



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Äldrevårdsmottagningar- mot en ökad trygghet för den äldre i vården

En intervjustudie

Författare: Linda Berghell
Sofie Nylén

Handledare: Staffan Karlsson

Magisteruppsats

November 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Äldrevårdsmottagningar- mot en ökad trygghet för den äldre i vården

En intervjustudie

Författare: Linda Berghell
Sofie Nylén

Handledare: Staffan Karlson

Magisteruppsats

November 2015

Abstrakt

Bakgrund: Andelen äldre ökar vilket medför större utmaningar för hälso- och sjukvården för att kunna ge den vård som krävs. Detta innebär att det i framtiden sannolikt kommer att ställas ännu större krav på tillgången till god vård- och omsorg för äldre. **Syfte:** Studiens syfte var att undersöka äldre personers upplevelser av kontakten med äldrevårdsmottagningar. **Metod:** En intervjustudie utfördes med 13 äldre personer från fyra äldrevårdsmottagningar i södra Sverige. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Det framkom att de äldre upplevde att kontakten med äldrevårdsmottagningarna innebar en ökad tillgänglighet och att de blev bekräftade. Dessa upplevelser kunde leda till en ökad trygghet för den äldre personen. **Konklusion:** En ökad tillgänglighet och att bekräfta den äldre personen i vården kan bidra till en ökad trygghet men också till att utveckla vården.

Nyckelord

Äldre (75+), upplevelser, kontakt, äldrevårdsmottagning, personcentrerad vård, kvalitativ innehållsanalys

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund.....	3
Perspektiv och utgångspunkter	3
Äldres hälsa och ohälsa	3
Äldres uppfattningar och upplevelser av olika organisationsformer	4
Betydelsen av rätt kompetens i vården av äldre	6
Äldremottagning	7
Syfte.....	8
Metod.....	8
Urval av undersökningsgrupp.....	8
Genomförande av datainsamling.....	9
Genomförande av databearbetning	10
Etisk avvägning	11
Resultat.....	12
Ökad tillgänglighet.....	13
Underlättar kontakten.....	13
Ett värdefullt alternativ.....	14
En positiv förändring	14
En möjlighet att nå fram till läkaren.....	15
Tillgänglighet varierar under året.....	16
Information om äldrevårdsmottagning	16
Att bli bekräftad	17
Personalens bemötande	17
Kontinuitet bland personalen	18
Kompetens och engagemang hos personalen	18
Diskussion	19
Diskussion av vald metod.....	19
Diskussion av framtaget resultat	21
Konklusion och implikation	24
Referenser	25
Bilaga 1	30

Problembeskrivning

Enligt World Health Organization, (WHO) (2014) ökar andelen äldre i världen, vilket medför större utmaningar för hälso- och sjukvården för att kunna ge den vård som krävs (a a).

Medellivslängden i Sverige är hög jämfört med både Europa och världen som helhet (Kristensson & Jakobsson, 2010). Enligt statistiska centralbyråns befolkningsprognos (2013) ökar medellivslängden i landet och förväntas öka ytterligare i framtiden. Den förväntade medellivslängden 2013 var för kvinnor 83,7 år och för män 80,1 år (a a). Sannolikheten att drabbas av olika kroniska sjukdomar och multisjuklighet ökar med stigande ålder (Socialstyrelsen, 2014). Gruppen sköra äldre individer med omfattande behov av sjukvård- och omsorg kallas ofta för de mest sjuka äldre. Enligt Gurner & Thorslund (2003) medför medicinska insatser och ett mer utvecklat välfärdssamhälle att en växande andel äldre med hälsoproblem överlever till en allt högre ålder. De vanligaste kroniska sjukdomarna i en äldre studiebefolkning var hypertoni, demens och hjärtsvikt (Marengoni et al., 2008). Många var dessutom multisjuka med en högre förekomst framförallt bland de allra äldsta, bland kvinnor och personer med låg utbildningsnivå (a a). Detta innebär att det i framtiden sannolikt kommer att ställas ännu större krav på tillgången till god vård och omsorg för äldre men även ökade krav på samordning mellan olika professioner och myndigheter. Med detta följer ett behov av kunskap för kommuner och landsting kring effektiva sätt att organisera vård- och omsorg (Socialstyrelsen, 2012). Vidare finns ett ökat fokus på personcentrerad vård ute i verksamheterna, vilket bland annat ges till känna som ett av vårdens sex kärnkompetenser (Edberg et al, 2013).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen oavsett ålder, kön, sexuell läggning, funktionshinder, utbildning, bostadsort, social ställning, födelseland eller religiös tillhörighet. I begreppet god vård innefattas bland annat att vården ska vara lättillgänglig, planeras och genomföras i samråd med patienten (a a), vilket även är viktiga aspekter i personcentrerad vård (Edvardsson, 2010) men det handlar också om att se hela personen bakom sjukdom och/eller funktionsnedsättning och främja det friska (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). För att möta de framtida vård- och omsorgsbehoven men också för att utveckla hälsofrämjande insatser för äldre personer är det viktigt att utveckla nya organisationsformer för vård av äldre personer. En vårdform som utvecklats de senaste åren och öppnat upp på

flera ställen i Skåne är äldrevårdsmottagningar, vars syfte är en ökad tillgänglighet för äldre (75+) samt en ökad trygghet och kontinuitet (Region Skåne, 2015). Det finns dock sparsamt med forskning kring denna sort av mottagning, då speciellt utifrån den äldre personens perspektiv.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Enligt Ekman et al. (2014) har begreppet personcentrerad vård sin utgångspunkt i personens upplevelse av situationen och utgår från personens resurser, förutsättningar och hinder. Personcentrerad vård beskriver etisk och god vård som vilar på en humanistisk grund och handlar om att se personen bakom sjukdom, åldrande, symtom eller beteende (Edvardsson, 2010). Begreppet har vuxit fram som kritik mot det traditionellt rådande biomedicinska perspektivet inom hälso- och sjukvården, där personen reduceras till sjukdom eller symtom. Att sätta personen i centrum och inkludera denne i alla vårdbeslut är viktigt och att personen tillfrågas först vad en sådan behandling eller insats skulle innebära för konsekvenser och hur den inverkar på möjligheten för personen att leva ett bra liv (a a). Personcentrerad vård kan i praktiken betraktas som en process, vilken tar tillvara på personens möjligheter och resurser (Ekman et al., 2014). Processen delas in i tre huvudområden: *Patientberättelsen*, vilken är en förutsättning för personcentrerad vård. *Partnerskapet* mellan patient och personal, vilken bygger på ömsesidig respekt för både personens kunskaper om sig själv och personalens professionella kunskaper. *Dokumentationen* av den gemensamt planerade hälsoplanen, så att informationen finns tillgänglig för både personen och för hela teamet (a a). Enligt Thórarinsdóttir & Kristjánsson (2014) visade studier att patienterna ansåg att respekt och jämlikhet var centrala aspekter i ett personcenterat deltagande i hälso- och sjukvården där deras upplevelser, värderingar, preferenser och behov beaktades (a a).

