



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Vad erbjuds på äldrevårdsmottagningar i Skåne?

- En tvärsnittsstudie

Författare: Ida Johansson, Tove Böcker

Handledare: Marianne Holmgren

Magisteruppsats

Hösten 2019

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

Abstrakt.

Bakgrund: Den äldre befolkningen ökar i högre takt nu än tidigare, vilket ställer stora krav på hälso- och sjukvården. Alla patienter har rätt till lika vård och hälsofrämjande vård oavsett var de vänder sig i hälso- och sjukvården. Patienter har även rätt att välja mellan privat och offentlig primärvård. En vårdform som utvecklats inom primärvården i Region Skåne är äldrevårdsmottagning, vars syfte är att öka tillgängligheten, kontinuiteten och tryggheten för äldre och dess närstående.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka vilka yrkeskategorier, vårdinsatser och hälsofrämjande insatser äldre personer erbjuds vid kontakt med äldrevårdsmottagningar på vårdcentraler i Skåne samt om det fanns några skillnader på vad som erbjuds mellan vårdcentraler i offentlig kontra privat regi.

Metod: Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie med strukturerade enkätfrågor. Förfrågan om att delta skickades ut till samtliga vårdcentraler i Region Skåne.

Resultat: Den mest förekommande yrkeskategorin var distriktssköterskor. Vårdinsatser och hälsovägledande samtal erbjöds i hög grad, men det var få som erbjöd samtal om sexuell hälsa och seniorträffar. Det framkom ingen signifikant skillnad mellan vårdcentraler i privat och offentlig regi vad gäller erbjudandet av äldrevårdsmottagning. Strax över hälften av respondenterna med äldrevårdsmottagning erbjöd separata mottagningstider.

Slutsats: Denna studie visar att vården som bedrivs på äldrevårdsmottagningar idag inte är jämlik. Då flera av äldrevårdsmottagningarna bland annat inte uppfyller ackrediteringsvillkoren, men även att dessa inte är så tydliga och väldefinierade, i jämförelse med de certifierade mottagningarnas. För att förbättringsarbete kring vad som ska erbjudas på mottagningarna ska kunna utföras behövs studier som undersöker vad patienter och personal efterfrågar.

Nyckelord

Äldrevårdsmottagning, äldre, specialistsjuksköterska, distriktssköterska, jämlik vård, personcentrerad vård

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Den åldrande befolkningen	6
Äldrevårdsmottagning	7
Syfte	11
Metod	11
Urval	11
Instrument	12
Datainsamling	12
Analys av data	14
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat	15
Yrkeskategorier som ingick i äldrevårdsmottagningarna	16
Vårdinsatser och hälsofrämjande insatser som ingick i äldrevårdsmottagningarna	16
Tillgängligheten på äldrevårdsmottagningarna	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	23
Konklusion och implikationer	26
Referenser	28
Bilaga 1 (2)	34
Bilaga 2 (2)	37

Problemområde

Den äldre befolkningen ökar i högre takt nu än tidigare, vilket ställer stora krav på hälso- och sjukvården eftersom de äldre har fler sjukdomar och ett större vårdbehov (Beard, et al., 2016; Smith, Soubhi, Fortin, Hudon, & O'Dowd, 2012). Fram till 2040 beräknas kostnaderna för äldreomsorg och sjukvård öka med 270 % (Agahi, Lagergren & Wånell, 2005). Enligt World Health Organisation (2017) förväntas andelen av världens befolkning som är över 60 år att nästan dubblas från 900 miljoner till 2 miljarder mellan år 2015–2050. I Sverige har åldersfördelningen förskjutits mot en minskad andel yngre och en ökad andel äldre, detta till följd av en låg fertilitet och en ökad medellivslängd. Medellivslängden i Sverige har under 250 år ökat i en takt som nästan motsvarar 2 månader per år och den förväntade medellivslängden för kvinnor är idag cirka 84 år och 81 år män (Socialstyrelsen, 2017).

Med ökad andel av en åldrande befolkning ställs större krav på att hälso- och sjukvården anpassar och utvecklar nya organisationsformer. Med åldern sker en del fysiologiska förändringar i kroppen som kan påverka hälsan (Beard et al., 2016). Med ökad ålder ökar också risken för multisjukdom, och därmed blir sjukdomsbilden mer komplex då sjukdomarna kan påverka varandra på olika vis (American Geriatrics Society Expert Panel, 2012; Beard, et al., 2016). De äldre är en grupp som kan gynnas av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser (Fänge, Dahlin-Ivanoff, 2009) på en äldrevårdsmottagning. Om dessa insatser skulle leda till att förebygga sjukdom skulle det vara en vinst, inte bara för patienten utan även för samhället. I enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen har alla patienter rätt till vård på lika villkor och hälsofrämjande vård oavsett var de vänder sig i hälso- och sjukvården (HSL, SFS 2017:30). Detta är även i enlighet med distriktssköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2019). Enligt lagen om valfrihetssystem (LOV, SFS:2008:962) har patienter rätt att välja mellan privat och offentlig primärvård. En vårdform som utvecklats inom primärvården i Region Skåne är äldrevårdsmottagning, vars syfte är att öka tillgängligheten, kontinuiteten och tryggheten för äldre (75+) och dess närstående (Region Skåne, 2018c). Idag saknas tydliga riktlinjer, utöver ackrediteringsvillkoren, för vad som bör ingå i en äldrevårdsmottagning. Genom att undersöka vilka yrkeskategorier, vårdinsatser och hälsofrämjande insatser äldre personer erbjuds, och att jämföra privat- och offentlig regi tydliggörs vilka vårdinsatser som erbjuds på äldrevårdsmottagningar. Utifrån denna kartläggning kan eventuellt ett förbättringsarbete för en jämlik vård påbörjas.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Personcentrering är en etik, den vägleder medmänniskan och yrkespersoner i praktiska handlingar. Personcentrerad vård innebär ett partnerskap mellan patienten och den professionella, relationen genomsyras av förståelse för patientens självkänsla och vilja genom ömsesidig respekt. Mänskliga resurser och möjligheter identifieras genom att noggrant lyssna på patientens berättelse och skriva en gemensam hälsoplan. Denna ska innehålla kort- och långsiktiga mål och strategier för hur planen ska genomföras samt uppföljning (Ekman et al., 2011; McCormack, Karlsson, Dewing & Lerdal, 2010). Vid praktisk handling beskrivs den personcentrerade vården som en process som tillvaratar människans livskraft och möjligheter, även vid svår sjukdom. Processen innehåller 3 delar:

1. Patientens berättelse, som är förutsättningen för en personcentrerad vård.
2. Partnerskap mellan patienten och personalen där formuleringen av överenskommelser sker.
3. Försäkran om att vården som planerats gemensamt utförs enligt överenskommelsen och dokumenteras i patientens journal. Informationen om den planerade och genomförda vården blir då tillgänglig för alla deltagare i teamet (Ekman et al., 2011).

För att uppnå en personcentrerad vård krävs ett dynamiskt samarbete mellan individen, närstående och andra relevanta vårdgivare (American Geriatrics Society Expert Panel, 2016). Genom att ha rutiner för omvårdnadspraxis och ett patientcentrerat arbetsklimat förbättras inte bara sjuksköterskans arbetsmiljö utan även den vård som patienten får (Kramer et al., 2009). I en litteraturstudie där vården av multisjuka äldre har undersökts framkom det att alla kliniska beslut kräver en bedömning av patientens önskemål (American Geriatrics Society Expert Panel, 2012). Litteraturstudiens resultat lyfter fram och beskriver hur processen i den personcentrerade vården kan användas vid vård av den åldrande människan. Den fastställer att vårdgivaren behöver ställa frågor kring hur patienten upplever den nuvarande behandlingsstrategin. Hur följsam patienten är till den, vilka mål patienten och närstående har med vården, vilken evidens som finns tillgänglig kring ämnet, hur patientens prognos/överlevnad ser ut och om en interventions fördelar överväger nackdelarna (American Geriatrics Society Expert Panel, 2012). Detta kräver bland annat att vårdgivaren har förmåga

att identifiera beslut som patienten behöver ta ställning till och kunna förstå vad som är viktigt för patienten för att kunna fatta ett beslut. Det kräver också att vårdgivaren informerar patienten och försäkras sig om att patienten förstår innebörden av till exempel behandlingsstrategin för att kunna fatta ett beslut. Det har även framkommit att multisjuka äldre är mer benägna att fatta dessa typer av beslut eftersom de har förmågan att förstå konsekvenserna som varje tillstånd och behandling innebär samt att det finns risk för att en behandling kan påverka ett tillstånd positivt medan ett annat försämras (American Geriatrics Society Expert Panel, 2012; Tinetti, Bogardus Jr, & Agostini, 2004). Ett exempel på detta är en inhalation med steroider som används vid behandling av KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom) men har negativ effekt på benskörhet (American Geriatrics Society Expert Panel, 2012). Vikten av att anpassa behandlingen efter patienten och dess närståendes önskemål är alltså central för att den åldrande patienten ska få god vård (American Geriatrics Society Expert Panel, 2012; American Geriatrics Society Expert Panel, 2016; Morgan och Yoder, 2012).

