



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Äldrevårdsmottagning – hur arbetar distriktssköterskan?

En intervjustudie

Författare: Cecilia Karlsson, Jenny Kjellström

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2018

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell
hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Äldrevårdsmottagning – hur arbetar distriktssköterskan?

En intervjustudie

Författare: Cecilia Karlsson, Jenny Kjellström

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2018

Abstrakt

Antalet äldre personer i Sverige har ökat och det finns ett behov av en sammanhållen vård och omsorg för äldre patienter. I Region Skåne finns äldrevårdsmottagningar på vårdcentraler. Syftet var att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av hur de arbetar på äldrevårdsmottagning på vårdcentral. Studiens metod var kvalitativ intervju och dataanalysen skedde med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade att distriktssköterskorna arbetade personcentrerat genom att de underlättade kontakten med sjukvården, främjade hälsa, samordnade vården, samarbetade med andra, främjade kontinuitet och prioriterade utifrån behov. De arbetade även självständigt, som innebar att distriktssköterskorna själva ansvarade för mottagningen, hade ökad möjlighet till förbättringsarbete samt anpassade sig efter tillgängliga resurser. Distriktssköterskor har visat sig ha en betydelsefull roll på äldrevårdsmottagningen då det oftast är de som ansvarar för hela mottagningen och hur arbetet bedrivs.

Nyckelord

Äldrevårdsmottagning, distriktssköterska, vårdcentral, specialmottagning, salutogenes

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Åldrande befolkning	6
Primärvårdens ansvar	7
Specialmottagning	7
Specialistutbildad sjuksköterska	8
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Instrument	11
Datainsamling	12
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	14
Personcentrerat	15
Underlättar kontakten med sjukvården för den äldre	15
Främjar hälsa hos den äldre	16
Samordnar vården för den äldre	16
Samarbetar med andra kring den äldre	17
Främjar kontinuitet för den äldre	18
Prioriterar utifrån den äldres behov	19
Självständigt	20
Ansvarar själva för mottagningen	20
Har ökad möjlighet till förbättringsarbete	20
Anpassar sig efter tillgängliga resurser	21
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	24
Konklusion och implikationer	26
Referenser	28
Bilaga 1	33

Introduktion

Problemområde

Under de senaste åren har Sveriges befolkning ändrats genom att antalet äldre personer har ökat (Statistiska Centralbyrån, 2016). Sverige har fler äldre över 80 år jämfört med andra länder i världen. Antalet äldre beräknas fortsätta öka, vilket kommer att ställa stora krav på bland annat hälso- och sjukvården (Kristensson & Jakobsson, 2010). En studie gjord av Kristensson, Rahm Hallberg och Jakobsson (2007) visade att det var viktigt att arbeta preventivt med äldre som befann sig i riskzonen för att bli alltmer beroende av vård. Detta preventiva arbete kunde förebygga antalet akutinläggningar på sjukhuset och antalet akutbesök innan de äldre anslöts till hemsjukvård (ibid.).

Socialstyrelsen (2013) visade i en kartläggning att primärvården har det samordnande ansvaret för vården av de mest sjuka äldre. Det var dock få enheter inom primärvården som hade specifika resurser för äldre som äldrevårdscentraler, äldreteam, äldresjuksköterskor eller geriatrikkonsulter. Antalet platser inom slutenvård och på särskilda boenden har minskat och äldre vårdas i högre utsträckning i det egna hemmet med insatser från primärvården (ibid.).

I en kanadensisk studie framkom det att patienter med multisjuklighet upplevde hinder i tillgängligheten till vård och omsorg (Ho, Kuluski & Im, 2017). Patienterna beskrev att de hade bekymmer med att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet för att få tillgång till de tjänster som de hade behov av (ibid.). I en annan studie gjord av Rhodes, Campbell och Sanders (2016) beskrev patienter att kontinuitet i primärvården ledde till en säkrare vård och framför allt om patienten hade ett långvarigt problem eller en komplex sjukdomssituation. Berglund (2007) beskrev att äldre personer som bodde på särskilt boende uttryckte ett behov av att få mer information angående förändringar i sitt hälsotillstånd och en önskan om att få ökad kunskap om sin behandling och medicinering (ibid.).

Ovan nämnd forskning visar att det finns ett behov av en sammanhållen vård och omsorg för äldre patienter, d.v.s. någon som samordnar patientens vård, som är lättillgänglig samt arbetar preventivt och hälsofrämjande. Region Skåne (2018) har beslutat om särskild ersättning till

vårdcentraler som startar en specialmottagning som vänder sig till personer som är 75 år eller äldre, s.k. äldrevårdsmottagning. I dagsläget finns det mycket lite forskning om äldrevårdsmottagningar och hur arbetet bedrivs där. Av den anledningen är det intressant att undersöka hur distriktssköterskan bedriver arbetet på dessa mottagningar.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Ett salutogent perspektiv innebär att fokusera på det som skapar hälsa (Antonovsky, 1996). Människor rör sig över ett kontinuum mellan hälsa och ohälsa. Oavsett var en person befinner sig på kontinuumet går det att fokusera på de faktorer som bidrar till hälsa. En person som drabbas av sjukdom kan ändå uppleva hälsa. Vad som gör att människor rör sig mot hälsa eller ohälsa på kontinuumet är beroende av personens generella motståndskraft mot stress. Motståndskraften beror på människors känsla av sammanhang, där komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet ingår (ibid.). *Begriplighet* beskriver i vilken grad en person kan uppfatta yttre och inre stimuli som tydliga, förståeliga och konkreta, d.v.s. att personen kan göra dem begripliga. *Hanterbarhet* syftar på i vilken omfattning en person anser sig ha resurser som kan hjälpa till att hantera de stimuli som personen utsätts för. Resurserna kan finnas i form av personens egna styrkor eller som pålitliga och stödjande människor i omgivningen. *Meningsfullhet* innefattar i vilken grad personen upplever att det finns en känslomässig betydelse av sådant som sker i livet, d.v.s. att livets krav kan ses som utmaningar värda att engagera sig i (Antonovsky, 1991). En person som har en stark känsla av sammanhang kan identifiera sina resurser och utnyttja dem för att främja sin hälsa (Antonovsky, 1996).

Schneider, Driesch, Kruse, Nehen och Heuft (2006) undersökte det upplevda välbefinnandet hos personer som var 60 år eller äldre. Mätningar genomfördes vid två tillfällen med 5-6 års mellanrum. Trots att personernas fysiska funktionsförmåga hade försämrats upplevde de samma välbefinnande vid båda tillfällena. Personernas upplevda välbefinnande påverkades inte av de objektiva tecknen på åldrande och funktionsnedsättning utan det var istället en stark känsla av sammanhang som bidrog till ett gott upplevt välbefinnande (ibid.). Hälsa beskrevs av äldre personer som att vara i harmoni och balans i vardagslivet, vilket innefattade att kunna

hantera sitt dagliga liv och att kunna vara delaktig och bli sedd som en person med värde och kompetens (Ebrahimi, Wilhelmson, Moore & Jakobsson, 2012).

Enligt Region Skåne (2018) ska äldrevårdsmottagningar ha förebyggande och hälsofrämjande arbete. Det skulle kunna innebära att distriktssköterskan har ett salutogent synsätt i arbetet på denna typ av mottagning. Syftet med verksamheten är att ge en god vård och omsorg till de mest sjuka äldre så att även de kan uppleva god hälsa (Region Skåne, 2018). Det är genom att förbättra och bevara människors hälsa som sjuksköterskan kan förebygga ohälsa och minska sjukdom och lidande (Johansson, 2013). En sjuksköterska arbetar inte bara med sjukdom och ohälsa utan hon ska även kunna ta tillvara det friska hos patienten (ibid.). Distriktssköterskan har kompetens för att kunna arbeta på äldrevårdsmottagning och hon ska arbeta hälsofrämjande samt ha respekt för patientens integritet och autonomi (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Hon har även kunskaper i vad som påverkar människors hälsa och vad som påverkar denna med hänsyn till ålder och kön, kultur och miljö (ibid.).

