



Vetenskapligt supplement

VOLYM 3 NR 1 (2023)

Bilaga till Äldre i Centrum #2/23



Kunskapskälla om äldre och åldrande

Håll dig uppdaterad om äldre- och åldrandeforskningen samt om **utvecklingen** inom äldreområdet i stort. Fyra nummer per år berättar om **nya rön** inom omsorg, omvårdnad, medicin, psykologi och sociologi – alltid i **populärvetenskaplig** form och med den äldre personen i centrum. En oundgänglig källa till **information** och **inspiration** om äldre och åldrande.

www.aldreicentrum.se/prenumerera

Så tycker läsarna

- **94 procent** anger toppbetygen **bra** eller **mycket bra** om tidskriften som helhet.
- **98 procent** anser att innehållet är **trovärdigt** och **uppdaterat**.

Källa: SKOP-läsarundersökning 2020

ÄiCVS INFO

ÄI C VETENSKAPLIGT SUPPLEMENT

– ÄiCVS – ges ut av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum för att tillgängliggöra forskningsresultat på svenska om äldre personers levnadsbetingelser, hälsa och situation i samhället.

FÖRFATTARANVISNINGAR och ytterligare information: Se sid 47.

VETENSKAPLIGT REDAKTIONSRÅD

Krister Håkansson
Lennarth Johansson
Åsa Hedberg Rundgren

REDAKTION

Mikael Mildén, chefredaktör
08-690 58 20
mikael.milden@aldrecentrum.se

ENGELSK RÅDGIVNING

Sarah Wallcook

GRAFISK FORM

Losita Design AB och redaktionen

TRYCK

Lenanders Grafiska AB, Kalmar 2023

UPPLAGA: 2 300 exemplar

ISSN: 2003-9050

DISTRIBUERAS med Äldre i Centrum
#2/23 (ISSN 1653-3585)

WEBBPLATS: aicvs.se
(ISSN 2003-9069)

OPEN ACCESS enligt Creative commons BY-NC-ND 4.0. Licensen tillåter delning utan ändringar för icke-kommersiellt bruk med angivande av upphovspersoner.

PRENUMERERA på ÄiCVS tillsammans med Äldre i Centrum: www.aldrecentrum.se/prenumerera, eller beställ på tel 08-522 18 33. Redaktionen bistår gärna den som behöver enskilda exemplar av supplementet.

På väg att etablera oss

Vi är glada att kunna presentera den tredje volymen av Äldre i Centrum Vetenskapligt supplement. Vi ges ut av kunskapscentrumet Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, och vår mission är att föra forskare, beslutsfattare, praktiker och allmänhet lite närmare varandra. Det gör vi genom att publicera på svenska och genom att uppmana till ett mer läsvänligt språk, något som ju går att kombinera med väl utförd vetenskap. Vi vill också uppmuntra FoU-verksamheter runt om i landet att tänka på vetenskaplig publicering redan i planeringsstadiet för sina projekt. Det produceras mycket kunskap som skulle kunna få större spridning och komma till nytta för alla.

Aterigen har vi tre artiklar med i tidskriften. Även om vi ser fram emot vårt första nummer med fler bidrag, är vi stolta över de manus vi fått förtroendet att förvalta tillsammans med författare och granskare. Först ut är en litteraturstudie om hur äldre personer upplever värdighet i mötet med sjuksköterskan, ett lika viktigt som högaktuellt ämne. Den andra artikeln behandlar sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med läkemedelsrobot i äldre personers hem, en välfärdsteknik som inte ska erbjudas alla, men som har potential att frigöra resurser. I vår tredje artikel har författarna intervjuat hemtjänstchefer om hur de hanterar medarbetare och rekrytering när bristande kunskaper i svenska språket är ett faktum. Mer aktuellt och brännande än så kan det inte bli, och här finns viktiga erfarenheter att lyssna till och lärdomar att dra.

Vi siktar nu vidare med vår relativt unga tidskrift och konstaterar att vi har lyckats komma igång med kontinuerlig publicering på vår webb, artiklar som vi sedan samlar ihop i pappersupplagan. Vårt mål är att skapa ett mer jämnt flöde i publiceringen, vilket kommer att gynna både redaktionen och artikelförfattarna. En viktig del i arbetet har även våra granskare, som gör ett viktigt jobb, men inte syns i spalterna. Tack till er!

Mikael Mildén, redaktör

Äldre personers upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan. En allmän litteraturstudie

Ebba Ekman^{1,2}, Elin Skoog^{1,3}, Jeanette Johansson¹
och Kerstin Blomqvist¹

ABSTRACT. Värdighet är ett centralt begrepp inom svensk hälso- och sjukvård. Äldre personer är ofta i en utsatt position i vården på grund av ett trefaldigt underläge – institutionellt, existentiellt och kognitivt – vilket kan hota deras värdighet.

I denna litteraturstudie ville vi beskriva äldre personers upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan. 14 kvalitativa artiklar matchade våra sökkriterier. Vi granskade artiklarna med hjälp av Högskolan Kristianstads granskningsmall och genomförde analysen enligt Fribergs analysmodell.

Upplevelsen av värdighet går huvudsakligen att sammanfatta i tre utsagor: (a) *När du har tid för mig upplever jag att min värdighet stärks*, (b) *När jag blir inkluderad i beslutsfattande gällande min vård främjas min värdighet*, (c) *Att bli sedd för den jag är och inte för mitt kroppsliga åldrande främjar min värdighet*.

Relationen mellan sjuksköterska och patient är viktig för att hjälpa äldre personer att bevara sin värdighet. Här är resurser viktiga, både i form av sjuksköterskans kunskap och organisationens förutsättningar att främja denna relation.

¹Högskolan Kristianstad

²Sahlgrenska universitetssjukhuset

³Skånes universitetssjukhus Malmö

Korrespondens: Ebba Ekman, eekmmaan@gmail.com

Inledning

Självbestämmande, delaktighet, integritet och värdighet är centrala begrepp inom svensk hälso- och sjukvård. Målet är att den vårdade personens värdighet och identitet ska bevaras genom hela livet och i alla åldrar [1]. Det patientnära arbetet utförs ofta av sjuksköterskor och annan vård- och omsorgspersonal, men det finns inga tydliga riktlinjer för sjuksköterskor att förhålla sig till, för att bevara människors värdighet. Detta kan leda till ett sämre välbefinnande för personen i behov av vård [2]. Att människors värdighet hotas inom vården har uppmärksammats i massmedia, där fokus har riktats mot missförhållanden framför allt i vård av äldre. Missförhållandena kan bero på att de äldre inte säger ifrån när de är missnöjda [3], en annan orsak kan vara att äldre personer ofta har låg status hos yngre personer, som ofta utgör vårdpersonalen [4]. För att främja hälsosamt åldrande bör aspekter som rör äldres värdighet vara ett permanent inslag i det patientnära arbetet.

Värdighet är ett centralt begrepp i hälso- och sjukvårdslagens andra paragraf: "Vård skall ges med respekt för alla människors lika värde och för individens värdighet" [5]. Patientlagen påtalar att patienten ska stärkas i sin integritet och sitt självbestämmande [6]. Respekt är en faktor bakom att värdighet påverkas positivt, värdighet förutsätter även integritet och personligt utrymme [7]. Värdighet kan ses som något den enskilda personen själv äger och den grundas i självaktning, respekt från andra personer samt ett seriöst uppträdande från omgivningen [4].

Människor i dag lever längre och i takt med detta ökar medellivslängden. Detta beror på en rad faktorer såsom högre levnadsstandard, sundare livsstil, högre utbildning och en utvecklad hälso- och sjukvård [8]. I Sverige är medellivslängden 81 år för män respektive 84 år för kvinnor, och 20 procent av Sveriges befolkning är över 65 år. I och med att den äldre befolkningen ökar, ökar även behovet av sjukvård till

Huvudbudskap

- Äldre personer är ofta i ett utsatt läge i vården, något som kan hota deras värdighet. Sjuksköterskans uppdrag blir därför extra viktigt för att bibehålla värdigheten hos patienterna.
- Äldre personer uttrycker att tiden är viktig i mötet med sjuksköterskan, att de vill vara delaktiga i beslut om vården och att de vill bli sedda bortom sitt kroppsliga åldrande.
- Sjuksköterskor som strävar efter att värna äldre personers värdighet bör arbeta för att ge dem tid i mötet, att efterfråga och beakta deras behov och önskemål, att involvera dem i beslut om sin vård och vardag, samt att ge dem kontroll över sin situation.

denna målgrupp, vilket ställer krav på vård- och omsorgspersonal, som bör ha god kunskap om vård av äldre. Många äldre personer behöver inte sjukhusvård, men däremot insatser från primär- och hemsjukvården. Det innebär att även primär- och hemsjukvården bör kunna erbjuda kvalitativ, värdig vård [9].

År 2011 infördes en nationell värdegrund i socialtjänstlagen (5 kap 4 §), med lydelsen "Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)". Värdegrunden innebär att alla verksamheter för äldre ska arbeta för att äldre personer ska ha möjlighet och stöd att leva ett värdigt liv så länge som möjligt. Arbetet med den nya värdegrunden startades i syfte att ändra synen på åldrandet, för att äldre personer inte ska behöva förlora delar av sin identitet eller det liv de vill leva. Syftet var även

att tydliggöra hur verksamheterna skulle arbeta för att uppfylla äldres behov av värdighet [10].

För att äldre personer ska ha goda förutsättningar att leva ett liv präglad av värdighet behöver maktfaktorer i vården uppmärksammas. Personer i behov av vård hamnar i ett trefaldigt underläge: Ett *institutionellt underläge* där personer som insjuknar blir placerade längst ner i en hierarkisk ordning, ett *existentiellt underläge* där personer till följd av sviktande hälsa, blir utsatta och sårbara, samt ett *kognitivt underläge* eftersom personalen har större kunskap om sjukdomstillståndet och dess behandling. Det är viktigt att vårdpersonal är medvetna om dessa underlägen, genom att arbeta för att begränsa dem kan personalen bidra till att minska deras inverkan [11]. Ett sådant förhållningssätt är betydelsefullt för att äldre personer ska uppleva värdighet i kontakt med sjukvården.

Sjuksköterskans arbete grundas i fyra ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Vården ska ges med respekt och kvaliteten på vården ska inte påverkas av faktorer som ålder [12]. Samtidigt har forskning visat att äldre personers värdighet ofta är hotad till följd av kroppsliga och kognitiva begränsningar [13].

Svensk sjuksköterskeförening påtalar att sjuksköterskors kompetens i vård av äldre, i det patientnära arbetet men också strategiskt, bör stärkas för att kunna uppfylla de individuella behov som varje unik människa har [14]. Trots att vikten av att värna äldre personers värdighet finns lagstiftad är det en utmaning för sjuksköterskor att utforma en sådan omvårdnad.

För att kunna ge en omvårdnad där värdighet står i fokus, krävs kunskap om värdighet ur den äldre personens perspektiv. Tidigare litteraturstudier har fokuserat på värdighetsaspekter ur sjuksköterskans perspektiv, specifikt vid sjukhusvård eller i särskilt boende, eller vid specifika medicinska sjukdomstillstånd. I allmännsjuksköterskans arbete ligger dock att kunna utforma ett möte som präglas av värdighet oavsett medicinsk

diagnos eller vårdkontext. Vi har inte kunnat hitta någon genomgång av vetenskaplig litteratur där perspektivet tydligt utgår från äldre personer, med variation i vårdkontext och medicinsk diagnos och där fokus är värdighet i mötet mellan äldre personer och sjuksköterskor. En sådan genomgång av litteraturen kan utgöra en viktig kunskapsbas för sjuksköterskors omvårdnadsarbete, där målet är att förverkliga hälso- och sjukvårdslagens och socialtjänstlagens intentioner om äldres rätt till en vård som präglas av värdighet och rätten att leva ett värdigt liv. Vårt syfte med denna studie är att beskriva äldre personers upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan.

Metod

Studien är en allmän litteraturstudie [15]. Vi har endast använt oss av kvalitativa studier då det är en metod som är bättre lämpad för vårt syfte. En kvalitativ ansats är vanlig när man vill undersöka personers upplevelser och uppfattningar [16].

Inklusionskriterier, sökvägar och urval

För att hitta forskningsstudier som var relevanta för vårt syfte använde vi följande kriterier i våra sökningar.

1. Studier som inkluderar äldre personer.
2. Engelskspråkiga artiklar.
3. Artiklar med kvalitativ metod.
4. Artiklar som publicerades från januari 2005 till och med oktober 2020.
5. Artiklar som var vetenskapligt granskade.
6. Artiklar med slutet vård, hemsjukvård och särskilt boende som kontext.

Litteratursökningar gjordes i databaserna Cinahl, PubMed, och psycinfo. Vi identifierade nyckelord och skapade sökblock med flera sammanhängande termer och synonymer (bilaga 1–3). Resultatet blev 431 artiklar i Cinahl, 379 i PubMed och 503 i psycinfo. De systematiska sökningarna kompletterades med två artiklar från PubMed

som identifierades i pilotsökningen men uteblev i den systematiska sökningen. Vi tillämpade sedan avgränsningar till sökningen enligt inklusionskriterierna. I Cinahl återstod då 292 artiklar, i PubMed 284 och i psycinfo 378 artiklar.

Efter de slutgiltiga sökningarna valde vi bort de artiklar vars titlar avslöjade att de inte svarade emot studiens syfte. De återstående artiklarna granskades sedan individuellt av de båda förstaförfattarna med ett helikopterperspektiv. Detta syftar till att få en översiktsbild av vad studien handlar om, genom att man läser artiklarnas abstracts, vilket kan leda till en mer öppen och kreativ granskning [15]. Därefter valde båda författarna, på varsitt håll, ut de artiklar de bedömde svarade bäst emot studiens syfte. Det resulterade i 22 artiklar: 14 från Cinahl, fyra från PubMed, inräknat de två kompletterande sökningarna, och fyra från psycinfo (figur 1).

Granskning och analys

Artikelns två förstaförfattare granskade de 22 artiklar som återfanns i sökningar i Cinahl, PubMed och psycinfo, med hjälp av Högskolan Kristianstads granskningsmall för kvalitativa artiklar [17]. Artiklarna fördes över i en gemensam mapp och lästes därefter upprepade gånger enskilt. Fokus låg på att bedöma studiens relevans samt artiklarnas kvalitet. Efter en första granskning diskuterade vi artiklarna. Slutligen sorterade vi bort åtta artiklar då de inte svarade emot studiens syfte eller då vi bedömde deras kvalitet som låg. Detta resulterade i att vi valde ut 14 artiklar till vidare granskning och analys. En av de granskade artiklarna var av mixad metod. Endast den kvalitativa delen av artikeln ingick i vår litteraturstudie (digital bilaga 4 – <https://aicvs.se/index.php/aicvs/libraryFiles/downloadPublic/3>).

Analysen inleddes med att vi återigen läste artiklarna upprepade gånger för att få en uppfattning om vad de handlade om. I samband med detta skapade vi en sammanfattning av varje

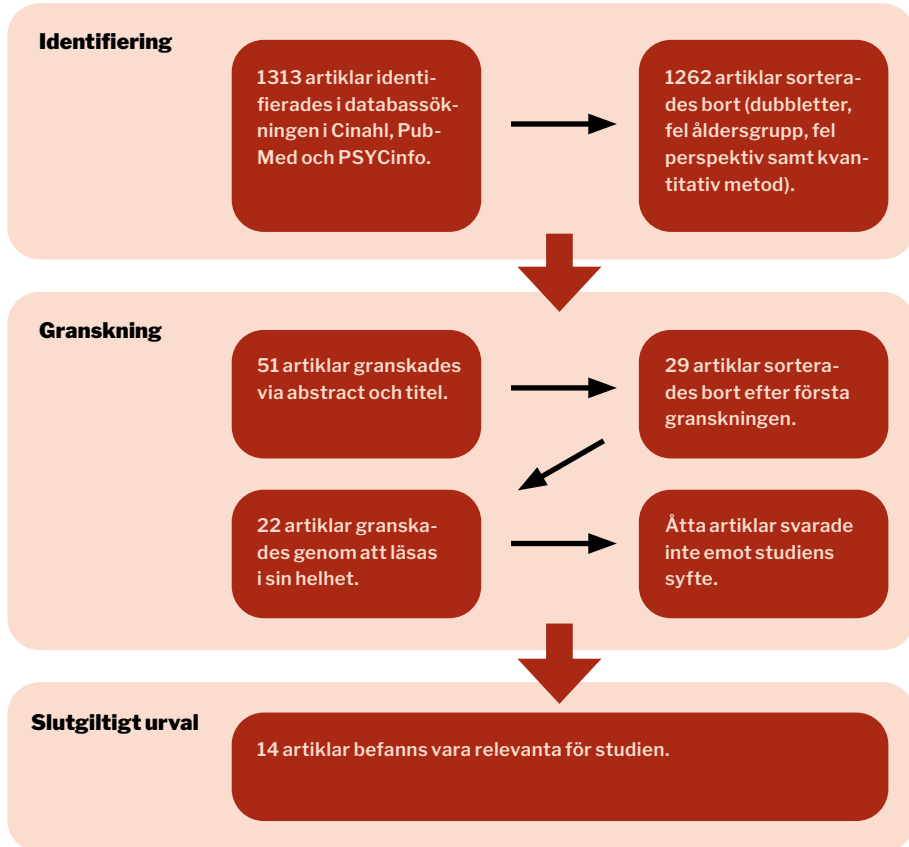
artikel. Genom hela processen ställde vi frågan *Hur upplever de äldre värdighet?* Fynd som svarade på frågeställningen samlades i ett dokument och sammanställdes. En bit in i analysprocessen uppmärksammade vi återkommande aspekter som alla hade betydelse för äldre personers upplevelse av värdighet: tiden, att bli lyssnad på, exempelvis ett respektfullt bemötande, självbestämmande och delaktighet, samt det kroppsliga åldrandet. Dessa skapade subkategorier och samlades till övergripande kategorier (tabell 1). Vi gick igenom materialet på detta sätt flera gånger under skrivprocessen.

