



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Arbets terapeutprogrammet

Äldre multisjuka patienters erfarenheter av internmedicinsk vård och rehabilitering inför hemgång

Författare: Sandra Augustin & Emma Nilsson

Handledare: Gunilla Carlsson

Maj, 2016

Kandidatuppsats

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap
Box 157, S-221 00 Lund.



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Arbetsterapeutprogrammet

2016-05-09

Äldre multisjuka patienters erfarenheter av internmedicinsk vård och rehabilitering inför hemgång

Sandra Augustin & Emma Nilsson

Abstrakt

Äldre patienter i Sverige har ökat markant de senaste åren. En anledning till detta är att antalet äldre personer lever längre. Personer över 65 år förväntas öka till 20-21 procent fram till år 2020. Detta ställer höga krav på sjukvården inom internmedicin och geriatrik då äldre personer står för en stor del av sjukvårdskonsumtionen. Syftet med studien var att undersöka äldre multisjuka patienters erfarenheter av internmedicinsk vård och rehabilitering inför hemgång. En kvalitativ ansats användes för att fånga patienternas personliga erfarenheter av vården. Tio deltagare deltog i studien som ägde rum på ett sjukhus i södra Sverige. Fem deltagare var ineliggande på den internmedicinska avdelningen och fem deltagare var utlokaliserade. Databinsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer. Data analyserades genom en innehållsanalys som ledde fram till tre huvudkategorier; *Vården behöver tillgodose mina behov*, *Mötet med personalen är betydelsefullt* och *Sjukhusmiljön påverkar vårdvinsten*. Resultatet visade att klientcentrering, information och bemötande var betydelsefullt för patientens erfarenhet och upplevelse av vårdtillfället. Behovet av rehabilitering och planering inför hemgång visade sig i inte i alla fall vara tillfredsställt. I resultatdiskussionen diskuterar författarna kring den korta inläggningstidens betydelse och påverkan på klientcentrering, rehabilitering, planering inför hemgång i relation till möjligheter till en meningsfull och självständig vardag efter vårdtillfället. Studien har bidragit till kunskap om vikten av att arbeta klientcentrerat för äldre multisjuka patienter.

Nyckelord: Arbetsterapi, Klientcentrering, Rehabilitering, Multisjuklighet, Samordnad vårdplanering

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00 Lund.



LUND UNIVERSITY
Faculty of Medicine

Occupational Therapy programme

2016-05-09

Elderly patients with multimorbidity and their experiences of internal medical care and rehabilitation prior to returning home

Sandra Augustin & Emma Nilsson

Abstract

The elderly patient in Sweden has increased significantly in recent years. This can be explained by the fact that people are living longer. People over the age of 65 are expected to increase to 20-21 percent of the total population until the year of 2020. This sets higher demands on the health care system, especially with regards to internal medicine and geriatrics. In Sweden, the elderly generation accounts for a large part of the healthcare consumption. The aim of this study was to investigate experiences elderly patients with multimorbidity have of internal medical care and rehabilitation prior to returning home. A qualitative approach with semi-structured interviews was used to capture the patient's experiences of the health care. Ten patients participated in the study which was conducted at a hospital in the south part of Sweden. Data were analysed by content analysis and the three main categories that emerged were; *the health care have to meet my needs*, *the contact with the staff are of importance* and *the health care environment influences the hospital stay*. The results showed that the client centered-practice, information and attitude were significant for the patient's experience and perception of the care. However, the need for rehabilitation and planning before going home was not always met. The authors discuss the importance and impact of a short hospital stay on client-centered practice, rehabilitation, and planning of care in relation to opportunities for meaningful and independent living. The study contributes with knowledge about the importance of client-centered practice for older patients with multimorbidity.

Keywords: Occupational therapy, Client- centered practice, Rehabilitation, Multimorbidity,

Bachelor thesis

Department of Health Sciences, Occupational Therapy and Occupational Science, Box 157, S-221 00 Lund.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	1
Arbetsterapeutisk teori	1
Klientcentrering	2
Vården och den äldre patienten	3
Rehabilitering & teamarbete	4
Överbeläggning och utlokalisering	5
Samordnad vårdplanering	5
Problemområde	6
Syfte	6
Metod	7
Design	7
Kontext	7
Urval	7
<i>Beskrivning av undersökningspersonerna</i>	8
Datainsamling	8
Procedur	8
Dataanalys	9
Etiska överväganden.....	10
Resultat.....	11
Vården behöver tillgodose mina behov	11
<i>Få vård och rehabilitering för det jag sökte för</i>	12
<i>Vetskap om att det kommer fungera när jag kommer hem</i>	12
<i>Tidigare erfarenheter av vården har betydelse</i>	13
<i>Informationen ska vara anpassad till mig</i>	14
Mötet med personalen är betydelsefullt	15
<i>Personalen behöver möta mig där jag är</i>	15
<i>Möte med olika yrkestillhörigheter på avdelningen</i>	15
Sjukhusmiljön påverkar vårdvinsten	16
<i>Är där jag behöver vara för att få rätt vård</i>	16
<i>Den fysiska miljön behöver vara bra för mig</i>	17
Diskussion	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	21
Konklusion	23
Referenser.....	25

Introduktion

Antalet äldre i Sverige har ökat markant under de senaste decennierna. Vid millenniumskiftet hade Sverige högst andel äldre av den totala befolkningen i hela världen. Personer över 65 år i Sverige förväntas öka till 20-21 procent fram till 2020 vilket är en ökning med 15 procent sedan 2012. Detta innebär att äldre personer svarar för en stor del av sjukvårdskonsumtionen i landet. Detta kan förklaras med att den största delen av sjukvårdskonsumtionen sker under livets senare del (Dehlin & Rundgren, 2014). Den geriatriska patienten har vanligtvis organsvikt i mer än ett organsystem samtidigt vilket kallas multisjuklighet (Dehlin & Rundgren, 2014). Förutom att personer kan ha flera sjukdomar samtidigt påverkar detta åldrandet och den fysiska och psykiska kapaciteten. Därför måste olika strategier utvecklas under vårdtillfället för att meningsfulla aktiviteter ska kunna utföras vid hemgång. När personen vårdas på sjukhus förändras aktivitetsutförandet eftersom det sker förändringar i miljön, hos personen eller i aktiviteten. När kraven i miljön och i aktiviteten blir för stora i förhållande till personens kapacitet slutar personen att utföra de aktiviteter som blivit krävande att utföra (Lilja & Borell, 1997). I en studie gjord av Hess, Lynn, Conforti och Holmboe (2011) framkom att det var viktigt med bra rådgivning och bra åtgärder för äldre patienter som befann sig på sjukhus. För att detta ska kunna bli möjligt påpekar författarna i studien att det är viktigt att personalen lyssnar på patienternas önskemål och deras erfarenheter (Hess, Lynn, Conforti & Holmboe, 2011).

Bakgrund

Arbetsterapeutisk teori

Aktivitet har kopplats till hälsa sedan långt tillbaka i historien. Enligt den arbetsterapeutiska praxismodellen Canadian Model of Occupational Performance and Engagement [CMOP-E] är aktivitet allting som människan gör för att sysselsätta sig själv (Law, Polatajko, Baptiste & Townsend, 2002). Aktivitet kan delas in i tre olika aktivitetsområden: *skötselaktiviteter* vilket innebär allting människan gör för att ta hand om sig själv så som att till exempel att äta och sköta den personliga hygien, *fritidsaktiviteter*, vilket är det människan gör för nöje och njutning, till exempel att rita eller spela fotboll, samt *produktivitet* vilket innebär det människan gör för att bidra till samhället, till exempel förvärvsarbete, studier eller

volontärbete. Andra exempel på produktivitet är föräldraskap och hushållssysslor (Law, Polatajko, Baptiste & Townsend, 2002). För att uppleva en hälsosam livsstil menar Crist, Davis och Coffin (2002) att det måste det skapas en balans mellan dessa aktivitetsområden. Människan har ett grundläggande behov av aktivitet vilket är avgörande för upplevelsen av hälsa och hälsan påverkas av allting man gör i sitt dagliga liv. Inom arbetsterapi ses därmed hälsa som något mer än bara frånvaro av sjukdom. (Law, Polatajko, Baptiste & Townsend, 2002). Enligt Aktivitetsteorin som beskriver vikten av ett aktivt åldrande är det avgörande att i så stor utsträckning som möjligt fortsätta vara lika aktiv när man är äldre som tidigare i livet för att kunna uppleva hälsa och ett gott åldrande (Knapp, 1977). Vad som är en meningsfull aktivitet för en person behöver inte vara det för en annan utan meningsfullhet är individuellt och kulturellt fastställt (Law, Polatajko, Baptiste & Townsend, 2002).

