

# **”Jag kände mig inte okej för att gå hem”**

**En intervjustudie om äldres upplevelser i relation till täta återinläggningar på sjukhus**

Författare: Ingela Hedman, Åsa Kuivanen

Kurs: Examensarbete i omvårdnad med  
inriktning vård av äldre, 15hp  
HT 2013

Kurskod: OM9160

Handledare: Helle Wijk, Docent

Examinator: Lars-Olof Persson, Docent



Titel (svensk): ”Jag kände mig inte okej för att gå hem”  
-en intervjustudie om äldres upplevelser i relation till täta återinläggningar på sjukhus

Titel (engelsk): “I did not feel okey to go home”  
-an interview study of older peoples experiences in relation to frequent re-hospitalizations

Arbetets art: Självständigt arbete, HT 2013

Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet vård av äldre, 60 poäng

Kurs: Examensarbete i omvårdnad med inriktning vård av äldre, 15hp

Kurskod: OM9160

Författare: Ingela Hedman  
Åsa Kuivanen

Handledare: Helle Wijk, Docent

Examinator: Lars-Olof Persson, Docent

---

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund:**

Många äldre känner sig otrygga och ensamma i sina hem och har svårt att klara livssituationen både före och efter utskrivning från sjukhus. Det finns därför ett behov att fånga upp de äldre för en djupare förståelse för helheten i deras situation och behov av åtgärder för att på så sätt eventuellt förebygga en ny inskrivning på sjukhus. Tidigare forskning visar även att samordningen mellan alla aktörer runt de äldre måste förbättras inför utskrivning från sjukhuset i syfte att säkra upp hemsituationen. Flera kommuner i landet arbetar aktivt med frågan då man anser att nya samlade insatser kring de äldre måste göras för att omhändertagandet och livssituationen skall kunna förbättras.

### **Syfte:**

Att öka kunskapen om äldres upplevelser i samband med täta återinläggningar till sjukhus.

**Metod:**

En kvalitativ forskningsansats användes via intervjuer med öppna frågor. Intervjuer med tio personer, 75år och äldre med en återinläggning på sjukhus inom en månad efter utskrivning gjordes och dessa analyserades sedan med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:**

Resultatet visar på överrensstämmelse avseende flera faktorer som respondenterna menade behöver ses över för att förbättra livssituationen för de äldre när de blir utskrivna. Två huvudkategorier framträdde tydligt i resultatet; *Upplevelse av osäkerhet* med subkategorierna Ensamhet, Otrygghet, Uppgivenhet, Hastig hemgång och *Upplevelse att känna sig nonchalerad* med subkategorierna Inte tagen på allvar, Vet inte vem som är ansvarig, Otillräcklig behandling, Brist på information. Att inte veta vem som är ansvarig eller vart de äldre skall vända sig om de har frågor är en viktig faktor som gör det svårt att klara av situationen hemma efter utskrivning. Allt kortare vårdtider är en annan faktor som skapar en upplevelse av att inte få rätt behandling eller att ingen tar deras besvär på allvar. De äldre påtalade även bristen på information eller att kontakter som utlovats inte skett, vilket skapar en oro över att inte veta vad som gjorts eller vad som planerats.

**Slutsats:**

En ökad förståelse för hur äldre upplever utskrivning från sjukhus och hur det påverkar deras livssituation ger kunskap om hur man genom en bättre samordning kan påverka detta och på så sätt ge förutsättning till bättre välbefinnande i hemmet.

**Nyckelord:**

livssituation, upplevelse, äldre, utskrivning, samordning, osäkerhet, nonchalerad.

## ABSTRACT

**Background:** Many elderly are feeling lonely and insecure in their homes; it's difficult for them to cope with their life situation after discharge from hospital. There is therefore a need to get a deeper understanding of their situation and the need for action, thus possibly preventing a new hospital admission. Recent research shows that a better coordination is necessary when elderly are discharged from hospital and that the quality of the discharge is essential for how they cope at home afterwards.

**Purpose:** To get a deeper knowledge of older people's experiences associated with frequent readmissions to hospital.

**Method:** A qualitative research approach was used through interviews with open questions. Ten persons with an age of 75 years and older who had a readmission to hospital within one month was interviewed. The interviews were analyzed with qualitative content analysis.

**Result:** From the interviews emerged two main categories; *Experience of uncertainty* with subcategories Loneliness, Insecurity, Resignation, Rapid discharge and; *Experience of feeling neglected* with subcategories Are not taken seriously, Do not know who is responsible, Inadequate treatment and Lack of information. Not to know who is responsible for the medical treatment or who to get in contact with if there is something to ask about is one of the factors that make the situation at home difficult to handle. Another factor is the experience of not being taken seriously and the experience of inadequate treatment which leads to a sense of unease and that something is missed. A majority of those interviewed also experienced a lack of information and concern of not knowing what has been done and what is being planned.

**Conclusion:** To support the elderly and to improve their experience of discharge planning is it essential to have a holistic perspective of the individual. An increased understanding and knowledge of how older experienced hospital discharge and how a better coordination can improve their wellbeing in the home.

**Key word:** life situation, experience, elderly, discharge, coordination, uncertainty, neglected

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
<b>Aktuell forskning</b> .....	4
Sjukvårdens utmaningar.....	4
Förebygga och riskbedöma.....	5
Delaktighet.....	5
Trygghet.....	6
Livskvalitet.....	7
<b>Centrala begrepp</b> .....	7
Hälsa.....	7
Omvårdnad.....	7
Skörhet.....	9
<b>Teoretisk referensram</b> .....	9
<b>Specialistsjuksköterskans funktion</b> .....	10
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	11
<b>SYFTE</b> .....	11
<b>Frågeställning</b> .....	11
<b>METOD</b> .....	12
<b>Design</b> .....	12
<b>Förförståelse</b> .....	12
<b>Urval/datainsamling</b> .....	12
<b>Tidsplan</b> .....	13
<b>Dataanalys</b> .....	14
<b>Validitet/Reliabilitet</b> .....	14
<b>Etiska överväganden</b> .....	15
<b>RESULTAT</b> .....	15
Analysprocessen.....	16
<b>Upplevelse av osäkerhet</b> .....	17
Ensamhet.....	17
Otrygghet.....	17
Uppgivenhet.....	18
Hastig hemgång.....	18

<b>Upplevelse av att känna sig nonchalerad</b> .....	19
Inte tagen på allvar.....	19
Vet inte vem som är ansvarig.....	19
Otillräcklig behandling.....	20
Brist på information.....	20
<b>DISKUSSION</b> .....	21
<b>Metoddiskussion</b> .....	21
<b>Resultatdiskussion</b> .....	22
<b>Slutsats</b> .....	27
<b>Kliniska implikationer</b> .....	27
<b>Fortsatt forskning</b> .....	27
<b>REFERENSER</b> .....	28
<b>BILAGOR</b> .....	33
Bilaga 1; Informationsbrev till verksamheten	
Bilaga 2; Informationsbrev till deltagare	
Bilaga 3; Frågeområden till intervju	

## **INLEDNING**

Många äldre personer är redan vid planeringen inför utskrivning från sjukhus osäkra och har svårt att redogöra för vilken hjälp de kommer att behöva. Det framkommer ofta också att de har problem med att hålla ordning på sina vårdkontakter men även många som har svårighet att få kontakt med vården när de behöver. Detta resulterar ofta i ett besök på akuten med inläggningar som kanske kunde ha undvikits om man haft möjlighet att ha någon att vända sig till som kunnat vägleda och stödja dem i deras situation i hemmet exempelvis hjälp med egenvård eller med kontakter till t.ex. biståndshandläggare, specialistsjukvård.

Författarna till studien arbetar båda på en geriatrisk vårdavdelning sedan flera år. Som sjuksköterskor på en geriatrisk vårdavdelning möter vi många äldre patienter som upplever en svårighet att klara av sin situation både före och efter utskrivning. Vi ser också ett behov av att fånga upp de äldre innan de är i behov av akutsjukvård genom att någon ser helheten i deras situation och har möjlighet att i ett tidigt stadium vägleda dem. Författarna vill genom denna studie belysa upplevelsen för äldre personer med täta återinläggningar till sjukhus och vad det är som gör att de äldre söker snart igen. Finns det något sjukvården kan göra för att stödja de äldre vid utskrivning? Det är vår förhoppning att den ökade kunskapen skall komma de äldre till gagn och öka möjligheten till en bättre livskvalitet.

## **BAKGRUND**

Socialstyrelsen har sedan 2010 haft ett uppdrag från regeringen att varje patient skall ha en fast vårdkontakt. Här nämns de äldre som en grupp med särskilt stort behov av samordning. I uppföljningen som gjordes 2012 visades det att 40 procent av vårdcentraler och sjukhus-kliniker tagit till sig detta och tilldelat patienter en fast vårdkontakt. Det är inte många verksamheter som haft någon patient som själv begärt en fast vårdkontakt och enligt Socialstyrelsen kan det bero på att informationen inte når ut. Bara var fjärde landsting presenterar någon slags information om att en fast vårdkontakt faktiskt är en lagstadgad rätt enligt 29§HSL och då oftast genom hänvisning på webbplatsen 1177 (1).

Många äldre har ofta kontakt med flera olika aktörer inom sjukvård och omsorg. Diskussioner och olika åtgärder görs för att kunna samordna de olika organisationerna sedan

länge men det räcker inte ända fram. Vårdplaneringen bör utvecklas, även fasta vårdkontakter och läkarbesök samt att multidisciplinära team där alla samarbetar bör öka i antal. Det påtalas att det är viktigt att det finns en samordningsfunktion som ger stöd och samordnar de äldres kontakter med vård och omsorg (2).

Det pågår en hel del utvecklingsprojekt och studier inom området, till exempel driver man i Stockholms Läns Landsting (SLL) ett projekt med vårdcoacher, så kallad Aktiv hälsostyrning (AHS) som är en metod inom hälso- och sjukvården som gör det möjligt att styra fördelning av resurser. Man har utvecklat två olika program inom projektet där *Case Management* är ett program som är individualiserat för personer med stora och omfattande vårdbehov, medan *Disease Management* programmet är för patienter med kroniska sjukdomstillstånd. Att satsa på riktade insatser har visat sig kunna generera fördelar som exempelvis bättre hälsa och livskvalité för den äldre. Detta har samtidigt visat sig även kunna ge en bättre ekonomisk situation för verksamheten då man använder resurserna mer fokuserat (3).