Resultat

Resultatet baseras på 14 kvalitativa artiklar inom slutenvård (n=5), hemsjukvård (n=2), och särskilt boende (n=7). Sju artiklar är från Skandinavien, fyra från England, två från Nederländerna och en från Australien. Sammanställningen av artiklarna genererade tre huvudteman och nio subteman (tabell 1).

Relationens betydelse för värdighet i mötet med sjuksköterskan

Har du tid för mig? Att sjuksköterskan inte hade tillräckligt med tid för de äldre återkom i flera studier och ledde till upplevelsen av att inte vara värdig. Underbemanning bland personalen var vanligt och tidsbristen medförde känslor av att vara obekvämd och att inte vilja be om hjälp [18–20]. Att inte vilja störa eller känna sig vara till besvär hotade känslan av värdighet [21]. Ett exempel i en studie visade hur en äldre person som ringt på klockan blivit nekad hjälp eftersom tiden inte räckte till [20]. På ett liknande sätt beskrevs en situation på ett särskilt boende där en nyinflyttad person blivit lämnad ensam på grund av tidsbrist. Detta ledde till att den berörda kände sig ovärdigt bemött [19]. Inom hemsjukvården beskrevs situationer när de äldre upplevde att



FIGUR 1. Flödesschema över datainsamling och urvalsprocess för vetenskapliga artiklar om äldre personers upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan.

sjuksköterskorna som kom på hembesök rusade in i hemmet och skyndade på dem, vilket resulterade i att de kände sig ovärdigt bemötta [18]. Även motsatsen beskrevs, att äldre personer upplevt att sjuksköterskan haft tid att sitta ned och prata. Sådana situationer upplevdes värdiga och värdefulla [22, 23].

Vill du höra vad jag har att säga? Vikten av att sjuksköterskor ibland satt ned, så att samtalen

kunde växa fram, återkom i flera studier [22–24]. Även om sjuksköterskan befann sig på arbetsplatsen var upplevelsen ibland att hen inte var känslomässigt närvarande. Det ledde till att samtalen blev slentrianmässiga, vilket gjorde det svårare att uppleva relationen som värdefull [22]. Värdighet uppstod i vardagliga samtal genom att den äldre personen blev sedd och lyssnad på. Att sjuksköterskor visade uppmärksamhet, gav komplimanger samt lyssnade på de äldre bidrog till värdighet [23].

Jag är värd att bli mött med respekt: Flera studier visade att äldre personer upplevde bristande värdighet då de fick ett respektlöst bemötande och otillräcklig information om den egna vården. Att känna sig respekterad visade sig vara betydelsefullt för att bevara och främja värdigheten [19, 25, 26]. I tidigare studier uppgav äldre personer att de blev flyttade som om de vore "paket". Det kunde gälla flytt från en avdelning, men också att bli förflyttad mellan säng och fåtölj utan att själv ha bett om det [26, 27]. Upplevelsen av att vara värdig påverkades även när sjuksköterskor pratade med kollegor på ett språk de äldre inte behärskade. De äldre ville känna kontroll och bevarad integritet, något de menade grundades i respekt [27].

Självbestämmande och delaktighet samt dess inverkan på värdighet

Jag vill själv bestämma vad jag ska göra i dag: Vikten av tillhörighet och meningsfullhet lyftes fram [28, 29]. För äldre som bodde på ett särskilt boende var det centralt att få ingå i en gemenskap och att aktiviteter som planerades för dem var meningsfulla. Det har exempelvis visats att äldre personer på särskilt boende upplevde värdighet när det fanns möjlighet att välja aktiviteter som passade just dem [29]. Ett annat exempel var när en äldre kvinna berättade att aktiviteter på boendet ledde till djupare kontakt med andra personer på boendet. Detta resulterade i upplevelser av tillhörighet, vilket gav livet mening och värdighet [28]. Även om värdigheten kunde stärkas av tillgång till aktiviteter, kunde press att delta i oönskade aktiviteter leda till upplevelser av att inte vara värdefull och värdig [19].

Kan vi göra det på mitt sätt? Möjlighet till eget beslutsfattande, kontroll och delaktighet gällande liv och vardag gynnade upplevelsen av värdighet [25, 28]. Äldre personer beskrev hur de upplevde ignorans när de bett om hjälp med något de inte

kunde utföra på egen hand. I stället för att ignoreras önskade de stöttning för att kunna klara uppgiften själva [20]. I en studie gavs exempel på att äldre personer ville ha kunskap och få information om den vård de fick. På det sättet kunde de vara mer delaktiga och uttrycka önskemål samt ha kontroll över situationen. De kunde då även förbereda sig självständigt inför sjuksköterskans insatser, till exempel duscha inför en sårömläggning. Genom delaktighet främjades upplevelsen av värdighet [18].

Inkludera mig i beslut gällande min vård: Vikten av att få vara delaktig i beslut om den egna situationen uppmärksammades i flera studier [21, 24]. Exempel gavs på situationer när personalen riktade frågor till närstående och inte till den berörda. Ett sådant exempel var när ett läkemedel byttes ut utan att diskutera det med den äldre. Sådana handlingar ledde till misstro och bristande kontroll över situationen och i förlängningen påverkades värdigheten [21].

Hur integritet och respekt påverkar värdighet

Kroppsligt åldrande, men jag är fortfarande jag: I flera studier beskrev äldre personer hur det kroppsliga åldrandet påverkade upplevelsen av värdighet [19, 20, 22, 28, 30]. Exempel på situationer där värdigheten hotades var att behöva använda hjälpmedel, behöva hjälp med hygien eller bli matad [30]. Vissa äldre lyfte fram att bemötandet från sjuksköterskor och annan vårdpersonal hade betydelse för upplevelsen av värdighet. Genom att visa att behov av hjälp och stöttning var naturligt kunde värdigheten bevaras, trots stora hjälpbehov. Över tid kunde många också acceptera sina kroppsliga förändringar. I och med det kunde värdigheten bevaras [28].

Ibland skäms jag: Brist på kroppskontroll kunde leda till skamkänslor och påverka känslan av

TABELL 1. Översikt över fynd från 14 relevanta forskningsartiklar om äldre personers upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan, uppdelat på tre huvudteman och nio subteman.

Upplevelsen av relationens betydelse för värdighet i mötet med sjuksköterskan	Upplevelsen av självbestämmande och delaktighet samt dess inverkan på värdighet	Upplevelsen av hur integritet och respektfull omvårdnad påverkar värdighet
Har du tid för mig?	Kan vi göra det på mitt sätt?	Kroppsligt åldrande, men jag är fortfarande jag.
Vill du höra vad jag har att säga?	Jag vill själv bestämma vad jag ska göra i dag.	Ibland skäms jag.
Jag är värd att bli mött med respekt.	Inkludera mig i beslutsfattande gällande min vård.	Jag vill fortfarande känna mig fin.

värdighet [19]. Samtidigt fanns en förståelse för att det ibland uppstod situationer då den kroppsliga integriteten inte kunde värnas, exempelvis vid sjukhusinläggning. Sjuksköterskor förstod inte alltid vikten av att förhindra integritetskränkningar [27]. Även äldre personer som bodde på särskilt boende kunde inledningsvis uppleva det som pinsamt att ta emot hjälp med intymhygien, men när det väl blivit en vana var det inte längre lika genant [28]. Sjuksköterskor kunde påverka situationen genom att hantera genanta händelser odramatiskt och med förståelse för den äldre. Därmed kunde upplevelsen av värdighet förbli opåverkad [27, 28].

Jag vill fortfarande känna mig fin: Betydelsen av att få känna sig fin och kunna påverka sitt yttre beskrevs i en studie [19]. Utseendet uppfattades som viktigt och att få känna sig fin bidrog till välbefinnande och att känna sig som sig själv, trots sjukdom och åldrande. En kvinna i studien beskrev att utseendet var viktigt för henne och när sjuksköterskorna var intresserade och hjälpte henne med utseendet stärktes hennes upplevelse av värdighet [19].

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva äldre personers upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan. Vi diskuterar resultatet utifrån Halldórsdóttirs omvårdnadsteori *Caring and uncaring encounters* [31]. Teorin grundar sig i två övergripande metaforer, *bryggan* och *väggen*. Bryggan symboliserar en öppenhet i relationen mellan sjuksköterska och patient, medan väggen symboliserar ett hinder i relationen, där parterna inte når fram till varandra. Teorin är utvecklad bland personer som diagnostiserats med och behandlats för en cancersjukdom, men trots att teorin inte är specifikt utvecklad bland äldre personer är vår bedömning att den är användbar för att förstå värdighetsbevarande arbete i möten mellan äldre personer och sjuksköterskor.

När du har tid för mig upplever jag att min värdighet stärks: När äldre personer upplever stressfria möten och känner att sjuksköterskan har tid att uppmärksamma dem och att skapa

djupare relationer främjas deras värdighet. Tid som används för att skapa närvaro och för att upprätthålla en relation är således central för att bryggan ska uppstå. Litteraturstudien visade att tid var en viktig faktor för äldre personers upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan. Värdigheten främjades då sjuksköterskan hade tid att uppmärksamma de äldre personerna, att samtala och ge komplimanger.

Att upplevelsen av värdighet främjas när sjuksköterskan har tid för dem de vårdar har visats i många olika grupper. Molin beskriver exempelvis hur konceptet *time together* kunde påverka patienters dagliga liv på en vårdavdelning [32]. Studien genomfördes på en psykiatrisk vårdavdelning och gick ut på att patienter och vårdpersonal skulle planera och utöva dagliga aktiviteter tillsammans varje dag. Patienterna upplevde att de blev sedda som människor. De upplevde också ett jämlikt partnerskap när de planerade och utförde aktiviteterna tillsammans. Det var tydligt i vår litteraturstudie att äldre personer upplevde värdighet när sjuksköterskan hade tid för dem. Det var också tydligt att det inte bara handlade om den faktiska tiden som ägnades åt de äldre personerna, utan också om att sjuksköterskan verkligen var närvarande i mötet.

Halldórsdóttir beskriver i sin teori hur en brygga kan byggas när sjuksköterskan är närvarande i mötet med patienten [31]. Hon beskriver det som att vara fullständigt närvarande i nuet både fysiskt och psykiskt, och genom detta vara närvarande i dialoger. När de äldre personerna i litteraturstudien beskrev hur tid främjade deras värdighet beskrev de också hur en brygga bildades mellan dem och sjuksköterskan. Genom att ge tid och närvaro kan sjuksköterskan minska risken för att upplevelsen av värdighet hotas. Ett sådant förhållningssätt minskar troligen även risken för försämring av det psykiska välbefinnandet. Att lyckas bygga en brygga till äldre personer kan ses som ett uttryck för närhetsetik [33]. I närhetsetiken betonas mötet med den andra

personen och handlingarna i detta möte. I mötet ska den andre ses som en individuell människa som styrs av egna känslor. Fynden i denna studie styrker detta etiska förhållningssätt genom att understryka vikten av tid och närvaro i mötet.

Att främja värdighet bör gå hand i hand med att förebygga psykisk ohälsa bland de äldre. I de studier som ingick i litteraturstudien betonades att ett betydelsefullt möte med sjuksköterskan kan främja äldre personers värdighet och därmed deras psykiska hälsa.

Psykisk ohälsa är utbrett i samhället och vanligt bland äldre personer. Var tredje kvinna och var femte man över 77 år lider exempelvis av ångest [34]. Många gånger uppmärksammas inte den psykiska ohälsan hos äldre personer, varken av dem själva eller av vårdpersonal, utan uppfattas som en del av åldrandet. Många äldre personer lever med ångest eller depression och blir medicinerade för det, något som kan vara en onödig medicinering [35]. Om sjuksköterskan hade varit helt närvarande i mötet med de äldre personerna, skulle eventuellt behovet av läkemedel kunna reduceras. Molin ger exempel på aktiviteter som dans, konst och musik, som har en ångestdämpande effekt [32]. Dessa metoder skulle kunna tillämpas i äldreården. Därmed skulle bryggan kunna stärkas, genom att erbjuda tid, god omvårdnad och närvaro.

När jag blir inkluderad i beslutsfattande gällande min vård främjas min värdighet: En avgörande faktor för bevarad värdighet är äldre personers möjlighet att vara delaktiga i beslut gällande den egna vården. Det framgick i denna studie att när de äldre blev inkluderade i beslutsfattande främjades deras värdighet. Sjuksköterskans roll var betydelsefull för att äldre personer skulle uppnå delaktighet i beslutsfattandet. Genom dialog och hänsyn till de äldres beslutsfattande kunde värdigheten bevaras. En studie genomförd i Kanada under covid-19-pandemin visade att äldre personer bör vara med och fatta beslut gällande den

egna vården, bland annat i beslut om intensivvård och återupplivning. Avsikten med att göra dem delaktiga i beslutsfattandet var att minska deras lidande då äldre var mest utsatta i den kris som rådde [36]. De äldre behövde behandlas med respekt och deras autonomi bevaras. Det kan likställas med det som framkommit i denna litteraturstudie, att åldern inte ska vara en avgörande faktor för vad den enskildes röst är värd.

Oavsett ålder ska man ges möjlighet att uttrycka önskemål gällande den egna vården. Bli den äldre personen begränsad i detta hotas personens värdighet. Sandman och Kjellström beskriver autonomi som människans förmåga och möjlighet att bestämma över sitt liv [33]. Det etiska värdet består av att själv kunna leva det liv man vill leva. Det kan också innebära att ge hjälp och stöd, men samtidigt utrymme för självbestämmande. Man bör alltid beakta eget beslutsfattande och autonomi, oberoende av individens ålder.

Ett samhällsproblem som berör den äldre befolkningen är ålderism, vilket kan beskrivas som när olika åldersgrupper vänds emot varandra, eller problematiken i att medelålders personer har fördomar mot både äldre och yngre åldersgrupper [35]. Ålderism yttrar sig olika i olika sammanhang och sjukvården är ett område där främst äldre personer blir utsatta. Exempel på detta kan vara förskrivning av olämpliga läkemedel, att kommunikation från vårdpersonal upplevs nedlåtande och att äldre personer sällan blir involverade i beslut, samt att de i lägre utsträckning än andra åldersgrupper blir erbjudna utredning och behandling som syftar till att förlänga liv [35]. Detta återfanns i våra fynd om äldre personers upplevelse av självbestämmande och beslutsfattande. När äldre blir utsatta för ålderism minskar deras upplevelse av värdighet. Detta kan sjuksköterskan påverka genom att involvera äldre personer i beslut som rör dem. Halldórsdóttir beskriver i sin teori hur mötet mellan sjukskö-

terskan och personen kan stärka individens självbestämmande, och vikten av att personen upplever kontroll i sin situation. Detta leder till ökat välbefinnande och främjad hälsa [31].

Att bli sedd för den jag är och inte för det kroppsliga åldrandet främjar värdigheten:

Äldre personers kroppsliga åldrande kan leda till hotad värdighet, men genom ett professionellt förhållningssätt kan sjuksköterskan bidra till att bevara värdigheten.

Resultatet i denna litteraturstudie visade att olika fysiska begränsningar eller förändrade förmågor upplevdes som hinder för att leva självständigt och att sjuksköterskan bar ett ansvar för att värna äldre personers värdighet. Värdigheten främjades när sjuksköterskan mötte dem professionellt och när deras kroppsliga åldrande inte påverkade sjuksköterskornas bild av dem som människor. Värdigheten visade sig vara hotad när åldern spelade in för bemötandet. Sjuksköterskans roll var avgörande för att värna de äldres värdighet.

Litteraturstudiens resultat stärks av tidigare forskning, som beskriver upplevelsen ur sjuksköterskans perspektiv. Šaňáková och Čáp belyser hur sjuksköterskans ansträngningar för att stärka äldre personers värdighet till stor del handlar om respektfullt bemötande, att uppmärksamma de äldres behov av avskildhet och att respektera deras osäkerhet vid genanta situationer [37]. I samma studie beskrivs hur de äldres värdighet ofta påverkades vid sjukhusinläggning och att det var sjuksköterskans uppgift att främja värdigheten. Vid sjukhusvistelse försvinner en stor del av hemmets avskildhet. Att erbjuda total avskildhet i samband med elimination eller vid byte av inkontinensskydd är svårt och det är viktigt att sjuksköterskan visar förståelse i dessa situationer och att de gör allt för att genomföra uppgiften så avskilt och respektfullt som möjligt. Genom att exempelvis be besökare lämna salen främjar de känslan av värdighet.

Halldórsdóttir menar i sin teori att ointresse och distansering från personen kan leda till att relationen blockeras. Detta ökar risken för att personen inte ska känna sig respekterad. Det framkom i litteraturstudien att respektfullt bemötande var avgörande för värdighet och enligt Halldórsdóttir upplevs ett genuint intresse från sjuksköterskan som en grundpelare i detta [31].

Våra resultat tyder på att förståelsen för äldre personers upplevelser och mående kan brista. Att bli skör och sjuk ses ofta som en naturlig del av åldrandet. I och med detta ökar risken att värdigheten hotas. Litteraturstudien visade också att äldre upplevde sig besvärliga eller att de skämdes för att åldern tog ut sin rätt. Genom att beakta en persons människovärde och värdighet kan man undvika diskriminering baserad på bland annat ålder [32].

För att äldre personer ska uppleva värdighet i mötet med sjuksköterskan måste sjuksköterskan förhålla sig respektfullt och professionellt till åldrandet, och visa att det kroppsliga åldrandet inte ändrar den äldre personens människovärde.

Metoddiskussion

Vår studie är en omarbetad version av en kandidatuppsats i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad [38]. Vår intention var att beskriva metoden på ett tydligt och strukturerat sätt så att utomstående skulle kunna göra om studien och nå ett liknande resultat. Enligt Shenton stärks tillförlitligheten i studien när resultatet svarar på det som studien avsåg att undersöka [39]. Litteratursökningen gjordes i tre databaser vilket genererade ett omfattande datamaterial. Urvalsprocessen försvårades dock av att vissa artiklar innehöll utsagor både från patienter, närstående och personal. De artiklar där det tydligt framgick vilka utsagor som rörde de äldre kunde ändå behållas i studien. En övergripande beskrivning av sökorden presenteras i metoden. För att hitta artiklar som svarade emot syftet

fick sökningarna i de olika databaserna anpassas något utifrån respektive databas.