Klientcentrering

När vården utgår från ett patientcentrerat arbetssätt innebär det att personalen visar respekt för patientens individuella behov och värderingar och planera vården utifrån detta. Det är därför viktigt att patienten ska vara delaktig i vården och få den information som behövs (Socialstyrelsen, 2015). Inom arbetsterapi har begreppet klientcentrering använts sedan länge och är av vikt för framgångsrik arbetsterapeutisk intervention. Enligt CMOP-E innebär klientcentrerad praxis att arbetsterapeuten och klienten tillsammans samarbetar för att uppnå aktivitetsmål som är meningsfulla för klienten. Genom att utgå från klientens önskemål, värderingar och mål strävar man tillsammans efter att möjliggöra meningsfull aktivitet. Arbetsterapeuten ser hela tiden till det dynamiska samspelet mellan de tre komponenterna i person, miljö- och aktivitet där förändring i någon av dessa kan påverka klientens aktivitetsutförande och tillfredsställelse i aktivitet. Personen är kopplad till miljön och aktiviteten sker i interaktion mellan personen och miljön. Det centrala i interaktionen mellan person, miljö och aktivitet är spiritualiteten. Spiritualitet är kopplad till den egna personen vilket får uttryck i allt vi gör, motivation och drivkraft (Law, Polatajko, Baptiste & Townsend, 2002).

I en studie gjord av Holm och Mu (2012) beskriver arbetsterapeuter vikten av att arbeta klientcentrerat under vårdvinstelsen, detta för att kunna uppfylla klientens önskemål vid utskrivningen. I studien framkom även att det var viktigt att få information från flera professioner, vilken roll klienten har hemma och hur familjesituation ser ut. Detta för att få en så bra bild som möjligt av klienten och vad klienten har för behov för att klara sig

självständigt hemma. För arbetsterapeuterna i studien var det viktigt att arbeta klientcentrerat för att fastställa klientens värde, tro och spiritualitet och låta detta ligga till grund för planeringen inför hemgång. Enligt arbetsterapeuterna var det även viktigt att lära känna patienten för att kunna sätta klientdrivna mål. I studien framkom det att många äldre patienter ville träna på personliga aktiviteter i dagliga livet som exempelvis kunna klara av toalettbesök, för att sedan kunna klara sig självständigt i sitt ordinära boende (Holm & Mu, 2012).

Vården och den äldre patienten

Ökningen av antalet äldre personer och deras sjukvårdsbehov ställer krav på allmänmedicin, internmedicin och geriatrik samt på utbildning för de yrkesverksamma inom geriatrik (Dehlin & Rundgren, 2014). Geriatrik kan definieras som *”läran om uppkomst, patofysiologi, diagnostik och terapi av sjukdomar hos äldre”* (Larsson & Rundgren, 2010, s. 63). Fokus inom geriatriken ligger alltså på sjukdomar utifrån åldrandets förutsättningar och patientens individuella sjukdomsbild, dessa patienter är ofta sköra och multisjuka (Dehlin & Rundgren, 2014).

Åldrandet kan enligt Larsson och Rundgren (2010) beskrivas utifrån fyra aspekter: *kronologisk ålder, social ålder, psykologisk ålder* och *biologisk ålder*. Den biologiska åldern beskriver individens fysiologiska funktionsförmåga samt positionen individen befinner sig i relation till den möjliga livslängden. Även funktion och kapacitet hos kroppens organ är den del av det biologiska åldrandet (Larsson & Rundgren, 2010). Socialstyrelsens (2011) definition av multisjuklighet är *”Personer som under en 12 månadersperiod har varit inskrivna inom slutenvården tre gånger eller fler med diagnoser ur olika diagnosgrupp- per enligt internationella klassifikationssystemet ICD-10”*. De multisjuka patienterna förekommer ofta på internmedicinska avdelningar. Internmedicin är en läkarspecialitet och slutenvårdsspecialitet som behandlar sjukdomar i kroppens inre organ. Personal på en internmedicinsk avdelning behandlar bland annat multisjuka patienter som drabbats av exempelvis diabetes eller lungsjukdomar (Nestor, 2013).

Eftersom det för äldre personer med multisjuklighet är viktigt att bibehålla sina aktiviteter i det dagliga livet Miller & Butin (2000), har arbetsterapeuterna en stor roll inom rehabiliteringen. De arbetar för att göra det möjligt att återfå, bibehålla eller främja funktioner och aktivitet efter en sjukdom eller skada och när funktionsnedsättningar uppstår.

Arbetsterapeuten arbetar bland annat med att förbättra individens förmåga att utföra dagliga aktiviteter och arbetar tillsammans med patienten för att minska de hinder som finns i individens hemmiljö (Miller & Butin, 2000).

Rehabilitering & teamarbete

Vårdkedjan kan se mycket olika ut under ett sjukdomsförlopp beroende på stora lokala variationer i vårdutbudet. En välutvecklad vårdkedja med effektiv akutsjukvård och rehabilitering är avgörande för att de äldre ska kunna få god vård (Dehlin & Rundgren, 2014). Socialstyrelsens (2010) definition av rehabilitering lyder; *”Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”*.

För äldre personer som är multisjuka är det viktigt med kontinuitet samt trygghet vid kontakt med vården (SKL, 2012). För att göra vårdtiden så bra som möjligt för patienterna finns det geriatriska specialister som har lång erfarenhet och stor kunskap inom området. I det geriatriska teamet samarbetar olika professioner som alla besitter olika kunskap och de arbetar tillsammans för att nå ett gemensamt mål (Deschodt, Flamaing, Haentjens, Boonen & Milisen, 2013). Inom geriatriken talar man därför om det interdisciplinära teamet som består av läkare som är medicinskt ansvarig och samordnar insatserna tillsammans med sjuksköterskan. Teamet består även av fysioterapeut som bland annat bedömer och tränar patientens muskelfunktion, balans och koordination samt arbetsterapeuten som bedömer och tränar i vardagliga aktiviteter som patienten upplever som svåra (Löck, 2006). Teamets huvuduppgift är rehabilitering som kan delas in i fyra olika kunskapsområden: *funktionellt, medicinskt, psykologiskt och socialt*. I rehabiliteringsprocessen är det viktigt att ge patienten och deras anhöriga praktisk hjälp, råd och stöd (Löck, 2006). För att möta de komplexa behoven hos svaga äldre patienter har en geriatrisk bedömningsmodell Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) införts på många sjukhus i Europa (Deschodt, Flamaing, Haentjens, Boonen & Milisen, 2013). Denna kallas i Sverige för strukturerat omhändertagande av äldre (SBU, 2013). Med modellen fastställer personalen de äldre personernas medicinska, psykologiska samt deras funktionsförmågor. Detta för att kunna utarbeta en behandlingsplan. Denna åtgärd har visat sig vara till stor nytta för äldre patienter. Under vårdtillfället är patienten under uppsyn av ett specialiserat team med stor geriatrisk kunskap och erfarenhet (SBU, 2013). Efter en granskning som Statens beredning för

medicinsk utvärdering (2013) gjort visar det sig att genom att arbeta strukturerat omhändertagande inom geriatriken bidrar det till en förbättrad funktionsförmåga och ökad möjlighet för den äldre att bo kvar i sitt ordinarie boende efter att legat på sjukhuset. Ett arbetssätt för att patienter ska kunna återgå till ett självständigt liv efter vårdvistelsen är Acute Care of the Elderly (ACE). En studie av Ahmed, Tatlor, McDaniel & Dyer (2012) visar att detta arbetssätt har lett till bättre omvårdnad då teamet har en bra kommunikation som gjort att personalen kunde lägga mer fokus på de äldres behov. Genom ACE upplever patienterna större tillfredsställelse av sin vårdvistelse och de klara sig bättre hemma efter utskrivning från sjukhuset (Ahmed, Tatlor, McDaniel & Dyer, 2012).