Äldres hälsa och ohälsa

Åldrandet delas vanligtvis upp i tre åldersgrupper där den "yngre äldre" utgörs mellan 65 och 74 år, den "äldre" 74 och 85 år och den "äldre äldre" av personer över 85 år (Kristensson &

Jakobsson, 2010). Åldrandet är en kombination av arv, miljö och olika åldrandeprocesser, men innefattar också personens egen upplevelse av åldrandet och inte enbart sjukdom och hälsa. Äldre personer såg på sin hälsa som ett subjektivt och dynamiskt fenomen, där upplevelsen av harmoni och balans var individuell (Ebrahimi et al., 2012). Vidare kopplas ett framgångsrikt åldrande ofta samman med begreppet livskvalitet men det saknas en enhetlig definition. I de flesta definitioner av livskvalitet ingår fysiska, psykiska och sociala aspekter (a a). Dessa aspekter lyftes också fram som viktiga komponenter i ett framgångsrikt aktivt åldrade, där en bibehållen fysisk och psykisk hälsa och funktion samt goda sociala relationer var av betydelse för hur äldre personer skattade sin livskvalitet (Gobbens & Van Assen 2014; Borglin et al., 2006) men även känslan av sammanhang påverkade deras livskvalitet (Borglin, 2005). Ett framgångsrikt åldrande kunde också innebära att ha förmågan att göra något meningsfullt, vilket är beroende av att ha något värt att göra men också en balans mellan förmågor och utmaningar samt att ha tillräckliga inre och yttre resurser (Bryant, 2001). Ett framgångsrikt åldrande beskrevs av äldre personer som en process där förmågan att anpassa sig var avgörande, snarare än ett tillstånd av optimala funktioner och välbefinnande (Von Faber et al., 2001; Bowling & Iliffe, 2011) men den psykologiska aspekten kan också vara avgörande: såsom psykisk motståndskraft gentemot svårigheter samt att ha självkänsla och tro på sina förmågor (Bowling & Iliffe, 2011). Ett framgångsrikt åldrande speglar således ändamålsenliga inre och yttre resurser. En avsaknad av sådana resurser kan leda till att äldre personer upplever maktlöshet, rädsla, ett ökat lidande, beroende och social isolering (Greaves & Rogers-Clark, 2009). Sammanfattningsvis påverkas ett framgångsrikt åldrande av många faktorer och är ett komplext fenomen att studera. För att kunna planera och utföra hälso- och sjukvård utifrån den äldre personens unika behov, är det viktigt att ha kunskap om olika faktorer som kan påverka äldres hälsa- och ohälsa.

Äldres uppfattningar och upplevelser av olika organisationsformer

Äldre personer som söker vård- och omsorg påverkas av olika organisationsformer. Studier visade att äldre personer ansåg att tät kommunikation, kortare väntetider, uppmärksamhet mot fysiskt obehag och ett bemötande av deras mer allmänna behov var viktiga faktorer att ta hänsyn till vid ett akut omhändertagande (Shankar, Bhatia & Schuur, 2014; Kihlgren et al., 2004). På vilket sätt omvårdnaden utfördes på var betydelsefullt för äldre personer när de besökte akutmottagningen (Kihlgren et al., 2004). Målinriktade praktiska

omvårdnadsåtgärder var viktiga vid ett akut omhändertagande men omvårdnadssituationer där vårdpersonalen dessutom tog hänsyn till relationsaspekten, ledde till positiva konsekvenser i form av en bekvämare väntetid och ett minskat lidande. Den långa väntetiden och den hektiska vårdmiljön resulterade i att de äldre och deras anhöriga kände sig obekräftade samt upplevde brister i kommunikationen (a a). Betydelsen av en god kvalitet i kommunikationen mellan vårdpersonalen och äldre personer samt anhöriga framkom även i en studie av Berglund (2007), där äldre ansåg att de hade ett större behov av information om sitt hälsotillstånd, särskilt avseende behandling och läkemedel.

Äldre personer upplevde sin situation att få hemsjukvård och/ eller social omsorg som att ha makt eller vara maktlös, som att vara oberoende eller sakna kontroll, vara bekräftad eller kränkt i relation till vård- och omsorgsgivare (Kristensson, Hallberg & Ekwall, 2010). Att ha makt innebar för de äldre att ha insyn och inflytande i relation till organisation, vårdpersonal samt administrativ personal men även att ha strategier för att bevara sin värdighet. Vidare upplevde de att det kunde vara problematiskt att få hjälp från hälso- och sjukvården eller social omsorg eftersom systemen var otillräckligt anpassade till deras behov. Exempelvis följde de inte alltid med i beslut som gällde deras vård (a a). Äldre personer hade ett inre motstånd över att ta emot hemhjälp och tyckte det var bekvämare att ta emot hjälp från familjen men kände samtidigt skuld. När de väl tog emot hjälp utifrån upplevde de att det inte fanns något annat val än att vara nöjda, anpassa sig, acceptera och integrera hjälpen i det dagliga livet för att uppnå en känsla av kontinuitet (Janlöv, Hallberg & Petersson, 2005). Deltagarna i Van Kempes et al. (2012) studie menade att hembesök skulle ge dem den personliga uppmärksamhet de brukade få från husläkaren men numera saknade. De önskade hembesök med fokus på deras psykosociala kontext. Då en ökad kunskap om denna och en god relation mellan patient och professionell skulle kunna möjliggöra en bättre och mer patientfokuserad vård (a a). Verksamheter som har ett personcentrerat förhållningssätt inkluderar kunskaper om äldre personers upplevelser av olika vårdformer vid planering och utvärdering av sitt arbete.

Betydelsen av rätt kompetens i vården av äldre

Antalet mest sjuka äldre med behov av avancerad vård och behandling ökar och därför behöver all vårdpersonal som möter äldre i sitt arbete ha geriatrisk kompetens (Socialstyrelsen, 2012). Det traditionella synsättet med fokus på patientens huvuddiagnos är inte realistiskt inom vård av äldre personer, då detta synsätt kan leda till att personer med geriatrisk multisjuklighet får bristande medicinskt omhändertagande (Socialstyrelsen 2012; Min et al., 2014). Geriatrisk kompetens omfattar ett personcentrerat förhållningssätt, med en systematisk problemorienterad bedömning av hela livssituationen och tillståndet (Socialstyrelsen, 2012). Men det evidensbaserade underlaget för vård av multisjuka patienter är begränsat och det finns behov av att tydligt identifiera multisjuka patienter och interventioner som kan förbättra deras hälsoutfall (Smith et al., 2012). Enligt Johri, Beland & Bergman (2003) kännetecknades ett effektivt och integrerat vårdssystem för vård av äldre personer av ett särskilt system för tillgänglighet, samordnad vård, geriatrisk bedömning och multidisciplinära team (a a). Det finns flera studier som visar fördelar med sådana arbetssätt. I Beswicks et al. (2008) studie hade äldre personer i eget boende nytta av individanpassade preventiva interventioner, vilka tog hänsyn till både medicinska och sociala aspekter. Dessa interventioner bidrog till en ökad trygghet och självständighet hos äldre, till att de kunde bo hemma längre, hade en minskad risk för sjukhusinläggningar, mindre fallolyckor samt till att de hade en bättre fysisk funktion (a a). En integrerad geriatrisk bedömning utförd av olika yrkeskategorier, specialiserade inom geriatrik kunde leda till att fler äldre personer överlevde sjukhusvistelsen och skrevs ut till egna hemmet, till att fler upplevde förbättrad kognitiv funktion, färre upplevde konfusion (Ellis et al., 2011) och till en minskad sjukvårdsanvändning (Eklund & Wilhelmson, 2009).

Äldrevården är ett av de vårdområden där det saknas flest specialistsjuksköterskor. Vårdförbundet (2013) och Socialstyrelsen (2012) betonar att det är nödvändigt att öka andelen sjuksköterskor med specialistutbildning inom vård av äldre. En grundläggande förutsättning för god vård av den mest sjuka äldre är ett välfungerande högkompetent team där sjuksköterskan agerar samordnare. Socialstyrelsen (2013) föreslår bl a "äldreteam" med läkare, distriktssköterskor, rehabiliteringspersonal och undersköterskor med ansvar för multisjuka. Men trots att primärvården ansvarar för att samordna vården för de mest sjuka äldre finns det få vårdenheter som har särskilda äldrevårdcentraler, äldreteam,

äldresjuksköterskor eller geriatrikkonsulter (a a). På en distriktssköterskeledd mottagning är det distriktssköterskan som agerar ledare och samordnare i teamet (Sebrant, 2005). Grunden i teamet kring patienten är distriktssköterskan och distriktsläkaren. Därutöver kan kontakt behöva tas med andra vårdprofessioner utifrån patientens behov. Fördelar med att arbeta i team är ökad delaktighet, tidsbesparing, ekonomiska vinster och minskad stress (a a). Vidare arbetar distriktssköterskan utifrån ett etiskt, holistiskt, hälsofrämjande och preventivt förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Detta innebär att arbeta med hela personen i fokus och inte reducera personen till sjukdom och symtom, vilket Edvardsson (2010) menar är viktigt att beakta i ett personcentrerat förhållningssätt.