I Växjö driver man också ett stort projekt med denna infallsvinkel som kallas för *Samordning för Linnea*. Projektet innebär att den äldre personen skall vara mer involverad och informerad om vad som sker samt att en speciellt utsedd läkare eller sjuksköterska utses inom den ordinarie verksamheten som en egen samordnare/lots för att öka tryggheten. Projektet har mynnat ut i ett arbetssätt att förbättra omhändertagandet samt ett mångprofessionellt samarbete i team där det görs riskbedömningar(4).

Det pågår olika försök att använda så kallade vårdkontakter eller coacher för att förbättra vården för de äldre. Många kommuner har valt att gå samman och genom bättre samarbete och ett gemensamt mål kommer det till gagn för den äldre människan. Efter att ha använt vårdcoacher visar utvärderingar på att självskattad livskvalité ökar, samtidigt som slutenvårdsbesök och antal vårddygn per vårdtillfälle minskar (3).

Äldrelotsen i Göteborg är ett system som funnits i vissa stadsdelar sedan 2004 som innebär att alla äldre som är 75 år och äldre har ett telefonnummer att ringa vid olika problem och frågor. Systemet garanterar kontakt inom två minuter och åtgärd av problemet inom 24 timmar. Äldrelotsen fungerar dygnet runt sju dagar i veckan. Äldrelotsen består av en kommunikatör som i sin tur förmedlar kontakten mellan hjälpbehövare och utförare. Äldrelotsen tar hand om alla frågor utom de medicinska. Dessa kopplas istället vidare till sjukvårdsupplysningen dit



man har en egen linje så att ingen skall behöva stå i kö. Äldrelotsen har även ett samarbete med hemsjukvården som i mån av tid kan åka ut till de äldre som inte är inskrivna i hemsjukvården och som bedömts av sjukvårdsupplysningen inte behöver sjukhusvård för att ta hand om mindre medicinska problem. Kostnaderna för de stadsdelar som är med var 2008 ca 5 kronor per månad och pensionär (5).

I Göteborg har man även startat en äldrevårdcentral som är anpassad till äldre personers behov. Målgruppen är personer över 70 år som erbjuds garanterad personlig kontakt vid telefonförfrågning, tid för besök hos specialistutbildad sjuksköterska för samordning av kontakter mellan de olika aktörerna och anhöriga. Det kan även göras hembesök om behov finns. Man försöker arbeta preventivt mot de vanligaste funktionsnedsättningar/sjukdomarna äldre drabbas av samt att underlätta framtida insatser från vården. Äldrevårdcentralen eftersträvar att åstadkomma en attitydförändring gentemot äldre och deras hälsa i samhället samt att utveckla bättre riktlinjer och beslutsunderlag för en mer riktad äldrevård (6).

På akutmottagningen på Mölndals sjukhus utvärderades 2011 sårbarheten hos äldre samt behovet av om patienten behövde prata med en sjuksköterska med geriatrisk kompetens. Man fann då att hos patienter över 80 år var 80 % sköra och sårbara. Att använda olika skattningsfrågor för att identifiera äldre personer som behöver en geriatrisk bedömning är av stort värde för att kunna fånga upp dessa i tid. Skörhetsbegreppet kan med fördel användas så man inte koncentrerar sig på själva sjukdomen utan på den minskade reservkapacitet som man får i själva processen av åldrandet och som kan leda till sjukhusvård (7).

I en artikel i Vårdfokus kan man läsa att de flesta som får vård och omsorg är nöjda med den vård de får, förutom de mest sjuka äldre som är missnöjda. Man anser att nya samlade insatser kring äldre måste göras för att omhändertagandet skall bli bättre. Det kan göras genom att samverka runt den äldre människan. Det finns flera kommuner som redan arbetar med frågan på olika sätt. Riktade pengar har 2011 delats ut för att utveckla omvårdnadsinsatserna utifrån den enskildes behov. En mycket viktig prioritering då antalet 80 år och äldre kommer att öka med ca 45 % mellan 2020 och 2030 (8).

## **Aktuell forskning**

Äldre personers upplevelser och känsla av hälsa förändras genom att leva med sjukdom och vissa nedsättningar i hög ålder. Äldre definierar hälsa som harmoni och balans mellan olika komponenter för att klara av det dagliga livet. Dessa olika komponenter är att kunna bemästra det dagliga livet genom att känna att kroppen inte sviker, att kunna känna tillfredsställelse med sitt liv, att ha en upplevelse av värdighet och att vara kompetent men även att känna sig känna sig som en del av en helhet. De äldre uppgav att balansen mellan dessa komponenter är viktig, om någon del rubbas så kan känslan av ohälsa infinna sig. De beskriver sin hälsa utifrån här och nu i relation till tidigare erfarenheter men även i relation till deras egna intressen, vanor och familj (9). När man som äldre person blir inlagd på ett sjukhus innebär det ofta en kris för personen då man upplever att kroppen sviker och man påminns om livets skörhet. Frågor som de äldre då ofta ställer sig är; Hur kommer mitt liv att se ut i fortsättningen? Kommer jag att behöva hjälp för att klara mig och hur kommer det att fungera? För att det skall bli så bra som möjligt för den äldre måste utskrivningsprocessen fungera som en bro mellan sjukhuset och hemmet. Det är viktigt att vårdpersonalen ser hela personen och inte bara en diagnos då det ofta är av lika stor betydelse hur vardagen blir hemma som den medicinska vården (10).

## Sjukvårdens utmaningar

Många äldre har en komplex hälsostatus och några få använder merparten av vården. Att samordningen inom hälso- och sjukvård inte alltid är den bästa är en av anledningarna och det är en stor utmaning för hälso- och sjukvården att anpassa sig till de äldres behov (11). Äldre kräver mer tid och resurser men dessa behov bemöts ofta inte av sjukvården. De har ofta stora behov av någon typ av hjälp och att tidigt identifiera riskpatienter och kunna sätta in åtgärder i tid borde vara högprioriterat från sjukvårdens sida. Att hitta nya sätt att göra utskrivning från sjukhus smidigare genom en bättre överblick av de olika behov som den äldre patienten har är något som behöver utvecklas (12). Några av de faktorer som oftast orsakar långa sjukhusvistelse för äldre är bland annat ensamboende, nedsatt socialt stöd, behov av kommunala insatser eller väntan på en korttidsplats. Till följd av detta blir de äldre ofta definierade som ”sängblockerare”, ”missplacerade äldre personer” eller ”oacceptabelt användning av akut sjukhusplats” (13). En studie som undersökte vilka faktorer vid utskrivning som är viktiga för att det skall bli så bra som möjligt för den äldre visade att det främst berörde tre områden: 1; information om sitt hälsotillstånd, behandling och fortsatt vård,

2; hur man skulle klara av sitt dagliga liv i hemmet och vilken hjälp det fanns att få, 3; vart man skall vända sig om något oförutsett inträffar (10).

### Förebygga och riskbedöma

Eftersom sköra äldre har ett stort omvårdnadsbehov så är de en grupp som ofta kommer in till akutmottagningar då dessa är lättillgängliga. Man kan anta att en bättre samordning för äldre patienter hade gjort det lättare för dem att hitta vart de skall vända sig för sina olika hälsoproblem då många äldre har svårt att förstå hur vården fungerar och vilka valmöjligheter de har samt hur de kommer i kontakt med rätt instans. Att kunna identifiera risk patienter med stöd av bedömningsinstrument samt koordinera vård och omsorg är nyckelfaktorer som visar på en minskning av akutbesök och sjukhusdagar förutom vad gällde de allra äldsta(14). Många av de studier som gjorts tidigare inriktar sig mest på att minska vårdkonsumtionen, medan endast några få har haft en förebyggande, rehabiliterande eller informerande infallsvinkel. De senaste tio åren har andelen äldre som bor hemma ökat och andelen platser på äldreboenden minskat. Det har dessutom blivit svårare att få hjälp av hemtjänst vilket leder till att anhöriga får ta ett större ansvar (11).

### Delaktighet

Att vara delaktig i planeringen inför sin fortsatta vård och omsorg är en viktig faktor för och förberedelse inför utskrivningen från sjukhuset. Men detta är något de äldre ofta upplever att de inte är, ofta bestämmer personalen själva vad som är bäst, vare sig patienten eller anhöriga får vara med och säga sitt eller inte. Andra faktorer som upplevs som viktiga är tydlighet och ansvar, att veta vem som har ansvaret och vem man skall vända sig till med frågor. Många patienter och deras anhöriga har svårt att se vem som är ansvarig, de anser att sjuksköterskan hade en vårdande roll men att ingen sjuksköterska tar ansvaret för den samordnade planeringen (15). Det är även viktigt för den äldre att bli sedd som en individ, att personalen engagerar sig och frågade de äldre vad de vill och behöver för att klara sig. Att blir hörd, bekräftad och få inflytande så är man bättre förberedd på att få komma hem. Vårdpersonal upplever även att utskrivningsprocessen sällan utgår från den äldres bästa utan ofta styrs av lagstiftning, rutiner, resurser och personalens värderingar. De inblandade i utskrivningsmöten har ofta inte kunskap av vad de andra har för uppdrag och arbetsuppgifter och det lovas olika

saker som sedan inte kan hållas vilket i sin tur kan leda till bristande förtroende hos patienten. En bristande förståelsen kan också leda till att de olika yrkesgrupperna har förutfattade meningar om varandra. Men även att planeringen utgår från varje organisations referensram och inte utifrån den äldre som en egen individ. Något som också påverkar hur planeringen går tillväga är den äldres kognitiva förmåga men även anhörigas åsikter om vilket som de anser är bäst för den äldre(10).

### Trygghet

I de flesta länder kommer de följande 20 åren innebära en ökning av de personer som är 65 och äldre i en högre takt än nu. Mycket pekar på att hemtjänst/hemsjukvård är bättre och billigare än särskilda boenden, även när man är svårt sjuk, och därför har initiativ som ger större möjlighet för äldre att bo hemma och kunna känna sig trygga och oberoende fått en ökad betydelse (16). Något som visat sig oerhört viktigt för de äldre är att kunna få kontakt med någon utan att behöva åka in till sjukhuset, de vill ha en kontaktperson som är lätt att nå vilket skulle ge dem stor trygghet hemma (10). Genom en sådan kontakt ger man de äldre och deras anhöriga bättre förutsättningar till egenvård och kan förebygga onödiga och långa sjukhusinläggningar(16).

