 2013; Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Hoel et al. 2021; Gerdin et al. 2024; Jarling et al. 2018). Å andra sidan var det patienter som upplevde att besöket och mötet med vårdpersonalen var viktigare än vetskapen gällande varför de var där, när de skulle komma eller vem som skulle komma (Hoel et al. 2021).

Kontinuitet i vårdandet

Ett litet vårdteam med hög personalkontinuitet gjorde att patienten upplevde att det var lättare att lära känna vårdpersonalen och ha något att prata om (Hoel et al. 2021; Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Det bidrog till delaktighet i vårdandet och att patienten fick en god relation till vårdpersonalen (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Hög kontinuitet och god kommunikation bidrog även till att patienten kände en pålitlighet för vårdaren (Driller et al. 2024). Däremot

beskrev patienterna att vårdpersonalens kontinuitet oftast var låg (Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Jarling et al. 2018; Hoel et al. 2021; Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Ytterligare faktorer som berörde en låg kontinuitet i den vård som bedrevs i hemmet var besökstiderna samt vårdens förutsägbarhet (Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Patienterna upplevde att en stor personalomsättning gjorde att det var svårt att ha en kontinuerlig vårdrelation och att det var svårt att bilda trygga relationer till vårdpersonalen (Hoel et al. 2021). De beskrev att den låga kontinuiteten gjorde att de fick upprepa information för varje ny person som kom (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Bristande kontinuitet kunde medföra att vården sågs som ostrukturerad och opersoncentrerad. Stor personalomsättning kunde även upplevas som ett hot mot patientens integritet (Jarling et al. 2018). Andra patienter uttryckte att det inte var ett problem att vårdas av flera olika personer (Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Hoel et al. 2021; Jarling et al. 2018). De såg det som en möjlighet att lära känna människor med olika bakgrunder och som en möjlighet att skapa nya relationer (Jarling et al. 2018; Kattouw, Aase & Viksveen 2024).

Möjlighet till delaktighet

Att vara delaktig i vården som bedrivs i hemmet var viktigt för patienterna. De hade en önskan om att vara delaktiga, men deras erfarenheter varierade (Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Jarling et al. 2018; Gerdin et al. 2024; Driller et al. 2024; Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Hoel et al. 2021). Vissa patienter beskrev att vården redan var förutbestämd och att de inte hade en möjlighet att påverka den (Hoel et al. 2021). Andra patienter berättade att de inte kan påverka hur vården ska utvecklas och se ut i framtiden (Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Patienter upplevde att vårdpersonalen inte frågade efter patientens åsikt utan drog egna slutsatser för vad de antog att patienten önskade (Gerdin et al. 2024). Patienterna beskrev att de var delaktiga i vården eftersom det var deras egna beslut att ta emot hemsjukvård, delaktigheten bidrog till att de kände livskvalitet. De beskrev också att samarbetet med vården gjorde att de kunde hantera sin situation. Delaktigheten medförde dessutom att patienten kunde uttrycka sina önskemål och få en känsla av kontroll. Ett sätt för patienterna att uppleva delaktighet var när de fick vara med och bestämma besökstiden (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Patienterna uppskattade möjligheten att ha kontroll över dagliga rutiner och behålla små nöjen. Vidare beskrev patienterna att de uppskattade att få tydlig information, bli respekterade och bli vägleda inför vad som kommer hända framöver (Driller et al. 2024). Enligt patienterna kunde de vara delaktiga och påverka sin behandling när de var inskriva i hemsjukvården (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Genom vårdplaneringar fick de möjlighet att uttrycka vad de tyckte var viktigast och detta gav dem en känsla av kontroll. Patienterna uppgav att de även utan vårdplaneringar upplevde att de hade möjlighet till att uttrycka sina önskemål och bekymmer (Driller et al. 2024). Delaktighet i vårdandet kunde uppnås på två olika sätt, att patienten själv tog beslutet eller lämnade över beslutsansvaret till vårdpersonalen. Patienter upplevde vårdpersonalen som kompetent och kände en lättnadskänsla över att lämna över ansvaret. Det var ändå viktigt för patienterna att få fortsatt tydlig information för att upprätthålla känslan av att vara involverad (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Patienter med demenssjukdom visste inte hur de kunde vara delaktiga och påverka vården, men de trodde att de skulle involveras vid större beslut (Hoel et al. 2021).

Delaktigheten påverkades enligt patienterna av flera faktorer. Samtalen och kommunikationen mellan vårdare och patient ansågs som viktig (Jarling et al. 2018; Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Brister i öppen och tydlig kommunikation bidrog till sämre inflytande för patienterna (Jarling et al. 2018). Om patienterna dessutom upplevde en bristande pålitlighet till vårdarna blev kommunikationen sämre, vilket bidrog till bristande delaktighet. När besöken var korta och uppgiftsfokuserade upplevde patienterna att de inte var delaktiga i vårdandet. Delaktigheten förbättrades när vården var personcentrerad. När vårdpersonalen lyssnade och svarade på patienternas frågor samt då de gav råd upplevde patienter delaktighet i vården (Näsström, Idvall & Strömberg 2013).

Upplevelser av vårdpersonal

De äldre patienterna möts av ett flertal vårdpersonal i hemmet med olika kompetenser. De upplever att det är viktigt med tydlig information i vårdandet. Patienterna lyfter dessutom deras upplevelser av mötet med vårdpersonalen samt att de ofta är stressade. De beskriver även vårdrelationens betydelse.

Vårdpersonalens kompetens

Patienterna upplevde att vårdpersonalens kompetens var viktig för vårdandet (Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Patienterna beskrev att vårdpersonal med bristande kompetens missade att ge medicin, missade viktig information om patienten och inte visste hur de skulle använda olika förflyttningshjälpmedel. Viss vårdpersonal beskrevs även ha otillräckliga språkkunskaper. Patienterna upplevde att vårdpersonalen saknade utbildning och inte hade den kompetens som behövdes för att möta de krav som fanns. Det ledde till att patienterna upplevde det som att vårdpersonalen övade hemma hos dem (Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Andra patienter beskrev att vårdpersonalen upplevdes vara kompetent (Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Gerdin et al. 2024). De beskrevs som engagerade, entusiastiska, lösningsorienterade och flexibla efter patientens önskemål (Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Vårdpersonal med lång erfarenhet ansågs ha en djupare förståelse för den äldre människan och de upplevdes lära känna patienten. Detta gjorde att patienterna kände sig respekterade (Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Gerdin et al. 2024).

Tydlig information från vårdpersonal

Att få tydlig information om vården var viktigt för patienterna. De beskrev en önskan om att få mer information och kunskap samt att informationen ska vara tydlig (Gerdin et al. 2024; Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Patienter upplevde att en brist på kunskap bidrog till en oros känsla (Gerdin et al. 2024). De ville att informationen skulle förmedlas med ett begripligt språk utan komplicerade medicinska termer (Gerdin et al. 2024) och önskade att vårdpersonalen skulle ta initiativ till att dela mer information med dem (Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Patienterna upplevde att de fick svar på frågorna de ställde, men vissa hade ett fortsatt behov av att ställa fler frågor (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Vissa patienter beskrev att det var svårt att veta var information gick att hitta eller vem de skulle fråga, men att vårdpersonalen hade fungerat som stöd i detta

(Gerdin et al. 2024). Andra patienter beskrev vårdpersonalen som lyhörda och att de fick svar på sina frågor på ett förståeligt sätt (Driller et al. 2024).

Mötet med vårdpersonal

Patienter beskrev att de kände sig beroende av vårdpersonalens stöd för att kunna fortsätta bo kvar i sitt hem (Driller et al. 2024; Gerdin et al. 2024). Ett exempel av en uppskattad tjänst som lyftes av patienterna var hjälp med läkemedel (Hoel et al. 2021; Turjamaa et al. 2014). Patienterna beskrev de flesta av vårdpersonalen som lyhörda, respektfulla och empatiska (Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Driller et al. 2024). Vårdpersonalen hade respekt för patientens hem samt hade det engagemanget och medlidande som patienten förväntade sig (Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Patienter uttryckte dessutom att vårdpersonalen arbetade utifrån ett patientperspektiv där patientens röst blev hörd. De visade även ett intresse för patientens berättelse och åsikter (Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Driller et al. 2024). Vid mötet med vårdpersonalen upplevde patienterna att de blev bekräftade och omhändertagna, vilket gav dem trygghet (Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Hoel et al. 2021). Patienterna var överlag nöjda med den vård som bedrevs, men de uttryckte att viss vårdpersonal uppskattades mer än andra (Hoel et al. 2021).