Äldrevårdsmottagning

I Region Skånes samlade uppdrag för hälso- och sjukvård (2015) var äldres hälsa ett av de prioriterade utvecklingsområdena. Vårdcentraler kan ansöka om tilläggsuppdrag för att kunna bedriva mottagning för äldre personer 75 år och äldre. För att vårdgivaren ska få ersättning krävs det bland annat att vårdcentralen uppfyller Socialstyrelsens sex kvalitetsindikatorer för god vård: *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvård i rimlig tid*. Region skåne har lagt till en sjunde kvalitetsindikator: *Hälsoinriktad hälso- och sjukvård*. Dessa kvalitetsindikatorer ingår också som uppföljningsindikatorer av vårdcentralerna i Hälsoval Skåne. Vidare ska vårdcentralen delta aktivt i det regionala utvecklingsarbetet kring äldre samt samverka med kommun och sjukhus. Förbyggande arbete för de äldre med störst behov ska utföras genom återkommande hembesök och utarbetande av samordnande individuella planer (SIP). Utvecklingsområden som särskilt ska beaktas av vårdgivaren är exempelvis: särskilda hälsoinriktade insatser, läkemedelsgenomgångar och äldres psykiska ohälsa samt risk- och missbruk. Vårdgivaren ska informera äldre personer om äldrevårdsmottagningen genom annonsering i lokalpressen minst en gång och genom ett särskilt utskick där det informeras om vad som erbjuds äldre och deras närstående. I informationen ska det framgå att det finns tillgång till specialistutbildad sjuksköterska inom distrikt eller äldre, tillgänglighet per telefon utan knappval och möjlighet till hembesök. Syftet med äldrevårdsmottagningar är att skapa trygghet för äldre och närstående (a a). Det finns dock sparsamt med forskning kring hur äldre

upplever denna sort av vårdform. Studier som belyser äldres upplevelser av olika vårdformer kan bidra till en ökad kvalitet i vården, utifrån den äldre personens perspektiv.

Syfte

Studiens syfte var att undersöka äldre personers upplevelser av kontakten med äldrevårdsmottagningar.

Metod

För att svara på studiens syfte användes kvalitativ forskningsmetod. Enligt SBU (2012) kan kvalitativ forskningsmetod användas för att nå en djupare förståelse och kunskap om olika fenomen genom att undersöka upplevelser och erfarenheter. För att skapa en ökad kunskap om äldre personers upplevelser av det aktuella området användes intervjuer som datainsamlingsmetod (Polit & Beck, 2006).

Urval av undersökningsgrupp

Studien baseras på intervjuer med tretton personer. För att komma i kontakt med deltagare till studien kontaktades först verksamhetschefer på äldrevårdsmottagningar på olika orter i Skåne via telefon eller e-post. För att få reda på omfattningen av äldrevårdsmottagningar söktes information på internet. Trots kriterier för att öppna en äldrevårdsmottagning (Region Skåne, 2015) såg uppbyggnaden av de olika mottagningarna olika ut. Mottagningarna hade öppet allt från en till fem dagar i veckan och öppet på olika tider. En del erbjöd hembesök och vissa hade sommarstängt. Totalt kontaktades 37 verksamhetschefer under maj och juni 2015, vilket inte resulterade i några deltagare till studien. Orsaken var tidsbrist, personalbrist eller att de redan medverkade i andra studier. Med anledning av detta byttes strategi och 20 distriktssköterskor kontaktades på olika vårdcentraler i Skåne via telefon eller e-mail. Av dessa var tre distriktssköterskor intresserade efter att ha fått godkännande av sin

verksamhetschef. En annan strategi var att personligen besöka och lämna informationsbrev om studien till fyra olika vårdcentraler, varav en distriktssköterska anmälde sitt intresse efter ha pratat med sin verksamhetschef. Om tillstånd gavs från verksamhetschefen tillfrågades patienterna muntligt av distriktssköterskan i samband med besöket på äldre vårdsmottagningen eller via telefonkontakt. Vid intresse för ett deltagande i studien, lämnades ett skriftligt informationsbrev. Deltagarna kontaktades därefter av författarna via telefon för att avtala tid och plats. Målsättningen var ett strategiskt urval, för att få variation av upplevelser i kontakten med äldre vårdsmottagningar (Chekol, 2012). Men på grund av svårigheter att rekrytera deltagare till studien kan urvalet ha blivit ett bekvämlighetsurval. Till studien intervjuades 13 av 14 personer som hade rekryterats av distriktssköterskorna. En person kunde inte delta i studien på grund av sjukdom. I rekryteringen användes mellanhänder och därmed saknades insyn om bortfall och hur rekryteringen skedde, förutom studiens inklusionskriterier: 75 år eller äldre, inte ha någon kognitiv svikt samt kunna förstå svenska skriftligen och muntligen. Samtliga personer bodde i södra Skåne, i fyra olika kommuner. Bland dessa fanns både stad och mindre kommuner representerade. Av personerna var fyra män och nio kvinnor, mellan 75-94 år.

Genomförande av datainsamling

Semistrukturerade intervjuer användes som datainsamlingsmetod. Innan intervjun fick deltagaren både muntlig och skriftlig information om studien. Därefter gav de sitt medgivande både muntligt och skriftligt. En intervjuguide (Bilaga 1) användes som stöd vid intervjuerna. Intervjuerna utfördes av två intervjuare som båda är sjuksköterskor med 7 och 8 års erfarenhet som allmänsjuksköterskor inom slutenvården samt en kortare erfarenhet inom hemsjukvård och särskilt boende och som därigenom hade förvärvade kunskaper och förförståelse av att vårda äldre. Vidare utbildade sig båda till distriktssköterskor, där både teoretiska och praktiska kunskaper om att vårda äldre ingår men även bearbetning av litteratur kring ämnet bidrog till förförståelse om vård av äldre. Intervjuerna utfördes under våren och hösten 2015 och varade mellan 25-45 minuter. Intervjuerna ägde rum inom en månad efter senaste besöket eller kontakten med äldre vårdsmottagningen. Samtliga intervjuer utfördes i deltagarnas egen hemmiljö efter studiedeltagarnas önskemål. Att vara två som intervjuar kan vara lämpligt när intervjuerna är ovana (Trost, 2010). Två intervjuare medverkade under de fyra första intervjuerna, där den ena intervjuade och den andra var

aktivt lyssnande och kompletterade med frågor mot slutet av intervjun. Därefter utfördes sex av intervjuerna av en person, medan de tre sista intervjuerna utfördes av två personer. Intervjuerna spelades in och transkriberades därefter ordagrant. För att undvika påverkan baserat på egna antaganden var ambitionen att ställa så få frågor som möjligt (Robinson & Englander, 2007) men uppföljande eller klargörande frågor ställdes vid behov. En pilotintervju utfördes för att testa intervjuguide och intervjuteknik (Trost, 2010). Denna intervju svarade bra mot studiens syfte och inkluderades därför i resultatet.

Genomförande av databearbetning

Utgångspunkten i denna studie var omvårdnadsperspektivet där kvalitativ innehållsanalys är en vanlig analysmetod (Lundman & Graneheim, 2012). Inom omvårdnadsforskningen används metoden bl a för att tolka och granska texter, såsom utskrifter av inspelade intervjuer. Datamaterialet i studien analyseras med inspiration från Graneheim & Lundman (2004) och Lundman & Graneheim (2012). I analysförfarandet transkriberades först de tretton intervjuerna ordagrant i nära anslutning till intervjutillfället. Författarna transkriberade hälften var och en för sig, för att sedan lyssna och läsa igenom samtliga intervjuer tillsammans. För att bekanta sig med de transkriberade intervjuerna och för att skapa sig en helhet av innehållet läste författarna sedan självständigt igenom hela materialet flera gånger. Meningsbärande enheter såsom konstellationer av ord, meningar eller stycken som relaterade till varandra genom sitt innehåll kondenserades, abstraherades och tilldelades koder (Tabell 1). Detta gjordes först enskilt och sedan gemensamt och genom diskussion kunde samstämmighet uppnås. Därefter skedde en gemensam reflektion av de transkriberade intervjuernas huvudinnehåll. Diskussion och reflektion fördes också kontinuerligt med handledaren under analysprocessen. Den text som inte motsvarade syftet exkluderades. Sedan jämfördes materialet för att få fram skillnader och likheter. Koder med liknande innehåll skapade en underkategori. Koderna resulterade i nio underkategorier som sedan abstraherades till två kategorier. Dessa hänvisade huvudsakligen till en beskrivande nivå av texten, det manifesta innehållet.