Den åldrande befolkningen

I en studie framkom att äldre tyckte att det var viktigt med hälsa, dvs. avsaknad av sjukdom, och förmåga att leva ett självständigt liv snarare än att leva ett långt liv (Phelan, Anderson, LaCroix & Larson, 2004). Studier visar även att äldre personer ofta beskrivs som fragila eftersom de är särskilt utsatta för sjukdom och funktionsnedsättning. Vidare löper de en ökad risk att förlora förmågan att leva självständigt och hantera sina aktiviteter i det dagliga livet (Fried, Ferrucci, Draer, Williamson, Anderson, 2004; Fried et al., 2001). Med åldern sker en del fysiologiska förändringar i kroppen som kan påverka hälsan. Blodkärlen blir stela vilket kan leda till högt blodtryck och hjärtat orkar inte pumpa ut blodet i samma utsträckning som tidigare. Lungornas förmåga minskar, njurarna har svårare att rena kroppen från slaggprodukter samt urinblåsans kapacitet minskar, vilket kan leda till viss urininkontinens. Det är även vanligare med förstoppning relaterat till att äldre personer äter mindre och rör sig mindre. Slemhinnorna i kroppen är skörare vilket ger en ökad risk för till exempel magblödning. Leder och muskler blir stelare, hår och hud blir tunnare, ämnesomsättningen sjunker samt att sinnen försämras (Mensen, 2018). Med ökat åldrande ökar också risken för att en person kan ha flera sjukdomar samtidigt. Med ökat antal sjukdomar blir sjukdomsbilden mer komplex då sjukdomarna kan påverka varandra. Behandlingen och läkemedelsbehandlingen för den ena sjukdomen kan även interagera med

den andra (American Geriatrics Society Expert Panel, 2012; Beard, et. al., 2016). Bland de vanligaste sjukdomarna hos den äldre befolkningen (65+) i Sverige är nedsatt syn- och lungfunktion, inkontinensbesvär, psykisk ohälsa, fallskador, hjärt- och kärlsjukdomar och cancer (Socialstyrelsen, 2009). Äldre personers hälsa är inte bara beroende av genetiska faktorer utan påverkas även av socioekonomiska förhållanden (Beard, et al., 2016). Det är vanligt med en dålig kunskap om sin sjukdomsbild och en ökad risk för undernäring, fall, läkemedelsrelaterade problem, ensamhet samt oro bland äldre personer (Sherman, Forsberg, Karp & Törnqvist, 2012). Att kunna hantera dessa problem och det vanliga åldrandet är en del av distriktssköterskans kompetensområde (SSF, 2019). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) ska hälso- och sjukvården ge vård på lika villkor för hela befolkningen med respekt för allas lika värde. Enligt lagen om valfrihetssystem (LOV, SFS:2008:962) har patienter rätt att välja mellan privat och offentlig primärvård. Tanken är att valfriheten ska ge upphov till en kvalitetshöjande konkurrens (Lundvall, Öhlin & Stefánsdotter, 2011). I en utredning framkom att det fanns variationer trots de lagstiftade målsättningarna. Den fastslår att huvudmännen ska ta ansvar för de processer de ansvarar för, som bland annat innefattar jämlik vård (Statens offentliga utredningar, 2017:48). Hälso- och sjukvården ska arbeta hälsofrämjande (Socialstyrelsen, 2017). Condellius, Edberg, Jakobsson & Hallberg (2008) menar att ca 15 % av äldre är i stort behov av hälso- och sjukvård inom både akutsjukvård och öppenvård. Detta påvisar hur beroende de är av hälso- och sjukvården för att bevara sin hälsa och sitt välbefinnande. I en studie av Kristensson et al. (2010) visade resultatet att de mest sjuka äldre upplever att hälso- och sjukvården inte möter deras vårdbehov och förväntningar. Det framkom även att den specialistutbildade sjuksköterskan har en essentiell roll vid mötet med äldre.

Äldrevårdsmottagning

Enligt Angelis, Häger Glenngård och Jordahl (2016) är ledningen och styrningen av vårdcentralerna under privat regi något bättre än de i offentlig regi, då de b.l.a. attraherar och behåller sin personal i större utsträckning. Detta kan i sin tur vara positivt för kontinuiteten. Statens offentliga utredningar (2016:2) menar i sin utredning om effektiv vård att kontinuitet av personal kan ge stora effektivitetsvinster, en bättre arbetsmiljö för personalen samt en ökad trygghet för patienten. Kontinuiteten är en central kvalitetsfaktor för den enskilda patienten. Den personliga kontinuiteten kan minska risken för fel. Den ger sannolikt färre undersökningar och mindre dubbeldokumentation då personalen känner till patientens

anamnes och vad som redan har undersökts. Att få möta samma person kan göra att den äldre människan känner sig tryggare. Många äldre upplever att de i vården får för många personer att förhålla sig till och att det inte finns tid för personalen att prata en stund (Inspektionen för vård och omsorg, 2013). I de senaste undersökningarna från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016) tillfrågades patienter i Sverige och 10 andra länder om deras erfarenheter av vården. Patienter i Sverige uppger att vårdens förmåga att ge information och stöd samt att göra patienten delaktig är bristfällig, detta ses i större utsträckning än i de andra länderna som är med i undersökningen. Sverige får bland de sämsta resultaten när det gäller tid med patienten samt tillräcklig kunskap om anamnes.

Sveriges kommuner och landsting (2018) skickar årligen ut en nationell patientenkät. Resultatet i denna visar bland annat att de privata och offentliga vårdcentralerna skiljer sig mest när det gäller kontinuitet och koordinering. På de privata vårdcentralerna får patienten träffa samma läkare som de träffade sist i större utsträckning, 71 % kontra 66 % på de offentligt drivna vårdcentralerna. 60 % av patienterna på privata vårdcentraler uppger att personalen samordnar deras vårdkontakter i jämförelse med 43 % på offentliga vårdcentraler. Av 20 vårdcentraler som hade högst patientupplevd kvalitet var 16 drivna i privat regi.

Äldres hälsa är ett av de prioriterade utvecklingsområdena i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2019) och en vårdcentral kan ansöka om ett tilläggsuppdrag för att kunna starta upp och bedriva en äldrevårdsmottagning under förutsättning att de uppnår alla krav (Region Skåne, 2018c). Enligt ackrediteringsvillkoren ska det finnas en legitimerad sjuksköterska med en specialistutbildning med 75 högskolepoäng till distriktssköterska alternativt med 60 högskolepoäng för vård av äldre på en äldrevårdsmottagning samt specialistläkare i allmänmedicin eller geriatrik. Vårdgivaren ska särskilt uppmärksamma läkemedelsgenomgångar, äldres psykiska ohälsa samt risk- och missbruk som är områden med stora behov för utveckling. Det ska finnas telefonkontakt utan knappval som är öppet minst 10 timmar per vecka och möjlighet till hembesök. Hälsoinriktade och förebyggande insatser gällande undernäring, munhälsa, tryckskada och fallrisk ska erbjudas. Aktören får mellan 15- 20 tusen kronor per månad, beroende på hur många listade patienter de har som är 75 år och äldre. (Region Skåne, 2018a; Region Skåne, 2018c). De behöver årligen lämna en verksamhetsberättelse för tilläggsuppdraget. I en studie av Hansen et al. (2017) betonas vikten av att sjuksköterskor som arbetade på en äldrevårdsmottagning bör ha erfarenhet och kompetens att ta hand om de äldre som sökte till specialmottagningen. De betonade även

teamets betydelse för att kunna förbättra kvaliteten på vården av multisjuka äldre (American Geriatrics Society Expert Panel, 2012; Hansen, et al., 2017). I teamet ingår flera yrkeskategorier och patientens närstående samt vänner inkluderas också då de har en betydande roll i patientens liv (American Geriatrics Society Expert Panel, 2012). Ett primärvårdsteam kan bestå av sjuksköterska, specialistutbildad sjuksköterska, kurator, psykolog, läkare, dietist, fysioterapeut samt arbetsterapeut (Drevenhorn & Österlund Efraimsson, 2013). I en studie av Behm et al. (2015) jämfördes två interventioner för att se om fragilitet hos äldre kunde skjutas upp med hjälp av antingen förebyggande hembesök eller med hjälp av multiprofessionella seniorträffar. Båda interventioner påvisade goda resultat.

Det finns inte tillräckligt mycket forskning som specifikt handlar om sjuksköterskeledda specialmottagningar för äldre (Agahi, Lagergren & Wånell, 2005). De sjuksköterskeledda specialmottagningar som tidigare forskats på är specifikt riktade mot sjukdomar till exempel astma- KOL (Löfdahl et al., 2010) och inte specifika åldersgrupper. Detta trots att den äldre befolkningen i Sverige ökar och befintlig forskning visar att specialistsjuksköterskans roll på äldrevårdsmottagningar är efterfrågad av såväl patienter som hälso- och sjukvården (King et al., 2017). I de studier som behandlat sjuksköterskeledda specialmottagningar har det framkommit positiva resultat på patientens hälsa, patienttillfredsställelse och tillgänglighet för vård (Randall, Crawford, Currie, River, Bethihavas, 2017).

Sjuksköterskeledda specialmottagningar startades under 1980-talet. En sjuksköterskeledd specialmottagning kan ge ett strukturerat omhändertagande, erbjuda utbildning och en adekvat uppföljning av aktuellt problem, vilket gör patienter delaktiga i sin behandling (Drevenhorn & Österlund Efraimsson, 2013). Aiken et al. (2014) menar att specialistsjuksköterskor ger en säkrare vård. Vanliga sjuksköterskeledda specialmottagningar är mottagningar för patienter med diabetes, hjärtsvikt, hypertoni, inkontinens, astma, KOL och missbruk (Drevenhorn & Österlund Efraimsson, 2013). I en studie där effekten av sjuksköterskeledd astma-KOL mottagningar utvärderats visade resultatet att de patienter som fick undervisning och vård på mottagningen hade fått förbättrad hälsa och minskade symptom jämfört med de som inte fått det (Efraimsson, Hillervik, Ehrenberg, 2008). Vidare har det framkommit att patienter som behandlats av en specialistutbildad sjuksköterska på inkontinensmottagning upplevde förbättring av sin sjukdomsbild samt en ökad tillfredsställelse med livet (Albers-Heitner et al., 2011; Teunissen, Stegeman, Bor & Lagro-Janssen, 2015; Williams, et al., 2005). Patienter som fått vård på sjuksköterskeledd specialmottagning inom onkologi rapporterade hög

tillfredsställelse med den givna vården (Berglund, Gustafsson, Johansson & Bergenmar, 2015). I en studie av Hansen et al. (2017) undersöktes tillfredsställelsen hos patienter som följdes via en äldrevårdsmottagning inom primärvården. Resultatet visade en hög tillfredsställelse hos både patienter och dess anhöriga. Det framkom även att vårdgivarna var mycket nöjda med vården de bedrev.

Många äldre är fysiskt aktiva och har en strävan att upprätthålla sin hälsa och är en passande målgrupp för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder (Fänge, Dahlin-Ivanoff, 2009). De som gynnas mest av förebyggande insatser är äldre personer som ännu inte har utvecklat funktionshinder (Stuck et al., 2000). För att hjälpa äldre personer att leva självständigt och minska förekomsten av funktionshinder bör en större del av resurserna i hälso- och sjukvården spenderas på förebyggande och hälsofrämjande insatser (Phelan, Anderson, LaCroix & Larson, 2004). En distriktssköterska ska ha fördjupade kunskaper om vad som påverkar en människas hälsa med hänsyn till b.la. ålder (SSF, 2019).