De äldre patienterna beskrev att vårdpersonal hade en bristande respekt för deras privata hem. De tog privata samtal, lämnade patientens kläder på golvet samt använde deras toalett utan att be om lov (Jarling et al. 2018; Kattouw, Aase & Viksveen 2024). De kunde även möta patienterna med en otrevlig ton och vissa patienter beskrev att de blev utskälda av vårdarna. Vårdpersonal med språkförbristning upplevdes prata mindre med patienten och vid de korta samtalen som ägde rum uttryckte patienter att de pratade så pass högt att de blev rädda. Hygienen från viss vårdpersonal sviktade dessutom. De kunde ha en dålig andedräkt och lukta starkt från parfym (Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Patienter upplevde beteendet som otrevligt och de uttryckte en känsla av utsatthet (Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Jarling et al. 2018). Vårdpersonalen upplevdes vara uppgiftsfokuserad vilket medförde att patienten inte kände sig sedd (Svanström et al. 2013; Gerdin et al. 2024). När omvårdnadspersonalen inte tog sig tid för att sätta sig ner vid bordet bidrog det till att patienten förlorade lusten att äta (Svanström et al. 2013). Andra patienter lyfte möten där det upplevdes som att sjuksköterskans fokus endast var på såret vilket medförde att patienterna inte kände sig sedda (Gerdin et al. 2024). När patienterna inte blev sedda av vårdpersonalen beskrev de en känsla av ensamhet och osäkerhet (Gerdin et al. 2024; Svanström et al. 2013). Vårdpersonalens bemötande kunde väcka jobbiga känslor hos patienter vilket de hanterade genom att sova, något som påverkade deras hälsa negativt (Svanström et al. 2013).

Stressad vårdpersonal

Patienter beskriver att mötet i hemsjukvården är mindre stressat i jämförelse med andra vårdinstanser (Näsström, Idvall & Strömberg 2013). Samtidigt upplevde ett flertal patienter att hembesöken från vårdpersonalen var för korta (Gerdin et al. 2024; Svanström et al. 2013) samt att vårdpersonalen var stressade när de var hemma hos dem (Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Turjamaa et al. 2014; Gerdin et al. 2024; Svanström et al. 2013). Vid ett stressat besök nämnde patienter att de inte blev sedda och att vården blev opersonlig. Vårdpersonalen utförde flera saker samtidigt och var endast fokuserad på att

utföra arbetsuppgiften, vilket gjorde att patienten inte fick möjlighet att vara delaktig i vårdandet (Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Turjamaa et al. 2014; Gerdin et al. 2024; Svanström et al. 2013). Dessutom upplevdes stressad vårdpersonal vara hårdhänta (Kattouw, Aase & Viksveen 2024). Stressad vårdpersonal gjorde att patienterna inte kände sig sedda (Svanström et al. 2013), vilket medförde att de drog sig tillbaka (Hoel et al. 2021; Jarling et al. 2018). Patienter uttryckte även att de valde att inte be om hjälp när vårdpersonalen var stressad, eftersom de inte ville vara en börda (Hoel et al. 2021; Jarling et al. 2018). I det stressade mötet nämnde även patienter att det inte fanns tid för konversation, vilket bidrog till en känsla av utanförskap och ensamhet. Å andra sidan uppskattade patienterna att de fick sällskap trots att besöket var stressat. Patienter nämnde att de har en förståelse för att vårdpersonalen är stressade, men de uttryckte en längtan för att få tid för djupa samtal (Svanström et al. 2013).

Vårdrelationer och samtal

Något som patienter uppskattade med vården i hemmet var möjligheten att skapa relationer med vårdpersonalen. Relationerna var viktiga och ansågs värdefulla för patienterna (Hoel et al. 2021; Turjamaa et al. 2014; Kattouw, Aase & Viksveen 2024; Jarling et al. 2018). Patienternas relation med anhöriga var även viktig för vårdandet i hemmet. De oroade sig däremot för att vara vårdpersonal och anhöriga till besvär när de bodde kvar i hemmet (Driller et al. 2024). Samtalet och relationen mellan patienter och vårdpersonal bidrog till välbefinnande och trygghet (Turjamaa et al. 2014; Driller et al. 2024). När vårdpersonalen tog sig tid för att sätta sig ner och prata med patienten minskade ensamhetskänslorna. Längden på samtalet spelade ingen roll utan alla samtal upplevdes värdefulla (Jarling et al. 2018). I en trygg relation kunde patienterna även öppna upp sig i samtalet och de kunde prata om ämnen som berörde deras fysiska och psykiska mående (Näsström, Idvall & Strömberg 2013; Turjamaa et al. 2014). Patienter beskrev även att de kände sig trygga med att ställa frågor (Gerdin et al. 2024). Relationerna kunde vara begränsad för patienten och de beskrev att de inte kunde skapa en trygg relation med alla. Patienter beskrev att det var svårt att släppa in all vårdpersonal som de mötte eftersom det var en hög personalomsättning. Dessutom kunde de inte välja vem de skulle skapa en vårdrelation med, de valde inte vem som vårdar dem i hemmet (Jarling et al. 2018). För att skapa en god relation nämnde patienterna att personkännedom var viktigt. Relationen byggde dessutom på en ömsesidig kommunikation med ett gemensamt ansvar för både patient och vårdare (Hoel et al. 2021). Vid en god relation beskrev patienter den som vänskaplig och familjär (Jarling et al. 2018; Gerdin et al. 2024; Hoel et al. 2021; Turjamaa et al. 2014) och mötet med vårdpersonalen beskrevs som höjdpunkten på dagen (Turjamaa et al. 2014).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Design

Syftet med studien var att sammanställa tidigare forskning för att belysa den äldre patientens upplevelser av att vårdas i hemmet i Norden. För att svara på syftet användes en integrerad litteraturöversikt av kvalitativ forskning inspirerad av metasyntes. Metoden var en litteraturöversikt vilket medförde att empirisk forskning kunde sammanställas för

att skapa en djupare förståelse och en ny helhet för ett fenomen, det skriver Friberg (2022, s. 171). För att undersöka fenomenet kunde en intervjustudie tillämpas men det är för omfattande för de resurser som fanns att tillgå för den befintliga uppsatsen. Val av design, analys av kvalitativ forskning, medför att syftet kan besvaras eftersom det studerar människans upplevelser. En svaghet är att endast kvalitativ forskning lyftes fram vilket innebär att kvantitativa forskningsstudier inte inkluderades. Enligt Forsberg och Wengström (2016, s. 19) borde både kvalitativ och kvantitativ forskning inkluderas för att skapa ny evidensbaserad kunskap inom omvårdnadsarbetet. Å andra sidan anser författarna att kvantitativ forskningsmetod inte var relevant för att besvara studiens syfte. Detta eftersom kvantitativ forskning enligt Billhult (2023, s. 104) kartlägger, jämför eller ser samband mellan olika fenomen.

Urval

En styrka med urvalet är att endast artiklar som genomgått en kollegialgranskning, peer reviewed, inkluderades. Det stärker studiens trovärdighet enligt Henricson (2023, s. 494). En ytterligare styrka är att bekräftelsebarhet och överförbarheten kan anses hög eftersom processen var tydligt beskriven. Detta enligt Henricsons (2023, s. 494) beskrivning att överförbarheten och bekräftelsebarhet höjs om författarna tydligt beskriver hur de har gått tillväga. För att säkerställa detta har arbetet genomgått handledning där en handledare samt en annan studentgrupp har läst och bekräftat att processen är tydligt beskriven. De inklusions- och exklusionskriterier som implementerades möjliggjorde att de artiklar som valdes ut kunde kopplas till studiens syfte vilket är en styrka. Vid inledande litteratursökning var det flera forskningsstudier inom hemsjukvården som innefattade e-hälsa och telemedicin. Valet för att exkludera telemedicin och e-hälsa berodde på att studien hade som avsikt att belysa patientens upplevelse av vårdandet av personal och inte teknik. Ett ytterligare kriterium som exkluderas är anhörigvård. Detta för att fokusera på patientens upplevelse av den professionella vården som ingår i sjuksköterskans profession. Det kan vara en svaghet med arbetet eftersom patienters upplevelse av e-hälsa och anhörigvård inte inkluderades. Å andra sidan gav inkluderingen av dessa kriterier ett omfattat material som inte är möjligt att bearbeta för examensarbetets resurser.

Författarna har genom hela studien utgått från Socialstyrelsens (2024) definition av att den äldre patienten utgör den grupp med människor som är 65 år och äldre. En svaghet i arbetet är att två av åtta ingående artiklar som studerade den äldre patienten inkluderade patienter som var yngre än 65. Författarna tog ett gemensamt beslut att inkludera dessa artiklar om medelvärdet eller medianen var minst 65 år, detta sänker studiens pålitlighet. Valet av att endast studera forskning publicerat i Norden berodde på att resultatet av preliminära sökningar gällde hela världen, vilket gav ett omfattande resultat som var svårt att hantera för den befintliga studiens resurser. Friberg (2022, s. 102) beskriver att en avgränsning som kan tillämpas är litteraturens publicerings år, eftersom materialet är en färskvara. Friberg nämner ingen riktlinje att förhålla sig till men författarna valde att söka på forskning som sträcker sig från tio år tillbaka. Tillämpningen av forskning utförd i Norden var ett smalare område och krävde att året för publicering vidgades från år 2015 till 2012. Litteratursökningen gav träffar på forskning från de flesta av de nordiska länderna. Efter tillämpning av förbestämda exklusions- och inklusionskriterier var det endast artiklar från Sverige, Norge och Finland som var relevanta för studiens syfte. Det kan sänka trovärdigheten eftersom inte alla länder i Norden analyseras. Däremot kan det

vara en styrka för den befintliga studien att de inklusions- och exklusionskriterier som är skapade för att finna relevant forskning utifrån syftet följdes och endast artiklar som svarar an på studiens syfte inkluderats.

