



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

## Pedagogik i praktik

**- att förbereda äldre multisjuka patienter inför samordnad vårdplanering**

Examensarbete

VP 5060

Vårdpedagogik med inriktning mot  
vård och omsorg, fördjupningskurs

Datum för inlämning: 2009-05-19

Författare: Anne-Charlotte Larsson

Handledare: Linda Johansson

Examinator: Kaety Plos

**Titel:** Pedagogik i praktik – att förbereda äldre multisjuka patienter inför samordnad vårdplanering

**Institution:** Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet

**Kurs:** VP 5060. Vårdpedagogik med inriktning mot vård och omsorg, fördjupningskurs.

**Författare:** Anne-Charlotte Larsson

**Handledare:** Linda Johansson

**Datum:** 2009-05-19

**Examinator:** Kaety Plos

**Antal sidor:** 34, inklusive bilagor

### **Sammanfattning**

**Bakgrund:** Äldre multisjuka patienter har ofta återkommande vård- och omsorgsbehov och söker slutenvården. En viktig del i helheten är vad som händer patienten efter utskrivning från sjukhus. Den fortsatta vård- och omsorgen planeras vid den så kallade samordnade vårdplaneringen. För att kunna delta aktivt vid denna planering är det av stort värde att patient och anhörig är välinformerade.

**Syfte:** Syftet med studien var att lyfta fram och belysa hur äldre multisjuka patienter och deras anhöriga förbereds inför den samordnade vårdplaneringen samt hur goda lärsituationer skapas.

**Metod:** Datainsamlingen skedde genom kvalitativa intervjuer, utgående från en icke-standardiserad ansats med öppna frågor. Totalt intervjuades fem personer vid en geriatrisk klinik inom specialistsjukvården. Samtliga var kvinnor och utbildade sjuksköterskor med ansvar för vårdplanering.

**Resultat:** Resultatet har systematiserats genom teman relaterade till att *inventera kunskapsbehov*, genom frågor från patient och anhörig och bedömning av kunskapsbehov. *Tillfredsställa kunskapsbehov*, utifrån kunskap och kompetens, uppdrag och roll ansvarsgränser, pedagogiska ställningstagande samt patientens förutsättningar. *Lärsituationer*, ankomstsamtalet, vardagliga samtalet, vårdplaneringsmötet och utskrivningstillfället beskrivs som optimala tillfällen för lärande. Dagens korta vårdtider och ansvarsgränser är viktiga *utvecklingsområden*.

**Slutsats:** En slutsats var att förbereda någon, inför något, handlar om att möta dennes behov av att veta och förstå. Genom att möta patient och anhörigas kunskapsbehov skapas möjlighet för deras delaktighet i planeringen av den fortsatta vården. Det framkom också utvecklingsbehov av att tydliggöra ansvarsgränser och skapa bättre lärsituationer för samtal med patient och anhörig.

**Nyckelord:** sårbara äldre, inskrivning på sjukhus, omvårdnad, utskrivning från sjukhus

INLEDNING.....	4
BAKGRUND .....	5
Ädelreformen .....	5
Samordnad vårdplanering .....	5
Informationsteknologi.....	8
Samverkan.....	9
Egenvård – anhörigas roll .....	9
Bistånd .....	10
Hur kan vården bli bättre?.....	11
Kommunikation.....	11
Delaktighet .....	13
Vårdpedagogik .....	14
Problemområde .....	15
SYFTE OCH FRÅGETSÄLLNINGAR.....	16
Begrepp .....	16
METOD .....	16
Kvalitativ ansats och metod .....	16
Datainsamling/-analys .....	16
Validitet och reliabilitet .....	17
Urval .....	18
Genomförande.....	18
Tidsplan.....	19
Etiska övervägande.....	19
RESULTAT .....	20
Teman relaterade till: Inventera kunskapsbehov.....	20
Teman relaterade till: Tillfredsställa kunskapsbehov .....	21
Teman relaterade till: Lärsituationer .....	23
Tema: Utvecklingsområden .....	24
DISKUSSION .....	25
Metoddiskussion.....	25
Resultatdiskussion .....	25
REFERENSER.....	28
Bilaga 1.....	31
Bilaga 2.....	33

## INLEDNING

---

*”När som vi blir gamla, och hälsan den är skral,  
då flyttar vi till något ”hem”, som ligger här på Dal  
Vi gamla pensionärer, vi lämna våra hem, med värk i  
hela kroppen, ja i varenda lem.*

*En del kan dåligt höra, en del kan dåligt se, men alla  
kan de röra, på läpparna och le. Med tårar i vårt  
öga, och tårad kind är våt, det skymmer för vårt öga,  
vi kan knappt se för gråt.*

*”Anders Leonardsson”*

---

Anders Leonardsson var en gammal man som för många år sedan bodde på ortens ”ålderdomshem”. Problematiken som lyfts fram kan sammanfattas med dagens begrepp ”multisjuka äldre”. Begreppet har ingen vedertagen definition men syftar ofta på personer vars hälsotillstånd är sammansatt, komplext och snabbt föränderligt. Patientgruppen med återkommande vårdbehov söker, mer eller mindre frekvent, sjukhusens akutmottagningar och skrivs ofta in på olika vårdavdelningar i den slutna vården. En viktig del i helheten är vad som händer patienten efter utskrivning från sjukhus, tillbaka till den öppna vården. Till skillnad från på Anders Leonardssons tid så finns idag möjlighet för många utskrivningsklara patienter, med fortsatta behov av omfattande och kvalificerade insatser, att bo kvar i sina egna hem, med insatser från primärvården, den kommunala äldreomsorgen och anhöriga<sup>1</sup>. Patientens fortsatta vård- och omsorgsinsatser planeras vid ett vårdplaneringsmöte, den så kallade ”samordnade vårdplaneringen”. Inför vårdplaneringen sker informationsöverföring mellan vårdgivare, vilket är ett väl känt område som varit föremål för många studier. Men för att kunna delta aktivt vid mötet och i den fortsatta planeringen är det av största betydelse att även patient och anhörig är, för att använda ett honnörssord inom vården, ”välinformerade”.

I mitt tidigare arbete inom primärvården mötte jag ofta patienter och deras anhöriga som uttryckte oro över att de inte visste eller förstod vad som skulle komma att hända närmast. Därför skulle jag vilja veta mera om hur patient och anhörigas behov av att veta och förstå tillgodoses inför vårdplaneringsmötet. Frågor som fokuserar på informationens innehåll och strategier för lärande blir då centrala. Området är också relativt utforskat, trots sökningar i flertal databaser, CINAHL, SweMed+ och Medline, har det varit svårt att hitta vetenskapliga artiklar som belyser problemet. Ett antal rapporter och pm från landsting och kommuner har sökts fram och ligger delvis till grund för studien.

Genom att samla in data om innehåll och strategier för hur, var, när och varför information anpassas, förmedlas och följs upp förväntas en fördjupad förståelse för pedagogikens betydelse inom vård och omsorg. Att sprida goda exempel i vården, av kunskap och beprövad erfarenhet, kan också bidra till förbättrade rutiner för att möta patient och anhörigas kunskapsbehov, vilket i sig kan leda till ökad kunskap och trygghet hos både patient och anhörig.

---

<sup>1</sup> Begreppet anhörig används genomgående i arbetet, står för såväl anhörig som närstående person till patienten.

## **BAKGRUND**

### **Ädelreformen**

Tre omfattande huvudmannaskapsreformer genomfördes inom vård- och omsorgsområdet under 1990-talets första hälft. Den mest betydande hälso- och sjukvårdsreformen är utan tvekan Ädelreformen (ÄDEL), 1992, som innebär att ansvaret för boende och sjukvård i särskilda boendeformer, exklusive läkarinsatser, överfördes från landstingen till kommunerna. Numera finns dessutom för drygt hälften av kommunerna överenskommelser med landsting/regioner om att kommunerna också ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende. Genom ÄDEL infördes vidare ett kommunalt betalningsansvar för utskrivningsklara patienter vid landstingens enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. I och med ÄDEL ansvarar kommunerna för befolkningens behov av grundläggande medicinsk omvårdnad och behandling, förebyggande arbete och rehabilitering, som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan kompetens (Sveriges kommuner och landsting, 2005).

Statistik visar att färre och allt äldre vårdtagare får del av allt mer omfattande insatser. Möjligheten att bo kvar i eget hem med behov av omfattande och kvalificerade insatser har blivit en realitet för många. Möjligheterna att få hjälp med såromläggningar, medicinering, m.fl. medicinska insatser har ökat allteftersom landstingens primärvårdsorganisation utvecklats under de senaste två decennierna. Merparten av dem som får hemsjukvårdsinsatser är över 80 år (ibid).

I en rapport från Sveriges kommuner och landsting (2005) beskrivs att vårdtiderna har kortats ner och antalet vårdplatser har reducerats. Åldersgruppen 65-84 år utgör c:a 15 procent av befolkningen och använder mer än 40 procent av det totala antalet vård dagar. Mer vård och behandling utanför sjukhus ger ökade möjligheter för enskilda att upprätthålla vardagslivets normala aktiviteter och sina sociala nätverk. Människor med omfattande och sammansatta behov måste mötas av en vård som har hög förmåga att just sätta samman omfattande insatser. Från flera håll efterlyses en funktion i äldrevården som har att verka för planering, samordning, styrning och uppföljning av de vård- och omsorgsinsatser som multisjuka äldre och personer med åldersdemens behöver. Samtidigt har anhörigas och närståendes insatser fått ökad betydelse och deras behov av information, stöd och avlastning fått ökat fokus i den framtida utvecklingen ( ibid.).

### **Samordnad vårdplanering**

Sveriges kommuner och landsting (2005) är överens om vårdplaneringens centrala betydelse. Syftet med vårdplaneringsmötet är att öka patientsäkerheten med utgångspunkt i patientens behov och tillsammans utforma en plan för fortsatt social omsorg och /eller hälso- och sjukvård. Patientens egen uppfattning och önskemål skall vara vägledande och all informationsöverföring bygger på patientens samtycke.

Riksdagen beslutade den 7 maj 2003 att ändra förutsättningarna för informationsöverföring, samordnad vårdplanering och betalningsansvar för utskrivningsklara patienter. Dessa ändringar har samlats i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1440) och innebär att en kommun betalar ersättning till ett landsting/region för kostnad för hälso- och sjukvård som omfattas av denna lag. I syfte att förtydliga lagen finns rutiner för tillämpning och samverkan beskrivna i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27). I föreskriften framgår att landsting och kommuner är ålagda att tillsammans arbeta fram rutiner för vårdplanering, inför utskrivning av patienter och för överföring av information. Om vårdplanering sker på sjukhus är det enligt lagen (1990:1440) sjukhuspersonalen som ansvarar för planeringen av den samordnade vårdplaneringen. Även i Hälso- och sjukvårdslagen

(1982:763) och Socialtjänstlagen (2001:453) föreskrivs att kommun och landsting gemensamt skall skapa rutiner för vårdplaneringen, utskrivningar av patienter och för informationsöverföring mellan huvudmännen.

Ändringarna i betalningsansvarslagen syftade till att förbättra den gemensamma vårdplaneringen som skall utgå från den enskilde patienten och bygga på respekt för patientens autonomi och integritet. Sjukhus, primärvård och kommun definierar så detaljerat som möjligt de fortsatta behoven och beslutar hur ansvar och uppföljning fördelas. Denna betalningsansvarslag är dispositiv vilket innebär att reglerna i lagen gäller om inte kommuner, landsting/region, genom lokala överenskommelser, avtalar om andra rutiner (ibid.).

I Socialstyrelsens rapport, *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*, från 2007, framhålls att systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i vården innebär ett långsiktigt, patientorienterat arbete som skall präglas av ett förebyggande syn- och arbetssätt, ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan. Förbättringsarbetet baseras lämpligen på den dagliga verksamheten som är välkänd för medarbetarna. I lokala vårdprogram och vårdplaner, PM samt checklistor av olika slag kan ansvar, mål, rutiner, samt behandlingsprocesser beskrivas (ibid).