Specialistsjuksköterskans roll på äldrevårdsmottagning är behövd utifrån patientens perspektiv såväl som organisatoriskt. I en studie av King, Boyd, Dagley och Raphael (2017) upplevde patienterna att de kvalificerade samtalen ledde till förebyggande åtgärder och läkarna upplevde att deras tid med patienten blev mer värdefull då den basala utredningen och anamnesen redan var gjord hos specialistsjuksköterskor. Att skapa trygghet genom förebyggande åtgärder och ett hälsofrämjande arbete är viktigt då trygga patienter upplever ett mindre behov att söka akuta vårdinsatser. Arbetet kräver dock en tydlig plan (Agahi, Lagergren & Wånell, 2005). Att arbeta hälsofrämjande är inte bara en del av hälso- och sjukvårdslagen utan även en del av distriktssköterskans kompetensområde (HSL, SFS 2017:30; SSF 2019).

Den svenska hälso- och sjukvården beskrivs ofta som komplex och resurskrävande. Vanligtvis nämns andelen äldre med långvariga sjukdomar, ökad psykisk ohälsa och ökad andel långvarigt sjuka som bidragande orsaker till den utvecklingen (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén, 2013). En vårdform som utvecklats inom primärvården i Region Skåne är äldrevårdsmottagning, vars syfte är att öka tillgängligheten, kontinuiteten och tryggheten för äldre (75+) och dess närstående (Region Skåne, 2018c). Eftersom det idag, utöver ackrediteringsvillkoren, saknas tydliga riktlinjer för vad som bör ingå i en äldrevårdsmottagning kan arbetssätt och erbjuda vårdåtgärder skilja sig mellan olika mottagningar. Genom att undersöka vilka yrkeskategorier, vårdinsatser och hälsofrämjande

insatser äldre personer erbjuds, och jämföra privat- och offentlig regi tydliggörs vilka vårdinsatser som erbjuds på äldrevårdsmottagningar. Utifrån denna kartläggning kan eventuellt ett förbättringsarbete för en jämlik vård påbörjas, detta skulle kunna vara en vinst, inte bara för professionen och patienten utan även för hälso- och sjukvården.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka vilka yrkeskategorier, vårdinsatser och hälsofrämjande insatser äldre personer erbjuds vid kontakt med äldrevårdsmottagningar på vårdcentraler i Skåne samt om det fanns några skillnader på vad som erbjuds mellan vårdcentraler i offentlig kontra privat regi.

Metod

För att få svar på studiens syfte utfördes en kvantitativ tvärsnittsstudie med strukturerade enkätfrågor. En tvärsnittsstudie innebär att en population eller grupp undersöks vid en viss tidpunkt. Enkätstudie väljs för att kunna studera sambandet mellan variabler för att få svar på faktorer av värde (Polit & Beck 2012).

Urval

Eftersom Skåne läns landsting var först i Sverige att starta upp äldrevårdsmottagningar (Region Skåne, 2018c), valdes detta som enda inklusionskriterie. För att veta vilka vårdcentraler som fanns i Skåne läns landsting och vilka e-postadresser som enhetscheferna hade kontaktades avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning på koncernkontoret Region Skåne. Ett dokument med samtliga vårdcentraler i Skåne läns landsting samt e-postadresser till dess verksamhetschefer bifogades från dem. Enligt avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning på koncernkontoret Region Skåne finns det 157 vårdcentraler i Skåne läns landsting. Förfrågan om deltagande i studien skickades ut till samtliga 157 vårdcentraler.

Instrument

Det fanns det ingen validerad enkät att tillgå. Av denna anledning har författarna till denna studie skapat en egen enkät. Webbenkäten skapades i programmet Sunet Survey som fanns att tillgå via Lunds universitet. Webbenkäten designades för att få svar på studiens syfte och forskningsfrågor. Frågorna togs fram utifrån Region Skånes ackrediteringsvillkor (Region Skåne, 2018a) och relevant fakta och hälsoaspekter gällande den åldrande människan (Beard, et. al., 2016; Mensen, 2018; Sherman, Forsberg, Karp & Törnqvist, 2012; Socialstyrelsen, 2009). Webbenkäten bestod av totalt 39 frågor varav 24 var Ja/ Nej frågor. Två av frågorna var öppna frågor, två var flervalfrågor och 11 var Ja/Nej frågor med möjlighet till öppen fråga vid behov. Första frågan behandlade vilken yrkeskategori den som besvarade enkäten hade och andra frågan om vårdcentralen hade en äldrevårdsmottagning eller inte. Andra frågor som behandlades var till exempel ifall de erbjuder hälsosamtal, seniorträffar, hembesök samt vilka professioner som är knutna till mottagningen. På samtliga frågor gällande bedömningsinstrument fanns möjlighet att lämna ett textsvar om de använde ett annat bedömningsinstrument. Ja/Nej-skala användes eftersom mätområdet anses vara tydligt nominalt. I de fall där frågan inte var tydligt nominal har därför öppna svarsalternativ använts (Statistiska centralbyrån, 2016). Webbenkäten var sluten och gick endast att besvara en gång per användare. Samtliga e-postadresser till verksamhetschefer har lagts in i programmet manuellt, det är endast författarna till denna studie som haft inloggning till undersökningen i Sunet Survey.

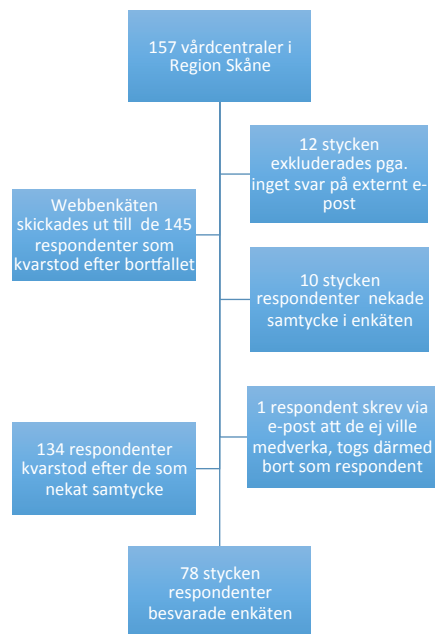
Datansamling

En pilotstudie genomfördes, där 4 sjuksköterskor som arbetade på specialmottagning besvarade enkäten. Pilotstudiens syfte var att säkerställa att enkäten inte missuppfattades och att studien därmed var genomförbar (Polit & Beck, 2012). Resultatet från pilotstudien var att samtliga sjuksköterskor upplevde att frågorna var tydliga och lätta att svara på. Ingen uppgav behov av justering av frågorna. Resultatet av pilotstudien ingick inte i studieresultatet. Godkännande av vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) inkom den tredje april 2019. Datansamling påbörjades med första utskick 4 april och sista utskick 1 augusti. Sammanlagt 16 påminnelser skickades ut, de tre första med tre veckors mellanrum och resterande med en veckas mellanrum. I programmet Sunet Survey skickas endast påminnelser till de respondenter som inte besvarat webbenkäten.

13 av verksamhetscheferna var verksamhetschef på två vårdcentraler, därför skickades separata e-post till de berörda verksamhetscheferna med erbjudande att delta i studien. Detta för att skapa ytterligare 13 respondenter i webbenkäten då programmet Sunet Survey endast tillåter en respondent per e-post. En av 13 verksamhetschefer besvarade e-posten och denna lades till som respondent. Därefter skickades endast en påminnelse via e-post. På grund av uteblivet svar valde författarna att exkludera resterande 12 vårdcentraler från undersökningen (figur 1).

Webbenkäten (bilaga 1) skickades till verksamhetschefer på 145 vårdcentraler i Skåne läns landsting via e-post (figur 1). I e-posten som skickades till berörd verksamhetschef bifogades en kort beskrivning av studien (bilaga 2). Den som tog emot webbenkäten uppmanades att skicka vidare länken till lämplig medarbetare om de inte kunde besvara frågorna, exempelvis den som driver mottagningen.

Tre veckor efter första utskicket hade endast 22 besvarat webbenkäten och vid närmare undersökning framkom att respondenterna endast besvarade webbenkäten vid de 2 första dagarna efter utskicket. Därför ökades påminnelsefrekvensen till 1 gång per vecka. Detta gav ett gott resultat då svarsfrekvensen ökade markant efter detta. Det inkom e-postmeddelanden mellan utskicken med olika frågor från respondenterna, dessa besvarades efter hand. Flertalet e-post gällde att de inte hade någon äldrevårdsmottagning, varför en fras lades till högst upp i brevet som förtydligade att enkäten skulle besvaras även om de inte hade någon äldrevårdsmottagning och att det var andra frågan i webbenkäten. 11 valde att inte delta vilket resulterade i att 134 respondenter, varav 78 besvarade enkäten. Nio respondenter hade påbörjat webbenkäten, men inte skickat in den. Det är oklart om detta var avsiktligt eller på grund av bristande kunskap i verktyget (figur 1). Målet var att få en svarsfrekvens över 65 % då risken för bias är stor om svarsfrekvensen är lägre, vilket också påverkar studiens reliabilitet negativt (Polit & Beck, 2012).