Datainsamling

Datainsamlingens trovärdighet stärks genom att sökorden går att koppla till syftet med studien (Henricson 2023, s. 494). För att välja ut relevanta sökord i förhållandet till syftet användes PEO-modellen. Sökorden anpassades också efter de olika databasernas ämnesord, Medline: "Home Care Services" samt "Home Health Nursing" och CINAHL: "Home Health Care" samt "home health nursing". En svaghet med datainsamlingen var att endast ämnesord inkluderades i sökningen för "hemsjukvård". Henricson (2023, s. 494) beskriver att specificiteten minskar eftersom de artiklar som inte använder ämnesorden inte inkluderas i sökningen. Å andra sidan kan ämnesorden enligt Östlund (2022, s. 92) tillämpas för att få en specifik sökning inom området. I översättningen från svenska till engelska användes Svensk MeSH för att översätta ordet hemsjukvård. Enligt Karolinska Institutet (u. å.) kan Svensk MeSH fungera som hjälp för att översätta olika medicinska termer eller för att hitta sökord inför en sökning i en databas. Vid översättning av begreppet patient och länderna i Norden användes Google översätt. Att ämnesordet hemsjukvård översattes med hjälp av Svensk MeSH ökar studiens trovärdighet eftersom korrekt term på engelska användes för att söka i databaserna. Ämnesorden medför att artiklar som studerar ämnet hemsjukvård inkluderas i sökningen. Alla artiklar som ingår i resultatet hade som inklusionskriterium att patienten skulle vara inskriven i hemsjukvården. Därefter studerades dess upplevelse av vårdpersonalen, antingen sjuksköterskan, omvårdnadspersonalen eller de båda. Därmed inkluderades även omvårdnadspersonalens vårdande i analysen. Alla länder som tillhör Norden (Sverige, Norge, Danmark, Finland, Island, Åland, Färöarna och Grönland) och ordet för dess invånare inkluderades även i sökningen. Länderna söktes inom samma sökblock men sökordet "Nordic" användes inte utan alla länder skrevs ut för att inkludera all potentiell forskning. Sökorden "sweden" och "swedish" skrevs med trunkering vilket även hade kunnat tillämpats för några av de andra länderna. Detta är en svaghet i datainsamlingen. Vid framtagandet av sökorden tog författarna hjälp av en bibliotekarie, både undervisning via föreläsning samt en workshop med individuell handledning. Sökningen genomfördes i två databaser vilket enligt Henricson (2023, s. 494) ökar trovärdigheten. Sökningen är presenterad i en tabell där det tydligt framkommer vilka sökord som använts, hur de har kombinerats, vilka begränsningar som tillämpades och när sökningen genomfördes. Det är dessutom beskrivet vad författarna gjorde med sökningen, antalet träffar och hur många som sedan lästes, kvalitetsgranskades och till slut valdes ut för att ingå i resultatet. Detta säkerhetsställer att datainsamlingen är tydligt och noggrann framförd, vilket enligt Mårtensson och Fridlund (2023, s. 485) stärker bekräftelsebarheten.

Kvalitetsgranskning

Alla inkluderade artiklar i resultatet kvalitetsgranskades gemensamt av författarna. Det stärker trovärdigheten enligt Henricson (2023, s. 495). Kvalitetsgranskningen genomfördes via en färdig bedömningsmall av SBU för kvalitativ forskning. Till mallen medföljer en manual som användes som stöd i bedömningen, detta för att kvalitetsgranskningen skulle bli korrekt. SBU (2024) beskriver att deras

granskningsmallar är skapade för att minska mänskliga feltolkningar vid granskning av litteratur. Granskningsmallarna baseras på internationella bedömningsverktyg som har översatts till svenska. SBU:s granskningsmall är en färdigkonstruerad mall med färdiga frågor vilket stärker trovärdigheten eftersom författarna inte på egen hand konstruerade frågorna. En nackdel med SBU:s granskningsmallar är att de inte använder ett poängsystem för att bedöma kvalitén. I stället ska granskarna göra en egen sammanställning av granskningen för att bedöma kvalitén. Det kräver att granskaren besitter en kunskap om kvalitetsaspekter. En fördel med det icke-poängsatta systemet är att de frågor som väger tyngst får ta en större plats i bedömningen än om det hade motsvarat en siffra.

De artiklar som genomgick kvalitetsgranskning bedömdes ha måttliga, obetydliga eller inga metodologiska brister. Ingen hade stora brister och därmed exkluderades ingen, men en artikel ansågs ha måttliga brister. Detta på grund av att forskarna inte tydligt beskrev deras existerande eller icke-existerande relation till deltagarna, samt om de hade ett reflexivt förhållningsätt vid dataanalysen. Den inkluderades eftersom artikeln beskriver att alla författare var delaktiga under processen. Det tolkades som att författarna haft ett reflexivt förhållningssätt och att datan validerades då den sågs från olika författares perspektiv. Huruvida forskarna har haft en relation med deltagarna framgår inte, men deltagarna var anonyma, de gav skriftligt samtycke och de har beskrivit de andra metodavsnitten tydligt. Det väger tyngre än artikelns brister.

Dataanalys

De inkluderade artiklarna i analysen var av kvalitativ metod. Henricson (2023, s. 495) nämner att det är lättare att få en överblick över artiklarnas resultat om de använt sig av samma datainsamlingsmetod. Alla inkluderade artiklar använde intervjuer vilket gjorde det möjligt att skapa en överblick och en ny helhet. En ytterligare styrka med dataanalysen var att den genomfördes både individuellt och gemensamt av författarna. Nyckelfynd markerades oberoende av varandra för att sedan gemensamt föra en diskussion och avgöra vad som svarade på syftet och inte. Innan dataanalysens start diskuterade författarna och skrev ner sina förförståelser. Genom ett reflektivt förhållningssätt var författarna medvetna om sin förförståelse under dataanalysen. Det går å andra sidan inte att utesluta att dataanalysen påverkades av förförståelsen, det nämner Henricson (2023, s. 496). Ingående artiklar i analysen var publicerade på engelska. Eftersom författarnas modersmål är svenska skulle det kunna medföra att författarna har misstolkat något i artiklarnas resultat vilket ska tas i beaktning. Detta kan påverka trovärdigheten, men båda författarna har läst alla artiklar och sedan diskuterat gemensamt vilket skulle kunna minska risken för feltolkning. Henricson (2023, s. 496) beskriver att grupphandledning stärker arbetets trovärdighet. Den befintliga studien har kontinuerligt granskats i en handledningsgrupp där två utomstående studenter och en handledare har läst arbetet vilket stärker arbetets trovärdighet.

Det resultat som grundas i dataanalysen är relevant för sjuksköterskan eftersom det kan bidra till en bredare förståelse för den äldre patientens upplevelse av att vårdas i hemmet, oavsett vem de vårdas av. Den befintliga studien fokuserar på sjuksköterskans profession eftersom det är en kandidatuppsats inom vårdvetenskap men att även inkludera patientens upplevelse av att vårdas av omvårdnadspersonal är aktuellt eftersom de ingår i det team

som sjuksköterskan leder. Resultatets överförbarhet kan anses som relativt hög vilket stärker trovärdigheten. Det grundar sig i Mårtensson och Fridlund (2023, s. 485) beskrivning av att en studies möjlighet för överförbarhet till andra grupper och kontexter påverkar arbetets trovärdighet. De artiklar som inkluderas i resultatet är utförda i Sverige, Norge och Finland. De olika sjukvårdssystemen i Norden liknar varandra (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021) vilket gör att resultatets överförbarhet till de nordiska länderna som inte ingår i resultatet är stor. Överförbarheten kan dessutom sträcka sig till andra länder med liknande sjukvårdssystem som Norden. Studiens resultat kan även överföras på den äldre patientgruppen som bor på vård- och omsorgsboende men en brist med studien är att den troligtvis inte kan överföras till en annan åldersgrupp i hemmet, så som barn.