Åldrande befolkning

Äldre definieras ofta utifrån den kronologiska åldern, det vill säga den siffran som anger hur länge personen har levt (Kristensson & Jakobsson, 2010). En vanlig gräns som avgör skillnaden mellan medelåldern och äldre är 65 år. Dock kan det vara stora skillnader mellan den kronologiska åldern och den upplevda åldern (ibid.). En studie visade att känslan av att vara äldre inte alltid hade med den kronologiska åldern att göra (Hubley & Rusell, 2009). Ett försämrat hälsotillstånd och ökat beroende av hjälp hade en inverkan på individens egen upplevelse av att bli äldre (ibid.). En indelning av gruppen äldre kan bestå av tre olika åldersgrupper där yngre äldre är i åldrarna 65-74 år, en mittengrupp som är i åldrarna 74-85 år och äldre äldre är personer över 85 år (Kristensson & Jakobsson, 2010).

Multisjuklighet, som innebär att en person har två eller fler kroniska sjukdomar, är vanligt hos den äldre befolkningen. I en studiepopulation med svenskar i åldrarna 77-100 år hade 55 procent multisjuklighet (Marengoni, Winblad, Karp & Fratiglioni, 2008). De vanligaste sjukdomarna hos de äldre var hypertoni, demens och hjärtsvikt (ibid.). En bidragande faktor till fel i det kliniska beslutsfattandet inom primärvården var multisjuklighet (Cooper et al. 2017). Bristande patientsäkerhet för äldre patienter i primärvården kunde bero på bland annat läkemedelsincidenter samt fel i kommunikation och informationsöverföring mellan olika

vårdgivare (ibid.). I en studie av Ho, Kuluski och Im (2017) som undersökte tillgängligheten till vård utifrån personer med multisjuklighet framkom det att många upplevde frustration och en känsla av att behöva kämpa för att få vård. Exempel på hinder för tillgängligheten var långa väntetider för vård och att det var olika vårdgivare som ansvarade för och utförde olika delar av patientens vård (ibid.). Shadmi et al. (2006) beskrev att äldre personer som hade en hög grad av sjuklighet upplevde att kvalitén på deras vård i primärvården var sämre än äldre med lägre grad av sjuklighet.

Primärvårdens ansvar

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) är primärvården den hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan begränsning utifrån sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Öppen vård innefattar all annan hälso- och sjukvård än sluten vård. Primärvården ansvarar för att tillgodose befolkningens behov vad gäller grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (ibid.). Primärvården är grunden för hälso- och sjukvården och hit söker sig patienter med olika sjukdomstillstånd i alla åldrar och med olika social bakgrund och förutsättningar (Wästberg & Ardenvik, 2013). Primärvården ska ha en helhetssyn på patienten och arbetet ska bedrivas i team med flera professioner (ibid.). Enligt Socialstyrelsen (2013) har primärvården blivit mer avancerad och specialiserad, vilket gör att personer med svåra sjukdomstillstånd kan vårdas i hemmet. Denna typ av vård har medfört att primärvården har ett ökat ansvar för de mest sjuka äldre (ibid.).

Specialmottagning

På en specialmottagning samverkar den specialistutbildade sjuksköterskan och patientansvarig läkare samt även andra professioner kan vara involverade (Drevenhorn & Österlund Efraimsson, 2013). Det vanligaste är specialmottagningar för patienter med diabetes, astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), hjärtsvikt, hypertoni, inkontinens och missbruk. På en specialmottagning är det viktigt att det finns struktur för behandling och omvårdnad (ibid.).

Enligt Drevenhorn och Österlund Efraimsson (2013) ska en specialmottagning ha en distriktssköterska eller sjuksköterska med specialutbildning på minst 7,5–15 högskolepoäng

inom ämnesområdet. Mottagningen ska även ha en läkare som är verksamhetsansvarig. Det ska finnas möjlighet till fortlöpande utbildning inom ämnesområdet. Specialmottagningen ska innehålla strukturerade utredningar, patientutbildning, egenvårdsundervisning, stöd för förändring av levnadsvanor, personcentrerad uppföljning, tidsbeställning samt kunna erbjuda telefontid. Det ska även finnas en samverkan mellan olika professioner utifrån patientens behov och nödvändig medicinsk utrustning (ibid.). Innehållet på specialmottagning kan skilja sig beroende på lokala rutiner och vilken typ av specialmottagning det handlar om.

Sjuksköterskeledda specialmottagningar har visat sig ge liknande resultat som läkarledda mottagningar (Swan, Ferguson, Chang, Larson & Smaldone, 2015). Patienter som var anslutna till sjuksköterskeledda specialmottagningar visade sig ha färre akutbesök på vårdcentralen, vilket kunde vara kostnadseffektivt. Den specialistutbildade sjuksköterskan följde samma riktlinjer som läkaren och ansågs vara bättre på att undervisa patienten. Patienterna var överlag nöjda med vården de fick på specialmottagningarna (ibid.).

Äldrevårdsmottagningar kan finnas på vårdcentraler och har som syfte att vara en trygghet för äldre och deras närstående (Region Skåne, 2018). Dessa mottagningar vänder sig till personer som är 75 år och äldre och ska se till att de personer som är mest sjuka får en samlad vård och omsorg. De vårdcentraler i Skåne som bedriver en äldrevårdsmottagning och uppfyller de krav som är uppsatta får ekonomisk ersättning från Region Skåne. Förebyggande arbete kring munhälsa, fall, tryckskador och undernäring ska ingå i verksamheten. Telefon utan knappval ska finnas tillgänglig minst 15 timmar per vecka och hembesök ska kunna göras. Områden som bör ingå i mottagningens arbete är läkemedelsgenomgångar, äldres psykiska ohälsa samt risk- och missbruk. Äldrevårdsmottagningen ska ha tillgång till en specialistutbildad sjuksköterska med antingen inriktning distriktssköterska eller vård av äldre (ibid.).

Specialistutbildad sjuksköterska

En specialistutbildad sjuksköterska har legitimation som sjuksköterska och har fått tillstånd att kalla sig för specialistsjuksköterska. Specialistsjuksköterska är en skyddad titel (Socialstyrelsen, 2018). För att bli distriktssköterska genomförs en utbildning på 75 högskolepoäng som är på avancerad nivå. I distriktssköterskans profession ingår att vara ledare för omvårdnaden i primärvården och bidra till att omvårdnaden utvecklas. Ett av hennes arbetsområden är att bedriva mottagningsverksamhet på vårdcentral där olika typer av

specialmottagningar kan ingå (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Distriktssköterskan ska ha fördjupade kunskaper i vad som påverkar hälsan hos människor och däribland vilken betydelse åldern har för hälsan. Hon möter och vårdar människor i alla åldersgrupper och ska arbeta hälsofrämjande genom hela livscykeln (ibid.).

En litteraturgenomgång gjord av Casey et al. (2017) undersökte specialistsjuksköterskors inverkan på kvalitet, kostnader och tillgänglighet av vården. Interventioner ledda av specialistsjuksköterskor visades kunna ge en ökad tillgång till vård för patienterna och vara kostnadseffektivt. Vårdkvalitén var hög och patienternas kliniska resultat förbättrades när de fick vård av en specialistsjuksköterska och exempelvis var patienter med kroniska sjukdomar mer nöjda med vården och upplevde en ökad livskvalité (ibid.).

Svensk sjuksköterskeförening (2015) menar att det krävs en hög omvårdnadskompetens hos personal som vårdar äldre, eftersom äldre personer ofta har en komplex hälsosituation och en multisjuklighet med både somatiska, psykiska och kognitiva problem. Specialistutbildade sjuksköterskor har kompetensen för att kunna ge en god omvårdnad till de äldre, samtidigt som de kan bidra med handledning till vårdpersonal och planering av verksamheten. Dock visade mätningar som gjordes 2012 att knappt 2 % av sjuksköterskorna inom äldreomsorgen hade en specialistkompetens inom vård av äldre (ibid.).

En specialistutbildad sjuksköterska med utökade kunskaper om äldre har visat sig ha stor betydelse för patienten och dennes vård (King, Boyd, Dagley & Raphael, 2017). En sjuksköterska med specialistutbildning ansågs ha kunskapen att kunna identifiera möjliga omvårdnadsproblem och ha god problemlösningsförmåga, vilket var viktigt för att tillgodose behoven hos äldre personer. Både distriktsläkare och patienter värderade dessa kunskaper högt och många distriktsläkare såg den specialistutbildade sjuksköterskan som en stor resurs. Patienten fick anpassad information och även mer tid för att tillgodogöra sig informationen, sjuksköterskan var mer tillgänglig och flexibel samt hade möjligheten att bjuda in anhöriga att vara delaktiga i patientens vård. Mer tid och möjlighet till utbildning för patienten gjorde patienten tryggare (ibid.).