Figur 1. Flödesschema

Analys av data

Analysen av webbenkäternas data utfördes med hjälp av datorprogrammet Statistical Package for Social Sciences version 25 (SPSS IBM corp, 2017). Information om vårdcentralen var i privat eller offentlig regi inhämtades från Region Skånes avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrning. Jämförande och beskrivande statistik användes. Beskrivande statistik har presenterats i antal och procent. Centralmåttet som användes var median och spridningsmålet var kvartilavstånd eftersom fördelningen inte var symmetrisk (Ejlertsson, 2019). Pearsons Chi2-test användes för att utföra signifikansprövning (Polit & Beck, 2012) mellan vårdcentraler i privat och offentlig regi på samtliga frågor om erbjudna insatser och hälsofrämjande insatser. I denna studie kommer ett Chi2-test med ett p-värde $p = 0.05$ eller lägre räknas som statistiskt signifikant (Polit & Beck, 2012). Eftersom flera respondenter hade besvarat frågor i enkäten trots att de inte hade någon äldrevårdsmottagning exkluderades samtliga som inte hade en äldrevårdsmottagning vid analys av data som berörde äldrevårdsmottagningar. Detta för att analysernas resultat skulle spegla studiens syfte. I tabellerna redovisas endast de respondenter som svarat "ja" på vald fråga. Analys av procent utfördes manuellt och avrundades till två decimaler. Vid värde över 0.5 avrundades de uppåt till närmsta heltal och neråt vid värden under. Vid analys av text och siffersvar fick dessa gås igenom manuellt och kategorier skapas för de med lika svar. De textsvar, gällande antal timmar, som inte innehöll siffror fick exkluderas då dessa inte går att kvantifiera. Vid

sammanställning av antal timmar antogs svar som angav att det var en heltidstjänst som 40 timmar/ vecka. Uträkning av median på frågorna som berörde antal timmar för Mina planer och total mottagningstid där svar med intervall förkom räknades medelvärde ut enligt följande: 1-2= 1.5, 8-10=9, 10-12=11, 10-15=12.5 och 15-20=17.5. Metoden som användes var likt en imputation som innebär att saknade variabelvärden ersätts med nya som antas ligga nära de sanna värdena (Polit & Beck, 2012).

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Helsingforsdeklarationen (2013) ska all medicinsk forskning i första hand följa etiska standarder som främjar och garanterar respekten för att alla människors hälsa och rättigheter skyddas. Bland annat ska forskningsdeltagarnas rättigheter och intressen alltid sättas före att generera ny kunskap. I enlighet med Helsingforsdeklarationen gjorde författarna en noggrann bedömning och försökte förutse och eliminera eventuella risker och olägenheter för forskningsdeltagarna, detta skedde löpande genom hela arbetets gång. Försiktighetsåtgärder vidtogs gällande uppgifter som rört forskningsdeltagarnas anonymitet. För att inhämta informerat samtycke bifogades ett brev via e-post tillsammans med webbenkäten med information om frivilligt deltagande i studien, full anonymitet och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan påföljder. Information kring hur forskningsdeltagaren kan ta del av forskningsresultatet togs också upp i detta brev (World Medical Association, 2013). Innan någon datainsamling påbörjades blev projektplan, enkät och brev till forskningsdeltagaren godkänt av vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN 33-19). På första sidan i enkäten fanns brevet om informerat samtycke, för att kunna gå vidare och fylla i enkäten var respondenten tvungen att klicka i en ruta att de läst och accepterat villkoren samt därefter trycka på en knapp där det stod "Jag samtycker", vid nekat samtycke togs respondenterna bort från respondentlistan.

Resultat

58 % av respondenterna besvarade enkäten (n=78), och merparten av dem hade en äldrevårdsmottagning (n=52). De flesta äldrevårdsmottagningar var i offentlig regi (n=32) och resterande var i privat regi (n=20). Det framkom ingen signifikant skillnad mellan vårdcentraler i privat kontra offentlig regi vad gäller erbjudandet av äldrevårdsmottagning (p

=0.107). Av de yrkeskategorier som besvarade enkäten var det sammantaget flest verksamhetschefer (n=25).

Yrkeskategorier som ingick i äldrevårdsmottagningarna

I studien var distriktssköterskor den mest förekommande yrkeskategorin på äldrevårdsmottagningarna (n=47), därefter var det nästan ett lika stort antal grundutbildade sjuksköterskor (n=25) som arbetsterapeuter (n=26). De minst förekommande yrkeskategorierna var psykologer (n=11) och sjuksköterskor med specialistutbildning vård av äldre (n=11). I textsvaren var läkare (n=10) och dietist (n=5) de mest förekommande yrkeskategorierna och minst förekommande var psykiatrisjuksköterska (n=1) och patientansvarig läkare (n=1), (se tabell 1).

Tabell 1. Yrkeskategorier som ingick på äldrevårdsmottagningar i Skåne

	Privat Regi (n= 20) Antal (%)	Offentlig regi (n=32) Antal (%)	Totalt (n=52) Antal (%)
Distriktssköterska	19 (95)	28 (88)	47 (90)
Specialistsjuksköterska vård av äldre	3 (15)	8 (25)	11 (21)
Grundutbildad sjuksköterska	12 (60)	13 (40)	25 (48)
Fysioterapeut	10 (50)	12 (38)	22 (42)
Arbetsterapeut	9 (45)	17 (53)	26 (50)
Kurator	9 (45)	10 (31)	19 (36)
Psykolog	6 (30)	5 (16)	11 (21)
Annat nämligen			
Läkare/ distriktsläkare	5 (25)	5 (16)	10 (19)
Dietist	1 (5)	4 (13)	5 (10)
Sekreterare/medicinsk sekreterare	1 (5)	1 (3)	2 (4)
Undersköterska		2 (6)	2 (4)
Psykiatrisjuksköterska		1 (3)	1 (2)
Övriga yrkeskategorier/ övrig personal på vårdcentralen	1 (5)	1 (3)	2 (4)
Patientansvarig läkare		1 (3)	1 (2)

Vårdinsatser och hälsofrämjande insatser som ingick i äldrevårdsmottagningarna

Alla respondenter (n= 52) besvarade frågan om de hade andra inklusionskriterier förutom ålder ≥ 75 år. Av dessa svarade mer än hälften nej (n=31) och resterande ja (n=21). Några (n=8) angav även ett textsvar, varav sex respondenter angav att det reglerades efter patientens behov till exempel patienter som var multisjuka eller hade kognitiv svikt ingick oavsett ålder. Ett svar var att de skulle vara listade på vårdcentralen.

På frågorna om vilka vårdinsatser och hälsofrämjande insatser som erbjöds på äldrevårdsmottagningarna framkom ingen statistisk signifikans mellan vårdcentraler i privat och offentliga regi förutom på frågorna om separata mottagningstider, utprovning av stödstrumpor samt fallprevention. Gällande vårdinsatser, erbjöds detta i hög grad och det som var vanligast (n=50) var enkel läkemedelsgenomgång. Mer än hälften (n=29) av respondenterna med äldrevårdsmottagning erbjöd separata mottagningstider. Av dessa var flest i offentlig regi (n=22) och resterande i privat regi (n=7) och det fanns en statistisk signifikans mellan erbjudandet av separata mottagningstider (p= 0,011). Hälsovägledande samtal om rökning, alkoholvanor, nutrition samt fysisk aktivitet erbjöd de flesta äldrevårdsmottagningarna, men det var få som erbjöd samtal om sexuell hälsa (n=20). Att ge hälsovägledande i hemmet var det strax över hälften (n=34) som erbjöd medan samtliga erbjöd samordnad individuell plan (SIP) i hemmet (n=52). Det var få som erbjöd seniorträffar (n=15) (tabell 2).

Tabell 2. Vårdinsatser och hälsofrämjande insatser som erbjöds på äldrevårdsmottagningar i Skåne.

	Privat regi (n= 20) Antal (%)	Offentlig regi (n= 32) Antal (%)	Totalt (n= 52) Antal (%)	Chi2-test *
Separata mottagningstider	7 (35)	22 (69)	29 (56)	0.011
Minnesutredningar	19 (95)	29 (91)	48 (92)	
Samtal och anamnes/ basal utredning före läkarbesök	11 (55)	20 (63)	31 (60)	
Utprovning stödstrumpor	20 (100)	24 (75)	44 (85)	0.015
Basal utredning inkontinens	19 (95)	25 (78)	44 (85)	
Utprovning inkontinenshjälpmedel	20 (100)	29 (91)	49 (94)	
Enkel läkemedelsgenomgång	20 (100)	30 (94)	50 (96)	
Samtal				
Psykiskt välbefinnande	17 (85)	29 (91)	46 (88)	
Ensamhet	16 (80)	28 (88)	44 (85)	
Fallprevention	14 (70)	31 (97)	45 (87)	0.006
Sömn	15 (75)	28 (88)	43 (83)	
Hälsovägledande samtal				
Rökning	15 (75)	25 (78)	40 (77)	
Alkoholvanor	15 (75)	25 (78)	40 (77)	
Nutrition	16 (80)	27 (84)	43 (83)	
Fysisk aktivitet	17 (85)	31 (97)	48 (92)	
Sexuell hälsa	8 (40)	12 (38)	20 (38)	
samtal i hemmet/ hembesök	12 (60)	22 (69)	34 (65)	
Seniorträffar	4 (20)	11 (34)	15 (29)	
Samordnad individuell plan (SIP) i hemmet/ hembesök	20 (100)	32 (100)	52 (100)	
Mina planer (SVPL/SIP)	20 (100)	32 (100)	52 (100)	
Separat telefonnummer	19 (95)	32 (100)	51 (98)	
Separat telefontid	16 (80)	27 (84)	43 (83)	

* p endast < 0.05

De bedömningsinstrumenten som användes i störst utsträckning på äldrevårdsmottagningarna var BMI (Body mass index) och VAS (Visuell Analog skala). Inom privat regi användes BMI i större utsträckning (n=17) än i offentlig regi (n= 23) (p=0.055). Senior Alert (n=9) och ROAG (Revised Oral Assessment) (n=3) användes i minst utsträckning, (tabell 3).

Tabell 3. Bedömningsinstrument som användes på äldrevårdsmottagningar i Skåne.

	Privat regi (n= 19)		Offentlig regi (n= 30)		Totalt (n= 49)		Chi2-test*
	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)	
Senior Alert	4	(21)	5	(17)	9	(18)	0.055
MNA	5	(26)	10	(33)	15	(31)	
BMI	17	(89)	23	(77)	40	(82)	
Modifierad Nortonskala	5	(26)	14	(47)	19	(39)	
DFRI	4	(21)	11	(37)	15	(31)	
Audit	13	(68)	15	(50)	28	(57)	
VAS	18	(95)	25	(83)	43	(88)	
ROAG	1	(5)	2	(7)	3	(6)	
Bristolskala	3	(16)	10	(33)	13	(27)	

* p endast < 0.05.