Forskningsetiska ställningstaganden

Deltagarnas autonomi säkerhetsställs genom att ingående artiklar i en litteraturstudie är etiskt granskade av en kommitté (Mårtensson & Fridlund 2023, s. 487). Studien inkluderade endast artiklar som var prövade av en etisk myndighet eller kommitté, vilket är en styrka. Dessutom presenteras alla resultat som kunde kopplas till syftet, det inkluderade artiklar som beskrev patienters positiva och negativa upplevelser. Författarna tog även hänsyn till sina förförståelser genom att kontinuerligt reflektera kring dessa under arbetets gång samt tidigt presentera dem för läsaren. Det stärker studiens etiska förhållningsätt enligt Forsberg och Wengström (2016, s. 59).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att sammanställa tidigare forskning för att belysa den äldre patientens upplevelser av att vårdas i hemmet i Norden. Resultatet visar på att de äldre patienterna upplevde att relationen med vårdpersonalen var betydelsefull och att de huvudsakligen var nöjda med den vård de fick, men att den brast i vissa avseenden. Det kunde handla om delaktighet, att bli sedd, vårdpersonalens respekt samt att mötena var korta. De huvudfynd som identifierats och kommer att diskuteras utgår från följande subkategorier: *Hemmet som vårdmiljö, Möjlighet till delaktighet, Stressad vårdpersonal, Vårdrelationer och samtal.*

Hemmet som vårdmiljö

I resultatet framkom det att den äldre patientens upplevelse av att vårdas i hemmet var fragmenterad. Vissa beskrev att miljön var en plats för återhämtning medan andra patienter beskrev att det bidrog till att deras privatliv offrades. Vårdpersonal som hade tillgång till att öppna patientens hem gick in utan att knacka. Personal tog sig friheten över patientens privata hem och det tillsammans med att vårdpersonalen upplevdes komma och gå medförde att den äldre patienten upplevde en känsla av utsatthet. Hilli och Erikssons (2019) beskriver begreppet hemlöshet i sin forskning. De lyfter att i en trygg atmosfär skapas en känsla av trygghet och tillhörighet men i dess motsats väcks hemlösheten. Patienternas känsla av att bli utsatt när vårdpersonalen inte respekterade dem kan förklaras utifrån att patienterna var omringade av en negativ atmosfär som i sin tur bidrog till känsla av hemlöshet. Känslan kan dessutom enligt Hilli & Eriksson (2019) orsakas av dålig kommunikation och bristande respekt för patienten. Förutom

hemlösheten som kan uppstå byts rollerna då vårdpersonalen kliver in i patientens hem utan att fråga. Lantz (2007 s. 38) lyfter att detta ofta sker i en vårdsituation i hemmet. När vårdpersonalen klev in i patientens hem förlorade patienten makten och blev till en gäst. Inom vårdandet bär den professionella vårdpersonalen ett ansvar att värna om den andre personen och möta dess subjektiva upplevelse, det beskriver Eriksson (2015, s. 59-60). I vårdandet ingår det även att leka och lära. Detta framkommer enligt Eriksson (2015, s. 16) i konversationen. Vårdpersonalen skulle därmed tillsammans med patienten kunna föra ett samtal om hur den äldre patienten upplever situationen för att minska risken att patienten påverkas negativt. Att stanna upp och reflektera över hur händelsen kan ha upplevts av patienten är att leka och lära och gynnar patientens hälsoprocesser. En ytterligare åtgärd som kan tillämpas av vårdpersonalen är att göra sig hörda innan de går in i patientens hem. I resultatet framkom det att den äldre patienten upplevde en känsla av utsatthet när vårdpersonalen gick in utan att knacka. Det stärker forskningsstudien av Emmer De Albuquerque Green, Tinker och Manthorpe (2018) där de studerade den äldre patientens upplevelser av att vara delaktig i vården på ett vård- och omsorgsboende. Vårdpersonalen hade som regel att dörren inte fick öppnas innan någon knackade. Detta uppskattades av patienterna och de beskrev en känsla av trygghet när de själva hade kontroll när någon gick in i deras rum. Patientens sfär respekteras och deras privatliv skyddas genom att vårdpersonalen knackade innan de gick in till patienten. Med en enkel liten knackning kan den äldre patienten bjudas in i vården, de kan behålla sin roll som värd och de kan känna sig som hemma. Att knacka kan bidra till trygghet och minskat lidande och bör implementeras i den vård som bedrivs i hemmet samt i andra vårdkontexter som på ett vård- och omsorgsboende eller sjukhus.

Möjlighet till delaktighet

När patienterna upplevde delaktighet kände de livskvalitet och fick en känsla av att ha kontroll över sin situation. Återkommande i resultatet var däremot att den äldre patienten upplevde bristande delaktighet och hade en önskan om att få mer information från vårdpersonalen, vara med och bestämma besökstider samt ta beslut. Dahlberg och Segesten (2010, s. 112-113) skriver att patientens möjlighet till delaktighet kan variera efter vårdkontext. De skriver också att delaktighet handlar om att patienten ska ha möjlighet att påverka sin hälsosituation samt att det krävs att vårdpersonalen möter människan bakom sjukdomen. I en studie av Havana, Kuha, Laukka och Kanste (2023) visar det sig även att patienter inom sjukhusvården känner ett behov av att få information och att dålig kommunikation bidrog till att de hade svårt att vara delaktiga. Vidare visar studien att patienterna hade möjlighet att vara delaktiga i utvecklingen av vårdplanen och i olika beslut, men de beskriver också tillfällena där patienten upplevde att de inte blev inbjudna till att vara delaktiga i sin egen vård. Genom att jämföra den befintliga studiens resultat och Havana et al.:s (2023) forskning visar det på att finns en likhet mellan patienters upplevelse i hemsjukvården och i sjukhusvården gällande variationen i delaktigheten, vilket kan tyda på att patienternas upplevelser av delaktighet inte har påverkats av vårdkontexten. Detta innebär att det är något annat i vårdandet som påverkar patienternas känsla av delaktighet. Att ha ett vårdande perspektiv beskriver Eriksson (2015 s. 23-25, 33) har sin utgångspunkt i att dela vilket innebär att båda parterna är delaktiga och närvarande. Det innebär också att vårdaren ser till patientens behov och att de tillsammans, via lekandet, kan föra en konversation om vården för att höra patientens perspektiv och skapa en ny kontext. Kanske är det detta som brister i vården och kan vara

en förklaring till varför patienterna upplever bristande delaktighet, oavsett vilken vårdkontext de befinner sig i.

För att de äldre patienterna skulle känna delaktighet uppgav de att information var viktigt, detta bekräftar även patienter i studien av Havana et al. (2023). I en annan forskning beskriver vårdpersonalen att brist på information eller för mycket information vid ett och samma tillfälle kan göra det svårare för en patient att ta ett beslut (Lai et al. 2022). För att se till patientens önskemål och behov och samtidigt inte överösa dem med information är det en svår balansgång för sjuksköterskan. Det skulle kunna orsaka osäkerhet för hur informationsöverföringen borde gå till vilket skulle kunna vara en bidragande orsak till att de inte ger tillräcklig information och att patienterna därför upplever avsaknad av information. Eftersom patienterna uttrycker att bristande information leder till minskad delaktighet är det viktigt att sjuksköterskan lägger sina förutfattade meningar om vad patienten vill höra bakom sig. I stället ska patienten inkluderas vilket ställer krav på att det sker en dialog mellan sjuksköterskan och patienten, detta för att anpassa vården utefter patientens behov och förutsättningar.

Stressad vårdpersonal

I studiens resultat framgick det att den äldre patienten upplevde att vårdpersonalen hade tidsbrist och var stressade samt att de hade korta besökstider. Samtidigt uppgav patienterna att de förstod att vårdpersonalen hade lite tid eftersom de vårdar flera patienter. Patienterna upplevde att de inte blev sedda, att vården blev uppgiftsfokuserad samt att delaktigheten minskade när personalen var stressad. En forskningsstudie av Ruotsalainen, Jantunen och Sinervo (2020) visar att även vårdpersonalen upplever att de har tidsbrist för vårdandet i hemmet. De uppger att det känns som att de spenderar för lite tid med patienten och för mycket tid i bilen. Vårdpersonalen beskriver att arbetsbördan är hög och att det gör att de känner sig trötta och stressade. De upplever dessutom att de inte har tillräcklig med tid för att göra jobbet så som de önskar. Sjuksköterskor i hemsjukvården beskriver i en forskningsstudie av Mathiesen et al. (2023) att de har begränsad tid hemma hos patienten. Det leder till att arbetet blir uppgiftsfokuserad och att patienten missas. För att hantera tidspresen lyfter sjuksköterskorna att de måste ta vara på tiden i patientens hem. Den lilla tid de har måste vara av god kvalitet för att möta patienten. Detta visar på att tidsbristen som patienterna upplevde inom hemsjukvården inte är ensidig utan att även vårdpersonalen upplever den. Det visar också på att varken personalen eller patienterna är helt nöjda med utförandet av vården. Att vårda innebär att sjuksköterskan ser hela människan och genom att ansa via både ögon- och kroppskontakt kan patientens hälsoprocesser främjas (Eriksson 2015, s. 20, 53). Både vårdpersonal och den äldre patienten upplever att arbetet i en stressad situation blir arbetsfokuserad. I resultatet framkom det att personalen inte hade tid för att sätta sig ned tillsammans med patienten. Begränsad tid hos patienten kan leda till stressad vårdpersonal som i sin tur inte vårdar utifrån vårdandets grund och att patienter upplever ensamhet. Resultatet visade dessutom att patienterna upplevde att deras delaktighet minskade när de hade stressad vårdpersonal i hemmet. Patienten har enligt svensk lag (SFS 2014:821) rätt till att vara delaktig i sin vård, både vad gäller utformning och genomförande. För delaktighet krävs det även att vårdpersonalen ska möta patientens livsvärld (Dahlberg & Segesten 2010, s. 112-113), något som patienterna i resultatet uppgav att de saknade. Stressad vårdpersonal leder till ett sämre vårdande och avsaknad av delaktighet. Vad stressen beror på kan vara

den korta tid som vårdpersonalen har hemma hos patienten. Författarna för den befintliga studien har varit med om liknande situationer i vården där det var svårt att få med patienten i vårdandet när tiden inte fanns. Sammanfattningsvis tyder detta på att det finns en brist i hur organisationen är strukturerad och det krävs en omställning, inte bara för patienten utan även för samhällets hållbara utveckling.