Syfte

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av hur de arbetar på äldrevårdsmottagning på vårdcentral.

Metod

Studiens metod är kvalitativ intervju med induktiv ansats, som används för att undersöka människors föreställningar och erfarenheter kring olika företeelser (Kristensson, 2014). I detta fall undersöktes hur distriktssköterskor arbetar på äldrevårdsmottagning. En intervjustudie kan vara bra för att få kunskap om hur olika situationer eller ett fenomen upplevs (Danielson, 2017a). Det kan även vara lämpligt att använda intervju som datainsamlingsmetod då det finns få studier som undersökt det aktuella problemområdet. Detta kan ge underlag för framtida studier (ibid.).

Urval

Målgruppen var distriktssköterskor som arbetade på äldrevårdsmottagning i Skåne och totalt inkluderades 15 deltagare. Ett ändamålsenligt urval eftersträvades i denna studie. Danielsson (2017a) menar att syftet med studien styr urvalet av deltagare. För att få material som kan besvara syftet behövs ett urval som kan ge informationsrika beskrivningar, vilket benämns som "ändamålsenligt eller strategiskt urval" (Henricson & Billhult, 2017).

Urvalet gjordes utifrån följande inklusionskriterier:

- Distriktssköterskor, där inga krav ställdes på hur länge de skulle ha arbetat.
- Privata eller offentliga vårdcentraler i Skåne som hade äldrevårdsmottagning och som arbetade enligt ackrediteringsvillkoren för Region Skåne (2018).
- Äldrevårdsmottagningen skulle ha funnits i minst 6 månader.

Författarna tog kontakt med verksamhetschefen på 49 olika vårdcentraler i Skåne som hade äldrevårdsmottagning enligt allmän information på 1177. För att få en mångsidig grupp deltagare kontaktades vårdcentraler i större städer, mindre städer och även på landsbygden. Enligt Henricson & Billhult (2017) kan det vara bra att få variation på urvalet genom att inkludera deltagare med olika erfarenheter. Av de totalt 49 vårdcentralerna var det 18 stycken som inte svarade, tre stycken som kunde tänka sig att delta vid ett senare tillfälle och 10 som

tackade nej till deltagande i studien. Tre äldrevårdsmottagningar hade ingen distriktssköterska utan istället en äldrevårdssjuksköterska som arbetade där. Av den anledningen exkluderades dessa från studien eftersom de inte motsvarade inklusionskriterierna.

Verksamhetschefen informerades om studien och efter muntligt godkännande kontaktades distriktssköterskan på respektive vårdcentral, via telefon eller e-post, informerades om studien och blev tillfrågad om deltagande. E-post efterfrågades hos alla deltagare för att kunna delge skriftlig information om studien.

Distriktssköterskorna som intervjuades var i åldrarna 39 till 65 år med en medelålder på 52 år. Antal år de arbetat som distriktssköterska varierade mellan 2 år och 30 år. Samtliga deltagare var kvinnor. Distriktssköterskorna angav att äldrevårdsmottagningen på den aktuella enheten hade funnits mellan två och fem år. Äldrevårdsmottagningarna var utspridda i åtta olika kommuner med en blandning av stora städer, små städer och orter på landsbygden.

Instrument

Information samlades in med hjälp av individuella semistrukturerade intervjuer. Denna typ av intervju är enligt Kvale och Brinkmann (2014) som ett vanligt samtal men har ett specifikt syfte och kan innehålla en eller flera öppna frågor. En intervjuguide (Bilaga 1) skapades som innehöll en övergripande fråga som svarade på syftet och ett antal bakgrundsfrågor ställdes till samtliga deltagare för att få mer information om den specifika äldrevårdsmottagningen och deltagarnas bakgrund. Olika frågeområden formulerades för att ha som stöd under intervjun.

Bakgrundsfrågorna berörde erfarenhet som distriktssköterska, ålder, hur länge äldrevårdsmottagningen hade funnits och hur mycket tid som var avsatt till äldrevårdsmottagningen per vecka. Dessa frågor ställdes i samma ordning under samtliga intervjuer. Sedan ställde intervjuaren den övergripande frågan och om alla frågeområden inte berördes spontant ställdes stödfrågor baserade på svaren från deltagaren. Danielson (2017a) menar att en intervjuguide bör ligga till grund för samtalet, där vissa teman kan diskuteras med hjälp av frågor. Övergripande frågor kan ge mer uttömmande svar från deltagaren (ibid.).

En pilotintervju genomfördes under våren 2018 för att undersöka kvaliteten på intervjuguiden. Det kan vara lämpligt att utföra en pilotintervju för att testa kvaliteten på frågorna och för att

få erfarenhet som intervjuare (Kvale & Brinkmann, 2014). Informationen som kom fram under pilotintervjun ansågs svara på studiens syfte vilket gjorde att intervjun inkluderades i resultatet.

Datainsamling

Efter muntligt samtycke från distriktssköterskan till att delta i studien bestämdes tid och plats för intervjun. Samtliga deltagare valde att genomföra intervjun på sin arbetsplats och fick möjligheten att göra den på arbetstid. Intervjuerna ägde rum under våren och hösten 2018. De första fyra intervjuerna gjordes av författarna gemensamt där de turades om att intervjua och observera. Därefter genomförde författarna enskilt fem intervjuer var och en intervju gemensamt. Intervjuerna var mellan 12 och 32 minuter långa med ett medelvärde på 19 minuter.

Hur många intervjuer som utförs beror på studiens syfte och författarna märkte efter ett tag att mycket information återkom i de olika intervjuerna och valde att avsluta datainsamlingen när 15 intervjuer var genomförda. Intervjustudier brukar innehålla mellan 5 och 25 intervjuer (Kvale och Brinkmann, 2014). Antalet intervjuer beror på tid och resurser samt om fler intervjuer inte förväntas tillföra så mycket ny kunskap (ibid.).

Samtliga intervjuer spelades in efter godkännande från deltagaren och transkriberades. Genom utskriften strukturerades informationen från samtalet i en form som är lämplig för närmare analys (Kvale och Brinkmann, 2014). Transkriberingen genomfördes av den som gjort intervjun och sedan tog den andra författaren del av materialet.

Analys av data

Dataanalysen skedde med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Kvalitativ innehållsanalys lämpar sig för att granska och tolka texter, som i detta fall var de utskrivna intervjuerna (Danielson, 2017b). Analysen av texten gjordes i olika steg och de nedskrivna intervjuerna lästes upprepade gånger för att få en djupare förståelse av innehållet. Samtliga intervjuer var studiens analysenhet. Meningsbärande enheter urskiljdes, som ord, meningar eller stycken som hörde ihop (Graneheim & Lundman, 2004). Endast meningsbärande enheter som besvarade syftet togs med i analysen. De meningsbärande enheterna bröts ner och förkortades med oförändrat innehåll vilket innebar att de

kondenserades för att få en mer lätthanterlig text. Kodning var nästa steg för att få en överblick av innehållet. Målet med analysen i det stadiet var att få fram manifest data och det som deltagarna beskrev men även att få med den latent data d.v.s. den underliggande meningen i texten. Denna del i analysen kan vara kritisk då bildandet av koder kan leda till fragmentering eller att viktig information går förlorad (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarna tog först gemensamt ut meningsbärande enheter från en intervju, kondenserade och kodade dessa för att båda skulle ha samma uppfattning om hur analysprocessen gick till (Tabell 1). Resterande intervjuer analyserades på samma sätt men av författarna enskilt. Därefter jämfördes och diskuterades vad som kommit fram tills konsensus nåddes mellan författarna. Koder som hade likheter grupperades och grupperna blev i sin tur nio subkategorier där det framkom två kategorier (Tabell 2).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Subkategori	Kategori
det är ju jag som ansvarig sjuksköterska eller distriktssköterska då som har hand om äldrevårdsmottagningen	Jag är ansvarig distriktssköterska och har hand om äldrevårdsmottagningen	Distriktssköterskan ansvarar för äldrevårdsmottagningen	Ansvarar själva för mottagningen	Självständigt
det är nog det som är det viktigaste, att jag känner patienterna, det tror jag är tryggheten för dem och att de vill prata med mig för jag har ju...liksom...en relation till dem	Det viktigaste är att jag känner patienterna, det är tryggt för dem och de vill prata med mig för jag har en relation till dem	Distriktssköterskan har en relation till patienten som skapar trygghet	Främjar kontinuitet för den äldre	Personcentrerat
Sen har vi ju även samarbete med hemsjukvården, vi jobbar nära dem. De har liksom en länk in via mig och jag ut till patienter via dem så att vi samarbetar mycket.	Vi samarbetar mycket med hemsjukvården, de har en länk in via mig och jag ut till patienter via dem.	Nära samarbete med hemsjukvården	Samarbetar med andra kring den äldre	Personcentrerat