I metodavsnittet har vi presenterat HKR:S granskningsmall för kvalitativa artiklar [17] samt Fribergs analysmodell i fem steg [15], som vi använt för att granska respektive analysera innehållet. Vidare finns även en konkret beskrivning av hur analysen genomförts.

I samtliga delar i forskningsprocessen har minst två personer deltagit. Detta förfaringsätt minimerar risken för att låta förförståelse påverka det slutliga resultatet.

Då studiens syfte var att beskriva äldre personers upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan var målsättningen att fynden ska kunna gå att överföra till äldre personer. En studies överförbarhet bestäms enligt Shenton genom att fokusera på urvalet i studien, hur kontexten beskrivits och abstraktionsnivån för resultatets teman [39]. Denna studie har utgått ifrån äldre personer, varför resultatet framför allt är överförbart till gruppen äldre. Värdighet är dock något som följer med en person livet igenom, varför delar av studiens resultat troligen går att överföra till andra grupper. Ett sådant exempel är fyndet av vikten att få känna sig fin för känslan av värdighet, något som rimligen inte enbart gäller för äldre personer, utan även för exempelvis personer med cancer som genomgår cytostatikabehandling. Vikten av att bli mött med respekt och få möjlighet att bestämma över sin vård är ett annat exempel.

Slutligen har studien granskats av handledare, medstudenter samt examinator kontinuerligt under arbetsprocessen, vilket stärker dess tillförlitlighet [39]. En svaghet är att det inte ingått någon informationsspecialist i arbetet med att söka artiklar. Databassökningen föregicks dock av utbildning där bibliotekarier med särskild kompetens inom informationssökning vid upprepade tillfällen undervisades och genomförde workshoppar. Även databassökningen har granskats vid upprepade tillfällen av examinator, handledare och studentkollegor.

Slutsats

I Sverige är det vanligt att äldre har många sjukdomar och komplexa vårdbehov, vilket ökar kraven på sjuksköterskors kompetens. Kompetens innebär medicinskt kunnande om äldres sjukdomar, men också att kunna värna äldres värdighet. Sjuksköterskor som strävar efter att värna äldre personers värdighet anstränger sig för att ge dem tid i mötet, att efterfråga och beakta deras behov och önskemål, att involvera dem i beslut om sin vård och vardag och att ge dem kontroll över sin situation.

Older persons' experience of dignity in the encounter with the nurse. A literature study

Abstract. Dignity is a concept central to Swedish healthcare. However, a threefold – institutional, existential, and cognitive – disadvantage can place older persons in a vulnerable position, which threatens their dignity.

In this literature study, we describe how older persons experience dignity in their encounters with nurses. 14 qualitative scientific articles matched our search criteria in databases focused on nursing. We reviewed the articles with a template for qualitative studies and carried out the analysis according to Friberg's five-step model.

The experience of dignity can mainly be summarised in three statements: (a) *When you have time for me, I experience that my dignity is strengthened*, (b) *When I am included in decision-making about my care, my dignity is promoted*, (c) *To be seen for who I am, and not for my physical ageing, promotes my dignity*.

The relationship between nurse and patient is important for helping older persons retain their dignity. Conducive organisational conditions and knowledge among nurses for promoting the relationship are thereby key resources for retaining older persons' dignity.

Referenser

1. Utredningen om patientens rätt. *Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning (SOU 2008:127)*. Fritze.
2. Walsh K, Kowanko I. *Nurses' and patients' perceptions of dignity*. International journal of nursing practice. 2002;8(3):143-51. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2002.00355.x>
3. Edlund M. *Människans värdighet: ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen* [doktorsavhandling]. Åbo akademi; 2002.
4. Nordenfelt L. *Begreppet värdighet*. I: Nordenfelt L, redaktör. *Värdighet – i vården av äldre personer*. Studentlitteratur; 2010. s. 63-103.
5. *Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763)*. Socialdepartementet.
6. *Patientlagen (SFS 2014:821)*. Socialdepartementet.
7. Dwyer L-L, Andershed B, Nordenfelt L, Ternestedt B-M. *Dignity as experienced by nursing home staff*. International journal of older people nursing. 2009;4(3):185-93. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00153.x>
8. Eurostat. *Quality of life indicators – health*. [internet] I: Eurostat. Statistics explained. [citerad 2020-05-07] Hämtad från: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Quality_of_life_indicators_-_health#Europeans_live_longer_and_healthier_lives
9. Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre* [broschyr]. Socialstyrelsen; 2020.
10. Jegermalm M, Lundgren D, Östlund L. *Formell och informell omsorg*. I: Ernsth Bravell M, Östlund L, redaktörer. *Äldre och åldrande – grundbok i gerontologi*. Gleerups; 2020. s. 267-97.
11. Kristensson Ugglå B. *Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård*. I: Ekman L, redaktör. *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Liber; 2020. s. 58-105.
12. International council of nurses. *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening; 2017.
13. Ostaszkiwicz J, Tomlinson E, Hutchinson AM. *"Dignity": A central construct in nursing home staff understandings of quality continence care*. Journal of clinical nursing. 2018;27(11-12):2425-2437. <https://doi.org/10.1111/jocn.14293>
14. Svensk sjuksköterskeförening. *Äldre personer har rätt till god och säker omvårdnad* [broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening; 2018.
15. Friberg F. *Att utforma ett examensarbete*. I: Friberg F,

- redaktör. Dags för uppsats. Studentlitteratur; 2017. s. 83-96.
16. Henricson M, Billhult A. *Kvalitativ metod*. I: Henricson M, redaktör. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur; 2017. s. 111-118.
 17. Blomqvist K, Orrung Wallin A, Beck I. *HKR:s granskningsmall för kvalitativa studier*. Högskolan Kristianstad; 2016.
 18. Holmberg M, Valmari G, Lundgren SM. *Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination*. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2012;26(4):705-12. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00983.x>
 19. Høy B, Lillestø B, Slettebø Å, Sæteren B, Heggestad AKT, Caspari S m fl. *Maintaining dignity in vulnerability: A qualitative study of the residents' perspective on dignity in nursing homes*. *International journal of nursing studies*. 2016;60(4):91-98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.011>
 20. Tauber-Gilmore M, Addis G, Zahran Z, Black S, Baillie L, Procter S m fl. *The views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care*. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(1-2):223-34. <https://doi.org/10.1111/jocn.13877>
 21. Kerr D, Crone R, Dunning T. *Perspectives about dignity during acute care for older people and their relatives: A qualitative study*. *Journal of clinical nursing*. 2020;29(21-22):4116-27. <https://doi.org/10.1111/jocn.15438>
 22. Dwyer L-L, Nordenfeldt L, Ternstedt B-M. *Three nursing home residents speak about meaning at the end of life*. *Nursing ethics*. 2008;15(1):97-109. <https://doi.org/10.1177/0969733007083938>
 23. Oosterveld-Vlug MG, Pasman HRW, van gennip IE, Muller MT, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. *Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study*. *Journal of advanced nursing*. 2014;70(1):97-106. <https://doi.org/10.1111/jan.12171>
 24. Hall S, Dodd RH, Higginson IJ. *Maintaining dignity for residents of care homes: a qualitative study of the views of care home staff, community nurses, residents and their families*. *Geriatric nursing*. 2014;35(1):55-60. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.10.012>
 25. Baillie L. *Patient dignity in an acute hospital setting: a case study*. *International journal of nursing studies*. 2009;6(1):23-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003>
 26. Maben J, Adams M, Peccei R, Murrells T, Robert G. *"Poppets and parcels": the links between staff experience of work and acutely ill older peoples' experience of hospital care*. *International journal of older people nursing*. 2012;7(2):83-94. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00326.x>
 27. Webster C, Bryan K. *Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment*. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(12):1784-92. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02674.x>
 28. Oosterveld-Vlug MG, Pasman HRW, van Gennip IE, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. *Changes in the personal dignity of nursing home residents: a longitudinal qualitative interview study*. *Plos one*. 2013;8(9):e73822. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073822>
 29. Slettebø A, Sæteren B, Caspari S, Lohne V, Rehnsfeldt AW, Heggestad AKT m fl. *The significance of meaningful and enjoyable activities for nursing home resident's experiences of dignity*. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2017;31(4):718-26. <https://doi.org/10.1111/scs.12386>
 30. Franklin L-L, Ternstedt B-M, Nordenfeldt L. *Views on dignity of elderly nursing home residents*. *Nursing ethics* 2006;13(2):131-46. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne851oa>
 31. Halldórsdóttir S. *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: Developing a theory* [doktorsavhandling]. Linköpings universitet; 1996.
 32. Molin J, Graneheim UH, Ringnér A, Lindgren B-M. *Patients' experiences of taking part in Time Together - A nursing intervention in psychiatric inpatient care*. *International journal of mental health nursing*. 2019;28(2):551-59. <https://doi.org/10.1111/inm.12560>
 33. Kjellström S, Sandman L. *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur; 2015.
 34. Folkhälsomyndigheten. *Psykisk ohälsa vanligt bland äldre personer* [internet]. Folkhälsomyndigheten; 2019. [uppdaterad 2019-09-06; citerad 2020-05-07] Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2019/september/psykisk-ohalsa-vanligt-bland-aldre-personer/>
 35. Krekula C. *Ålderism – ett brott mot de mänskliga rättigheterna?* I: Blomqvist K, Edberg A-K, Ernsth Bravell M, Wijk H, redaktörer. *Omvårdnad och äldre*. Studentlitteratur; 2017. s. 627-33.
 36. Chase J. *Caring for frail older adults during covid-19: integrating public health ethics into clinical practice*. *Journal of the American geriatrics society*. 2020;68(8):1666-70. <https://doi.org/10.1111/jgs.16666>

37. Šaňáková Š, Čáp J. *Dignity of elderly adults from the perspective of nurses: a qualitative descriptive study*. Central European journal of nursing and midwifery. 2018; 9(4):906-14. <http://dx.doi.org/10.15452/CEJNM.2018.09.0023>
38. Skoog E, Ekman E. *Äldres upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan* [examensarbete på internet]. Högskolan Kristianstad; 2020. Hämtad från: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn%3Anbn%3A-se%3Ahr%3Adiva-21709>
39. Shenton, AK. *Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects*. Education for information. 2004;22(2):63-75. 2004;22(2):63-75. <http://dx.doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>

BILAGA 1.

Schema över sökning i litteratordatabasen Cinahl 2020-10-30. Syftet var att hitta studier som beskriver äldre personers upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan.

Sökning	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
1. Upplevelse	Experience* [fritext] OR Hermeneutic* [fritext] OR Phenomenology [fritext] OR Interview* [fritext] OR Qualitative [fritext]	735 852	
2. Värdighet	"Human dignity" [MH] Dignity [fritext] OR "Self-respect" [fritext] OR Worthiness [fritext] OR Personhood [fritext] OR Autonomy [fritext]	37 097	
3. Äldre	Aged [MH] OR "Elderly people" [fritext] OR "Elderly person*" [fritext] OR Aged [fritext] OR Retired [fritext] OR "Older person*" [fritext] OR "Older people" [fritext] OR "Older age*" [fritext] OR "Elderly" [fritext]	1 004 409	
4. Vårdområde	"Hospital units" [MH] "Care unit*" [fritext] OR "Nursing home*" [fritext] OR "Health care" [fritext] OR Hospital* [fritext] OR "Gerontologic Nursing" [MH] OR "Geriatrics" [MH] OR "Gerontologic Care" [MH] OR "Health services for the aged" [MH]	1 102 102	
5. Sjuksköterska	Nurses [MH] OR Nurse [fritext] OR "Gerontologic Nurse Practitioners" [MH] OR "Geriatricians" [MH]	517 879	
6. Kombinerat	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	430	
Begränsningar	Peer review, engelskspråkig, publiceringsår 2005-2020	292	7

BILAGA 2.

Schema över sökning i litteratordatabasen PubMed 2020-10-30. Syftet var att hitta studier som beskriver äldre personers upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan.

Sökning	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
1. Upplevelse	"Life change event" [Mesh term] OR life experience [All fields] OR Interview [All fields] OR Qualitative [All fields]	1 250 749	
2. Värdighet	Personhood [Mesh term] OR "Human Dignity" [All fields] OR Dignity [All fields] OR Self-respect [All fields] OR Worthiness [All fields] OR Worthy [All fields] OR Personhood [All fields] OR Autonomy [All fields]	71 204	
3. Äldre	Aged [Mesh term] OR "Aged, 80 and over" [Mesh term] OR "Elderly person" [All fields] OR "Older person" [All fields] OR "Elderly" [All fields]	1 004 409	
4. Vårdområde	"Health facilities" [Mesh] "Hospital units" [Mesh terms] OR "Homes for the aged" [Mesh] OR "Health services for the aged" [Mesh] OR "Care unit" [All fields] OR "Nursing home" [All fields] OR Geriatrics [All fields]	5 505 446	
5. Patient	"Patients" [Mesh] OR Patient perspective [All fields] OR Patient [All fields]	358 670	
6. Kombinerat	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	379	
Begränsningar	Engelskspråkig, publiceringsår 2005–2020	284	2¹
Manuell sökning 1	"Three nursing home residents speak about meaning at the end of life"	1	1
Manuell sökning 2	"Views on dignity of elderly nursing home residents"	1	1

¹ Fyra dubletter togs bort.

BILAGA 3.

Schema över sökning i litteratordatabasen PSYCinfo 2020-10-30. Syftet var att hitta studier som beskriver äldre personers upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan.

Sökning	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
1. Upplevelse	"Phenomenology" [MS] OR experience [fritext] OR Interview* [fritext] OR Qualitative [fritext] OR "Life experience" [fritext]	1 098 087	
2. Värdighet	Autonomy [MS] OR Dignity [MS] OR Personhood [abstract] OR Selfrespect [abstract] OR Autonomy [abstract]	36 132	
3. Äldre	Aged [MS] OR "aged, 80 and over" [MS] OR "Older Age" [fritext] OR Eldery [fritext] OR Aged [fritext] OR Resident* [fritext]	801 454	
4. Vårdområde	Geriatrics [MS] OR "Hospital units" [MS] OR Hospitals [MS] OR "Hospital environment" [MS] OR Hospitalization [MS] OR "Hospitalized patients" [MS] OR "Hospital setting*" [fritext] OR "Care unit" [fritext] OR "Nursing home*" [fritext]	88 087	
5. Kombinerat	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	503	
Begränsningar	Peer review, engelskspråkig, publiceringsår 2005–2020	378	3

Användning av robot vid äldre personers läkemedelshantering – intervjustudie med sjuksköterskor inom hemsjukvård i Sverige

Dijana Hasanacevic¹ och Linda Johansson²

ABSTRACT. Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att använda robotar vid läkemedelshantering bland äldre personer. Tolv sjuksköterskor intervjuades via telefon med hjälp av en frågeguide. Insamlade data analyserades sedan genom en induktiv kvalitativ innehållsanalys.

Studien identifierade tre övergripande kategorier. *Skapar självständighet* handlar om hur roboten bidrar till äldre personers oberoende samt ökade ansvar, engagemang och trygghet i samband med läkemedelshantering. *Ökad patientsäkerhet* syftar på att rätt patient får rätt läkemedel i rätt tid, vilket bidrar till färre läkemedelsavvikelser. *Resurssparande* tydliggör såväl miljöbesparingar, som att mindre tid och personalresurser behöver läggas på läkemedelsadministrering.

Att använda läkemedelsrobot kan således generera vinster på både individ-, grupp- och organisatorisk nivå, men det är viktigt att införande och användande anpassas till varje enskild individ.

¹Vård- och rehabteamet, Åtvidabergs kommun

²Institutet för gerontologi, Hälsohögskolan, Jönköping university

Korrespondens: Linda Johansson, linda.johansson@ju.se

Inledning

År 2019 uppgick antalet personer som var 60 år eller äldre till en miljard i världen. Antalet beräknas stiga till 1,4 miljarder år 2030 och 2,1 miljarder 2050 [1]. Även i Sverige kan vi se demografiska förändringar, och även om de flesta äldre personer har en god hälsa finns det ett behov av att hitta nya arbetssätt och lösningar för att möta de utmaningar som detta innebär för vården och omsorgen.

I Sverige används begreppet *god och nära vård* för att beskriva denna omställning. Innebörden är att vård och omsorg ska vara personcentrerad, och utgå från individens behov och förutsättningar, såväl som sammanhållen och ha ett tydligare fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser, en uppgift där primärvården har en central roll. Sveriges kommuner och regioner, SKR, beskriver digitalisering som en framgångsfaktor i denna omställning [2], och välfärdsteknik inom vård och omsorg har kommit att bli allt vanligare [3, 4]. Välfärdsteknik syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning [5]. Exempel på välfärdsteknik är digitala trygghetslarm, kameraövervakning, olika sensorer, robotar och datoriserade program [6]. Välfärdsteknik kan exempelvis bidra till att äldre personer själva kan övervaka, analysera och upprätthålla sin hälsa och sitt välbefinnande [4, 7]. Den politiska agendan riskerar samtidigt att göra så att välfärdsteknik implementeras i vård och omsorgssammanhang utan att man tydligt funderar på hur det kommer påverka individ eller organisation [8].

Möjliga risker i samband med införande av välfärdsteknik är bland annat relaterade till etik, där den äldre personens rätt till autonomi och självbestämmande åsidosätts och betydelsefulla mänskliga möten ersätts med teknik [9]. Det skulle också kunna medföra ökad påfrestning

Huvudbudskap

- Läkemedelsrobot kan bidra till äldre personers oberoende, samtidigt som läkemedelshandlingen blir trygg och säker.
- Läkemedelsrobot kan bidra till att mindre tid och personalresurser behöver användas till läkemedelshandling, utan i stället kan nyttjas mer optimalt.
- Läkemedelsrobot passar inte för alla äldre personer och införandet bör baseras på frivillighet och lämpligheten bedömas i varje enskilt fall.

och merarbete i en redan pressad arbetssituation bland vårdpersonal till följd av brist på teknisk kompetens [10].