Även patienter som inte har tät kontakt med vården eller kommunen kan vara i behov en stödfunktion som kan bedöma, planera och utvärdera insatserna regelbundet. Det kan också vara att hitta alternativa lösningar till sjukhusvård genom att ge bättre kunskap och kontakt med den service som finns inom kommun och landsting. Något som är en svaghet är om tillgången till stödfunktionen inte alltid finns, till exempel på kväll, natt, helg vilket kan leda till onödiga inläggningar under den tiden. En regelbunden bedömning av hälsostatus och behov ger förutsättningar för bättre livskvalitet, kommunikation och psykosocialt stöd för äldre personer (17).

Att införa samordning för äldre personer har visat sig vara positivt och ger bättre relationer och kontinuitet mellan patient och vårdare samt att det ger ett bättre verktyg för utvärdering. En del av vinsten är att personalen har mer kunskap om varje enskild individ och har större möjlighet att diskutera problem och kunna lotsa rätt vad gäller vilken hjälp som behövs, det har även visat sig finnas ett tydligt samband mellan samordning och färre sjukhusbesök (18).

Genom att arbeta förebyggande i vårdkedjan kan de äldre känna sig trygga och återinläggningar förhindras (10).

### Livskvalitet

En samordnad utskrivning har visat sig ha en positiv effekt på äldre personers livskvalitet och funktionsförmåga. Detta samband har i en undersökning visat på lägre dödlighet och färre äldre som behöver komma till boende eller sjukhus. De äldre upplever även vid samordnad utskrivning en bättre psykisk och kognitiv förmåga och en bättre självkänsla. Detta visar på att även små vinster för de äldre har kliniskt betydelse och av stor vikt för de äldre (19).

En studie visade att ju mer samordning det var mellan sjukhusen och kommunen desto mindre sjukhusvård krävdes och det gav även ett högt betyg i tillfredsställelse och livskvalitet för de äldre. En annan effekt är att en integration av sjukhusens och kommunens sektorer gör att helheten blir större än delarna (20).

## **Centrala begrepp**

### Hälsa

Hälsa beskrivs som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknaden av sjukdom eller funktionshinder (21,22). Hälsa är omvårdnadens centrala målsättning och kan ses ur två perspektiv. Ur det ena perspektivet ses hälsa som motsats till sjukdom och tydliggörs genom sjukvårdens uppgift att diagnostisera, bota och lindra sjukdom för att försöka återställa hälsa hos de personer som söker hjälp. Det andra perspektivet är ett filosofiskt sätt att se på hälsa där människan ses som en enhet av kropp, själ och ande där den enskilda människans värderingar och upplevelser av hälsa är avgörande (23).

### Omvårdnad

Omvårdnad är ett begrepp där man ur ett existentiellt filosofiskt synsätt ser människan som aktiv, skapande och som en del i ett sammanhang. Den existentiella filosofin handlar om människans existens, frihet, upplevelser men även om ansvar och människans möjlighet att

skapa sitt eget liv och livsmening. Omvårdnadens värden är kopplade till grunden för människans existens. Omvårdnad skall främja patientens hälsa, välbefinnande och förebygga ohälsa samt lindra lidande men även verka för ett värdigt, fridfullt avslut av livet med beaktande av ålder, kön, sociala villkor och kulturell bakgrund. En god omvårdnad förutsätter en öppen hållning gentemot patienten och det den förmedlar samt att patientens upplevelse av hälsa och ohälsa respekteras. Patienten skall så långt det är möjligt vara delaktig i sin egen vård och behandling (23).

Att förhålla sig kritiskt, att värdera och ifrågasätta den omvårdnad som ges är det som utgör skillnaden mellan basal och avancerad omvårdnad. För att utföra en avancerad omvårdnad till skillnad från den basala omvårdnaden krävs en mer sammansatt kunskap och mer komplexa bedömningar samt en ökad kompetens. Man behöver således både en normativ och en empirisk framtagen kunskap för att utföra en avancerad omvårdnad. Det är kombinationen av dessa två samt olika värden och normer som bestämmer karaktären av omvårdnaden och som driver kunskapen framåt (24).

Att kunna arbeta självständigt och samverka med andra vårdprofessioner samt patienten och dess anhöriga ingår i specialistsjuksköterskans uppgifter för att skapa en bättre samordnad vård. Specialistsjuksköterskan skall även kunna leda, utveckla, analysera, utvärdera och värdera olika komplexa vårdssituationer. ”Omvårdnad på avancerad nivå kan spänna från praktisk omvårdnad av patienter, närstående och grupper till ledning, styrning och utveckling av omvårdnad samt policy frågor”(24, s23). Som specialistsjuksköterska bör man utgå från de sex kärnkompetenserna. I kärnkompetensen ingår;

- personcentrerad vård där man utgår från personens individuella behov och värderingar.
- samverkan i team där samarbete mellan professioner för att komplettera varandras kompetenser,
- evidensbaserad vård där implementering av god omvårdnad genom bästa vetenskapliga kunskap och beprövad erfarenhet,
- förbättringskunskap för kvalitetsutveckling för att kunna förbättra kvalitén på omvårdnaden,
- säker vård för att förhindra vårdskador och undvika misstag
- informations och kommunikationsteknologi där man genom olika kommunikation och journalsystem säkrar upp hälso- och sjukvården(24).

Personcentrerad omvårdnad är ett begrepp som blivit mer och mer synonymt med etiskt riktig och god omvårdnad och som fått mest uppmärksamhet inom demens- och äldrevård men som kan tillämpas inom all omvårdnad. Begreppet innebär att man sätter personen i centrum och utgår från dennes perspektiv och behov i alla vårdbeslut. Att se personen bakom sjukdomen, åldrande, beteende eller symtom men även att sätta sig in i den andres situation och se världen från dennes synvinkel är själva kärnan i personcentrerad omvårdnad (25).

Enligt Slater involverar begreppet personcentrerad vård att:

- ”Bekräfta personligheten
- Skapa en terapeutisk relation mellan vårdgivare och vårdtagare
- Respektera individualitet
- Ge vård som motsvarar professionella etiska standards,
- Identifiera och understödja personers styrkor och behov snarare än svagheter och problem.
- Bekräfta personens livsvärld
- Ge förutsättningar för och understödja personen att ta egna beslut rörande hälsa” (25, s31).

### Skörhet

Definieras ofta som ett tillstånd med nedsatt reservkapacitet i multipla fysiologiska system som medför risk för funktionshinder och sjuklighet (9). Skörhet(frailty) har blivit ett etablerat och omskrivet begrepp inom forskningen om äldre och används för att kunna definiera äldre med ett stort omvårdnadsbehov. Förr användes ofta begreppen multisjuk och mest sjuka äldre. Ofta sammanfattar man skörhet som ett tillstånd med nedsatt reservkapacitet i multipla fysiologiska system som medför risk för funktionshinder och sjuklighet. Att vara skör och sårbar kan kopplas ihop med ålder (7).

### **Teoretisk referensram**

Enligt Joyce Travelbee (1926-1973) är synen på människan ytterst viktig. Människan är en unik tänkande biologisk och social varelse, som är olika alla andra och som påverkas av miljö, arv, kultur och olika erfarenheter. Det gör människan medverkande i alla händelser och kapabel att välja. Hon betonar att människan inte alltid kan uppnå hälsa vilket leder till att sjuksköterskans uppgift är att hjälpa en människa klara av sin situation i sjukdom och dennes lidande. Den mellanmänskliga process om uppstår mellan två människor där den ena behöver

hjälp och den andra har möjlighet att kunna bistå med den hjälpen ingår i Travelbees syn på omvårdnaden och omvårdnadens mål. Hon påtalar att patienten måste ta till vara sina erfarenheter från livet och målet för omvårdnaden blir då att sjuksköterskan möter patienten i en mellanmänsklig relation. Detta hjälper patienten finna mening i sjukdomen och det lidande som sjukdomen medför.

Travelbee menar att sjuksköterskan måste etablera ett relationsförhållande genom att lära känna och bry sig om patienten och det gör hon genom kommunikation via olika metoder som att betrakta patienten som människa, känna det meningsfulla i samtalet, lyssna och reflektera, använda ett bra språk med verbala eller icke verbala uttryckssätt utan fördomar samt undvika att använda klichéer och standardsvar. Travelbee menar också att relationerna är som en utveckling av olika faser med början av det första mötet till en ömsesidig kontakt och förtroende. Alla erfarenheter, tankar, känslor och attityder skapar en meningsfull och förtroendeskapande kommunikation.

Sjuksköterskan kan hjälpa patienten via sina olika erfarenheter och upplevelser. Det gör sjuksköterskan genom en indirekt metod genom att dela med sig av situationer hon varit med om tidigare eller via en direkt metod och då använder sig sjuksköterskan av intervjuteknik med förutsättningslösa frågor och kommentarer. Då sjuksköterskan använder sig av öppna frågor som exempelvis, *Om du sa.... Eller efter det du...* kan sjuksköterskan undvika att blockera kommunikationen och istället uppmuntra patienten att fortsätta prata. Om man kan etablera en kontakt med patienten som i sin tur kan finna mening i lidandet kan det leda till en utveckling av hopp och förtroendet hos patienten (22, 26).

### **Specialistsjuksköterskans funktion**

Att utforma omvårdnaden efter den äldres enskilda behov är en av specialistsjuksköterskans uppgifter där det ställs höga krav på kompetens på självständighet hos varje specialist att arbeta evidensbaserat och ta faktabaserade beslut. Genom att använda sig av de forskningsresultat och studier som gjorts kan sjuksköterskan arbeta utifrån ett helhetsperspektiv där både den äldre personen och deras anhöriga läggs i fokus(27).

Som specialistsjuksköterska ska man kunna bedriva forsknings och utvecklingsarbeten inom omvårdnaden för att patienten skall få en mer kvalitetssäker vård (28). Inom vård av äldre har



specialistsjuksköterskan kunskap inom ett brett område genom den specifika kunskapen att självständigt kunna bedöma, planera och åtgärda äldres komplexa omvårdnadsbehov. Sjuksköterska skall även kunna leda och utveckla arbetet så att den senaste forskningen blir implementerad och integrerad i det dagliga arbetet(27). Genom att använda sig av aktuell omvårdnadsforskning och den tvärvetenskapliga kunskap som finns kan specialistsjuksköterskan nå omvårdnadens mål som är att patienten skall finna olika meningar i sjukdom och lidande(22,26). Men även att stötta äldre i planering, genomförandet av olika insatser som kopplas samman med det dagliga livet för att främja, förbättra, upprätthålla eller återställa hälsa och för att förebygga ohälsa(27).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

En omfattande andel äldre personer återinläggs på sjukhus ganska snart efter utskrivning av oklar anledning. Kan det bero på avsaknad av ett helhetsperspektiv och kunskap om den äldres upplevelser i samband med utskrivningen? Har den äldre svårt att veta vart de skall vända sig med sina problem efter utskrivningen från sjukhuset och hur påverkar det deras situation efter utskrivning?