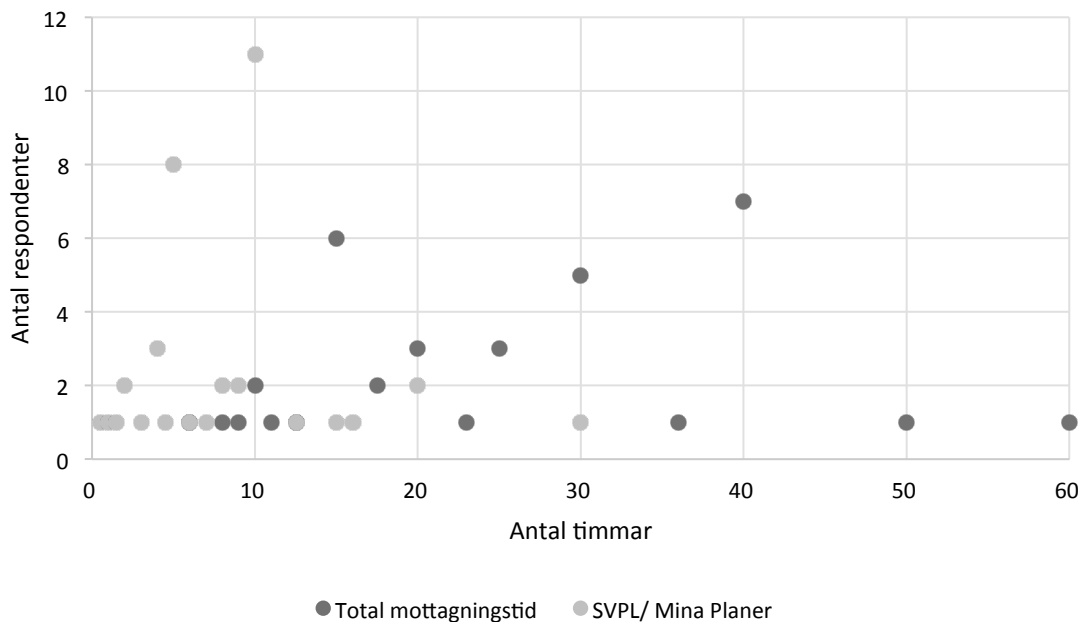
MNA (Mini nutritional Assessment index), BMI (Body mass index), DFRI (Downton fall risk index), Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test), VAS (Visuell Analog skala) och ROAG (Revised Oral Assessment Guide).

Några textsvar (n=8) inkom gällande MNA (Mini nutritional assessment index). Nästan alla (n=7) av dessa var, "vet ej". En respondent skrev att hen använde sig av det informellt eftersom hen var van vid att använda det, men att det inte dokumenterades och att detta även gällde Senior Alert. Det inkom även ett svar som framhävde att bedömningsinstrument användes ytterst sällan då äldrevårdsmottagningen "ätits upp" av andra saker. På frågan om BMI (Body Mass Index) besvarade endast ett textsvar frågan och det var att de inte visste. Gällande trycksårsbedömning: Modifierad Nortonskala var ett svar att de inte visste, och ett att vårdcentralen inte handhar några trycksår nuförtiden då dessa finns i kommunens regi. Gällande DFRI (Downton fall risk index) svarade två att de inte visste. En skrev att de sammanställt en enkät som de använde vid hembesök där de bland annat kontrollerar fallrisk. Ett svar var att frågan skulle ställas till distriktssköterska och rehab personal i kommunen. Beträffande Alkoholvanor och Audit (Alcohol Use Disorder Identification test) var ett svar att de inte visste. Ett svar var att de i dagsläget förde samtal men att de inte använde en skattningsskala. Gällande smärtskattning: VAS (Visuell analog skala), svarade en respondent att de inte visste. Gällande munhälsobedömning: ROAG (Revised oral assessment guide) inkom tre svar, samtliga var att de inte visste. På frågan som berörde bedömningsinstrument för elimination: Bristolskala var fyra av svaren att de inte visste.

Tillgängligheten på äldrevårdsmottagningarna

I resultatet framkom att fördelningen inte var symmetrisk för antalet timmar för äldrevårdsmottagningen totalt eller Mina planer (tabell 4). När det gällde Mina planer varierade svaren mellan 0,5-30 timmar/vecka. Medianen var 8 timmar/vecka, den första kvartilen var 4,75 timmar/vecka och tredje kvartilen var 10 timmar/vecka. Några respondenter hade skrivit längre textsvar. Gemensamt för de flesta var att det inte gick att beräkna då det bland annat användes kontinuerligt över dagen och att det var svårt att uppskatta eftersom det var många olika professioner som var inblandade i Mina planer. När det gällde den totala mottagningstiden på äldrevårdsmottagningarna varierade svaren mellan 6-60 timmar/vecka Medianen var 23 timmar/vecka, den första kvartilen var 15 och tredje kvartilen var 38 timmar/vecka. Det framkom ingen signifikant skillnad på antalet timmar som avsattes för Mina planer eller total mottagningstid mellan privat och offentlig regi. Några angav ett textsvar att det inte gick att specificera då äldrevårdsmottagningen inte var avskild från vårdcentralen. Ett fåtal angav att det var behovet som styrde.

Tabell 4. Antal timmar för total mottagningstid och Mina planer som avsattes på äldrevårdsmottagningar



Fördelningen för telefontillgängligheten på äldrevårdsmottagningarna var symmetrisk och i de flesta fall avsattes 15 timmar/vecka (n=41). Medianen var också 15 timmar/vecka. Några

respondenter (n=18) besvarade frågan som berörde om de hade annan telefontillgänglighet. Av dessa hade mindre än hälften (n=7) även angivit att de hade 15 timmar/vecka och förtydligat svaret i text. När det gällde annan telefontillgänglighet varierade svaren mellan 8-40 timmar/vecka. Det framkom även att vissa använde sig av telefonsvarare som avlyssnades en gång per dag.

Den sista frågan i webbenkäten berörde ifall respektive äldrevårdsmottagning erbjöd något saknades i webbenkäten, och det inkom ett antal textsvar (n=15). En äldrevårdsmottagning erbjöd patienterna ett eget väntrum, där det serverades kaffe och kaka i väntan på antingen bokad tid eller sjukresa. Vissa äldrevårdsmottagningar samarbetade med kommunen, varav en beskrev att de samarbetade med hemsjukvård, hemtjänst och biståndshandläggare. Detta för att ge en sammanhållen vård genom olika samverkansprojekt kring bland annat demensvård, tillgänglighet per telefon och Mina planer.

Andra insatser som erbjöds var: kontinuerlig kontakt med patientansvarig läkare, tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar och läkemedelsutvärdering, uppföljande hembesök efter inneliggande sjukhusvård, tematräffar i grupp. Hjälpte med att komma i kontakt med andra professioner som fysioterapeut, dietist, läkare var också gemensamt för tre av äldrevårdsmottagningarna. En av äldrevårdsmottagningarna hade utformat ett eget frågeformulär och utefter svaren kunde sjuksköterska erbjuda rådgivning och hänvisa till levnadsvanemottagning, fysioterapeut, kurator och läkare etc.

Diskussion

Metoddiskussion

Det hade varit bäst om det fanns en validerad enkät att tillgå, för att säkerställa att det som ska mätas verkligen mäts (Polit & Beck, 2012). Men vad författarna till denna studie kände till saknades liknande kvantitativa studier som specifikt undersökte vilka vårdinsatser och hälsofrämjande insatser som erbjöds på äldrevårdsmottagningar. Av denna anledning utformades en egen enkät för att kunna besvara studiens syfte. Webbenkät användes för att kunna nå en stor population under en tidsbegränsad period (Henricsson, 2017), detta anses

vara en styrka med studien. Enligt Polit & Beck (2012) ökar svarsfrekvensen om deltagarna kan vara anonyma, vilket kunde erbjudas i webbenkäten. Reliabiliteten stärks då webbenkäten som användes var kompatibel med SPSS vilket innebär att all data kunde överföras elektroniskt, detta minskade risken för överföringsfel. Vidare stärktes reliabiliteten ytterligare av att samtliga uträkningar utfördes i SPSS, vilket tolkas som en styrka. Detta minskar risken för uträknings fel och säkerställer objektiviteten (Trost, 2012).

En pilotstudie gjordes för att säkerhetsställa att webbenkäten inte skulle missuppfattas och på så vis undvika bortfall, vilket också ökade webbenkätens validitet och reliabilitet (Henricsson, 2017; Polit & Beck, 2012). Den gjordes även för att säkerställa att studien skulle vara genomförbar (Polit & Beck, 2012). Fyra sjuksköterskor som arbetade på specialmottagning ingick i pilotstudien, och fick besvara enkäten. Ingen av dem upplevde att det var några svårigheter och de förstod frågorna i enkäten. För att undvika missförstånd gällande utformningen av frågorna hade pilotstudien kunnat utföras i ett annat län, till vårdpersonal som arbetade på en äldrevårdsmottagning inom primärvården. Detta eftersom det är fördelaktigt om de som ingår i pilotstudien är så lik den population som ska undersökas som möjligt (Polit & Beck, 2012). När pilotstudien genomfördes hade författarna inte den förståelsen för att det skiljde sig mycket mellan arbetsätten på äldrevårdsmottagningar i jämförelse med andra sjuksköterskeledda specialmottagningar.

Att använda en enkät som inte är validerad kan på grund av missuppfattning och felkonstruktion leda till ett större bortfall (Henricsson, 2017). När resultatet analyserades framkom det att studien hade några interna bortfall, där det var några som skickade in tomma svar på vissa frågor. Majoriteten av respondenterna till webbenkäten var verksamhetschefer vilket kanske hade inverkan på resultatet, eftersom det kan finnas variationer mellan hur insatt verksamhetscheferna var i vad som erbjöds och vilka bedömningsinstrument som användes på äldrevårdsmottagningen. Detta hade eventuellt kunnat förklara varför många hade besvarat frågorna som berörde användandet av bedömningsinstrument, med "vet ej". Vidare framkom att författarna inte inkluderat verksamhetschef i webbenkätens första fråga, där respondenten skulle välja vilken yrkeskategori de tillhörde. Vidare var läkare inte inkluderade i frågan i webbenkäten som berörde vilka yrkeskategorier som var kopplade till mottagningen, trots att detta var ett krav i ackrediteringsvillkoren (Region Skåne 2018a). Denna yrkeskategori fanns med i pappersversionen föll bort vid konstruktionen av webbenkäten. Här hade flera av

respondenterna angett läkare i svarsalternativet “annat”, detta påvisar att resultatet för denna fråga inte är rättvis.