En digital lösning som börjar bli vanligare, även om den används i relativt låg utsträckning (cirka 10 personer/kommun), är läkemedelsrobot, vars syfte är att stödja individen i läkemedelshandlingen [11]. Säker läkemedelsbehandling är viktigt, då felaktig läkemedelsbehandling är en ledande orsak till skador samt vårdskador, och därmed en patientsäkerhetsutmaning [12]. Detta gäller inte minst bland äldre personer, som ofta får läkemedelsbehandling för flera sjukdomar och symptom samtidigt [13]. En svensk studie visar exempelvis att prevalensen för polyfarmaci (behandling med fem läkemedel eller fler) är 45 procent bland personer 75 år och äldre [14].

Polyfarmaci behöver i sig inte vara problematisk, men riskerar att leda till negativa utfall, läkemedelsinteraktioner samt försämrad följsamhet av behandling [15]. Några vanliga problem i samband med läkemedelsbehandling, som riskerar ge allvarliga konsekvenser, är att

läkemedel inte tas på rätt tid och i rätt dos, eller att de förväxlas [16].

För att förbättra följsamhet, minimera felmedicinering samt stödja äldre personer i ordnärt boende att självständigt hantera förskrivna läkemedel, kan enkla påminnelser via välfärdsteknik vara en effektiv lösning [17, 18]. En sådan teknisk lösning är läkemedelsrobot, ett hjälpmedel som skapar en spårbar läkemedelskedja och programmeras för att mata fram rätt läkemedel vid rätt tidpunkt. Dessutom bidrar roboten till säker läkemedelsförvaring i hemmet. Roboten laddas med dosförpackade påsar och avger ljud samt ljussignaler när det är dags att ta läkemedel [19].

Läkemedelsrobotar tycks vara lätta att hantera för användaren, och kan bidra till bättre följsamhet och ökat oberoende [20, 21]. Samtidigt kan vårdpersonalens attityder påverka införandet och användandet av robotar inom hemsjukvård och därmed också den äldre personens möjlighet att bruka hjälpmedlet. I en finsk studie framkom att inställningen till, och viljan att, införa robot i verksamheten var relaterad till om vårdpersonalen trodde att det var enkelt för dem att använda tekniken, att den var till nytta för vårdtagaren, samt om det fanns ett positivt klimat i verksamheten avseende teknik [22].

Välfärdsteknik såsom läkemedelsrobotar kan alltså underlätta och medverka till att uppnå eller bibehålla hälsa samt patientsäker läkemedels hantering, men vidare forskning behövs ur såväl vårdpersonals som äldre personers perspektiv [20]. Utifrån detta var syftet med vår studie att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av robot som stöd till äldre personer som erhåller läkemedelsbehandling i hemmet.

Metod

Urval och genomförande

Urvalet av intervjupersoner gjordes med ett ändamålsenligt urvalsförfarande [24], och

inkluderade sjuksköterskor med erfarenhet av läkemedelsrobot samt minst ett års yrkeserfarenhet inom hemsjukvård. Studiens försteförfattare kontaktade verksamhetschefer i fem kommuner som använde läkemedelsrobotar, varav tre kommuner valde att ingå. Verksamhetscheferna identifierade sjuksköterskor och lämnade ut informationsbrev om studien till dem. Försteförfattaren fick sedan kontaktuppgifter till de sjuksköterskor som var intresserade av att delta, för att boka tid för telefonintervju.

I början av varje telefonintervju gav deltagarna muntligt samtycke till studien. Därefter genomförde försteförfattaren semistrukturerade intervjuer med stöd av en pilottestad frågeguide [24], som författarna ansåg fungera väl för att fånga deltagarnas erfarenheter av läkemedelsrobot. Pilotintervjun ingår inte i resultatet i denna artikel. De öppna frågorna i guiden fokuserade på sjuksköterskornas erfarenheter av att arbeta med läkemedelsrobotar, hur robotarna ansågs kunna påverka patientsäkerheten, fördelar och nackdelar med robotar, samt hur mötet med den äldre personen eventuellt påverkades. Intervjuerna, som genomfördes vintern 2021/22, varade 18–41 minuter, och ljudinspelades och transkriberades ordagrant.

Materialet består av intervjuer med tolv sjuksköterskor (en man, elva kvinnor), varav åtta hade en specialistsjuksköterskeutbildning. Åldern på deltagarna varierade mellan 26 och 60 år och yrkeserfarenheten mellan fyra och 36 år. Vid intervjuerna uppgav sjuksköterskor att de vårdade 5–10 äldre personer som använde läkemedelsrobot.

Analys

Försteförfattaren hade huvudansvar för den konventionella innehållsanalysen, en induktiv kvalitativ analysmetod där koder och kategorier härrör från textmassan [25]. Försteförfattaren läste först igenom den transkriberade texten ett flertal gånger för att identifiera meningsbärande

enheter, som därefter fick en kod som reflekterade innehållet. Genom abstraktion slogs koder med liknande innehåll samman till subkategorier, och slutligen tre kategorier (se tabell 1 för exempel på analysförfarandet). För att undvika feltolkningar jämfördes kategorierna mot transkriberingarna och diskuterades i författarparet.

Etiska överväganden

Studien innefattar inte sådan forskning som avses i lag om etikprövning av forskning som avser människor [26] och har således inte etikprövats. Inom ramen för specialistsjuksköterskeprogrammets inriktning vård av äldre genomfördes dock en granskning för att säkerställa att forskningspersonerna skyddades och att arbetsprocessen följde en god forskningsetik i enlighet med Helsingforsdeklarationen [27]. Studien var planerad att enbart presenteras som uppsats inom ramen för det självständiga arbetet i specialistsjuksköterskeprogrammet. För att följa god forskningsetik tillfrågade författarna därför deltagarna, efter att uppsatsen godkänts, om tillstånd att publicera materialet som vetenskaplig artikel, vilket samtliga accepterade.

Resultat

Sjuksköterskornas erfarenhet av robot som stöd till äldre personer som får läkemedelsbehandling i hemmet resulterade i tre kategorier på respektive individ-, grupp- och organisationsnivå (figur 1). Deltagarna beskrev läkemedelsrobotar som ett sätt att skapa självständighet för äldre personer (individnivå), vilket var en orsak till att läkemedelsrobotar initialt hade införts i hemsjukvården. Äldre personer hade uttryckt nöjdhet med läkemedelsroboten eftersom de ansåg att den bidrog till trygghet och oberoende. Sjuksköterskorna uppfattade dessutom att ökat egenansvar bidrog till ökat engagemang kring den egna läkemedelsbehandlingen bland de äldre personerna. De bedömde också att roboten ge-

nerade ökad patientsäkerhet (gruppnivå) såsom färre läkemedelsavvikelser och bättre följsamhet till behandling. Å andra sidan tydliggjorde informanterna att det inte finns någon egentlig garanti för att den äldre personen verkligen tagit sina läkemedel efter det att dospåsen lämnat roboten. Resurssparande (organisationsnivå) åstadkoms genom att vårdpersonal sparade tid när de äldre personerna själva skötte sina läkemedel, och personalresurser kunde därmed omfördelas och nyttjas mer optimalt inom verksamheten. Vidare upplevde intervjudeltagarna att läkemedelsrobotar bidrog till miljöbesparingar genom färre bilresor och bättre översyn av läkemedel. Nedan följer en beskrivning av respektive kategori och tillhörande subkategorier.

Skapar självständighet

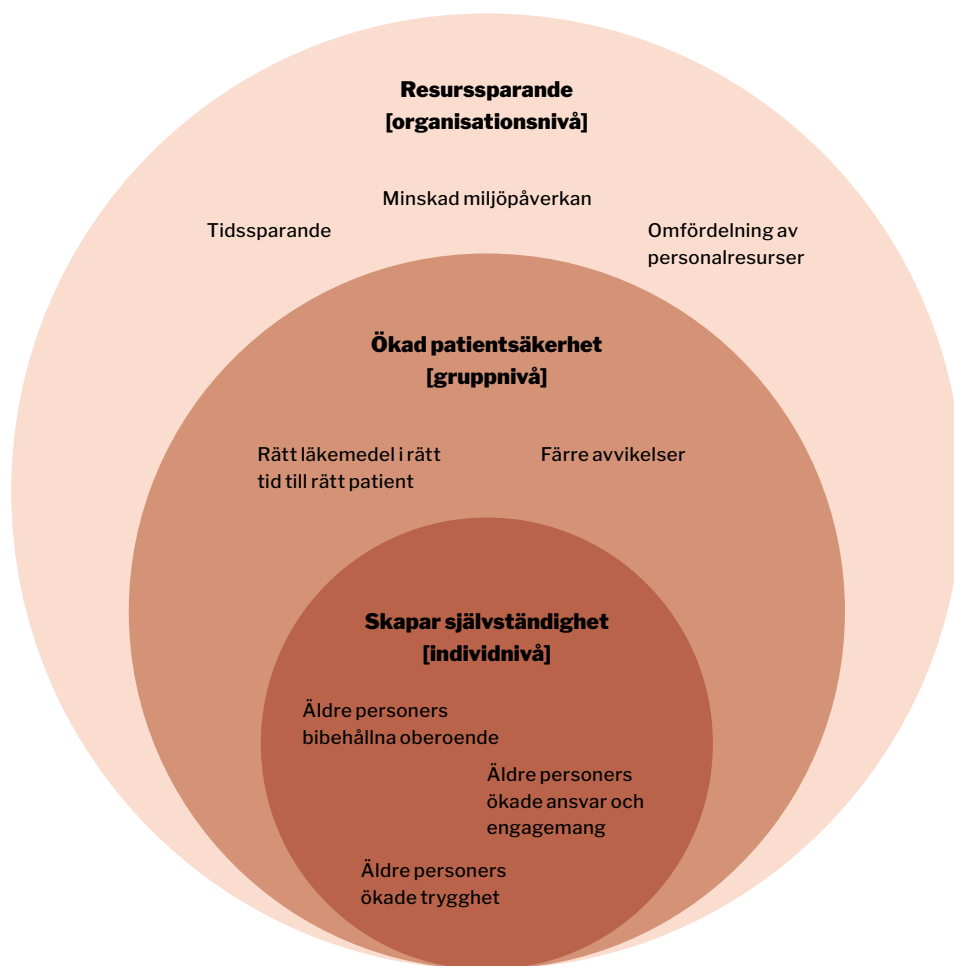
Sjuksköterskorna beskrev hur äldre personer önskade hantera sina läkemedel självständigt. Sjuksköterskorna såg roboten som ett hjälpmedel för att bibehålla oberoende hos de äldre personerna och minska antalet fysiska besök från vårdpersonal. De beskrev att äldre personer kan uppleva motstånd mot att ta emot formell hjälp eftersom de är vana att självständigt hantera sin vardag, och detta gjorde dem ofta positiva till att testa tekniken. För äldre personer som tidigare inte haft hemtjänst, men som hade behov av stöd, kunde man erbjuda läkemedelsrobot som en första insats. På så vis kunde en hög autonomi bevaras samtidigt som det blev en mjuk övergång att ta emot hjälp:

SSK 5: *"Om man kommer in i ett tidigt skede, då blir det inte på samma vis, för att om du tänker dig att det är från scratch med en ny som inte har haft nån hemtjänst förut, då blir det ju det här ifrån början. Och det en kan göra då är ju att skapa en självständighet för dem, att de bevarar sitt friska jag länge tack vare den här."*

Sjuksköterskorna uppfattade att läkemedelsrobot innebar att äldre personer inte behövde anpassa sig till hemtjänstens tider och krav på samma sätt som utan hjälpmedlet. Detta möj-

TABELL 1. Exempel på analysprocess över sjuksköterskors erfarenheter av läkemedelsrobot i hemsjukvården. Meningsbärande enheter identifierades ur de transkriberade intervjuerna och tilldelades en kod. Koder med liknande innehåll samlades till subkategorier, och slutligen övergripande kategorier.

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
"Det är ju för att en vårdtagare ska kunna känna... ska kunna vara självständig längre... vara självständig och kunna sköta sin läkemedelshantering längre i första hand. [...] Det finns ju många som inte vill ha... som inte önskar ett fysiskt besök... som inte vill ha spring." [Sjuksköterska 4]	Kunna hantera läkemedel själv	Äldres bibehållna oberoende	
"De blir ju mer... mer fria om man säger, att de... de behöver inte vänta på hemtjänsten en viss tid att de kommer, ja om de är försenade en timme så bör de inte sitta och vänta utan när Evon-dosen plingar till klockan åtta, så att man ska ta medicinerna så kan de göra det, där och då liksom och så att det blir ju på ett sätt en annan frihet så." [Sjuksköterska 10]	Fri att planera sin vardag		Skapar självständighet
"Jag tror att det är en trygghet när man ser att det här fungerar. Att man vet att man får sin medicin när man vill ha den och att man inte behöver vänta på att personalen kommer och alltså så, utan man kan själv ta den i lugn och ro och alltså när man har gått upp på morgonen." [Sjuksköterska 8]	Trygghet att ha kontroll över behandlingen	Äldres ökade trygghet	



FIGUR 1. Sjuksköterskors erfarenheter av läkemedelsrobot i hemsvårården samlade i kategorier och subkategorier, utifrån intervjuvar.

liggjorde att de exempelvis kunde umgås med vänner och familj när de ville, samt engagera sig i föreningsliv eller resa. Användning av läkemedelsrobot gav således en ökad frihet och möjlighet att planera sin vardag.

Läkemedelsrobot fungerade ofta bra även för personer med kognitiv nedsättning, och sjuksköterskorna ansåg att den förlängda självständighet

som roboten medförde var viktig för personernas livskvalitet och självkänsla. Samtidigt påtalade deltagarna betydelsen av att läkemedelsroboten introducerades tidigt i sjukdomsförloppet, både för att lättare lära sig hantera den och för att skapa en vana. Detta medverkade sedan till att den äldre personen kunde handha roboten även när kognitionen försämrades.

Sjuksköterskorna ansåg inte att läkemedelsrobotar var lämpliga för alla äldre personer. I stället var fysiska besök ibland att föredra. Företaget som sålde robotarna hade utvecklat en checklista för att stödja vårdpersonal att bedöma lämpligheten att introducera läkemedelsrobot hos enskilda äldre, men listan var inte alltid tillförlitlig. Sjuksköterskorna beskrev att äldre personer ibland saknade självinsikt om sin egen förmåga, vilket verkade vara relaterat till en önskan om att klara sig självständigt.

SSK 9: *"Det är inte till för alla. Digitalisering överhuvudtaget är inte till för alla, men där... men där det fungerar, där ska man använda det. Det man också inte som enskild person ska behöva bli... man måste anpassa sig att vårdens tid eller nån kommer eller inte kommer, utan man får leva självständigt och klara sig kanske själv längre hemma också."*

Vid användning av läkemedelsrobot upplevde intervjupersonerna att äldre personer visade ökat ansvar och engagemang för sin läkemedelsbehandling och att följsamheten förbättrades. En sjuksköterska förklarade:

SSK 7: *"Att de får känna att de är värda nånting, att de klarar av nånting i stället för att en människa ska komma och slänga fram tabletter. För då bryr man sig inte om vad är det jag äter, hur många ska jag ta och varför då, det blir ett mera... kanske ifrågasättande."*

Enligt sjuksköterskorna antog ibland vårdpersonal att äldre personer har svårt att lära nytt samt är ointresserade av modern teknik och digitalisering. Dock fungerade det ofta väl när vårdtagarna gavs möjlighet att prova tekniken, och de verkade uppleva det som spännande. Intervjudeltagarna beskrev dessutom att de äldre personer som fick läkemedelsrobot kände stolthet över sig själva och sina förmågor att hantera ny teknik.

Sjuksköterskorna beskrev hur roboten också ledde till en ökad trygghet hos äldre personer, bland annat genom att vara punktlig och tillförlit-

lig. När de äldre personerna hade använt roboten ett tag och insett att den fungerade utan problem, brukade de slappna av och förlita sig på att läkemedelshandlingen fungerade felfritt. Under covid-19-pandemin hade äldre personer uttryckt att de kände sig trygga med att ha en läkemedelsrobot, eftersom detta bidrog till färre hembesök.

Vetskaper om att roboten skulle larma hemtjänsten om läkemedel inte togs i tid, verkade också bidra till trygghet. Hemtjänsten skulle då försöka ringa den äldre personen och vid uteblivet svar göra ett tillsynsbesök. På det viset blev de äldre personerna garanterade tillsyn, även om de själva var oförmögna att tillkalla hjälp, exempelvis vid en fallolycka. Sjuksköterskor menade att tryggheten hos de äldre personerna också påverkades positivt genom den kommunikation som läkemedelsroboten möjliggjorde. Läkemedelsrobotens meddelandefunktion gjorde det möjligt för sjuksköterskorna att till exempel skicka påminnelser rörande exempelvis övrig behandling såsom salvor och inhalatorer:

SSK 2: *"Vi kan ju även programmera in till exempel... att han [roboten] även talar om att... kom ihåg dosetten också nu när det är nåt extra. Eller när de har Waran och sånt där som inte går att lägga i."*

Ibland användes läkemedelsroboten till att ställa enkla frågor som den äldre personen kunde besvara genom en knapptryckning. Detta var hjälpsamt exempelvis om en person hade svårt att prata i telefon.

Ökad patientsäkerhet

Sjuksköterskorna ansåg att läkemedelsrobotar bidrog till patientsäkerhet genom att säkerställa rätt läkemedel i rätt tid och till rätt patient. De ansåg att risken att ge läkemedel till fel person var obefintlig, eftersom roboten gör en identitetskontroll vid varje tillfälle genom att läsa av förtryckta personuppgifter på dospåsarna. Om sjuksköterskan råkade sätta in fel rulle med

dospåsar larmade roboten och felet behövde åtgärdas innan roboten kunde användas. Likaså fanns det ingen risk att ta fel dos eller dubbeldos eftersom endast den ordinerade dospåsen för en specifik tidpunkt erhålls från roboten. Detta var särskilt värdefullt om personen hade en kognitiv nedsättning och riskerade glömma att ta sin medicin, ta fel medicin eller dubbla doser.