Bättre samordning vid en utskrivning från sjukhus är något som borde prioriteras. För att få en djupare inblick i hur äldre personer upplever utskrivningen och deras åsikter om vad som kan förbättras valde vi med utgångspunkt från den tidigare forskningen att intervjua återinlagda patienter om just detta.

## **SYFTE**

Att fördjupa kunskapen om äldres upplevelser i samband med täta återinläggningar på sjukhus.

### **Frågeställningar**

Hur beskriver de äldre orsakerna till att de åter söker akut sjukhusvård?

Hur beskriver de äldre att eventuellt något kunde ha gjorts annorlunda för att undvika återinläggning?

## **METOD**

### **Design**

En kvalitativ forskningsansats har använts som metod för datainsamlingen för att erhålla en förståelse för de äldres upplevelse av sin livssituation. Vid kvalitativ forskning där man söker förståelse för människors upplevelser och erfarenheter genom språk och text är hermeneutisk tolkning en vanlig metod. Hermeneutiken fokuserar på att tolka och förstå individer och deras livsvärld och målet är att kunna upptäcka den kunskap och visdom som finns där. Man närmar sig forskningsobjektet med en medvetenhet om sin egen förförståelse och genom att vara medveten om sin förförståelse kan forskaren använda det som en tillgång vid tolkning av forskningsobjektet och försöka se helheten. När man sedan ställer helheten i relation till delarna och skiftar mellan dessa för att få en så bra förståelse som möjligt använder man sig av sin förförståelse som ett medel (29, 30). Förförståelsen är även något som styr hur vi läser en text, och vid tolkning av text skall man försöka förstå dess mening, men även se den som ett påstående som är sant (31).

### **Förförståelse**

Författarna har flera års erfarenhet av kontakt med äldre som vistas på sjukhus. Vi har många gånger reflekterat över att många äldre återkommer ganska snart till sjukhuset igen och vad det kan bero på. Vår erfarenhet är att patienter som återkommer ofta leder till en nedsatt livskvalitet med risk för komplikationer där man kan anta att om planeringen runt patienten är bättre samordnad skulle det kunna öka välbefinnandet hos de äldre. Vidare är vår erfarenhet att om man lägger ner lite mer tid och energi på planeringen runt den enskilde leder det ofta till en större trygghet för patienten. Att använda sig av en öppen och rak kommunikation där man försöker se hela patientens situation är något vi upplever som en viktig del i hur situationen blir efter utskrivning.

### **Urval/datainsamling**

Inklusionskriterierna var personer 75år och äldre som efter utskrivning från sjukhuset sökte akut igen inom en månad. Exklusionskriterierna var kognitiv nedsättning samt personer som har svårt förstå eller uttrycka sig på svenska. Personerna eftersöktes via sju avdelningars

beläggningslistor efter godkännande från verksamhetschef och vårdenhetschef, se bilaga 1. Urvalet enligt kriterierna gjordes via journalgranskning för att hitta lämpliga respondenter att tillfråga om intervju. Inläggningsanteckningar i journalen från avdelningarna utgjorde underlag för granskningen.

Via granskningen hittades 14 äldre personer som verkade lämpliga att intervjua, tre av dessa valdes bort då de ansågs vara för sjuka vid intervjutillfället, detta framkom då författarna stämde av med ansvarig sjuksköterska på avdelningen. En person tackade nej till deltagande i studien. Planen var att få med cirka tio intervjuer då det kändes som ett hanterbart material. Efterhand som intervjuerna skrevs ut märktes en hög samstämmighet i intervjuerna vilket gjorde att författarna valde att inte söka efter fler respondenter utan nöja sig med tio. De respondenter som representerar resultatet har en ålder mellan 76 och 94 år och var hälften män respektive kvinnor. Att det blev en jämn könsfördelning var inget som författarna kunde påverka då respondenterna tillfrågades direkt då författarna hittade dem via journalgranskningen. De äldre personerna som kontaktades och blev tillfrågades om medgivande att medverka i studien både muntligt och skriftligt (se bilaga 2).

Studien genomfördes på ett mindre sjukhus i Västra Götalands region. Intervjuerna genomfördes under vårdtiden på sjukhuset i ett enskilt rum efter överrensommelse med respondenten. Intervjuerna varade i snitt 20 minuter och spelades in med hjälp av videokamera som riktades så att endast ljudet togs upp. Valet av videokamera gjordes då det var den tekniken som fanns tillgänglig för författarna. Intervjumaterialet avidentifierades och kodades. Vid intervjun användes öppna frågor (se bilaga 3).

Principen att använda öppna frågor bygger på vetskapen om att försöka lämna så stort utrymme som möjligt till informanten att tolka fritt utefter sin egen inställning eller erfarenhet och lämna maximalt med utrymme för personen att svara inom (29).

## **Tidsplan**

Datainsamlingen pågick under maj månad 2013. Analys och resultat samt metod och resultatdiskussion gjordes under juni-augusti 2013.

## **Dataanalys**

Intervjumaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys för att få fram det manifesta innehållet vilket tolkades och kategoriserades enligt Graneheim & Lundman (32), i syfte att strukturera och lyfta fram essensen av de äldres utsagor. Intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes igenom flera gånger av författarna för att skapa en helhetsbild av texten. Författarna gick gemensamt igenom materialet för att finna meningsbärande enheter i linje med syftet med studien. De meningsbärande enheterna kondenserades därefter för att göra innehållet mer överskådligt. De kondenserade meningarna kodades och sorterades i olika ämnesområden för att slutligen utmytna i olika kategorier. För att behålla kärnan ur intervjuerna jämförs de meningsbärande enheterna och de kondenserade meningarna jämfördes med intervjuerna i flera steg för att säkerställa att dessa var förankrade i grunddata. Slutligen utformade sig två huvudkategorier och flera underkategorier och till dessa sökte författarna efter lämpliga citat ur texterna som kunde understryka kategorierna. Författarna diskuterade hela analysprocessen gemensamt med stöd av handledaren.

## **Validitet och Reliabilitet**

För att veta att man mäter det som är tänkt att mätas samt att man mäter på ett tillförlitligt sätt är de två begreppen validitet och reliabilitet viktiga faktorer vid forskning. Validitet är att kunna ange för vilken population och vilken situation forskningsresultatet är giltigt. Reliabilitet är hur pålitligt resultatet från forskningen är. I studier med kvalitativ ansats handlar dessa begrepp om att kunna visa hur man samlat in data och hur det är bearbetat, att det är gjort på ett systematiskt och hederligt sätt. Det är också viktigt att beskriva vilka förutsättningar som fanns och hur resultatet tagits fram samt processen bakom det (33). Validiteten i denna studie stärks genom att författarna beskriver att de har haft en viss förförståelse med sig som de genom hela processen varit medvetna om och använt sig av. Även en noggrann beskrivning på datainsamling, urval och hur analysprocessen gått till stärker validiteten. För att ytterligare stärka giltigheten i resultatet finns ett antal citat med från intervjuerna. Reliabiliteten på studien stärks genom att kvalitén på utrustningen beskrivs samt hur intervjuerna utfördes och vilka styrkor och svagheter författarna upplevde att arbetssättet innebar. Något ytterligare som stärker reliabiliteten i studien är även att processen flera gånger diskuterats med handledaren.

## **Etiska överväganden**

Studien genomfördes enligt Helsingfors deklarationens etiska riktlinjer för forskning på människor (34). Etikansökan gjordes via Göteborgs Universitet enligt regional etikprövningsnämnd (35). Allt intervjumaterial samt utskrifter har hanterats konfidentiellt. Videoband, utskrifter samt andra uppgifter förvaras på ett sådant sätt att ingen utomstående har tillgång till dessa i ett låst skåp. Materialet kommer att sparas i tio år så att det finns tillgängligt för en eftergranskning. Deltagande personer kan inte identifieras då hanteringen av alla uppgifter reglerats enligt Personuppgiftslagen (36). Muntlig och skriftlig information har delgivits till respondenterna innan informerat samtycke ombetts för deltagande i intervjuerna. Varje enskild person informerades om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att behöva ange någon orsak. Respondenterna står inte i någon beroendeställning till författarna till studien. Det vill säga att respondenterna inte har varit kända sedan tidigare vårdhändelser av författarna för att undvika risken av att vara i beroendeställning. Tillstånd för journalgranskning och genomförande av studien har inhämtats från chefsöverläkaren på det aktuella sjukhuset samt skriftlig och muntlig information har lämnats till respektive vårdenhetschef innan datainsamling påbörjades. Bortfall har minimerats genom det strategiska urvalet. Respondenterna har vid själva intervjun åter informerats om syftet med studien och att deltagandet är helt och hållet frivilligt samt att de när som helst kan avbryta intervjun utan att lämna någon orsak. De blev även tillfrågade om det gick bra att intervjun spelades in med hjälp av filmkamera som vinklades så att endast ljudet kom med. Respondenterna blev informerade om var de kunde nå oss författare om några frågor uppstod samt de tillfrågades om de ville ta del av hela studien då det var klart. Studien anses uppfylla de krav som innefattar information, samtycke, konfidentialitet samt nyttjande.

## **RESULTAT**

Analysen av intervjuerna resulterade i fyra underkategorier som sedan ledde fram till två huvudkategorier. Exempel på hur resultatet analyserades fram ut intervjuerna kan ses i tabell 1 nedan. De olika kategorierna redovisas sedan med sina subkategorier med ett eller två citat till för att understryka resultatet.