Forskningsetiska avvägningar

Informerat samtycke inhämtades från deltagarna innan intervjuerna utfördes. Informerat samtycke innebär att undersökningspersonerna informeras om studiens syfte, upplägget samt

vilka risker och fördelar som kan finnas med att delta i studien (Helsingforsdeklarationen, 2008). Det innebär också att undersökningsspersonerna deltog frivilligt och hade rätt att dra sig ur när de ville och utan att uppge varför. Deltagarna fick informationen både skriftligt och muntligt av författarna. Enligt Kjellström (2012) är det bra om informationen som lämnas ut är både muntlig och skriftlig, då det är lätt att glömma det som har sagts.

Undersökningsspersonerna fick även information om konfidentialitet, vilket innebär att privata data som kan identifiera den intervjuade inte redovisas (Kvale och Brinkmann, 2014). Det kan vara bra att redan på utskriftsstadiet dölja identiteten hos de intervjuade och händelser i intervjun som är lätta att känna igen (ibid.). Vissa deltagare nämnde namn eller städer under intervjun vilket inte skrevs ut vid transkribering utan det avidentifierades. Endast författarna och handledaren fick tillgång till det insamlade materialet och datan sparades på författarnas privata datorer i lösenordsskyddade mappar och materialet förstörs efter examinationen. Författarna lämnade in projektplanen för rådgivande yttrande av vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) innan studien påbörjades och de hade inga invändningar mot genomförandet av studien. Blanketter med samtycke från verksamhetschefen inhämtades i samband med intervjuerna och lämnades sedan in till VEN.

Resultat

Dataanalysen i föreliggande studie ledde till två kategorier med totalt nio subkategorier (Tabell 2). Resultatet presenteras utifrån kategorier och subkategorier. Huvudkategorierna som framkom ur dataanalysen var att distriktssköterskorna arbetade personcentrerat och självständigt på äldrevårdsmottagningen. Personcentrerat baserades på sex subkategorier som handlade om hur distriktssköterskorna arbetade på äldrevårdsmottagningen kring patienten. En stor del av arbetet på äldrevårdsmottagningen var att distriktssköterskorna underlättade kontakten med sjukvården, främjade hälsa, samordnade vården, samarbetade med andra, främjade kontinuitet och prioriterade utifrån behov. Självständigt baserades på tre subkategorier som beskrev hur distriktssköterskorna själva ansvarade för mottagningen, hade ökade möjligheter till förbättringsarbete samt anpassade sig efter tillgängliga resurser. Varje subkategori beskrivs med hjälp av en text och ett citat. Citaten är markerade med intervjunummer efter vilken intervju de är hämtade ur.

Tabell 2. Översikt över huvud- och subkategorierna.

Personcentrerat	Självständigt
<ul style="list-style-type: none"> ● Underlättar kontakten med sjukvården för den äldre ● Främjar hälsa hos den äldre ● Samordnar vården för den äldre ● Samarbetar med andra kring den äldre ● Främjar kontinuitet för den äldre ● Prioriterar utifrån den äldres behov 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansvarar själva för mottagningen ● Har ökad möjlighet till förbättringsarbete ● Anpassar sig efter tillgängliga resurser

Personcentrerat

Underlättar kontakten med sjukvården för den äldre

Distriktssköterskornas arbete på äldrevårdsmottagningen utgick från kontakt med patienten. För att denna kontakt skulle kunna uppstå behövde distriktssköterskorna göra sig tillgängliga och informera om verksamheten. Patienter informerades om äldrevårdsmottagningen via utskick från vårdcentralen, på pensionärsföreningar, med hjälp av broschyrer i väntrummet på vårdcentralen, på distriktssköterskemottagningen, via telefonrådgivningen på vårdcentralen, på vårdcentralens hemsida samt via annons i tidningen. Kontakten med patienten kunde upprättas av att patienten själv ringde till äldrevårdstelefonen eller att distriktssköterskorna kontaktade utvalda grupper av patienter, som t.ex. alla som var 75 år för att erbjuda hälsosamtal på vårdcentralen eller i hemmet. Äldrevårdstelefonen ansågs erbjuda patienten en lättare väg in till vården då den inte hade några knappval.

“Mm...tanken är ju att de äldre ska ha ett nummer att ringa och gärna träffa på samma sköterska om det är möjligt och då ska man inte behöva knappa in på massa knappar utan man ska svara direkt.” (Intervju 2)

Distriktssköterskorna ansvarade för att ta kontakt med alla som ringde även om de inte hann svara själva. Telefonen beskrevs som en central del i äldrevårdsmottagningen och var en styrande faktor i verksamheten och p.g.a. detta ansågs det vara viktigt att vara tillgänglig och kunna svara så mycket som möjligt.

Främjar hälsa hos den äldre

En stor del av arbetet på äldrevårdsmottagningen var att ha ett hälsofrämjande tankesätt där distriktssköterskorna arbetade med förebyggande åtgärder i alla kontakter med patienten. Det hälsofrämjande arbetet kunde ske via telefon, specifika besök för hälsofrämjande arbete eller i samband med ett besök på distriktssköterskemottagningen. En del i det hälsofrämjande arbetet var uppföljningar efter sjukhusinläggning, där distriktssköterskorna kunde antingen ringa patienten eller göra hembesök för att få en bild av hur patienten hade det. Målet med uppföljningarna var att minska antalet återinläggningar på sjukhus och förebygga att de äldre blev sämre i sitt hälsotillstånd. Ett annat sätt att främja hälsa hos den äldre var att erbjuda hälsosamtal, antingen på vårdcentralen eller vid hembesök. Hälsosamtalen kunde vara till grund för en kartläggning av patientens behov, där t.ex. riskbedömningar gällande fall, nutrition, minnessvikt, munhälsa och trycksår kunde ingå, vilket kunde leda till att distriktssköterskorna kunde synliggöra eventuella behov för patienten och anhöriga. Mycket uppmärksammades under hälsosamtalen och distriktssköterskorna beskrev att det nästan alltid behövdes någon åtgärd efter hälsosamtalen med patienterna.

“Så det är mycket man kan sätta igång en tankeverksamhet och...det här med hjälpmedel också, att en del är ju så...de tycker att det här med rollator, “fy, nej...det vill jag inte ha”, fast de tycker det är svårt att gå, försöker med käpp och stavar men “nej, jag vill inte ha en rollator”. Så man försöker göra lite reklam så, sen kan det vara så att helt plötsligt så ser man att de kommer här och har en rollator och då tänker man ja, jag lyckades!”(Intervju 3)

Föreläsningar och gruppträffar, som kunde innehålla information om t.ex. mat, motion och läkemedel, var ett sätt att nå ut till många samtidigt. En fördel med gruppträffar ansågs vara att patienterna fick en social samvaro och skapade gemenskap för patienter som var ensamma.

Samordnar vården för den äldre

Distriktssköterskorna hade en samordnande roll i arbetet på äldrevårdsmottagningen och var den äldres företrädare som förmedlade kontakter efter patientens behov. Den samordnande rollen innebar inte alltid samarbete utan kunde ibland endast vara en vägledning och hjälp för patienten. Distriktssköterskorna kunde hänvisa patienten vidare till rätt instans och beskrev sig själva ofta som “spindeln i nätet”. Om patienten själv inte kunde ta kontakt med den aktuella instansen kunde distriktssköterskorna istället ta kontakt åt patienten.

