



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **ATT VÅRDAS PÅ AKUTMOTTAGNING**

Äldre patienters erfarenheter av delaktighet i beslut som tas kring den egna vården

**Pernilla Rönntoft**  
**Zabi Azizi**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Vård av äldre
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2016
Handledare:	Hanna Falk
Examinator:	Helle Wijk

Titel:	Att vårdas på akutmottagning – Äldre patienters erfarenheter av delaktighet i beslut som tas kring den egna vården.
Title:	Receiving care in the emergency room – Older patients' experiences of participation in decisions made about their care.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Vård av äldre
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2016
Handledare:	Hanna Falk
Examinator:	Helle Wijk
Nyckelord:	Äldre patienter, delaktighet, upplevelser, akutmottagningen.

---

### Sammanfattning:

**Bakgrund:** Tidigare forskning visar att äldre patienter ofta upplever att beslut kring val av läkemedel och behandling inte alltid överensstämmer med deras egna önskemål. Orsakerna till detta kan vara många, så som bristande rutiner, okunskap hos vårdpersonalen, tidsbrist eller att den äldre patienten inte inbjuds att medverka i den egna vården. Den kunskap som idag finns tillgänglig om äldre personers behandling och omhändertagande inom akutsjukvården bygger till största del på information från vårdpersonalen. Kunskap saknas dock om hur de äldre patienterna själva upplever delaktighet och information i stöd att fatta viktiga beslut.

**Syfte:** Att öka förståelsen för äldre patienters (>75 år) upplevelser av att vårdas på akut- och olycksfallsmottagningar med fokus på erfarenheter av delaktighet i beslut som tas kring den egna vården.

**Metod:** Den här studien hade en kvalitativ fenomenologisk hermeneutisk design baserad på sex intervjuer med äldre personer som besökt akutmottagningen.

**Resultat:** Delaktighet för de äldre patienterna kan sammanfattas som att vara välinformerad, att bli sedd, att bli hörd och lyssnad på som person. Att bli tagen på allvar samt vara en jämställd person. Patienterna i studien ansåg sig överlag inte vara delaktiga i beslut som togs kring den egna vården då de inte bjöds in att medverka i samtalet. Vidare framkom även att äldre patienter behöver strida för att göra sin röst hörd samt att de överlämnar sig själv i andras händer både på grund av trygghet men även då patienterna är rädda för att bli utan nödvändig vård om de säger emot läkare samt sjuksköterskor.

**Slutsats:** Äldre personer bjuds sällan in i sin egen vård för att vara delaktig kring beslut som fattas kring den egna vården samt att de måste kämpa för att göra sin röst hörd.

**Nyckelord:** Äldre patienter, delaktighet, upplevelser, akutmottagningen, bemötande.

## Abstract:

**Background:** Previous research shows that older patients often feel that decisions concerning the selection of medicines and treatment in the emergency room setting are not always consistent with their own wishes. There might be several reasons for this, such as inadequate procedures, lack of knowledge among health professionals, lack of time, or that the older patient is not invited to participate in their own care. To our knowledge, available research about the care of older patients in emergency room settings is largely based on information from the nursing staff. Thus knowledge is lacking, on how older patients themselves experience participation and information in support of making important care decisions.

**Aim:** To increase our understanding of older patients' (> 75 years) experiences of being cared for in emergency rooms with a focus on the experience of participation in decisions made about their care.

**Methods:** This study was a qualitative phenomenological hermeneutical design based on six interviews with older patients who visited the emergency department.

**Results:** The involvement of the older patients can be summarized as being well-informed, to be seen, to be heard and listened to as person, to be taken seriously and to be regarded as an equal person. The patients in the study considered themselves not to be involved in decisions made about their care mainly due to fact that they felt uninvited to participate in the conversation. It was also found that older patients need to fight to make their voice heard and that they present themselves in the hands of others, both because of security, but also when patients are afraid of being without the necessary care if they say against the doctors and nurses.

**Conclusion:** Older patients' rarely invited into their care to be involved regarding decisions about their own health and that they have to struggle to make their voice heard.

**Keywords:** Older patients, participation, experiences, emergency room, treatment.

***”Det enda sättet att leva länge  
är att åldras”***

(Daniel Francois Esprit Auber, 1782-1871)

Vi vill rikta ett stort tack till Sahlgrenska Universitetssjukhus i Göteborg och samtliga informanter som deltagit i vår studie.  
Tack även till vår handledare Hanna Falk för dina goda råd och stöd genom hela arbetsprocessen.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Den äldre personen .....	1
Den geriatriska patienten .....	2
Äldres hälsa och ohälsa .....	3
Delaktighet och självbestämmande .....	3
Teoretisk referensram .....	4
Personcentrerad vård .....	4
Tidigare forskning .....	5
Problemformulering.....	6
Syfte .....	8
Metod .....	9
Fenomenologi .....	9
Hermeneutik .....	9
Hermeneutisk cirkel.....	10
Studiedeltagare och kontext .....	10
Datainsamling.....	11
Studiens avgränsning.....	12
Analys.....	12
Etiska överväganden .....	14
Forskningspersonsinformation samt samtycke.....	14
Risker med studien .....	15
Nytta med studien.....	15
Resultat.....	16
Bemötande .....	16
Delaktighet.....	17
Uppmärksamhet .....	17
Tacksamhet .....	18
Information .....	18
Att kravställa.....	20
Underläge.....	20
Att behandlas annorlunda än yngre patienter.....	20
Att överlämna sig i andras händer .....	21
Att bli styrd av personalen .....	22

Att känna sig övergiven av vården.....	23
Diskussion .....	24
Metoddiskussion.....	24
Urvalets lämplighet för studien.....	24
Studiens trovärdighet och överförbarhet.....	25
Resultatdiskussion .....	25
Sammanfattning resultatdiskussion .....	30
Slutsatser.....	31
Referenslista .....	32
<b>Bilaga 1</b> Brev till verksamheten	
<b>Bilaga 2</b> Forskningspersonsinformation	
<b>Bilaga 3</b> Samtyckesformulär	
<b>Bilaga 4</b> Intervjuguide	

# Inledning

De allra flesta patienter som vårdas på en akut- och olycksfallsmottagning är äldre och få upplever att beslut kring val av läkemedel och behandling överensstämmer med deras egna önskemål. Orsakerna till detta kan vara många så som bristande rutiner, okunskap hos vårdpersonalen, hög arbetsbelastning eller att den äldre patienten inte inbjuds att medverka och därigenom få möjlighet att påverka sin egen vård vilket på sikt kan leda till ytterligare konsekvenser samt lidande. Den forskning som finns tillgänglig idag om äldre patienters delaktighet i beslut som rör den egna vården inom akutsjukvården bygger till största del på intervjuer och observationer av vårdpersonal och det är känt att det finns brister vad gäller beslut om vård, val av vårdhandlingar samt medicineringar. Kunskap saknas dock om hur äldre patienter på akut- och olycksfallsmottagningar själva upplever delaktighet och information i stöd att fatta viktiga beslut. Genom våra arbeten med äldre patienter inom såväl primärvården, specialistvården, vårdcentraler som särskilt boende har flertalet gånger nämnda problem uppdragats från såväl sjuksköterskor som de äldre patienternas synvinkel. Därigenom har ett stort intresse och en nyfikenhet framkommit att få ytterligare fördjupad kunskap kring problemet. Syftet med den här studien är därför att få mer kunskap om äldre patienters egna upplevelser av att vårdas på akut- och olycksfallsmottagningar med fokus på erfarenheter av delaktighet i beslut som tas kring den egna vården.

## Bakgrund

### Den äldre patienten

Äldre patienter står för ungefär hälften av vårdplatserna på sjukhusen i Sverige samtidigt som andelen äldre patienter ökar i såväl Sverige (Dehlin & Rundgren, 2014; Kirkevold, Brodtkorb & Hysten Ranhoff, 2010; Wisten, Rundgren & Larsson, 2013) som övriga världen (Dehlin & Rundgren, 2014; Harrefors, Sävenstedt & Axelsson, 2009; Santoni, Angleman, Welmer, Mangialasche, Marengoni & Fratiglioni, 2015; WHO, 2015). Enligt WHO (2015) förväntas andelen i populationen som utgörs av äldre patienter > 65 år, mellan år 2015-2050, nästan dubblas från 12 procent till 22 procent. Åldrande och sjukdom är två olika saker och det naturliga åldrandet hos människan delas in i tre olika kategorier, det fysiologiska åldrandet, det psykologiska åldrandet samt det sociala åldrandet (Dehlin & Rundgren, 2014; Kirkevold et al., 2010). Det fysiologiska åldrandet innefattar de kroppsliga förändringar som förknippas med hög ålder så som nedsatt cellulär elasticitet, kroppens möjligheter att reglera temperatur och blodtryck, syn, hörsel och smak. Detta innebär att den äldre patienten drabbas av funktionsnedsättningar som ofta gör det svårare att klara av vardagen som till exempel en ökad risk för fall. Det psykologiska åldrandet innefattar förändringar i den intellektuella förmågan, kunskapen att lösa problem och minnet, vilket leder till att den äldre patienten behöver mer tid på sig att utföra olika uppgifter som att lösa problem eller ta till sig komplex information. Det sociala åldrandet innefattar hur människans identitet och sociala roller förändras i takt med ålderdomen och hur människan går igenom olika faser i livet som att bli pensionär, att få barnbarn, att bli ensam eller att bli sjuk, som alla kan påverka det sociala åldrandet. Vid samtal och undersökningar är det viktigt att ge extra tid för att den äldre patienten dels ska kunna uttrycka sig och dels för att ta till sig informationen som den äldre förmedlar. Detta då nedsatt syn, hörsel eller kognitiv svikt kan försvåra utbytet av information (Dehlin & Rundgren, 2014; Dyrstad, Testad & Storm, 2015).