Tabell 1. Analysprocessen

Menings- bärande enhet	Kondensering	Kodning	Underkategori	Kategori
“Jag ringer väldigt ofta äldre vårdsmottagningen som vet vad jag har för sjukdomar och känner till mig och vet vad som ska göras.” (Nr 9)	Ringer väldigt ofta äldre vårdsmottagningen som vet vad jag har för sjukdomar och känner till mig och vad som ska göras	Någon som känner till den äldre personen	En god kontinuitet främjar vårdrelationen	Att bli bekräftad

Etisk avvägning

I studien efterföljdes forskningsetiska krav. Som stöd användes rekommendationer från Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013; Polit och Beck, 2006). Deltagarna informerades om studiens syfte och deras medverkan i studien enligt *Informationskravet*. Vidare informerades de om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta sin medverkan när de ville. Innan samtycke medgavs lades vikt vid att deltagarna hade förstått informationen. *Samtyckeskravet* beaktades genom att deltagarna behandlades som *autonoma personer* som själv har rätt att bestämma över sin medverkan, hur länge och till vilken grad de ville delta. Deltagarna hade rätt att neka till att medverka och att avbryta sin medverkan utan att utsättas för påtryckningar eller att det ledde till negativa följder. Samtycke för deltagande inhämtades både muntligt och skriftligt. I enlighet med *konfidentialitetskravet* behandlades personuppgifter och datamaterial så att det inte gick att härleda till någon enskild person. Intervjumaterialet kodades, där varje deltagare fick en kod. En kodnyckel fanns på en separat lista. Listorna förvarades åtskilda. Materialet förvarades inlåst utan tillgång för obehöriga. *Nyttjandekravet* beaktades genom att insamlat material endast användes till aktuell forskningsstudie och inte för några andra ändamål. Vidare bedömdes *nyttan* med studien överväga nackdelarna. Studien kan vara till nytta genom att bidra med kunskap om en ny vårdform för äldre personer. Vidare togs hänsyn till eventuella negativa upplevelser, såsom deltagarens upplevelse av att vara i underläge i förhållande till intervjuarna eller obehag över att spelas på bandspelare. Deltagarna informerades därför

innan intervjuens start om möjligheten att pausa eller avbryta vid behov. Innan studiens genomförande erhöles ett rådgivande yttrande från vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN).

Resultat

Resultatet presenterar äldre personers upplevelser av kontakten med äldrevårdsmottagningar. Analysen av intervjuerna resulterade i två kategorier: *Ökad tillgänglighet* och *att bli bekräftad*. Kategorin *ökad tillgänglighet* bildade underkategorierna: *Underlättar kontakten, ett värdefullt alternativ, en positiv förändring, en möjlighet att nå fram till läkaren, tillgängligheten varierar under året, information om äldrevårdsmottagning*. Kategorin *att bli bekräftad* bildade underkategorierna: *Personalens bemötande, kontinuitet bland personalen samt kompetens och engagemang hos personalen* (Tabell 2). För att komma åt den röda tråden genom kategorierna, gjordes en viss tolkning av materialet, en latent analys. Denna utmynnade i ett övergripande tema: *Mot en ökad trygghet för den äldre i vården*. Kategorierna och underkategorierna används som rubriker i resultatet. Varje kategori och underkategori kommer att presenteras med en text samt ett eller flera citat som är försedda med nummer. Dessa nummer företräder en studiedeltagare.

Tabell 2. Översikt av övergripande tema, kategorier och underkategorier

Mot en ökad trygghet för den äldre i vården	
Ökad tillgänglighet	Att bli bekräftad
Underlättar kontakten	Personalens bemötande
Ett värdefullt alternativ	Kontinuitet bland personalen
En positiv förändring	Kompetens och engagemang hos personalen
En möjlighet att nå fram till läkaren	
Tillgängligheten varierar under året	
Information om äldrevårdsmottagning	

Ökad tillgänglighet

Det framkom i resultatet att de äldre upplevde att kontakten med äldrevårdsmottagningarna innebar en ökad tillgänglighet, genom att de snabbt och enkelt kom i kontakt med äldrevårdsmottagningen. De uttryckte också att personalen var lättillgänglig.

Underlättar kontakten

De äldre personerna upplevde en ökad tillgänglighet när de sökte vård via äldrevårdsmottagningen och detta underlättade deras tillvaro på olika sätt. Det var betydelsefullt att det var praktiskt och lätt att kontakta äldrevårdsmottagningen. Men också att slippa ovissheten om och när man skulle komma fram, att det var en personal som svarade direkt och att distriktssköterskan alltid återkom inom kort om de inte kom fram direkt:

“...//...och det är absolut lättare att komma fram, att komma till alltså... och ringer man det vanliga numret, då... så ringer dom upp ju... men det kan ta lång tid ju...”. (Nr 1)

Vidare uttryckte de äldre personerna en lättnad över den förenklade tekniken att komma fram per telefon, såsom direktkoppling och att slippa välja mellan en massa olika alternativ. De menade att äldre kan ha problem med t ex nedsatt syn och hörsel samt ha svårt att komma ihåg och förstå instruktioner. Dessa problem kunde bidra till att den äldre kände sig stressad eller nervös i samband med vårdsökande. Därför underlättade äldrevårdsmottagningen för dem när de sökte vård:

“... framförallt är det ju inte lätt med allt det tekniska. Att man ska trycka in, man ska vänta och att de ska ringa upp. Ja... det var det som jag blev så himla glad över. Det svårt om man dessutom hör dåligt, precis som jag...//...och vissa telefoner hör man helt enkelt inte i. Det var en välsignelse för mig...”. (Nr 6)

Vidare kunde hembesök från distriktssköterskan på äldrevårdsmottagningen underlätta de äldres tillvaro när de var för trötta för att själva ta sig dit:

“ ...jag tror inte jag orkar åka in till vårdcentralen, sade jag. Men då kom den här distriktssköterskan hem till mig dagen efter och tog prover på fastande mage... ”. (Nr 2)

Ett värdefullt alternativ

Det framkom att äldrevårdsmottagningen var ett naturligt alternativt att vända sig till för att få hjälp, råd eller stöd när man blivit äldre. Det var betydelsefullt att det fanns ett alternativt specifikt för den äldre personen:

“...//...äldrevårdsmottagningen är ju specifikt för den äldre... går du direkt till vårdcentralen blandas du ju med alla andra, ... då är det ju inget specifikt med det... ”. (Nr 4)

De äldre uttryckte betydelsen av att kunna söka hjälp eller kunna prata med någon, trots att deras ärende inte var akut. Denna tillgänglighet ledde till en ökad trygghet för den äldre, att det fanns någon som prioriterad deras bekymmer eller bara att någon lyssnade. Tidigare kunde de äldre känna sig osäkra om det gick att ringa till vårdcentralen om deras problem inte var akut:

“...//...det är precis som det där ordet akut är att jag har brutit armen. Vågar jag gå dit (vårdcentralen) om jag är lite dålig, är det akut eller hur räknas det... ”. (Nr 12)

En positiv förändring

De äldre hade många gånger upplevt att det var svårt att komma via telefon men också att få tid på vårdcentralen. Det betonades att införandet av äldrevårdsmottagningar innebar en positiv förändring och nyhet, framförallt på grund av den ökade tillgängligheten för den äldre personen. Det var betydelsefullt att man snabbt fick hjälp men också att det fanns någon som visste vem de äldre personerna var och kände till deras sjukdomar eller bekymmer. De upplevde också att den ökade tillgängligheten lett till en förändring som innebar ett större fokus på den äldre inom vården men också till ett mer omtänksamt och säkert omhändertagande:

“...Det är ju en hjälp utav jag vet inte vad. Jag säger det till alla, jag säger... 75 år+ (med ett leende). Ja, jag säger det: det är det bästa som hänt. Jag menar det är ju många som börjar bli glömska och så...”. (Nr 3)

De äldre upplevde att möjligheten att få tillgång till distriktssköterskan genom hembesök innebar en oväntat men positiv förändring, en form av service när de själva inte kunde ta sig till VC:

“...//...att hon kom hem till oss var förvånade, det hade vi inte räknat med... att hon kom hem till oss alltså...”. (Nr 9)

Man uttryckte en viss oro för framtiden, huruvida denna positiva förändring skulle kvarstå eller om det bara var något tillfälligt och funderade över hur tillgängligheten skulle kunna påverkas om allt fler äldre sökte sig till äldreomsorgsmottagningen om inte verksamheten fick fler resurser:

“... ja, det kan jag tänka mig. Här kan jag tänka mig att de lägger ut det lite mer... man upplever det väldigt positivt måste jag säga.. Sen är det ju så att det flyttar mer och mer människor hit. Så man undrar ju... hoppas de bygger ut det efterhand...”. (Nr 8)

En möjlighet att nå fram till läkaren

De äldre personerna upplevde att det var svårt att få tag i sin läkare och saknade i många fall tillgång till samma läkare. Genom distriktssköterskan kunde de nå fram till läkaren och få tillgång till medicinsk kompetens, i de fall då det inte krävdes ett läkarbesök. De äldre kunde känna sig lättade när ärenden kunde lösas genom distriktssköterskan som mellanhand:

“...//...det var så bra att där, för de fixade det med vår läkare, t ex att få en tid där... och, eh... t ex prata med en läkare bara precis om någon tablett så man behövde inte besöka läkaren, utan det fixade dom där. Det var jättebra...”. (Nr 5)

Man betonade dock att de helst skulle vilja träffa en läkare, då denne besitter en annan kompetens men att det var bättre att komma till distriktssköterskan än inget alls:

“...//...först och främst kom man in meddetsamma... och så var det bara hon och jag. Och hon tog god tid på sig. Mm, det är bra. Men det är klart det är inte en läkarprofessionell, det var ju inte en sådan undersökning...//...hon är ju bara vad man säger en slussperson. Hon kan inte göra något. Hon kan inte skriva ut medicin. Hon kan inte ändra på medicinen. Men hon kan ju ge förslag såklart och ja... slussa till dr helt enkelt...”. (Nr 11)

Tillgängligheten varierar under året

De äldre menade att det var betydelsefullt att ha tillgång till vård året runt. De upplevde att tillgängligheten var sämre på sommaren eftersom deras äldrevårdsmottagning inte bemannades under semestertider och att de saknade denna service. Men samtidigt uttryckte de förståelse över att “alla behöver sin semester”. Det betonades dock att bemanningen borde ses över så att den täcker även semestertider, då äldre inte är mindre sjuka för att det är sommar. På sommaren var de hänvisade till att söka den “vanliga vägen” på vårdcentralen:

“... det är ju det att det var ju inte öppet på sommaren... för att jag ringde det numret igår när jag skulle berätta om recepten och då sade de att äldrevårdsmottagningen är stängd nu fram till...//...”. (Nr 1)

Information om äldrevårdsmottagning

De äldre uttryckte att de var informerade om att det fanns äldrevårdsmottagning på deras vårdcentral. De hade fått ett vykort eller en lapp med information om äldrevårdsmottagningen hemskickade och en del hade uppmärksammats via dagstidningen och skrivit upp informationen. Men de kunde också uppleva att de inte från början varit insatta i vad deras äldrevårdsmottagning kunde erbjuda, utan många hade först blivit kopplade dit via den vanliga vårdcentralen eller så hade någon anhörig tagit första kontakten:

“... jag hade nog inte själv ringt äldrevårdsmottagningen om jag skulle komma i kontakt, då hade jag ringt vårdcentralen direkt bara. Det var nog för att jag inte visste vad en äldrevårdsmottagning kunde göra...”. (Nr 4)

De kunde även uppleva att de inte hade fått någon information eller så hade de inte reflekterat över att det fanns en speciell mottagning för äldre. Utan de hade automatiskt hamnat där genom distriktssköterskan som de tidigare haft regelbunden kontakt med på “vanlig distriktssköterskemottagning”:

“...// så det är så, nu ljusnar det, nej det är ju väldigt krångligt...//... dom klagar jag inte på i alla fall... nej, dom är jätte duktiga men jag hade ingen reda på att detta hade med äldrevården att göra, det hade jag inte... ”. (Nr 10)

Att bli bekräftad

De äldre upplevde att de blev bekräftade i kontakten med distriktssköterskan på äldrevårdsmottagningen. Ett gott bemötande, kontinuitet samt kompetens och engagemang hos personalen var betydelsefullt för den äldre i kontakten med äldrevårdsmottagningen.

Personalens bemötande

De äldre uttryckte att sättet de blev bemötta på var betydelsefullt. I kontakten med distriktssköterskan på äldrevårdsmottagningen upplevde de att de blev sedda och lyssnade på samt att stämningen var naturlig och avslappnad:

“...//...man får bra kontakt när man ringer och det är inte alls något konstigt där, det är hej och tjing när man kommer. På läkarmottagningen t ex är det något helt annat när man går dit... då är det ungefär som... knack, knack... han sitter i mitten sedan så står man ute i periferin någonstans... ”. (Nr 3)

De uttalade att det var betydelsefullt när distriktssköterskan bemötte dem med vänlighet, omtanke, respekt och att det fanns någon som stod upp för dem, vilket de menade inte var någon självklarhet inom sjukvården:

“...//...jag tyckte att det kändes som att det var omtankarna som hade höjts i kvalitet när man ser till de gamla. Man vet ju att väldigt många gamla inte kan ta för sig... ”. (Nr 9)

Kontinuitet bland personalen

De äldre upplevde att kontakten med distriktssköterskan var personlig och lättsam och menade att de kunde känna sig bortkomna på den “vanliga vårdcentralen”. Det var betydelsefullt att det var samma person/personer som arbetade på äldrevårdsmottagningen, det ledde till en ökad trygghet när de kände igen ett namn eller ansikte på den som behandlade dem:

“...//...det är ungefär som om du och jag träffas en, tre, fyra, fem gånger- då vet jag vem du är och ja, man känner ett visst för det då...//...man får mer kontakt liksom med det hela, det är ju lite mer opersonligt när man kommer ner och sätter sig på vårdcentralen... ”. (Nr 3)

De äldre menade att kontinuitet och en fast vårdkontakt främjade vårdrelationen och att det var lättare att prata allmänt eller om sina bekymmer med någon som kände till dem:

“...//...sen ringde distriktssköterskan hit och vi pratade. Vi har kontakt, tycker mycket om henne... jag tycker att hon är härlig att snacka med... ”. (Nr 7)

Kompetens och engagemang hos personalen

De äldre upplevde att distriktssköterskan på äldrevårdsmottagningen var en pålitlig och kompetent kontakt. Distriktssköterskan kunde använda sina kunskaper för att hjälpa och guida den äldre personen i ett komplicerat sjukvårdssystem och för att ordna upp saker och ting för den äldre personen. Det uppskattades när detta gjordes med ett särskilt engagemang, där distriktssköterskan kämpade för den äldre, följde upp och inte gav sig förrän problemet var löst:

“ ... för hon kan jobba med det på ett annat sätt än vad jag kan och har överblicken och vet ingångar...//...och sen det som distriktssköterskan fixade med lasarettet, jag var på magnetröntgen

t ex. Det hade hon ordnat, det hade jag aldrig fått annars. Hon ligger på som en igel... ”. (Nr 4)

Det betonades att särskild kompetens eller utbildning var av betydelse för att kunna ge den äldre den hjälp, råd eller stöd som behövdes:

“... Jo, för att de är insatta i det ju. Det kan ta tid för andra att kanske placera mig rätt var jag ska... nej, de har en särskild utbildning antagligen så de kan situationen bättre... ”. (Nr 13)

Diskussion

Diskussion av vald metod

Studiens syfte var att undersöka äldre personers upplevelser av kontakten med äldreomsorgsmottagningar. Reflektion över studiens trovärdighet genomfördes utifrån aspekter av begreppet trovärdighet: tillförlitlighet, giltighet, överförbarhet och verifierbarhet, (Graneheim & Lundman, 2004; Kristensson, 2014).