För att undvika bias och kunna generalisera resultatet på den stora populationen var målet att få en svarsfrekvens på 65 % (Polit & Beck, 2012). Det är dock inte ovanligt med en svarsfrekvens under 50 % vid enkätstudier (Ejlertsson, 2005; Trost, 2012). Svarsfrekvensen i denna studie blev 58 % vilket var mitt emellan 65 % och 50 %, detta talar för att svarsfrekvensen kanske ändå var normal. Uppgifter om vilka vårdcentraler som hade ackrediterade äldrevårdsmottagningar kunde begärts ut från avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning på koncernkontoret i Region Skåne. Detta gjordes inte för att undvika bortfall från de som hade nystartade äldrevårdsmottagningar. Vidare hade första frågan i webbenkäten kunnat vara om de hade en äldrevårdsmottagning eller inte. Om studien skulle gjorts om hade författarna med fördel endast kunnat skickat ut webbenkäten till de vårdcentralerna med ackrediterade äldrevårdsmottagningar. Detta hade kanske kunnat leda till en ökad svarsfrekvens och de som inte var berörda slapp delta. Då hade dessutom inte vissa deltagare utan äldrevårdsmottagning besvarat hela enkäten.

Svaret på frågorna som berörde antalet timmar som avsattes för olika arbetsuppgifter på mottagningen hade med fördel kunnat begränsas till bara siffror för att möjliggöra kvantifiering. På grund av detta fick text och siffersvar gås igenom manuellt, vilket ger utrymme för misstag (Trost, 2012), vidare fick även flertalet svar exkluderas. Att ersätta svar med intervall, likt en imputation, gjordes för att resultatet skulle bli så rättvist som möjligt eftersom att data inte saknades som vid en imputation (Statistiska centralbyrån, 2017; Polit & Beck, 2012). Medelvärde av intervallen valdes för att varken undervärdera eller övervärdera respondenternas svar. Eftersom fördelningen inte var symmetrisk för antalet timmar för äldrevårdsmottagningen totalt eller Mina planer, användes median som centralmått och kvartilavstånd som spridningsmått (Ejlertsson, 2019). Ackrediteringsvillkoren ändrades under tiden som studien pågick och däribland minskades kravet på telefontillgängligheten från 15 till 10 timmar per vecka (Region Skåne, 2018a), vilket resulterade i att frågan om telefontillgänglighet inte blev lika aktuell.

Först var avsikten att skicka ut påminnelser med 3 veckors mellanrum, då avsikten var att skicka ut tre påminnelser eftersom det är rekommenderat (Polit & Beck, 2012). Efter andra utskicket, dvs. efter nio veckor, framkom att webbenkätens 22 första respondenter besvarat

webbenkäten de första dagarna efter respektive utskick och därefter hade ingen öppnat webbenkäten. Därför ökades påminnelsefrekvensen till en gång per vecka istället. Hade det funnits mer tid för datainsamling hade påminnelserna kunnat skickas ut med längre mellanrum och under längre tid. Detta för att extra ansträngningar kan minska bortfallet och ha en positiv inverkan på svarsfrekvensen (Ejlertsson, 2019). Med en ökad svarsfrekvens hade generaliserbarheten ökat och risken för bias minskat (Polit & Beck, 2012).

Resultatdiskussion

På en äldrevårdsmottagning är specialistsjuksköterskans roll behövd, både utifrån patientens perspektiv såväl som organisatoriskt. Denna studie visar att den mest förekommande yrkeskategorin på äldrevårdsmottagningarna var specialistsjuksköterskor, där distriktssköterskor var en majoritet. Enligt Aiken et al. (2014) ger specialistsjuksköterskor en säkrare vård. Distriktssköterskan ska enligt Kompetensbeskrivningen (SSF, 2019) ha fördjupad kunskap om den äldre människans hälsa samt fördjupad kunskap om frisk- och skyddsfaktorer för hälsa. För att fortsätta ge en säker vård bör det finnas en specialistutbildad sjuksköterska på äldrevårdsmottagningar.

Det kan tolkas som att äldre personer inte får vård på lika villkor på äldrevårdsmottagningar i Skåne. I denna studie framkom att det fanns variationer i utbudet mellan de olika äldrevårdsmottagningarna. Det framkom även en diskrepans mellan kraven från ackrediteringsvillkoren och vad som erbjöds på äldrevårdsmottagningarna. Ett exempel var att alla inte hade ett separat telefonnummer. Även inklusionskriterierna varierade, utöver 75 års ålder, inkluderade vissa mottagningar patienter som var multisjuka, hade kognitiv svikt eller om patienten bedömdes ha ett behov. I en svensk studie som undersökte patienters erfarenheter av en sjuksköterskeledd specialmottagning för levnadsvanor, framkom att patienterna var besvikna över att sjuksköterskan inte var medveten om deras medicinska bakgrund (Nymberg & Drevenhorn, 2016). Den åldrande människan kan ha en komplex sjukdomsbild (American Geriatrics Society Expert Panel, 2012; Beard, et. al., 2016) och har kanske svårare att uppge sin sjukdomshistoria varför hen skulle gynnas av kontinuitet. Enligt inspektionen för vård och omsorg (2013) kan den äldre människan känna sig trygg om den får möta samma personal. I denna studie framkom även en stor spridning på hur mycket tid som avsattes per vecka, för både Mina planer och äldrevårdsmottagningen i sin helhet, vilket tyder på att vården på äldrevårdsmottagningarna inte är jämlik. Detta trots att

ackrediteringsvillkoren är lika för alla (Region Skåne, 2018c), och hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) fastslår allas rätt till vård på lika villkor. Genom tydliga och väldefinierade riktlinjer för hur en äldreomsorgsmottagning ska drivas, ökar chanserna för att de äldre i samhället erbjuds en jämlik vård.

På en mottagning för äldre, som gynnas av kontinuitet och ett personcentrerat förhållningssätt, kan det tolkas som att det hade varit en fördel att erbjuda separata mottagningstider. Denna studie visar att få äldreomsorgsmottagningar erbjöd separata mottagningstider. Genom att arbeta personcentrerat kan vårdgivaren erbjuda en bättre vård till patienten (Kramer et al., 2009) och för att kunna uppnå detta krävs kontinuitet. Detta eftersom det krävs ett dynamiskt samarbete mellan individen, närstående och andra relevanta vårdgivare för att kunna uppnå en personcentrerad vård (American Geriatrics Society Expert Panel, 2016). För att kunna erbjuda kontinuitet och ett personcentrerat förhållningssätt bör äldreomsorgsmottagningarna ha separata mottagningstider, vilket kanske är ett implicit krav för att få den höga ersättningen. Genom att inte alla äldreomsorgsmottagningar erbjuder separata mottagningstider kan kontinuiteten hotas och en jämlik vård kan inte uppnås.

I ett samhälle där de äldre i befolkningen är fler än de yngre är hälso- och sjukvården i behov av äldreomsorgsmottagningens hälsofrämjande arbetssätt. Att arbeta hälsofrämjande är inte bara en del av hälso- och sjukvårdslagen utan även en del av distriktssköterskans kompetensområde (HSL, SFS 2017:30; SSF 2019). I denna studie erbjöds samtal om psykiskt välbefinnande, ensamhet, fallprevention och sömn samt hälsovägledande samtal om alkoholvanor, rökning, fysisk aktivitet och nutrition i hög grad. En studie av Taube, Kristensson, Sandberg, Midlöv & Jacobsson (2015) visade att ensamma fragila äldre söker betydligt mer vård både inom öppenvården och akutsjukvården jämfört med fragila äldre som inte är ensamma. Majoriteten av äldreomsorgsmottagningarna i denna studie erbjöd samtal om ensamhet och psykiskt välbefinnande. Enligt Launaigh och Lawler (2008) är ensamhet starkt associerat med depression. Detta styrks av folkhälsomyndighetens rapport (2019) som beskriver att ångest och depression är så vanligt bland äldre (77+) att det kan benämnas som ett folkhälsoproblem, de framhäver även att de personer som riskerar att utveckla psykisk ohälsa behöver identifieras. Det skulle kunna vara lättare att identifiera dessa personer om det fanns en god kontinuitet på mottagningen. Vidare framkom att inte alla erbjöd samtal om ensamhet och psykiskt välbefinnande, trots att det nämns i ackrediteringsvillkoren att vårdgivaren särskilt ska uppmärksamma äldres psykiska ohälsa (Region Skåne 2018a). Att

arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande mot ensamhet och psykisk ohälsa hos äldre är en vinst för den enskilda patienten samt för hela organisationen. Ett sätt att uppnå detta på kan vara att arbeta personcentrerat på äldrevårdsmottagningarna.

Det kan tolkas som att seniorträffar är ett bra verktyg för att bevara hälsan hos den äldre. I denna studie var det få av äldrevårdsmottagningarna som erbjöd seniorträffar. Flera studier påvisar att det finns fördelar med seniorträffar (Behm et al., 2015., Gustafsson, 2012). Gustafsson (2012) menar att äldre som går på seniorträffar eller får förebyggande hembesök skattar sin hälsa högre. Det gjordes en studie för att jämföra interventioner som förebyggande hembesök och seniorträffar med en grupp utan intervention. De äldre som gick på seniorträffar och de som fått förebyggande hembesök skattade sin hälsa högre efter tre månader. Ett år efter var de som fick förebyggande hembesök mindre beroende av hjälp med vardagsaktiviteter. Seniorträffarna visade sig vara den åtgärd som var mest fördelaktig då upp till två år efter var de äldre mindre beroende av vardagshjälp. Detta visar att det finns mycket att vinna med seniorträffar, både för livskvalitet hos den enskilda individen och dessutom kostnadseffektivt för organisationen.