Överbeläggning och utlokalisering

Idag är överbeläggning på sjukhusen ett vanligt förekommande fenomen som betyder att antalet belagda vårdplatser överstiger antalet disponibla vårdplatser. Detta leder i sin tur till utlokalisering av patienter som innebär att en patient vårdas på annan avdelning än där han/hon borde ha vårdats utifrån diagnos/sjukdomsbild. Överbeläggningar och utlokalisering utgör en risk för patientsäkerheten (Region Skåne, 2011). Kraven på korta vårtider har med detta ökat. Dagens neddragning av sjukhusens slutenvårdsplatser riskerar dock att medföra otillräcklig tid för adekvat utredning och behandling av äldre patienter. Många av sjukhusens tidigare uppgifter och ansvar har därmed förts över på den kommunala vården och omsorgen vilket har lett till att många sjuka äldre vårdas på särskilda boenden med undantag för kortare perioder på sjukhus (Dehlin & Rundgren, 2014). För många äldre patienter som skrivs ut till hemmet kvarstår dock ett vårdbehov som ska tillgodoses av hemsjukvård och hemtjänst. Detta ställer höga krav på vårdplanering och information mellan vårdgivarna (Dehlin & Rundgren, 2014).

Samordnad vårdplanering

Äldre patienter besöker ofta akutsjukvård och ungefär hälften av besöken inom akutsjukvården på sjukhusen består av patienter över 65 år. Vårdtiderna är generellt korta och många kan snabbt återvända hem. Trots detta är det många personer som inte kan återgå till en fungerande vardag på grund av det kroniska sjukdomstillståndet eller funktionsnedsättningarna. Många är i behov av långvarig rehabilitering eller omfattande vård och omsorg (Dehlin & Rundgren, 2014). Det är därför viktigt att planeringen för hemgången blir så optimal som möjligt och svarar på patientens behov. Därför görs vid behov en samordnad vårdplanering [SVPL] vilket innebär att det medicinska ansvaret överförs från en

vårdgivare till en annan. Detta är ett viktigt steg i vård-och rehabiliteringsprocessen (Kommunförbundet Skåne & Region Skåne, 2011). Det önskade resultatet av vårdplaneringen är en samordnad vårdplan som ska beskriva vilka insatser slutenvården, primärvården och kommunen ska tillhandahålla patienten vid utskrivningen. Den samordnade vårdplaneringen ska ske i samråd med patienten och dennes integritet ska respekteras vilket betyder att patienten kan tacka nej till det. Rutinerna för SVPL kan se olika ut på olika kliniker men ska grunda sig på professionalitet, ömsesidig tillit och samförstånd mellan de berörda parterna (Kommunförbundet Skåne & Region Skåne, 2011). Att förebygga vård och utföra relevanta utskrivningsplaner är därför avgörande för att minska risken att patienter återvänder till sjukhuset (Holm & Mu, 2012).

Problemområde

Antalet äldre ökar för varje år, samtidigt som vårdbehovet ökar med den stigande åldern. Detta ställer krav på vården och de yrkesverksamma inom geriatrik och internmedicin, där många äldre erhåller vård. Det är därför viktigt att nya metoder och tillvägagångssätt uppdateras för att möta dessa patienters behov. För att göra detta krävs ett multidisciplinärt team där arbetsterapeutens roll har stor betydelse för att skapa balans mellan den medicinska processen och den sociala processen av rehabilitering. Arbetsterapeuten har även stor inverkan på den äldre patientens möjlighet att återgå till ett aktivt och meningsfullt liv efter vårddagen. För att säkerställa att patientens vård tillgodoser behoven är det viktigt att se till dennes fullständiga vårdupplevelse. En studie som gjordes i USA av Hess, Lynn, Conforti och Holmboe (2011) visar att det saknas undersökningar om hur äldre patienter upplever sin vård på internmedicinska avdelningar. Författarna till studien påpekar att det är viktigt att undersöka patienters upplevelser under deras vårdtid för att kunna utveckla och göra vården bättre.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka äldre multisjuka patienters erfarenheter av internmedicinsk vård och rehabilitering inför hemgång.

Metod

Design

Studien är en tvärsnittsstudie med en kvalitativ ansats som enligt Lundman & Hällgren-Granheim (2012) används för att beskriva personers upplevelser, erfarenheter och uppfattningar.

Kontext

Deltagarna i studien hade fått internmedicinsk vård på ett sjukhus i södra Sverige. Hälften av deltagarna var ineliggande på en internmedicinsk avdelning och erhöll vård av avdelningens team. Den andra hälften av deltagarna var utlokaliserade det vill säga ineliggande på andra avdelningar inom sjukhusområdet på grund av platsbrist och erhöll internmedicinsk vård från den aktuella avdelningen samt ett internmedicinskt mobilt team.

Urval

Inklusionskriterier för deltagarna var att de skulle vara 65 år och äldre, vara multisjuka och bo i ordinärt boende samt vara svensktalande med en god kognitiv förmåga. Deltagarna skulle även vara ineliggande på den internmedicinska avdelningen alternativt vara internmedicinsk patient utlokaliserad till annan avdelning samt vid intervjutillfället vara så nära utskrivning som möjligt. Inklusionskriterierna valdes eftersom patienter på de internmedicinska avdelningarna i regel aldrig var under 65 år. Inget ålderstak angavs för att få en spridning bland deltagarna. De flesta deltagarna på avdelningen var multisjuka vilket därför blev ett naturligt kriterium. Deltagarna skulle bo i ordinärt boende på grund av att de ofta har ett större behov av planering inför hemgången. Genom att ha detta kriterium hoppades författarna på mer värdefull information kring planering och arbetsterapeutens roll i vårdupplevelsen. Att deltagarna även skulle vara svensktalande och ha en god kognitiv förmåga, motiverades för att underlätta det informerade samtycket, intervjun och vidare analys. För att få en så fullständig bild av patientens erfarenhet av den internmedicinska vården och rehabilitering inför hemgång ansåg författarna att patienter från både den internmedicinska avdelningen och utlokaliserade internmedicinska patienter skulle inkluderas i studien. Intervjun skulle ske så nära utskrivning som möjligt för att få en helhetsbild av vårdtillfället. Tjugotvå personer tillfrågades om att delta varav tio stycken tackade ja till medverkan. Detta innebar ett bortfall

på tolv stycken. Anledningen till bortfallen var att patienterna blev snabbt utskrivna, inte orkade svara på frågor eller blev flyttade till annan avdelning.

Beskrivning av undersökningspersonerna

Medelåldern hos deltagarna var 77 år. Den yngsta deltagaren var 65 år och den äldsta 90 år varav två patienter var kvinnor och åtta patienter var män. Patienterna vårdades på sjukhuset i två till tre dygn. Inläggningsorsakerna bland deltagarna var lunginflammation, Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL), hjärtklappning, pleurit, lungemboli och urinvägsinfektion.

Datainsamling

Med hjälp av semistrukturerade intervjuer fick författarna möjlighet att förstå deltagarnas erfarenheter genom att de med egna ord berättade om sin syn på olika situationer (Danielson, 2012). Genom en intervjuguide utformad av författarna fokuserades frågeområdena; delaktigheten under vårdvistelsen, bemötande på avdelningarna, planering inför hemgång, information som patienten erhållit under vårdvistelsen, samt vårdvistelsen som helhet (se bilaga 1). Inspirationen till frågeområdena fick författarna genom samtal med en arbetsterapeut på en internmedicinsk avdelning. En nyfikenhet hos författarna väcktes kring arbetsterapeutens roll på avdelningen och hur vårdvistelsen ser ut för patienterna. Handledaren för studien granskade intervjuguiden och innan intervjuerna tog plats testades frågeguiden på två utomstående för att minimera risken att frågorna inte skulle uppfattas korrekt av intervjupersonen och för att maximera svarsutrymmet (Patel & Davidsson, 2011). Alla intervjuer spelades in för att uppmärksamma patientens egna ord, tonfall och pauser (Trost, 2010).

Procedur

Verksamhetschefen för de aktuella avdelningarna och det mobila teamet kontaktades för att sedan vid ett möte diskutera en tidigare undersökning som gjorts i ämnet.

Verksamhetschefen fick ett informationsbrev om studien och därefter kunde författarna inhämta ett godkännande för att få utföra studien. Informationsbrev om studien tilldelades mellanhänderna det vill säga arbetsterapeuten och fysioterapeut i det mobila teamet samt arbetsterapeuten på internmedicinska avdelningen. Dessa ombads i brevet att välja ut patienter efter urvalskriterierna och tilldela dessa informationsbrev samt samtyckesblankett. På grund av tidsbrist valde författarna att hjälpa till att dela ut informationsbrev till patienter som mellanhänderna föreslagit. De tillfrågade deltagarna fick därefter cirka en dag på sig att ge sitt

informerade samtycke. Alla deltagarna blev noggrant informerade om studiens syfte, att studien var frivillig och att de när som helst under studiens gång kunde välja att avsluta sin medverkan utan några konsekvenser för vården.