Under år 2005 utförde socialstyrelsen (SoS) en verksamhetstillsyn av hemsjukvården i Sverige. Här framkom att brister i informationsöverföring allvarligt kan äventyra patientsäkerheten. Brister i samverkan är särskilt allvarligt vid utskrivning av patienter. Tillgången till vård och behandling får inte försämrats när enskilda individer flyttas från en vårdform till en annan. Det är viktigt att vårdplaneringar genomförs systematiskt, så att patient och närstående får möjlighet att själva vara delaktiga i planeringen i vården. Socialstyrelsen konstaterar vidare att Västra Götaland har lagt ner mycket utvecklingsarbete på att förbättra samverkan, bl a har nya rutiner för utskrivningsklara patienter utvecklats. (SoS, tillsyns återföring, 2005)

I samband med regionbildningen i Västra Götaland, 1999, beslutades om ansvarsfördelning avseende hälso- och sjukvården, mellan Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna i länet. En regiongemensam inriktning för samordnad vårdplanering, *Överenskommelse med Västkom om regiongemensam inriktning för nya rutiner för samordnad vårdplanering m.m* antogs år 2003. Den politiska viljeinriktningen utgick från ”det goda livet” för medborgarna i Västra Götaland. Med andra ord skall medborgarnas rätt till vård sättas i centrum och deras skattemedel användas effektivt utifrån samhällsekonomiska aspekter och de lagar och regler som styr hälso- och sjukvården i vårt land. Utifrån ett medborgarperspektiv innebär detta att patienten alltid är i centrum. En patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i beslut och kommunikation. Region och kommun skall agera som medspelare, inte motspelare, där respekt för varandras uppdrag i vården skall vara en självklarhet och patienten får aldrig hamna i en utsatt situation på grund av oklarheter i vem som ansvarar för vad (ibid).

Denna inriktning ligger till grund för lokala överenskommelser. Lokal överenskommelse inom ett område innebär att ett *inskrivningsmeddelande* skall skickas från sjukhuset till kommunen för de patienter inom somatisk och psykiatrisk sjukvård som bedöms behöva fortsatta insatser från kommunen efter utskrivning från sjukhuset. Detta skall ske vid inskrivningstillfället eller så snart patienten bedöms ha ett fortsatt vård-/omsorgsbehov. Det är den behandlande läkaren på sjukhuset som ansvarar för att meddelandet skickas. Kommunen behöver inte bekräfta att inskrivningsmeddelandet har kommit. I samband med inskrivningen

på sjukhuset skall också patientens ansvariga läkare (PAL) i primärvården identifieras. Om det bedöms att patienten kommer att få ett komplicerat medicinskt vårdbehov ( t ex palliativ vård) i hemmet bör patientens PAL kontaktas i ett tidigt skede. En förutsättning för att information får överföras och kontakt tas med andra vårdgivare är att patienten gett sitt samtycke till detta. *Kallelse till samordnad vårdplanering (SVPL)* skall ske så fort den behandlande läkaren på sjukhuset bedömer att patienten har ett nytt eller förändrat behov. I kallelsen skall finnas information om patientens psykiska och fysiska funktionsförmåga, åtgärder som vidtagits på sjukhuset, beräknad vårdtid på sjukhuset samt eventuella behov av insatser från hemsjukvård, primärvård, rehabilitering samt socialtjänst. Ansvar för att kallelse till vårdplanering initieras och vem som skall kallas ligger på den behandlande läkaren vid avdelningen. Utsedd kontaktperson på vårdavdelningen skall se till att patient/anhörig, god man eller förvaltare, berörda personer på avdelningen som deltar i patientens vård och företrädare för kommunen kallas till vårdplaneringen. Inom ett dygn skall kommunens och primärvårdens representanter *bekräfta att kallelsen mottagits*.

Den samordnade vårdplaneringen skall *leda till att en skriftlig vårdplan* upprättas. Planen skall ge en samlad bild av patientens behov och de insatser som behövs för att målet med den fortsatta vården, omsorgen och stödet skall kunna uppnås. Det skall framgå vilka insatser som kommunen och primärvården planerar och vem som ansvarar för vad. Samordnad vårdplanering kan praktiskt organiseras på olika sätt. Fysisk närvaro av alla berörda, vid samma tillfälle, är inte alltid nödvändigt. Kommunen ansvarar för de beslut om bistånd som skall ges. Ansvarig biståndshandläggare eller motsvarande ansvarar för att patient anhörig/närstående, god man eller förvaltare informeras om det beviljade biståndet. Personalen på sjukhuset kan bistå kommunen genom att lämna information.

Händelser som avviker från överenskomna rutiner skall meddelas på särskild utformad blankett och lämnas till vårdenhetschef på sjukhuset, medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen och till primärvårdens chefläkare. Avvikelse rapport för informationsöverföring och samordnad vårdplanering avser att tydliggöra bristerna i informationsöverföring, när patienten byter vårdform, för att därigenom skapa bättre rutiner. Denna rapportering ersätter inte de rutiner för lokal avvikelshantering som berör felbehandlingar, olyckor, incidenter tillbud m.m i verksamheten. Informations- och utbildningsansvar ligger på linjechefer (Överenskommelse med Västkom om regiongemensam inriktning för nya rutiner för samordnad vårdplanering m.m. , 169-2003).

Sveriges kommuner och landsting (2005) är eniga om vårdplaneringens betydelse som styrfunktion vilken bör förstärkas och utvecklas för att bättre främja ett rehabiliterande synsätt där uppföljning av resultat ger behov av förändrade insatser. Den enskilde och dennes anhörige måste få en roll i planeringen. En viktig förutsättning i vårdplaneringen är att de professionella är trygga i sina roller och aktivt öppnar för kunskaper och erfarenheter som andra professioner och anhöriga kan tillföra (ibid.).

Elmér (2000) menar att det bakom ÄDEL fanns förhoppning att en samordning av alla olika resurser under ett huvudmannaskap skulle ge såväl samordningsvinster som bättre möjlighet för informationsöverföring mellan de olika aktörerna i vårdkedjan. Äldre skulle t.ex inte längre i ”onödan” ligga kvar på sjukhuset – något som innan reformen varit ekonomiskt lönsamt för socialtjänsten (ibid.).

## Informationsteknologi

Enligt Sveriges kommuner och landsting (2005) är det viktigt att ta tillvara den potential som bättre informationsteknologi (IT) kan ge för vårdplaneringen. IT-utvecklingen erbjuder idag möjligheter att skapa väl anpassade system för informationsöverföring mellan huvudmän. Vårdplanering är avgörande för att styra resurser rätt i förhållande till den enskildes behov i varje enskilt ärende. De äldre med flera samtidiga sjukdomar utgör här en alldeles särskild riskgrupp (ibid.).

Inom ramen för Dagmaröverenskommelsen hösten 2004 startades ett samarbete som resulterade i att Socialdepartementet i mars 2005 tillsatte den nationella ledningsgruppen för IT i vård och omsorg. Arbetet har utmynnat i en *Nationell IT-strategi för vård och omsorg* (2006). Enligt strategin kan patientsäkerhet, vårdkvalitet och tillgänglighet inom vård och omsorg kraftigt förbättras genom användning av olika former av IT-stöd (ibid.).

Inför ett kommande gemensamt IT-stöd reviderades den gemensamma överenskommelsen om samordnad vårdplanering i Västra Götaland år 2007. Med utgångspunkt i den utvecklingsstrategi som finns i Västra Götaland förväntas ökad rörlighet för patient mellan olika vårdgivare. Detta ställer krav på att den samordnade vårdprocessen hanteras likadant i området. Verksamhetens behov av att ha information tillgänglig i rätt ögonblick är stort för patienter som bedöms vara utskrivningsklara/presumtivt utskrivningsklara. Den medicinska säkerheten kan äventyras av otydliga rutiner och tidsåtgången är betydande. Dagens hantering innebär risker att information sänds till fel mottagare. En kvalitetsförbättring i planering och beslut förväntas ge färre akutesök och återinskrivningar samt ett minskat omplaneringsbehov i kommunerna. Detta frigör ytterligare resurser i vårdprocessen som kan komma patienten tillgodo (Gemensam rutin i Västra Götaland, 2007).

I rapporten *Äldreomsorg och hälso- och sjukvård under 90-talet* poängteras värdet av att sambandet är viktiga för den enskilde som ofta behöver vård och omsorg på flera vårdnivåer för ett och samma sjukdomstillstånd. Vid det akuta insjuknandet och vid planerade specifika behandlingsinsatser behövs sjukhusen. Uppföljning, läkemedelsbehandling, medicinska insatser och rehabilitering hör hemma inom primärvården. Detta samband betyder i sin tur att det som görs, eller inte görs, på en vårdnivå direkt får återverkningar på en nivå. Den patient som inte får vård av tillräckligt hög kvalitet i hemmet eller i ett särskilt boende hamnar i stället på sjukhus. Den som inte kan få en trygg och säker vård i hemmet får stanna kvar på sjukhuset. Samspelet är särskilt viktigt i övergången från en vårdnivå till nästa. Vårdplanering och informationsöverföring måste fungera mellan t. ex medicinklinik, primärvård och den kommunala äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Bristen en länk i vårdkedjan äventyras snabbt den medicinska säkerheten och livskvaliteten för den enskilde (ibid.).

Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2005) betonar att vården av äldre är beroende av ett väl utvecklat samarbete med den enskilde själv, dennes anhöriga och andra sociala nätverk. Medborgarnas tilltro till vård och omsorg stärks genom god information och hög tillgänglighet till vården. För att som patient och anhörig kunde agera som en medspelare förutsätts en roll och plats som jämlike i teamet. Samhället bör ge stöd och kunskap, visa möjliga vägar men lita på individernas förmåga att ta eget ansvar för sina beslut (ibid.).



## **Samverkan**

Danemark (2000) framhåller att samverka innebär att man tillsammans med andra, ofta personer med annan utbildning och som är styrda av andra regler och system och i annan organisatorisk position arbetar mot ett gemensamt mål. All samverkan har ett objekt, man samverkar om något (här patienten). Att jobba med andra människor innebär att jobba med objekt som har egna tankar, åsikter och känslor och reagerar på det vi gör. Patienten är också ofta en aktiv part i samverkan, patienten är således både objekt (som vi arbetar om) och subjekt (aktiv part) i samverkan (ibid.).

Enligt Socialstyrelsen (2005) krävs ökad samverkan och dialog mellan vårdgivarna för att tillgängligheten skall öka. Dialogen bör framför allt innefatta ansvarsfördelning och riktlinjer för samverkan. Brister i samverkan är särskilt allvarliga vid utskrivning av patienter. De patienter som har svårigheter att tillvarata sina egna intressen drabbas särskilt av bristande samverkan. Det är viktigt att vårdplaneringar genomförs systematiskt, så att patienter och närstående får möjlighet att själva vara delaktiga i planeringen av den egna vården (ibid.).

Sveriges kommuner och landsting (2005) lyfter fram behovet av djupare kunskaper om åldrandet för att stödja en ny syn på äldre och mer kunskap om hur värderingar förändras mellan olika generationer. En rimlig utgångspunkt är antaganden om att kommande generationer äldre har delvis andra värderingsmönster än dagens äldre. Detta gäller inte minst alla de som har annan etnisk och kulturell bakgrund än infödd svensk. För den enskilde är tillgång till god information, vägledning och rådgivning förutsättningar för inflytande och delaktighet (ibid.).