Vårdrelationer och samtal

Den äldre patientens möte med vårdpersonalen var viktigt och betydelsefullt, detta framkom i resultatet. Relationen beskrevs som familjär och nära, bidrog till en trygghet och minskade patientens ensamhetskänslor. Den trygga relationen öppnade dessutom upp för samtal om patientens liv. I relation till Erikssons (2014, s. 55-56) beskrivning av begreppet vårdande är vänskapen mellan vårdare och patient ett sätt att visa omtanke och kärlek. Fortsättningsvis beskriver Eriksson (2015, s. 8, 50) att en vänskaplig relation bidrar till det naturliga vårdandet som kännetecknas av att vara kravlöst. Vårdandet innefattar även känslan och skapandet av trygghet och bidrar till en god hälsa. Resultatet visade på att mötet och relationen gav trygghet för den äldre patienten. Det skulle kunna antas att en trygg relation bidrar till en vårdande relation som stärker patientens hälsoprocesser. Forskning av Mathiesen et al. (2023) visar att relationen även var betydelsefull för sjuksköterskor som jobbar i hemsjukvården. Relationen liknade en familjs och det gav sjuksköterskorna en mening med vårdandet. De brydde sig om varandra och var intresserade av deras liv. Genom vårdandet trädde sjuksköterskorna in i patientens värld, men det krävde att de såg dem som en person och inte en patient. Det visar även vidare forskningsstudie av Mathiesen et al. (2024). Den familjära relationen trädde även fram mellan patient och sjuksköterska på en slutenvårdsavdelning. Klimatet och atmosfären resulterade i att patienterna blev sedda samt att de var delaktiga i vårdandet (Havana et al. 2023). Att möta patienten med ögonkontakt eller fysisk beröring hävdar Eriksson (2015, s. 20) är att vårda. När den äldre patienten blev sedd av vårdpersonalen i hemmet bidrog det till minskade ensamhetskänslor samt en ökad trygghet. Den vårdande relationen och samtalet bidrog även till delaktighet.

Relationerna bidrog dessvärre till att patienten inte ville vara vårdpersonalen till besvär. Återkommande i resultatet beskrev patienterna en förståelse för att vårdpersonalen hade mycket att göra och att de inte ville vara en ytterligare börda för dem. På grund av detta ställde inte patienterna krav på vården utan anpassade sig utifrån vårdarens behov. För den äldre patienten är en känsla av att vara i vägen och vara en börda återkommande i vården. I Ekdals (2012) avhandling beskriver den äldre patienten i sjukhusvården att de är mindre värda än den yngre generationen. De beskriver dessutom att det är vårdpersonalen som har makten i den vårdande situationen och miljön. Det är därmed viktigt för sjuksköterskan att ha den äldre patientens upplevelse av att vara en börda i beaktning eftersom det kan leda till att patienterna inte berättar det som tynger dem. Ovissheten för patientens upplevelse kan i sin tur bidra till lidande och ohälsa eftersom den äldre patientens önskemål och behov hamnade i skymundan för vårdpersonalen.

Hållbar utveckling

Den äldre patientens upplevelse av att vårdas i hemmet av vårdpersonal i Norden visar på att det finns styrkor och förbättringsmöjligheter i vården. Den äldre generationen växer i

samhället och det är en utmaning att hantera denna situation (Department of Economic and Social Affairs 2024), det är därmed viktigt att vården anpassas efter den äldre patientens behov och önskemål för att vårdandet ska bli hållbart. Den legitimerade sjuksköterskan bär ett ansvar utifrån ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk Sjuksköterskeförening 2022) att arbeta för att främja och upprätthålla en hållbar utveckling. Den befintliga forskningens resultat bidrar till antagandet att hållbar utveckling på individ- och samhällsnivå gynnas av att arbeta utifrån en vårdande hållning där patienten tillåts vara delaktig i att stärka sina hälsoprocesser.

Det råder även en hög sjukskrivning bland personalen inom äldreomsorgen, högre än för andra yrken på arbetsmarknaden (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021). Patienter uttrycker att vårdpersonalen är stressad vilket skulle kunna vara en förklaring för sjukskrivningen. Hög sjukfrånvaro kan bidra till kortare och mer stressade besök hemma hos patienten som kan leda till ett sämre vårdande. Det påverkar den ekonomiska och sociologiska hållbara utvecklingen negativt eftersom patienten av den försämrade vården kan drabbas av ohälsa, vilket i sin tur kan bidra till ett förlängt vårdbehov som kräver resurser från samhället och dess ekonomi. Att minska arbetsbelastningen samt ge mer tid för patienten skulle kunna bidra till fler trygga vårdrelationer vilket i sin tur bidrar till ett meningsfullt liv för vårdare och patient. Detta skulle kunna bidra till en vård som främjar god hälsa, något som alla människor enligt mål 3 i Agenda 2030 (Globala målen 2024) har rätt till. Förändring av arbetsförhållandena för den vård som bedrivs i hemmet kan därmed främja den ekonomiska och sociologiska hållbara utvecklingen på lång sikt.

SLUTSATSER

Utifrån den befintliga studien och den diskussion som framförts kan följande slutsatser dras:

- Respektlöshet hos vårdpersonalen bidrar till att den äldre patienten upplever en känsla av utsatthet i hemmet.
- Att bjuda in patienten i vården kan leda till att patienten behåller sin roll som värd i hemmet.
- Tydlig information från vårdpersonalen gör att den äldre patienten känner sig delaktig i den vård som bedrivs i hemmet.
- Den äldre patienten upplever att hembesöken är korta och att vårdpersonalen är stressad, något som resulterar i bristande delaktighet.
- Att bli sedd som person i vårdandet ger den äldre patienten trygghet och en känsla av sammanhang.

Kliniska implikationer

De slutsatser som framkom kan bidra till en ökad kunskap och förbättringsarbete i vården. Exempel på åtgärder som kan implementeras i hemsjukvården i situationer som berör den äldre patienten presenteras nedan.

För att se till att den äldre patienten får den information som passar dem bäst, kan sjuksköterskan jobba utifrån en vårdplan. Patientens önskemål skrivs tydligt upp och följer med under vårdandet vilket i sin tur bidrar till patientens delaktighet.

Den äldre patienten upplever att vårdpersonalen är stressade under besöken vilket medförde att delaktigheten i vården minskade. Ett sätt att förbättra för patienten hade kunnat vara att medvetandegöra för hur vårdpersonalen kan se patienten, trots tidsbristen. Ett ytterligare förslag är att vårdpersonalen får genomgå en kurs i stresshantering för att få olika verktyg till att hantera sin stress. Inplanerade pauser samt en arbetsmiljö som skapar möjlighet för personalen att ta emot hjälp och stöd från kollegor skulle även kunna bidra till minskad stress.

Vårdpersonalens bemötande hade stor inverkan på vårdandet för den äldre patienten. Reflektion kan vara ett verktyg för att hantera detta i hemsjukvården. Enligt Ekebergh (2019, s. 36, 39) bidrar reflektion till ny kunskap genom en inre dialog om tidigare erfarenheter, nuet och framtiden. Det kan skapa en ny syn på oss själva och omvärlden och vidgar förståelsehorisonten. Reflektionen gynnas dessutom när den sker i grupp, det skapar nya frågor och väcker den inre dialogen. Därmed kan tid för reflektion tillsammans med kollegor, patient och egenreflektion implementeras i vårdarbetet med den äldre patienten. Det kan även finnas ett färdigt material som reflektionen utgår ifrån. Författarnas förslag på frågor är:

- Hur gör jag när jag går in till en patient?
- Hur arbetar jag för att se patienten?
- Hur reagerar jag i en stressad situation?
- Vad gjorde jag bra i mötet med patienten?
 - Vad hade jag kunnat göra bättre?

Vidare forskning

Förslag för framtida forskning inom ämnet är att studera hur sjuksköterskan kan få den äldre patienten att känna sig sedd i vårdandet, utifrån ett patientperspektiv. Det hade dessutom varit intressant att studera skillnaden i patienters upplevelse av hemsjukvården i Danmark respektive de andra nordiska länderna eftersom den danska medborgaren enligt myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021) inte behöver betala för insatserna i vården.

REFERENSER

Referenser markerade med ”*” ingår i resultatredovisningen.

Alþingishúsið (2014 nr. 44 24). *Lög um vísindarannsóknir á heilbrigðissviði*.

Billhult, A. (2023). Kvantitativ metod och stickprov. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. 3 uppl., Studentlitteratur, s. 103-114.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande: i teori och praxis*. Natur & Kultur.