Vidare kan det även tolkas som att hembesök kan vara ett bra verktyg på äldrevårdsmottagningar för att bevara hälsan hos den äldre, vilket skulle kunna leda till en ökad livskvalitet. I denna studie framkom att det endast var få äldrevårdsmottagningar som erbjöd hembesök för hälsovägledande samtal men alla erbjöd hembesök för SIP. Variationen i utbudet skulle kunna påverka möjligheterna till att kunna erbjuda en jämlik vård vilket alla patienter har rätt till. Ackrediteringsvillkoren (Region Skåne, 2018a) kräver att äldrevårdsmottagningen ska ha hälsofrämjande åtgärder och erbjuda hembesök. En tolkning av detta blir att hembesöket för SIP ersätter det förebyggande hembesöket på äldrevårdsmottagningarna idag. Behm et al. (2015) menar att förebyggande hembesök kan skjuta upp fragilitet hos äldre personer, vidare menar Sahlen, Dahlgren, Hellner, Stenlund & Lindholm (2006) att förebyggande hembesök kan skjuta upp mortalitet hos äldre om de utförs på ett strukturerat sätt av hälso- och sjukvårdspersonal. Enligt en rapport från folkhälsomyndigheten (2019) var det vanligare med självrapporterade depressiva symtom bland äldre som inte klarar av sina hushållssysslor än de som klarar av det själv. Detta styrks av Hellström, Persson & Hallberg (2004) som menar att äldre personer som klarade sig självständig angav en högre livskvalitet och färre symtom. Det finns alltså mycket att vinna på att erbjuda förebyggande hembesök om detta kan leda till att den äldre personen klarar sig

självständigt längre.

I ett samhälle där den äldre personen är sexuellt aktiv och kanske behöver hjälp, är det av vikt att erbjuda samtal om sexuell hälsa. I studien framkom att samtal om sexuell hälsa erbjöds av få äldrevårdsmottagningar, vilket tyder på att vården inte är jämlik. Gott & Hinchliff (2003) menar att vårdpersonal bör vara mer proaktiva när det gäller att ta upp den sexuella hälsan hos äldre då det är vanligt att de har problem de vill prata om men inte vågar ta upp. Att sjukvårdspersonal bortprioriterar eller inte tar upp samtal om sex är enligt Oskay, Can & Basgol (2014) på grund av för lite kunskap och att de inte är bekväma med ämnet. För att patienter ska våga prata om sin sexuella hälsa och ta upp eventuella problem är det av vikt att erbjuda denna typ av samtal. Vidare bör arbetsgivaren erbjuda fortbildning för att vårdpersonal ska känna sig bekväm med att ta upp ämnet.

Konklusion och implikationer

Det framkom ingen signifikant skillnad mellan vårdcentraler i privat och offentlig regi vad gäller erbjudandet av äldrevårdsmottagning. Den mest förekommande yrkeskategorin var distriktssköterskor. Vårdinsatser och hälsovägledande samtal erbjöds i hög grad, men det var få som erbjöd samtal om sexuell hälsa och seniorträffar. Det största fyndet i denna studie var skillnaderna mellan krav i ackrediteringsvillkoren och erbjudna insatser. Denna studie visar att flera äldrevårdsmottagningar inte uppfyller ackrediteringsvillkoren, men även att dessa inte är så tydliga. Strax över hälften av äldrevårdsmottagningarna erbjöd separata mottagningstider, signifikant fler äldrevårdsmottagningar inom offentlig regi än privat. Antalet timmar som användes för telefontid samt Mina planer utgjorde sammanlagt nästan hela den totala mottagningstiden, vilket antyder att det blir lite tid över för annat. Resultatet visade att det fanns variationer i utbudet mellan äldrevårdsmottagningarna och det framkom en stor spridning på hur mycket tid som avsattes per vecka, för både Mina planer och äldrevårdsmottagningen i sin helhet. Detta talar för att vården som bedrivs på äldrevårdsmottagningar idag inte är jämlik.

Denna studie implikerar att fler studier behövs eftersom det idag inte bedrivs en jämlik vård, som patienten har rätt till enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:48). För att förbättringsarbete kring vad som ska erbjudas på mottagningen ska kunna utföras behövs studier som undersöker vad patienter och personal efterfrågar.

Referenser

- Agahi, N., Lagergren, M., Wånell, S. (2005). Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar: en kunskapssammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & McHugh, M. D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in Nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Angelis, J., Häger Glenngård, A., Jordahl, H (2016) *Att styra och leda en vårdcentral. Hur går det till och vad kan förbättras?* SNS förlag Hämtad 2019-09-09 från: https://wwwsns.se/cdn.triggerfish.cloud/uploads/2016/07/att_styra_och_leda_en_vardcentral.pdf
- Albers-Heitner, C. P., Lagro-Janssen, A. L. M., Joore, M. A., Berghmans, L. C. M., Nieman, F., Venema, P. L., ... & Winkens, R. A. G. (2011). Effectiveness of involving a nurse specialist for patients with urinary incontinence in primary care: results of a pragmatic multicentre randomised controlled trial. *International journal of clinical practice*, 65(6), 705-712.
- American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, Brummel-Smith, K., Butler, D., Frieder, M., Gibbs, N., Henry, M., ... & Saliba, D. (2016). Person-centered care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15-18.
- American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1-25.
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... & Thiyagarajan, J. A. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145-2154.
- Behm, L., Eklund, K., Wilhelmson, K., Zidén, L., Gustafsson, S., Falk, K., & Dahlin-Ivanoff, S. (2016). Health promotion can postpone frailty: results from the RCT elderly persons in the risk zone. *Public Health Nursing*, 33(4), 303-315.
- Berglund, C. B., Gustafsson, E., Johansson, H., & Bergenmar, M. (2015). Nurse-led outpatient clinics in oncology care—Patient satisfaction, information and continuity of care. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 724-730.
- Condelius, A., Edberg, A. K., Jakobsson, U., & Hallberg, I. R. (2008). Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Archives of gerontology and geriatrics*, 46(1), 41-55.
- Drevenhorn & Österlund Efraimsson, (2013) *Distriktssköterskans mottagningar. I Omvårdnad i primärvården* (ss 125-143). Lund: Studentlitteratur
- Edberg, A-K, Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H & Öhlén, J., (2013)

Introduktion. Edberg, A-K, Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H & Öhlén, J. (Red), (ss. 15-28) *Omvårdnad på avancerad - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde* Lund: Studentlitteratur.

- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet neurology*, 7(4), 362-367.
- Efrainsson, E. Ö., Hillervik, C., & Ehrenberg, A. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(2), 178-185.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G (2019) *Statistik för hälsovetenskaperna*. (3 uppl.) Studentlitteratur: Lund
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Lidén, E. (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248-251.
- Fänge, A., & Ivanoff, S. D. (2009). The home is the hub of health in very old age: Findings from the ENABLE-AGE Project. *Archives of gerontology and geriatrics*, 48(3), 340-345.
- Folkhälsomyndigheten (2019) *Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer – En genomgång av vetenskaplig litteratur samt en epidemiologisk studie*. Hämtad 2019-10-22 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/85e04b9f6cde4e8daa2894d389ade1ad/skillnader-psykisk-ohalsa-aldre-personer.pdf>
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255-M263.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Family practice*, 20(6), 690-695.
- Gustafsson, S. (2012). *Health-promoting intervention for community-dwelling older adults Focusing on the concept of frailty and intervention outcome*.
- Hansen, K. T., McDonald, C., O'Hara, S., Post, L., Silcox, S., & Gutmanis, I. A. (2017). formative evaluation of a nurse practitioner-led interprofessional geriatric outpatient clinic. *Journal of interprofessional care*, 31(4), 546-549.

- Hellström, Y., Persson, G., & Hallberg, I. R. (2004). Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of advanced nursing*, 48(6), 584-593.
- Henricson, M. (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017: 30). Stockholm: Socialdepartementet.
- IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Inspektionen för vård och omsorg (2013) *Äldre efterfrågar kontinuitet - Nationell tillsyn av vård och omsorg av äldre - Slutrapport 2013*. Hämtad 2019-09-26 från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2013/aldre-efterfragar-kontinuitet-rapport.pdf>
- King, A. I., Boyd, M. L., Dagley, L., & Raphael, D. L. (2018). Implementation of a gerontology nurse specialist role in primary health care: health professional and older adult perspectives. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), 807-818.
- Kramer, M., Schmalenberg, C., Maguire, P., Brewer, B. B., Burke, R., Chmielewski, L., ... & Waldo, M. (2009). Walk the talk: promoting control of nursing practice and a patient-centered culture. *Critical Care Nurse*, 29(3), 77-93.
- Kristensson, J., Rahm Hallberg, I & Kristensson Ekwall, A. (2010). F O ' Experiences of Receiving Health Care and Social Services. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(10), 20-28.
- Lagen om valfrihetssystem [LOV]* (SFS 2008:962) Hämtad från riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrihetssystem_sfs-2008-962
- Luanaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23(12), 1213-1221.
- Lundvall, K., Öhlin, J. & Stefansdotter, A. (2011). *Inträdeshinder för privata vårdcentraler – erfarenhet från valfrihetsreformen inom primärvård*. (Uppdragsforskningsrapport 2011: 4) Stockholm: Konkurrensverket. Hämtad 9 september 2019 från: http://www.konkurrensverket.se/globalassets/publikationer/uppdragsforskning/forsk_rap_2011-4.pdf
- Löfdahl, C. G., Tilling, B., Ekström, T., Jörgensen, L., Johansson, G., & Larsson, K. (2010). COPD health care in Sweden—a study in primary and secondary care. *Respiratory medicine*, 104(3), 404-411.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., & Lerdal, A. (2010). Exploring person centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 620-634.

- Mensen, L. (2018). Biologiskt åldrande. I Hylen Ranhoff, A (red.), *Geriatrisk omvårdnad*. (Upplaga 2 s. 48-53). Stockholm: Liber.
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing*, 30(1), 6-15.
- Myndighet för vård- och omsorgsanalys (2016) *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Hämtad 11 september från <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/Vården-ur-befolkningens-perspektiv-2016-en-jämförelse-mellan-Sverige-och-tio-andra-länder.pdf>
- Nymberg, P., & Drevenhorn, E. (2016). Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(2), 349-355.
- Oskay, U., Can, G., & Basgol, S. (2014). Discussing sexuality with cancer patients: oncology nurses attitudes and views. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(17), 7321-6.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th rev Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., Lacroix, A. Z., & Larson, E. B. (2004). Older adults' views of "successful aging"—how do they compare with researchers' definitions?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 211-216.
- Randall, S., Crawford, T., Currie, J., River, J., & Betihavas, V. (2017). Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 73, 24-33.
- Region Skåne (2018a) Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2019. Hämtad 2019-09-06 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackrediteringsarkiv---fillistning/forfragningsunderlag-vc-2019.pdf>
- Region Skåne (2018b) *Hälsovalets ersättningsmodell 2019- översikt*. Hämtad 2019-10-16 från: <https://www.skane.se/Public/Protokoll/Primärvårdsnämnd/2019-02-27/Internbudget%20och%20verksamhetsplan%202019%20-%20Primärvården%20Skåne/Hälsovalets%20ersättningsmodell.pdf>
- Region Skåne (2018c) *Äldrevårdsmottagningar ger en trygg väg in i vården*. Hämtad 2019-01-09 från <https://www.skane.se/organisation-politik/Nyheter/Halsa-och-vard/2018/aldrevardsmottagningar-ger-en-trygg-vag-in-i-varden/>
- Sahlen, K. G., Dahlgren, L., Hellner, B. M., Stenlund, H., & Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality—a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*, 6(1), 220
- Sherman, H., Forsberg, C., Karp, A., & Törnkvist, L. (2012). The 75-year-old persons' self

reported health conditions: a knowledge base in the field of preventive home visits. *Journal of clinical nursing*, 21(21-22), 3170-3182

Smith, S. M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., & O'Dowd, T. (2012). Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *Bmj*, 345, e5205.