Tabell 1; Analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
<i>"När jag kommer hem och är ensam och inte kan ta rätt på mig. Jag har ju hemtjänst som kommer och hjälper mig med strumpor, så de hjälpte mig med frukost om jag ville ha men jag ville just inte ha någon heller"(P6)</i>	Vara hemma och ensam och inte kunna ta rätt på mig.	Att vara ensam	Ensamhet	Osäkerhet
<i>"Ja det är klart det hade varit en tillgång, nån som känner igen mig och visste vem jag var Bara pratat av mig lite grann och så, det hade hjälpt"(P9)</i>	Bra om det funnits någon att vända sig till	Känsla av otrygghet	Otrygghet	Osäkerhet
<i>"Nej jag fick ingen hemtjänst, de frågade faktiskt om jag ville ha men jag hade ju klarat mig ensam i sju år, alltså mina barn hade ju hjälpt mig att handla och så.. suck.. men det var precis omöjligt. Jag tycker att de kunde fattat själva att jag inte kunde göra sådana saker då jag inte ens kunde sitta på WC"(Pat7)</i>	De borde ha förstått att jag inte skulle klara av hemsituationen	Svårt att ta in sin nya situation	Uppgivenhet	Osäkerhet
<i>"Nej, jag kände mig inte okey för att gå hem, det är väl, vad skall jag säga... det är som när du sitter hos tandläkaren och han frågar om du har tandvärk så säger du nää."(Pat 8)</i>	Känner sig inte frisk nog för hemgång men säger inget	Inte redo för hemgång	Hastig hemgång	Osäkerhet
<i>"Jag frågade hur jag skulle förhålla mig nu, om jag kommer hem här nu och får tillbaka detta här, Vad skall jag göra då? Ja alltså, om hjärtat rusar är det inte farligt men känner du obehag och du blir orolig så tycker jag att du skall komma in så får vi se vad vi kan göra! Och ett sådant besked är det samma, som att vara hur en hypokondriker bär sig åt va? Man känner sig inte betrodd. Det är liksom att man hittar på detta häringa"( Pat 10)</i>	Känner sig sjuk men upplever att inte bli trodd	Blir inte trodd	Inte tagen på allvar	Nonchalerad
<i>"Nej, nej det jag saknar inom hela sjukvården just nu det är detta.. jag har haft tretton eller fjorton läkare på dessa gångerna! Det är ju inte samma människa som kommer in från dag till dag"(P8)</i>	Upplever svårighet med många olika läkare	Svårt veta vem som är ansvarig läkare	Vet inte vem som är ansvarig	Nonchalerad
<i>"Ja jag vet inte riktigt men att åka fram och tillbaka för att få ett par sprutor under ett par dagar det är så mycket omkring som man kanske skulle, jag ville helt enkelt stanna lite längre och fått bort lite mer vätska"( Pat 5)</i>	Vill stanna längre för att få ytterligare behandling	Upplever sig inte färdigbehandlad	Otillräcklig behandling	Nonchalerad
<i>"Jag vet efter hjärtinfarkterna här nu, och det var ingen från sjukhuset här som ringde till mig, de skulle ju ringa sa dom, vi hör av oss vi ringer och hör hur det är. Det var ingen som ringde"(P10)</i>	Blivit lovad kontakt men det är ingen som ringer	Utlovad kontakt sker inte	Brist på information	Nonchalerad

## **Kategori: Upplevelse av osäkerhet**

### Ensamhet

Innan hemgång hade man en känsla av att det skulle bli bra bara man kom hem igen. Många upplevde att, trots att de hade stöd och hjälp av sina anhöriga i stor utsträckning, så blev verkligheten en helt annan när de väl kom hem. Tomheten trots att anhöriga varit där och förberett bidrog till känslan av ensamhet från första stund när de kom hem. Ensamheten var det som upplevdes som värst trots att det fanns samtida medicinska svårigheter. En känsla av tomhet när ingen var där hemma framkom trots att man visste att de anhöriga kommer åter. Trygghet upplevdes oftast när någon var i närheten.

*”Ja, jag sa ju det att när jag kommer hem och är ensam och inte kan ta rätt på mig ” (Pat 6)*

*”Jag tyckte att jag hade sån trygghet, jag kunde ju ringa när jag ville alltså, de ställer upp till hundra procent, det är klart att det kan bli många stunder man är ensam, Ja det är jobbigt, för det är ingen som ringer, det är ingen som hör av sig”(Pat 9 )*

### Otrygghet

Många respondenter uppgav att de inte kände sig trygga när de kom hem från sjukhuset. De var osäkra på hur de skulle hantera sin nya situation vilket gav en känsla av otrygghet. När det blev dags för utskrivning vill dock många klara sig själva trots allt men var samtidigt osäkra på om det skulle fungera. De var inte helt införstådda på vart de skulle vända sig om de fick några frågor eller problem. Någon att prata med, någon att vända sig till för att minska känslan av vilshenhet poängterades i intervjuerna. Att ha någon att vända sig till skulle öka känslan av trygghet i hemmet. Majoriteten av våra respondenter uppgav minst en situation som gjorde dem osäkra på att vara hemma och många uppgav att de inte kände sig färdigrehabiliterade på sjukhuset, de kände sig inte trygga nog att återgå till hemmet Trots strategier av frågvishet och att ta reda på olika saker kring en situation uttryckte man oro i hemmet.

*”Det hade varit en tillgång att ha någon på sjukhuset att ringa, nån som känner igen mig och visste vem jag var. Bara fått prata av mig lite grann och så, det hade hjälpt”(Pat 9)*

## Uppgivenhet

Att inte bli trodd bidrog till en känsla av tveksamhet om hur man skulle hantera och förhålla sig till sin situation när man kom hem igen. Någon uttryckte att det spelar ingen roll vad som händer, de upplevde en vacklande tro på framtiden. Känsla av att vara vilsen framkom, de hade svårt att förhålla sig till sin situation. De hade även svårt att klara upp sin vardag såsom de gjort tidigare och uttryckte svårigheter i att förutse hur det skulle bli när de kom hem. Detta ledde till att man ibland tackade nej om erbjudande av hjälp vilket resulterade till att de upplevde att när de kom hem så fungerade det inte som de trodde, de upplevde att planeringen inför hemgången var för dålig. De förändringar som krävdes för att hemsituationen skulle fungera tillfredställande tog lång tid att genomföra och det påverkade situationen negativt samt att de hjälpmedlen som fanns inte fungerade fullt ut vilket även det ledde till en utsatt hemsituation.

*”Nej jag fick ingen hemtjänst, de frågade faktiskt om jag ville ha men jag hade ju klarat mig ensam i sju år, alltså mina barn hade ju hjälpt mig att handla och så...men det var precis omöjligt. Jag tycker att de kunde fattat själva att jag inte kunde göra sådana saker då jag inte ens kunde sitta på WC´t” (Pat 7)*

## Hastig hemgång

Majoriteten ansåg att vårdtiden var för kort och uttryckte att de upplevde att de blev utskrivna för tidigt, de hade behövt mer tid på sig. De upplevde att de fortfarande var sjuka, att anledningen till att de sökte till sjukhuset var kvar och att hemgången kom hastigt på. De upplevde sig helt enkelt inte färdigbehandlade men det mest påtagliga var att de inte hann tänka efter, att det gick för fort. Den snabbt påkomna hemgången gjorde att de inte hann förbereda sig för att lämna sjukhuset vilket i sin tur ledde till en känsla av osäkerhet över sin sjukdom, behandling och hur de skulle förhålla sig till sin situation i hemmet.

*”Nej, jag kände mig inte okej för att gå hem, det är väl, vad skall jag säga... det är som när du sitter hos tandläkaren och han frågar om du har tandvärk så säger du nää..” (Pat 8)*



## **Kategori: Upplevelse av att känna sig nonchalerad**

### Inte tagen på allvar

Många upplevde att det de sökte för inte togs på allvar. Det framkom mer eller mindre tydligt vad de äldre hade saknat vid utskrivningen och samstämmigheten var hög när det gällde en känsla av att bli åsidosatt eller nonchalerad. Att inte blir tagen på allvar eller att inte blir tillräckligt undersökta upplevdes som smärtsamt och kränkande. Känsla av att det man har att berätta om hur man mår inte tas emot och lyssnas på upplevdes som frustrerande. De uttryckte det som att de inte kände sig prioriterade. Någon uttryckte det som att de måste börja lyssna på sina patienter bättre men även att de får det som man ansåg sig ha rätt till; att bli trodd.

*”Jag frågade hur jag skulle förhålla mig nu, om jag kommer hem här nu och får tillbaka detta här, Vad skall jag göra då? – Ja alltså, om hjärtat rusar är det inte farligt men känner du obehag och du blir orolig så tycker jag att du skall komma in så får vi se vad vi kan göra! Och ett sådant besked är det samma som att vara en hypokondriker och bära sig åt! Man känner sig inte betrodd. Det är liksom att man hittar på detta här” ( Pat 10)*

### Vet inte vem som är ansvarig

Mängden olika läkare som var inblandade bidrog till känslan av otydlighet och att man inte visste man skulle vända sig med sina frågor. Även en farhåga att det missas viktig information i informationsöverföringen mellan olika vårdgivare. Det framkom en önskan att bli kontrollerad med jämna mellanrum och få veta att allt var under kontroll för att inte bli bortglömd. Problemet var inte enbart förbehållet vårdtillfällen på sjukhuset utan även kontakten med vårdcentralen innebär möten med ett stort antal läkare med olika behandlingsstrategier och recept. Rädsla att något missades var något som respondenterna bar med sig och en besvikelse över att uppföljningar som utlovats inte hölls. Det som de flesta dock kommenterade var att de inte vet vem som är ansvarig och då följaktligen inte heller vart de skall vända sig med frågor.

*”Jag har haft tretton eller fjorton läkare på dessa gånger. Det är ju inte samma människa som kommer in från dag till dag” (Pat 8)*

### Otillräcklig behandling

De upplevde att den medicinska bedömningen brast, ofta var de inte nöjda med medicineringen varken under eller efter vårdtillfället. Några respondenter uppgav att de återkom till sjukhuset på grund av otillräcklig smärtlindring. Att vara tvungen att söka till sjukhuset igen för att värken blev övermäktig så att det inte var möjligt att vara kvar hemma. Att inte ha tillräckligt utprovad smärtlindring samt att inte ha fått tillräckligt med recept med sig hem föranledde ökade smärtor och ännu ett besök på sjukhuset. En respondent ville ha ytterligare behandling för att slippa åka in snart igen, att få stanna någon dag till med behandling för att säkerställa att effekten blev bästa möjliga.