Department of Economic and Social Affairs (2024). *World Population Prospects 2024: Summary of Results* (UN DESA/POP/2024/TR/NO. 9). <https://desapublications.un.org/file/20847/download>

Department of Health, Education, and Welfare (1979). *THE BELMONT RAPPORT: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research* (No. OS 78-0013 & No. OS 78-0014). https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf

*Driller, B., Mainborn, C., Aasen, E. M., Kolstøm, A. Talseth-Palmer, B., Hole, T., Strømskag, K. E. & Brenne, A.-T. (2024). Normality and compassionate care: experiences from advanced cancer patients in their last time at home. *BMC Primary Care*, 25: 245. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02499-x>

Dziechciaż, M. & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 21(4), s. 835-838. doi: 10.5604/12321966.1129943

Eilertsen, I., & Kiik, R. (2016). Nurses' emotional challenges in providing home care in Norway. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(2), s. 82–87. doi:10.1177/2057158515623406

Ekdal, A. W. (2012). *Frail and Eldery Hospital Patients - the challenge of participation in medical desision making*. Diss. Lindöpings universitet. <https://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:552269/FULLTEXT01.pdf>

Ekebergh, M. (2019). Lärande och reflektion med livsvärlden som grund. I Berglund, M. & Ekebergh, M. (red.) *Reflektion i lärande och vård – en utmaning för sjuksköterskan*. 2 uppl., Studentlitteratur, s. 29-60.

Emmer De Albuquerque Green, C., Tinker, A. & Manthorpe, J. (2018). Respecting care home residents' right to privacy: what is the evidence of good practice? *Working with older people*. 22 (4), s. 198-210. doi: 10.1108/WWOP-06-2018-0014

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. 5 uppl., Liber.

Eriksson, K. (2015). *Vårdandets idé*. Liber.

Finlex (488/1999). *Lag om medicinsk forskning*.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4 uppl., Natur & Kultur.

Friberg, F. (2022). Att göra en integrerande sammanställning av kvalitativ forskning – inspirerad av metasyntes. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. 4 uppl., Studentlitteratur, s. 169-184.

Friberg, F. (2022). Tankeprocessen under examensarbetet. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. 4 uppl., Studentlitteratur, s. 41-56.

*Gerdin, A. L., Hellzén, O., Alm, A. K. & Rising, M. H. (2024). Older persons' experiences of care encounters in their home: A multiple-case study. *Journal of Clinical Nursing WILEY*: 33: s. 2287-2297. doi: 10.1111/jocn.17043

Globala målen (2024). *Mål 3: God hälsa och välbefinnande*. <https://globalamalen.se/globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/> [2025-04-14]

Havana, T., Kuha, S., Laukka, E. & Kanste, O. (2023). Patients' experiences of patient-centered care in hospital setting: A systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37, s. 1001-1015. doi: 10.1111/scs.13174

Helseforskningsloven (2008-06-20-44). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*.

Henricson, M. (2023). Diskussion. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. 3 uppl., Studentlitteratur, s. 491-500.

Henricson, M. & Billhult, A. (2023). Kvalitativ metod. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. 3 uppl., Studentlitteratur, s. 115-126.

Hilli, Y. & Eriksson, K. (2019). The home as ethos of caring: a concept determination. *Nursing Ethics*, 26(2), s. 425-433. doi: 10.1177/0969733017718395

*Hoel, K.A., Rokstad, A. M. M., Feiring, I. H., Lichtwarck, B., Selbæk, G. & Bergh, S. (2021). Person-centered dementia care in home care services – highly recommended but still challenging to obtain: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 21:723. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06722-8>

*Jarling, A., Rydström, I., Fransson, E. I., Nyström, M., Dalheim-Englund, A.-C. & Ernsth Bravell, M. (2018). Becoming a guest in your own home: Home care in Sweden

from the perspective of older people with multimorbidities. *International Journal of Older People Nursing*, 13:e12194. <https://doi.org/10.1111/opn.12194>

Karolinska Institutet (u. å.). *Svensk MeSH*. <https://mesh.kib.ki.se/> [2025-03-31]

*Kattouw, C. E., Aase, K. & Viksveen, P. (2024). How do the existing homecare services correspond with the preferred service ecosystem for senior citizens living at home? A qualitative interview study with multiple stakeholders. *Frontiers*, 4:1294520. doi:10.3389/frhs.2024.1294320

Kjellström, S. (2023). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. 3 uppl., Studentlitteratur, s. 61-84.

Lai, C., Holyoke, P., Plourde, K. V., Yeung, L. & Légaré, F. (2022). Home care providers' perceptions of shared decision-making with older clients (and their caregivers): A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 24, s. 487-498. doi: 10.1111/nhs.12946

Lantz, G. (2007). Hemmets betydelse. I Silfverberg, G. (red.) *Hemmets vårdetik: Om vård av äldre i livetsslutskede*. Studentlitteratur, s. 31-46.

Lewis, K. B., Stacey, D., Squires, J. E. & Carroll, S. (2016). Shared Decision-Making Models Acknowledging an Interprofessional Approach: A Theory Analysis to Inform Nursing Practice. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 30 (1). <http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.30.1.26>

LOV (2011-06-14: nr 593). *Lov om videnskabetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter*.

Mathiesen, K. L., Lindberg, E., Nässén, K., Cowdell, F. & Palmér, L. (2023). "A becoming in the meeting": the interpretations of competence in home care from the perspectives of older people and registered nurses – a metaethnography. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 18, Artikel 2262170. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2262170>

Mathiesen, K. L., Lindberg, E., Nässén, K., Cowdell, F. & Palmér, L. (2024). Home care nurses lived experiences of caring relationships with older adults: A phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38, s. 150-158.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021). *Den nordiska äldreomsorgen: En jämförande kartläggning av struktur, organisation och innehåll* (2021:7). <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2021/09/Rapport-2021-7-Den-nordiska-aldreomsorgen.pdf>

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2023). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. 3 uppl., Studentlitteratur, s. 473-490.

*Näsström, L. M., Idvall, E. A.-C. & Strömberg, A. E. (2013). Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care. *Health Expectations*, 18, s. 1384-1396. doi: 10.1111/hex.12120

Ruotsalainen, S., Jantunen, S., & Sinervo, T. (2020). Which factors are related to Finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care? - A mixed method study. *BMC Health Services Research*, 20:896. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05733-1>

SBU (2022a). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

SBU (2022b). *Vägledning för granskning av studier med kvalitativ metodik*. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/vagledning_granskning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

SBU (2023). *Granskningsmall för kvalitativa evidenssynteser (QES)*. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/granskningsmall_kvalitativa_evidenssynteser_qes.pdf

SBU (2024). *Granskningsmallar: Sammantagen bedömning för risk av bias*. <https://www.sbu.se/sv/granskningsmallar/> [2025-03-31]

SFS (2003: 460). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*.

SFS (2014:821). *Patientlag*.

SKR (2024). *Nära vård tar form – Årsberättelse 2023/2024*. https://skr.se/download/18.34906c2919367d054a1179b4/1732806155959/Na%CC%88ra%20va%CC%8Ard_2024_Final_28-11.pdf

Socialstyrelsen (2019a). *Kommunal finansierad hälso- och sjukvård*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-17.pdf>

Socialstyrelsen (2019b) *Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker--juridisk-handbok/2019-6-6235.pdf>

Socialstyrelsen (2023). *Hälso- och sjukvård i hemmet: kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-3-8458.pdf>

Socialstyrelsen (2024). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2023*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2024-5-9112.pdf>

*Svanström, R., Johansson Sundler, A., Berglund, M. & Westin, L. (2013). Suffering caused by care-elderly patients' experiences in community care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8: 20603. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20603>

Svenska Akademien (1952). Patient. *Svenska Akademiens Ordbok (SAOB)*. [2025-01-29]

Svenska Akademien (2021). Hem. *Svenska ordbok (SO)*. [2025-01-30]

Svensk sjuksköterskeförening (2022). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

<https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bf040841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>

* Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. & Pietilä, A.-M. (2014). Living longer at home: a qualitative study of older clients' and practical nurses' perceptions of home care. *Journal of Clinical Nursing*, 23, s. 3206-3217. doi: 10.1111/jocn.12569

Wijk, H. & Nordin, S. (2017). Vårdmiljöns betydelse för hälsa och välbefinnande. *Socialmedicinsk tidskrift*, 94(2), s. 156-166.

Östlund, L. (2022). Informationssökning. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. 4 uppl., Studentlitteratur, s. 79-110.