SSK 8: *"Jag tror inte att man kan liksom överkonsumera, att 'ojdå, har jag glömt min tablett' och så går man och tar flera eller såna saker. Utan det kommer ju bara en påse i taget."*

Å andra sidan framkom att vårdpersonal ibland hittade oöppnade påsar hemma hos robotanvändare, vilket de tolkade som att personen inte ville ta sina läkemedel, eller inte klarade av att hantera roboten. En läkemedelsrobot kan inte heller förhindra att personen får fel medicin i de fall dospåsen är felaktigt förpackad. Detta eftersom roboten enbart läser av dospåsen, inte innehållet.

Enligt sjuksköterskorna hade de statistik som påvisade en hög följsamhet till läkemedelsbehandling vid robotanvändning. De framhöll att följsamheten är viktig för att exempelvis förhindra personer från att försämrans i sin sjukdom, vilket beskrivs i följande citat:

SSK 3: *"Han har epilepsi... och han glömde bort att ta sin medicin, vilket är viktigt för honom för att han inte ska få något anfall förstås... och det glömde han i princip... han glömde bort det, inte varje dag, men för många dagar och då är det ju risk att han får ett epilepsianfall... men nu då... tack vare den här [roboten] så kommer ju han... blir han ju påmind att ta sin medicin... han var så lycklig och han sa 'tänk vad bra, vilken maskin'."*

Vidare ansåg sjuksköterskorna att läkemedelsrobotar bidrar till färre avvikelser gällande läkemedelshanteringen. Lika hög säkerhet bedömdes vara omöjlig att uppnå genom personalinsatser:

SSK 9: *"Man arbetar ju inte med läkemedelsavvikelser i den utsträckningen som man gör om*

man inte använder roboten, för det är ju över 99 procent tillförlitlighet att det är rätt patient som får rätt medicin i rätt tid. Och 100 procent kan det aldrig bli eftersom man inte vet om patienten sväljer sitt läkemedel."

Avvikelser var relaterade till nätverksfel, såsom dålig signal eller mottagning mellan roboten och hemsjukvårdens system, vilket påverkade möjligheten att programmera, styra och kommunicera. Problem av detta slag uppstod vanligtvis hos äldre personer på landsbygden. Det hade också förekommit avvikelser gällande felaktig hantering av rullarna med dospåsar, vilket lett till att påsar fastnat eller blivit så skrynkliga att roboten inte kunde läsa av dem. När sådant skedde larmade roboten hemtjänsten, som då gjorde hembesök och åtgärdade felet på plats. Handhavandet vid laddningen av roboten hade ibland också lett till avvikelser såsom att dospåsarna vid laddning vänts åt fel håll, vilket omöjliggör korrekt utmatning.

Resurssparande

Intervjupersonerna ansåg att läkemedelsrobotar var tidssparande. Tid som sjuksköterskor och hemtjänstpersonal tidigare lagt på tilldelning av läkemedel kunde nu användas till andra insatser. Den press som hemtjänstpersonal kunde uppleva vid vissa tider på dygnet, när många äldre personer skulle ha läkemedel, kunde mildras genom att de använde läkemedelsrobot. Även tiden som personal avsatte till resor för att besöka de äldre personerna kunde minskas. Sjuksköterskorna uppgav också att tiden för praktiska insatser kring läkemedelshanteringen, såsom administration, information och kommunikation hade minskat:

SSK 7: *"Det är ju egentligen bara positivt, vad ska man säga, jag sparar ju tid. För tidigare hade jag ju då... jag var tvungen skriva ut signeringslista. Jag var tvungen att kolla läkemedelslista jättenoggrant, tvungen att ha kommunikation*

med hemtjänstpersonalen, det behöver jag ju inte längre. Så det enda jag gör är ju att kolla läkemedelslistan en gång i månaden, att den verkligen fortfarande är korrekt.”

Läkemedelsrobotar bidrog således till en möjlighet att omfördela personalresurser så att resurser kunde nyttjas till andra uppgifter. Sjuksköterskor uttryckte att deras kunskap då användes på ett bättre sätt, där de arbetade med omvårdnad i stället för att dela läkemedel.

SSK 5: *”Man ska använda händer där händer behövs. Vi vet ju att andelen vårdanställda minskar och andelen äldre ökar och vi kommer inte att finnas till för alla.”*

Eftersom läkemedelsrobotar gjorde att behovet av omsorgspersonal med läkemedelsdelegering minskar, trodde sjuksköterskorna också att robotarna kunde underlätta rekrytering av personal inom hemtjänsten och planering för hemtjänstbesök. Samtidigt betonade de att även om läkemedelsrobot verkar bli ett alltmer nödvändigt hjälpmedel, bör användande baseras på frivillighet. För även om det är resurssparande, måste åtgärden vara anpassad till individen. Äldre personer som önskar att hemtjänst tilldelar läkemedel, vilket framför allt verkade gälla de som haft sådant stöd under en längre period, kunde i dagsläget få detta stöd. Samtidigt reflekterade en sjuksköterska:

SSK 6: *”Frågan är väl hur länge det dröjer innan vi säger att vi ska ha det fullt ut. Nu är det ju frivillighet, men det är klart att det är många som inte tycker om... att de mister ett besök, för det är alltid trevligt att träffa folk, men då är vi ju där i fel syfte.”*

Deltagarna ansåg även att läkemedelsrobotar innebar en minskad miljöpåverkan, bland annat genom färre bilresor. Stöd vid läkemedelshandling kunde innebära att hemtjänstpersonal behövde åka till en enskild person flera gånger per dag, ibland flera mil per resa. Bilresor av detta slag hade minskat genom att personerna fått läkemedelsrobot. Läkemedelsrobot innebar

också att dospåsar alltid användes med ordinerade läkemedel, vilket sjuksköterskor menade begränsade onödiga läkemedelsanvändning. Även detta ansågs gynnsamt för miljön, då färre läkemedel kasserades.

SSK 12: *”Så det är ju en hel del besparingar som görs både med personalens tid och även miljö och åkande.”*

Diskussion

I studien framkom tre kategorier som beskrev sjuksköterskors erfarenheter av robot som stöd till äldre personer som får läkemedelsbehandling i hemmet. Genom användning av läkemedelsrobot skapades självständighet och bevarat oberoende. Sjuksköterskorna ansåg också att läkemedelsroboten ökade patientsäkerheten och ledde till färre avvikelser genom bättre följsamhet samt säkrare läkemedelshandling där rätt läkemedel ges till rätt person vid rätt tidpunkt. Läkemedelsroboten bidrog även till resurssparande, där mindre tid och personalresurser behövde läggas på läkemedelshandling för att i stället kunna användas mer optimalt. Därtill kunde sjuksköterskorna se miljövinster i form av färre bilresor och kasserade läkemedel.

Även tidigare forskning har identifierat att självständighet och oberoende hos äldre personer kan bevaras genom användning av läkemedelsrobot [21]. Nakrem m fl framhåller att välfärdsteknik kan stärka patienters självständighet, men påtalar samtidigt att färre fysiska möten och mer sporadisk kontakt kan ha en negativ inverkan på relationen mellan vårdtagare och personal [28]. Äldre personer kan dessutom vara i behov av vård som kräver mänsklig närvaro eller känna sig obekväma med tekniken. För att öka engagemang och vilja att använda tekniken, behöver äldre personer därför få information och kunskap om läkemedelsroboten före införande, något som ibland tycks saknas [29]. I denna studie lyfte deltagarna att robotanvändande dessutom

bör utgå från valfrihet och att välfärdsteknik inte alltid är lämplig. Samtidigt framhöll de att det nog är en tidsfråga innan robotar införs på bredare front inom äldreomsorgen, vilket verkar överensstämma med den politiska diskurs som råder kring välfärdsteknik. I Sverige finns till exempel en vision för e-hälsa om att år 2025 vara *"bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter"* [30, s4], där ett prioriterat område är digitalisering inom äldreomsorgen.

Även om forskare påpekat att välfärdsteknik måste vara användarvänlig [31], innebär det stora behovet av tekniska lösningar för att möta exempelvis demografiska utmaningar och arbetskraftsbrist en risk att den äldres önskemål åsidosätts. Inför implementering av tekniska lösningar krävs dock noggrann bedömning av potentiella användares behov, önskemål och förmåga, för att uppnå ett tillfredsställande resultat [29].

Gällande kognitiv nedsättning behöver det inte vara ett hinder i robotanvändande, tvärtom framkom i vår studie att läkemedelsrobot kan bidra till säker läkemedelshantering och minskat beroende av andra, men sjuksköterskorna ansåg att hjälpmedlet bör introduceras tidigt i sjukdomsförloppet. Detta bekräftar Shu och Woos resultat [31] – teknik kan användas vid kognitiv nedsättning och medverka till att en person kan bo hemma längre, men införande och användning av tekniken behöver ske i samråd med personen. Detta kan vara en utmaning då personer med kognitiv nedsättning kan ha nedsatt beslutsförmåga, vilket riskerar leda till att förmågan till självbestämmande påverkas negativt.

Robotanvändandet bidrog till att äldre personer tog ett större ansvar för den egna läkemedelsbehandlingen, enligt sjuksköterskor i studien. Att äldre personer ges och tar större ansvar för sin vård och behandling är viktigt, och egenvård framhålls bland annat som en betydelsefull resurs i omställningen till god och nära vård [2]. Forskare har även argumenterat för att medverkan och engagemang i den egna

behandlingen kan förbättra läkemedelshantering och göra den mer patientsäker [32]. Riegel m fl tydliggör att engagemang för egenvård och att exempelvis kunna uppmärksamma hur behandlingen påverkar den egna kroppen är avhängigt personernas kunskap, och att vårdpersonal spelar en viktig roll som utbildare [33]. Samtidigt som egenvård är viktigt, inte minst för att bevara den äldre personens oberoende och välbefinnande, kan progression i sjukdom och ohälsa medföra att mer stöd och hjälp är nödvändigt. Därför bör egenvård ses som ett komplement och en del av den formella vården, snarare än en alternativ lösning [34].

Resultaten visar att sjuksköterskorna anser att läkemedelsrobotar är tillförlitliga och bidrar till färre avvikelser, vilket bekräftar tidigare resultat bland såväl vårdpersonal som patienter [20]. Att dispensering av läkemedel kan minska risken för att personen tar fel dos eller att patienter och läkemedel förväxlas, liksom att följsamheten ökar, har uppmärksammats tidigare [35]. Avvikelse som trots allt kan uppstå tycktes ofta vara relaterade till teknikanteringen. Vid implementering kan problem som är direkt relaterade till tekniken förekomma och skapa stress och frustration bland vårdpersonal, vilket innebär att det är viktigt med lättillgänglig teknisk support [36].

Samtidigt innebär detta att vårdpersonalen behöver förlita sig på och involvera andra professionella i vården. Det är alltså inte bara att köpa in teknisk utrustning och tro att det sedan fungerar, utan vården kan behöva anpassas och personal utveckla sin digitala kompetens [37]. I denna studie framkom det också att personal ibland hittar oöppnade dospåsar hemma hos robotanvändare. Följaktligen betyder inte läkemedelsroboten i sig att en person alltid tar sina läkemedel, det finns många andra faktorer som också påverkar följsamhet till behandling, såsom kunskap och känsla av delaktighet [38].

Sjuksköterskorna beskrev att användningen av läkemedelsrobotar hade positiva effekter ur

ett organisatoriskt perspektiv genom att spara på resurser i form av tid, personal och miljö. Exempelvis kan tid som tidigare gått åt till manuell tilldelning av läkemedel nu planeras och användas mer optimalt, med ett tydligare fokus på omvårdnadsåtgärder. Även andra studier visar hur välfärdsteknik [39] och inte minst läkemedelsrobotar [20] bidragit till att sjuksköterskors arbete underlättas och tid i stället kunnat läggas på andra uppgifter. Kuoppamäki påtalar dessutom att även om implementering av läkemedelsrobotar i första hand ska göras för att öka självständighet hos äldre personer, bidrar det också till långsiktiga kostnadsbesparingar [40].

Samtidigt drivs utvecklingen och införandet av välfärdsteknik i hög utsträckning av en politisk agenda, och även om denna säger sig utgå från den äldre personens perspektiv föreligger en risk att det hamnar i skymundan när vård behöver effektiviseras och resurser sparas [8]. Mahoney fann exempelvis en oro för att teknik riskerar att införas och användas som ett substitut för vård och omsorgspersonal [41], vilket alltså inte överensstämmer med välfärdsteknikens syfte [5].

Läkemedelsbehandling är dessutom en av sjuksköterskornas sedvanliga uppgifter, inte minst eftersom de anses ha en god förmåga och kunskap att identifiera läkemedelsavvikelser [42]. Om sjuksköterskorna inte träffar den äldre personen i samma utsträckning föreligger därför en risk att viktiga uppföljningar missas. Robotarna saknar nämligen förmåga att utvärdera huruvida läkemedelsanvändande resulterar i planerade effekter eller eventuella biverkningar. Detta påminner om *automationens ironier* där automatisering inom industrin problematiseras [43]. För samtidigt som automatisering genererar minskat behov av människor, blir uppdraget för de som trots allt finns kvar i systemet att hantera de uppgifter som faktiskt inte går att automatisera. Dessa uppgifter är oftast de mest komplexa och utmanande, men möjligheten att träna upp och

bibehålla kunskaper och färdigheter riskerar att minska som en följd av automatiseringen. Dessutom, i en uppgift som läkemedelsbehandling, vem ska larma om ingen finns där som kan identifiera problem? Det är således viktigt att införandet av läkemedelsrobotar inte syftar till att minska personalresurser, utan säkerställa att resurser används på bästa sätt.

Studiens begränsningar

Denna studie genomfördes under pågående covid-19-pandemi, varför författarna i likhet med många andra forskare [44], ansåg att telefonintervjuer var lämpligt vid datainsamlingen, vilket också gjorde det möjligt att inkludera deltagare från ett större geografiskt område. En risk med telefonintervjuer är dock att det kan leda till distraktion på grund av aktiviteter som sker i bakgrunden i deltagarens miljö [45]. I den aktuella studien, som genomfördes under sjuksköterskornas arbetstid, hände det att andra telefoner ringde och att kollegor befann sig i samma rum som deltagaren under pågående intervju. Detta skulle kunna ha påverkat intervjuerna negativt. Dock var den data som samlades in rik på erfarenheter, även om vissa intervjuer var relativt korta.

En annan möjlig begränsning är relaterad till försteförfattarens egenintresse i studien till följd av att verksamheten där hon arbetar planerar att implementera tekniken. För att minimera risken att detta på något vis skulle påverka datainsamling och analys, har genomförandeprocess och fynd kontinuerligt diskuterats med medförfattaren samt granskats av studentkollegor. Deltagarna beskriver övervägande en positiv bild av läkemedelsrobotar, men under samtliga intervjuer har försteförfattaren efterfrågat både för- och nackdelar med tekniken. För att minimera risken att feltolka data gjordes kontinuerlig kontroll av resultat mot grunddata [23]. Studiens trovärdighet stärks också av att citat används i resultatredovisningen [24].

Slutsatser

Resultatet visar att sjuksköterskorna inom hemsjukvården upplevde många positiva effekter när läkemedelsrobotar användes, såsom att de äldre personernas självständighet bevarades samtidigt som läkemedelshandlingen var patientsäker. Vidare ansåg de att resurser kunde sparas i form av tid, personal och miljö.

Välfärdsteknik, såsom läkemedelsrobot, kommer troligen bli allt vanligare, men då den inte passar alla är det viktigt att lämplighet bedöms i varje enskilt fall. Annars finns en risk att teknikens syfte, det vill säga att bidra till den enskilde personens trygghet, aktivitet, delaktighet och självständighet inte uppnås. För att öka kunskapen om läkemedelsrobotar i hemsjukvård behövs vidare forskning där äldre personers erfarenheter studeras samt effekter mäts.

Författarnas bidrag

Studien bygger på Dijana Hasanacevics magisteruppsats [46], som hon skrivit inom ramen för specialist-sjuksköterskeprogrammet med inriktning vård av äldre, vid Hälsohögskolan, Jönköping university, under hösten 2021 och våren 2022. Dijana Hasanacevic har ansvarat för design, datainsamling och analys med stöd av handledaren Linda Johansson, som varit huvudansvarig för ombearbetning från uppsats till artikel. Båda har godkänt slutversionen.

Robot use in older people's medication management – an interview study with community nurses in Sweden

Abstract. The aim of this study was to describe nurses' experiences of using robots in medication management among older persons. Twelve nurses were interviewed by telephone, using an interview guide. Collected data were analysed using an inductive qualitative content analysis.

Three main categories were identified; *Creating independence* regards how the medicine dispensing robot contributes to the independence and autonomy

of older people as well as increased responsibility, engagement, and feelings of security. *Increased patient safety* means that the right patient gets the right medicine at the right time, contributing to fewer adverse drug events. *Saving resources* highlights savings, both regarding the environment and human resources, as staff spend less time administering medication.

The use of medicine dispensing robots can generate profits on individual, group, and organizational levels. However, it is important that implementation and use are individually adjusted.