Intervjun genomfördes därefter med patienter ineliggande på någon av avdelningarna, så nära utskrivningsdatumet som möjligt. Plats för intervju erbjöds, alternativt att deltagaren själv föreslog plats. Intervjuerna tog plats antingen i patientrum, samtalsrum eller konferensrum på avdelningarna. Under tre veckor genomfördes tio intervjuer med båda författarna närvarande, där en författare intervjuade och den andra observerade och i vissa fall ställde enstaka frågor. Vid intervjun ombads intervjupersonen att fritt berätta om sin vårdupplevelse och erfarenhet relaterade till de olika frågeområdena i intervjuguiden, vid behov ställdes klargörande frågor till deltagarna. Intervjuerna tog mellan 15 och 45 minuter.

Vid varje intervju avkodades intervjumaterialet med beteckningar som angav om de vårdats på internmedicinsk avdelning eller om de var utlokaliserade. Transkriberingen av intervjuerna skedde efter varje intervju. De första intervjuerna transkriberades gemensamt av båda författarna för att sedan transkriberas var för sig. Därefter analyserades texten av den första intervjun av båda författarna tillsammans för att sedan analyseras var för sig.

Dataanalys

Analysen av materialet skedde genom en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. En kvalitativ innehållsanalys innebär en beskrivning av variationer genom identifiering av skillnader och likheter i texten (Kristensson, 2014). Meningsbärande enheter plockades ut som författarna ansåg svara på studien syfte (Tabell 1). Därefter kodades dessa genom att sammanfatta dem i en kortfattad mening. Dataanalysen avslutades genom att författarna diskuterade likheter och skillnader med koderna, detta för att dela in dem i underkategorier och huvudkategorier (Kristensson, 2014).

Tabell 1 Exempel på analys av meningsbärande enhet

Meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Jag är mest nöjd med det trevliga bemötandet, det uppväger det mesta och gör allt lite lättare när man har bra personal runt sig.	Bra bemötande gör vårdvistelsen lite lättare.	Personalen behöver möta mig där jag är.	Mötet med personalen är betydelsefullt.

Etiska överväganden

Författarna utgick under studiens gång från Vetenskapsrådets (2002) individskyddskrav det vill säga de fyra allmänna huvudkraven för forskning. De allmänna huvudkraven följdes genom att deltagarna informerades om studiens syfte, deras uppgift och villkor för medverkan det vill säga informationskravet. Deltagarna fick även skriftlig och muntlig information om frivilligt deltagande samt rätten att avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång utan vidare konsekvenser. Deltagarna tillfrågades även om intresse om att ta del av studiens resultat och var detta skulle komma att offentliggöras. Författarna inhämtade även samtycke från deltagarna enligt samtyckeskravet genom en samtyckesblankett och deltagaren gavs rätten att självständigt bestämma olika aspekter av deltagandet i studien så som om, hur länge, var och på vilka villkor denne skulle delta. Så om deltagaren ville avbryta intervjun hade denne rätten att göra så (Vetenskapsrådet, 2002). Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att information om personuppgifter förvarades så att ingen obehörig kunde ta del av dem. Uppgifter som skulle kunna härleda till deltagarna avrapporterades för att omöjliggöra identifiering och deltagarna kodades även med bokstäver. Den insamlade informationen till studien nyttjades enligt nyttjandekravet, alltså enbart i forskningssyfte under uppsatsens genomförande och kommer inte att lånas ut för annat ickevetenskapligt syfte, beslut eller åtgärder (Vetenskapsrådet, 2002).

Resultat

Äldre multisjuka patienters erfarenheter av internmedicinsk vård och rehabilitering inför hemgång beskrivs nedan genom tre huvudkategorier: vården behöver tillgodose mina behov, mötet med personalen är betydelsefullt och sjukhusmiljön påverkar vårdvistelsen.

Huvudkategorierna är uppbyggda av de underkategorier som framkom i intervjuerna.

Tabell 2 Äldre multisjuka patienters erfarenheter av internmedicinsk vård och rehabilitering inför hemgång

Huvudkategorier	Underkategorier
Vården behöver tillgodose mina behov	Få vård och rehabilitering för det jag sökte för. Vetskap om att det kommer fungera när jag kommer hem. Tidigare erfarenheter av vården har betydelse. Informationen ska vara anpassad till mig.
Mötet med personalen är betydelsefullt	Personalen behöver möta mig där jag är. Tillgång till den personal jag behöver. Möte med olika yrkestillhörigheter på avdelningen.
Sjukhusmiljön påverkar vårdvistelsen	Den fysiska miljön behöver vara bra för mig. Är där jag behöver vara för att få rätt vård.

Vården behöver tillgodose mina behov

Denna huvudkategori kartlägger deltagarnas upplevelser av vad som är betydelsefullt för att kunna komma hem. Utifrån hur deltagarna beskrev sitt vårdtillfälle framkom att det viktigaste för många var att få den medicinska vård de hade behov av för att kunna bli friska och återvända hem. Majoriteten av deltagarna beskrev att de fått öva sig på att gå i korridoren, alltså ”gångträna” under sin sjukhusvistelse, som en förberedelse inför hemgång. Många ansåg sig redo att komma hem och hade antingen inga svårigheter i vardagen eller så var

deras behov tillgodosedda på olika sätt som exempelvis av hemtjänsten. Det fanns emellertid deltagare som såg vissa utmaningar i att komma hem och kände därför en viss oro inför detta. Deltagarna hade tidigare varit inlagda på sjukhus och hade därför erfarenheter som de i intervjun jämförde med detta vårdtillfälle. Informationen som erhållits av deltagarna beskrevs ofta som bra och lättförståelig då det gav en klar bild av vad som skulle hända under vårdvistelsen och när hemgång skulle bli aktuell. Trots detta fanns det deltagare som inte upplevt informationen som lättförståelig eller tillräcklig.

Få vård och rehabilitering för det jag sökte för

Att få rätt medicinsk behandling under vårdtillfället ansåg majoriteten av deltagarna var en viktig del under vårdvistelsen. Det som framför allt betonades var att bli frisk och bli kvitt de åkommor de blivit inlagda för.

Intervjuare (I): *Vad skulle du säga är det viktigaste för dig under tiden här på avdelningen?*

Deltagare (D): *det är att jag blir frisk, det är det enda jag vill.*

Trots att majoriteten av deltagarna ansåg att den medicinska behandlingen var viktigast framkom det att även rehabilitering inför hemgång var betydelsefull för deltagarna. Något som flera deltagare nämnde var att de fått gångträning av en fysioterapeut och en arbetsterapeut vid minst ett tillfälle under deras vårdvistelse. De beskrev att de fått prova eller träna på att gå med eller utan gånghjälpmedel.

... ja, jag gick själv dit där men det tog på mig och när jag kom tillbaka behövde jag hjälp.

Det fanns dock deltagare som inte fått någon gångträning då de inte funnits tid eller att de inte haft något behov av träning.

Vetskap om att det kommer fungerar när jag kommer hem

Deltagarna reflekterade kring vikten av att ha gjort en planering inför hemgång och att de ville känna sig förberedda inför återgång till vardagen. Majoriteten av deltagarna uttryckte att de skulle komma att ha någon form av svårighet eller utmaning i vardagen vid hemgång så som att exempelvis sköta hushållsarbetet och att handla, några uttryckte att de inte var förberedda inför detta. Två deltagare uttryckte följande svårigheter i vardagen:

Jag har ju en förträngning så jag kan liksom inte komma upp med armarna så här, så jag kan ju inte ta något uppe på en hylla, klart jag kan hjälpa upp en bit, men det innebär ju att jag inte kan ta ner något, en kopp eller något som står där uppe, då får jag ju ropa på min fru att hon tar ner den, så det är lite jobbigt så.

... jag kan alltså inte knäppa min knappar och inga saker med mina fingrar kan jag utföra.

Något som framkom var att inte alla deltagare hade diskuterat hemgången med personalen eller pratat om vårdplanering eller blivit erbjuden detta. Några deltagare nämnde att de själva eventuellt skulle kontakta kommunen när de kommit hem för att få hjälp med exempelvis handling. En deltagare hade haft en vårdplanering under vårdtillfället där det beslutats om att få hjälp av hemtjänsten med inköp. Detta på grund av att deltagaren skulle sluta köra bil, något som denne beskrev som ett behov men ändå en förlust.