“...alltså det är ju mycket den rollen man har som distriktssköterska upplever jag [...] att man är spindeln i nätet liksom, den äldres företrädare och hjälpa till med att ta kontakt när man inte själv klarar det och slussa till rätt instans.” (Intervju 1)

Distriktssköterskorna fungerade som en länk mellan vårdcentral, hemsjukvård och patient då många kontakter var med hemsjukvårdens sjuksköterskor och biståndshandläggare. Vid behov fanns det även möjlighet till kontakt med sjukhuset för direktinläggningar. Samordnade individuella planeringar (SIP) togs upp som en del i arbetet på äldrevårdsmottagningen, där distriktssköterskorna hade en samordnande roll för att planera vården för patienten tillsammans med sjukhus och kommun. Distriktssköterskorna kunde även förmedla kontakt med andra professioner på vårdcentralen, t.ex. dietist, kurator och fysioterapeut. Det förekom även att patienter fick hjälp till sociala aktiviteter eller samtalsstöd. Dessutom kunde anhöriga få hjälp med vart de skulle vända sig, om de t.ex. behövde komma i kontakt med anhörigstöd eller andra instanser.

Samarbetar med andra kring den äldre

Distriktssköterskorna beskrev ett samarbete med olika professioner både på vårdcentralen och utanför. På vårdcentralen arbetade de nära patientansvarig läkare. Samarbetet var ömsesidigt vilket innebar att läkaren kunde ta hjälp av distriktssköterskorna i vissa avseenden som t.ex. vid hembesök. Om patientansvarig läkare uppmärksammade någon förändring hos patienter som tillhörde äldrevårdsmottagningen kontaktades distriktssköterskorna för en bedömning och vidare handläggning. Detsamma gällde distriktssköterskorna. Om de uppmärksammade något som var utanför deras medicinska kunskap och befogenhet kontaktades patientansvarig läkare. Ibland kunde distriktssköterskorna få befogenhet att utföra vissa uppgifter som tillhörde läkarens kompetensområde och ibland tog distriktssköterskorna över vissa uppgifter på eget initiativ. Distriktssköterskorna kunde exempelvis under ett hembesök för ett hälsosamtal ta reda på vilka läkemedel patienten tog och sedan kontakta läkaren om de upptäckte något avvikande eller något läkemedel som inte ansågs vara lämpligt för patienten.

Andra samarbeten på vårdcentralen kunde vara med fysioterapeut, dietist, kurator, sekreterare, arbetsterapeut och psykolog. Vanligen initierades samarbetet av distriktssköterskorna efter patientens behov, men ibland kunde även andra som t.ex. fysioterapeut initiera kontakten för

samarbetet. Samarbetet mellan sekreterare och distriktssköterskor förekom framförallt kring äldrevårdstelefonen då sekreteraren svarade på samtal när distriktssköterskorna inte hade möjlighet och sedan meddelades distriktssköterskorna för att ta över ärendet. Samarbetet mellan de olika professionerna på vårdcentralen blev tydligt i samband med gruppträffar eller föreläsningar för patienter där alla hjälptes åt och ansvarade för upplägget av dessa.

Distriktssköterskorna hade ett nära samarbete med sjuksköterskorna i hemsjukvården vilket kunde innebära att de hade regelbundna träffar med hemsjukvården där de kunde diskutera och rådgöra med varandra om olika patienter. Det var lätt både för hemsjukvården och distriktssköterskorna att ta kontakt med den andre och ta hjälp av varandra. Även andra samarbeten utanför vårdcentralen förekom som t.ex. med apotekare vid läkemedelsgenomgångar.

“Sen har vi ju även samarbete med hemsjukvården, vi jobbar nära dem. De har liksom en länk in via mig och jag ut till patienter via dem så att vi samarbetar mycket. Väldigt väldigt gott samarbete med hemsjukvården.” (Intervju 11)

Främjar kontinuitet för den äldre

På äldrevårdsmottagningen fungerade distriktssköterskorna som en fast vårdkontakt för patienten och de fick ofta en relation med patienterna då det oftast var de som svarade när patienten ringde eller tog emot dem när de sökte hjälp. Denna fasta vårdkontakt skapade en kontinuitet som underlättade i kontakten med patienten och anhöriga. Distriktssköterskorna beskrev att patienten inte behövde berätta hela sin situation från början vid varje kontakt eftersom de ofta redan kände till situationen. Kontinuiteten ledde till en trygghet hos patienten och var en lugnande faktor för denne. Särskilt betryggande var det för äldre som var ensamma och som ringde ofta till äldrevårdsmottagningen, men även för anhöriga.

Distriktssköterskorna ansåg att relationen med patienten skapade tillit och förtroende och bidrog till att patienterna tog kontakt med äldrevårdsmottagningen snabbare vid behov av hjälp. Eftersom distriktssköterskorna lärde känna sina patienter hade de även lättare för att notera förändringar vid nya kontakter eller uppföljande besök, vilket i sin tur ledde till att patienter som behövde kunde få hjälp tidigare.

“vi har ju jättemånga som är, som känner en stor trygghet i att de ringer och vet vem det är de pratar med och de behöver inte dra hela historien utan vi känner dem och vi vet liksom hur det är och ibland någon anhörig som ringer och kanske är ledsen och tycker det är jättejobbigt, de kan liksom säga det för att de har det förtroendet, att de behöver liksom inte känna någon skam över att de tycker att livet är jobbigt.” (Intervju 11)

Prioriterar utifrån den äldres behov

Vid kontakt med patienten gjorde distriktssköterskorna en bedömning baserad på sin kliniska blick eller på problem som patienten tog upp. Distriktssköterskorna gjorde en bedömning av om patienten kunde ta sig till vårdcentralen eller om det fanns behov av hembesök och prioriterade tidsramen för besöket utifrån det. Distriktssköterskorna gjorde hembesök endast i enstaka fall och vid behov av återkommande hembesök kopplades hemsjukvården in. Om en patient var inskriven i hemsjukvården prioriterades andra patienter före då distriktssköterskorna ansåg att patienterna som hade hemsjukvård redan hade en väg in och kontakt med vården. Ibland prioriterade distriktssköterskorna att vara med på vissa SIP:ar om de bedömde att patienten var i behov av frekvent kontakt med äldrevårdsmottagningen.

I mötet med patienten kunde distriktssköterskorna ta hjälp av en egengjord mall med punkter som skulle tas upp under samtalet för att inte missa viktig information och kunna fånga upp vilka problem de skulle prioritera för åtgärd. Ett ämne distriktssköterskorna återkommande tog upp i samtalet med patienterna var vilka läkemedel de tog och distriktssköterskorna gjorde ofta en egen läkemedelsgenomgång och prioriterade vilka patienter som behövde en mer noggrann genomgång med apotekare och läkare. Likaså bedömde de vilka patienter som behövde hjälp med läkemedelsgenomgång efter att ha fått nyinsatta läkemedel på sjukhuset och gjorde en prioritering av om hembesök behövdes baserat på patientens behov. I vissa fall fick även patienter som inte hade fyllt 75 år vara med i äldrevårdsmottagningen beroende på deras behov av vård. Det var distriktssköterskorna som gjorde bedömningen och ofta gällde det multisjuka patienter eller anhöriga till patienter som tillhörde äldrevårdsmottagningen.

“Ja officiellt är det över 75 men ibland så faller det in någon yngre, speciellt när det är någon demens kanske, jag tar det också [...] Eller om det är någon som är multisjuk eller ja...det kan vara att vi blir inkopplade där därför att det är ändå mycket med hemsjukvården så det blir ibland att de ringer mig för det också så det blir ju lite så...” (Intervju 14)

Självständigt

Ansvarar själva för mottagningen

Det var distriktssköterskorna som själva ansvarade för äldrevårdsmottagningen på vårdcentralen och ansvaret kunde delas upp på två personer beroende på hur mycket personal som fanns tillgänglig. Ibland kunde det vara en allmänsjuksköterska och ibland en distriktssköterska till. När det bara var *en* distriktssköterska som ansvarade för äldrevårdsmottagningen ansågs det vara sårbart och denna kunde känna sig ensam i sin roll. Om det fanns en ansvarig läkare för äldrevårdsmottagningen hade denne vanligtvis en passiv roll och var delaktig på distriktssköterskornas initiativ. I annat fall var det ingen specifik läkare knuten till mottagningen. Det förekom oftast inga teamträffar gällande äldrevårdsmottagningen och även bristen på riktlinjer gjorde att distriktssköterskorna själva fick ta ansvar och självständigt utforma arbetet och innehållet på mottagningen.