Referenser

1. Världshälsoorganisationen WHO. *Ageing and health* [internet]. Världshälsoorganisationen WHO; 2021 [uppdaterad 2022-10-01; citerad 2023-02-16]. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Sveriges kommuner och regioner. *Omställning till nära vård* [internet]. Sveriges kommuner och regioner; 2022 [uppdaterad 2022-08-15; citerad 2023-02-16]. Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnaravard.57446.html>
3. Socialstyrelsen. *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022* [internet]. Socialstyrelsen; 2022 [citerad 2023-02-16]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7791.pdf>
4. Cabrita M, op den Akker H, Tabak M, Hermens HJ, Vollenbroek-Hutten MMR. *Persuasive technology to support active and healthy ageing: An exploration of past, present, and future*. *Journal of biomedical informatics*. 2018;84:17-30. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2018.06.010>
5. *Socialstyrelsens termbank* [internet]. Socialstyrelsen [citerad 2023-02-16]. Hämtad från: <https://termbank.socialstyrelsen.se>
6. Socialstyrelsen. *Välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården* [internet]. Socialstyrelsen. *Meddelandeblad* 2019;3 [citerad 2023-02-16]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2019-5-16.pdf>
7. Fiorini L, Esposito R, Bonaccorsi M, Petrazzuolo C, Saponara F, Giannantonio R m fl. *Enabling personalised medical support for chronic disease management through a hybrid robot-cloud approach*. *Autonomous*

- robots. 2016;41(5):1263-76. <https://doi.org/10.1007/s10514-016-9586-9>
8. Frennett S. *Hitting a moving target: digital transformation and welfare technology in Swedish municipal eldercare*. Disability and rehabilitation: Assistive technology. 2021;16(1):103-11. <https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1642393>
 9. Hofmann B. *Ethical challenges with welfare technology: a review of the literature*. Science and engineering ethics. 2013;19(2):389-406. <https://doi.org/10.1007/s11948-011-9348-1>
 10. Saborowski M, Kollak I. "How do you care for technology?" – Care professionals' experiences with assistive technology in care of the elderly. Technological forecasting and social change. 2015;93:133-140. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2014.05.006>
 11. Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården* [internet]. Socialstyrelsen; 2022 [citerad 2023-02-16]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7897.pdf>
 12. Världshälsoorganisationen WHO. *Medication without harm* [internet]. Världshälsoorganisationen WHO; 2017 [citerad 2023-02-16]. Hämtad från: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
 13. Taché SV, Sönnichsen A, Ashcroft DM. (2011). *Prevalence of adverse drug events in ambulatory care: A systematic review*. Annals of pharmacotherapy. 2011;45(7-8):977-89. <https://doi.org/10.1345/aph.1p627>
 14. Wastesson JW, Cedazo Minguez A, Fastbom J, Maioli S, Johnell K. *The composition of polypharmacy: A register-based study of Swedes aged 75 years and older*. Plos one. 2018;13(3):e0194892 [11 s]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194892>
 15. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. *Appropriate polypharmacy and medicine safety: When many is not too many*. Drug safety. 2015;39(2):109-16. <https://doi.org/10.1007/s40264-015-0378-5>
 16. Pérez-Jover V, Mira J, Carratala-Munuera C, Gil-Guillen V, Basora J, López-Pineda A m fl. *Inappropriate use of medication by elderly, polymedicated, or multipathological patients with chronic diseases*. International journal of environmental research and public health. 2018;15:e310 [14 s]. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020310>
 17. Mira JJ, Navarro I, Botella F, Borrás F, Nuño-Solinís R, Orozco D m fl (2014). *A Spanish pillbox app for elderly patients taking multiple medications: Randomized controlled trial*. Journal of medical internet research. 2014;16(4):e99 [14 s]. <https://doi.org/10.2196/jmir.3269>
 18. Tiwari P, Warren J, Day K. *Empowering older patients to engage in self care: Designing an interactive robotic device*. AMIA Annual symposium proceedings. 2011:1402-11.
 19. *Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14)* [internet]. Fritze [citerad 2023-02-16]. Hämtad från: https://www.regeringen.se/contentassets/576aa4588db340b0ad052537ae90511d/framtidens-teknik-i-omsorgens-tjanst-sou-2020_14.pdf
 20. Mertz L, Tornbjerg K, Nørh C. *User perception of automated dose dispensed medicine in home care: A scoping review*. Healthcare. 2021;9(10):e1381 [11 s]. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101381>
 21. Ahmad A, Chiu V, Arain MA. *Users' perceptions of an in-home electronic medication dispensing system: A qualitative study*. Medical devices: Evidence and research. 2020;13:31-9. <https://doi.org/10.2147/mder.s241062>
 22. Rantanen T, Lehto P, Vuorinen P, Coco K. *Attitudes towards care robots among Finnish home care personnel – a comparison of two approaches*. Scandinavian journal of caring sciences. 2017;32(2):772–82. <https://doi.org/10.1111/scs.12508>
 23. Kvale S, Brinkmann S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3 uppl. Studentlitteratur; 2014.
 24. Polit DF, Beck CT. *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 11 uppl. Wolters Kluwer; 2021.
 25. Hsieh HF, Shannon SE. *Three approaches to qualitative content analysis*. Qualitative health research. 2005;15(9):1277-88. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
 26. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460)* [internet]. Utbildningsdepartementet [citerad 2023-02-16]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
 27. World medical association. *WMA declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects* [internet]. World medical association; 2018 [citerad 2023-02-16]. Hämtad från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>
 28. Nakrem S, Solbjør M, Pettersen IN, Kleiven HH. *Care relationships at stake? Home healthcare professionals' experiences with digital medicine dispensers*

- a qualitative study. BMC Health services research. 2018;18:e26 [10 s]. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2835-1>
29. Glomsås HS, Knutsen IR, Fossum M, Halvorsen K. "They just came with the medication dispenser" – a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services. BMC Health services research. 2021;21:e245 [11 s]. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06243-4>
 30. Socialdepartementet och SKR. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus [internet]. Socialdepartementet och SKR; 2021 [citerad 2023-02-16]. Hämtad från: https://skr.se/download/18.3c9f9e1e17db-3f333e525f2b3/1640264883641/Overenskom-melse%20aldreomsorg_teknik_kvalitet_effektivitet_2022.pdf
 31. Shu S, Woo BK. Use of technology and social media in dementia care: Current and future directions. World journal of psychiatry. 2021;11(4):109-23. <https://doi.org/10.5498/wjpv.v11.i4.109>
 32. Holmqvist M, Thor J, Ros A, Johansson L. Older persons' experiences regarding evaluation of their medication treatment – An interview study in Sweden. Health expectations. 2019;22(6):1294-303. <https://doi.org/10.1111/hex.12967>
 33. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. Advances in nursing science. 2012;35(3):194-204. <https://doi.org/10.1097/ans.0b013e318261b1ba>
 34. LeBlanc RG, Jacelon CS. Self-care among older people living with chronic conditions. International journal of older people nursing. 2018;13(3):e12191 [9 s]. <https://doi.org/10.1111/opn.12191>
 35. Bardage C, Ekedahl A, Ring L. Health care professionals' perspectives on automated multi-dose drug dispensing. Pharmacy practice. 2014;12(4):e470 [8 s]. <https://doi.org/10.4321/s1886-36552014000400005>
 36. Brown J, Pope N, Maria A, Mason J, Morgan A. Issues affecting nurses' capability to use digital technology at work: An integrative review. Journal of clinical nursing. 2020;29(15-16):2801-19. <https://doi.org/10.1111/jocn.15321>
 37. Kleiven HH, Ljunggren B, Solbjør M. Health professionals' experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services – a qualitative study. BMC Health services research. 2020;20:e320 [10 s]. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05191-9>
 38. Kangasniemi M, Karki S, Colley N, Voutilainen A. The use of robots and other automated devices in nurses' work: An integrative review. International journal of nursing practice. 2019;25:e12739 [14 s]. <https://doi.org/10.1111/ijn.12739>
 39. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. Journal of clinical gerontology and geriatrics. 2016;7(2), 64-7. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.05.001>
 40. Kuoppamäki S. The application and deployment of welfare technology in Swedish municipal care: a qualitative study of procurement practices among municipal actors. BMC Health services research. 2021;21:e918 [12 s]. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06944-w>
 41. Mahoney DF. An evidence-based adoption of technology model for remote monitoring of elders' daily activities. Ageing international. 2011;36: 66-81. <https://doi.org/10.1007/s12126-010-9073-0>
 42. Sino C, van Dooren A, Haverkamp A, Schuurmans M. Recognition of drug related problems by home health-care employees: A Dutch observational study with self-reports. Medication management in homecare patients. 2013;3(8):41-9. <https://doi.org/10.5430/jnep.v3n8p41>
 43. Bainbridge L. Ironies of automation. Automatica. 1983;19(6):775-9. [https://doi.org/10.1016/0005-1098\(83\)90046-8](https://doi.org/10.1016/0005-1098(83)90046-8)
 44. Saarijärvi M, Bratt E-L. When face-to-face interviews are not possible: tips and tricks for video, telephone, online chat, and email interviews in qualitative research. European journal of cardiovascular nursing. 2021;20(4):392-6. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab038>
 45. Novick G. Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? Research in nursing and health. 2008;31(4):391-8. <https://doi.org/10.1002/nur.20259>
 46. Hasanacevic D. Sjuksköterskors uppfattningar kring användning av robotar vid läkemedelsbehandling bland äldre: En kvalitativ intervjustudie [magisteruppsats]. Jönköping university; 2022. <http://hj.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1656421>

Hemtjänstchefer om personalens språk och barriärer i skriven och talad svenska

Palle Storm¹ och Anneli Stranz¹

ABSTRACT. Personalbrist har lett till att utrikesfödda kvinnor och män framhålls som en viktig rekryteringsbas inom äldreomsorgen. Därmed har frågor om språkkunskaper blivit alltmer uppmärksammade.

Syftet med denna studie var att fokusera på hur hemtjänstchefer resonerar kring utmaningar när personal som redan arbetar i hemtjänsten, eller vid rekrytering, har brister i det svenska språket. Studien är baserad på semistrukturerade intervjuer med 15 hemtjänstchefer verksamma i både offentliga och privata verksamheter i Stockholmsområdet.

Resultaten visar att cheferna hade ansvar att själva hantera ett spektrum av dilemman rörande språkbrister. De utvecklade strategier för att säkra kvaliteten på omsorgen. Det var vanligt att ge en person i uppdrag att kontrollera och justera dokumentation. Cheferna konstruerade även språktester och fokuserade på informella värden, och därmed mindre på formella språkkunskaper. Genom handlingsutrymmet har cheferna förhandlat fram minimikrav för språkkunskaper, för att kunna anställa och behålla personal, samtidigt som de riskerar en försämrad verksamhet.

¹Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Korrespondens: Palle Storm, palle.storm@socarb.su.se

Inledning

En ökad andel äldre personer i befolkningen, omfattande pensionsavgångar och svårigheter att rekrytera och behålla omsorgspersonal, har väckt frågor om vem som ska arbeta i framtidens äldreomsorg [1, 2]. Problem med personalförsörjning i äldreomsorgen har inneburit att utrikesfödda kvinnor och män, såväl inom politiken, inom kommuner och bland forskare, lyfts fram som en nödvändig rekryteringsbas till omsorgssektorn [3]. År 2016 var 25 procent av äldreomsorgens undersköterskor och vårdbiträden födda utanför Norden – 23 procent av kvinnorna och 40 procent av männen, i båda fallen en fördubbling sedan 2005 [4]. Andelen utrikesfödda som arbetar i äldreomsorgen skiljer sig samtidigt över landet, då drygt 60 procent i Stockholm är utrikesfödda, jämfört med 14 procent utanför storstadsområdena [5].

Sverige följer en global trend, där en allt större del av omsorgspersonalen utgörs av kvinnor och män från fattigare länder som migrerat till höginkomstländer i väst för att arbeta med vård och omsorg [6]. Men till skillnad från länder som Kanada och USA har de utrikesfödda som arbetar i den svenska äldreomsorgen framför allt migrerat till Sverige som flyktingar och asylsökande, eller genom anhöriginvandring. Den svenska äldreomsorgens allt mer mångkulturella arbetsgrupper kan därmed sägas avspegla Sveriges förhållandevis generösa migrationspolitik [7]. Bland de utrikesfödda som arbetar i äldreomsorgen är andelen som inte har svenska som förstaspråk hög, vilket får olika konsekvenser på arbetsplatsen. Det är mot denna bakgrund som frågor om svenska i tal- och i skriftspråk uppmärksammats i samhället och i politiken på ett sätt som det inte gjorts tidigare [8].

Som vi beskrivit ovan har den svenska äldreomsorgen blivit alltmer mångkulturell, vilket skett samtidigt som styrningen av äldreomsorgen sedan 1990-talet är inspirerad av marknadsliknan-

Huvudbudskap

- Arbetsgruppen i äldreomsorgen blir alltmer mångkulturell vilket har lett till att första linjens chefer fått ett utökat ansvar att hantera språkbrister hos personal, både vid rekrytering av ny personal och hos redan anställda som behöver ytterligare språkträning. Formell utbildning är ingen garant för att personalens språkkompetens uppnår en tillfredsställande nivå.
- Chefer behöver säkra att verksamheten bedrivs på ett säkert sätt, samtidigt som de är i behov av att anställa personal. Deras strategier blir att förhandla om nivån på vilka språkkunskaper som behövs, att sänka kravnivån på dokumentation, utarbeta egna "språktester", samt betona den informella lämpligheten framför formell språkkunskap vid rekrytering.
- Ansvaret att hantera frågor om språkbrister ligger hos cheferna. Det behövs en diskussion och fortsatt forskning om vilken språkkompetens som behövs i hemtjänsten och hur den ska bedömas. Det behövs tydligare nationella riktlinjer för att säkerställa att personalen kan utföra de arbetsuppgifter som förväntas och på så sätt trygga säkerheten för alla parter.

de styrformer, som går under benämningen *new public management*, NPM [2]. Det har bland annat inneburit ökade krav på dokumentation med syfte att säkerställa, mäta och följa upp omsorgens kvalitet. Detta har påverkat arbetets innehåll

då såväl det talade som skrivna språket nu är en självklar grund för den kompetens som behövs för att arbeta i äldreomsorgen [9]. Förutom den mer kontrollerande dokumentationen har även den sociala dokumentationen, som regleras via socialtjänstlagen [10], tydliggjorts med krav på exempelvis genomförandeplan, livsberättelse och signeringslistor, för att öka kvaliteten på den omsorg som brukaren erbjuds. Dokumentation som arbetsuppgift har över tid kommit att ta alltmer tid i anspråk, vilket pekar på dess centrala betydelse i arbetet [11]. Trots låg status är arbetet i äldreomsorgen komplext och innefattar en mängd olika uppgifter: praktiska, medicinska, relationella. Språket, att kunna tala, läsa och skriva svenska, har över tid blivit en alltmer central del i arbetet och är det viktigaste arbetsredskapet i den vardagliga kommunikationen med kollegor, omsorgstagare och anhöriga.

Beskrivningar av bristande språkkunskaper i äldreomsorgen har under senare år uppmärksamats på flera håll, inte minst i form av olika nationella satsningar på språkstöd som genomförs med ökad intensitet runt om i landets kommuner [12]. Detta eskalerade ytterligare i kölvattnet av coronapandemin, då man riktade ljuset mot äldreomsorgens organisatoriska brister och problematiska arbetsmiljö. Frågan om bristande språkkunskaper blev en del i kravet på en kompetenshöjning i äldreomsorgen, då språkutveckling underströks som en nödvändig åtgärd för att kunna förbättra problematiska arbetsvillkor och säkerheten för brukarna [12].

Politiska initiativ med syfte att åtgärda språkbrist hos äldreomsorgspersonal är i dag högaktuella. Exempelvis har socialdepartementet nyligen beslutat om stimulansbidrag för språkbedömningsstöd att använda vid rekrytering av personal eller för att bedöma redan anställd personal som har behov av att stärka kunskaperna i det svenska språket. Det är arbetsgivaren som bedömer vilka krav som ska ställas vid rekrytering utifrån verksamhetens behov [13]. I Socialstyrelsens

allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, anges att personalen bör ha förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska [14]. Det är således kommunerna som bestämmer vilka krav på språkkunskaper de ställer i äldreomsorgen.

Trots att myndigheter och kommuner lyft fram språkfrågan som central för arbetet inom äldreomsorgen, är det förvånansvärt få svenska studier som undersökt dess betydelse i arbetet, och vilka utmaningar det kan medföra. Merparten av de studier som finns har dels fokuserat på betydelsen av andra språkkompetenser än svenska för att kunna möta de behov som kan finnas bland äldre invandrare som inte har svenska som förstaspråk eller som på grund av sjukdom förlorat tidigare förmågor [15]. Dels har studierna fokuserat på betydelsen av svenska som yrkesspråk inom äldreomsorgen i vård- och omsorgsutbildningar [16, 17]. Studierna illustrerar betydelsen för äldreomsorgspersonalen att behärska det svenska språket. Samtidigt saknas nationell forskning som undersöker de överväganden som chefer gör gällande bedömningar av personalens språkkompetens, inte minst i samband med nyrekrytering.

Denna artikel tar avstamp i intervjuer med första linjens chefer inom hemtjänst. Med första linjens chefer avser vi dem som är närmast den operativa verksamheten.

Vår teoretiska ram utgörs av en förståelse av att chefer i äldreomsorgen befinner sig i en korstryckssituation. Begreppet används för att beskriva första linjens chefers position där de behöver hantera dubbla lojaliteter – att få medarbetare att förstå och acceptera ledningens intentioner och ledningen att förstå medarbetarnas behov [18]. Deras arbetssituation illustreras väl av begreppen handlingsutrymme och handlingsfrihet. Det förstnämnda begreppet handlar främst om hur företrädare för en organisation agerar utifrån det utrymme som organisationen medger [18, 19]. Begreppet handlingsfrihet kan däremot användas för att synliggöra den rörelse

som sker när cheferna väljer att använda sig av det handlingsutrymme som organisationen medger. Sammantaget kan handlingsutrymmet beskrivas som de formella ramar som omger chefernas arbete, medan handlingsfriheten avser de möjligheter som cheferna har att agera inom dessa ramar [20].