*”Det är värken, jag hade sån värk så jag var tvungen att ta ambulans in för att få en tablett som tar bort värken i ryggen”*(Pat 3)

*”Ja jag vet inte riktigt, men att åka fram och tillbaka för att få ett par sprutor under ett par dagar, det är så mycket omkring.... Jag ville helt enkelt stanna lite längre och fått bort lite mer vätska”*( Pat 5)

### Brist på information

Den bristande informationsöverföringen mellan de olika vårdgivarna bidrog också till känslan av att vara nonchalerad. Man funderade på om information mellan sjukhus fungerade tillfredställande, vet läkaren vad som har gjorts tidigare eller inte? Är det viktigt för min vård nu? Bristfällig information i form av otydlig, utebliven information eller brist på återkoppling av resultat under vårdtiden eller efter utskrivningen var ett stort och ofta omnämnt problem. Många uttryckte oro över att inte veta vad som händer, vad visade proverna, är det något farligt eller går det över? Andra hade fått information från läkaren muntligt men saknade att få det skriftligt. En annan aspekt som framkom var att det är viktigt att det används ett enkelt språk när man ger informationen.

*”Läkaren har jag också haft kontakt med bl.a. med min diabetes, men det har blivit ett glapp där nu, för dels hade han semester och så åkte jag in här så jag har ingen kontakt med dom just nu dessa dagar och det skall väl gå. Jag har ju fått flyttat ifrån Näl och hit och om de papperna har kommit iväg det vet jag inte”*(Pat 5)

*”Att dom kontrollerar hur det fungerar för mig. Jag vet att efter hjärtinfarkterna här nu var det ingen från sjukhuset här som ringde till mig, de skulle ju ringa sa dom. Vi hör av oss, vi ringer och hör hur det är. Det var ingen som ringde”*(Pat 10)

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Öppna intervjuer valdes till förmån för en semistrukturerad undersökning för att fokusera på upplevelsen av de äldres livssituation. Det kändes då bättre att intervjua utifrån frågeområden än att ha fasta frågealternativ för att undvika att intervjuaren styr svaren(se bilaga 3).

Frågeområdena gav god hjälp under intervjuerna för att kunna hålla oss till ämnet och behålla fokus. Valet av en kvalitativ innehållsanalys utgick från önskan om att få en bred och djup förståelse för de äldres upplevelse.

Urvalet bestod av tio äldre personer som återinlagts på sjukhus inom en månad. Farhågan att det skulle ta lång tid att hitta lämpliga respondenter infriades inte utan det gick betydligt snabbare än vi beräknat. Under en period av 1 vecka hade vi funnit lämpliga respondenter och utfört våra intervjuer vilket kan vara ett tecken på problemets omfattning. Några som föll inom inklusionskriterierna var enligt personal inte i skick att delta i en intervju och tillfrågades därför inte. Av elva tillfrågade tackade endast en person nej, de övriga tio intervjuerna ligger till grund för resultatet. Ingen exkluderades på grund av kognitiv svikt vilket antyder att författarna tolkat journaldokumentationen korrekt. Respondenterna tyckte det var roligt och intressant att delta i studien, framförallt var de glada över att någon var intresserad av vad de hade att säga. De flesta ville även ha en utskrift av arbetet när det var färdigt, vilket också kommer att skickas ut. Intervjuerna genomfördes under vårdtiden vilka spelades in via videokamera vilket vi och respondenterna tyckte fungerade bra då de inte kom med på bild utan endast ljudet togs upp. Anledningen till att vi träffade respondenterna under vårdtiden var att fokus skulle ligga på tiden mellan förra vårdtillfället, utskrivningsplaneringen och deras upplevelse av sin livssituation då. Författarna valde att intervjua var för sig för att undvika att respondenten skulle känna sig i underläge och att det var tidseffektivt. Valet av detta tillvägagångssätt kan ha påverkat resultatet då intervjutekniken kan vara olika mellan författarna men även att författarna upplevde att de blev bättre på att intervjua efterhand.

Efter utskrift lästes samtliga intervjuer av båda författarna. Vid kodningen tog författarna ansvar för var sin frågeställning för att i nästa steg tillsammans ta fram kategorier.

Arbets sättet fungerade bra och var tidseffektivt. Vår förförståelse fick oss många gånger under processen att ta ett steg tillbaka för att se materialet i sin helhet och inte gå händelserna i förväg. Något som vi uppfattade som en fördel är att vi har varit två som tolkar materialet och att vi hade möjlighet att diskutera de olika stegen i processen med varandra samt genom kontinuerlig diskussion med handledaren.

## **Resultatdiskussion**

Det finns cirka 1,78 miljoner kvinnor och män som är 65 år och äldre i Sverige idag. Man kan inte utse dessa till en homogen grupp med behandling på ett likartat sätt då vissa har förmånen att ha god hälsa och vissa av dem insjuknar i en eller fler sjukdomar som kräver mer eller mindre vård (37). Att bevara de äldres känsla av hälsa är omvårdnadens centrala målsättning (23) och något vi tycker är viktigt att specialistsjuksköterskan har med sig. Vi tror på att bejaka de äldres upplevelser av vad de själva känner istället för att bara utgå från deras medicinska diagnoser vilket kan leda till att de omvårdnadsåtgärder man utför kan bli individuella och ge livskvalité. Livskvalitet är en nyckelfaktor för att kunna uppleva trygghet i hemmet och känna att de har en god hälsa trots inverkan av sjukdom.

Om man ser hälsa som en process som den äldre själv skapar av hur de upplever sin vardag är det lättare att se hur man kan stärka den äldres resurser och förmågor och därmed ge en bättre livskvalité genom att belysa meningsfullhet i deras upplevelser (23). Därför känns vår studie med fokus på äldres upplevelser av frekventa återinläggningar på sjukhus som relevant för samhället då den visar att det krävs åtgärder från olika vårdaktörer för att de äldre skall få ett värdigt bemötande och uppleva välbefinnande i sin livssituation. Vi valde att studera personer som är 75 år och äldre för att lägga tyngdpunkten på den lite äldre åldersgruppen där det ofta saknas studier.

Att använda sig av skörhetsbegreppet kan ha stora fördelar enligt litteraturen och det genom att fokus läggs på den nedsatta kapacitet som medföljer ett normalt åldrande, vilket kan leda till olika problem med hälsan och ett ökat behov av sjukvård och omsorg (7). Här tror vi att genom att riskidentifiera våra äldre kan vi hitta dem som behöver mer stöd och hjälp och förhindra återinläggningar på sjukhusen. Flera av de äldre som vi intervjuade uppgav att de

kände sig ensamma och otrygga då de blev utskrivna från sjukhuset. De hade inte orken och förmågan att reda upp sin situation i vardagen. Man trodde att det skulle bli som det alltid varit tidigare. Att dessutom inte veta hur man skall förhålla sig till situationen i hemmet gör vardagen otrygg och här kan man se risken för en ny återinläggning. Detta tycker vi ligger i linje med tidigare studiers resultat som visar på att samordning av resurserna runt den äldre ställer stora krav på alla vårdgivare.

När samordningen brister kan det leda till onödig vård, omsorg och resursslöseri vilket i sin tur kan ge en försämrad livskvalitet för den äldre och dennes familj (37). Behovet av samordning utgår alltid från den enskilde personens behov och förutsättningar och kräver att man inbjuder den äldre till samtal kring detta. Med utgångspunkt i Travelbees teori kring mötet och kommunikationen med den äldre som strategi för att förstå dennes tankar och känslor, kan man hjälpa patienten förebygga och bemästra upplevelsen av sjukdom och finna mening med livet (22,26,38). Att man har tid att lyssna på vad de äldre uttrycker att de vill ha hjälp med är en av förutsättningarna för att de skall kunna uppleva att de har kontroll över sin situation senare i hemmet. Att ge en god omvårdnad förutsätter en öppenhet för den enskilde personen och det som förmedlas samt att deras upplevelser av hälsa och ohälsa skall respekteras.

Att försöka ge en individ fokuserad vård, där den äldre är delaktig skapar goda förutsättningar för fortsatt vård och omsorg (23). I specialistsjuksköterskans kompetensbeskrivning (27) framgår att det är viktigt att ta med den äldre i den fortsatta planeringen vilket överrensstämmer med vår studie. Att ge dem verktyg att känna sig säkra och trygga i sin hemmiljö borde påverka antalet kontakter med sjukvården anser vi.

I intervjuerna framkom att man upplevde att de inte blev lyssnade på eller att man inte såg hela deras situation. Att en äldre person inte känner att de tas på allvar av sjukvården är anmärkningsvärt. Några upplevde till och med att de blev misstrodda när de beskrev sina besvär och att ingen brydde sig om det som de äldre själva upplevde var problemet.

Vårdpersonalens kunskap om hur man skall bemöta och tackla de äldres upplevelse av sjukdom och hälsa och hur de bäst kan stödja dem i deras situation är något som ständigt behöver utvecklas.

Att ha ett personcentrerat förhållningssätt där man ser personen bakom sjukdomen och försöker förstå den äldres hela livssituation (25), är en mycket viktig komponent för att

utskrivningsprocessen sedan skall bli så bra som möjligt. Här är samordning av största vikt, att det görs en helhetsbedömning av personens situation. Detta har visat sig ha en tydlig effekt på just tryggheten i hemmet men även på antalet akutvårdstillfällen (20).

I litteraturen framkommer hur viktigt det är att sjukvården inte bara tar hänsyn till de medicinska aspekterna utan även de sociala. Att det krävs mer tid och resurser för den äldre generationen är uppenbart men sjukvården har svårt att möta dessa krav (12), men genom att arbeta med till att börja med en bättre utskrivningsprocess, att lyssna på vad de har att säga om sitt hjälpbehov och då även ta hänsyn även till de sociala behoven kan vara ett sätt att börja. Ensamheten var ett stort problem för våra respondenter, de upplevde sig ensamma trots att de hade god kontakt med sina anhöriga, besök av hemtjänsten och så vidare. De skulle kanske ha det bättre på ett boende men här går utvecklingen åt andra hållet då vi upplever att fler och fler platser stängs. Det ställs härmed större krav på hemtjänst och hemsjukvård och det är då ännu viktigare att man arbetar tillsammans med slutenvården för att säkerställa en så smidig övergång som möjligt. En viktig faktor i detta är informationsöverföring. I vår studie visade det sig att bristen på information var en av de faktorer som bidrog till osäkerhet. De äldre saknade fortlöpande information under vårdtiden men de påtalade även en rädsla för att information till/från andra vårdgivare inte skulle komma fram. Kommunikationen mellan de olika vårdinstanserna är av största vikt för att undvika onödiga sjukhusinläggningar (17). Detta är något som vi själva har erfarenhet av att det många gånger är som de befarar, att informationen fastnar på vägen eller är helt otillräcklig. Att försöka få fram information är inte helt lätt ens för vårdpersonal som är insatta i systemet och då kan man tänka sig hur svårt det måste vara för en utomstående person. Här har sjukvården fortfarande en lång väg att vandra där man kan hoppas att den pågående utvecklingen med en sammanhållen journalföring kan bidra positivt.