I: Kommer ni få hjälp med att handla nu?

D: ja det är väl sagt att det, men det blir ju inte, det är en form utav livsglädje att kunna gå och handla sin mat. Det är det.

Några deltagare ansåg att vardagen fungerade bra och att de inte behövde någon planering eller förberedelse för att komma hem. En anledning till detta var att deltagarna sedan tidigare redan haft vårdplanering och fått hjälp från hemtjänsten i vardagen med olika aktiviteter som till exempel handling, städning och duschning vilket sedan skulle återupptas vid hemgången. Majoriteten av deltagarna hade sedan tidigare fått hjälpmedel och hade inget behov av nya. Vanliga hjälpmedel som nämndes bland deltagarna var rollator, rullstol, duschstol och toalettförhöjning. Även bostadsanpassning var utförd hos några deltagare. Några deltagare nämnde att de inte ville ha hemtjänst eller hjälpmedel, de ville klara sig utan detta. Trots detta fanns det deltagare som nämnde att de hade varit bra med vårdplanering men de ville vara självständiga och klara sig utan hemtjänst och hjälpmedel. I intervjuerna framkom det att majoriteten av deltagarna hade hjälp från anhöriga och ansåg därför inte ha ett behov av till exempel hemtjänst. Även om flera deltagare uttryckte att de skulle bli skönt att få komma hem och inte kunde se några svårigheter i detta, fanns det emellertid några som uttryckte en viss osäkerhet eller oro i att komma hem.

... nej, nej. Jag oroar mig bara för att vi ska klara oss där hemma, min fru och jag.

Tidigare erfarenheter av vården har betydelse

Majoriteten av deltagarna hade på grund av tidigare sjukdomstillstånd varit inlagda på sjukhus och en del hade varit inlagda mer än en gång. Detta innebar att de hade olika erfarenheter av vården. Något som framkom under intervjuerna var att några deltagare jämförde den aktuella vårdvistelsen med tidigare tillfällen. Det som framför allt betonades som en positiv aspekt under vårdtillfället var bemötandet på vårdavdelningen men även sjukhusmiljön hade en betydande roll för deltagarna.

D: ... och det var ju en fars sista dan, jag tror jag flyttade från säng till säng fyra gånger.

I: Oj då, men denna gång har det varit bättre?

D: Ja det har varit bra.

Majoriteten av deltagarna jämförde sina olika vårdvistelser. Några deltagare berättade att de upplevt ett sämre bemötande under sitt nuvarande vårdtillfälle jämfört med tidigare. En deltagare hade tidigare haft bra erfarenheter bland annat vad det gällde bemötandet under vårdtillfället vilket denne inte upplevde som positivt denna gång. En annan deltagare hade problem att använda sina händer i aktivitet och ville ha hjälp med detta trots att det inte var inläggningsorsaken. Deltagaren fick besked om att inget medicinskt kunde förbättra tillståndet varpå kontakt med arbetsterapeut kom på tal i intervjun. Deltagaren var dock negativt inställd till att träffa arbetsterapeut på grund av tidigare erfarenheter där arbetsterapeuten inte kunnat hjälpa.

I: jag hoppas du får prata med någon arbetsterapeut också för just det här med händerna och om du kan få lite tips i vardagen. För det är många småsaker som man kan titta på och som kan underlätta och det kan vara svårt att hitta dem sakerna själv. Det kan vara rätt skönt att få lite tips av någon annan.

D: jo fast jag tror inte på det.

Informationen ska vara anpassad till mig

Informationen som deltagarna fick under vårdtiden var varierande. Majoriteten av deltagarna var nöjda med vården då de blev informerade om vad som skulle ske under deras vårdvistelse och att informationen var lätt att förstå.

Det har varit lätt att förstå informationen och har den inte det så har jag fått fråga igen, jag vill ju veta vad som ska hända.

Det fanns dock deltagare som upplevde att de inte fått så mycket information om vad som skulle hända. Några önskade få mer information eftersom det blev ett orosmoment att inte veta vad som skulle hända. Det som framförallt betonades var att deltagarna inte fått någon information om hur länge de skulle vara kvar på sjukhuset.

Jag kan bara vänta och vänta, jag tycker det är lite onödigt att ta upp en sängplats i detta läge. De kunde ju lika gärna ställa in mig i en garderob eller skicka hem mig.

Några deltagare upplevde att det var svårt att förstå informationen, det var främst det medicinska språket som skapade en osäkerhet. Under intervjuerna framkom det att några deltagare behövde mer information om vad de olika yrkesprofessionerna kunde hjälpa till med

Jag tror inte att en arbetsterapeut kan hjälpa mig med tips i vardagen.

Mötet med personalen är betydelsefullt

Denna huvudkategori handlar om olika aspekter av bemötandet som patienterna upplevde när de låg på en vårdavdelning och hur detta påverkade deras upplevelse av vårdvistelsen.

Deltagarna lyfte bland annat hur viktigt det var att ha ett samspel med vårdpersonalen och att få den hjälp som behövdes under sjukvårdsvistelsen. Vikten av att veta vilka olika yrkesprofessioner som patienten kommit i kontakt med var något som också lyftes fram då detta annars skapade en osäkerhet.

Personalen behöver möta mig där jag är

Majoriteten av deltagarna uttryckte att kontakten med vårdpersonalen hade fungerat bra. Personalen var vänlig och de hade fått ett bra bemötande. Deltagarna uttryckte också att personalen hade lyssnat på deras önskemål.

Personalen har lyssnat på mig och jag har fått den hjälp jag behöver.

Det fanns dock deltagare som ansåg att personalen inte tagit sig tid till att prata med dem. Några deltagare berättade att de inte fick någon bra kontakt med vårdpersonalen, och de kände sig inte delaktiga under vistelsen.

Alla professioner lyssnar inte lika mycket, känner mig inte så viktig.

En deltagare berättade under intervjun att bemötandet med vårdpersonalen inte hade varit så bra.

Jag kan väl inte säga att det har varit dåligt, det har det inte varit. Men det har väl inte varit toppen heller tycker jag. Har inte fått så bra kontakt på den här avdelningen jämfört med där jag var innan.

Något som flera deltagare berättade var att de inte hade så mycket att säga till om, de fick rätta sig efter personalen då de har sitt system att arbeta efter.

Finner mig i vad vårdpersonalen säger och protesterar inte.

Möte med olika yrkestillhörigheter på avdelningen

Från intervjuerna framkom att majoriteten av deltagarna hade kommit i kontakt med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Deltagarna beskrev att de träffat dessa professioner dagligen. Andra yrkesprofessioner som varit närvarande under vårdvistelsen var arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Flera deltagare uttryckte att de inte hade varit lika närvarande som de andra yrkesprofessionerna.

... ja, jag har träffat läkaren som är specialist på det här, så jag hoppas han kommer idag. Sen så är det sjuksköterskor, undersköterskor som jag också pratat med. Arbetsterapeuten är engagerad men har samtidigt en gräns.

En deltagare berättade att många möten med olika yrkesprofessioner flera gånger om dagen skapar en osäkerhet om vem som var vem.

Ja fråga mig inte, här springer personal, ja jag vet inte var de kommer ifrån. Jag vet inte vem jag har kontakt med egentligen.

Sjukhusmiljön påverkar vårdvinstelsen

Denna huvudkategori belyser hur miljön påverkade deltagarnas upplevelse av vården.

Deltagarna berättade om hur viktigt det var att få tillgång till rätt vård oavsett vårdavdelning.

Det framkom att majoriteten av deltagarna ansåg att det var viktigt att vara omgiven av människor och få bra kontakt med sina rumskamrater. Trots detta kan vårdmiljön även ha en negativ effekt på återhämtning och tillfrisknande då deltagarna delar rum med andra patienter.

Är där jag behöver vara för att få rätt vård

Deltagarna som befann sig på den internmedicinska avdelningen upplevde att de var nöjda med den vårdplats de hade och att det fungerade bra på avdelningen.

... jag är alltså mer än nöjd, det är jag. Jag tycker jag fått en fin plats och fin upppassning här på avdelningen.

Vikten av att vara på den plats där personalen är specialister har betydelse för hur deltagarna upplevde vården och det skapade en trygghet och förtroende för vården.

De har kunnat rådfråga kollegor kanske på andra avdelningar så som hjärta och infektion eller vad det nu är.

Några av deltagarna som var utlokaliserade upplevde att de inte fick prata med rätt personal och som hade den kompetens som behövdes. På grund av platsbrist fick de tillhöra en annan avdelning som inte var specialiserad på just den sjukdomen som deltagaren hade.