Forskning och myndighetsrapporter om den första linjens chefer inom äldreomsorgen visar hur de måste hantera olika krav och förväntningar, såväl från politiker, överordnade chefer och omsorgspersonal, som de äldre och deras anhöriga [20, 21]. Dessa krav kan vara förankrade i lagstiftning, lokala styrdokument, samhällliga normer och förväntningar om äldreomsorgens organisering och utförande. Syftet med artikeln är att rikta fokus mot hur chefer i hemtjänsten hanterar upplevda språkbrister hos omsorgspersonal i ledarskapets vardagspraktik, med fokus på det handlingsutrymme och den handlingsfrihet som de har till sitt förfogande. Frågeställningarna är:

- Hur upplever och diskuterar hemtjänstcheferna kring utmaningar med omsorgspersonal, både bland de som redan är anställda och de som ska rekryteras, som har bristande språkkunskaper i svenska?
- Vilka metoder använder sig första linjens chefer av för att bedöma språkkompetens och hantera språkproblem i praktiken?

Metod

Materialet till denna studie samlades in som en del av det etikprövade forskningsprojektet *Arbete under (o)lika villkor: styrning, ledning och vardag i äldreomsorgens månetniska arbetsgrupper* och syftade till att undersöka hur chefer inom hemtjänst och särskilt boende hanterar de möjligheter och utmaningar som kan uppstå i äldreomsorgens allt mer månetniska arbetsgrupper. Denna artikel bygger på intervjuer med 15 hemtjänstchefer verksamma i såväl kommunal

som privat hemtjänst i Stockholmsområdet, genomförda hösten 2021 och våren 2022.

För att rekrytera intervjupersoner kontaktade vi nyckelpersoner i olika förvaltningar och företag, med en förfrågan om möjligheten att skicka ut ett informationsbrev om studien till hemtjänstchefer i organisationen. Vi skickade även direkta förfrågningar till olika hemtjänstutförare.

I en nationell kartläggning av första linjens chefer inom äldreomsorgen visar Socialstyrelsen att 85 procent av cheferna inom hemtjänsten utgjordes av kvinnor och 15 procent av män [21]. Ur det perspektivet skiljde sig inte intervjupersonernas könsammansättning åt i denna studie, då 13 var kvinnor och två var män. Tio av cheferna hade arbetat som chefer inom äldreomsorgen (på nuvarande eller annan arbetsplats) kortare tid än fem år. Tre av dem hade arbetat 5–10 år, och två hade arbetat tio år eller längre i motsvarande position. Det bör dock nämnas att några av intervjupersonerna hade erfarenheter av att tidigare ha arbetat i ledande positioner inom andra vård- och omsorgsverksamheter.

Eftersom det saknas en heltäckande statistik om chefer inom äldreomsorgen i Sverige är det svårt att vidare reflektera kring i vilken utsträckning intervjupersonernas bakgrund skiljer sig från hemtjänstchefer i andra storstadsområden. Att studien endast inkluderar chefer som är anställda i Stockholm och närliggande kommuner är dock viktigt att ha i åtanke. Å ena sidan innebär denna avgränsning att studiens resultat i mindre utsträckning kan generaliseras till hemtjänstchefer verksamma utanför storstadsregionerna. Å andra sidan visar forskning att denna personalkategori även ökar i mellanstora städer och kommuner [3, 5]. Det innebär att studiens resultat kan komma att bli än mer relevanta inom en snar framtid.

Vidare fokuserar denna artikel på barriärer i svenskt tal- och skriftspråk, vilket inte ska tolkas som att andra språkkunskaper inte utgör en viktig resurs i äldreomsorgen för de äldre personer som inte har svenska som sitt förstaspråk [15].

Genomförande

På grund av den rådande samhällsspridningen av covid-19 fick intervjupersonerna själva välja om de ville ses för en personlig intervju i ett rum som medgav viss fysiskt distans eller om de föredrog att intervjun skedde via länk. Två av intervjupersonerna önskade en digital videointervju, medan övriga föredrog att ses fysiskt. Oavsett intervjuform inledde vi varje intervju med en redogörelse av studiens syfte, frågeställningar och etiska utgångspunkter. De sistnämnda betonade särskilt frivilligheten att delta, möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande, hur materialet skulle användas och förvaras, samt hur vi såg till att materialet behandlades konfidentiellt. I anslutning till detta signerade intervjupersonerna ett samtyckesformulär.

Intervjuerna utgick från en halvstrukturerad intervjuguide, vilket innebär vi formulerat frågorna utifrån ett antal förutbestämda teman, varav språk och bedömning av språkkompetens utgjorde ett. Den halvstrukturerade intervjuformen gav intervjupersonerna möjlighet att fritt reflektera kring de teman som introducerades, men även lyfta in andra som de bedömde som relevanta för de frågor som ställdes [22]. Vi spelade in och transkriberade alla intervjuer ordagrant. Intervjuerna varade 1–3 timmar.

Bearbetning och analys

De transkriberade intervjuerna omfattande runt 250 sidor text, och berörde betydligt fler teman än betydelsen av tal- och skriftspråk i äldreomsorgen. Eftersom vi var intresserade av att undersöka just detta läste vi igenom samtliga intervjuer ett flertal gånger och markerade textutdrag som vi bedömde knöt an till betydelsen av språk och språkkompetens. Utifrån denna läsning utkristalliserade sig flera analysråd, varav chefernas överväganden och bedömningar utgjorde en. I samband med detta formulerade vi studiens övergripande syfte och frågeställningar,

som sedan kom att styra den mer detaljerade kodningen av materialet. I detta arbete inspirerades vi av en direkt innehållsanalys, så som den presenteras av Hsieh och Shannon [23]. Detta kan beskrivas som en form av tematisk innehållsanalys, där den egna studiens övergripande syfte och frågeställningar tillsammans med tidigare forskning och teorier utgör centrala redskap i kodningen och tematiseringen av materialet.

Detta innebar att vi gick tillbaka till utskrifterna för att markera samtliga textutdrag som kunde relateras till studiens syfte och frågeställningar. Därefter sammanställde vi kodgrupperna efter dess övergripande innehåll i syfte att utkristallisera olika teman, deras styrka och relation till varandra [22]. Under denna fas identifierade vi följande teman, som resultatdelen bygger på: *Anpassade krav på språkkompetens, Vi måste satsa på vad man har, Dokumentation på en rimlig nivå, och Att bedöma språkkunskaper i samband med anställning.*

Resultat

Anpassade krav på språkkompetens

Intervjupersonerna beskriver hur situationen i deras verksamheter ser ut, både vad gäller svårigheterna att rekrytera personal som behärskar svenska i tal- och i skriftspråk, men de har också erfarenheter av bristande språkkompetens bland medarbetare som redan är anställda. Utifrån den faktiska situationen tycks cheferna medvetna om att de inte kan ställa alltför höga anspråk vad gäller språkkompetens hos den personal som redan arbetar i verksamheten, eller den som behöver anställas för att fylla framtida rekryteringsbehov.

IP 2: *"Alltså det här perfekta paketet finns inte, det ska vara en kvinna, hon ska ha körkort och hon ska ha undersköterskeutbildning, hon ska ha erfarenhet, vara svensk, alternativt prata flytande svenska, hon finns inte."*

Att de reella språkkrav som finns inte uppfattas som realistiska att uppnå, leder till diskussioner och svåra avvägningar om vilka språkkrav som är rimliga att ställa. Samtidigt måste cheferna känna sig trygga i att medarbetarna har de språkliga förutsättningar som krävs och som förväntas av dem som arbetar i hemtjänsten. Respondenterna använder sig bland annat av benämningen "minimikrav" för att ringa in vad som kan vara en rimlig lägsta nivå både när det gäller talspråk och skriftspråk. Citaten nedan exemplifierar hur cheferna resonerar i denna fråga.

IP 15: *"Och jag menar, dom som jobbar här, dom jobbar här, dom vill man ju försöka satsa på språket. Men språket är ju jätteviktigt om man skulle anställa någon ny, då vill man ju ändå liksom ha något slags minimikrav. Som på bemanningsservice när man tar in timvikarier till exempel, där har dom ju olika tester. Det är inte bara språk... det är språk såklart, men det är också annat. Det är att man klarar till exempel basalhygien. Egentligen borde ju språk vara en del av det, men jag tycker inte att man behöver tala felfritt [...] men liksom, att man ändå ska ha en viss nivå såklart."*

Ett dilemma är att det som betraktas som ett minimikrav blir upp till cheferna själva att besluta, och att det kan finnas skillnader mellan hemtjänstutförare i en och samma kommun. Flera av respondenterna uppger också att de sett att personer, som de själva valt att inte anställa på grund av bristande språkkompetens, fått en anställning hos en annan hemtjänstutförare i kommunen. Ytterligare ett citat beskriver personalsituationen och hur cheferna anpassar sina förväntningar utifrån rådande situation. Cheferna menar att de inte kommer att kunna anställa omsorgspersonal med goda språkkunskaper och behöver bedöma vilken språknivå de ska kunna "gå med på".

IP 5: *"Jamen det är ju det som är mitt dilemma, naturligtvis skulle jag vilja säga, för jag har själv uppmärksammat att det är dåligt. Naturligtvis*

skulle jag vilja ha personal som pratar väldigt bra svenska och kan läsa alla dokument och kan jag skicka mejl och dom läser och förstår. Men är det ens någonting att tänka på, och då skulle jag hellre vilja, vad kan vi då göra."

Den ideala omsorgsarbetaren, av tradition en vit kvinna, med de ideala kompetenserna inbäddade i en svensk kulturell förståelse, finns inte längre i samma utsträckning som tidigare. Gruppen omsorgsarbetare är i dag mer heterogen, men kärnan i omsorgsarbetet – kommunikation och relationer – är densamma och behöver fungera för att verksamheten ska nå upp till formulerade kvalitetsstandarder. I citatet nedan illustreras hur språket är en viktig faktor för att skapa trygghet i relation till omsorgsmottagarna.

IP 1: *"Men alltså språket har ju betydelse över lag på alla liksom enheter och verksamheter och allt liksom, för att det är liksom nyckeln till kommunikation, tycker jag. Det är klart man ska kunna kommunicera för att skapa trygghet och förtroende också, känner jag. Jag kan inte bara komma in och göra mitt jobb och gå ut därifrån för att vi inte är maskiner, vi är människor, vi ska fortfarande kunna kommunicera."*

Sammantaget pekar resultatet på att den utbredda språkbristen, vilka förväntningar cheferna kan ha på personalen, kan ta sig olika uttryck. Det innebär att de både måste hantera de dilemman som kan uppstå i samband med nyrekryteringar, men även redan existerande dilemman som uppstår i det dagliga arbetet bland redan fast anställd personal med språkbarriärer.

Vi måste satsa på vad man har

I detta tema framhåller intervjupersonerna den formella kompetensen, det vill säga de olika kurser (utbildningar) personalen har genomfört. Enligt intervjupersonerna garanterar inte genomgången utbildning alltid en önskad specifik kompetensnivå. Detta gäller särskilt det svenska språket, vilket också har påverkat medarbetarnas

möjlighet att förvärva den kunskap som kursen var tänkt att ge. Det språkstöd som personalen erbjuds av sin arbetsgivare organiseras på olika sätt, och upplevs av cheferna som mer eller mindre anpassat till arbetet i hemtjänsten.

De intervjuade cheferna beskriver en arbetsvardag där de på olika sätt behöver ta tillvara personalens individuella potential. Detta är ett förhållningssätt som ändrar fokus från organisationens formella krav på språkkompetens till att cheferna själva åläggs att bedöma enskilda individers förutsättningar att kunna utföra arbetet på ett korrekt sätt.

IP 2: *"...utan jag väljer hellre till exempel Ahmed som pratar sisådär svenska, jag ser att det finns någonting, han brinner verkligen, att satsa på honom, utveckla honom, utbilda honom. Dels har jag hjälpt honom på vägen in i samhället, dels har jag vunnit en lojal medarbetare som kommer att fortsätta bidra och jobba med hjärtat."*

Att bedöma personers individuella möjligheter kan tolkas som framtvingat då det de facto inte går att ställa alltför höga krav på språkkompetens. Konsekvensen skulle annars bli att få personer gick att anställa.

IP 7: *"Jag har nog förmodligen högre krav utåt, mot mig, mot mig är det lugnt känner jag, förstår du. Du kan komma till mig du har en jättekrasslig svenska och sen försöker jag, jag vill veta [...]. Så förståelsen mot mig är det lugnt, där ställer jag inte, där förväntar jag mig inte så mycket, men utåt."*

Cheferna hamnar i en situation där de behöver hitta "rätt" personer och då behöver de inte alltid tala felfri svenska. Att se en potential blir därmed ett sätt att "lära upp" personalen. Vidare påpekade flera av cheferna andra aspekter av språket som kan vara viktigare, som att "jobba med hjärtat" och vara engagerad. Det kan tolkas som ett sätt för intervjupersonerna att hantera otillräckliga språkkunskaper i samband med rekryteringar.

Dokumentation på anpassad nivå

Cheferna beskriver att de har utarbetat olika sätt att hantera det faktum att nivån på den dokumentation som behöver göras upplevs som för hög för många anställda. Det gäller inte bara personal som inte har svenska som förstaspråk, utan det finns även en del svenskfödda omsorgsarbetare som inte kan utföra en helt riktig dokumentation. Som forskare tidigare visat framträder dokumentationen som en alltmer viktig arbetsuppgift för äldreomsorgspersonal att behärska [3, 6]. Då det skrivna språket har fått en sådan central plats, och styrs av regler och kommunala riktlinjer, behöver chefer på olika sätt hantera personalens eventuella brist i svenska som skriftspråk.

En av de praktiker som inrättats av studiens chefer är ett så kallat dokumentationsombud. Detta ombud, en personal som inte ges någon extra tid för detta arbete, får sitta bredvid och kontrollera att texten blir korrekt skriven. Intervjupersonerna framställer detta också som ett sätt att undvika att något "konstigt" skrivs, som kan leda till kränkning eller i värsta fall bidrar till brister i brukarnas säkerhet. Att dokumentationen utförs enligt uppsatta krav är avgörande också för cheferna, då de har det yttersta ansvaret för att möta de kvalitetskrav som finns.

IP 11: *"Alltså jag har medarbetare som inte vet hur man öppnar mejlen. Förstår du, liksom såhär nivån vi är på. Och då liksom ställa någon sorts krav att man ska kunna ta sig in i dokumentationssystem, leta sig fram till exakt vad det är och var du ska dokumentera, hur du ska dokumentera, hur du ska följa en lagstiftning och liknande är ju liksom någon sorts utopi. Och att man då liksom såhär tänker, ja men nu hittar vi någon sorts effektivisering så vi utser såhär ombud på varje arbetsplats liksom och så blir det såhär, jaha, men vad är deras uppdrag då. Dom har ju arbete att utföra också, när ska dom lära alla medarbetare göra det här för att varenda timme kostar pengar."*

Att dokumentera är en arbetsuppgift som tar mycket tid, och flera chefer uttrycker också en oro över att viktiga händelser inte blir dokumenterade. Några chefer menar att detta skulle förenklas om dokumentationen kunde standardiseras med så kallade frastexter, så att alla ord och meningar inte behöver skrivas varje gång.

IP 14: *"Det har vi ganska mycket såklart. Dokumentation är ju någonting som vi är tvingade att göra. Jag brukar ju vara väldigt aktiv i kampen om att vi ska ha frastexter så man inte behöver komma på skit hela tiden."*

Enligt cheferna skulle personalens bristande kunskap i svenska kunna hanteras med en anpassning av kravnivån på social dokumentation med syfte att göra den möjlig att hantera för all personal. Chefernas förslag att utveckla frastexter kan tolkas som ett sätt att möta organisatoriska krav, men det illustrerar även att den dokumentation som är en stor del av arbetet inte alltid fyller någon funktion. Det som skrivs är upprepande och delvis redan standardiserat. Det framkommer också att dessa olika sätt att lösa den skrivna dokumentationen kan få konsekvensen att personen med språkbrist inte utvecklas och blir självständig i arbetet.

En annan konsekvens som cheferna nämner är att den personal som inte har förmågan att dokumentera, kompenserar det genom att ta på sig andra, ofta mindre attraktiva arbetsuppgifter från de kollegor som tar över ansvaret för dokumentationen. Även om cheferna uppmanar medarbetare med bristande svenska i skriftspråk att rådfråga kollegor, är de samtidigt medvetna om att det i sin tur inte bidrar till att utveckla personens förmåga att utveckla sin skriftliga svenska. Samtidigt skapar det en konstant oro bland cheferna att något viktigt inte har dokumenterats, även om ingen uppger att det hittills skett någon större avvikelse.

IP 8: *"Jag har varit ibland väldigt orolig när det gäller dokumentation [...]. Att vi missar viss information när det gäller... speciellt dokumen-*

tation eller avvikelse. Att missa viktiga avvikelser som sker, att vi inte skriver det på grund av språket."

Chefernas utsagor illustrerar en komplex arbetsvardag där en central arbetsuppgift, som dessutom utgör kärnan i verksamhetens kvalitetssäkring, i dag utgör en av de större utmaningarna. Dokumentationsombuden är kanske den enklaste lösningen för att hantera den språkbrist som finns hos personalen. Men det finns även chefer som uppger att de inte har utsett några specifika dokumentationsombud, utan att detta åläggs den personal som cheferna själva bedömer behärskar det svenska språket bäst i arbetsgruppen. Oavsett val av strategi finns en risk att det utvecklas ett "A- och ett B-lag" i arbetsgruppen, där bristande språkkompetens får kompenseras genom att man åtar sig fler, mindre attraktiva arbetsuppgifter.

Att bedöma språkkunskaper i samband med anställning

Genomgående lyfter cheferna den utmaning som innebär hur de ska bedöma språkkunskaperna i samband med nyanställningar av personal. Av erfarenhet uppger flera att en avklarad undersköterskeutbildning inte utgör någon garant för att personen behärskar svenska i tal eller i skrift på ett sätt som bedöms som tillräckligt. Inte heller personens cv togs som en garant för språkkunskaper, då flera av cheferna förstått att den inte var skriven av den sökande. Däremot är det ingen som använder något standardiserat test, utan de flesta har uppfunnit olika strategier för att snabbt få en uppfattning om de sökandes språkkompetens.