En annan faktor som framkom i studien var att det fanns en önskan att ha någon att kontakta då man kom hem om något uppstod. Respondenterna äldre var inte helt införstådda med vem de skulle vända sig till om de fick några frågor eller problem. De uppgav också att de upplevde en känsla av otrygghet då till exempel telefonsamtal som utlovats uteblev. Flera saknade även information i skriftlig form om vad som gjorts och om det fanns någon plan för fortsatt vård. När de inte fick den information som de ansåg sig behöva försökte de komma fram till någon ansvarig som kunde ge besked men detta visade sig vara svårt då det var

otydligt vem de skulle vända sig till. Att inte får besked eller att inte veta ledde till oro och därmed en sämre förmåga till att reda ut sin situation.

Att ha en kontakt att vända sig till stöds i litteraturen där kopplingen mellan en samordnare och äldre personers livskvalité och funktionsförmåga har visat på positiva resultat för den äldre individen. Här påvisas att de äldre upplever en bättre psykisk och kognitiv förmåga, och en ökad självkänsla (19) vilket kan leda till att de äldre klarar hemsituationen på ett bättre sätt. Ju mer samordning som sker mellan alla inblandade parter ju mer tillfredsställelse och livskvalité uppgavs av de äldre (20).

Att studien visar på att de äldre upplever att vårdtiden är för kort kan nog relateras till att vårdtiderna på sjukhusen har minskats ner under årens lopp. Samtidigt är det oroväckande att detta uttrycktes av så gott som samtliga vilket visar att man skickas hem utan att man upplever sig vara medicinsk färdig. Flera uppgav också en oro över att undersökningar, kontroller eller provsvar inte var tillräckligt granskade då de skrevs ut. I ljuset av detta är det inte konstigt att de äldre söker igen och får ytterligare vårddagar på sjukhusen. Förmodligen skulle lite mer tid på avdelningen kunna stärka egenvårdsförmågan och möjligheten att stanna hemma med rätt stöd vilket även borde generera en bättre livskvalité.

I litteraturen tas det även upp de så kallade ”sängblockerare” och ”den oacceptabla användningen av akut sjukhusplats” (13). Kan det vara en anledning till att de äldre blir utskrivna tidigare än det medicinska behovet tillåter, att sjukhusen är rädda att de äldre skall bli kvar och sjukhusplatserna missbrukas? Här ser man nog ett resultat av det minskade antalet platser på boenden. Många äldre med stort vårdbehov väntar på avdelningar vilket i sin tur leder till att de äldre som är ”friska” nog att klara sig själva ofta skrivs ut snabbt för att frigöra platser, ibland oavsett om de upplevs färdigbehandlade eller ej. De äldre som skrivs hem för snabbt tror vi utgör en stor andel som kommer åter inom en kort tid.

När de äldre har täta återinläggningar har det visat sig att det sker ofta snabbt efter utskrivningen, efter åtta till tio dagar har mer än hälften av alla återinskrivningar inom trettio dagar skett. Cirka en tredjedel av alla återinskrivningar sker under den första veckan efter utskrivningen (37). I vår studie hade respondenterna ett medeltal på sexton dagar för återinläggning med spridning från fem till trettio dagar. Man kan anta att det finns en relation mellan tid för återinläggning och kvalitén på föregående utskrivningsplanering. Här anser vi att det finns mycket att göra för att utveckla rutiner för utskrivning men även att det borde

finnas ett lättare sätt för de äldre att kunna nå sjukhuset om de har frågor eller behöver stöd i hemmet. Här kan man se en vinst i att samordna runt de äldre, försöka ge dem den trygghet som de såväl önskar, behöver och förtjänar. Att ta hjälp av alla professioner för att hjälpa upp hemsituationen känns som vi alla kan vinna på, inte minst den äldre som kan vara hemma i sitt eget boende och känna sig trygg med livssituationen.

Det finns positiva resultat vad gäller inläggningar och återinläggningar från program som använde sig av sjukhusbaserad vårdkoordination genom ett multidisciplinärt team där man kunde koordinera både sjukhusen och kommunernas insatser. Dock är det också viktigt att beakta att en minskning av sjukhusvård ofta leder till en större insats från hemsjukvården(20). En kvinna uppgav att hon åkte fram och tillbaka för att få ett par sprutor, hon ville vara kvar hemma men hennes medicinska status utan injektioner gav henne inte den möjligheten. Här borde en samordning mellan sjukhuset och hemsjukvården kunna ge kvinnan en bättre livskvalité. Genom att få behandlingen i hemmet istället eliminerar en ny återinläggning på sjukhuset och ett minskat lidande för den äldre genom att slippa åka fram och tillbaka till sjukhuset. Likaså att de äldre skall få möjlighet att kunna ta kontakt med en specifik person som kan lotsa dem vidare genom vård och omsorg efter behov vore att höja vårdkvalitén anser vi.

Som tidigare studier visat finns det några viktiga områden som den äldre upplever har betydelse för livssituationen efter utskrivning. Det är en plan för behandling och fortsatt vård samt information om aktuellt hälsotillstånd samt hur de skall klara sitt dagliga liv och vilken hjälp som finns att tillgå. Men även att de vet vart de skall vända sig om något oväntat inträffar utan att behöva åka in till sjukhuset (10). Författarna anser att specialist-sjuksköterskan kan med en evidensbaserad och erfarenhetsbaserad kunskap ge en avancerad omvårdnad i syfte att skapa en bättre livssituation för de äldre i hemmet.

Att äldres livssituation behöver ses över stöds även i den högst aktuella analysrapporten från Sveriges kommuner och landsting -SKL. Där ser man över vad som utlöst en återinläggning inom trettio dagar och vad kan man göra annorlunda samt hur vårdplatserna utnyttjas på sjukhusen (37). Vi upplever att det som framkommer i rapporten är likvärdigt det som våra respondenter uttrycker och vi ser fram emot att genom vår nya profession som specialistsjuksköterskor inom vård av äldre kunna förbättra upplevelsen av utskrivningen från sjukhus och därmed deras livssituation.



## **Slutsats**

Studien visar att äldre personer upplever en stor osäkerhet och en känsla av att vara förbisedda i samband med utskrivningsprocessen. Dagens krav på korta vårdtider gynnar inte våra äldre utan leder ofta till fler vårdkontakter än som kanske är nödvändigt och ställer även stora krav på kommun och primärvård att möta behovet. Korta vårdtider leder också till att ansvarig läkare/sjuksköterska inte hinner sätta sig in i individens hela situation som i sin leder till en upplevelse hos de äldre att de inte får rätt behandling. En viktig komponent är även att sjukvården brister i informationsöverföring, våra äldre har en känsla av att inte veta. Deras upplevelse visar på hur viktig det är att samordna utskrivningsprocessen och utgå från individen med ett personcentrerat förhållningsätt. Något som också saknades är möjligheten att på ett lätt sätt komma i kontakt med någon som kan lyssna på dem och utifrån det sedan lotsa dem vidare till rätt aktör.

## **Kliniska implikationer**

Det har forskats ganska mycket i ämnet sedan tidigare och de är ganska samstämmiga vad de äldre behöver för att känna sig trygghet i hemmet efter att ha blivit utskrivna från sjukhuset. För att de äldre lättare skall klara av sin dagliga situation efter en inläggning behövs en vård och utskrivningsprocess som är anpassad efter deras behov. Att på något sätt inrätta en kontakt, lots, samordnare eller vad man väljer att kalla den, som de äldre lätt kan nå när de har frågor om sin vård, omsorg eller planeringen runt den, tror vi skulle kunna göra deras situation lite tryggare i hemmet och kanske på så sätt ha betydelse för deras livskvalitet. Här kan en specialistsjuksköterska ha en viktig funktion med kompetens att göra enskilda bedömningar av äldres komplexa omvårdnadsbehov.

## **Fortsatt forskning**

Något som hade varit intressant att studera är äldres upplevelser ur ett genusperspektiv och ur ett etniskt perspektiv. Om det finns några skillnader i hur man upplever sin situation efter ett sjukhusbesök beroende på kön eller etniskt ursprung. Men även fortsatta studier som riktar sig till äldre som är över 75 år då det saknas studier på de allra äldsta.

## REFERENSER

1. Socialstyrelsen. *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m.* Slutrapport 2012 [cited130131] Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18803/2012-8-7.pdf>
2. Socialstyrelsen. *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre.* Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser.[cited130331] Available from: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
3. Västra Götalandsregionen - VGR. *Utvärdering av aktiv hälsostyrning i Västra Götalandsregionen.* Presentation vid ordförandekonferensen för de medicinska sektorsråden 12 april 2012. [cited130131] Available from: <http://hitta.vgregion.se/?q=aktiv+h%C3%A4lsostyrning&>
4. Regionförbundet Södra Småland. *Samordning för Linnea* [cited130131] Available from: [http://www.rfss.se/Documents/RFSS/Documents/Verksamhet/V%C3%A4lf%C3%A4rd/Linnea/Informationsblad\\_samordning%20for%20Linnea.pdf](http://www.rfss.se/Documents/RFSS/Documents/Verksamhet/V%C3%A4lf%C3%A4rd/Linnea/Informationsblad_samordning%20for%20Linnea.pdf)
5. Äldrelotsen Göteborg. *Lite enklare, lite tryggare.* [cited130313] Available from: <http://www.socialchefer.se/default.asp?id=595>
6. Vårdförbundet. *Här möts alla av en riktig röst i luren: Vårdfokus.* [cited130201] Available from: <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/tidningen/2012/Nr-6-2012-6/Har-mots-allaav-en-riktig-rost-i-luren/>
7. Wilhelmsson K, Eklund K, Gustavsson H, Larsson A-C, Landahl Dahlin-Ivanoff S. *Skörhet bra begrepp för att hitta äldre med stort behov av vård och omsorg.* Läkartidningen. 2012; 109(16):826-827. Available from: [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

8. Vårdförbundet: *Satsning på bättre samverkan i vården kring äldre multisjuka*. Vårdfokus. [cited130201] Available from:  
<https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2011/1/375-miljarder-kronor-till-aldre-multisjukas-vard/?showAllComments=true>
9. Ebrahimi Z, Wilhelmsson K, Dea Moore C, Jakobsson A. *Frail Elders Experience With and Perceptions of Health*. *Qualitative Health Research*. 2012; 22(11); 1513-1523. DOI: 10.1177/1049732312457246
10. Bolmstedt Å. *Bräcklig bro mellan sjukhuset och hemmet*. *Omvårdnadsmagasinet*. 2013; 2:24–27 [cited130619] Available from:  
<http://www.omvardnadsmagasinet.se/artikel.phtml?id=953>
11. Kristensson J, Ekwall A K, Jakobsson U, Midlöv P, Hallberg I R. *Case managers for frail older people: a randomized controlled pilot study*. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2010; 24; 755-763. DOI:10.1111/j.1471-6712.2010.00773.x
12. Poncia H D M, Ryan J, Carver M. *Next day telephone follow up of the elderly: a needs assessment and critical incident monitoring tool for the accident and emergency department*. *Journal of Accident and Emergency Medicine*. 2000; 17(5); 337-340. DOI:10.1136/emj.17.5.337
13. Victor C, Phil B, Healy J, Thomas A, Sergeant J. *Older patients and delayed discharge from hospital*. *Health and Social Care in the Community*. 2000; 8(6);443-452. Available from:  
<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.ub.gu.se/doi/10.1046/j.1365-2524.2000.00270.x>
14. Bird S R, Kurowski W, Dickman G K, Kronborg I. *Integrated care facilitation for older patients with complex health care needs reduces hospital demand*. *Australian Health Review*. 2007; 31(3); 451-461.