Socialstyrelsen (2009) *Äldres hälsa - Folkhälsorapport*. Hämtad 2018-11-20 från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/5_Aldres.pdf

Socialstyrelsen (2017). *Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2017*. Hämtad 2018-11-20 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20469/2017-2-2.pdf>

Statens offentliga utredningar (SOU 2016:2) *Effektiv vård*. Hämtad 11 september från http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf

Statistiska centralbyrån (2016) *Frågor och svar om frågekonstruktion i enkät- och intervjuundersökningar*. Hämtad 2019-01-08 från https://www.scb.se/contentassets/c6dd18d66ab240e89d674ce728e4145f/ov9999_2016a01_br_x08br1601.pdf

Statistiska centralbyrån (2017) *Imputera – att ersätta saknade värden*. Hämtad 2019-11-07 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Imputera--att-ersatta-saknade-varden/>

Statens offentliga utredningar (2017:48) *Kunskapsbaserad och jämlik vård – förutsättningar för en lärande hälso-och sjukvård*. Hämtad 2019-10-16 från: https://www.regeringen.se/49c8c5/contentassets/c8f0ef5cd4644a3e8d6169e8afd c7a90/sou_2017_48_kunskapsbaserad-och-jamlik-var-d-forutsattningar-for-en-larande-halso--och-sjukvard.pdf

Stuck, A. E., Minder, C. E., Peter-Wüest, I., Gillmann, G., Egli, C., Kesselring, A., ... & Beck, J. C. (2000). A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Archives of internal medicine*, 160(7), 977-986.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2019) *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*. Hämtad 2019-09-25 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar/publikationer/distriktssjukskoterskor-kompetensbeskrivning-2019-klar-for-webb.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting (2018) *Nationell patientenkät*. Hämtad 2019-09-11 från <https://patientenkat.se/sv/resultat/#!/Prim%25C3%25A4rv%25C3%25A5rd%25202018/public/public>

- Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, P., & Jakobsson, U. (2015). Loneliness and health care consumption among older people. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(3), 435-443.
- Teunissen, D. T., Stegeman, M. M., Bor, H. H., & Lagro-Janssen, T. A. (2015). Treatment by a nurse practitioner in primary care improves the severity and impact of urinary incontinence in women. An observational study. *BMC urology*, 15(1), 51. DOI: 10.1186/s12894-015-0047-0
- Tinetti, M. E., Bogardus Jr, S. T., & Agostini, J. V. (2004). Potential pitfalls of disease specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med*, 351(27), 2870-4.
- Trost, J. (2012). Enkätboken (4 uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Williams, K. S., Assassa, R. P., Cooper, N. J., Turner, D. A., Shaw, C., Abrams, K. R., ... & McGrother, C. W. (2005). Clinical and cost-effectiveness of a new nurse-led continence service: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*, 55(518), 696-703.
- World Health Organization (2017) *Ageing & Health*. Hämtad 2018-11-20 från <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191.

Bilaga 1 (2)

Webbenkät



LUND
UNIVERSITY

Äldrevårdsmottagningar i Skåne

- En jämförande enkätstudie
Du tillfrågas om deltagande i ovanstående enkätstudie.

Studien genomförs med hjälp av ett frågeformulär, du lämnar ditt medgivande genom ditt deltagande. Om Du accepterar att delta ber vi Dig att besvara frågorna i webbenkäten så fullständigt som möjligt och därefter skicka in det när du är färdig. Det tar cirka 5-10 minuter att besvara frågorna. Om du inte kan besvara frågorna ber vi dig att skicka vidare webbenkäten till lämplig medarbetare t.ex. den som driver er äldrevårdsmottagning.

Ditt deltagande är helt frivilligt och vill Du inte medverka behöver Du inte förklara varför.
Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till dem.

Data kommer att sparas i form av datafiler som bara författarna har tillgång till. Svaren kommer inte kunna härledas till den som besvarat enkäten. Allt datamaterial kommer att förstöras efter godkänd uppgift.

Jag har läst och accepterar villkoren

Jag nekar samtycke

Jag samtycker

1. Vilken yrkestitel har du som svarar på enkäten, du kan kryssa i mer än en ruta.

Enhetschef Specialistsjuksköterska: Distriktssköterska Vård av äldre

Grundutbildad sjuksköterska Läkare Sjukgymnast

Arbetsterapeut Kurator Psykolog Annat

Annat, ange yrkeskategori _____

2. Erbjuder ni en specialmottagning för äldre på er vårdcentral?

Om nej, klicka i nej och skicka in webbenkäten.

Om ja, klicka i ja och besvara hela frågeformuläret innan du skickar in webbenkäten.

Ja Nej

3. Inklusionskriterier utöver 75 års ålder

Ja Nej

Om ja, ange vilka _____

4. Vilka yrkeskategorier arbetar på mottagningen?

Specialistsjuksköterska: Distriktssköterska Vård av äldre

Grundutbildad sjuksköterska Sjukgymnast

Arbetsterapeut Kurator Psykolog Annat

Annat, ange yrkeskategori _____

Vad ingår i er mottagning?

5. Separata mottagningstider

Ja Nej

6. Minnesutredningar

Ja Nej

7. Samtal och anamnes/ basal utredning inför läkarbesök

Ja Nej

8. Utprovning av stödstrumpor

Ja Nej

9. Basal utredning av inkontinens

Ja Nej

10. Utprovning av inkontinenshjälpmedel

Ja Nej

11. Enkel läkemedelsgenomgång

Ja Nej

Samtal om:

12. Psykiskt välbefinnande

Ja Nej

13. Ensamhet

Ja Nej

14. Fallprevention

Ja Nej

15. Sömn

Ja Nej

Hälsovägledande samtal om:

16. Rökning

Ja Nej

17. Alkoholvanor

Ja Nej

18. Nutrition

Ja Nej

19. Fysisk aktivitet

Ja Nej

20. Sexuell hälsa

Ja Nej

Bedömningsinstrument:

21. Senior Alert:

Ja Nej

22. Nutrition: MNA (Mini nutritional assessment scale)

Ja Nej Annat

nämligen:

23. BMI (Body mass index)

Ja Nej Annat

nämligen:

24. Trycksår: Modifierad Nortonskala

Ja Nej Annat

nämligen:

25. Fallprevention: DFRI (downton fall risk index)

Ja Nej Annat

nämligen:

26. Alkoholvanor: Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Ja Nej Annat

nämligen:

27. Smärta: VAS (Visuell Analog skala)

Ja Nej Annat

nämligen:

28. Munhälsa: ROAG (Revised Oral Assessment Guide)

Ja Nej Annat

nämligen:

29. Elimination: Bristolskala

Ja

Nej

Annat

nämligen:

30. Hälsovägledande samtal i hemmet/ hembesök

Ja

Nej

31. Seniorträffar

Ja

Nej

32. Samordnad individuell plan (SIP) i hemmet/ hembesök

Ja

Nej

33. Mina planer (SVPL/SIP)

Ja

Nej

34. Ange antal timmar per vecka för Mina planer (SVPL/SIP) _____

35. Separat telefonnummer

Ja

Nej

36. Separat telefontid

Ja

Nej

37. Telefontillgänglighet 15 timmar/vecka

Ja

Nej

Annat

Annat, ange antal timmar _____

38. Ange totalt avsatt antal timmar mottagningstid, telefontid och administrationstid per vecka för mottagningen

39. Erbjuder ni något annat som vi inte frågat efter?

Ja

Nej

Ja,

nämligen _____

Brev till verksamhetschef



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Äldrevårdsmottagningar i Skåne

- En jämförande enkätstudie

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående enkätstudie.

Du får detta e-post om du är verksamhetschef på en vårdcentral inom Skåne län, uppgifterna är hämtade från 1177 vårdguiden.

I takt med att den äldre befolkningen i Sverige ökar, ökar även kraven på att hälso- och sjukvården utvecklas. Primärvården i Skåne var först med att införa äldrevårdsmottagningar och idag saknas riktlinjer för vad äldrevårdsmottagningar ska erbjuda. Detta i sin tur leder till att de erbjudna vårdinsatserna kan variera kraftigt mellan olika vårdcentraler. Vi vill därför utföra en studie med förhoppningen att resultatet i sin tur kan leda till vidare forskning och riktlinjer för äldrevårdsmottagningar.

Syftet med studien är att undersöka vilka vårdinsatser och hälsofrämjande insatser äldre personer erbjuds vid kontakt med äldrevårdsmottagningar på vårdcentraler i Skåne och om det finns några skillnader på vad som erbjuds mellan vårdcentralerna.

Studien genomförs med hjälp av ett frågeformulär. Om Du accepterar att delta ber vi Dig att besvara frågorna i webbenkäten så fullständigt som möjligt och därefter skicka in det när du är färdig. Det tar cirka 10 minuter att besvara frågorna. Om du inte kan besvara frågorna ber vi dig att skicka vidare webbenkäten till lämplig medarbetare t.ex. den som driver er äldrevårdsmottagning.

Ditt deltagande är helt frivilligt och vill Du inte medverka behöver Du inte förklara varför.

Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till dem.

Data kommer att sparas i form av datafiler som bara författarna har tillgång till. Svaren kommer inte kunna härledas till den som besvarat enkäten. Allt datamaterial kommer att förstöras efter godkänd uppgift.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet, Distriktssköterska. Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