## **Egenvård – anhörigas roll**

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården vad gäller bättre teknik och utrustning har för många personer inneburit en större frihet att utföra vissa insatser som egenvård. Detta framkommer i Socialstyrelsens lägesrapport (2009), där också diskussion kring vad som kan räknas som egenvård och vad som är hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar lyfts fram. Med anledning av den diskussion som förts planeras en föreskrift om egenvård där bl.a vikten av att kommuner landsting arbetar fram gemensamma övergripande rutiner för samverkan i samband med egenvård berörs. Bedömningen om en åtgärd kan utföras som egenvård eller inte ska göras i samråd med patienten och utgå från patientens fysiska, psykiska hälsa samt livssituation. Med egenvård menas i detta sammanhang en hälso- och sjukvårdsåtgärd, t.ex att ta ett läkemedel, som legitimerad personal bedömer att patienten själv, eller personal i hemtjänsten, kan utföra. Den som utför uppgiften är personligen ansvarig för att sköta egenvården på rätt sätt. När det gäller vuxna personer kan man inte ställa krav på att anhöriga ska utföra egenvård.

För den enskilde kan kostnaden för hur uppgiften genomförs variera väsentligt. Avgiften för egenvård tas ut enligt socialtjänstlagen, utifrån ett biståndsbeslut. Då kan kostnaden uppgå till maximalt 1 712 kronor /månad. Om personal inom landstingets hälso- och sjukvård utför insatsen ingår den i högkostnadsskyddet för landstingets hälso- och sjukvård, d v s maximalt 900 kr per år. Socialstyrelsen menar att patienten, och ofta även patientens närstående, har blivit en bricka i ett spel, som handlar om att lägga över kostnaderna för olika insatser på någon annan part (ibid.).

I delrapporten *Äldres boende ur ett vård-och omsorgsperspektiv* poängterar professor Ingalill Rahm Hallberg att den informella vården, i form av insatser från makar, barn, barnbarn, syskon, grannar etc, har ökat i omfattning under senare år. Det är uppenbart att närstående

spelar en avgörande roll i vården och omsorgen om de äldre. I takt med att platser i särskilt boende minskar kommer det troligen att bli ett fortsatt ökat tryck på närstående. Trycket på den närstående ökar om den äldre beviljas insatser i det egna boendet. Författaren menar också att forskningen om närstående som vårdar eller hjälper en äldre ofta tagit ett ensidigt perspektiv, av att det enbart skulle vara en börda, upphov till stress och ohälsa. Den bilden finns och är säkert riktig men speglar inte hela innebörden i att som närstående vårda en annan person. Vårdandet kan också vara en källa till tillfredsställelse och ett sätt att stå upp för de äktenskapliga kontraktet eller ge tillbaka till föräldrar det man själv fått under sin uppväxt (ibid.).

## **Bistånd**

Hälso- och sjukvård och socialtjänst utgör väsentliga delar i samhällets totala välfärd där kärnan i verksamheterna regleras i två olika lagar (Socialstyrelsen, 2006). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. HSL är i första hand avsedd att reglera sjukvårdshuvudmännens, d.v.s vårdgivarnas skyldigheter. Socialtjänstlagen (SoL) riktar sig också till huvudmännen men vissa bestämmelser är direkt tillämpliga för beslutsfattare i ärendehandläggning och personal i den faktiska verksamheten inom socialtjänsten. SoL brukar benämnas rättighetslag där den som inte själv kan tillgodose sina behov, eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt, har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrig. Biståndsbestämmelsen är förhållandevis vagt formulerad. Båda lagarna är målinriktade ramlagar som har tillkommit för att fördjupa demokratin inom respektive vårdområde. Båda verksamheterna har en helhetssyn som grundläggande princip. Individens totala situation skall beaktas vilket ställer krav på samordning och planering. Grundläggande är också respekten för den enskildes självbestämmande och integritet. I lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården (SFS 1998:531) framgår att patienten ska ges möjlighet till aktiv medverkan i vården. Informationen skall vara individuellt anpassad (ibid.).

Från den äldres perspektiv är den period då biståndsbedömningen och beslut fattas om kommunala insatser en turbulent och sårbar period. Friberg ( Pilhammar Andersson, E., Berg, M., Friberg, F., Gedda, B., Häggström, E., 2003) hänvisar till en studie (Janlöv, 2006) där biståndsbeslut ses som en vändpunkt där ”nedräkningen har börjat”, en kamp om att bibehålla funktioner och oro för vad som skall komma nästa gång. Ambivalensen gentemot hjälp från anhöriga var tydlig och handlade på ena sidan om behovet av att ta emot deras hjälp och på andra sidan om att inte överbelasta dem och därmed riskera den relation man hade till varandra. Den enskilde var övervägande omedveten om innebörden i bedömningen och beslutet och uppfattade att man blivit informerad om en provkarta av möjliga tjänster och vilka man kunde få. När hjälpen väl kommit till stånd fick man vara nöjd och anpassa sig. Intervjuer med anhöriga demonstrerade att de mestadels kände sig osedda i samband med bedömningen och att de levde ett liv där de fick balansera mellan den äldres behov av hjälp och de krav som ställdes från andra delar av deras liv, t.ex den närmaste familjen. Sammantaget tycktes utrymmet för inflytande vid biståndbedömningen vara litet (ibid.).

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport (2009) leder inte det faktum att fler äldre bor kvar i ordinärt boende självklart till att stödjande insatser i hemmet utvecklas. Utbudet av stödjande insatser, t.ex korttidsvård, skulle kunna förväntas öka men har istället varierat i omfattning utan att någon ökande trend kan avläsas. Konsekvenserna av det minskade antalet platser på sjukhus innebär kortare vårdtider och ökad patientgenomströmning av multisjuka äldre på sjukhus. Akutsjukvården skriver allt oftare ut äldre personer med fortsatt stora vård och

omsorgsbehov. Socialstyrelsens tillsyn rapporterar brister i dokumentation, informationsöverföring och kontinuitet i läkarkontakten. Informationsöverföring är generellt ett problem, nu som tidigare, dels mellan olika huvudmän, dels vid överrapportering mellan olika yrkeskategorier inom samma huvudman (ibid.).

### **Hur kan vården bli bättre?**

Socialstyrelsen (2009) ställer en retorisk fråga – hur kan vården på bästa sätt ta hand om en person med omfattande behov av vård och omsorg? Som svar anges att det inte bara handlar om noggrann planering av olika sjukvårdsinsatser utan också om kunskap om vad den enskilde och närstående har behov av i form av t.ex information, samtal och tröst. Målet måste vara att åstadkomma en så trygg situation som möjligt. Vårdplanering och vårdplaner vid patientens utskrivning har ett skiftande innehåll och kvalitet, läkarnas engagemang i detta sammanhang ifrågasätts ofta. De äldre riskerar att få svårt att hävda sig eftersom de inte kan se till att få den hjälp som behövs av egen kraft. Den pågående utvecklingen kan ses som ett uttryck för en successiv omdefiniering av det offentliga ansvaret då det saknas ett övergripande ansvar för att samordna nödvändiga insatser när det gäller vården och omsorgen om de mest hjälpbehövande. Eftersom det är svårt och krävande att samordna insatserna för äldre måste det finnas en funktion som kan säkra att äldre med stora hjälpbehov kan få en god och trygg vård och omsorg (ibid.).

### **Kommunikation**

Svedberg (2003) menar att kommunikation bygger på produktion och konsumtion av tecken, ord och symboler och är navet där informationsflödet är viktigt. Information betecknas som en envägspåverkan och det kan vara praktiskt att skilja mellan information och kommunikation. Information är inte det som avsändaren ger utan det som mottagaren tar emot. Information, i likhet med utbildningar, är till för att påverka, d v s att den skall leda till någon form av förändring. Kommunikation är tvåvägspåverkan. Kommunikation har samma grundmening som ”kommun” och engelskans common, kommunikation betyder att ”göra gemensam” och förutsätter aktiv medverkan från båda (ibid.).

Ahrenfelt och Berner (1993) beskriver kommunikation mellan människor som en förutsättning för att vi ska kunna åstadkomma något tillsammans. Alla människor är olika och uppfattar sig själva, andra människor och sammanhangen man lever i på olika sätt. All kommunikation utgår från oss själva. Oavsett hur mycket vi lär oss på ett teoretiskt plan står och faller vi med den person vi faktiskt är och det vi faktiskt gör. Teorin kan ge oss verktyg till att agera medvetet i vardagen. Med ord och beteenden visar vi vem vi är och vart vi hör hemma. Varje organisation har också sitt språk och sina beteenden som skapar filter i kommunikationen. Det är en vanlig källa till missförstånd då man utgår från sin egen organisation och kommunicerar med andra människor. Språket är ett av de verktyg vi använder för att visa vår grupptillhörighet (ibid.).

Eide och Eide (1997) menar att stödjande kommunikation normalt är individriktad. Det är förmågan att leva sig in i den hjälpsökandes förhållanden som blir avgörande där förmågan att förstå en annan människas koder är en förutsättning för god kommunikation. För hjälpgivaren är det en kommunikativ utmaning att leva sig in i klientens värld och bli bekant med dennes tecken och koder som skapar trygghet. Det verbala innehållet i kommunikationen kan ha olika betydelser i olika kulturer. Även de icke-verbala koderna är i stort bestämda av den kultur inom vilka de är utvecklade. Därför är det viktigt att vara medveten om att det kan finnas kulturella skillnader och att detta kan förorsaka missförstånd (ibid.).

Dimbleby och Burton (1997) anser att när vi varseblir någon annan så bedömer vi den andra personens verbala och icke-verbala kommunikation. För att kommunikationen skall ha ett syfte måste den vara riktad till någon och det måste finnas ett sätt att få kontakt med den andre. De flesta beteende är verbala, genom språket, eller icke-verbala, tecken och signaler, när vi varseblir någon är det dessa beteende vi noterar. Genom att lyssna till och titta på gör vi ett antal gissningar och utifrån dessa placerar vi sedan in den andre personen i en viss kategori. Med hjälp av olika kommunikationstecken försöker vi komma fram till vad den andra personen tänker och känner. Författarna menar också att de icke-verbala signalerna har ett företräda när vi varseblir någon. Vi bedömer den andres attityder, personlighet, känslotillstånd och vår uppfattning grundar sig på tre olika perceptionsprocesser. Först gör vi ett urval där vi uppmärksammar och väljer ut vissa egenskaper. Därefter försöker vi organisera vår information till en helhet, detta moment hjälper oss sedan att komma ihåg informationen. Med hjälp av vår slutledningsförmåga och på grundval av våra tidigare erfarenheter formas sedan vårt omdöme om den andra personen. Utifrån den uppfattning vi nu skapat om den andre planerar vi vidare för vår egen kommunikation. Därmed vill vi skapa en effektiv kommunikation oss emellan. Vår perception påverkas också av kontexten, t ex det sociala sammanhang vi befinner oss i, fysiska egenskaper, som kan framkalla vissa bestämda omdömen, liksom psykologiska faktorer, som styr vår motivation för att utveckla en relation (ibid.).

Författarna (Dimbleby och Burton, 1997) menar också att social interaktion kan ses som vardagliga möten med andra människor, ett samarbete via kommunikation i form av dialog som leder till förtroende. Ett givande och tagande mellan två parter där bådas kunskap är likvärdig. Relationer utvecklas alltid genom att parterna gradvis öppnar sig för varandra, tillitsskapande. I viss mening utvecklas en relation genom att man genom kommunikation söker vinna information om den andra personen för att därmed reducera osäkerheten. Kvalitén hos varje relation beror på hur de sociala och perceptuella färdigheterna används. Den sociala interaktionens språk omfattar flera icke-verbala och sociala färdigheter som t ex effektiv självpresentation, perception av andra och skapande av relationer. Studier av våra egna och andra människors reaktioner på varje ord och handling kan hjälpa oss att hantera interaktioner mer effektivt. I centrum för interaktionen står utbytet eller förhandlingen, det vill säga, två eller flera människor måste vara engagerade tillsammans, medvetna om varandra, ge och ta emot budskap som avkodas. De deltagande möts i ett speciellt sammanhang som påverkar arten av deras interaktion. Situationen betyder mer än de enskilda personligheterna. De deltagande kommer också att förhålla sig till varandra efter hur de uppfattar sig själva, hur de vill presentera sig själva och vilka roller de intar i relationen till varandra. Budskapet i en interaktion är det som enligt deltagarna har hänt emellan dem. Om kommunikationen har varit effektiv kommer varje deltagare att ha likartade föreställningar om vad som ägt rum (ibid.).