“Nä utan det är jag som har äldremottagningen bara och sen jobbar jag ju här som en av...alltså jag har ju alla mina arbetskamrater [...] så att jag tar ju hjälp av dem om det är någonting jag känner...men annars så är det i stort sett jag då bara och sen kallar jag på läkarna när jag behöver deras bedömning eller rådfrågar dem och så, men annars är det bara jag.” (Intervju 8)

Har ökad möjlighet till förbättringsarbete

Distriktssköterskorna ansåg att det fanns både fördelar och nackdelar med att äldrevårdsmottagningen inte hade så tydliga riktlinjer och att de själva ansvarade för mottagningen. De såg möjligheten att lägga upp arbetet självständigt och utveckla under tidens gång, samtidigt kunde de känna sig begränsade och osäkra på vad som fick ingå i mottagningen. Ett bra sätt att utveckla äldrevårdsmottagningen var att gå på nätverksträffar med andra distriktssköterskor för att utbyta erfarenheter och tankar kring mottagningen. Det förekom även utvärdering baserad på patientens åsikter kring mottagningen och exempelvis kunde enkäter delas ut efter gruppträffar eller skickas hem till patienten. Distriktssköterskorna kunde även med hjälp av verksamhetschefen se över antalet besök samt telefonkontakter på äldrevårdsmottagningen för att få en överblick över mottagningens verksamhet.

“...och sen har vi haft efter de här grupperna så har de äldre fått fylla i lite frågor, utvärderingsfrågor vad de har tyckt om det så att man vet vad man kan ta med sig och vad man kan ändra på och vad de tyckte var bra och vad vi kan ändra och göra bättre. T.ex. skrev de där att de ville ha föreläsningbilder, alltså så att man kan sitta och skriva själv så det har vi gjort vid något tillfälle att vi har fixat det.” (Intervju 1)

Anpassar sig efter tillgängliga resurser

Bristande resurser var en anledning till att distriktssköterskorna fick anpassa sitt arbete och göra prioriteringar gällande äldrevårdsmottagningen. Många gånger fick de svara i äldrevårdstelefonen samtidigt som de hade en patient på sin mottagning eller gjorde ett hembesök. Ofta var det p.g.a. personalbrist och att de var ensamman ansvariga för äldrevårdsmottagningen. Distriktssköterskorna ansåg att äldrevårdsmottagningen tappade sin poäng när de inte hann svara i telefonen eller inte kunde ge sin fulla uppmärksamhet till patienten. De tyckte ofta att det var svårt att få tiden att räcka till. Ibland när det rådde resursbrist fick distriktssköterskorna anpassa sin tid och prioritera bort hälsosamtal och även vissa hembesök p.g.a. tidsbrist. Ett sätt att anpassa äldrevårdsmottagningen var att väva in det hälsofrämjande arbetet i kontakten med patienten på distriktssköterskemottagning, via telefon och andra besök för att hinna med.

“ja det är att vi inte har tillräckligt mycket tid, för äldremottagningen...som sagt så har jag telefonen parallellt med att jag har patienter, eh...dels är det störande för patienterna när telefonen ringer även om jag har den på låg signal och dels kan det vara frustrerande för de äldre - ja men hon har telefontid varför svarar hon aldrig? Sen har det löst sig ganska bra men det är ju det att jag skulle gärna vilja att den tiden man hade telefonen, att man hade det avsatt och ingenting annat.” (Intervju 7)

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av hur de arbetar på äldrevårdsmottagning på vårdcentral. För att besvara studiens syfte valdes kvalitativ metod och studien utgick från intervjuer som sedan analyserades med hjälp av

kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Ett alternativ hade varit att använda sig av en kvantitativ metod och samla in data med hjälp av enkäter. Eftersom problemområdet är relativt outforskat hade det varit svårt att skapa en enkät då författarna inte på förhand visste vilka frågor som skulle vara relevanta till ämnet. Fördelen hade varit att fler deltagare hade kunnat vara med och ge en kartläggning av äldrevårdsmottagningarnas verksamhet men det hade inte gett samma djup och beskrivande svar som författarna önskade.

Information om studien och önskemål om deltagande skickades ut till 49 verksamhetschefer på olika vårdcentraler och 15 godkände deltagande i studien. Samtliga verksamhetschefer som avböjde deltagande uppgav personalbrist som orsak och många nämnde även stress inför sommarperioden. Tidpunkten för utskicket ansågs inte vara optimalt då det var i maj månad precis innan sommarperioden och sommarsemestrar. Tidpunkten kunde inte påverkas av författarna då projektplanen och VEN-godkännande behövde inväntas innan kontakt med verksamhetscheferna upprättades. Författarna fick ett ändamålsenligt urval och det kan ses som en styrka att studien fick en variation gällande deltagarnas ålder, erfarenhet och vårdcentraler både i städer och på landsbygden då olika erfarenheter hos deltagarna kan bidra till att innehållet blir mer varierat och väl beskrivet (Henricson & Billhult, 2017).

Semistrukturerade intervjuer utfördes av författarna som innehöll en övergripande fråga och områden som skulle beröras under samtalet. Övergripande frågor kan göra att deltagarna ger en uttömmande beskrivning av fenomenet som undersöks (Danielson, 2017a). Ett alternativ hade kunnat vara att utföra strukturerade intervjuer men det hade kunnat leda till att deltagarna inte hade fått samma möjlighet att utveckla sina tankar och erfarenheter. Innan intervjuerna påbörjades uppskattades att varje intervju skulle vara mellan 30 och 45 minuter långa. De blev dock kortare vid utförandet, vilket kan ses som en svaghet för studien. Den kortare längden på intervjuerna kan ha berott på att intervjuerna var oerfarna och därmed hade svårare att ställa utvecklande följdfrågor. Andra svårigheter som upplevdes av författarna under intervjuerna var att tillåta pauser, att inte ställa ledande följdfrågor och att ha tydliga frågeformuleringar. Längden på intervjuerna varierade även beroende på om den intervjuade distriktsköterskan arbetade på en äldrevårdsmottagning som inte var så väl etablerad och inte prioriterad, vilket gjorde att de inte hade så många erfarenheter att berätta om.

De fyra första intervjuerna gjordes gemensamt av författarna och sedan delades de upp och gjordes enskilt. Anledningen till uppdelningen var att intervjuerna skulle kunna genomföras

inom tidsramen för magisteruppsatsen. En styrka kan vara att författarna utförde ett antal intervjuer gemensamt eftersom det gav en samsyn på intervjuguiden och hur frågor kunde ställas som författarna hade med sig när de gick vidare med att enskilt genomföra resterande intervjuer. Om alla intervjuer hade gjorts gemensamt hade det kunnat innebära att intervjuerna blev mer likvärdiga i upplägget då frågorna hade ställts på liknande sätt. Det hade även inneburit fler intervjuer för författarna att träna på och därmed hade det kunnat ge mer erfarenhet av intervjusituationer. Intervjuaren är enligt Kvale och Brinkmann (2014) det viktigaste forskningsverktyget i en intervjuundersökning och även intervjuer som är utförda av oerfarna intervjuare kan ge viktig information. Trots vissa svårigheter kring intervjuerna ansågs resultatet ge svar på syftet och gav värdefull information om det aktuella ämnet.

Intervjuerna transkriberades direkt efter utförandet som ett led i bearbetningen av datan inför analysprocessen. Den som utförde intervjun ansvarade för transkribering och därefter tog den andra författaren del av det transkriberade materialet. Efter att ha utfört intervjuerna och läst det transkriberade materialet noterades att vissa frågeområden inte var helt relevanta till syftet och kunde missuppfattas av deltagarna. Hur äldrevårdsmottagningen påverkade vårdcentralens övriga arbete och hur de utvärderade verksamheten var två områden som inte alltid gav svar som motsvarade syftet och som ofta fick förklaras närmare av intervjuaren. Det var även en av bakgrundsfrågorna som kunde missuppfattas, "Hur mycket tid får du till äldrevårdsmottagningen per vecka?". En del uppfattade frågan som hur lång tid de fick utöver de 15 timmar telefon som måste finnas enligt ackrediteringsvillkoren och en del uppfattade frågan som hur många timmar totalt de fick med telefontid inräknat. Eftersom frågan tolkades olika togs den inte med i studien.