IP 1: *"Jag pratar aldrig ett annat språk än svenska på intervjuer även om jag vet att ibland slänger dom ut några ord mellan meningarna så att jag förstår att dom pratar arabiska men [...]. Och om intervjun går bra frågar jag massor, i början om jag blir lite osäker på språket så frågar*

jag mer, jag frågar mer och förstår dom allt och svarar på allt då betyder det att dom kan behärska svenska. Jag frågar om dom kan till exempel ringa till ambulansen och berätta vad kunden har för sjukdomar, vad har hänt nu och sådär och när dom berättar för mig så förstår jag att dom kan det här. Jag tar aldrig emot någon som... till exempel folk ringer mig [...] nej du ska skicka en cv. Det betyder också mycket för mig, jag ser direkt om personen själv har skrivit cv:n eller någon annan.”

Även osäkerheter och klagomål från omsorgsmottagare och anhöriga under själva arbetet synliggör behovet av att göra ett småskaligt språkstest för att få en uppfattning om språkförmågan.

IP 6: *”Vi hade några personal för, det var tre år sedan kanske eller något sådant, som vi hade anställt på sommaren och vi var osäkra, när dom pratar med oss det fungerar okej, det fungerar bra men vi får klagomål och då tänkte vi såhär, vi ska inte vara elaka mot dom, vi fixar en sådan där liten test där det är frågor om själva jobbet, alltså typ hur ska du göra om en kund ramlar. Och då ska du svara på dom frågorna. Och dom som inte fick godkänt på det fick inte fortsätta hos oss.”*

Resultatet visar att cheferna främst prioriterar personalens förmåga att tala och förstå svenska. Intervjupersonerna uttrycker en skepsis mot att använda standardiserade språkstest. En av anledningarna kan vara att det inte skulle utgöra ett så stort stöd då många söker utannonserade jobb. Men ett troligare argument är att det skulle riskera att sälla bort personer med både intresse och fallenhet för äldreomsorgen.

IP 8: *”När dom började hos mig, dom kunde inte ett enda ord svenska [...] men jag såg i deras arbete vilken kvalitet som fanns och vilket fint bemötande dom hade, både mot personal och brukare och jag hörde aldrig att någon brukare ringde och sa att dom är otrevliga. Men nu kan dom jättebra svenska och dom är välkomna hos alla brukare.”*

Liknande resonemang framkommer även i de andra intervjuerna, vilket visar att risken med ett standardiserat språkstest är att lämplig personal riskeras att sällas bort redan i första ledet.

Diskussion

Att äldreomsorgens arbetsgrupp blir mer mång-etnisk har påpekats i flera studier som anlägger ett personalperspektiv på den svenska äldreomsorgen. Däremot har det inte speglats utifrån ett ledarskapsperspektiv och med tanke på den korstryckssituation som första linjens chefer inom äldreomsorgen har, när det handlar om att balansera och förhålla sig till de olika ansvarsområden som åligger chefer inom välfärdssektorn [18–20]. Mot bakgrund av att språkbrister upptar en allt större del av arbetsdagen såg vi det som angeläget att utifrån ett empiriskt drivet perspektiv få bidra till att fylla kunskapsluckan som finns om hemtjänstchefers utmaningar när omsorgspersonal inte bedöms behärska tillräckligt god svenska i tal- och skriftspråk. Detta framstår som särskilt angeläget mot bakgrund av att regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett vägledningsstöd för att bedöma språkkunskaper bland omsorgspersonal i äldreomsorgen [13].

Även om första linjens chefer ofta befinner sig i en korstryckssituation som innebär att de måste hantera och balansera mellan olika krav och förväntningar [20, 21], visar vår studie att de ändå har såväl ett relativt stort handlingsutrymme som handlingsfrihet, när det gäller att bedöma språk- och språkkunskaper bland personalen.

Vår studie visar att cheferna utformar olika, mer eller mindre konkreta, förhållningssätt för att anpassa kraven till den språkbrist som en stor del av personalen har. De upplever inte sitt handlingsutrymme som tillfredsställande, utan snarare handlar det om att förhålla sig till de personer som arbetar i äldreomsorgen. Den handlingsfrihet som respondenterna besitter använder de för att diskutera fram en lägsta nivå på personalens

språkkunskaper, vilken behöver bedömas som godtagbar för att kunna utföra de arbetsuppgifter som förväntas av dem i hemtjänsten. Inte heller denna handlingsfrihet uppges som tillfredsställande, då den nuvarande situationen innebär att cheferna, mer eller mindre mot sin egen vilja, använder sin handlingsfrihet till att gradvis sänka kraven på personalens språkkompetens, vilket troligtvis påverkar alla aktörer negativt [3].

I stället kan bedömningar utifrån personens lämplighet och intresse för arbete i äldreomsorgen väga upp bristande språkkunskaper, vilket riskerar att begränsa möjligheten för hemtjänsten att bedriva ett kunskapsbaserat arbete av god kvalitet. Denna handlingsfrihet är troligen förankrad i att även förvaltningsledningen är medveten om de språkbrister som finns och att det i nuläget finns begränsade förutsättningar att ställa alltför höga krav vid rekrytering

Trots chefernas handlingsutrymme och handlingsfrihet utgör språket, såväl det talade som det skrivna, en central plats i hemtjänstens vardagspraktik, genom kommunikation och relationer, samt att ta del av skriftlig information och kunna genomföra och ta del av social dokumentation. Cheferna hamnar i en position där de måste säkerställa säkerheten på andra sätt. Att chefer tvingas anställa personal som har otillräckliga kunskaper i svenska gör att arbetet behöver omorganiseras.

Dokumentationen är en stor del av arbetet och av stor vikt för att utveckla en självständighet i arbetet. Om individens språkkompetens inte utvecklas genom relevant språkutbildning finns en risk att kunskaperna i svenska inte når över en viss nivå. Konsekvensen kan bli att personal aldrig får möjlighet att utveckla sin yrkesroll. Att inrätta dokumentationsombud har växt fram ur ett behov att kontrollera att det som skrivs är korrekt, men borde också kunna innehålla en potential att lära sig svenska som skriftspråk. Som cheferna beskriver det, blir det en ond cirkel om personal med språkbrist ber annan personal att

utföra den sociala dokumentationen eller ta på sig arbetsuppgifter som definieras som "enklare".

Är det en alltför negativ bild vi målar upp, och finns det möjligheter till förändringar och hur skulle de i så fall kunna genomdrivas? En tänkbar lösning skulle kunna vara att generellt sänka krav på språkkunskaper bland personal som arbetar i äldreomsorgen. Men vi ser inte att en sådan utveckling skulle gynna vare sig omsorgsmotagarna, anhöriga eller omsorgspersonalen, inte minst utifrån ambitionerna om en individanpassad omsorg.

En tänkbar lösning som vi däremot ser som mer hållbar är att skapa en temporär stratifiering mellan omsorgspersonal i arbetsgrupperna. I den svenska äldreomsorgen finns det en tradition av att all personal ska ha både formell och reell kompetens att utföra samtliga arbetsuppgifter. Det innebär att det inte görs någon åtskillnad mellan mer serviceinriktade insatser som till exempel tvätt och städning, och mer omsorgsinriktade insatser som till exempel personlig hygien, påklädning och sociala aktiviteter. Men även om personalen har den formella kompetensen att utföra samtliga service- och omsorgsinsatser, menar vi att språksvårigheter skulle kunna göra så att omsorgspersonalen inte fullt ut har den reella kompetensen att utföra samtliga arbetsuppgifter, i alla fall inte på en gång.

Ett alternativ skulle kunna vara att personal som bedöms ha språksvårigheter, efter en gedigen introduktion, får börja med att ansvara för serviceinsatser som till exempel städ och tvätt, samt parallellt gå en språkutbildning som har en koppling till det arbete som utförs i hemtjänst. I samband med den språkliga progressionen, som bedöms och diskuteras i samråd mellan den enskilde, språkstödare och hemtjänstchef, kan mer avancerade arbetsuppgifter läggas till allt eftersom. Detta menar vi kan bidra till att personal i behov av språkstöd kan inkluderas i omsorgsarbetets olika delar i sin egen takt, något som vi ser som gynnsamt för såväl den enskilde,

omsorgsmottagare, kollegor och chefer. Vidare kan en sådan strategi också ta hänsyn till språk och språkförmåga oavsett om det handlar om svårigheter i svenska som talspråk, skriftspråk eller båda delarna. Eftersom en sådan strategi har möjligheter att gynna alla, menar vi att detta ansvar inte bör ligga på den enskilda chefen eller på förvaltningen, utan snarare på en övergripande välfärdspolitisk nivå, för att säkerställa att personalen har de förutsättningar som krävs för att utföra ett säkert, tryggt och kompetent arbete.

I denna studie, som är den första i sitt slag, har vi undersökt hur chefer inom hemtjänsten resonerar kring frågor om språk- och språkkompetens. Till studiens styrkor hör att de flesta av de teman som utkristalliserade sig under analysen liknade varandra till innehåll. En svaghet i studien är däremot att studien avgränsas till att omfatta chefer enbart inom hemtjänsten samt att studien är genomförd i en storstadskontext.

Homecare managers on care workers' language abilities and barriers in written and spoken Swedish

Abstract. In response to the lack of staff in social care for older people, foreign-born women and men are proffered as an important recruitment base for the sector. Consequently, issues around language skills have gained increasing attention.

The aim of this study was to focus on how homecare managers reason around the challenges presented when migrant care workers lack Swedish language skills, whether already working in homecare, or at the point of recruitment. The study is based on semi-structured interviews with 15 homecare managers in both public and private sector services in greater Stockholm.

The findings show that the responsibility fell to managers alone to handle a wide spectrum of dilemmas concerning language deficits. Managers developed strategies to ensure care quality, including devising language tests, focusing on caring attributes rather than formal language skills, or allocating a specific person the task of checking and correcting documen-

tation. Via their actions, the managers have negotiated a minimum standard of language attainment in the employment and retention of care workers, which simultaneously poses a risk to service delivery.

Referenser

1. Szebehely M, Stranz A, Strandell R. *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* Stockholms universitet. Arbetsrapport/Institutionen för socialt arbete; 2017:1.
2. Åtgonas G, Storm P. *Perspectives on migrant care workers in the long-term care sector: Identity politics and othering.* Nordic journal of migration research. 2022; 12(4), 469-84. <https://doi.org/10.33134/njmr.477>
3. Storm P. *Betydelsen av kön och hudfärg i äldreomsorgens vardag under olika organisatoriska villkor* [Doktorsavhandling]. Stockholms universitet; 2018.
4. Statistiska centralbyrån. *Yrkesregistret med yrkesstatistik. Anställda 16-64 år i riket efter yrke. (4-siffrig SSYK 2012), födelseregion och kön. År 2014-2018* [internet]. Statistiska centralbyrån [citerad 2022-09-01]. Hämtad från https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0208__AM0208E/YREG53
5. Giertz J, Jönson H. *Har invandrare som arbetar i äldreomsorgen en besvärligare situation än sina svenskfödda kollegor?* Socialvetenskaplig tidskrift. 2018; 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.3384/SVT.2018.25.1.2379>
6. Storm P, Lowdnes R. *"I don't care if they call me black". The impact of organisation and racism in Canadian and Swedish nursing homes.* International journal of care and caring. 2021; 12(4), 631-50. <https://doi.org/10.1332/239788221X16274947510507>
7. Behtoui A, Boréus K, Neergaard A, Yazdanpanah S. *Why are care workers from the global south disadvantaged? Inequality and discrimination in Swedish elderly care work.* Ethnic and racial studies. 2020; 43(16), :155-74. <https://doi.org/10.1080/01419870.2020.1734220>
8. Hultqvist S, Hollertz S. *"Det är klart att de vet vad uppgivenhet betyder": Kommunikation och språk i vård- och omsorgsutbildning på Komvux.* Nordic journal of vocational education and training. 2021;11(2), 25-45. <https://doi.org/10.3384/njvet.2242-458X.2111225>
9. Karlsson A-M, Nikolaido Z. *Writing about caring: Discourses, genres and remediation in elder care.* Journal of applied linguistics and professional practice. 2011; 8(2), 123-43. <http://dx.doi.org/10.1558/japl.v8i2.123>

10. *Socialtjänstlagen* (SFS 2001:453). Socialdepartementet.
11. Socialdepartementet. *Stärkt kompetens i vård och omsorg* (SOU 2019:20). Norstedts juridik.
12. Socialdepartementet. *Äldreomsorgen under pandemin* (SOU 2020:80). Norstedts juridik.
13. Socialdepartementet. *Uppdrag att ta fram ett språkbedömningsstöd för verksamheter inom äldreomsorgen* (S2022/02057) [internet]. Regeringskansliet [citerad 2022-09-01]. Hämtad från <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2022/04/uppdrag-att-ta-fram-sprakbedomningsstod-for-verksamheter-inom-aldreomsorgen>
14. *Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre* (SOSFS 2011:2). Edita Västra Aros.
15. Plejert C, Jansson G. *Tvårkulturella möten i äldreomsorgen: språk, kommunikation och demenssjukdom*. I Torres S och Magnussón F (red). *Äldrevård och omsorg i migrationens tidevarv*. Studentlitteratur; 2021. s. 197-216.
16. Paul E. *Skriftbruk som yrkeskunnande i gymnasiets lärutbildning. Vård och omsorgselversmöte med det arbetsplatsförlagda lärandets skriftpraktiker* [Doktorsavhandling]. Stockholms universitet; 2017.
17. Lagercrantz All K. *Delaktighet och lärprocesser i en yrkesutbildning. En studie av vuxna elevers erfarenheter av vård- och omsorgsutbildning vid Komvux* [Doktoravhandling]. Stockholms universitet; 2017.
18. Evans T. "Street-level bureaucracy management and the corrupted world of service". *European journal of social work*. 2016; 19(5), 602-15. <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1084274>
19. Svensson K, Johnsson E, Laanemets L. *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. Natur och kultur; 2010.
20. Karlsson I. *Att leda i kommunal äldreomsorg. Om arbetsledares handlingsutrymme, handlingsfrihet och skilda lojaliteter – exemplet Halland* [Licenciatuppsats]. Växjö universitet; Rapportserie i socialt arbete; 2006: 7.
21. Socialstyrelsen. *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer. Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen*. Socialstyrelsen; 2021.
22. Widerberg K. *Kvalitativ forskning i praktiken*. Studentlitteratur; 2002.
23. Hsieh HF, Shannon SE. *Three approaches to qualitative content analysis*. *Qualitative health research*. 2005; 15(9):1277-88. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>

Vetenskapligt supplement till Äldre i Centrum

Syftet med ÄiC Vetenskapligt supplement är att tillgängliggöra forskning på svenska om äldre personers levnadsbetingelser, hälsa och situation i samhället, för en bredare publik än den som annars nås av vetenskapliga artiklar.

Författaranvisning i korthet

Manuskript får inte vara tidigare publicerat eller samtidigt inskickat för bedömning av annan vetenskaplig tidskrift, varken på svenska eller annat språk. Vi tar däremot emot manuskript där delar av materialet tidigare varit publicerat, men som nu kompletterats och analyserats på nytt.

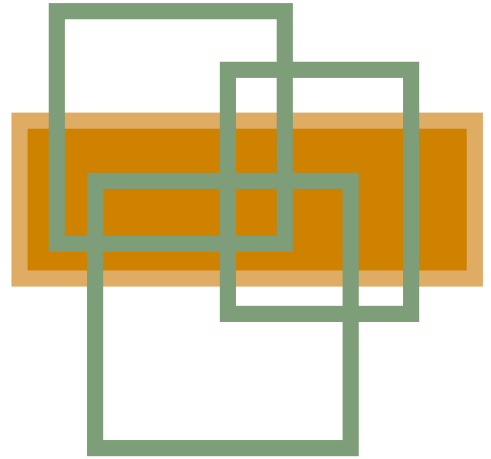
Manuskriptet ska vara skrivet på svenska.

För lästillgänglighetens skull publicerar vi endast artiklar skrivna i aktiv verbform. Begränsa textens omfång till 5 500 ord inklusive referenser. Vi välkomnar även tabeller, grafer och illustrationer.

Om studien inte varit föremål för etisk granskning ska detta motiveras.

Önskad disposition

- Kort sammanfattning (abstract) som redovisar syfte, metod, resultat och slutsatser i både en svensk och en engelsk version. (Maximalt 1 000 tecken vardera inklusive mellanslag.)
- Tre kortfattade punkter med huvudsakligt budskap från resultat och diskussion.
- Inledning som ger en allmän bakgrundsbeskrivning samt redovisar teoretiska utgångspunkter, syfte, frågeställningar och avgränsningar.
- Metod som ger möjlighet att bedöma resultatens tillförlitlighet.
- Resultat, gärna med illustrativa tabeller och figurer, med utförliga tabell- och figurtexter.
- Diskussion av resultaten i förhållande till studiens syfte samt teori och tidigare forskning.



- Referenser, med form enligt Vancouver. Bifoga alltid doi-länk när det finns.
- I de fall det är påkallat vill vi också ha en redovisning för etiska överväganden och godkännanden, finansiering, intressekonflikter och respektive författares bidrag till studien.

Tidsplan för publicering

Vi tar löpande emot och publicerar manuskript på vår webbplats aicvs.se. För publicering i det tryckta ÄiC Vetenskapligt supplement vol 4 nr 1 (2024) är sista dag för manusinlämning 1 september 2023. Senare inskickade manus publiceras i nästa nummer av den tryckta tidskriften, men alltså tidigare digitalt.

Kontakt

Mikael Mildén, redaktör
E-post: mikael.milden@aldreicentrum.se
Tfn: 08-690 58 20

För en fullständig författaranvisning, se vår webbplats aicvs.se.



Innehåll

5–20

Äldre personers upplevelse av värdighet i mötet med sjuksköterskan. En allmän litteraturstudie

Ebba Ekman, Elin Skoog, Jeanette Johansson och Kerstin Blomqvist

21–34

Användning av robot vid äldre personers läkemedelshantering – intervjustudie med sjuksköterskor inom hemsjukvård i Sverige

Dijana Hasanacevic och Linda Johansson

35–46

Hemtjänstchefer om personalens språk och barriärer i skriven och talad svenska

Palle Storm och Anneli Stranz