Anderson och Helm (2000) understryker att "*there is nothing more practical than a good theory*" i sin diskussion kring kommunikation mellan vårdgivare. Dagens informationssamhälle kräver mer och mer information men kvantitet är inte detsamma som kvalitet och behöver således inte betyda att informationen är bättre. Författaren har identifierat och belyser två förändringar, *IT-stöd vårdgivare emellan* vilket föranleder *ett standardiserat språk, d v s standardiserade termer och begrepp* för att vi skall kunna utbyta information genom de nya informationskanalerna. Ett fenomen som bör vara föremål för ytterligare undersökningar liksom betydelsen av en tydlig kommunikationsstrategi (ibid.)

Hellesö (2004) framhåller också det förändrade språk i vården som följer utifrån ett ökat IT-stöd. Hennes studie påvisar bl.a skillnader i språket mellan manuellt skrivna rapporter vicavi

patientadministrativt datastöd. Detta innebär enligt författaren en viss skillnad i den information som överförs då det IT-baserade stödets information är standardiserad (ibid). Bull och Roberts (2000) påvisar kommunikationens betydelse för en effektiv utskrivningsprocess. En ärlig, öppen, strukturerad och kontinuerlig kommunikation mellan såväl vårdgivare som mellan vårdgivare och patient/anhörig är en framgångsfaktor för delaktighet och en lyckad process. Här finns i nuläget ett glapp som behöver beforskas ytterligare. Författarna betonar också patient och anhörigas önskemål om att få vara delaktiga i processen, vilket resulterar i en ökad livskvalité. Problemet beskrivs som globalt. Äldre människor får ofta otillräcklig information om både sitt hälsotillstånd liksom om behandling och åtgärd. Anhöriga saknar också information om de äldres tillstånd och fortsatta behov. Brister i kommunikation resulterar ofta i otillfredsställda behov. T ex så kan otrygghet och okunskap om komplikationer och läkemedelshantering generera återinskrivning på sjukhus. Kommunikation är ett slags beteende och växelspel där få eller flera människor står i ett ömsesidigt förhållande till varandra, de interagerar. Kommunikation skapar förbindelse, antingen mellan personer eller mellan grupper av människor. Det som strömmar genom förbindelsen är idéer, övertygelser, åsikter och upplysningar som är kommunikationens material och innehåll (ibid.)

### **Delaktighet**

Enligt Sahlsten (2007) handlar patientdelaktighet om att som patient vara delaktig i allt som rör den egna vården. Detta uppmärksammades redan år 1978 av World Health Organisation (WHO) i den s.k. Alma-Ata deklARATIONEN. Här angavs att människor har både rättighet och skyldighet att delta individuellt och kollektivt i planering och genomförande av sin vård.

Författaren påpekar att sjuksköterskan skall ha förmåga att i dialog med patient och /eller anhörig ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling. En förutsättning är då att intresset är inriktat på hela människan med en tro på att denna vill och kan utveckla sig själv om förhållandena är de rätta. För att förstå patientens situation och personliga upplevelse av den, är det viktigt att sjuksköterskan använder lyssnandet som en del i en avsiktlig konstruktiv kommunikation och intar en öppen, lyhörd attityd så patienten kan känna sig sedd och hörd (ibid).

I sin avhandling har Sahlsten (2007) utforskat sjuksköterskans åsikter, attityder, kunskaper och strategier om patientdelaktighet. Centralt har då blivit hur sjuksköterskan medvetet och avsiktligt kan höja patientens status som delaktig, dvs att vägleda och stödja patienten som jämbördig samarbetspartner. Att bättre förstå patientdelaktighet kan bidra till förbättrad delaktighet för den enskilde. Trots att patientens rätt till delaktighet stadgades redan 1982 förekommer fortfarande brister. En förklaring kan vara den inneboende "tröghet" som präglar vårdens organisation = traditionalism, där krav från omvärlden uppfattas som hot, politiker anses inte vore sig förstå vårdens problem eller verkningar av sina beslut. Detta synsätt medför ovilja att förändra i organisationen. För att uppnå optimal patientdelaktighet behövs ett systemskifte med förändring av filosofi, attityder och praktisk tillämpning bland verksamma inom vården. Alla parter; beslutsfattare, personal, patienter och allmänhet behöver känna till vad som gäller och hur lagstiftning och andra styrdokument ska tolkas. Därtill behöver vårdpersonal en adekvat kunskapsbas i områden som etik, sociala normer och politik (ibid.).

Sahlsten (2007) menar också att det i dag finns ett föråldrat sätt att organisera arbetet. Patientens problem skall snabbt fixas, en variant av löpande-band-vård, ofta tillskriven

ekonomiska åtstramningar. Sjuksköterskans funktion är då främst att assistera och utföra medicinska uppgifter med risk att fångas i rutiner som styr handlingar och planering. För att tydliggöra sjuksköterskans professionella åtagande behövs en genomtänkt skriftlig vårdideologi som betonar patientdelaktighet och holism. Patientdelaktighet som idag kan ses som en förutsättning för god omvårdnad, har kommit att inkludera allt fler kvalitetsaspekter. För att främja och stimulera optimal patientdelaktighet behöver en sjuksköterska använda avsiktliga vägledningsstrategier. Sjuksköterskan behöver kontinuerligt reflektera över eget förhållningssätt och det egna beteendets inverkan på patienten och vice versa. Fortsatt forskning behövs för att undersöka sjuksköterskors och patienters uppfattningar om hur organisationen av det patientnära omvårdnadsarbetet kan utvecklas för att sjuksköterskan ska kunna bygga upp ett samarbete med patienten som jämbördig partner (ibid.).

### **Vårdpedagogik**

Enligt Pilhammar (2004) är kommunikation ett av de centrala begreppen inom vårdpedagogik som utgår från teorier om pedagogik, omvårdnad/omsorg, organisation och kommunikation (ibid.).

Sedan början av 1900-talet har pedagogiska arbetsuppgifter haft en given plats i sjuksköterskans yrkesfunktion och inriktats såväl till patienter och anhöriga som till studenter (Pilhammar et al, 2003). Till sjuksköterskans arbetsuppgifter hör bl.a. att ansvara för vårdplanering. Många patienter och anhöriga är i dag mycket kunskapsökande vilket ställer och kommer att ställa allt högre krav på sjuksköterskan som pedagog. När man drabbas av sjukdom eller kommer i kontakt med vården väcks frågor som har med förståelsen av den aktuella situationen att göra. Ett kunskapsbehov uppstår. Pedagogiska aktiviteter för att underlätta lärande är viktiga arbetsuppgifter för olika personalkategorier inom hälso- och sjukvård. Patientundervisning är en ofta använd samlingsterm för sådana aktiviteter.

Ett centralt motiv för pedagogiska aktiviteter är att stödja patientens ”förbereddhet”, t.ex. att vara förberedd inför en stundande utskrivning. Om inte patientens behov av att veta och förstå beaktas finns det risk att patienten upplever oro därför att han/hon inte uppfattat sig stödd i sin strävan att få veta och förstå eller som stödd i att uttrycka eller säga det hon/han önskar.

Utgående från att undervisning handlar om ”möjliggörande av lärande” och lärande handlar om en ”strävan efter att få veta och förstå” måste alltså situationer där lärande möjliggörs – *lärsituationer* – skapas för att stödja patientens ”förbereddhet” och ökad trygghet (ibid.).

Friberg (Pilhammar et al, 2003) menar att information är det vanligaste tillvägagångssättet för sjuksköterskor i pedagogiska möten med patienter. Informationen kan ha olika syften, dels information för att förmedla ett budskap, dels information i syfte att legitimera det egna handlandet. I det förra kan det handla om att sjuksköterskan informerar om en tidpunkt för en provtagning, i det senare handlar det vanligen om de handlingar hon utför när hon är hos patienten. Patienten får därmed reda på vad som är på gång, vilket i sig bidrar till ökad situationskunskap. Enligt författaren är sjuksköterskor mer förtrogna med termen information än termen undervisning som mer förknippas med traditionell skolundervisning. En förmedlingspedagogik liksom en upprepningspedagogik är framträdande. Budskapet förmedlas och upprepas i de fall sjuksköterskorna misstänker att patienten glömmet.

I det pedagogiska mötet kan sjuksköterskor ställa frågor av olika slag, dels i upplysande syfte där det kan handla om att själv ta reda på patientens behov av att veta och förstå, dels i

kunskapsbekräftande och delvis kontrollerande syfte för att ta reda på om patienten har förstått innebörden i ett tidigare samtalsinnehåll (ibid.).

Författaren menar att patientundervisning handlar om praktiskt pedagogiskt arbete och är dessutom exempel på ett praktiskt kunskapsområde, en kunskap som till stor del är ”tyst”. Det innebär att den praktiska kunskapen utövas utan att för den skull problematiseras eller reflekteras som kunskap betraktad. Den är försjunken i det som är självklart och tas för givet (ibid.).

Bergh (Pilhammar, 2003) menar att sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens bl.a är avhängigt hennes bemötande och menar då det sociala växelspelet mellan människor i mötet, dvs uppträdandet i den interaktion som förekommer. Bemötande innebär också medvetenhet om och förmåga till inlevelse i andra personers behov och reaktion samt visad respekt för motparten. Att vara medveten om sitt bemötande innebär att sjuksköterskan styrs av reflekterat förhållningssätt och pedagogiskt tillvägagångssätt. Ett aktivt förhållningssätt kan innebära att hon agerar genom att vara lyssnande. Bemötande innefattar även attityder, respekt, etik, moral och empati. Undervisningsområdet utgörs av de omvårdnadshandlingar som patient och närstående har rätt till och kan sammanföras i instrumentella, administrativa och socioemotionella behov hos både patient och närstående (ibid.).

Josefsson (2006) framhåller att kunskap som visar sig i praktik inte går att uttrycka precist. Intuitionen beskrivs som intelligensens förädlade form och ligger till grund för vårt omdöme, en slags praktisk klokhet vilken kan beskrivas som erfarenhetskunskap eller förtrogenhetskunskap. Med hänvisning till Aristoteles som beskrev *mötet* med patienten som det mest centrala i läkarens yrke framhålls urskillningsförmåga, skicklighet i förmågan att uppmärksamma, fantasi samt hög känslomässig nivå. Praktik utan reflektion är en händelse, erfarenhet som utsätts för prövning blir beprövad (ibid.).

### **Problemområde**

Kydd (2008) fokuserar på äldre multisjukas situation i väntan på att få flytta till särskilt boende. En milstolpe i livets slutfas som skapar oro och ångest där de inte har kontroll över sitt eget öde. En oro inför framtiden där behov av stöttning är stort. Många patienter har också beskrivit hur de saknar stöd under den här kritiska perioden i sitt liv. Multisjuka äldre är en skör grupp och stressen försvårar deras tillstånd. De uttrycker att de inte vill vara till besvär och författaren menar att det finns ett stort kunskapsbehov hos personalen som behöver stötta dessa patienter (ibid.).

Genom att ta del av sjuksköterskors erfarenhetsbaserade kunskap om hur patient och anhörig förbereds inför samordnad vårdplanering och vilka faktorer som påverkar deras bedömningar och val av informationens innehåll och metoder förväntas svar på de didaktiska<sup>2</sup> frågorna. Det förväntas också en fördjupad förståelse för såväl rutinen för samordnad vårdplanering som pedagogikens betydelse inom vård och omsorg. Att sprida goda exempel av hur patientens ”förbereddhet” stöds i vården kan också bidra till förbättrade lärsituationer och rutiner för informationsöverföring, vilket i sig kan leda till ökad kunskap och trygghet hos såväl patient som anhörig.