## Den geriatriska patienten

Geriatrisk är den specialitet som fokuserar på åldrandets sjukdomar och omfattar såväl diagnostik, behandling som rehabilitering (Dehlin & Rundgren, 2014). Enligt WHO (2015) finns ingen typisk äldre person, utan en äldre person > 80 år kan inneha lika god hälsa som en ung person i 20-års ålder och på samma sätt kan en person lida av såväl fysiska som psykiska sjukdomar redan i en betydligt lägre ålder. Enligt Dehlin & Rundgren (2014), Marengoni, Winblad, Karp & Fratiglioni (2008) samt Wisten et al., (2013) så kännetecknas äldre patienter av att de ofta har en multisjuklighet, dvs. två eller fler kroniska sjukdomar samtidigt. Men även att de ofta har polyfarmaci (samtidig användning av flertalet läkemedel), symtom och tecken som är svåra att tyda, bristande sociala insatser, atypiska sjukdomstecken, ett stort behov av mobilisering, att en försämring snabbt kan uppstå vid otillräcklig diagnos och behandling samt en bristande reservkapacitet att klara av även små problem som uppstår (Dehlin & Rundgren, 2014; Wisten et al., 2013).

Enligt Marengoni et al., (2008) så förväntas kroniska sjukdomar bli ett allt vanligare problem hos de äldre i takt med att den åldrande befolkningen ökar och där hög ålder, det kvinnliga könet samt lågutbildade äldre patienter associeras med en högre multisjuklighet.

Hjärtsjukdomar och olika psykiska tillstånd är de vanligaste kroniska sjukdomarna hos äldre där den högsta andelen av psykisk ohälsa förekommer hos de allra äldsta av de äldre patienterna  $\geq 85$  år. Hög ålder, kroniska sjukdomar och multisjuklighet betyder inte nödvändigtvis att den äldre patienten lider av funktionsnedsättningar och handikapp vilket även Santoni et al., (2015) bekräftar. I deras studie framgår att den största andelen äldre patienter fram till 80 års ålder inte har några besvär av funktionsnedsättningar men att besvären blir betydligt vanligare med stigande ålder och där en markant skillnad kan ses efter 90 års ålder.

Den äldre patienten har ofta flera kroniska sjukdomar samtidigt eller en akut sjukdom som uppstått på grund av en redan befintlig kronisk sjukdom vilket kan göra diagnosticeringen svår (Dehlin & Rundgren, 2014; Dyrstad et al., 2015; Kirkevold et al., 2010; Marengoni et al., 2011; Marengoni et al., 2008). Även atypiska sjukdomstecken hos den äldre är en stor del i utredningen och även en risk för att fel behandling sätts in då förekomst av bakterier inte behöver visa sig i form av feber utan istället kan mynna ut i en konfusion eller nedsatt aptit (Dehlin & Rundgren, 2014; Kirkevold et al., 2010). Enligt Dehlin & Rundgren (2014), Dyrstad et al., (2015) samt Kirkevold et al., (2010) så kan utöver detta en komplex social situation hos den äldre patienten försvåra utredningen, behandlingen och mobiliseringen, då den äldre kan ha svårigheter att uttrycka sina besvär, svara på frågor samt ta till sig information på grund av medicinska sjukdomar och funktionsnedsättningar i form av kognitiv svikt samt syn- och hörselnedsättningar. Brist på ett socialt stöd kan även vara avgörande för ifall den äldre patienten klarar av sin rehabilitering eller läkemedelshantering på hemmaplan (Bircher, 2005; Kirkevold et al., 2010).

Enligt Socialstyrelsen (2014) är de viktigaste faktorerna för sjukhusinläggningar vad gäller äldre patienter hög ålder, kön, polyfarmaci, nedsatt njurfunktion, depressioner, nyinsatta läkemedel, uthämtning av läkemedel från olika apotek samt ett nyligt besök på akutmottagningen. Enligt Dehlin & Rundgren (2014) är även faktorer som ett nyligt bostadsbyte, förlusten av en nära anhörig samt funktionsnedsättningar vanliga riskfaktorer. Enligt SBU (2013) är sköra äldre, dvs. äldre med flera funktionsnedsättningar, hög ålder, multisjuklighet och flertalet sjukdomar, en grupp som har en större risk för att bli inlagda på



sjukhuset och att avlida i förtid. Skörheten bottnar i en minskad kapacitet att klara av svåra händelser relaterat till redan nedsatta kroppsfunktioner där den äldre inte klarar av ytterligare påfrestningar som en akut skada eller sjukdom.

## Äldres hälsa och ohälsa

WHO (1946) definierar ”hälsa som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom och handikapp”. Hälsa är ett positivt tillstånd som omfattar hela individen i förhållande till dennes situation. Enligt Bircher (2005) är hälsa ett föränderligt tillstånd av välbefinnande där såväl fysiska, psykiska som sociala aspekter spelar en avgörande roll. Detta innebär inte att alla människor upplever hälsa på samma sätt utan hälsan är beroende av vår kultur, vår ålder och det egna personliga ansvaret. Alla människor har en kontroll över sina liv och sin framtid där människan självständigt kan ta beslut om sin hälsa men trots detta passerar människan genom olika stadier i livet som påverkar graden av hälsa. Sjukdomar, skador och behov av vård och läkemedel tvingar människan att söka hjälp för att skydda sin framtid där vår kultur, bakgrund, genetik, tidigare hälsa och erfarenheter av hälsan är avgörande för hur hindren på vägen bemästras samt för graden av hälsa som uppnås. Inom begreppet hälsa måste därför såväl människans bakgrund som framtid tas i beaktande. Cassel (1976) menar att när människor svarar på frågan om vad ohälsa betyder för dem så svarar dem att inte vara frisk. När människan upplever att de kan göra allt det som de önskar göra så finns hälsa, när människan däremot inte kan göra sådant som är brukligt så innebär det ohälsa. Med det kan människan ha en diagnosticerad sjukdom och ändå inte ha ohälsa, som t.ex. vid hjärtsvikt. På samma sätt kan det vara åt andra hållet, att människan har ohälsa trots att ingen sjukdom föreligger.

## Delaktighet och självbestämmande

Enligt Nationalencyklopedin kan delaktighet definieras som att ha en aktiv medverkan, att vara till nytta samt ha medinflytande (”Delaktighet”, 2015). Delaktighet är en laglig rättighet då den äldre patienten har rätt att själv bestämma och planera sin personliga vård (SFS 1982:763; SFS 2014:821; Socialstyrelsen, 2015). Enligt Bircher (2005) samt Cahill (1996) ökar ansvarskänslan och känslan av att ha kontroll över sin situation och sitt liv vid delaktighet. Enligt Cahill (1996) omfattar begreppet delaktighet att delta i något, att vara aktivt involverad i en speciell aktivitet, händelse, åtgärd eller beslut vilket kan ske tillsammans med andra människor. Inom sjukvården innebär delaktighet att inneha kunskap om sin hälsa och ohälsa samt att veta sina rättigheter. En aktiv och välgörande process där patienten involveras i den egna vården från inskrivning på sjukhus till utskrivning, vilket ökar självförtroendet, minskar känslan av utanförskap, ökar trovärdigheten för vården samt ökar patientens livskvalité (Cahill, 1996).

Med självbestämmande menas att patienten själv har rätten att bestämma över sitt liv och handlingar vilket innebär att varje individ har rätt att få veta om risker som finns vad gäller sjukdomar och behandlingar men även risker som kan uppstå om patienten väljer att avstå från behandling (SFS 2014:821; Smer, u.å.). För att vara delaktig så måste patienten vara väl informerad om sitt hälsotillstånd, val av undersökningar och behandlingar samt varför just dessa behandlingar är att föredra (SFS 1982:763; SFS 2014:821; Socialstyrelsen, 2015). Detta innebär att patienten har rätt till information om vilka behandlingsalternativ som finns, om

risker finns, om komplikationer kan uppstå, vilken eftervård patienten behöver samt även prevention att förhindra nya sjukdomar samt skador i framtiden. När patienten fått all nödvändig information så är det upp till patienten att tacka ja eller nej till den föreslagna behandlingen. Information, delaktighet samt samtycke är en del av patientlagen och här framgår att även patientens anhöriga har möjlighet att delta i planeringen och genomförandet av vården i den mån det är möjligt och utifrån patientens egna önskemål (SFS 2014:821).

Alla äldre patienter vill inte vara delaktiga i sin vård, utan känner sig trygga med att sjuksköterskan eller läkaren bestämmer åt dem och därefter ger dem goda råd (Cahill, 1996; Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2008; Kirkevold et al., 2010). Situationer finns även där den äldre patienten är begränsad i sin delaktig relaterat till demensdiagnoser eller på grund av en akut händelse där patienten inte kan redogöra för sin sak. Delaktighet kan även vara att avsäga sig vård eller andra insatser genom att patienten visar att de inte vill äta och dricka längre. Delaktighet inom vården berör även områden där den äldre patientens funktionsförmåga har en stor betydelse på hur självständig patienten kan vara och på så sätt uppnå delaktighet (Ernst Bravell, 2013). Funktionsnedsättningar, ålder, svårigheter att förflytta sig, multisjuklighet, biverkningar från läkemedel, balanssvårigheter samt kognitiv svikt vara hinder på vägen för att uppnå delaktighet vilket bör tas i beaktande. För att äldre patienter med funktionsnedsättningar i olika grad ska få rätt bemötande behövs således kunskap hos sjuksköterskan om funktionsnedsättningens konsekvenser för att kunna informera patienten samt även planera och genomföra vården på den äldres villkor (Socialstyrelsen, 2015). Information ska ges på ett tydligt och kortfattat sätt utifrån patientens förmåga att förstå informationen och behövs hjälpmedel för att delge informationen, ska dessa användas. Kompletterande följdfrågor kan ställas för att se om patienten förstått information som hon eller han fått. Här är även viktigt att läsa av kroppsspråket för att inte missa något som den äldre patienten inte kan uttrycka med ord.

Även sjukvårdspersonalens attityder gentemot patienterna har en påverkan på hur intresserad eller villig patienten är att vara delaktig i informationsutbytet vad gäller sin egen vård (Flink, Öhlén, Hansagi, Barach & Olsson, 2012). Patienter med positiva erfarenheter från sjukvården visar mer tillit till vårdpersonalen och delar därmed med sig mer av sina egna erfarenheter jämfört med patienter med dåliga erfarenheter. Men även tidsbrist leder till bristande delaktighet då patienter ibland anser att de behöver vänta alltför länge på vård när de besöker akutmottagningen och därmed åker hem igen utan att ha tagit emot vården de behöver.