Jag skulle ju vilja träffa den personen som har hand om detta och som kan ge mig ett besked om hur det kommer att gå. Här finns en läkare, men han är inte lungläkare, och han kan alltså inte ge något besked.

Den fysiska miljön behöver vara bra för mig

Sjukhusmiljön kan ha en negativ påverkan på patienters återhämtning. Vanligtvis på den internmedicinska avdelningen delar patienterna rum med andra. En deltagare beskrev att det ständigt kom nya människor, anhöriga kom flera gånger om dagen och personer som ständigt pratade i telefon. Detta upplevde deltagaren som ett störande moment då han behövde lugn och ro. Denne beskrev också att de var svårt att sova på natten på grund av störande ljud och var därför tvungen att ta insomningstablett.

D: ... Och så kom de ju vid halv 11, hade precis somnat, sen så hade de hustrun med sig, och de pratade, och de ringde i telefon till vänner och bekanta och ja de va hemskt.

I: Då fick du ingen lugn och ro?

D: Nej jag fick begära öronproppar. Ja man blir trött och irriterad när man ligger vaken.

En annan deltagare trivdes väldigt bra i sitt rum då rumskamraten gjorde vistelsen trevligare.

Det är min rumskamrat som är speciell, vi har kommit väldigt bra överens. jag har trivts bra i hopa med honom i alla fall, det gör... det är halva grejen.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka äldre multisjuka patienters erfarenheter av internmedicinsk vård och rehabilitering inför hemgång. De områdena som deltagarna belyste i studien var: *vården behöver tillgodose mina behov, mötet med personalen är betydelsefullt och sjukhusmiljön påverkar vårdvistelsen.*

Resultatet *vården behöver tillgodose mina behov* speglar vikten av en klientcentrerad vård inom internmedicinsk vård och rehabilitering inför hemgång. Deltagare berättade att det medicinska behovet av vård för att bli frisk initialt var stort. Därför blev det medicinska behovet tillgodosett första delen av vårdtillfället. En deltagare beskrev att den medicinska vård som prioriterades inte var den som var viktigast för denne längre utan det som var viktigast var relaterat till rehabilitering inför hemgång. Den medicinska åkomman som deltagaren ville ha hjälp med kunde kanske inte åtgärdas medicinskt men deltagaren skulle möjligtvis kunna bli hjälpt av arbetsterapeutiska interventioner. En studie har visat på vikten av att arbeta klientcentrerat genom att beakta klientens önskemål, värderingar och mål för att

kunna nå de mål som är meningsfulla för klienten (Law, Polatajko, Baptiste & Townsend, 2002). När klientens önskemål inte blir uppfyllda kan detta påverka upplevelsen av internmedicinsk vård och tillbakagång till vardagen. En annan aspekt av att *vården behöver tillgodose mina behov* och klientcentrerad vård är informationen under vårdvistelsen. Deltagarna i studien beskrev att informationen de fick under vårdtillfället bidrog till att de var nöjda med vården. Det som framhölls gällande informationen var vikten av att förstå den samt att få information om vad som skulle ske under vårdvistelsen. Några menade dock att informationen inte var tillräcklig och att det bidrog till oro om vad som skulle ske under vårdvistelsen. Informationen som erhöles beskrevs i vissa fall som svårförståelig vilket även skapade osäkerhet hos vissa deltagare. Enligt Socialstyrelsen (2009) har det i tidigare studier visat sig att vården inte alltid uppfyller Hälso- och Sjukvårdslagen när det kommer till att informera patienten och diskutera behandlingsmöjligheter. Det är även av vikt att klienten är delaktig i vården och får den information som behövs för att kunna vara detta (Socialstyrelsen, 2015). Informationen som klienten får under vårdvistelsen behöver vara anpassad efter personens förutsättningar för att aktivt kunde medverka i vården och rehabiliteringsprocessen.

En övervägande del av deltagarna framhöll att *mötet med personalen är betydelsefullt* under vårdtillfället. Några deltagare uttryckte att de fick den hjälp som behövdes och att personalen tog sig tid och lyssnade på dem. Trots detta visade resultatet att andra deltagare upplevde att personalen inte tagit sig tid för dem samt att de inte fick det bemötandet som de ville ha. Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 1982:763) har det visat sig att klientcentrering kan uppnås genom att personalen visar respekt för klientens självbestämmande och främjar god kontakt mellan klient och vårdpersonal samt tillgodoser behovet av kontinuitet och säkerhet i vården (SFS 1982:763). För äldre personer som är multisjuka är det viktigt med kontinuitet samt trygghet vid kontakt med vården (SKL, 2012). I enlighet med studiens resultat visar olika studier även på att vården inte uppfyller Hälso- och Sjukvårdslagen när det gäller att informera patienten och diskutera behandlingsmöjligheter (Socialstyrelsen, 2009). Forskning visar även att genom att göra patienterna mer delaktiga i vårdförloppet förbättras vårdens resultat (Socialstyrelsen, 2009). Ett sätt att tillgodose klientcentrering är genom att arbeta i geriatriska team som utgår från patientens behov. Teamet träffas regelbundet och har en nära kontakt med patienten. I en tidigare studie av Ahmed, Tatlor, McDaniel & Dyer (2012) har detta visat sig vara betydelsefullt för klienterna. De upplevde större tillfredsställelse under

vårdtiden eftersom personalen haft stort fokus på patientens behov (Ahmed, Tatlor, McDaniel & Dyer, 2012).

I intervjuerna ställdes frågor om rehabilitering inför hemgång och i kategorin *vården behöver tillgodose mina behov* framkom att vissa deltagare träffat arbetsterapeut och sjukgymnast, medan andra inte hade haft tid för den rehabiliterande delen av vården trots att de möjligtvis hade behov av det. En deltagare uttryckte att den inte hade haft tid att träna med arbetsterapeuten. Några deltagare berättade även att de hade hjälp av anhörig hemma, något som förutom svårigheter i vardagen också skulle kunna tyda på ett ökat behov av rehabilitering inför hemgång. Patienten kan behöva utveckla nya strategier vid hemkomst för att kunna upprätthålla tidigare aktivitetsmönster och utföra meningsfulla aktiviteter i vardagen (Lilja & Borell, 1997). Rehabiliteringen syftar vidare till att ge patienten och anhöriga verktyg för att klara sig självständigt i hemmet efter vårdtillfället i form av praktiska råd, stöd och hjälp (Löck, 2006). Den korta inläggningstiden skulle kunna innebära att arbetsterapeuten enskilt inte hinner bilda sig en uppfattning av patienten och dennes situation för att kunna göra bedömning av behov av rehabilitering och insatser inför hemgång. Därför behövs möjligtvis ytterligare utveckling och effektivisering av inhämtning av information kring klientens situation. I studier har det visat sig effektivt att inhämta information från flera professioner om vilken roll patienten har hemma och hur familjesituationen ser ut för att få en så fullständig bild av patienten och dennes behov för att klara sig så självständigt i hemmiljön som möjligt (Holm & Mu, 2012). Teamarbete är därför av vikt då man kan ta hjälp andra professioner som exempelvis sjuksköterska och undersköterska som träffar patienten ett flertal gånger under dagen. Vilket i sin tur skulle kunna underlätta rehabiliteringen inför hemgång. Det har även visat sig att förberedelse inför hemgång skulle kunna minska risken för återinläggning av patienten (Holm & Mu, 2012).

För att kunna återgå till en aktiv och meningsfull vardag efter vårdtillfället kan SVPL för vissa patienter vara en viktig del av vårdtillfället. Resultatet visade att endast en deltagare under sitt vårdtillfälle hade vårdplanering. Det fanns emellertid några deltagare som uttryckte en viss oro inför att komma hem och att svårigheter i vardagen skulle komma att finnas vid hemgång. Vissa av dessa hade inte blivit erbjudna vårdplanering under det aktuella vårdtillfället. Oron och svårigheterna som deltagaren uttryckte skulle kunna indikera ett behov av samordnad vårdplanering. Att efter vårdtillfället kunna återgå till att vara aktiv är av vikt för att kunna uppleva hälsa och ett gott åldrande (Knapp, 1977). Anledningen till att resultatet

visade på att få deltagare hade samordnad vårdplanering skulle kunna vara kopplat till att flertalet deltagare i studien hade haft det vid tidigare inläggningstillfällen och att deras behov gällande vardagen vid hemgång var oförändrat och redan tillgodosett.