---

<sup>2</sup> De didaktiska frågorna: vad avser innehållet, hur avser förmedlingen, varför berör motivet (Pilhammar et al, 2003)

## SYFTE OCH FRÅGETSÄLLNINGAR

Denna studie syftar till att lyfta fram och synliggöra hur äldre multisjuka patienter och deras anhöriga förbereds inför den samordnade vårdplaneringen samt hur goda lärsituationer skapas inom hälso- och sjukvård.

Följande frågeställningar är centrala i arbetet:

- Vilken information ges till patient och anhörig?
- Hur informeras patient och anhörig?
- När informeras patient och anhörig?
- Varför – vilka bakomliggande motiv finns?

### Begrepp

Centralt begrepp i studien är *förbereda*. Enligt Svenska Akademiens ordbok (SAOB) står begreppet bl.a för att *utbilda någon för något, bereda sig för något, vänta sig något, i förväg underlätta någon om något*. Enligt Walter (Svensk synonymordbok) är begreppet synonymt med att *göra iordning i förväg, göra startklar*.

## METOD

### Kvalitativ ansats och metod

Problemställningen och vilken typ av data som eftersträvas styr valet av forskningsansats (Nilsson, 2002). Eftersom jag sökte en fördjupad förståelse för både rutinen för samordnad vårdplanering såväl som för pedagogikens betydelse inom vård och omsorg valdes en kvalitativ ansats där textmassorna har bearbetats, informationen tolkats och mönster sökts ut. Centralt vid kvalitativ ansats är att söka finna kategorier och modeller som bäst beskriver något fenomen eller sammanhang. Detta bygger på att vi kan ta del av varandras världar, vilket vi gör genom språket (ibid.). Kvalitativ metod är bra att använda då det avses att förvärva ny eller fördjupad förståelse. Studien bygger inte på någon färdig hypotes utan utgår från ett intresse att få veta mera.

Forskarens egna värderingar och erfarenheter (förförståelse) är ett hjälpmedel vid försök att komma de människor nära som han/hon vill erhålla information om (Patel & Tebelius, 1987). Syftet med kvalitativ bearbetning är att skaffa en annan och djupare kunskap än den fragmentariserade som ofta erhålls vid kvantitativ bearbetning. Ambitionen är att förstå (Patel & Davidsson, 1994).

Backman (1998) menar att det kvalitativa synsättet eller filosofin riktar intresset mera mot individen. Bland de mera framträdande begreppen här märks ”innebörd (mening) och kontext”. Med innebörd avses att man intresserar sig för hur individen upplever en omgivande verklighet i relation till sina tidigare kunskaper och erfarenheter. Kontexten avser att man företrädesvis studerar människan i ”real-life”-situationer, inte i experimentella, artificiella, laboratoriesituationer (ibid.)

### Datainsamling/-analys

Eftersom mitt syfte var att få veta mera om hur patient och anhörig informeras inför vårdplaneringstillfället samt hur goda lärsituationer skapas valde jag att samla in data genom kvalitativa intervjuer, där de didaktiska frågorna ligger till grund. Intervju är bland de



vanligaste metoderna i det kvalitativa perspektivet, där forskaren själv, helt eller delvis, ingår och utgör instrumentet och siktar ofta mot en holistisk förståelse.

Totalt intervjuades fem personer vid en geriatrisk klinik inom specialistsjukvården. Samtliga var kvinnor och utbildade sjuksköterskor. I deras arbetsuppgifter ingår ansvar för vårdplanering. Intervjuerna spelades in på diktafon och skrevs ut, så ordagrant som möjligt, i nära anslutning till varje intervjutillfälle. För att undvika igenkännande har dock talspråket ändrats till skriftspråk.

Genom att skriva ut intervjuerna själv minimerades risken för missuppfattningar. Jag såg ett mervärde i att bearbeta materialet så snart som möjligt inför den fortsatta analysen vilken skedde med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Härigenom kom data att identifieras, koder och kategoriseras. I anslutning härtill kom datan att tolkas för att ge analysen en mening och med ambitionen att svara på studiens frågeställningar.

Praktiskt finns det olika tillvägagångssätt för genomförande av kvalitativ innehållsanalys. Utifrån syfte och frågeställningar lästes texten ett flertal gånger och meningsbärande enheter i texten, ord eller uttryck som beskrev en bestämd företeelse, söktes ut. De meningsbärande enheterna märktes sedan upp och sorterades i olika kategorier. (Graneheim & Lundman, 2003). Syfte och frågeställningar var medvetet i fokus hela tiden för att den ”röda tråden” skulle kunna följas i analysen. Nedan ges ett exempel på hur jag gått tillväga vid den kvalitativa analysen.

Tema relaterat till: Kunskapsinventering

Sub-tema: Frågor från patient och anhörig		Subtema: Bedömning av kunskapsbehov	
Kategori: Vårdplaneringsmötet	Koder: Vårdplaneringens syfte? Vilka skall vara med på mötet?	Kategori: Frågor	Koder: Frågor efter pat:s hemsituation Frågor efter vad pat själv vill.

Fig 1.

### Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Enligt Backman (1998) kan det hända i de allra mest seriösa forskningssammanhang att tolkningsfasen kan ge rätt svar på fel fråga eller tvärtom. Samma data kan tolkas helt olika beroende på t ex olika vetenskapsteoretiska förhållningssätt. Data talar således aldrig ”för sig själv” vilket jag varit medveten om då jag utgått från ett kvalitativt perspektiv där individen ingår i och är en del i en subjektiv verklighet. En verklighet där helheten ofta är mer än summan av dess delar (ibid.). Kunskap och erfarenhet av tidigare administrativt samordningsuppdrag för processen informationsöverföring och samordnad vårdplanering samt rollen som anhörig ligger till grund för min förförståelse.

För att uppnå trovärdighet har jag försökt att noggrant beskriva hur studien gått till och även de problem som uppstått. För att styrka resultat som redovisas har citat från intervjuerna används. Även valet av informanter, sjuksköterskor med geriatrisk kompetens och mångårig erfarenhet av samordnad vårdplanering, bidrar till studiens trovärdighet. Tekniskt hjälpmedel, i form av diktafon, testades innan för att säkerställa kvalitet på bandupptagningen. Mikrofonen placerades också så att ljudupptagningen skulle underlättas. Fyra av intervjuerna

skedde i ett avskilt rum på vårdavdelningen, en intervju skedde i ett angränsande rum för att undvika störande moment.

Bell (2000) menar att det under ett begränsat projekt inte är troligt att man kan skapa grund för generaliseringar men att det är fullt möjligt att resultatet ändå kan vara utgångspunkt för andras reflektioner, d v s att man kan relatera resultatet till en konkret verklighet.

En tolkning kan aldrig ge en fullständig bild av en situation eftersom verkligheten är i en ständig förändring (Olsson och Sörensen, 2002). Jag har försökt att identifiera nyckelhändelser, hur patient och anhöriga förbereds inför samordnad vårdplanering, relaterat till deras förutsättningar för att kunna delta aktivt i planeringen av fortsatt vård och omsorg.

### **Urval**

Bekvämlighetsurval gjordes via kontakt med vårdenhetschef på geriatrisk vårdavdelning inom slutenvården. Ett medvetet val där informanterna har geriatrisk kompetens med kännedom om äldre multisjuka patienter och stor erfarenhet av samordnad vårdplanering.

Missivbrev<sup>3</sup> skickades till berörd vårdenhetschef och följdes upp med en telefonkontakt efter några dagar. Jag inbjöds då att komma till vårdavdelningen för en personlig kontakt. Vid detta möte bokades datum för sex intervjuer, alla var kvinnor med varierande anställningstid som sjuksköterskor men med lång erfarenhet av geriatrisk vård.

Huvuduppgiften på vårdavdelningen är att arbeta med medicinsk utredning, behandling och rehabilitering av somatiskt sjuka äldre personer. Ett nära samarbete drivs med ortopediska och medicinska specialiteter i akut verksamhet. Geriatriska kliniken har ett rehabiliteringsinriktat arbetssätt med patienten i centrum och aktörer i nära samarbete runt patienten är sjuksköterska, undersköterska, läkare, arbetsterapeut och sjukgymnast.

### **Genomförande**

Tid för intervjuer bokades vid det personliga mötet på avdelningen och därefter skickades missivbrev<sup>4</sup> även till de sjuksköterskor som gett sitt medgivande till att delta i studien, för ett informerat samtycke. De informerades om att intervjun beräknade ta c:a 45 min i anspråk, att deras medverkan var frivillig och kunde avbrytas när som helst och att materialet skulle behandlas konfidentiellt, d v s ingen utomstående kommer att ta del av de bandinspelade intervjuerna. Jag valde att använda diktafon så att jag skulle kunna koncentrera mig på intervjuerna. Starrin och Svensson (1996) menar att intervjuarens roll är att vara medskapare till resultatet. Jag antecknade ”tankekrokar” på ett löst papper för att jag lättare skulle kunna följa upp intressanta ämnen som kom upp.

Sammanlagt hade sex intervjuer bokats men då en av informanterna lämnade återbud kom det slutligen att bli fem intervjuer som genomfördes. Fyra av dem i ett avgränsat rum på avdelningen, den femte och sista intervjuen skedde i ett angränsande rum till avdelningen. Samtliga skedde under informanternas arbetstid.

Eftersom jag sökte svar på hur det ser ut i vårdvardagen och inte funnit så mycket stöd i tidigare kunskap utgick jag från en icke-standardiserad ansats vad gäller intervjufrågor.

---

<sup>3</sup> Bilaga 1

<sup>4</sup> Bilaga 2

Starrin och Svensson (1996) menar att den icke-standardiserade ansatsen är sonderande och utgår från ett antagande om att man inte på förhand kan veta vilka frågor som är viktiga och betydelsefulla. En öppen sonderande forskningsansats, t ex ” jag skulle vilja att du berättar om” kan vara en bra öppning. Detta sätt valde jag också att använda. Min intervjuguide satt i ”ryggraden” och jag utgick från en inledande fråga där jag bad informanten berätta om förberedelser inför ett vårdplaneringstillfälle. På så vis kom jag att be informanten rekonstruera ett förlopp, vilket Starrin och Svensson (1996) beskriver som ”den stora resan”. Jag sökte svar på mina frågor om vilken information som ges till patienten, när, var, hur och varför.

Stycke borttaget: första kontakten...

### Tidsplan

Aktivitet	Jan	Febr	Mars	April	Maj	Juni
Handledning		X	X	X	X	
Datinsamling			→			
Analys				→		
Tolkning					→	
Rapport					→	
Examination						→

### Etiska övervägande

Enligt forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet) finns fyra allmänna huvudkrav på forskningen, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Enligt informationskravet skall forskaren informera om syftet med forskningen, enligt samtyckeskravet har informanten själv rätt att bestämma över sin medverkan, enligt konfidentialitetskravet skall ingående personer i en studie ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifter skall förvaras på sådan sätt att obehöriga inte kan ta del av dem, enligt nyttjandekravet får uppgifter insamlade om enskilda personer endast användas för forskningsändamål (ibid.).

För att skydda deltagarnas autonomi påtalades frivilligheten i att delta, både i missiv och vid den personliga kontakten. Informanterna informeras också om rätten att avbryta deltagandet, även under pågående intervju. Skriftlig och muntlig information gavs också om konfidentialitet. Ingen skall av det färdiga materialet kunna utläsa vem som gett svaren. Det bandinspelade materialet avidentifierades vid utskriften.

## RESULTAT

Att förbereda patient och anhörig inför samordnad vårdplanering är en pedagogisk uppgift där det vid analysen framkom att det handlar om att identifiera och tillfredsställa kunskapsbehov samt definiera och förmedla ett innehåll, på ett begripligt sätt, vid lämpligt tillfälle.