15. Congdon J. *Managing the Incongruities: The Hospital Discharge experience for Elderly Patient, Their Families and Nurses*. Nursing Research. 1994: 7(3); 125-131 [130205] Available from:  
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.ub.gu.se/science/article/pii/0897189794900043>
16. Parson M, Senior H, Kerse N, Chen M-H, Jacobs S, Vanderhoorn S, Andersson C. *Should Care Managers for Older Adults Be Located in Primary Care? A Randomized Controlled Trial*. Journal of American Geriatrics Society. 2012: 60(1); 86-92. DOI:10.1111/j.1532-5415.2011.03763.x
17. Sheaff R, Boaden R, Sargent P, Pickard S, Gravelle H, Parker S, Roland M. *Impacts of case management for frail elderly people: a qualitative study*. Journal of Health Services Research & Policy. 2009: 14(2); 88-95. DOI:10.1258/jhsrp.2008.007142
18. MacKenze A, Lee D T, Dudley-Brown S, Chin M. *The processes of case management: a review of the evaluation of a pilot study for elderly people in Hong Kong*. Journal of Nursing Management. 1998: 6;293-301. DOI:10.1046/j.1365-2834.1998.00072.x
19. Schein C, Gagnon A, Chan L, Morin I, Grondines J. *The Association Between Specific Nurse Case Management Interventions and Elder Health*. American Geriatrics Society. 2005: 53(4):597-602. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53206.x
20. Roberts R M, Dalton K L, Evans J V, Wilson L C. *A service model of short-term case management for elderly people at risk of hospital admission*. Australian Health Review. 2007: 31(2); 173-183.
21. WHO [cited130119] Available from:  
[http://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/index5.html](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html)
22. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. 2 ed. Philadelphia: Davis company; 1971

23. Svensk sjuksköterskeförening. *Värdegrund för omvårdnad*. [cited130313] Available from: [http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55\\_13okt\\_NYWEB.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55_13okt_NYWEB.pdf)
24. Edberg A-K, Ehrenberg A, Friberg F, Wallin L, Wijk H, Öhlen J (red). *Avancerad Omvårdnad. Omvårdnad på avancerad nivå. Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialtområden*. Lund: Studentlitteratur; 2013
25. Edvardsson D (red.) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2010
26. Brask K, Liljeberg M. *En beskrivning och ett försök att utvärdera Joyce Travelbees omvårdnadsteori*. Uppsatsarbete nr; 1987:6. Vårdhögskolan Örebro Läns Landsting; 1986
27. Vårdförbundet *Kompetensbeskrivning för specialist sjuksköterskeexamen inom vård av äldre*. Vårdfokus. [cited130809] Available from: <http://www.swenurse.se/PageFiles/382/SSF%20%c3%84ldrekompWEBB.pdf>
28. Bolmstedt Å. *Spänningsfält i specialistutbildningen*. *Omvårdnadsmagasinet*, 2013;2:24–27 [cited130619] Available from: <http://www.omvardnadsmagasinet.se/artikel.phtml?id=953>
29. Patel R, Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Fjärde uppl. Lund; Studentlitteratur; 2011
30. Polit D F, Beck C T. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Ninth ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012
31. Gadamer H-G. *Sanning och metod i urval*. Göteborg: Daidalos; 1997
32. Graneheim U H, Lundman B. *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse Education Today*. 2004; 24:105-112. DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001

33. Gunnarsson R. *Validitet och reliabilitet* [cited131102] Available from:  
<http://www.infovoice.se/fou/bok/10000035.shtml>
34. World Medical Association. *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. [cited130924] Available from:  
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
35. Etikprövningsnämnden i Göteborg. [cited130924] Available from:  
<http://www.epn.se/sv/goeteborg/om-naemnden/>
36. Personuppgiftslag(1998:204) Stockholm: Justitiedepartementet. Available from:  
[http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204/?bet=1998:204](http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/?bet=1998:204)
37. Sveriges kommuner och Landsting- SKL. *Analysrapport 2013. Sammanhållen vård och omsorg. Bättre liv för sjuka äldre*. 2013 [cited130710] Available from:  
[http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive\\_FileID=f46386d7-161e-4e68-81ad-777f24da6a70&FileName=20130201+SKL+analysrapport+-+B%C3%A4ttre+liv+f%C3%B6r+sjuka+%C3%A4ldre.pdf](http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=f46386d7-161e-4e68-81ad-777f24da6a70&FileName=20130201+SKL+analysrapport+-+B%C3%A4ttre+liv+f%C3%B6r+sjuka+%C3%A4ldre.pdf)
38. Kirkevold M. *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur; 2000

## **Bilaga 1**

Informationsbrev till XXXX sjukhus

Vi är två sjuksköterskor som läser specialistsjuksköterske utbildningen med inriktning vård av äldre och önskar göra en undersökning med syftet att fördjupa kunskapen om livssituationen för äldre personer med täta återinläggningar till sjukhus.

Många äldre personer upplever att de inte har tillräckligt med stöd i sina kontakter med vård och omsorg vilket kan leda till otrygghet och en försämrad livskvalitet. Det är därför av vikt att efterhöra hur äldre personer har upplevt tiden efter utskrivningen från sjukhuset, hur tillvaron fungerade i hemmet, och vilka behov som uppstod.

Vi planerar att göra ca tio intervjuer på äldre personer som återinläggs inom en månad. För att hitta lämpliga personer kommer vi att söka via beläggningslistor på avdelningarna med undantag av psyk kliniken. Vi kommer att gå in i journalen och läsa för att hitta rätt personer till intervjuerna.

Inklusionskriterier för deltagande: 75 år och äldre med återinläggning på sjukhuset inom en månad.

Exkluderade personer är de med kognitiv nedsättning samt personer som har svårt förstå eller uttrycka sig på svenska.

Etiska aspekter såsom konfidentialitet, informerat samtycke och frivillighet kommer att noga beaktas genom att datainsamlingen sker så att ingen kan identifieras samt att ingen utomstående har tillgång till materialet.

Vi önskar att göra undersökningen under v.19-23 2013

Ingela Hedman och Åsa Kuivanen avd XX XXXXX Sjukhus

Datum:

Underskrift:

## Bilaga 2



### GÖTEBORGS UNIVERSITET

#### Informationsbrev om studie som undersöker Livssituationen för äldre personer med täta återinläggningar till sjukhus

Många äldre personer upplever att de inte har tillräckligt med stöd i sina kontakter med vård och omsorg vilket kan leda till otrygghet och en försämrad livskvalitet

Det är därför av vikt att efterhöra hur äldre personer har upplevt tiden efter utskrivningen från sjukhuset, hur tillvaron fungerade i hemmet, och vilka behov som uppstod.

Syftet med denna undersökning är att fördjupa kunskapen om livssituationen för äldre personer med täta återinläggningar till sjukhus.

Detta kommer att undersökas via intervjuer med äldre personer som har legat på sjukhus och som haft behov av att söka akut igen inom en månad efter utskrivningen. Intervjuerna sker på sjukhuset. Studien avser att på så sätt tillägna sig ökad kunskap om faktorer som är av vikt för äldre människors livskvalitet efter utskrivning från sjukhus.

Medverkan i studien är helt frivillig och man kan när som helst avbryta sin medverkan utan att behöva meddela någon orsak. Undersökningen innebär att man deltar i ett samtal om sina erfarenheter efter utskrivningen från sjukhus och vad som föranledde att man hade behov av att söka sjukvård igen en månad efter utskrivningen. Samtalet tar ca 30 minuter. Allt material sparas i säkert och låst förvar tio år för att möjliggöra eftergranskning. Det är endast forskarna som har tillgång till materialet.

Alla uppgifter som framkommer under intervjun kommer att behandlas på ett sådant sätt att ingen enskild persons identitet kommer att avslöjas, det vill säga att vem man är kommer inte att kunna spåras till enskild person. All information som framkommer skall användas endast i denna studie och kommer att presenteras i ett examensarbete på Göteborgs Universitet

Vid önskemål om ytterligare information eller önskan att avbryta deltagande så går det bra att kontakta oss som är ansvariga för studien, se baksidan.



Ansvariga för studien

Ingela Hedman Specialistsjuksköterskestudent med inriktning vård av äldre.

tel. arbete 03xxxx, mobil 07xxxx

Åsa Kuivanen Specialistsjuksköterskestudent med inriktning vård av äldre.

tel. arbete 03xxxxx, mobil 070xxxxx

Helle Wijk, docent Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet, handledare för studien.

## Bilaga 3

### Frågeområden:

- Berätta om hur du upplevde din situation direkt efter att du blivit utskriven från sjukhuset.
- Berätta varför/vad som gjorde att du sökte till sjukhuset igen.
- Upplevde du att något borde ha gjorts annorlunda när du blev utskriven?
- Om du kunde ändra på något vad skulle du ändra på då?
- Hur tycker du att utskrivningen skall fungera nu?
- Hur vill du att planeringen skall gå tillväga?
- Vilket stöd önskar du från sjukhuset nu när du skall åka hem denna gång?