BILAGA 1 - Söktabell

Datum	Databas	Sökord/Limits / Boolska operatorer	Antal träffar	Antal lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar i fulltext	Kvalitetsgranskade artiklar	Inkluderade artiklar
250317	Medline	<p>((MH "Home Care Services") OR (MH "Home Health Nursing")) AND ("patient attitudes" OR "patient experience*" OR "Patient Satisfaction" OR "Patient Preference") AND (swed* OR norway OR norwegian OR denmark OR danish OR finland OR finnish OR iceland OR icelandic OR faroes OR faroese OR greenland OR greenlandic OR åland OR ålanders)</p> <p>Limiters - Publication Date: 20120101-20251231; English Language; Peer Reviewed; Age Related: Aged: 65+ years</p> <p>Search modes - Find all my search terms</p>	26	26	11	2	2	2
250317	CINAHL	<p>((MH "Home Health Care") OR "home health nursing") AND ("patient attitudes" OR "patient experience*" OR</p>	67	67	29	11	6	6

		<p>"Patient Satisfaction" OR "Patient Preference") AND (swed* OR norway OR denmark OR finland OR iceland OR Icelandic OR faroes OR faroese OR greenland OR greenlandic OR åland OR ålanders)</p> <p>Limiters - Publication Date: 20120101-20251231; English Language; Peer Reviewed</p> <p>Narrow by SubjectAge: - aged: 65+ years</p> <p>Search modes - Find all my search terms</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--	--

BILAGA 2 – Granskningsmall för kvalitetsgranskning

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre

Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i syntesen

Kommentarer:

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien¹

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

	Ja	Nej	Oklart
Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

	Ja	Nej	Oklart
Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validerades tolkningarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Oklart
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.
För in det på sidan 1.

BILAGA 3 - Översiktstabell över analyserade artiklar

Författare År Titel Tidskrift Land	Syfte	Metod Urval Datainsamling	Dataanalys	Etiska överväganden	Resultat	Kvalitet (Hög, medel, låg)
<p>Författare Driller, B., Mainborn, C., Aasen, E. M., Kolstøm, A. Talseth-Palmer, B., Hole, T., Strømskag, K. E. & Brenne, A.-T.</p> <p>År 2024</p> <p>Titel Normality and compassionate care: experiences from advanced cancer patients in their last time at home.</p> <p>Tidskrift BMC Primary Care</p> <p>Land Norge</p>	<p>Syftet med studien var att få en inblick i upplevelser från patienter med terminal cancer som får palliativ vård i hemmet.</p>	<p>Metod Kvalitativ metod.</p> <p>Urval Rekrytering av deltagande skedde genom att sjuksköterskor i kommunalvården, som arbetar med cancerpatienterna, förmedlade till forskarna potentiella patienter som kunde ingå i studien.</p> <p>Inklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allvarlig terminal cancerdiagnos med förväntad levnadslängd på mindre än två månader. • Deltagande ska bo i väst Norge, där palliativ och avancerad vårdplanering erbjuds av primärvården (sedan 2018). • Att de har en vårdplanering av primärvården • Prata det norska språket. 	<p>Forskarna använde sig av reflektiv tematisk analys.</p>	<p>Etiskt godkännande från både Regional Committee for Medical and Health Research Ethics (REK; ID 168,328 och Cancer Department at Møre and Romsdal Hospital Trust. Alla deltagare fick både muntlig och skriftlig information om studien och gav sitt samtycke. De deltog även frivilligt.</p>	<p>Patienterna upplevde att det var viktigt att få behålla en känsla av normalitet i hemmet och att vårdpersonalen hade medlidande samt lyssnade på patientens funderingar och önskemål. Det var också viktigt att få förbereda inför framtiden, även om det ibland kunde upplevas som obekvämt att prata om vård i livets slut. Patienterna uttryckte en önskan att få vara kvar i hemmet så länge som möjligt, men att de samtidigt inte ville vara de anhöriga till besvär.</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Den sammanvägda bedömningen visade på obetydliga eller mindre brister.</p>

		<p>Inga exklusionskriterier presenterades.</p> <p>Deltagande i studien var 12 stycken i åldrarna 55-81 Medianåldern var 72 år.</p> <p>Datainsamling Semistrukturerade individuella intervjuer.</p> <p>Frågan som forskarna använde sig av var "Hur upplever palliativa cancer patienter sin sista tid i hemmet?"</p>				
<p>Författare Gerdin, A. L., Hellzén, O., Alm, A. K. & Rising, M. H.</p> <p>År 2024</p> <p>Titel Older persons' experiences of care encounters in their home: A multiple-case study.</p> <p>Tidskrift</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka och beskriva äldre personers unika upplevelser av vårdmöten med hemsjuk-vårds sjuk-sköterskor i verklighe-ten.</p>	<p>Metod Kvalitativ flerfalls-studie (multiple-case study).</p> <p>Urval Forskarna sig av "replication logic" för att säkerställa att forskningen kan återskapas. Forskningsdeltagarna välades ut strategiskt för att kunna svara på forskningsfrågan. Deltagarna representerade patienter som bor på landsbygden och i centrum. Forskarna fick en lista av potentiella deltagare som uppnådde inklusionskriterier av enhetschefen för teamet. Inklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienter över 65 år 	<p>Metoden för analys av data var: Within-case: analyserar deltagan-de svar med att tolka och förstå varför och hur deras erfarenh-eter beskrivs. Cross-case: intervjuerna jämfördes för att urskilja likheter och skillnader. Sedan användes en innehålls-analys för att samman-ställa</p>	<p>Etiskt godkänd enligt Sveriges etikprövningsmyndigheten No. 2019-06333. Alla deltagande fick muntlig information och gav sedan ett muntligt samtycke. De deltog även frivilligt.</p>	<p>Patienter upplever bristande delaktighet i vårdandet samt ett behov av mer stöd. De önskar att vårdpersonalen skulle se dem bortom sjukdomen. De upplevde att de hade för lite tid med sjuksköterskan och att de inte kunde vara med att bestämma vilken tid sjuksköterskan skulle komma. Det gjorde att de kände att de inte var delaktiga i vården. Patienterna önskade också få mer information från vården.</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Den sammanvägda bedömningen visade på obetydliga eller mindre brister.</p>

<p>Journal of Clinical Nursing WILEY</p> <p>Land Sverige</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Patienter som bor i sitt privata, ordinära hem. • Regelbundna hembesök (1-2 gånger/vecka) av sjuksköterska som arbetar i hemsjukvården. • Möjlighet att kommunicera delta i en intervju på svenska under en timmes tid. <p>Det var 5 deltagande i studien.</p> <p>Datinsamling Individuella semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>resultatet.</p>			
<p>Författare Hoel, K.A., Rokstad, A. M. M., Feiring, I. H., Lichtwarck, B., Selbæk, G. & Bergh, S.</p> <p>År 2021</p> <p>Titel Person-centered dementia care in home care services – highly recommended but still challenging to</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur personer med demens upplever hemsjukvården, hur de förstår hemsjukvården, hur den är anpassad efter personer med demens och till vilken grad de upplever personcentrerad vård samt gemensamt beslutsfattande.</p>	<p>Metod Kvalitativ fenomenologiskt och hermeneutisk studie.</p> <p>Urval Inklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv nedsättning som uppmärksammats av personal. • Minst 15 min hemsjukvård dagligen i 4 veckor innan intervjun. • Personen ska kunna ge samtycke samt kunna kommunicera/dela med sig av erfarenheter. <p>Exklusionskriterier:</p>	<p>Forskarna använde sig av analysmjöjligheten NVivo.11.</p>	<p>Studien är etisk godkänd av Norwegian Center for Research Data (NSD) no. 449466. Deltagarna fick anpassad skriftlig information. Sjukvårds-personal, som kände patienten, gjorde en första bedömning om patienten kunde fatta ett eget beslut om deltagandet. Alla deltagande gav skriftligt samtycke och hade rätt att dra tillbaka samtycket under studiens gång. De deltog även frivilligt.</p>	<p>Det kan finnas svårigheter för att uppnå personcentrerad demensvård i hemsjukvården. Patienter med demens kan ha svårt att förstå vårdorganisationen. Patienterna anpassar sig efter vården då de vill bo kvar hemma. Patienterna upplevde att de överlag fick bra stöd från vården, men att de inte hade stora möjligheter till delaktighet.</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Den sammanvägda bedömningen visade på obetydliga eller mindre metodologiska brister.</p>

<p>obtain: a qualitative interview study.</p> <p>Tidskrift BMC Health Services Research</p> <p>Land Norge</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Patienter som fått 0-0,5 poäng på CDR-test, ett bedömningsinstrument för demenssjukdom <p>Deltagande var 12 stycken i åldrarna 70 år eller äldre.</p> <p>Datainsamling Semistrukturerade intervjuer, individuella intervjuer.</p>				
<p>Författare Jarling, A., Rydström, I., Fransson, E. I., Nyström, M., Dalheim-Englund, A.-C. & Ernsth Bravell, M.</p> <p>År 2018</p> <p>Titel Becoming a guest in your own home: Home care in Sweden from the perspective of older people with multimorbidities.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva meningen av hemsjukvård som fenomen, utifrån den ensamboende multisjuka äldre patientens perspektiv.</p>	<p>Metod Induktiv kvalitativ fenomenologisk studie utifrån ett livsvärldsperspektiv.</p> <p>Urval En kontaktperson från hemsjukvården valde ut potentiella deltagare utifrån inklusionskriterierna.</p> <p>Inklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Äldre än 75 år • Bor ensam • Har hemsjukvård • Kan prata och förstå svenska • Multisjuklighet <p>Exklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Svår kognitiv nedsättning som påverkar möjligheten att dela med sig av erfarenheter 	<p>Innehålls-analys.</p>	<p>Etisk godkänd av svenska etikprövningsmyndigheten i Göteborg (Dnr 484-16). Deltagande fick information om studien. De gav både skriftlig och muntlig samtycke. Deltagarna kunde dra tillbaka dess samtycke när som helst. De deltog även frivilligt. Materialet hanterades konfidentiellt.</p>	<p>Patienterna beskriver att de måste anpassa sig efter vårdens rutiner och att de får ge upp sina gamla rutiner för att göra detta. De känner bristande delaktighet och upplever att de är i en utsatt situation. Patienterna uttrycker också att de inte kan välja vem de måste ha en relation till och att de upplever att de blir en gäst i sitt eget hem samt att de får offra sitt privatliv.</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Den sammanvägda bedömningen visade på obetydliga eller mindre brister.</p>