I den följande presentationen är det informanternas kunskaper, erfarenheter och reflektioner jag velat lyfta fram och belysa. Jag har valt att systematisera innehållet genom teman relaterade till:

### **Inventera kunskapsbehov:**

frågor från patient och anhörig, bedömning av kunskapsbehov

### **Tillfredsställa kunskapsbehov:**

kunskap och kompetens, ansvarsgränser, uppdrag och roll, patientens förutsättningar, pedagogiska ställningstagande,

### **Lärsituationer**

ankomstsamtalet, vardagliga samtalet, vårdplaneringsmötet, utskrivningstillfället

### **Utvecklingsområden**

korta vårdtider, ansvarsgränser

## **Teman relaterade till: Inventera kunskapsbehov**

### **Frågor från patient och anhörig:**

Informanterna menar att patient och anhörig ofta uttrycker en oro för vad som kommer att hända närmast, vad som planeras och när det kan bli utskrivning. Patienterna kan uttrycka en oro för att inte få komma hem igen eller att få komma hem för tidigt. En informant säger att;

*”patienterna undrar när det blir utskrivning och vill veta vad som skall hända i fortsättningen, oroliga för hur det kommer att gå, kommer det att gå bra?”*

Anhöriga ser ofta patientens problem från ett annat perspektiv och uttrycker enligt informanterna en mer allmän oro. Det finns en upplevelse av stor okunskap hos både patient och anhörig kring ansvarsgränser;

*”anhöriga undrar hela tiden, hur blir det nu, oroar sig över patientens mediciner och vet inte vem som ansvarar för vad”*

Patienterna kan också ställa frågor om syftet med vårdplaneringen och vem som kommer att medverka. Några informanter påtalade att;

*”de vet inte hur det fungerar i kommunen och undrar vad det kan komma att kosta”*

### **Bedömning av kunskapsbehov:**

Redan vid ankomstsamtalet försöker sjuksköterskan bilda sig en uppfattning om patientens kunskapsbehov genom att ställa frågor om patientens hemsituation, tidigare funktioner, sociala status, förhållande till sina anhöriga, egna funderingar kring hjälpbehov m.m. De flesta informanterna var eniga;

*”utifrån de uppgifter som man får fram vid ankomstsamtalet så kan man bedöma vårdtiden och vilka insatser patienten kan behöva efteråt”.*

De korta vardagliga samtalen framhölls av informanterna som värdefulla där det kan framkomma många tankar från patienterna. Ibland kan patienterna uttrycka missnöje med

tidigare beviljade insatser, ibland kan de uttrycka oro för sin egen säkerhet. Värde av att lyssna och förklara poängteras;

*”man får lyssna och sedan förklara hela vägen. Missnöjet kan stå för att man inte mår bra...kvinnor kanske ser på hemtjänsten ur ett annat perspektiv, blir fråntagna sina sysslor”.*

Informanterna betonade att patienter med en demenssjukdom ofta har en kort vårdtid, med snabb återgång till sitt särskilda boende, eftersom de oftast mår bäst av att vara i sin vanliga miljö. Övriga beviljade bistånd kan komma att påverkas vid inskrivning på sjukhus vilket informanterna beskrev som att;

*”kommer patienten från korttid brukar det bli vårdplanering eftersom patienten förlorar sin plats där men patienter från särskilt boende vårdplaneras inte”*

### **Teman relaterade till: Tillfredsställa kunskapsbehov**

#### **Utifrån kunskap och kompetens**

Informanterna beskriver hur de utifrån patientens status gör en bedömning av det fortsatta vård och omsorgsbehovet och förklarar därefter vårdförloppet för både patient och anhörig. Kommer patienten från ett särskilt boende i kommunen informeras anhörig om att det sannolikt inte blir någon ny vårdplanering genom att sjuksköterskan;

*”talar om för patienten att de får åka tillbaka och kontaktar anhöriga och talar om att patienten åker tillbaka”*

Vårdplaneringen förklaras som ett möte på sjukhuset för att patienten skall få en första kontakt med kommunen. Informanterna säger att de beskriver att det kommer en biståndshandläggare från kommunen som beviljar fortsatt hjälp, efter vårdtillfället. En informant säger att;

*” jag förklarar det hela som ett möte där patienten har huvudrollen och får säga det han vill”*

De flesta informanter förklarar för patienterna att de själva sannolikt inte kommer att vara med hela tiden. Både patient och anhöriga informeras när tid för vårdplanering bokats.

Informanterna beskriver att de hänvisar ekonomiska frågor till vårdplaneringsmötet men förklarar för patient och anhörig hur det kommunala biståndet fungerar och vem som beslutar;

*”berättar att det är biståndshandläggaren som beviljar fortsatta insatser, vad som händer efter sjukhustillfället, t ex hemtjänst”*

#### **Utifrån ansvarsgränser, uppdrag och roll**

Tydliga ansvarsgränser mellan sjukhus och kommun styr det sjuksköterskan får säga till patienten. Informanterna förklarar att ansvarsgränserna måste accepteras och att det är viktigt att informera både patient och anhörig om vad som gäller;

*”Förtydligar ansvarsgränser för anhöriga, vi pratar om utökad hemtjänst men vi bestämmer inte”*

Sjuksköterskan skall beskriva patientens omvårdnadsbehov och kommunens handläggare skall bevilja bistånd. Informanterna berör samtliga en förändrad roll för sjuksköterskan med minskat inflytande till följd vilket uttrycks som;

*”det är inte vi som bestämmer, vi får inte ens nämna vad vi tycker skulle vara lämpligt för patientens tillfrisknande”*

Vårdplanen lyfts fram som ett redskap där sjuksköterskan tydligt kan beskriva patientens omvårdnadsbehov.

Samtliga informanter lyfter den lokala rutin som finns för samordnad vårdplanering där sjuksköterskan är skyldig att informera patienten redan vid det s.k. ankomstsamtalet.

Rollen som sjuksköterska förpliktigar vilket berördes av flera informanter. Ibland kan anhöriga be sjuksköterskan prata med patienten, ibland kan patienten be sjuksköterskan prata med anhöriga. Uttrycks av en informant som att;

*”anhöriga ber om hjälp, rollen som sjuksköterska ger visst status, man har sin roll”*

Informanterna visar också på värdet av ett gott bemötande genom att visa omtanke om patientens väl och ve. Om något uppfattas som kan vara till men för patienten lyfts ofta diskussion med anhöriga innan beslut fattas. Beskrivs av en informant som;

*”ibland när man vet att det kan bli lite traumatiskt så kanske man väljer att patienten inte skall vara med hela mötet”*

Flera informanter uttrycker olustkänsla över att inte räkna till liksom värdet av att visa respekt för att den äldre generationen inte alltid tar för sig på samma sätt som yngre generationer;

*”men det har nog också med generationen att göra, att den äldre generationen inte tar för sig, de är inte uppvuxna som 40-talisterna”*

Språket och kulturen lyfts som värdefulla markörer för sjuksköterskans bemötande där vikten av att reflektera över alternativa sätt att se på behov av bistånd från kommunen uttrycks som;

*”Kulturella skillnader kan vara att man har en annan plikt-känsla för att ta hand om sina föräldrar, i såna fall vill man sällan anlita hjälp från kommunen”*

### **Utifrån patientens förutsättningar**

Informanterna är tydliga med att informationen måste anpassas, inte bara till patientens behov av kunskap utan också till patientens kognitiva förmåga/förmåga att förstå. Äldre multisjuka patienter är en heterogen grupp i varierande åldrar, med varierande erfarenhet av tidigare vårdplanering. En del patienter är vitala och fullt medvetna om sina rättigheter, där kan vårdplanering i vissa fall ske i hemmet, efter utskrivning från sjukhuset. Andra kan vara förvirrade och inte alls medvetna om sina möjligheter, inte ha insikt i sitt problem och svårt med tidsuppfattningen;

*”patienten är inte mentalt förberedd, saknar förståelse och insikt”*

Patienter som vid ankomsten varit vitala och klara kan under vårdtiden försämras och bli förvirrade. En mental oförbereddhet beskrivs vilket kan innebära att patienten har svårt att ta in informationen och resultera i att patienten glömt vad som bestämts när det är dags att skrivas ut. En informant uttryckte att;

*”många gånger är det väl så att de har hört vad som sagts men sen så, innan det är dags att åka hem, och det har gått några dagar, då kan man ha glömt vad det var.”*

Flera informanter berör vårt förändrade samhälle och den utsatthet och otrygghet som många äldre upplever. Detta kan ibland försvåra acceptans för bistånd, t.ex trygghetslarm då kommunen behöver tillgång till patientens bostad;

*”ja, det är mycket oro, ibland handlar det om trygghetslarm, vissa personer vill inte lämna två nycklar till sitt hem, det vill man inte”*

Kommunala insatser är avgiftsbelagda och informanterna berör att det många gånger kan vara en ekonomisk bakomliggande orsak till varför patienter ibland avböjer kommunalt bistånd. Uttrycks av en informant som att;

*” det kan vara en ekonomisk fråga som styr den hjälp man vill ha, det är inte billigt att bli gammal”*

Många äldres ensamhetsproblematik försvårar då man ofta kan behöva hjälp i vardagen. Värdet av anhörigas medverkan vid vårdplanering poängteras av samtliga informanter där flera uttrycker att de försöker påverka anhörigas närvaro för att bevaka patientens rättigheter;

*”patienter utan anhöriga är utsatta, bra att ha någon som kan strida för sin sak”*

Om patienten inte förstår svenska kan anhöriga agera som tolk.

### **Pedagogiska ställningstagande**

En nytryckt skriftlig informationsbroschyr finns att tillgå på vårdavdelningen. Informanterna refererar till materialet och säger att den innehåller mycket bra information. I samband med att broschyren delas ut uppmanas patienten att skriva ner frågor som dyker upp;

*”och då brukar jag rekommendera också att skriva ner frågor som de kommer på, både till patient och anhörig, för det är så lätt att glömma se'n”*

Broschyren introducerar läsaren i vårdplaneringens syfte, vad som händer under mötet samt vilket stöd som kommunen kan erbjuda. Finns inte översatt till andra språk och därför kan anhöriga ibland få agera tolk.

Informanterna menar att broschyren delas ut rutinmässigt men de patienter som har svårt att läsa den kan få hjälp av någon ur personalgruppen;

*”alla som blir tillfrågade kan förklara för patienten, såväl undersköterskor som sjuksköterskor är insatta i rutinen”*

Utifrån patientens kunskapsbehov och förmåga att förstå beskrivs flera olika pedagogiska strategier:

Upprepning: *”Patienten informeras flera gånger inför vårdplaneringstillfället”*

Frågar: *”ställer frågor så de tänker själva”*

Förklarar: *” i samband med inskrivning förklaras vad som skall ske”*

Använder tolk: *”Pratar genom anhöriga om tolkmöjligheter saknas”*

Via anhöriga: *”är patienten dement går information via anhöriga”*

### **Teman relaterade till: Lärsituationer**

#### **Ankomstsamtalet**

Enligt den rutin som finns på avdelningen har sjuksköterskan ett ankomstsamtal när patienten skrivs in på avdelningen. Informanterna menar att man redan i detta samtal kan ta upp att det ev kan bli en vårdplanering senare. Uttrycks som;

*”det är meningen att man redan då patienten kommer till avdelningen, i ankomstsamtalet, skall förbereda patienten för utskrivningen”*

Ibland ställer patienten då frågor som sjuksköterskan kan spinna vidare på.

### **Vardagliga samtalet**

Samtliga informanter lyfter värdet av de små korta vardagssamtalen där all personal, sjuksköterskor, undersköterskor, läkare och rehab-personal, var och en utifrån sin profession, lyfter det kommande vårdplaneringsmötet med fokus på det som är mest angeläget;

*”olika yrkeskategorier pratar om vårdplaneringen, uttrycks på olika vis”*

Anhöriga kan också fråga om utskrivning vilket ses som ett naturligt tillfälle att börja prata om vårdplaneringen.