Ambitionen var att intervjua minst femton äldre personer (Trost, 2010), men i rekryteringen uppstod svårigheter att hitta verksamhetschefer som ville ge sitt samtycke till studien. Olika strategier provades för att rekrytera fler deltagare till studien men med sparsamt utfall. Om byte av strategi eller om rekryteringen hade skett tidigare under våren skulle kanske fler verksamhetschefer valt att delta. Intervjupersonerna rekryterades slutligen med hjälp av distriktssköterskor som mellanhand. Målsättningen var att få ett strategiskt urval, för att få en större variation av upplevelser av kontakten med äldreomsorgsmottagningar (Chekol, 2012). Eftersom mellanhänder användes saknades insyn i eventuellt bortfall och hur rekryteringsprocessen i detalj gick till förutom inklusionskriterierna. Därför kan urvalet utgöras av ett så kallat bekvämlighetsurval, då distriktssköterskorna kan ha valt ut de personer som var mest tillgängliga (Kristensson, 2014) eller utifrån deras syn mest lämpliga (Trost, 2010). Däremot kan ett bekvämlighetsurval vara lämpligt med hänsyn till den korta period studien utfördes på (Kristensson, 2014). Samtliga personer bodde i södra Skåne, i fyra olika kommuner. Bland dessa fanns både stad och mindre kommuner representerade, vilket kan ha bidragit till en variation av urvalet (a a).

Då intervjuerna varade mellan 25-45 minuter och ämnet inte var av komplex karaktär skulle antalet intervjuer kunnat vara fler för att få fram fler variationer i upplevelsen av äldreomsorgsmottagningar (Graneheim & Lundman, 2004). Å andra sidan kan många intervjuer göra att det blir svårt att hantera materialet, att få överblick och samtidigt se detaljer som utgör skillnader eller likheter (Trost, 2010). Första intervjuerna genomfördes av två intervjuare för att öka möjligheten att utföra en bättre och mer innehållsrik intervju. En nackdel kan vara att studiedeltagarna kan ha känt att de kommit i underläge. Intervjuerna skedde i de äldre personernas hemmiljö efter deras önskemål, vilket kan ha bidragit till att personerna kände sig tryggare och därför kunde prata mer öppet om sina upplevelser (a a). För att skapa en relation och en avslappnad stämning, fördes innan intervjuerna en konversation och presentation (Kristensson, 2014). Så öppna frågor som möjligt ställdes om ämnet, för att inte påverka eller styra deltagarna. För att intervjuerna skulle genomföras på liknande sätt och hålla sig till studiens syfte användes en intervjuguide, vilket kan stärka giltighet men kan även bli en svaghet då förförståelse kan ha påverkat både intervjuguide och följdfrågor (a a). Intervjuerna spelades in för att kunna hålla fokus på vad som sades under intervjuerna och på intervjudeltagarnas tonfall och ordval (Trost, 2010). Det finns dock en risk för att deltagarna kan ha känt sig hämmade under inspelningen, vilket kan ha påverkat deras svar (Polit & Beck, 2006). För att stärka verifierbarheten har alla intervjuer transkriberats ordagrant (Kristensson, 2014).

Kvalitativ innehållsanalys valdes som analysmetod då det är en vanlig analysmetod inom omvårdnadsforskning som används bl a för att tolka och granska texter, såsom utskrift av inspelade intervjuer (Lundman & Graneheim, 2012). Vidare bedömdes att metoden passade studiens syfte, eftersom skillnader och likheter skulle identifieras i hur äldre kan uppleva kontakten med äldreomsorgsmottagningar. För att öka tillförlitligheten läste båda författarna samtliga intervjuer och genomförde därefter analysen både enskilt och var för sig, vilket kan öka tillförlitligheten (a a). När kategorier skapades återgick författarna kontinuerligt till kontexten, vilket innebar att en viss tolkning av texten gjordes utifrån sitt sammanhang (Kristensson, 2014, Lundman & Graneheim, 2012). En viss tolkning av materialet kan ha förekommit, men ambitionen var att vara textnära i den manifesta analysen. Men för att komma åt den röda tråden genom kategorierna och underkategorierna genomfördes också en mer tolkade nivå av resultatet, på en latent nivå. För att stärka tillförlitligheten och minska

riskan för att resultatet skulle påverkas av förförståelse i för stor utsträckning fördes diskussion och reflektion kontinuerligt mellan handledaren och författarna under analysprocessen (a a). Ett sätt att stärka studiens verifierbarhet var att återge citat som speglade resultatet (Kristensson, 2014). Studiens giltighet kan ha påverkats av att intervjuerna utfördes under sommaren, då de äldre kan ha varit bortresta och att personalen hade svårigheter att hjälpa till med rekryteringen i nära anslutning till sommaren (Graneheim & Lundman, 2004). Några av äldrevårdsmottagningarna hade sommarstängt, vilket kan ha påverkat hur de äldre upplevde kontakten med äldrevårdsmottagningarna. Denna aspekt hade kanske aldrig kommit fram om intervjuerna ägt rum under en annan period. Intervjuerna utfördes under en fyra månaders period och intervjuerna transkriberades i nära anslutning till intervjutillfällena. Trots fastställda kriterier för att öppna en äldrevårdsmottagning så skiljer uppbyggnaden av dem åt, vilket således kan påverka studiens överförbarheten till andra grupper av äldre (a a). Däremot kan dessa organisatoriska skillnader bidra till olika aspekter av upplevelserna av kontakten med äldrevårdsmottagningar.

Diskussion av framtaget resultat

I resultatet framkom att de äldre upplevde att kontakten med äldrevårdsmottagningarna innebar en ökad tillgänglighet och till att de blev sedda och lyssnade till. Dessa upplevelser kunde leda till en ökad trygghet för den äldre personen. Äldrevårdsmottagningen kan vara ett värdefullt alternativ för att möta äldres olika vård- och omsorgsbehov och bidra till en ökad trygghet för den äldre personen. Region Skåne (2015) beskrev äldrevårdsmottagningen som en vårdform där syftet var en ökad tillgänglighet för äldre (75+) samt en trygghet och kontinuitet för den äldre. I föreliggande studie framkom det att de äldre upplevde att telefontillgänglighet var förenklad och att det var ett snabbare alternativ att ta sig fram via äldrevårdsmottagningen, då systemet var bättre anpassat efter deras behov. De äldre kunde uppleva att det var svårt att välja mellan och knappa in olika alternativ, då de kunde ha svårt att komma i håg och förstå sig på instruktioner när de sökte vård. De äldre betonade att det var extra svårt när de dessutom hade problem med hörseln. Dessa svårigheter att få hjälp från hälso- och sjukvården på grund av att systemen är otillräckligt anpassade efter de äldres behov framkom också i en studie av Kristensson et al. (2010) och av Socialstyrelsen (2011). Äldrevårdsmottagningar kan vara ett sätt att ge den äldre företräde till vården, inte bara

utifrån ett medicinskt perspektiv utan utifrån ett helhetsperspektiv. Enligt hälso- och sjukvårdslagen HSL (1982:763) ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Distriktssköterskan ska tillämpa ett holistiskt förhållningssätt, vilket också innebär att arbeta hälsofrämjande och förebyggande (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Vilket betyder att distriktssköterskan ska prioritera och vara tillgänglig för den äldre personens olika behov. Om tillgängligheten ökar för de äldre kan det också finnas ett större utrymme att se hela personen och därmed fokusera på olika aspekter av den äldres behov. Men då krävs det att en helhetssyn på den äldre personen genomsyrar hela organisationen.