<p>Tidskrift International Journal of Older People Nursing WILEY</p> <p>Land Sverige</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Stora svårigheter att förstå svenska <p>I studien var det 12 deltagare, 77-90 år.</p> <p>Datainsamling Individuella intervjuer. En öppen fråga, med följdfrågor.</p>				
<p>Författare Kattouw, C. E., Aase, K. & Viksveen, P.</p> <p>År 2024</p> <p>Titel How do the existing homecare services correspond with the preferred service ecosystem for senior citizens living at home? A qualitative interview study with multiple stakeholders.</p> <p>Tidskrift Frontiers</p>	<p>Syftet med studien var att få en förståelse för hur de befintliga hemsjukvårdstjänsterna överensstämmer med det föredragna tjänsteekosystemet för äldre medborgare som bor hemma, utifrån olika perspektiv.</p>	<p>Metod Kvalitativ metod.</p> <p>Urval Inklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Äldre patienter, 67 år eller äldre, som har erfarenhet av hemsjukvård • Vårdare i hemsjukvården/hemtjänsten • Hemsjukvårds sjuksköterska • Enhetschef i hemsjukvården. <p>Inga exklusionskriterier.</p> <p>Deltagande var 26 patienter, 4 vårdande anhörig, 22 professionell hemsjukvårdspersonal och 5 enhetschefer.</p> <p>Datainsamling Individuella och gruppintervjuer.</p>	<p>Forskarna använde sig av en direkt innehålls analys.</p>	<p>Etiskt godkänd av Norwegian Regional Committee for Medical and Health Research Ethics (REK; case no. 2019/1027). Deltagarna fick skriftlig information om studien och alla deltagarna gav ett skriftlig samtycke. De deltog även frivilligt.</p>	<p>De olika grupperna (patienter, vårdpersonal, anhörigvårdare och chefer) påpekade att det finns bristande kontinuitet i vården samt att det finns brister i personalens kompetens. De flesta patienterna var nöjda med det stöd de fick av vården, däremot togs brist på tid och resurser upp. Patienterna önskar mer anpassningar av vården, att den ska vara förutsägbar samt att de ska få vara delaktiga i vårdens utveckling.</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Den sammanvägda bedömningen visade på obetydliga eller mindre brister.</p>

<p>Land Norge</p>						
<p>Författare Näsström, L. M., Idvall, E. A.-C. & Strömberg, A. E.</p> <p>År 2013</p> <p>Titel Heart failure patients' experience of participation in structured home care.</p> <p>Tidskrift Health Expectations</p> <p>Land Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att studera hur hjärtsviktpatienter som får strukturerad hemsjukvård beskriver sin delaktighet i vården.</p>	<p>Metod Kvalitativ metod.</p> <p>Urval Inklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiserade med hjärtsvikt, NYHA-class III-IV • Över 18 år • Tala och förstå det svenska språket • Vara inskrivna i hemsjukvården. • Kunskap och insikt i sjukdomen. <p>Målet var att få en stor variation mellan ålder och behov av hemsjukvård. Besöken varierade från en gång i månaden upp till två besök per dag.</p> <p>Exklusionskriterier och hur de exakt rekryterade deltagarna nämns inte. Deltagande var 19 stycken i åldrarna 63 – 90, median ålder på 77.</p> <p>Datainsamling Semistrukturerade individuella intervjuer.</p>	<p>Induktiv innehållsanalys.</p>	<p>Studien är etisk godkänd enligt svenska etikprövningsmyndigheten i Linköping (Dnr M210-09). Alla deltagarna deltog frivilligt och gav skriftligt samtycke.</p>	<p>Patienterna beskriver fem saker som påverkar möjligheten till delaktighet i vårdandet. Dessa är kommunikationen, vårdens tillgänglighet, aktivt deltagande i vårdandet, pålitlig relation till vårdpersonal samt valmöjligheter vid beslutsfattande. Patienterna upplevde att möjligheten till delaktighet påverkades av besökets längd och att korta, uppgiftsfokuserade besök minskade möjligheten till delaktighet. De önskade också få kontinuerlig information. Överlag upplevde patienterna att hemsjukvården levde upp till deras förväntningar.</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Den sammanvägda bedömningen visade på obetydliga eller mindre brister.</p>

<p>Författare Svanström, R., Johansson Sundler, A., Berglund, M. & Westin, L.</p> <p>År 2013</p> <p>Titel Suffering caused by care-elderly patients' 7xperience in community care.</p> <p>Tidskrift International Journal of Qualitative Studies on Health and Well- being</p> <p>Land Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att förklara och fördjupa förståelsen för äldre patienters upplevelser av lidande i relation till vård på boende och hemsjukvården.</p>	<p>Metod Kvalitativ metod.</p> <p>Urval Inklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienter med långvarig kronisk sjukdom. • Patienten skulle ha ett tydligt behov av vård i hemmet för att klara det dagliga livet. • Patienten vårdas i hemmet eller på vård- och omsorgsboende <p>Finns ingen information om exklusionskriterier eller hur forskarna har rekryterat patienterna.</p> <p>Deltagare var 25 stycken i åldrarna 72-90.</p> <p>Datainsamling Fenomenologiska individuella intervjuer.</p>	<p>Analysen var inspirerad av Dahlberg som bestod av olika steg. I första steget lästes intervjuerna flera gånger. Sedan jämfördes intervjuerna avseende likheter/skillnader m.m. Fyra patientberättelser skapades för att ge läsaren en inblick i patientens liv och hur vårdlidandet påverkar dem.</p>	<p>Studien är etiskt godkänd av etikmyndigheten i Göteborg (L 263-98; Ö 403-01; Ö 446-03). Deltagarna har gett sitt samtycke och datan har hanterats konfidentiellt. De deltog även frivilligt.</p>	<p>Patienter utsätts ibland för onödigt lidande av vården. Lidandet kunde orsakas av vårdandet (det som görs) och av att vårdpersonalen inte såg patienten. Det gjorde att patienterna kände sig osäkra och ensamma.</p>	<p>Medel kvalitet</p> <p>Den sammanvägda bedömningen visade på måttliga brister.</p>
<p>Författare Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. & Pietilä, A.-M.</p> <p>År 2014</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva den nuvarande strukturen på hemsjukvården för den äldre patienten samt att utforska vilka stöd som möjliggör att</p>	<p>Metod Kvalitativ deskriptiv metod.</p> <p>Urval Studien gjordes på två grupper; en grupp med undersköterskor (14 st) och en patientgrupp (23 st).</p> <p>Inklusionskriterier:</p>	<p>Induktiv innehållsanalys.</p>	<p>Studien är etiskt godkänd av the official Research Ethics Committee of the Hospital District Northern Savo Central Hospital Region (date 15.12.2009, Dnro 126//2009). Alla deltagande fick information både muntligt och skriftligt och gav skriftligt samtycke.</p>	<p>Patienter och vårdpersonal upplevde att vården var organisatoriskt driven och fragmenterad men de tryckte på vikten av det enskilda vårdmötet. Grupperna uppgav också att personanpassad vård kan göra att patienten kan bo kvar hemma. Patienterna upplevde att besöken</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Den sammanvägda bedömningen visade på obetydliga eller mindre brister.</p>

<p>Titel Living longer at home: a qualitative study of older clients' and practical nurses' perceptions of home care.</p> <p>Tidskrift Journal of Clinical Nursing</p> <p>Land Finland</p>	<p>patientgruppen kan bo kvar hemma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frivilligt deltagande i studien • Arbetserfarenhet av att ha jobbat med personer över 75 år eller erfarenhet av att vara patient och över 75 år • Äldre patient med minst 1-2 hembesök per dag • Prata engelska eller finska. <p>Exklusionskriterier nämns inte.</p> <p>Datainsamling Både observation av undersjuksköterskans arbete i hemmet samt intervjuer med både patient och undersköterskan. Frågorna var öppna och utgick utifrån två huvudteman: nuvarande struktur av hemsjukvården & hur hade hemsjukvården kunnat förbättras.</p> <p>Intervjupersonerna fick först titta på en film (av sjuksköterskans hembesök) och sedan fick de reflektera över det dem har sett. Detta upprepades en gång under intervjun. Alla intervjuer spelades in och transkriberades.</p>			<p>var stressade och korta, samt uppgiftsfokuserade. Vårdpersonalen uppgav att vårdandet känns standardiserat och automatiskt.</p>	
---	--	---	--	--	--	--