Informanterna beskriver den lokala rutin som finns för samordnad vårdplanering där det finns tydligt angivet när patienten skall informeras, t.ex när tid för vårdplanering bokats;

*”så snart vårdplaneringen är bokad får patienten broschyren för att ha lite tid på sig att läsa informationen”*

### **Vårdplaneringsmötet**

Informanterna beskriver tydligt hur vårdplaneringsmötet går till och vikten av att patientens vilja kommer fram. Patienten involveras i samtalet genom att;

*”uppmanar patienten att berätta och frågar patienten hur det är, hur han mår, vad tänker du om framtiden, osv”*

En informant beskrev hur hon försöker följa upp att patienten förstått genom att fråga;

*”skall vi prata högre, är det något du inte uppfattat... så de inte känner sig överkörda”*

Flera informanter poängterar också att de försöker prioritera sin tid och stötta de patienter som inte har någon anhörig, genom att stanna kvar på mötet. Mötet sammanfattas och dokumenteras på vårdplanen som signeras av sjuksköterskan och kommunens representanter. Kopia förvaras i patientens journal men patienten får däremot ingen kopia av vårdplanen.

### **Utskrivningstillfället**

Informanterna berör värdet av och svårigheter med patientens mentala förbereddhet när information lämnas. Redan vid ankomstsamtalet beskrivs att;

*”även om det är vår skyldighet att informera reda då så, som patient är man ju inte där då”*

Vid utskrivningstillfället kan patienten komma med frågor kring vad som bestämts. Flera informanter säger då att de förklarar på nytt för patienten vad som diskuterats;

*”det kan ju vara så att patienten har varit med på vårdplaneringsmötet men inte har förstått, då får man förklara en gång till”*

### **Tema: Utvecklingsområden**

Informanterna pratar ofta om svårigheten att sätta ord på hur patienten förbereds. En informant påpekade att;

*”jag tänker ju säkert men det är svårt att sätta ord på det får jag säga”*

Samtliga informanter påpekar dock att **dagens korta vårdtider** inom slutenvården liksom **delat ansvar och ansvarsgränser**, påverkar förutsättningarna för att kunna förbereda patient och anhöriga inför den samordnade vårdplaneringen. Någon påtalade att;



*”nej, jag vet egentligen inte, med de relativt korta vårdtider man har, hur man skulle kunna förbereda äldre patienter på ett bättre sätt”*

Uttalandet får belysa ett viktigt utvecklingsområde att jobba vidare med när det gäller att stödja multisjuka äldre patienter och deras anhöriga inför den samordnade vårdplaneringen.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Utifrån studiens syfte valdes en kvalitativ ansats med fokus på att få en fördjupad förståelse. I den första tidsplaneringen fanns stort utrymme för informationsinsamling. Dock kom det oförutsedda hinder i vägen, i form av vinterkräxjuka, som drastiskt påverkade den tid jag hade till mitt förfogande. Tidsfaktorn visade sig således bli ett hinder istället för en tillgång. Studien möttes av positiv respons från den tilltänkta avdelningen men personalen var givetvis hårt pressade genom att både patienter och personal insjuknade i flera omgångar. Bell (2000) menar att oavsett vilken metod man väljer för insamling av information måste man alltid kritiskt granska den för att avgöra hur tillförlitlig och giltig den information är som man får fram (ibid.). Redan i planeringsstadiet framstod kvalitativ metod som mest lämplig då fokus var att belysa hur patient och anhörig förbereds inför samordnad vårdplanering. I kvalitativa metoder söker man finna kategorier, beskrivningar eller modeller som bäst beskriver ett fenomen (Olsson & Sörensen, 2002). För att kunna belysa hur sjuksköterskor, utifrån sin förförståelse, tolkar patient och anhörigs kunskapsbehov i vårdvardagen har kvalitativ metod fungerat bra och studiens syfte har uppnåtts.

När jag frågat efter hur patient och anhörig förbereds inför den samordnade vårdplaneringen finns det självklart en rad faktorer som kan påverka svaret. Informanten kan nyss ha kommit från en konfliktfylld vårdplanering och vara negativt inställt eller nyligen varit med om en, för alla inblandade parter, lyckad vårdplanering och då givetvis se mycket positivare på fenomenet. Därför är jag beredd att hålla med författaren (Bell, 2000) som menar att det under ett begränsat projekt inte är troligt att man kan skapa grund för generaliseringar men att resultatet kanske kan väcka andras reflektioner utifrån en konkret verklighet. Förhoppningen är att resultatet kan bli en sådan ”väckarklocka”.

Att transkribera, analysera och tolka materialet har många gånger varit tidskrävande arbete där jag ibland saknat en medarbetare att bolla idéer och tankar med. Men det har också varit ett mervärde att själv transkribera materialet för att därigenom få en känsla för datamaterialet redan vid utskriften. Det mest tidskrävande har dock varit att sönderdela texten för att på nytt sätta den samman, känslan av att repa upp en stickad tröja, återanvända garnet för att skapa en ny modell har sakta smugit sig nära inpå livet. Borttagen text; nu är tröjan....

### **Resultatdiskussion**

Studiens syfte var att lyfta fram och synliggöra hur äldre multisjuka patienter och deras anhöriga förbereds inför den samordnade vårdplaneringen samt hur goda lärsituationer skapas inom hälso- och sjukvård. Genom att intervjua sjuksköterskor, med geriatrisk kompetens och erfarenhet av både målgruppen och rutinen för samordnad vårdplanering, kom deras pedagogiska funktion i centrum.

Vid analysen framkom att sjuksköterskans pedagogiska kunskaper och kompetens ligger till grund för informationens innehåll och strategier för lärande. Teoretisk kunskap, metodkunskap och erfarenhetsbaserad kunskap används, mer eller mindre, i de olika

bedömningar och val som görs där sjuksköterskans omdöme och intuition är styrande när optimalt tillfälle för lärande skapas.

Friberg (Pilhammar et al, 2003) menar att centralt motiv i pedagogiska möten mellan sjuksköterska och patient är att stödja patientens förberedhet, d v s att möta patientens behov av att veta och förstå. Därför är det också viktigt att skapa situationer för lärande. Att inte veta och förstå skapar en otrygghet, att vara förberedd handlar om att vara beredd i förväg, d v s veta och förstå och därmed skapas en ökad trygghet. En pedagogisk utmaning blir då att efterforska patientens behov av att veta och förstå. Genom att använda sina pedagogiska kunskaper och kompetens kan sjuksköterskan bedöma kunskapsbehov hos både patient och anhöriga, dels utifrån de frågor som ställs men också utifrån sin egen kunskap och beprövade erfarenhet. Genom att ställa frågor kan sjuksköterskan bilda sig en uppfattning om vad patient och anhörig behöver veta. Här är det planerade ankomstsamtalet ett naturligt forum för dialog med patienten. Utifrån den dialog som förs om patientens situation kan sjuksköterskan bilda sig en uppfattning om patientens fortsatta vård- och omsorgsbehov och därmed också kunskapsbehov. Nästa steg i processen blir att sjuksköterskan gör en bedömning av hur kunskapsbehovet skall kunna tillfredsställas, d v s själva kunskapsinnehållet, informationsinnehållet. Här styrs hennes val av den egna kunskapen och kompetensen, vad kan hon säga? Men också utav de regler och ansvarsgränser som styr – vad får hon säga? Denna bedömning påverkas också av hennes egna värderingar som visar sig i det bemötande patienten får. Ytterligare en faktor påverkar hennes agerande och det är patientens förmåga att förstå, d v s patientens mentala förberedhet. Flera informanter pratar om värdet av patientens förmåga att förstå för att informationen skall kunna bli begriplig. Slutligen får sjuksköterskan bedöma när det är lämpligast att informera patienten. Förutom ankomstsamtalet nämns de korta små vardagliga samtalen som tillfällen för lärande. Här kan patienten ställa frågor och uttala tankar som kan spegla ett kunskapsbehov. Själva vårdplaneringsmötet är också ett forum då patienten ges tillfälle att komma till tals, men om man inte har förstått syftet med vårdplaneringsmötet är det svårt att konkretisera frågor som kanske istället väcks på mötet. Samtliga informanter lyfter den oro som uttalas från både patient och anhörig kring den fortsatta planeringen och den okunskap som finns om ansvarsgränser mellan region och kommun. ÅDEL som trädde ikraft 1992 tillkom för att tydliggöra vem som skall göra vad men det finns sannolikt mycket att arbeta vidare med kring uppdrag hälso- och sjukvård, vård och omsorg där olika lagar och regler styr de båda sjukvårdshuvudmännen. I samband med regionbildningen i Västra Götaland 1999 beslutades om ansvarsfördelning mellan region och kommun. Den politiska viljeinriktningen var att utgå från det ”goda livet” där medborgarnas rätt till vård skall vara i centrum. Region och kommun skall agera som medspelare, inte motspelare. Den regionala rutinen ligger till grund för den lokala rutinen som samtliga informanter berör. Flera informanter framhåller sjuksköterskans förändrade roll och hur det påverkar deras möjligheter att påverka vid vårdplaneringsmötet. Detta förstärker snarare gränsen mellan de båda lagarna, vilket inte gagnar patienten. Den samordnade vårdplaneringen skall leda till att en skriftlig, signerad, vårdplan upprättas. Det framkommer att denna vårdplan kopieras till huvudmännen medan patienten inte får någon kopia. Danemark (2000) framhåller att samverka innebär att man tillsammans med andra, ofta med personer styrda av andra regler och system och i en annan organisatorisk position arbetar mot ett gemensamt mål. Att jobba med andra människor innebär att jobba med subjekt som har egna tankar, åsikter och känslor och reagerar på det vi gör. Patienten är också en aktiv part i samverkan och för att öka patientens delaktighet borde man kanske ge kopia av vårdplanen även till patienten, som det berör. Janlöv (2006) menar att det från den äldres perspektiv är en mycket turbulent och sårbar period när biståndsbeslut fattas. Informanterna är eniga om värdet

av att kunna ägna mer tid för patienten, kanske sitta ner och samtala kring den kommande planeringen på ett annat sätt. Dagens pressade arbetssituation medger inte detta.

Socialstyrelsen ställde en fråga – hur kan sjukvården bli bättre på att ta hand om multisjuka äldre patienter? Ett svar kan tänkas ligga i de utvecklingsområden som informanterna lyfter. Korta vårdtider och en kraftig patientgenomströmning gör det omöjligt att lära känna patienten så pass väl att informationen kan individanpassas. Den politiska intentionen att patienten inte skall ”falla emellan stolarna” p g a att en ansvarsgräns passeras har inte nått mål ännu. Fortfarande påtalas problematiken med avsaknad av samarbete över huvudmannagränserna där en utökad samverkan sannolikt skulle kunna vara en framgångsfaktor. En ökad kunskap om varandras uppdrag kanske kunde vara en bra grund att bygga vidare på.

Förslagsvis kunde ett tydligare samordningsuppdrag, med avsatt tid för ”socialt” samtal på vårdavdelningen förbättra förutsättningarna för att förbereda patient och anhörig inför den samordnade vårdplaneringen. I nuläget är det sjuksköterskor, som övergripande styrs av hälso- och sjukvårdslagen som skall informera om kommunala bistånd, utifrån socialtjänstlagen. Eventuellt skulle en ”förberedande vårdplanering” på sjukhuset vara en möjlighet för att sedan följas upp av en vårdplanering i hemmet där både patient och anhörig är på ”hemmaplan” och kanske då också är mera mentalt förberedda inför planeringen av fortsatta vård- och omsorgsinsatser. På så sätt skulle patienten inte bara få information utan också förstå informationen – här ligger nog den stora utmaningen.