## Teoretisk referensram

I denna studie har den personcentrerade vården använts som en referensram där livsberättelsen ligger till grund för och genomsyrar de beslut som fattas för att vården ska vara på den äldre patientens villkor (McCormack, 2004; McCormack & McCance, 2010). Inom den personcentrerade vården är det en förutsättning med samtal och att lyssna till den äldre personens önsknings, erfarenheter och mål för att kunna synliggöra behov och identifiera vad personen vill åstadkomma med sitt liv och därmed även med sin personliga vård.

## Personcentrerad vård

Det centrala inom personcentrerad omvårdnad är att bjuda in patienten att vara delaktig i sin egen vård genom att synliggöra personen bakom symtomen och sjukdomen och bekräfta

dennes tankar, farhågor, önsknings och upplevelser (Edvardsson, 2010). Den filosofiska grunden för den personcentrerade vården är personalismen där personens livsvärldsperspektiv sätts i fokus (Edberg et al., 2013; McCormack & McCance, 2006). Baserat på livsberättelsen och tillsammans med patienten och dennes närstående upprättar sjuksköterskan en individuell vårdplan som är anpassad utifrån patientens egna önskemål (Edberg et al., 2013). Att se den verkliga personen bakom åldrande och sjukdomar och att bekräfta att personen är i centrum vilket innebär att sjuksköterskan måste lära känna personen för att kunna ta del av dennes önsknings och behov (Edvardsson, 2010).

Personcentrerad vård utgörs av fyra koncept, att vara i en relation, att vara i en social värld, att känna sig själv och att vara på plats (McCormack, 2004; McCormack & McCance, 2010). Relationen mellan patienten och vårdaren är nyckeln till en lyckad vård och sjuksköterskan måste ta sig tid att lära känna patienten i dennes miljö och sammanhang, kontext, såväl socialt som kulturellt. Livsberättelsen är själva kärnan inom den personcentrerade vården för att kunna lära känna patienten och skapa en relation (Edberg et al., 2013; Graubæk, 2012; McCormack, 2004). Inom akutsjukvården är oftast stressen hos vårdpersonalen hög, patientomsättningen stor med snabba in- och utskrivningar, samt svårt sjuka patienter som ibland inte kan redogöra för sig själv och sitt mående. Här finns oftast lite tid eller ingen tid alls till att ta tillvara livsberättelsen och sjuksköterskan måste därför hitta andra vägar för att kunna ta tillvara patientens historia, mål med hälsan och livet för att kunna bjuda in patienten att vara delaktig i den egna vården. Här gäller det för sjuksköterskan att snabbt skapa en miljö av förtroende, en god vårdrelation, för att kunna kliva in i patientens livsvärld och få en uppfattning om personen bakom symtomen och ohälsan (Ernst Bravell, 2013).

Genom en noggrann anamnes kan sjuksköterskor och läkare inom akutsjukvården, inte få en livsberättelse, men väl en detaljerad berättelse om vem patienten framför dem är och vilka önskemål som finns kring vård och behandling (Edberg et al., 2013). Här är även anhöriga en viktig informationskälla. Inom akutsjukvården blir patienten delaktig i en större social värld där patienten med sina egenskaper kan påverka andra människor genom att självständigt välja behandlingsstrategi, men även påverkas av andra genom att lyssna till goda råd som sjuksköterskor och läkare ger (McCormack, 2004; McCormack & McCance, 2010). När den äldre patienten känner sig själv och är medveten om sina åsikter och värderingar så kan sjuksköterskan hjälpa patienten att hitta en mening med vården även inom den hektiska vårdmiljön på akutmottagningen. Slutligen även att vara på plats, då miljön där omvårdnaden tar plats är viktig för att patienten ska ha de rätta förutsättningarna för att lyckas. Detta kan innebära att anpassa informationen utifrån den äldre patientens funktionsnedsättningar då en störande miljö med överbelagda väntrum och korridorer, alarm som ringer, apparater som blinkar och tjueter och vårdpersonal i rörelse kan leda till att den äldre patienten inte kan ta till sig livsavgörande information.

## Tidigare forskning

Tidigare forskning visar att sjuksköterskor inom akutsjukvården generellt sett inte arbetar personcentrerat och utifrån den äldre patientens intressen och önsknings, att de ibland känner sig osäkra på sina beslut om begränsningsåtgärder och att de inte har tid att utvärdera besluten som tas och dess resultat (Goethals et al., 2012). Studier visar även att såväl läkare som sjuksköterskor ofta fattar beslut som många gånger inte överensstämmer med den äldres vilja

och önskemål. Beslut som direkt men även på sikt kan leda till ytterligare konsekvenser samt lidande för den äldre patienten (Richter et al., 2002).

Äldre patienter intar ofta en passiv roll när de blir inskrivna på sjukhus och överlåter därmed beslutsfattandet om vård och behandlingar till vårdpersonalen vilket antas bero på bristande information, bristande delaktighet samt en vård som inte är personcentrerad (Jewell, 1996). Kirkevold et al., (2010) menar att alla äldre inte önskar att vara delaktiga i sin vård då de känner sig trygga i att sjuksköterskor och läkare tar de avgörande besluten och därefter ger råd om hur behandlingar ska fortgå. I en studie av Harrefors et al., (2009) framkom hur viktigt det är att personalen som vårdar är erfarna och kompetenta och att de kan se varje enskild individs behov. Vidare framkom även en stor önskan att få behålla sin personlighet och få behålla sin värdighet och att bli behandlad som en unik person oavsett sjukdomar, mental hälsa eller den sociala situationen. Ett tydligt hot för informanterna i denna studie visade sig även vara att inte kunna uttrycka sina behov vad gäller vård och stöd till främlingar som inte känner till deras person och deras livsberättelse. Enligt Goethals et al., (2012) samt Richter et al., (2002) så uttrycker läkare och sjuksköterskor själva att brister existerar kring den personcentrerade omvårdnaden.

Studier om vårdpersonalens attityder gentemot äldre patienter visar att de ofta stigmatiseras och särbehandlas vilket ger bristande förutsättningar för den äldre patienten att vara delaktig i den egna vården då såväl helhetsbilden som kunskapen om den äldre patienten brister (Hanson, 2014). Bilden som sjuksköterskorna har vad gäller den äldre patienten kan även avslöjas genom hur sjuksköterskan kommunicerar med de äldre vilket t.ex. kan vara på ett nedlåtande och ”barnligt språk”. Kommunikationen och sjuksköterskans syn på den äldre påverkar hur mycket patienten kommer att bjudas in att vara delaktig i sin egen vård och även hur kapabel den äldre patienten anses vara att fatta självständiga beslut kring sin person (Hanson, 2014). Även WHO (2015) betonar hur attityder gentemot äldre patienter förekommer då de oftast anses vara sköra och i en beroende position, samt även en börda för samhället. Attityder, som kan leda till diskriminering och hindra den äldre patienten från ett hälsosamt åldrande.

Polyfarmaci är vanligt förekommande hos de äldre patienterna vilket är en stor riskfaktor för att drabbas av ytterligare lidande, dels på grund av användande av onödiga läkemedel där indikation för medicinering saknas men även med tanke på skador som den äldre kan ådra sig till följd av läkemedelsbiverkningar (Richter et al., 2002). Trots att äldre ofta övermedicineras med onödiga eller olämpliga läkemedel så är de även en patientgrupp som inte behandlas likvärdigt som andra akut sjuka patienter där till exempel analgetika inte administreras i samma utsträckning som till andra patienter med akut smärta (Dodd et al., 2000).

## Problemformulering

Det finns forskning som visar på brister i äldre patienters delaktighet i beslut rörande egen vård och behandling. Denna forskning bygger i de allra flesta fall på intervjuer och observationer av vårdpersonal eller genomgång av läkemedelsjournaler och visar inte hur de äldre patienterna själva upplever delaktighet kring den egna vården. Anledningarna till dessa brister är flera, såsom bristande rutiner, okunskap hos vårdpersonalen, hög arbetsbelastning samt att den äldre patienten inte inbjuds att medverka och därigenom få möjlighet att påverka sin egen vård. Felaktiga beslut tas eller fattas inte alls och som en följd av detta blir äldre patienter ofta utsatta för felbehandlingar samt att de även är en utsatt grupp som särbehandlas

och inte får behandlingar i samma utsträckning som andra patienter. Idag vet vi fortfarande mycket lite om hur äldre patienter själva upplever delaktighet i beslut som tas kring den egna vården. För att kunna synliggöra den äldres kunskaper och erfarenheter så måste sjuksköterskan vara genuint intresserad och ta sig tid till att sätta sig ner och lyssna till den äldre patienten livsberättelse.

## **Syfte**

Syftet med den här studien är att öka förståelsen för äldre patienters (>75 år) upplevelser av att vårdas på akut- och olycksfallsmottagningar med fokus på erfarenheter av delaktighet i beslut som tas kring den egna vården.

## Metod

Den här studien hade en kvalitativ fenomenologisk hermeneutisk design baserad på sex intervjuer med äldre personer > 75 år. Eftersom uppsatsens syfte var att söka förståelse för äldre patienters upplevelse av att vårdas på akut- och olycksfallsmottagningar med fokus på erfarenheter av delaktighet i beslut som tas kring den egna vården så har vi använt oss av kvalitativa djupintervjuer med fenomenologisk hermeneutisk ansats som hjälp i analysen (Kvale & Brinkmann, 2014; Lindseth & Norberg, 2004; Polit & Beck, 2011).

## Fenomenologi

En fenomenologisk undersökning syftar till att identifiera samt få en djupare förståelse av ett fenomen (Fejes & Thornberg, 2014; Kvale & Brinkmann, 2014; Lindseth & Norberg, 2004; Polit & Beck, 2011). Livsvärlden är ett centralt begrepp inom fenomenologin och meningen är just att få en djupare kunskap kring världen som patienten befinner sig i för att kunna förstå och förklara fenomenet (Lindseth & Norberg, 2004). Datainsamling vid fenomenologiska undersökningar sker vanligast genom djupintervjuer av en mindre grupp informanter och enligt Polit & Beck (2011) är 10 informanter eller färre ett lämpligt antal. Samtliga informanter måste ha upplevt fenomenet samt ha förmågan att verbalt uttrycka sina levda erfarenheter kring fenomenet. Genom intervjuerna hjälper forskarna informanterna att berätta så utförligt som möjligt om det aktuella fenomenet utan att styra diskussionen (Henricson, 2012). För att kunna tolka upplevelsen av ett fenomen måste därefter berättelsen skrivas ned (Lindseth & Norberg, 2004). Vid analys är det viktigt att samtliga delar av fenomenet lyfts fram, både det som visar sig men även det som inte syns. Vid fenomenologiska studier är det informanternas erfarenheter som ska formuleras i ord och därför är det viktigt att forskaren ger utrymme samt tid till informanten att reflektera över sina upplevelser (SBU, 2014).