Dataanalysen utfördes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys där analysen utgick från reduktion av materialet och abstrahering av relevant innehåll enligt Graneheim och Lundman (2004). För att kunna få fram manifest och latent innehåll från intervjuerna läste författarna igenom materialet upprepade gånger och hade diskussioner om innehållet för att uppnå konsensus gällande tolkningen. Det latent innehåll i analysen anses ha kommit fram i kategorierna. Författarna tog även hjälp av handledaren som fick ge synpunkter på analysprocessen och överensstämmelsen mellan kategorier och subkategorier, vilket kan ses som en styrka i studien då en studies trovärdighet ökar när någon person förutom forskarna granskar tolkningen och bildandet av kategorier och subkategorier (Mårtensson & Fridlund,

2017). Under dataanalysen framkom inget tema vilket anses ha berott på att författarna hade begränsad erfarenhet av analysarbete och att det insamlade materialet inte var så djupt.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att distriktssköterskorna på äldrevårdsmottagningen arbetade för att underlätta kontakten med sjukvården för de äldre. Ett sätt att underlätta kontakten var genom att vara tillgängliga i äldretelefonen så mycket som möjligt och att ha en telefon utan knappval, vilket även var en riktlinje för äldrevårdsmottagningen enligt Region Skåne (2018). Många äldre kan vara multisjuka (Marengoni, Winblad, Karp & Fratiglioni, 2008) och ett problem som har beskrivits i tidigare studier är att personer med multisjuklighet upplevde frustration då det fanns en del hinder såsom låg tillgänglighet och långa väntetider för att få tillgång till vården (Ho, Kuluski & Im, 2017). Distriktssköterskans arbete på äldrevårdsmottagningen kan vara en viktig del i att minska patienternas frustration och oro kring att inte komma fram till sjukvården. Äldretelefonen beskrevs som en central del av mottagningen och eftersom första kontakten med sjukvården ofta sker via telefon kan äldretelefonen fungera som ett verktyg för patienten för att få tillgång till sjukvården. Distriktssköterskorna berättade att de alltid ringde upp patienter som inte kom fram i äldretelefonen om de ringde när de inte hade möjlighet att svara, vilket bidrog till att skapa förtroende hos patienten. Sådana åtgärder kan inge trygghet och minska känslan av frustration hos patienterna eftersom de vet att distriktssköterskan kommer ringa tillbaka. Om det råder tveksamhet och patienterna istället inte vet säkert att personal från sjukvården kommer att ringa tillbaka kan det leda till en känsla av ovisshet och maktlöshet. Sådana situationer beskrevs av Waterworth, Raphael, Pabarrsons, Arroll och Gott (2018) där äldre patienter som väntade på ett s.k. call back, som innebär att vårdpersonal ringer tillbaka, upplevde en osäkerhet då de inte visste säkert om vårdpersonalen skulle ringa tillbaka. När patienter har en lättare väg in till vården, såsom de äldre har via äldrevårdsmottagningen, kan deras situation upplevas mer hanterbar och de kan behålla sin känsla av hälsa. Det är viktigt att en person anser sig ha resurserna för att kunna hantera det som personen utsätts för d.v.s. att en patient kan hantera sin situation och därmed bättre kunna främja hälsa (Antonovsky, 1991). Känslor av ovisshet och maktlöshet kan innebära att patienten inte känner kontroll över sin situation. Äldre personer beskrev att deras känsla av hälsa kunde bibehållas när de kunde hantera sitt dagliga liv (Ebrahimi, Wilhelmson, Moore & Jakobsson, 2012).

Uppdraget som äldrevårdsmottagningen har är att arbeta förebyggande och hälsofrämjande, vilket gör att arbetet kan utgå från ett salutogent perspektiv. Distriktssköterskorna i föreliggande studie berättade att en stor del av arbetet på äldrevårdsmottagningen var att arbeta hälsofrämjande och förebyggande i alla kontakter med patienterna. Förebyggande och hälsofrämjande arbete ingår inte bara i riktlinjerna som Region Skåne har tagit fram utan det är även en del i distriktssköterskors arbete enligt kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (Distriktssköterskeföreningen, 2008). I föreliggande studie beskrev distriktssköterskorna att kontakten med patienterna oftast började via telefon, som sedan utvecklades till något typ av besök där distriktssköterskorna utförde hälsosamtal och riskbedömningar för att identifiera eventuella faktorer som kunde påverka de äldres hälsa. För att en person ska kunna främja sin egen hälsa menar Antonovsky (1991) att det behövs en begriplighet kring de faktorer som påverkar hälsa. Vid hälsosamtalen kunde distriktssköterskorna ge patienten en ökad kunskap om dennes hälsa genom att uppmärksamma den äldres behov och hjälpa patienten att förstå och begripa sitt tillstånd och på så sätt bidra till en känsla av sammanhang. En sådan situation beskrevs av distriktssköterskorna som att de kunde sätta igång en tankeverksamhet hos patienten genom att uppmärksamma behovet av en förebyggande åtgärd som patienten själv inte hade lagt märke till. Sådana behov var lättare att uppmärksamma i samband med hembesök och distriktssköterskorna beskrev att hembesök ofta medförde någon typ av åtgärd. Hembesök kan göras för att lära känna patienten och identifiera dennes behov (Nygren Zotterman, Skär, Olsson & Söderberg, 2015). Hembesök kan även underlätta skapandet av en relation med patienten och på så sätt öka förtroendet för de råd distriktssköterskan ger (ibid.). Betydelsen av förebyggande arbete visades även i en studie av Kristensson, Rahm Hallberg och Jakobsson (2007) där det preventiva arbetet kunde bidra till att de äldre inte behövde söka akutsjukvård i lika stor utsträckning som de som inte fick de preventiva insatserna. En del av distriktssköterskornas arbete på äldrevårdsmottagningen var att göra uppföljningar efter sjukhusvistelse för att förebygga återinläggningar, ha grupputbildningar samt föreläsningar med målsättning att främja och behålla de äldres hälsa.

För att kunna arbeta enligt riktlinjerna som finns, d.v.s. förebyggande och hälsofrämjande, var det viktigt att distriktssköterskorna fick ha tid avsatt för patienten. I föreliggande studie uttryckte distriktssköterskorna frustration då de inte fick tiden att räckta till alla gånger och det medförde att patienterna inte fick den hjälp de behövde där och då. Ett exempel var när patienter ringde på äldretelefonen och distriktssköterskorna inte hade fått tid avsatt för att

svara, utan fick svara i telefonen samtidigt som de hade patienter på sin distriktssköterskemottagning. Distriktssköterskorna anpassade sig efter tidsbristen och för att fortsatt ha patientens förtroende ringde de alltid upp alla patienter som inte kom fram. Tidsbrist och den stressen som det medför har visat sig ha påverkan på vårdkvaliteten i mötet med patienten och därmed leda till att viktiga saker kan missas (Nygren Zotterman, Skär, Olsson & Söderberg, 2015). I detta fall skulle tidsbristen kunna påverka både den patient som var på mottagningen samt den som ringde eftersom distriktssköterskan kunde ha svårt att vara närvarande i båda mötena, vilket kunde leda till sämre kvalitet i båda kontakterna. Den beskrivna situationen skulle kunna skapa mer arbete för distriktssköterskorna då de i slutändan skulle behöva ringa tillbaka till patienter eller följa upp något vid ett senare tillfälle eftersom tidsbristen kunde leda till att de inte kunde åtgärda det direkt vid samma patientbesök. En tidigare studie har beskrivit att vid tidsbrist, stress och hög arbetsbörda hos distriktssköterskor kan konsekvensen bli att det hälsofrämjande arbetet nedprioriteras för att hinna med andra åtaganden (Lundberg, Jong, Kristiansen & Jong, 2017). I föreliggande studie berättade distriktssköterskorna att specifika besök för hälsosamtal kunde prioriteras bort när det fanns tidsbrist, men istället kunde distriktssköterskorna utföra ett hälsosamtal i samband med något annat besök eller via telefon. Det var ett sätt för distriktssköterskorna att anpassa sig efter resurserna som fanns. Det är dock oklart om kvaliteten på hälsosamtalen var densamma. Vid sådana snabba hälsosamtal skulle patienter kunna uppfatta distriktssköterskornas tidsbrist och stress och det kan i sin tur påverka kvaliteten på samtalet. Sådana situationer har beskrivits av Waterworth, Raphael, Pabarrsons, Arroll och Gott (2018) att när patienter uppmärksammade att sjuksköterskorna hade hög arbetsbelastning ville patienterna inte vara till besvär och ytterligare öka arbetsbelastningen, vilket kunde resultera i att de inte kontaktade vården när de behövde. Om den äldre patienten inte får möjlighet att påverka sin situation och därmed sin hälsa kan det skapa frustration och öka patientens upplevelse av ohälsa vilket kan ses som motsatsen till målsättningen med äldrevårdsmottagningen och distriktssköterskors strävan att arbeta salutogent.