Intressant för vidare studier vore att undersöka om ett sådant förändrat arbetssätt kunde ge effekt på patient och anhörigas förbereddhet inför den samordnade vårdplaneringen. En randomiserad, kontrollerad studie skulle kunna användas där interventionsgruppen fick tillgång till en förberedande vårdplanering i form av ett ”socialt samtal” innan utskrivning och där vårdplaneringen sedan skedde i hemmet. Kontrollgruppen sedvanligt omhändertagande. Uppföljning via intervjuer, dels när studien startar och dels vid studiens avslut.

Sammanfattningsvis kan sägas att vad som sägs, hur, var och när styrs av ett antal faktorer utgående från patient och anhörigas behov av att veta och förstå – kunskapsbehov. I det pedagogiska mötet blir det sedan en utmaning för sjuksköterskan, precis som Aristoteles beskrev, att med hjälp av sin förmåga urskilja och uppmärksamma, fantasi och känsla identifiera och tillfredsställa detta kunskapsbehov. De bedömningar och val som görs sker utifrån den egna teoretiska kunskapen, metodkunskapen och kanske framför allt den ”tysta” kunskapen/ erfarenhetsbaserade kunskapen utmynnande i ett gott bemötande.

Erfarenhetsbaserad kunskap byggs upp genom möte med patienter och i diskussioner med kollegor. Kommunikation är ett av de centrala begreppen inom vårdpedagogik liksom centralt för att kunna samverka. Förutsättningar för att kunna samverka är att det finns forum för dialog. Ankomstsamtalen och de vardagliga samtalen kan ses som forum för denna samverkan där patienten bör få den information de behöver för att kunna ställa frågor. På så sätt utvecklas en kunskapsspiral, frågor leder till ny information som leder till nya frågor och under resan blir patient och anhörig alltmer trygga.

Patient och anhörig förbereds genom att vårdpersonalen väljer rätt ord, på rätt sätt, vid rätt tillfälle – och precis som Anders Leonardsson vill jag avsluta med att lyfta värdet av ett leende.

*”... en del kan dåligt höra, en del kan dåligt se, men alla kan de röra, på läpparna och le”*

*Anders Leonardsson*

## REFERENSER

- Ahrenfelt, B. Berner, R. (1993). *Konflikthanteringsboken – om vardagliga konflikter på jobbet*. Malmö: Bäcklunds Tryckeri.
- Anderson A. Helms, L. (2000). Talking about Patients: Communication and Continuity of Care. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 2000; 14(3): 15-28.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bell, J. (2000). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bull, M., Roberts, J. (2000). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing* 35 (4), 571-581.
- Danermark, B. (2000) *Samverkan – himmel eller helvete?* Växjö: Förlagshuset Gothia AB
- Dimbleby, R., Burton, G. (1997). *Oss emellan mellanmänsklig kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.
- Eide, H., Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation, relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur
- Elmér, Å. (2000). *Svensk socialpolitik*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2003). Qualitative content analyses in nursing research; concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today*, 24, 105-112.
- Hellesö, R. (2004). Information handling in the nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing* 15, 11-21.
- Hälso-och sjukvårdsavtal, Västra Götaland, 2006-11-14  
<http://vsfbd.vgregion.se/nu/vsfbd.nsf> [hämtad 2009-05-15]
- Hälso-och sjukvårdslagen, SFS 1982:763. <http://www.notisum.se/rnp/sls/LAG/19820763.htm>  
[hämtad 2009-05-15]
- Johansson, B. (1996) *Från allmänmänsklig kompetens till omvårdnadskompetens*. Rapport nr 1996:1. Göteborgs Universitet; institutionen för vårdpedagogik.
- Josefsson, I. (2006). *Pedagogiska vägar i konstnärliga landskap*. Dramatiska Institutet, seminarium. <http://mep.draminst.se/kol/ingelaj.html> [hämtat 2009-05-15]
- Kydd, A. (2008). The patient experience of being a delayed discharge. *Journal of Nursing Management*, 16, 121-126.
- Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård med tillägg SFS 2003:193, <http://www.ltdalarna.se> [hämtad 2009-05-15]

- Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531).  
<http://www.notisum.se> [hämtad 2009-05-15]
- Nationell IT strategi för vård och omsorg. ISBN 91-631-8541-5. Art nr: S2006.007  
[www.regeringen.se/vard-it](http://www.regeringen.se/vard-it) [hämtad 2009-05-15]
- Nilsson, K. (2002). *Forskningsprocessen och datainsamlingsmetoder*. Göteborgs universitet, Institutionen för vårdpedagogik.
- Olsson, H., Sörensen, S., (2002) *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Patel, R. Davidsson, B. (1994) *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Patel, R., Tebelius, U. (1987) *Grundbok i forskningsmetodik* Lund: Studentlitteratur.
- Pilhammar Andersson, E., (red). Bergh M., Friberg, F., Gedda, B., Häggström, E. (2003). *Pedagogik inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Pilhammar Andersson, E. (2004). *Vårdpedagogik, vad, hur och varför*. Rapport nr 2004:2. Institutionen för vårdlärarutbildning. Göteborgs Universitet.
- Rahm Hallberg, I. *Äldres boende ur ett vård- och omsorgsperspektiv*.  
<http://www.sou.gov.se/aldreboende> [hämtad 2009-05-15]
- Sahlsten, M. (2007). *Sjuksköterskors förutsättningar för och erfarenheter av att främja patientdelaktighet*. Göteborg: ACTA UNIVERSITATIS GOTHOBURGENSIS
- Socialstyrelsen. (SOSFS 2005:27). *Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård*.
- Socialstyrelsen. (2005). *Borta bra men hemma bäst? – en nationell granskning av hemsjukvården i Sverige*. Artikelnr: 2005-109-23
- Socialstyrelsen. (2006). *Lagstiftning inom vården och omsorgen om äldre*. Artikelnr: 2006-131-24.
- Socialstyrelsen (2007). *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. ISBN: 91-85482-05-6
- Socialstyrelsen. (2009). *Vård och omsorg om äldre*. Artikelnr: 2009-126-44
- Socialtjänstlagen, SFS 2001:453  
<http://www.notisum.se/rnp/sls/LAG/20010453.htm> [hämtad 2009-05-15]
- Sveriges kommuner och landsting (2005). *Ett gemensamt ansvar – strategier för utveckling av framtidens äldrevård*. Best nr: 5060. Stockholm: Edita Norstedts tryckeri
- Svedberg, L.(2003). *Gruppsykologi – om grupper, organisationer och ledarskap*. Polen: Studentlitteratur.

Svenska Akademiens Ordbok, SAOB. <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/> [hämtad 2009-05-15]

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2003)  
*Äldreomsorg och hälso- och sjukvård under 90-talet*

Starrin, B., Svensson, P-G. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Samordnad vårdplanering SVPL – gemensam rutin Västra Götaland. 2006-09-26.  
<http://epi.vgregion.se> [hämtad 2009-05-15]

Walter, G. *Svensk synonymordbok*. <http://www.synonymer.se/> [hämtad 2009-05-15]

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer*. ISBN: 91-7307-008-4. <http://codex.vr.se>  
[hämtad 2009-05-15]

Överenskommelse med Västkom om regiongemensam inriktning för nya rutiner för samordnad vårdplanering m.m. , 169-2003.



## GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

### *Informations – och samtyckesblankett*

#### **Studiens bakgrund**

Multisjuka äldre är en patientgrupp vars hälsotillstånd är sammansatt, komplext och snabbt föränderligt. Patienterna har ofta återkommande behov av vård och sjukhusets resurser.

En viktig del i helheten är vad som händer de patienter, som efter utskrivning från sjukhus, har fortsatta behov av omfattande och kvalificerade insatser. För att kunna delta aktivt i den fortsatta planeringen av den egna vården är det av stor betydelse att patient och anhörig är väl informerade. Eftersom detta är ett relativt outforskat område vill jag undersöka sjuksköterskors erfarenheter av hur patient och anhörig förbereds inför den samordnade vårdplaneringen.

Eftersom avdelning xxxxxx arbetar med rehabilitering av äldre patienter, utifrån varierande diagnoser, önskar jag komma i kontakt med sjuksköterskor från Er avdelning.

#### **Studiens genomförande**

Studien kommer att genomföras i form av sex intervjuer där samtalen kommer att spelas in på bandspelare. Beräknad tidsåtgång är c:a 45 min/intervju. Under intervjun kommer jag be sjuksköterskorna berätta om sina erfarenheter av hur patient och anhörig förbereds inför den samordnade vårdplaneringen. Efter intervjun kommer jag att skriva ut informationen i text och analysera innehållet. Resultatet kommer sedan att redovisas i en C-uppsats i vårdpedagogik vid Göteborgs Universitet. Önskar Ni ta del av resultatet är ni välkommen att ta kontakt med nedan angivna personer.

Deltagande är frivilligt och intervjun kan avbrytas om så önskas utan att lämna någon förklaring. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt, enligt personuppgiftslagen, och aidentifieras. Den skrivna texten från intervjuerna kommer inte att kunna kopplas till intervjuad person.

Jag är mycket tacksam om Er avdelning vill delta i studien. Sjuksköterskornas erfarenheter kan bidra till ökad kunskap och förbättrade rutiner för informationsöverföring och samordnad vårdplanering.

#### **Ansvariga**

Anne-Charlotte Larsson

Handledare:

Linda Johansson, univ.lektor.

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Jag har tagit del av information om studie av sjuksköterskors erfarenhet av hur patient och anhörig förbereds inför den samordnade vårdplaneringen och samtycker till att avdelningens sjuksköterskor deltar i studien.

Datum \_\_\_\_\_

---

Namnunderskrift

Namnförtydligande





GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

*Informations – och samtyckesblankett*

**Studiens bakgrund**

Multisjuka äldre är en patientgrupp vars hälsotillstånd är sammansatt, komplext och snabbt föränderligt. Patienterna har ofta återkommande behov av vård och sjukhusets resurser.

En viktig del i helheten är vad som händer de patienter, som efter utskrivning från sjukhus, har fortsatta behov av omfattande och kvalificerade insatser. För att kunna delta aktivt i den fortsatta planeringen av den egna vården är det av stor betydelse att patient och anhörig är väl informerade. Eftersom detta är ett relativt utforskat område vill jag undersöka sjuksköterskors erfarenheter av hur patient och anhörig förbereds inför den samordnade vårdplaneringen.

Jag har varit i kontakt med din vårdenhetschef som informerat om att Du har erfarenhet av informationsöverföring och samordnad vårdplanering varför jag tillfrågar dig om deltagande i studien.

**Studiens genomförande**

Studien kommer att genomföras i form av en intervju och vårt samtal kommer att spelas in på bandspelare. Under intervjun kommer jag be Dig berätta om dina erfarenheter av hur patient och anhörig förbereds inför den samordnade vårdplaneringen. Beräknad tidsåtgång c:a 45 minuter. Efter intervjun kommer jag att skriva ut informationen i text och analysera innehållet. Resultatet kommer sedan att redovisas i en C-uppsats i vårdpedagogik vid Göteborgs Universitet. Vill Du ta del av resultatet är du välkommen att ta kontakt med nedan angivna personer.

Deltagande är frivilligt och Du kan avbryta intervjun om så önskas utan att lämna någon förklaring. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt, enligt personuppgiftslagen, och oidentifieras. Den skrivna texten från intervjuerna kommer inte att kunna kopplas till Dig som person.

Jag är mycket tacksam för att just Du vill delta i studien och hjälpa mig i mitt arbete. Dessutom kan dina erfarenheter bidra till ökad kunskap och förbättrade rutiner för informationsöverföring till både patient och anhörig.

**Ansvariga**

Anne-Charlotte Larsson

Handledare:

Linda Johansson, univ.lektor.

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Jag har tagit del av information om studie av sjuksköterskors erfarenhet av hur patient och anhörig förbereds inför den samordnade vårdplaneringen och samtycker till att delta i studien.

Datum \_\_\_\_\_

---

Namnunderskrift

Namnförtydligande