## Hermeneutik

Hermeneutik handlar om att tolka och förstå informanternas egna upplevelser av olika fenomen (Fejes & Thornberg, 2014; Henricson, 2012; Polit & Beck, 2011; Ödman, 2007). Det empiriska datamaterialet utgörs i de allra flesta fall av en text. Antalet berättelser är inte det viktiga inom hermeneutiken utan det är själva innebörden i texten som räknas. Inom hermeneutiken är samtalet mellan personer och texten som tillhandahålls en central utgångspunkt, där förkunskapen hos den som tolkar texten ska synliggöra en ömsesidig och ärlig förståelse utifrån personens berättelse. Målet med hermeneutik är att förstå meningen och samtidigt bilda sig en uppfattning om vad texten verkligen uttrycker. Hermeneutiken handlar om tolkning, förståelse och att förmedla vad texten handlar om och i vilket sammanhang den skapats för att på så sätt ge en ökad kunskap om olika handlingar och känsloreaktioner som uppstår hos människan. Inom hermeneutiken finns några centrala begrepp, förförståelse, mening, betydelse samt tolkning (Henricson, 2012; Ödman, 2007). Genom tidigare erfarenheter, antaganden och kunskap skapas en förförståelse som utgör en grund för hur vi ser på världen. Förförståelsen kan vara såväl ett hinder beroende på olika fördomar vi bär med oss samt att den även kan vara en möjlighet beroende på tidigare positiva erfarenheter. Hermeneutiken består även av ”mening” som uppstår mellan vår förförståelse och den nya förståelsen när nya fakta eller händelser tolkats, upplevs och synliggörs. När mening uppstår kan betydelsen skönjas om vad detta betyder för denna person. Genom

tolkningen granskas därefter betydelsen för att testa och förstå vad det innebär, denna kan såväl utvecklas som förkastas.

## Hermeneutisk cirkel

Förförståelsen som människan bär med sig är själva startpunkten för att komma fram till ny kunskap, en ny förståelse (Henricson, 2012). När människan försöker tolka och förstå så utförs detta till en början osystematiskt då helhetsbilden saknas (Kvale & Brinkmann, 2014; Ödman, 2007). En uppfattning skapas och detta genom att koppla ihop små helheter, erfarenheter och berättelser, som alla är en del av ett ännu större sammanhang (Henricson, 2012; Kvale & Brinkmann, 2014; Ödman, 2007). När alla berättelser eller delar lyfts fram i ett möte och granskas från samtliga håll så kan en ny förståelse uppnås. Tolkningarna som skapas kan sedan på nytt genomgå samma process där förståelsen ständigt förändras, dvs. den hermeneutiska cirkeln. Inom den hermeneutiska cirkeln så förflyttas tolkningen och förståelsen från del till helhet och även från helhet till del, där själva kontexten är avgörande för hur fakta tolkas. Alla små delar är lika viktiga för att en helhet, en ny förståelse, ska kunna synliggöras. På samma sätt skapas nya förståelser i ett samspel genom hela livet. Den hermeneutiska cirkeln kallas även för den hermeneutiska spiralen då cirkeln anses vara statisk och slutet och att förståelsen kan gå runt i cirkel (Ödman, 2007). Spiralen som däremot är öppen visar mer på att förståelsen på nytt kan förändras i takt med att ny kunskap erhålls.

## Studiedeltagare och kontext

I den här studien användes ett strategiskt urval (Polit & Beck, 2011) för att säkerställa att de äldre personer som tillfrågades om deltagande var över 75 år och hade sökt akut- och olycksfallsmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhus i Göteborg minst en gång under november 2015 på grund av en medicinsk åkomma, dvs. hjärtsvikt, astma, KOL, infektioner, UVI (urinvägsinfektion), urosepsis och bosatta i Göteborgs område, dvs. Göteborg, Mölndal och Partille. En förutsättning att delta i den här studien var att den äldre personen kunde medverka i en intervju, förstå och tala svenska och därför exkluderades äldre personer med demensdiagnos, språksvårigheter som krävde tolk och talsvårigheter så som afasi. Vi valde även att exkludera patienter som sökt akut- och olycksfallsmottagningen relaterat till en kirurgisk åkomma samt äldre personer med avancerad hemsjukvård eller bosatta inom ett särskilt boende.

Verksamhetschefen på akut- och olycksfallsmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhus kontaktades per telefon samt e-post (se bilaga 1) och informerades om syftet med studien och hur urvalet av patienter skulle gå tillväga. Även ett personligt besök genomfördes. När verksamhetschefen gett sitt samtycke till studien utfördes ett strategiskt urval och totalt 30 äldre personer uppfyllde ovanstående kriterier. Ett brev skickades ut till de tio första personerna på listan, fem kvinnor samt fem män, innehållandes forskningspersonsinformation (se bilaga 2) med en kort beskrivning av studiens syfte samt även blankett för samtycke (se bilaga 3) till studien. Breven följdes upp med ett telefonsamtal en och en halv vecka efter utskicken med frågan om ett intresse att delta i studien fanns. Av totalt tio personer gav tre personer sitt samtycke till att delta i studien, två kvinnor samt en man. De som avstod från att delta i studien uppgav en alltför bristande hälsa (4), resor (1), personliga skäl (1) och en person ville inte delta då hans fru var alltför sjuk. Med tanke på den låga andelen informanter



gjordes därför ytterligare ett utskick av brev till tio äldre personer, sju kvinnor samt tre män, som följdes upp med ett telefonsamtal efter en och en halv vecka. Av dessa tio personer gav ytterligare tre personer sitt samtycke till att delta i studien, varav två var kvinnor och en man. De som avstod från att delta uppgav även här en bristande hälsa (3) samt tidsbrist på grund av flytt (1). En informant svarade inte i telefon, en ville hellre utföra intervjun per telefon och en uppgav att intervjun blir för lång och avstod därför från att delta. Det undertecknade samtyckesformuläret inhämtades i samband med intervjutillfället.

I tabell 1 ses en sammanställning över de inkluderade informanterna i studien. Samtliga informanter vårdades endast inom akut- och olycksfallsmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och skrevs ut mindre än 24 timmar från inskrivning.

**Tabell 1.** Sammanställning inkluderade informanter i studien.

	<b>Inkluderade informanter</b>
<b>Informanter</b>	6
Kvinnor	4
Män	2
<b>Medelålder</b>	81
<b>Inskrivningsorsak</b>	
- Dyspné	1
- Bröstsmärta	3
- Infektion	1
- Synkope	1
<b>Hälsohistoria</b>	
- Hjärtinfarkt/hjärtsvikt	2
- Hypertoni	3
- Morbus Chron	1
- Gikt	1
- Förmaksflimmer	3
- Cancersjukdomar	1
- Prostatabesvär	1
- Gallproblem	1

## Datainsamling

Totalt sex stycken informanter, fyra kvinnor samt två män, fick berätta om sina erfarenheter av delaktighet via semi-strukturerade individuella intervjuer i sina hem i en lugn omgivning utan störande moment (Polit & Beck, 2011). Vid intervjun användes en intervjuguide med ett antal frågor, såväl öppna som slutna, som ansågs centrala för att fånga in så många olika aspekter av deras upplevelser som möjligt utan att styra intervjun och hindra informanterna att fritt berätta om sina upplevelser (se bilaga 4). Intervjuns inledande fråga var: *”Du har ju varit inneliggande på akuten rätt nyligen? Kan du berätta för mig hur det gick till när du hamnade där?”* Intervjuguiden användes som ett stöd genom samtliga intervjuer. Utöver detta ställdes även ett antal utforskande följdfrågor utifrån vad informanten gett för svar på frågan som

ställt. Till exempel, 'kan du ge något exempel på hur man som äldre patient bemöts annorlunda? 'Detta för att synliggöra detaljer som uppdragats under samtalets gång. De sex intervjuerna varade mellan 29 till 49 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades därefter ut ordagrant (Polit & Beck, 2011). De transkriberade intervjuerna kodades med en siffra för att inte några personuppgifter skulle finnas tillgängliga. Transkriberingen av intervjuerna utfördes samma dag eller senast dagen efter intervjutillfället.

## Studiens avgränsning

Intervjuerna var omfattande och innehöll berättelser om delaktighet och erfarenheter av vård i största allmänhet. Vi har därför valt att identifiera de stycken, meningsbärande enheter som på ett direkt sätt kan kopplas samman med informanternas besök på akut- och olycksfallsmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhus under november 2015.

## Analys

Analysen bestod av tre steg, naiv läsning, strukturerad analys samt tolkning av helheten (Lindseth & Norberg, 2004). Den naiva läsningen syftade till att få en djupare förståelse om den nedskrivna intervjutextens innehåll och för att få en helhetsbild om livsvärlden som informanten befann sig i. I det här steget av analysen fick berättelserna tala sitt språk och beröra författarna utan att några specifika frågor ställdes.

Det andra steget innebar en strukturerad analys av informanternas berättelser för att identifiera samt formulera liknande teman genom meningsbärande enheter som ansågs svara mot studiens syfte samt frågorna som ställts till informanterna (Kvale & Brinkmann, 2014; Lindseth & Norberg, 2004). De meningsbärande enheterna var allt från en del av en mening till ett helt stycke bestående av flera meningar (Lindseth & Norberg, 2004). Varje meningsbärande enhet som lyftes fram i studien analyserades genom att sätta den personliga förförståelsen åt sidan i den mån det var möjligt för att kunna förstå meningen med texten och lyfta fram budskapet bakom orden. De meningsbärande enheterna jämfördes av författarna och diskuterades igenom noggrant för att undvika eventuella oklarheter då alla människor bär på olika förförståelse, förutfattade meningar samt fördomar.