Konklusion och implikationer

Distriktssköterskor har visat sig ha en betydelsefull roll på äldrevårdsmottagningen då det har framkommit i föreliggande studie att det oftast är de som självständigt ansvarar för hela mottagningen och hur arbetet bedrivs. Distriktssköterskorna arbetade på olika sätt för att

kunna tillgodose äldre patienters behov på ett personcentrerat sätt. Det personcentrerade arbetet utgick ifrån att underlätta kontakten med sjukvården, främja hälsa, samordna vården, samarbeta med andra, främja kontinuitet samt prioritera utifrån den äldres behov. Det arbete som distriktssköterskorna bedrev var självständigt, vilket innebar att de ansvarade själva för mottagningen och hade en ökad möjlighet till förbättringsarbete och anpassade sig till tillgängliga resurser. Det finns inga tydliga riktlinjer för vad en äldrevårdsmottagning ska innehålla och hur arbetet ska bedrivas och det framkom att distriktssköterskorna själva utformade mottagningens arbete, vilket kan innebära att äldrevårdsmottagningar ser väldigt olika ut på olika vårdcentraler i Skåne. Förslag på framtida forskning är att ta fram riktlinjer för äldrevårdsmottagningar med stöd av föreliggande studie och undersöka om kvaliteten på vården på olika äldrevårdsmottagningar då blir likvärdig.

Referenser

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.

Berglund, A. (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(1), 46-51.

Casey, M., O'Connor, L., Cashin, A., Smith, R., O'Brien, D., Nicholson, E., & ... Egan, C. (2017). An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice, on quality of care, cost and access to services: A narrative review. *Nurse Education Today*, 56, 35-40.

Cooper, A., Edwards, A., Williams, H., Evans, H. P., Avery, A., Hibbert, P., & ... Carson-Stevens, A. (2017). Sources of unsafe primary care for older adults: a mixed-methods analysis of patient safety incident reports. *Age & Ageing*, 46(5), 833-839.

Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 144-154). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 285-297). Lund: Studentlitteratur.

Distriktssköterskeföreningen. (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 2018-01-03 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterska.kompbeskr.webb.pdf>

Drevenhorn, E. & Österlund Efraimsson, E. (2013). Distriktssköterskans mottagningar. I C. Bökberg (Red.), *Omvårdnad i primärvården* (s. 125-141). Lund: Studentlitteratur.

Ebrahimi, Z., Wilhelmson, K., Moore, C. D., & Jakobsson, A. (2012). Frail elders' experiences with and perceptions of health. *Qualitative Health Research*, 22(11), 1513-1523.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Helsingforsdeklarationen. (2008). *World Medical Association Declaration of Helsinki*. Hämtat 2018-01-08 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 130-137). Lund: Studentlitteratur.

Ho, J. W., Kuluski, K., & Im, J. (2017). 'It's a fight to get anything you need' - Accessing care in the community from the perspectives of people with multimorbidity. *Health Expectations*, 20(6), 1311-1319.

Hubley, A. M., & Russell, L. B. (2009). Prediction of subjective age, desired age, and age satisfaction in older adults: Do some health dimensions contribute more than others? *International Journal of Behavioral Development*, 33(1), 12–21.

Johansson, M. (2013). Hälsa - vad är det? I C. Bökberg (Red.), *Omvårdnad i primärvården* (s. 60-69). Lund: Studentlitteratur.

King, A. I. I., Boyd, M. L., Dagley, L., & Raphael, D. L. (2017). Implementation of a gerontology nurse specialist role in primary health care: Health professional and older adult perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 1-12.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

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

Kristensson, J. & Jakobsson, U. (2010). Olika perspektiv på åldrandet. I A. Ekwall (Red.), *Äldres hälsa och ohälsa* (s. 15-27). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J., Rahm Hallberg, I. & Jakobsson, U. (2007). Healthcare consumption in men and women aged 65 and above in the two years preceding decision about long-term municipal care. *Health and Social Care in the Community*, 15(5), 474–485.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lundberg, K., Jong, M. C., Kristiansen, L., & Jong, M. (2017). Health promotion in practice-District nurses' experiences of working with health promotion and lifestyle interventions among patients at risk of developing cardiovascular disease. *Explore: The Journal of Science & Healing*, 13(2), 108–115.

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), 1198-1200.

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.

Nygren Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 418–425.

Region Skåne. (2018). *Förfrågningsunderlag och avtal för vårdcentral i hälsoval Skåne*. Hämtat 2018-09-04 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackrediteringsarkiv---fillistning/villkor-vc-2018---201712182.pdf>

Rhodes, P., Campbell, S. & Sanders, C. (2016). Trust, temporality and systems: how do patients understand patient safety in primary care? A qualitative study. *Health Expectations*, 19(2), 253-263.

Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Nehen, H. G. & Heuft, G. (2006). Old and ill and still feeling well? Determinants of subjective well-being in >60 year olds: The role of the sense of coherence. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 850-859.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Shadmi, E., Boyd, C., Hsiao, C., Sylvia, M., Schuster, A. & Boulton, C. (2006). Morbidity and older persons' perceptions of the quality of their primary care. *Journal of The American Geriatrics Society*, 54(2), 330-334.

Socialstyrelsen. (2013). *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre*. Hämtat 2018-01-08 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19292/2013-12-18.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Ansök om rätt att få kalla dig specialistsjuksköterska*. Hämtat 2018-01-05 från <http://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/annanbehorighet/specialistsjukskoterska>

Statistiska Centralbyrån. (2016). *Befolkningspyramiden visar Sveriges invånare i olika åldrar*. Hämtat 2017-11-15 från <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningspyramid/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2015). *Äldre personers rätt till omvårdnad - Behov, kompetenser, myter och evidens*. Hämtat 2018-01-05 från

<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/utbildning-publikationer/aldre.personers.ratt.till.omvardnad.webb.pdf>

Swan, M., Ferguson, S., Chang, A., Larson, E. & Smaldone, A. (2015). Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5), 396-404.

Waterworth, S., Raphael, D., Parsons, J., Arroll, B., & Gott, M. (2018). Older people's experiences of nurse-patient telephone communication in the primary healthcare setting. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 373-382.

Wästberg, B. & Ardenvik, B. (2013). Primärvårdens ansvar och uppgifter. I C. Bökberg (Red.), *Omvårdnad i primärvården* (s. 52-58). Lund: Studentlitteratur.

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Hur länge har du arbetat som distriktssköterska?
- Hur gammal är du?
- Hur länge har äldrevårdsmottagningen funnits på vårdcentralen?
- Hur mycket tid får Ni till äldrevårdsmottagning per vecka?

Huvudfråga

- Hur arbetar du på äldrevårdsmottagningen?

Områden att ta upp under samtalet

- Äldrevårdsmottagningens innehåll
- Medlemmar i teamet på vårdcentralen, andra samarbetspartners
- Urval av patienter
- För- och nackdelar med specialmottagningen
- Påverkan på vårdcentralens övriga arbete
- Utvärdering av verksamheten

Förslag på formuleringar och följdfrågor

Kan du berätta om?...

Kan du beskriva?...

Hur tänker du kring?...

Kan du beskriva mer?...

Hur menar du?...

Är det något mer du vill tillägga?...