Resultatet visade att behovet av den medicinska behandlingen hos övervägande delen av deltagarna initialt under vårdvistelsen var stort, vilket skulle kunna relateras till det biomedicinska hälsoperspektivet som enligt Medin och Alexanderson (2000) innebär frånvaro av sjukdom som grunden för hälsa. För att vara självständig i sin vardag vid hemkomst behöver dock behovet av den rehabiliterande delen av vården fokuseras, vilket kan relateras till det humanistiska hälsoperspektivet där man ser till helheten (Medin & Alexanderson, 2000). Även om olika hälsoperspektiv kan ses inom vården är det viktigt att även den rehabiliterande delen av vården får ta plats så tidigt i skedet som möjligt för att undvika att tiden inte räcker till. Detta för att hinna tillgodose patientens behov och möjliggöra en aktiv och meningsfull vardag efter vårdtillfället.

I resultatet framkom det också att *sjukhusmiljön påverkar vårdvistelsen*. I resultatet framkom det att en deltagare som var utlokaliserad inte fick den vård han ansåg sig behöva, detta på grund av att vårdpersonalen inte hade den specialkompetens som han var i behov av. I dagens samhälle är det vanligt att sjukhusen är överbelagda. Detta leder till utlokalisering av patienter. Enligt Region Skåne (2011) innebär detta en risk för patientsäkerheten. De deltagare som befann sig på den internmedicinska avdelningen beskrev att de fick den hjälp de behövde och att de var nöjda med vården. Detta skulle kunna innebära att det finns vissa skillnader beroende på vilken avdelning klienten befinner sig på. Enligt Deschodt, Flamaing, Haentjens, Boonen, & Milisen (2013) har det visat sig ha god effekt hos äldre patienter att arbeta med strukturerat omhändertagande av äldre. När äldre patienter tilldelas en speciell plats på en sjukhusavdelning är de under uppsyn av ett specialiserat mångfaldigt team med stor geriatrisk kunskap och erfarenhet. Teamet har ett stort fokus på geriatriska sjukdomar, vilket har en positiv inverkan på patientens återhämtning (Deschodt, Flamaing, Haentjens, Boonen, & Milisen, 2013).

I resultatet beskrev en deltagare att miljön var ett störande moment. Han beskrev att han inte fick någon lugn och ro och hade svårt för att sova på nätterna. I studien av Edvardsson (2008) undersöktes hur äldre personer upplevde miljön inom vården, det framkom bland annat att ljudnivån hade en stor påverkan på deltagarnas välbefinnande. Några saker som deltagarna

upplevde som störande var bland annat telefoner, hög ljudnivå, larmklockor. Även personalen kunde upplevas som störande då de pratade högt. Dessa faktorer ledde till att deltagarna upplevde en orolig miljö som gjorde att de inte kunde slappna av och varva ner (Edvardsson, 2008). Personer som är inlagda på sjukhus följer sjukhusets regler. Det innebär att det inte finns möjlighet att välja rum eller att välja vem man delar rum med. Miljön skulle möjligtvis kunna påverka äldre multisjuka patienters tid för vila och återhämtning efter sjukdom och i sin tur rehabilitering inför hemgång.

Metoddiskussion

Författarna har gjort en tvärsnittsstudie med en kvalitativ ansats. Denna ansats ansågs vara mest lämplig att använda då man ville undersöka personers upplevelser, erfarenheter och uppfattningar (Lundman & Hällgren- Granheim, 2012). Det visade sig att det var en bra ansats att använda sig av då syftet med studien var att fånga patienternas erfarenheter och beskrivning om den upplevda vården och rehabiliteringen inför hemgång.

Informationsblad delades ut till deltagarna, de fick cirka en dag på sig att bestämma om de ville delta i studien. Detta är något författarna anser ha en positiv påverkan på resultatet då deltagarna kunde fundera i lugn och ro utan någon press på att medverka och göra ett aktivt val. Ett av studiens urvalskriterier var att patienterna skulle vara så nära utskrivningen som möjligt. Detta var i vissa fall svårt då tilltänka deltagare ibland hann bli utskrivna innan intervjun kunde göras. Eventuellt skulle detta kunna undvikas genom att intervjua deltagarna efter utskrivning, men risken hade då varit att det blivit svårt att komma i kontakt med deltagarna och genomföra intervjun inom den givna tidsramen för studien.

En nackdel som författarna upptäckte under pågående arbete var att ett urvalskriterium saknades. Författarna ansåg att deltagarna skulle vara i behov av vårdplanering, detta för att få kännedom om patienternas rehabiliteringsbehov inför hemgång. Detta var något som upptäcktes när flertalet av intervjuerna genomförts. Resultatet kan ha påverkats då det inte var många som hade något rehabiliteringsbehov. Om författarna hade valt att ha detta som ett kriterium hade det kanske varit svårare att hitta lämpliga deltagare till studien. Användningen av en intervjuguide kan bidra till stabilitet och öka giltigheten av resultatet (Kristensson, 2014) då studiens syfte lyfts fram och intervjuerna på ett strukturerat sätt håller sig inom ämnet. Frågeområdena och frågorna baserades på studiens syfte. Intervjufrågor ska vara både tematiskt och dynamiskt strukturerade för att på så vis genom tematisering relateras till

studiens syfte. Intervjuerna började med frågor om inläggningsorsak vilket inte var relaterade till studiens syfte men som skapa ett positivt samspel mellan intervjuaren och intervjupersonen, frågorna var tematisk utformade för att svara på studiens syfte. Att frågorna är dynamiska underlättar för att bidra till ett positivt samspel och för att motivera och skapa utrymme för den intervjuade att tala om sina upplevelser med intervjuaren (Kvale, 1997). Intervjuguiden granskades och bearbetades tillsammans med handledaren för att öka tillförlitligheten och trovärdighet i det slutliga resultatet vilket är begrepp som kan användas inom den kvalitativa innehållsanalysen när man diskuterar hur trovärdigt ett resultat är (Lundman & Hällgren- Granheim, 2008). Intervjuguiden testades även på två utomstående innan den användes för att minimera risken att frågor inte skulle uppfattas korrekt av den intervjuade och för att maximera svarsutrymmet (Patel & Davidsson, 2011). Det visade sig sedan att några av frågorna trots detta behövde förtydligas ytterligare av intervjuaren för att den intervjuade skulle förstå och ge svar på det som intervjuaren verkligen frågade efter. Intervjuguiden följdes noggrant men vid enstaka tillfällen fanns det frågor som inte användes beroende på om den intervjuade redan hade gett svar på frågan eller för att frågan utifrån den intervjuades situation inte passade in. Följdfrågorna blev inte alltid heller desamma utan formades utifrån intervjuarens svar.

Vid analysen av intervjuerna upplevde ibland författarna till studien att fler följdfrågor hade behövt ställas för att få så uttömmande svar som möjligt, exempelvis gällande vardagen innan vårdtillfället och nuvarande förmåga att utföra Aktiviteter i Dagliga Livet [ADL] Detta för att fånga upp om det fanns rehabiliteringsbehov inför hemgång. Majoriteten av deltagarna hade inte haft vårdplanering, författarna anser att de hade varit intressant att veta om behov fanns för fortsatt rehabilitering.

Den övervägande delen av intervjuerna genomfördes med båda författarna närvarande men endast en av författarna ställde frågor förutom i enstaka fall då den andra författaren ställde kompletterande frågor vid behov. De intervjuer där detta inträffade kan ha påverkat resultatet eftersom fler följdfrågor ställdes. Att endast vara en intervjuare skulle kunna ha positiv påverkan på resultatet då den intervjuade möjligtvis känner mer trygghet och vågar öppna sig mer för intervjuaren. Enligt Trost (2010) finns risken att den intervjuade upplever ett slags maktövertag om intervjun genomförs av två personer, detta är något som författarna försökte minimera genom att den ena placerade sig i bakgrunden så att själva dialogen skedde mellan två personer istället för tre. Författarna försökte därmed minimera maktposition i relation till

den intervjuade. Stämningen och interaktionen med de intervjuade varierade. Den övervägande delen av intervjuerna fungerade bra medan enstaka fungerade sämre. Vid de intervjuerna där stämningen och interaktionen var sämre kunde författarna se mindre uttömmande svar och djup av intervju vid analysen av intervjuerna. Enligt Kristensson (2014) är detta ett vanligt fenomen då vi alla är olika som människor och integrationen med de vi intervjuar är olika.