Den fortsatta analysen av materialet utfördes gemensamt. De meningsbärande enheterna sparades i ett nytt dokument för vidare analys där de kondenserades ytterligare för att få fram själva kärnan i texten. Vid kondenseringen bevarades innehållet i enheten intakt, men onödiga ord samt upprepningar sorterades bort. Genom kondenseringen framträdde olika teman som synliggjordes i flera eller samtliga berättelser. De kondenserade meningsbärande enheterna samt de teman som synliggjorts lästes igenom flertalet gånger och reflekterades mot studiens syfte. En första tolkning av texten utfördes och författarna ställde sig frågan 'vad är det informanterna vill säga?'. Fokus riktades på att synliggöra vad informanterna själva ansåg vara viktigt och vad som berörde dem (Fejes & Thornberg, 2014) och ifall det fanns händelser eller frågor i intervjun som informanterna värjde sig mot eller helt tog avstånd till. Även likheter och skillnader i informanternas berättelser lyftes fram. Informationen som erhöles sorterades in i ytterligare subteman som framkommit genom tolkning av texten. Samtliga teman samt subteman sammanställdes i ett flödesschema för att få en överskådlig bild av helheten.

Analysen fortskred genom att sammanfatta detaljerna som framkommit ur datamaterialet för att kunna lyfta fram bärande enheter och antaganden ur informanternas berättelser. Detta för att skapa en djupare förståelse för vad informanterna ville uttrycka genom sina berättelser om hur de upplevde fenomenet. Genom analysen användes den hermeneutiska spiralen för att på så sätt förflytta sig fram och tillbaka mellan delar av texten och textens helhet, samt mellan texten och det sammanhang som texten är skriven i (Henricson, 2012; Kvale & Brinkmann, 2014; Ödman, 2007). Genom att pendla mellan delar och helhet i en ständig rörelse kunde en djupare förståelse uppnås över textens innebörd och vad informanterna egentligen sa. Tolkningen kopplades slutligen samman med författarnas egen förförståelse och genom denna tolkning skapades en helhet som delades in i tre övergripande teman samt åtta subteman.

## Etiska överväganden

Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden ”att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande”. (2012, s.3). Dessa områden innefattar bland annat att alla har rätt att bli bemött med värdighet och respekt oavsett hudfärg, ålder, kön, tro, funktionsnedsättningar eller sjukdomar. Detta gäller även rätten till liv och egna val där ”sjuksköterskan ansvarar för att patienter/enskilda personer får korrekt, tillräcklig och lämplig information på ett kulturellt anpassat sätt, som grund för samtycke till vård och behandling”. (2012, s.4).

Omvårdnadsforskningen omfattas av fyra grundläggande etiska principer, principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada samt principen om rättvisa (Sykepleiernas Samarbeid i Norden, SSN, (2003). Detta innebär att informanternas självbestämmande, värdighet och integritet ska bevaras, att alla individer ska behandlas lika, att svaga gruppen som exempelvis dementa personer ska skyddas och att tvång inte får användas. Forskningen ska leda till ny kunskap och inte bara vara till gagn för forskaren utan ska även komma informanterna till nytta ute i samhället.

Omvårdnadsforskning ska även uppfylla informationskravet, krav på samtycke, krav på konfidentialitet samt krav på informantens säkerhet (SSN, 2003). Informationskravet som bland annat omfattar att information som förmedlas ska ges på ett lättförståeligt språk om vad forskningen syftar till, vilka tillvägagångssätt som används, eventuella risker som finns och vem som har ansvaret för forskningen. Samtyckeskrav, där information endast får inhämtas om personen gett sitt samtycke till detta och att informanten när som helst kan avbryta studien. Med konfidentialitet där forskaren ska kunna garantera att ingen utomstående ska kunna ta del av informationen samt hur informationsmaterialet kommer att förvaras samt även krav på informantens säkerhet där forskaren har ett ansvar att vid behov avbryta studien om informanten på något sätt upplever obehag.

## Forskningspersonsinformation samt samtycke

Enligt lagen ska varje informant i en studie lämna ett informerat samtycke (SFS 2003:460). Samtycket innebär att informanten fått ta del av information, såväl muntlig som skriftlig, kring syftet med studien och vad studien innebär för informanten. Samtycket innebär även att informanten fått möjlighet att ställa frågor till forskarna. Forskningspersonsinformationen som skickats ut till de patienter som avsetts att studeras är skriven på ett lättläst samt kortfattat språk för att den äldre patienten ska kunna ta till sig informationen på rätt sätt då äldre ofta har såväl syn- som hörselnedsättningar (Kirkevold et al., 2010). För att känna trygghet har även intervjuerna valts att utföras på en tidpunkt som är bäst lämpad för patienten i dennes hemmiljö (Lindholm, Nieminen, Mäkelä och Rantanen-Siljamäki, 2006). I forskningspersonsinformationen ges information att det skriftliga materialet kommer att kodas med en siffra och att inga personuppgifter därmed kommer finnas synliga tillsammans med informationen som informanten lämnat ut. Även att det slutgiltiga resultatet kommer presenteras i ett skriftligt arbete där inga personuppgifter kommer finnas synliga. Här framgår även att det inspelade- och skriftliga materialet endast kommer att användas i denna studie och att såväl inspelade ljudfiler som nedskrivet material kommer att förvaras inlåsta för att ingen obehörig ska kunna ta del av materialet och att det kommer raderas när studien är avslutad. Vidare framgår även att informanten när som helst kan välja att avbryta studien utan att behöva uppge någon orsak och att det inte på något sätt kommer påverka informanten vid

framtida vårdbesök. För informanterna innebär studien ingen risk för hälsan, vilket även framgår i forskningspersonsinformation.

Ingen etikprövning är utförd då detta inte är nödvändigt för att inhämta ny kunskap inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå (Cöster, 2014; SFS 2003:460).

## Risker med studien

Risken att tillfrågade patienter som på grund av kognitiv svikt inte själva är förmögna att fatta ett informerat beslut om deltagande i studien har minimerats genom att dels exkludera de patienter som har en känd demensdiagnos och dels att låta samtliga patienter övergripande återberätta studiens syfte och genomförande i samband med inhämtande av informerat samtycke för att på så sätt garantera att han eller hon förstått innebörden av informationen. De patienter som inte kan återberätta studiens syfte och genomförande exkluderas. Risken att patienterna känner sig tvingade att delta i studien har minimerats genom att informera dem om att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas utan anledning.

Risken att patienterna upplever att de inte kan tala öppet om sina erfarenheter av vården på akutmottagningen har minimerats genom att informera den äldre patienten att författarna till den här studien inte arbetar på akutavdelningen samt att ett deltagande i studien, eller ett beslut att inte delta i studien, inte kommer innebära några konsekvenser för patienten vad gäller vård, behandlingar och bemötande inom vården i framtiden. Även att inga personuppgifter kommer lämnas ut som kan kopplas till den äldre patienten.

Risken att resultatet från studien inte återförs till verksamheten genom kvalitetsförbättrande åtgärder har minimerats genom att sammanställa studien i ett skriftligt arbete som berörd akutmottagning kommer att få ta del av.

## Nytta med studien

Nyttan med studien är att kunna synliggöra brister i vården som gäller den äldre patientens delaktighet och beslutsfattande kring den egna vården.

Nyttan med kunskapen från studien är att rätt resurser direkt ska kunna sättas in som stämmer överens med den äldre patientens önskemål. Detta för att undvika onödiga vårdsituationer, biverkningar från läkemedel samt vårdskador. Vilket på sikt gynnar ekonomin på såväl individ- som samhällsnivå.

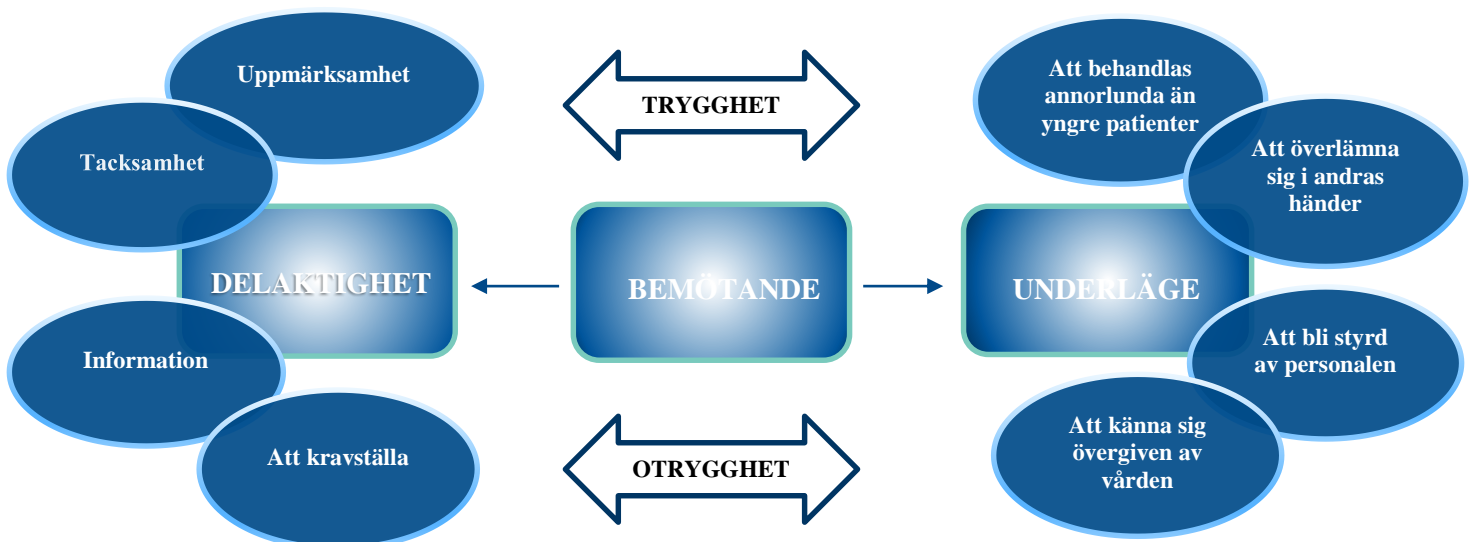
Nyttan är att kunna fördjupa kunskapen och ändra synsättet hos personal inom vården vad gäller att ta tillvara på den äldre patientens önskemål och beslut kring den egna vården.