Att distriktssköterskan eller personal finns tillgängliga för den äldre genom hembesök kan vara betydelsefullt för den äldre personen. I aktuell studie upplevde de äldre att ha tillgång till hembesök var tryggt då personal kom hem och såg hur de hade det, även om de var pigga och friska. Vidare kunde det underlätta tillvaron för dem som inte själv orkade ta sig till äldrevårdsmottagningen. Betydelsen av trygghet betonas också i en svensk studie av Theander & Edberg (2005), där de äldre också uttryckte att de uppskattade att personalen var professionell och att det hade en positiv påverkan på deras självkänsla (a a). Ett förebyggande hembesök kunde också leda till positiva förändringar hos svenska 80+ åringar (Behm et al., 2013). De äldre upplevde att det betonade deras mänskliga värde, ledde till en känsla av trygghet och ökade deras motivation att vidta hälsofrämjande aktiviteter för att förebygga hälsoproblem. Några få av de äldre upplevde dock att de inte såg några fördelar med det, antingen för att de hade hälsoproblem som gjorde att det var för krävande eller att de var för friska. Några av de äldre i föreliggande studie menade precis som i Behm et al (2013) studie att de inte hade någon nytta av hembesök, då de klarade sig själva. De som var sjuka och ibland hade svårt att ta sig till vårdcentralen uppskattade dock när distriktssköterskan gjorde sig tillgänglig genom hembesök. Enligt kompetensbeskrivningen (2008) ska distriktssköterskan arbeta för att återställa hälsa och lindra lidande men ska också arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande. I kontakt med äldrevårdsmottagningen bör de äldre åtminstone erbjudas ett hembesök för en ökad förståelse av hur den äldre personen har det i sin hemmiljö.

Trots Region Skånes (2015) prioriteringar och försök att anpassa informationen till den äldre befolkningen framkom det att deltagarna i aktuell studie kunde uppleva att de till en början inte hade varit informerade om äldrevårdsmottagningen och att de inte visste vad den hade att erbjuda. Därför hade de inte själv tagit kontakt med äldrevårdsmottagningen utan hade

kopplats dit via vårdcentralen, via en anhörig eller automatiskt via distriktssköterskan. En reflektion är att om patienten hade varit mer delaktiga i sin vård och om informationen hade anpassats efter deras olika förutsättningar, vilket betonas i Patientlagen (2014:821), skulle kanske fler äldre vända sig till äldrevårdsmottagningarna.

En god kontinuitet kan bidra till en ökad trygghet och således till en ökad vårdkvalitet, utifrån den äldres perspektiv. Enligt resultatet i föreliggande studie var äldrevårdsmottagningen tillgänglig, främjade goda kontakter med den äldre personen samt kunde erbjuda kontinuitet, i alla fall gällande kontakten med distriktssköterskan. Trots att distriktssköterskan många gånger framgångsrikt kunde ge råd och stöd samt agera mellanhand, betonade de äldre att de önskade en ökad tillgänglighet och kontinuitet till sin läkare. Sjukvården ska vara lättillgänglig, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt ge patienten en kontinuitet i vården (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763) men enligt Svenska Kommuner och Landsting (2012) saknas det ofta kontinuitet och långsiktighet i primärvårdens insatser för de multisjuka äldre. En läkare speciellt ansvarig för äldrevårdsmottagningen för att patienterna även ska känna sig trygga i det medicinska omhändertagandet, hade varit värdefullt.

Hur vårdpersonal bemöter den äldre kan ha betydelse för hur de upplever vården. I föreliggande studie var det betydelsefullt för de äldre att distriktssköterskan behandlade dem med respekt, empati och inte på ett överlägset sätt samt att de stod i centrum i kontakten, något de menade inte var en självklarhet inom vården. Detta hade en positiv inverkan på hur de upplevde kontakten med äldrevårdsmottagningen. Vikten av att bemöta patienter med empati och med jämlikhet betonades i en studie av Larsson et al. (2011). Dessa upplevelser påverkade patienternas upplevelser av delaktighet i vården. Betydelsen av närvaro, empati och vänlighet i kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter lyftes fram i en studie av McCabe (2003). När sjuksköterskan hade ett personcentrerat förhållningssätt i kommunikationen med patienterna ledde detta till en ökad tillfredsställelse hos patienterna (a a). Att bekräfta patienter och att bemöta dem med vänlighet och omtanke bör betonas och lyftas fram som ett prioriterat förbättringsområde oavsett vårdform.

Särskild kompetens kan öka möjligheten att möta de äldres olika behov. I aktuell studie upplevde de äldre personerna att distriktssköterskan på äldrevårdsmottagningen var en kompetent och pålitlig kontakt som använde sina kunskaper för att hjälpa den äldre i ett

komplikerat sjukvårdssystem och att de kunde vända sig dit om att de hade några frågor. Det var betydelsefullt för den äldre när detta gjordes med ett särskilt engagemang. Vidare kunde kompetens och engagemang hos distriktssköterskan leda till att den äldre personen upplevde en ökad trygghet. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2015) ska vård och omsorg vara personcentrerad och bygga på evidens för att förstå och bedöma de äldres komplex vårdbehov (a a) men också för en kostnadseffektivare vård (Olsson et al., 2009). Specialistsjuksköterskan kan med sin särskilda kompetens bidra till helhetssyn, kontinuitet, fördjupad kunskap och patientsäkerhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Hög omvårdnadskompetens hos vårdpersonalen krävs för att möta de ökade behoven hos de äldre (Socialstyrelsen, 2012) och för att ge en säkrare vård (Aiken et al., 2014). En reflektion är att särskild kompetens inte räcker för att ge vård av god kvalitet utan ett särskilt intresse att vårda äldre kan vara betydelsefullt. Om distriktssköterskan exempelvis blir påtvingad uppdraget att arbeta på en äldrevårdsmottagning kan detta påverka kontakten med den äldre personen och således hur denne upplever bemötandet inom vården. Avslutningsvis kan en ökad tillgänglighet och att bli bekräftad i kontakten med äldrevårdsmottagningen utgöra en delsträcka på en lång väg mot en ökad trygghet för den äldre i vården.

Konklusion och implikation

Då befolkningen blir allt äldre är det av stor vikt att prioritera nya vårdformer för den äldre personen. Äldrevårdsmottagningen kan vara ett värdefullt alternativ för den äldre. I studien framkom det att de äldre personerna upplevde att kontakten med äldrevårdsmottagningen ledde till en ökad tillgänglighet och att de blev bekräftade i kontakten med personalen på äldrevårdsmottagningen. Dessa upplevelser kunde leda till en ökad trygghet. De uttryckte dock att de saknade tillgänglighet och kontinuitet till läkaren men att distriktssköterskan till viss del framgångsrikt kunde agera mellanhand mellan den äldre personen och läkaren. När distriktssköterskans arbete genomsyras av en helhetssyn ökar möjligheterna att möta den äldre personens olika behov, inte bara de medicinska. Ett personcenterat förhållningssätt hos personalen kan bidra till att de äldre upplever att de blir bekräftade i mötet med vården och till en ökad tillfredsställelse. Mer forskning bör uppmanas till att undersöka hur äldre upplever olika vårdformer för att kunna utveckla vård av god kvalitet, utifrån den äldre personens perspektiv.

Referenser

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M.D., Moreno-Casbas, M.T., Rafferty, A.M., Schwendimann, R., Scott, P.A., Tishelman, C., van Achterberg, T. & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383 (9931), 1824-1830.

Behm, L., Ivanoff, S.D., & Zidén, L. (2013). Preventive home visits and health -experiences among very old people. *BMC Public health*, 13:378. doi: 10.1186/1471-2458-13-378.

Berglund, A.L. (2007). Satisfaction with caring and living conditions in nursing homes: Views of elderly persons, next of kin and staff members. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 46–51.

Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg A-K, & Rahm Hallberg, I. (2006). Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Health and Social Care in the Community*, 14(2), 136-146.

Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg A-K. & Rahm Hallberg, I. (2005). Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of live among elderly people. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 147-158.

Bowling, A., & Iliffe, S. (2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 13. doi:10.1186/1477-7525-9-13

D. Beswick, A., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 371, 725–35.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska* (Broschyr). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Ebrahimi, Z., Wilhelmson, K., Moore C., & Jakobsson, A. (2012). Frail elder's experiences with and perceptions of health. *Qualitative Health Research*, 22, 1513-1523.

Edberg, A-K., Ehrenberg A., Friberg F., Wijk H., & Öhlén J. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå; Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad- definition, mätskalor och hälsoeffekter. I Edvardsson, D. (Red.), *Personcentrerad vård i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Eklund, K., & Wilhelmson, K. (2009). Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health and Social Care in the Community*, 17, (5), 447–458.

Ekman, I., Norman, A., & Svedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I Ekman, I. (Red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. Stockholm:Liber.

Ellis, G., Robinson, D., A Whitehead, M., O'Neill, D & Langhorne, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal* 343:d6553 doi: 10.1136/bmj.d6553.

Gobbens, RJ & van Assen, MA. (2014). The prediction of quality of life by physical, psychological and social components of frailty in community-dwelling older people. *Quality of life Research*, 23, (8), 2289-300.

Graneheim, UH. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research. Concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Greaves, M & Rogers-Clark, C. (2009). The experience of socially isolated older people in accessing and navigating the health care system. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 27,(2), 5-11.

Gurner, U & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas- i vård och omsorg för äldre*. Falund: ScandBook AB.

Janlöv, AC., Rahm Hallberg, I, & Petersson, K. (2005). Older persons' experience of being assessed for and receiving public home help: do they have any influence over it? *Health and Social Care in the Community*, 14, (1), 26–36.

Johri, M., Beland, F., & Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 18, 222–235.

Kristensson, J & Jakobsson, U. (2010). Olika perspektiv på åldrandet. I Ekwall, A. (Red.), *Äldres hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J., Rahm Hallberg, I & Kristensson Ekwall, A. (2010). Frail Older Adults' Experiences of Receiving Health Care and Social Services. *Journal of Gerontological Nursing*, 36, (10), 20-28.

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

Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, & B., Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scand J Caring Sci*, 18, 169–176.

L. Bryant, L., K. Corbett, K. & S. Kutner, J. (2001). In their own words: a model of healthy aging. *Social Science & Medicine*, 53, 927–941.

Lundman, B. & Hällgren Granheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.) (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Marengoni, A, Winblad, B, Karp, A., & Fratiglioni, L. (2008). Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Among the Elderly Population in Sweden. *American Journal of Public Health*, 98, (7), 1198-200.

Min, L., A. Kerr, E., S. Blaum, C., Reuben, D., Cigolle, C., & Wenger, N. (2014). Contrasting Effects of Geriatric Versus General Medical Multimorbidity on Quality of Ambulatory Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62, (9), 1714-1721.

N. Shankar, K., K. Bhatia, K., & D. Schuur, J. (2014). Toward Patient-Centered Care: A Systematic Review of Older Adults' Views of Quality Emergency Care. *Annals of Emergency Medicine*, 63, (5), 529-550.

Olsson, LE., Hansson, E., Ekman, I. & Karlsson J. (2009). A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. *Journal of Advanced Nursing*, 65, (8), 1626–1635. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05017.x

Polit D & Tantano Beck C. (2006). *Essentials of nursing research*. Sixth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Region Skåne. (2015). *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2015*. Hämtad, 29 oktober, 2015, från http://www.skane.se/Public/Protokoll/N%C3%A4rsjukv%C3%A5rdsberedningen/2014-12-03/Uppdaterade%20ackrediteringsvillkor%20f%C3%B6r%20v%C3%A5rdcentral%202015/VC_141201.pdf

Repstad, P. (2007). *Närhet och distans*. (4:5 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Robinson P & Englander M. (2007). Den deskriptiva fenomenologiska humanvetenskapliga metoden. *Vård i nordn* 27, (1), 57-59.

SBU. (2012). Specifik information om kvalitativ metodik ” Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – En handbok” kapitel 8, (77-81). Hämtad 9 december, 2014, från http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUHandbok_Kapitel08.pdf

Sebrant, U. (2005). Teamarbete och ledarskap. I Nilsson, K. (Red.), *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 7 Mars, 2015, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 15 Oktober, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/

Smith, S M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., & O’Dowd, T. (2012). Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *British Medical Journal*, 2012;345:e5205 doi: 10.1136/bmj.e5205.

Socialstyrelsen. (2011). *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre*

Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Hämtad, 25 oktober, 2015, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18534/2011-12-19.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad, 27 oktober, 2014, från www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19292/2013-12-18.pdf

Socialstyrelsen. (2013). *Vård och omsorg om äldre - jämförelser mellan kommuner och län.* Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2012). *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi- förslag till utformning och genomförande av satsning.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 9 december, 2014, från www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-5 Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi- förslag till utformning och genomförande av satsning

Statistiska centralbyrån (SCB). 2013. *Medellivslängd 2013. Mäns medellivslängd för första gången över 80 år.* Hämtad 8 Mars, 2015, från http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Mans-medellivslangd-for-forsta-gangen-over-80-ar/

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Satsa på specialistsjuksköterskan - för säkrare, tryggare och effektivare vård.* Hämtad, 25 oktober, 2015, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/utbildning-publikationer/satsa.pa.specialistsjukskoterskan_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2015). *Äldre personers rätt till omvårdnad – Behov, kompetenser, myter och evidens.* Hämtad, 25 oktober, 2015, från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/utbildning-publikationer/aldre.personers.ratt.till.omvardnad.webb.pdf>

Theander, E., Edberg, AK. (2005). Preventive home visits to older people in Southern Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, (5), 392-400.

Thorarinsdottir, K & Kristjánsson, K. (2014). Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: a framework analysis. *Nursing Ethics*, 21, (2), 129-47.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer.* (4:3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Van Kempen, J., Robben, S., Zuidema, S., Olde Rikkert, M., Melis, & R., Schers, H. (2012). Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. *British Journal of General Practice*, 62, (601), 554-560.

Von Faber, M., Bootsma-van der Wiel, A., van Exel, E., Gussekloo, J., Lagaay, AM., van Dongen, E., Knook, DL., van der Geest, S., Westendorp, RG. (2001). Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine*, 161, (22), 2694-700.

Vårdförbundet. (2013). *Akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor- en ide.* Tryck: Ineko. Hämtad 9 december, 2014, från

https://www.vardforbundet.se/Documents/Styrelsedokument/Nationella/Akademisk_specialisttjanstgoring_en_ide.pdf

World Health Organization. (2014). *Ageing*. Hämtad 2 december, 2014, från <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>

World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 7 januari, 2015, från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage)

Intervjuguide

Vi vill intervjua dig om dina upplevelser av din äldrevårdsmottagning och vilken betydelse den har för dig. Ta dig tid och svara så öppet som möjligt.

Bakgrundsfakta

Berätta hur du kom i kontakt med en äldrevårdsmottagning.

Varför blev det äldrevårdsmottagningen?

Berätta om dina förväntningar av äldrevårdsmottagningen.

Kvinna/ man?

Huvudfrågor

- Berätta om dina upplevelser av äldrevårdsmottagningen.
- Hur kan man nå ut med information om äldrevårdsmottagningen?
- Vad var utmärkande för äldrevårdsmottagningen?
- Vilken betydelse har äldrevårdsmottagningen för dig? (Specifikt att det var en äldrevårdsmottagning).
- Finns det något de kan utveckla eller göra annorlunda på äldrevårdsmottagningen?
- Finns det något oklart och eller något du vill tillägga, berätta eller utveckla?

Stöd (vid behov)

Vill du vara vänlig att förtydliga/utveckla...

Kan du berätta mer om...