Efter datainsamlingen påbörjades analys av materialet utifrån en kvalitativ innehållsanalys. En åtgärd som författarna vidtog var att alla intervjuer lästes igenom flera gånger, detta för att inte missa något och skapa en förståelse för innehållet. Författarna analyserade huvudkategorier och underkategorier tillsammans med hjälp av triangulering, för att öka resultatets tillförlitlighet och undvika att göra egna tolkningar av materialet (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2012). En annan åtgärd som författarna vidtog var att synliggöra analysprocessen i form av en tabell. För att få en bild om datamaterialets omfång har författarna nämnt hur lång tid intervjuerna varade i metoden. För att stärka deltagarnas upplevelse och påvisa vad deltagarna sagt under intervjun valde författarna att använda sig av citat i resultatet.

Konklusion

Resultatet visade att majoriteten av deltagarna i studien ansåg att bemötandet hade stor påverkan på deras upplevelse av vården. Deltagarna uttryckte att vårdpersonalen hade lyssnat på deras önsknings och att de blivit väl omhändertagna. Det medicinska behovet hade en stor påverkan på deltagarnas upplevelse av vården, att få rätt vård skapade en trygghet för dem. Det framkom dock att en deltagare inte ansåg att personalen prioriterat rätt vård. Något som också lyftes var vikten av att få information under vårdvistelsen. Majoriteten av deltagarna var nöjda med informationen och de ansåg att den var lätt att förstå. Dessa resultat visade att personalen arbetar klientcentrerat då de har en nära kontakt med patienterna och gör dem delaktiga under vårdtillfället. Trots detta var det några deltagare som önskat mer information om vad som skulle hända och hur länge de skulle stanna på sjukhuset. En annan aspekt som framkom var att deltagare som var utlokaliserade saknade den specialkompetens som personalen har på en internmedicinsk avdelning. Ytterligare studier behöver göras för att

undersöka vårdupplevelsen, detta för att kunna bidra till en förbättring av den internmedicinska vården. Den arbetsterapeutiska professionen skulle även kunna ha nytta av vidare studier. Detta för att belysa hur det klientcentrerade arbetssättet påverkar patienternas vårdupplevelse. Det hade även varit intressant att göra en jämförelse av vårdupplevelsen mellan patienter på en internmedicinsk avdelning och utlokaliserade patienter. Detta för att se om upplevelserna skiljer sig från varandra, då resultatet visar att några deltagare som var utlokaliserade antydde en viss missnöjdhet. På grund av studiens ringa omfattning kunde detta inte undersökas.

Referenser

- Ahmed, N., Taylor, K., McDaniel, Y., & Dyer, C. B. (2012). The role of an acute care for the elderly unit in achieving hospital quality indicators while caring for frail hospitalized elders. *Population Health Management*, 15(4), 236-240 5p. doi:10.1089/pop.2011.0055
- Crist, P., Davis, C., & Coffin, P. (2000). The effects of employment and mental health status on the balance of work, play/leisure, self-care, and rest. *Occupational Therapy in Mental Health*, 15(1), 27-42.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 332-339). Lund: Studentlitteratur.
- Dehlin, O., & Rundgren, Å. (2014). *Geriatrisk* (s.13-36, 61-74). Lund: Studentlitteratur AB.
- Deschodt, M., Flamaing, J., Haentjens, P., Boonen, S., & Milisen, K. (2013). Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 11(1), 1-13. doi:10.1186/1741-7015-11-48'
- Edvardsson, D. (2008). Therapeutic environments for older adults: Constituents and meanings. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(6), 32-40 9p. doi:10.3928/00989134-20080601-05
- Hess, B. J., Lynn, L. A., Conforti, L. N., & Holmboe, E. S. (2011). Listening to older adults: Elderly patients' experience of care in residency and practicing physician outpatient clinics. *Journal of The American Geriatrics Society*, 59(5), 909-915. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03370
- Holm, S. E., & Mu, K. (2012). Discharge planning for the elderly in acute care: The perceptions of experienced occupational therapists.[corrected][published erratum appears in PHYS OCCUP THER GERIATR 2012 Nov; 30(4): 383]. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 30(3), 214-228 15p. doi:10.3109/02703181.2012.719601

- Knapp, M. R. (1977). The activity theory of aging: an examination in the English context. *The Gerontologist*, 17(6), 553-559.
- Kommunförbundet Skåne & Regionskåne (2011). *Samordnad Vårdplanering*. Skåne: Kommuner och Landsting. Hämtad 2016-03-10 från <https://www.skane.se/upload/Webbplatser/Utskrivningsklar/Dokument/rapportOK.pdf>
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (s. 124-126, 134-135). Stockholm: Natur & Kultur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (s. 121-123). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, M., & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar* (s. 17-24, 63-70). Lund: Studentlitteratur AB.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (2002). Care concepts of occupational therapy. I E. Townsend (red.), *Enabling occupation: an occupational therapy perspective* (p. 29-56). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Lilja, M., & Borell, L. (1997). Elderly people's daily activities and need for mobility support. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 11, 73-80.
- Lundman, B., & Hällgren -Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund- Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.187-199). Lund: Studentlitteratur.
- Löck, J. (2006). Rehabilitering ur ett geriatriskt perspektiv. I L. Wahlund (Red.), *Praktisk geriatrik* (s.41-45). Stockholm: Liber.
- Medin, J., & Alexanderson, K. (2000). *Hälsa och hälsofrämjande -en litteraturstudie* (s.39-50). Lund: Studentlitteratur.

- Miller, P. A., & Butin, D. (2000). The role of occupational therapy in dementia-C.O.P.E. (Caregiver options for practical experiences). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(1), 86-89. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(200001)15:1<86::AID-GPS124>3.0.CO;2-8
- Nestor, L. (2013). *Internmedicin- en specialitet i sjukvården*. Hämtad 2015-05-19 från <http://internmedicin.se/internmedicin-en-specialitet-i-sjukvarden>
- Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder* (s. 77-78). Lund: Studentlitteratur.
- Region Skåne. (2011). *Slutrapport: Överbeläggning och utlokaliserade patienter i Region Skåne med fokus på patientsäkerhet*. Avdelning för kunskapsstyrning och FoU.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SKL, Sveriges kommuner och Landsting. (2012). *Bättre liv för sjuka äldre- en kvalitativ uppföljning*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Socialstyrelsen (2010). *Habilitering och rehabilitering- förutsättning för uppföljning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *De mest sjuka äldre- Avgränsning av gruppen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen- Hälso- och sjukvårdsrapport. (2009). *Patientfokuserad vård*. Hämtad 2016-03-10 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/God%20vård%20%20Patientfokuserad%20vård.pdf>
- Socialstyrelsen (2015). *Att mötas i hälso- och sjukvården. Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötandet och jämlika villkor*. Hämtad 2016-03-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus- med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU- rapport nr 221.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4.uppl.) (s. 25-37, 39-50, 71-75, 131-135). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Bilaga 1

Intervjuguide

Bakgrund

Berätta om anledningen till varför du är inlagd?

På vilken avdelning sökte du vård?

Hur länge har du legat på avdelningen?

Utskrivning?

Följdfråga:

Hur fungerade vardagen innan du blev inlagd?

Delaktighet

Vilka professioner har du kommit i kontakt med t.ex. läkare, ssk, arbt?

På vilket sätt känner du att du varit delaktig under vårdvistelsen?

Kan du sammanfatta hur delaktig du varit under vårdvistelsen?

Bemötandet

Berätta hur du upplever bemötandet på avdelningen.

Har personalen lyssnat på dig? På vilket sätt?

Följdfråga:

Vad är du mest nöjd med under vistelsen på avdelningen?

Tycker du något kunde förbättrats? I så fall vad?

Planering

Hur känner du inför hemgången?

Upplever du att du förberetts väl inför att komma hem?

Följdfråga:

Hur har du förberetts inför hemgång?

Känner du att du fått vara med och planera för hemgången?

Känner du dig nöjd med planeringen?

På vilket sätt har du haft möjlighet att planera din tid när du legat på avdelningen?

Berätta vad du har fått vara med och bestämma?

Vad ser du som den största utmaningen när du kommer hem?

Är det något du upplever svårt när du kommer hem till ditt boende?

Har du fått träning i detta eller i någon annan specifik aktivitet som du har/haft svårt med?

Hur har du upplevt träningen?

Hur kommer du hantera denna aktivitet i hemmet?

Information

Vilken information har du fått av vårdpersonalen?

Vad har varit lätt/ svårt att förstå?

Vårdvistelsen

Vad skulle du säga varit viktigast för dig under tiden på avdelningen?