Nyttan är att kunna synliggöra om sjuksköterskor inom akutsjukvården arbetar utifrån de grundläggande etiska principerna, att respektera de mänskliga rättigheterna, rätten till liv och värdighet samt rätten till att bli behandlad och bemött med respekt.

Nyttan med studien är att kunna synliggöra om vården för äldre patienter > 75 år bedrivs på samma villkor som för övriga patienter.

# Resultat

I intervjuerna berättade informanterna om sina positiva och negativa erfarenheter av delaktighet i beslut som togs kring den egna vården samt deras tankar och funderingar om vård, behandlingar och den personal som de mött i samband med vården på akutmottagningen. Genom analysen framträdde tre övergripande teman samt åtta subteman. De tre teman, bemötande, delaktighet samt underläge genomsyrade samtliga informanternas berättelser där bemötandet var själva grundpelaren för att uppnå såväl delaktighet som att befinna sig i ett underläge. Delaktighet stod här för positiva upplevelsen av vården på akutmottagningen och underläge av negativa upplevelser. De åtta subteman, bestod av tacksamhet, uppmärksamhet, information, att krävställa, att behandlas annorlunda än yngre patienter, att överlämna sig i andras händer, att bli styrd av personalen samt att känna sig övergiven av vården. Genom tolkningen av informanternas berättelser framkom dock en konstant rörelse mellan det positiva och det negativa temat i form av trygghet och otrygghet. Detta i termer av att såväl uppmärksamhet som att överlämna sig i andras händer kan vara en både positiv som negativ upplevelse. Teman samt subteman illustreras i Figur 1.



Figur 1. Modell över teman och subteman.

## Bemötande

Det mest framträdande och grundläggande i informanternas berättelser var bemötandet. Ett bra bemötande visade att informanterna kände sig delaktiga i sin egen vård och ett bristande bemötande ledde till att informanterna kände sig i ett underläge gentemot vården och vårdpersonalen. Ett bra bemötande kännetecknades av att bli uppmärksammas, informerad och att bli inbjuden att delta i den egna vården och att vara en person med erfarenheter, känslor, funderingar och krav och att detta var något positivt. Informanterna upplevde även att ett bra bemötande berodde på ens egen person, på hur man själv är och betar sig: *"Det beror på hur man själv är... är man grinig så klart blir man också grinig tillbaks på så sätt"*. Vid

ett bristande bemötande fanns en upplevelse av att bli behandlad annorlunda jämfört med yngre patienter och att man var rädd att behandlingar och medicineringar kanske inte var optimala bara för att man var äldre och inte vara prioriterad inom vården. Men även känslor av att bli styrd av vårdpersonalen och överlämna sig i andras händer till något okänt som man själv inte valt att medverka till då man befann sig i ett underläge med vårdpersonal som visste bäst. Stress hos vårdpersonalen och väntetid samt känslan av att inte bli sedd och hörd ledde till att informanterna kände sig övergivna av vården.

## Delaktighet

### Uppmärksamhet

Uppmärksamhet handlade om att bli sedd, att bli lyssnad på som en person med tankar, känslor och erfarenhet kring sin egen hälsa som ohälsa och tidigare erfarenheter av vården. Där själva kärnan var att bli inbjuden att delta i samtal och att bli tillfrågad om önskemål kring vård, behandlingar och medicineringar. Ett empatiskt bemötande och kunskap och stöd i att ta viktiga beslut och genom detta att få en känsla av att vara en viktig och jämställd person där de egna personliga värderingarna var lika viktiga som vårdpersonalens. Informanterna upplevde att läkare och sjuksköterskor oftast bemötte dem på ett vänligt och korrekt sätt med empati men att det sällan gavs utrymme till delaktighet i den egna vården. En kvinna berättade hur hon bjöds in att ta beslut kring sin vård:

*”Då sa han att, att antingen så fanns det antingen en medicin eller en behandling. Behandling, jag frågade om det var ballongsprängning och han sa ja, det var det bland annat tyckte jag ha han sa, kanske det finns olika alternativ. Det var fredag eftermiddag och så tänkte jag då kanske man får ligga över lördag och söndag för då händer det inte lika mycket så att jag sa att kanske vi kan prova medicin”.*

Att bjudas in som deltagare i sin egen vård skapade en trygghet hos informanterna som kände sig uppmärksammade och bekräftade då hänsyn togs till de personliga önskemålen. Även anhöriga bjöds in i samtalen vilket upplevdes som positivt. På motsatt sätt skapade bristande uppmärksamhet otrygghet som ledde till känslor av underläge gentemot vården och vårdpersonalen vilket även skapade tankar att man som äldre patient inte prioriterades på samma sätt som en yngre patient. Informanterna upplevde även att deras symtom ibland avfärdades som en engångsföreteelse av läkarna och att de inte skulle tänka mer på det, vilket skapade rädsla och otrygghet då informanterna fick åka hem i ovisshet utan svar på frågan om vad som var orsaken till ohälsan. Vissa av informanterna berättade att de sedan en tid tillbaka haft symtom men att de valt att stanna hemma. När måendet slutligen försämrades och de sökte akuten så avfärdades problemet som något banalt vilket ökade otryggheten samt misstron mot vården. Läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal upplevdes vandra av och an i korridoren på akuten utan att se patienterna och utan att fråga dem hur de mätte eller ifall de behövde något. Detta skapade en känsla av att inte vara viktig som person och att vara osynlig. Samtliga informanter uttryckte att pressen hos vårdpersonalen var stor och att resurserna inom vården var för få. Trots de upplevda personliga bristerna kring bemötande, vård och omsorg samt bristen på uppmärksamhet så uttryckte informanterna att de var imponerade över sjuksköterskornas arbete som de utförde och en beundran över att de orkade vara så trevliga trots arbetstyngden och stressen. Informanterna uttryckte tidsbristen på akuten som en ”löpande band princip” då ingen hänsyn togs till patienternas personliga önskemål

samt hur besvären påverkade patientens vardag, utan allting skedde på rutin vilket skapade en känsla av otrygghet och att vara övergiven. Detta då man inte sågs som en person med ohälsa utan istället som en diagnos bland många andra. En av informanterna berättade hur han upplevde att läkaren på grund av tidsbrist inte lyssnade på honom: *”Inga frågor... Nää... Nää... och de har inte tid med det... känns som att man kommer in på ett löpande band på något sätt”*.

En annan av informanterna uttryckte hur han såg på sin delaktighet inom akutmottagningen:

*”... man är nog mycket mottagare där. Så upplever jag det nog. Jag tror inte jag kan säga att jag upplever mig som delägare på något sätt då utan jag är mer, mer mottagare öh... varsågod och sitt då accepterar man att då har de väl gjort den bedömningen att jag förmår att sitta...”*

## **Tacksamhet**

Tacksamhet handlade om att bli bekräftad som person, en trygghet att bli omhändertagen av vårdpersonalen och att få den vård man var i behov av. Som äldre patient upplevde informanterna att de befann sig i en speciell situation då de på grund av en sviktande hälsa inte alltid orkade vara kritisk och att de därför var tacksam för vården som gavs. Genom en sviktande hälsa så befann sig informanterna i en beroendesituation där de helt enkelt inte orkade eller vågade sätta sig emot vårdpersonalen av rädsla för att bli utan vård. En man berättar: *”Patientens roll är, den är speciell på det viset att man, att man är tacksam på något sätt. Man är inte så kritiskt just då”*.

Informanterna var tacksamma när de blev uppmärksammade och lyssnade på samt när deras problem togs på allvar då de upplevde en känsla av att bli bekräftad som en person som var trovärdig. Men även tacksamhet över att problemet man sökt akuten för inte var av den allvarliga arten och en tacksamhet för att få en bekräftelse på sina farhågor kring vad som kan vara orsaken till ens illabefinnande. Tacksamhet uttrycktes även över de små detaljerna som att bli erbjuden mat och dryck efter många timmars väntan på en hård brits eller när vårdpersonalen tog sig tid och stannade upp för att fråga om det var något som patienten behövde. Informanterna uttryckte en direkt tacksamhet över vården de fått vid akut- och olycksfallsmottagningen trots att de inte alltid upplevde att de var nöjda med bemötandet de fått, med utförda undersökningar samt planerade uppföljningar. Tacksamhet visade sig även när vidare undersökningar och provtagningar planerades efter hemgång då informanten upplevde en trygghet med att inte bli övergiven och lämnad ensam utan de visste att någon följde upp dem på hemmaplan.

## **Information**

Information framkom som en viktig aspekt hos samtliga informanter för att känna delaktighet i den egna vården. Informanterna eftersökte information kring val av vård, medicineringar, vad provsvar och undersökningar visat men även om väntetid som kunde uppstå på akuten. Bristen på information skapade en känsla av otrygghet och övergivenhet, att vara bortglömd. Informanterna som ansåg sig välinformerade upplevde sig delaktiga i vården och även en trygghet i sig själv som person och att de skulle få hjälpen de behövde. Trots att informanterna inte alltid upplevde sig väl informerade så uttryckte de ändå att de blivit



lyssnade på samt att de varit delaktiga i beslut som togs kring vården. En kvinna som upplevde bristande information, olika besked från läkare samt sjuksköterskor, samt lång väntetid vid besöket på akuten berättade att hon egentligen inte var en orolig person men att hela situationen gjorde att hon kände sig besviken och orolig då hon ansåg att processen borde gått betydligt snabbare. Hon berättade:

*"... jag är nog lite sådan att nä... sjukdomar det drabbar inte mig fastän jag har det här då och lite andra småkrämpor. Så jag är inte orolig så... men jag tycker det kunde gått lite snabbare och kanske berodde det på hur läkaren skrev på remissen".*

Då kvinnan fick olika besked och tvingades vänta utan att hon fick någon information så upplevde hon en misstro mot läkaren samt att hon kände sig åsidosatt. Lång väntetid utan någon information uppgavs som ett stort problem på akutmottagningen vilket orsakade såväl oro som funderingar hos de äldre patienterna att de inte ansågs lika viktiga att hjälpa jämfört med yngre patienter. Frustration, obehag och rädsla väcktes hos informanterna när de väntade på provsvar och svar från läkaren på vad som kunde vara orsaken till deras problem. En kvinna berättade:

*"... och då sa hon... Oj, har du fått vänta länge nu? Jaa sa jag, jag har varit van att vänta ännu längre... med min make... men den här gången många timmar att bara ligga och vänta... jag låg och läste det gick ju ingen nöd på mig i och för sig, men just att vänta och vara orolig vad detta kan vara för någonting... vad som hänt mig och så där...".*

Informanterna berättade att de inte fick någon information när de anlände till akuten att väntetid skulle uppstå och ingen information gavs heller fortlöpande vilket informanterna efterfrågade. Den bristande informationen skapade en misstänksamhet mot personalen samt en otrygghet hos informanterna och de kände sig övergivna då vårdpersonal passerade dem många gånger utan att ge dem någon uppmärksamhet. Informanterna berättade även att patienter sids emellan på akuten informerade varandra om arbetstygden samt förväntad väntetid vilket gav informanterna en förståelse för situationen som helhet. Bristande information gavs även om behandlingar och mediciner då informanterna ansåg att de inte fått någon information, fått fel information samt flertalet olika besked så att det blev svårt att förhålla sig till vad som verkligen stämde. Fel information som ledde till rädsla att läkaren inte sagt sanningen och en rädsla för att inte kunna få hjälpen som behövs. En av informanterna som bjöds in att välja mellan medicinering eller behandling berättar hur hon valde att välja medicinering då hon trodde att en uppföljning skulle ske snabbare. I efterhand fick kvinnan vänta sju veckor på besök till läkaren trots att hon blivit lovad detta efter två veckor. Kvinnan uttryckte sin delaktighet som tudelad då hon inte ansåg sig informerad om vad medicineringen hon valde skulle innebära för henne framöver. Kvinnan sa vid intervjun: "Om sjukvården tycker jag inte om". Kvinnan kände sig lurad och misstänksam framför allt mot läkaren hon träffade, men uppgav ändå att hon kände sig mycket trygg vid besöket på akuten. En av männen i studien berättade vilka tankar han hade kring medicinen som läkaren ordinerat:

*"Jag har fått medicin som jag inte tyckte lät så rolig, som innebär väl egentligen att man, som ens libido blir förändrad, försvinner. Så jag har inte börjat äta den ännu. Jag tyckte inte det lät så kul för att vara hög, det var 10 procents chans att man råkade ut för det".*

Mannen berättade även att han hade kontaktat läkaren per brev för att få ett svar om annan medicinering skulle kunna vara lämplig, men ännu inte fått något svar. Mannen uttryckte stora bekymmer med hälsan relaterat till detta och även en ovisshet om hur han skulle gå tillväga.

## **Att kravställa**

Informanterna berättade att de fått strida för sin sak när de besökt akuten för sina åkommor och detta gällde främst i kontakten med läkarna. Informanterna upplevde att de måste vara påstridiga för att få hjälpen de behövde och för att få vidare uppföljningar i form av prover och röntgenundersökningar. Informanterna berättade hur de vid besöket på akuten blev avfärdade som att allting var bra med dem när de i verkligheten sökt hjälp på grund av besvär som de inte klarade av att reda ut hemma. Det var viktigt att ställa krav för att göra sin röst hörd, för att inte bli bortglömd, men även för att bli delaktig i den egna vården. Såväl positiva som negativa svar eftersöktes och detta för att inte behöva leva i ovisshet och rädsla med obesvarade frågor. Men att ställa krav uttrycktes inte alltid i ord av informanterna utan framkom i det stora sammanhanget under intervjuens gång där det uttrycktes att resurserna inom vården var för få och att politikerna måste vakna upp och göra någon åtgärden. För den äldre personen med ohälsa och täta vårdkontakter och tidigare erfarenheter av bristande information, långa väntetider och att inte få svar på sina frågor uttrycktes detta som en stor oro för framtiden.

För informanterna innebar även möjligheten att ställa krav en känsla av att kunna påverka personalen på akuten när så behövdes, till exempel vid ett försämrat mående. En man berättade:

*”Det... det skulle jag kunna gissa mig till att om nu jag kommer in och säger att man har väldigt... bekymmer med sitt hjärta... man sitter och väntar en stund på att bli inkallad och det skulle inträffa något kraftigt då så inbillar jag mig att jag skulle kunna påverka personalen genom att ta mig fram till den där luckan, nummer ett så att säga, gissar jag. I och med att den finns där ute, å... liksom den inte är bakom en stängd dörr utan en lucka, så att, så känns det ju som att dom finns där på något sätt”.*

Även andra informanter bekräftade hur de ”tvingat” läkaren att utföra olika uppföljningar. En av kvinnorna berättade om ett arbets EKG som hon ville genomgå och efter viss övertalning hade läkaren gått med på detta och uttryckt att *”då har vi gjort bort det”*.

## **Underläge**

### **Att behandlas annorlunda än yngre patienter**

En känsla av att inte få samma behandling och möjligheter som yngre patienter fanns hos informanterna. Somliga uttryckte detta rakt ut medan andra berättade att de haft tankar och funderingar kring detta i samband med insatta medicineringar och lång väntetid. Trots en helhet av ett bra bemötande så fanns en misstro mot dem som äldre patienter och en kvinna berättade: *”Jag blir bemött väldigt bra. Men sen när allting dröjer så tänker jag så här att inte satsar dom på gamla kärringar utan dom ska ändå dö snart”*. Kvinnan skrattade till under intervjun när hon delgav denna information, men allvaret i hennes röst berättade något

annat. Kvinnan hade ännu vid intervjun inte fått den utlovade hjälpen som läkare och sjuksköterskor på akuten gav henne.

Tankar, oro och rädsla kring val av medicinering och behandling kretsade hos informanterna och en av männen berättade: "... i den här åldern man befinner sig i så är man inte alltid säker på att man får det, det... vassaste förslaget så att säga. Så att den tanken den finns". Vid intervjuerna uttryckte informanterna återkommande små kommentarer om att åldern spelade roll, att misstankar fanns om rätt behandling verkligen gavs, att äldre inte prioriterades inom vården och att man som äldre personen inte har samma värde. Men även en önskan framkom att vårdpersonalen inte borde tala nervärderande till äldre och säga "hur mår lilla tanten idag". Informanterna ansåg att de hellre skulle bli tilltalade till som en vän och en likvärdig människa. Berättelserna som informanterna delgav berättades flertalet gånger med humor kontra skarpa kommentarer. Rädslan av att vara äldre, att kanske inte få vård eller rätt vård, samt att snart närma sig livets slut speglade av sig i informanternas allvarliga ton samt återhållsamma kroppsspråk, samtidigt som de lättade upp stämningen genom skämt och skratt.

Ovissheten, rädslan och bristen på information som uttrycktes visade att informanterna inte upplevde sig delaktiga i besluten som togs. Det innebar dock inte att man som äldre alltid blev behandlad annorlunda och bemött med negativa attityder då även bra sidor framkom genom informanternas berättelser. Informanterna ansåg sig även väl mottagna och lyssnade på där tankar fanns att kanske det bra bemötandet hade att göra med deras ålder, vilket upplevdes som mycket positivt. Vissa hade svårt att avgöra om skillnader fanns i vården då det var svårt att sätta sig in i hur yngre patienter bemöts då de själva är äldre.

## **Att överlämna sig i andras händer**

Att överlämna sig i andras händer beskrevs av informanterna som ett tudelat fenomen. Där informanterna var beroende av okända människor för att få hjälpen de behövde men även en känsla av upplevd trygghet med att överlämna sig till vården och därmed lita till att läkare och sjuksköterskor gör sitt bästa för att hjälpa till. Att vara äldre med krämpor och en bristande hälsa gav sig uttryck genom informanternas berättelser om att vara i en beroendeposition till andra människor för att få vården som behövdes. Detta speglade även en tacksamhet till att få hjälp och att som patient på ett underligt sätt överlämna sig själv när man uppsöker vården "då man själv inte sitter på facit". En känsla av att som äldre patient befinna sig i ett underläge när man sökt vården och att böja sig för andra och lita till deras kompetens och att de tar de rätta besluten om den egna hälsan. Men även att läkarna avfärdade problem som informanten led av och att ingen hänsyn togs till patientens ålder upplevdes som att vara i ett underläge. Detta framkallade en känsla av att vara maktlös och att utelämnas sig själv och sin kropp till okända människor. Alla informanter uttryckte dock inte känslan av att vara i ett underläge men betonade genom berättelserna en frustration av att de inte kunde påverka systemet med remisser som skrevs och att man som patient hänvisades runt mellan olika mottagningar. Även väntetiden, då informanterna ibland fått vänta nästan ett helt dygn på information och att få träffa läkaren vilket gav ett sken av att känna sig i ett underläge. En kvinna berättade:

*"Då så sa han att jag skickar remiss till medicinenheten och då kommer du att få komma dit om två veckor ungefär så får dom titta på dig och det tog en massa veckor*

*kanske en sju veckor eller någonting. Så jag ringde dit och frågade om jag skulle höra av mig eller är det ni? Nej, det är vi som kallar men det ska ta lite tid så att vi får se hur du svarar på medicinen. Så jag fick ett annat besked än vad läkaren sagt på akutmottagningen. Ha... så har jag varit där på medicinenheten och så skickade dom remiss till hjärtmottagningen och då blir det femte besöket på olika ställen. För en sådan sak som kanske är lite brådskande?"*

Att överlämna sig i andras händer innebar inte alltid något negativt och en känsla av underläge, utan informanterna beskrev även en trygghet. De upplevde det som tryggt att komma till akuten, att bli omhändertagen och att bli undersökt på ett adekvat sätt beroende på sitt problem. Även när remisser skrevs för uppföljningar upplevde personerna en trygghet och att bli lyssnad på samt att inte problemen med hälsan de hade avfärdades direkt. Även läkarnas och sjuksköterskornas personlighet spelade en roll med hur trygg man kände sig.

*"Men, men... det är nog läkarens personlighet, spelar nog stor roll där och den som kan inge trygghet och det, det inte bara genom att klappa på ryggen och säga att det är inte så farligt. Det är någonting som en människa har i sig, en del människor har det och andra har det inte".*

En man i studien berättade att när man som patient besöker akuten så har man sin egen personliga uppfattning om hur allvarligt ens problem är men att man väl där inne inser att man själv inte är bäst på problemet. Mannen uttryckte vidare att man som patient därför accepterar att vårdpersonal och läkare gör den rätta bedömningen.

### **Att bli styrd av personalen**

Att bli styrd av personalen innebar att befinna sig i ett underläge samt att även överlämna sig i någon annans händer. En av kvinnorna i studien delgav sin historia om vad som hände den där lördagen i november när hon behövde uppsöka akuten. Kvinnan blev hastigt dålig och ringde sjukvårdsupplysningen som direkt hänvisade henne till ambulansen. När ambulansen anlände så tyckte ambulanspersonalen att kvinnan inte var så dålig och ansåg därmed att hon kunde uppsöka sin vårdcentral på måndagen istället. Kvinnan själv kände att detta inte kunde vänta i två dagar och efter en stunds samtal med ambulanspersonalen så bestämdes att kvinnan skulle uppsöka akuten. Kvinnan fick dock åka färdtjänst till akuten. Även de andra informanterna styrker kvinnans berättelse av att bli styrd av vårdpersonalen. En av männen svarade vid frågan om han ansåg sig bli lyssnad på av personalen vid besöket på akuten:

*"Det kan man inte säga. Utan man kände sig väldigt styrd där egentligen av... man är i ett väldigt underläge när man kommer till en vårdcentral egentligen och... man är sjuk, man är lite skrajsen för det man har sökt för".*

Känslan av att vara styrd av personalen visade på att de äldre patienterna accepterade att de var i ett underläge. De var "gäster" inom någon annans område där "någon annan" visste bättre vilket även handlar om att vara tacksam för vården som erbjuds.

Informanterna berättade även om hur läkare, sjuksköterskor samt annan vårdpersonal intog en attityd och försökte tvinga patienter till saker de inte ville eller kunde utföra. Med andra ord handlar även att bli styrd av personalen om att foga sig till att vänta på läkaren, vänta på provsvar, svar från undersökningar, remisser och återbesök. De äldre fogar sig efter vårdpersonalen och sätter sin egen person åt sidan och aidentifierar sig själva där själva

personen inte längre spelar någon roll utan systemet styr. Detta leder till en känsla av bristande uppmärksamhet samt att inte vara lika viktig som alla andra.

### **Att känna sig övergiven av vården**

Att känna sig övergiven omfattade såväl att få vänta i många timmar i ett undersökningsrum på information om provsvar som att inte någon i personalen frågade hur informanterna mådde eller ifall de behövde något. En rädsla för att vara bortglömd och mindre värd som person. En kvinna berättade om när hon fick en injektion med narkotisk analgetika utan att bli informerad om dess biverkningar. Kvinnan var ensam i ett undersökningsrum, som dock var kameraövervakat, när hon fick kraftiga hallucinationer och i ett senare skede slutade att andas. Sjuksköterskorna rusade in och fick igång hennes andning men kvinnan mådde inte väl i efterförloppet då hon bland annat inte hade någon känsel i fötterna och därmed inte förmådde stödja på benen. Kvinnan som är ensamboende, var tvungen att åka hem för att personalen höll på att tömma akuten. Kvinnan blev lovad att chauffören som skulle köra henne skulle följa henne ända hem, men hon blev lämnad vid hissen. Kvinnan berättar:

*”Benen vek sig i hissen och jag kröp till dörren där. Sen låg jag länge i hallen och kunde inte resa mig. Det var en mardröm men jag var så drogad så jag brydde mig inte heller som om jag inte hade varit påverkad av något. Men just det här att skicka hem en patient som inte har någon känsel i fötterna det är vansinne”.*

Kvinnan uttryckte genom såväl ord, sin röst som kroppsspråket vid intervjun hur rädd hon var efter denna händelse. Samtidigt som hon förstod att personalen på akuten var under stor stress och bara gjorde sitt jobb så kunde hon inte förstå hur detta kunde hända. Händelsen hade etsat sig fast och kvinnan uttryckte stor misstro för vården och tilliten hade därmed fått sig en törn. Att känna sig övergiven framkom även hos informanterna när de i flera timmar väntade, ibland en hel natt, på en kall och hård brits i ett väntrum utan några som helst besked om vad deras provsvar visat och därmed med en pockande ovisshet om vad som kunde vara fel med dem.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Syftet med den här studien var att öka förståelsen för äldre patienters (>75 år) upplevelser av att vårdas på akut- och olycksfallsmottagningar med fokus på erfarenheter av delaktighet i beslut som tas kring den egna vården. Med anledning av detta valdes en fenomenologisk hermeneutisk metod för att belysa informanternas egna upplevelser av ett fenomen (Fejes & Thornberg, 2014; Kvale & Brinkmann, 2014; Lindseth & Norberg, 2004; Polit & Beck, 2011). De kvalitativa intervjuerna var ett lämpligt sätt för att lyfta fram informanternas upplevelser. En intervjuguide användes som ett stöd genom intervjuerna och utöver detta ställdes ett antal följdfrågor. Vid intervjuerna var det svårt att veta vilka frågor som var de rätta att ställa för att informanten skulle våga öppna upp och berätta om sina personliga erfarenheter vilket kan vara en svaghet i studien. Det visade sig dock att den inledande frågan som ställdes vid intervjun var en bra start då informanterna delgav författarna en stor del av berättelsen här. Det är även en utmaning att låta informanten tala fritt i lugn och ro utan att avbryta samt att inte styra informanten genom samtalet. En risk finns även att informanterna inte vågar berätta sanningen med rädsla för att detta ska påverka deras möjligheter till vård i framtiden.

För utomstående som tar del av studien kan det vara svårt att veta om analysen är utförd korrekt och ifall datamaterial utelämnats som hade kunnat vara avgörande för studiens resultat. På samma sätt är det svårt att avgöra om sanningen som informanterna gav har förskönats eller på andra sätt justerats för att passa studiens syfte. Vid en transkribering av det empiriska materialet kan även fel uppstå och detta har minimerats genom att bägge författarna lyssnat igenom intervjuerna flertalet gånger samt läst varandras transkriberingar. Under transkriberingen har intervjuerna lyssnats igenom, fram och tillbaka, för att säkerställa att det informanten berättat är det som transkriberats. Inga justeringar är därefter utförda av informanternas berättelser. För att validera författarnas tolkning av informanternas berättelser ytterligare har författarna regelbundet diskuterat resultatet av analysen med varandra samt med erfaren handledare. Citat från informanterna har även använts för att validera tolkningen av texten.

Vad gäller etiska överväganden så diskuterades eventuella risker för informanterna med att delta i studien tillsammans med handledaren. Då riskerna med intervjuerna ansågs minimala informerades informanten detta genom forskningspersonsinformation. Här framgick även att informanten när som helst kunde avbryta studien utan att uppge anledningen.

## Urvalets lämplighet för studien

Ett strategiskt urval valdes (Polit & Beck, 2011) för att få en bred spridning av informanterna med tanke på kön, ålder och hälsohistoria för att fånga in en helhetsbild av problemet som avsetts att studera men även för att säkerställa att samtliga informanter upplevt fenomenet samt kunde redogöra kring det. En begränsning kan även vara en nackdel då man begränsar informanterna till ett mindre antal och risken finns att viktig information då missas. Med tanke på informanternas mulitsjuklighet var det svårt att få informanter som ville delta i studien, detta då flertalet uppgav en alltför bristande hälsa och därför fick två utskick med

förfrågan om ett deltagande i studien utföras. I studien deltog även fler kvinnor (4) än män (2) vilket kan ha påverkat studiens resultat och så även den låga andelen informanter. Enligt Polit & Beck (2011) är dock tio informanter eller färre ett lämpligt antal vid fenomenologiska studier och vid hermeneutisk tolkning är det väsentliga inte antalet berättelser det centrala utan det är textens innebörd som räknas (Fejes & Thornberg, 2014; Henricson, 2012; Polit & Beck, 2011; Ödman, 2007).

## **Studiens trovärdighet och överförbarhet**

Författarna har aldrig tidigare genomfört en empirisk studie och det är möjligt att en djupare kunskap om forskning samt kvalitativa intervjuer hade kunnat ge ett annat resultat. Även frågorna som ställdes vid intervjuerna hade eventuellt kunna ge ett annat fokus för att studera fenomenet om dessa hade formulerats på ett annat sätt. Tekniken vid intervjuerna och våga ge mer tid för informanten att reflektera vid frågorna och svaren, att våga lyssna, hade kunnat mynna ut i mer och en djupare berättelse av informanten. Detta då författarna under intervjuernas gång blev mer varse om sig själva och hur man som intervjuare agerar. Allt eftersom intervjuerna fortskred så blev det lättare och mer acceptabelt att lyssna och även att ge tillåtelse för tysta pauser.

Trovärdigheten vid denna studie är stor då tidigare forskning baserad på vårdpersonalens erfarenheter påvisat ett liknande resultat (Goethals et al., 2012; Hanson, 2014; Jewell, 1996; Richter et al., 2002). Trots det låga antalet informanter (6) så upplevde även författarna en datamättnad då liknande resultat visade sig från samtliga informanter. Studien anses vara överförbar till en annan kontext då äldre patienter vårdas inom flertalet olika inriktningar av vården. Informanterna i denna studie hade endast besökt akut- och olycksfallsmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhus och hade samtliga återvänt hem inom 24 timmar. Det hade därför varit intressant att se ifall en studie med liknande grupp informanter som blev inlagda på sjukhuset i samband med besöket på akuten hade gett en liknande bild av delaktighet och bemötande inom vården.

Som sjuksköterskor inom geriatriken bär författarna på en förförståelse kring hur äldre personer bemöts inom akutsjukvården. Författarna har tillsammans före studiens start diskuterat vad den personliga förförståelsen innebär för sig själv samt för studien, detta för att undvika oklarheter i ett senare förlopp. Under datainsamlingen och vid mötet av informanterna under intervjuerna har denna förförståelse satts vid sidan i den mån det var möjligt för att undvika att styra informanterna in på ett visst spår. När datamaterialet genomgått naiv läsning samt en strukturerad analys, har förförståelsen lyfts fram för att tolka informanternas berättelser. Då alla människor bär på olika förförståelse är det möjligt att denna studie hade kunnat få ett annat resultat med andra som utfört studien.

## **Resultatdiskussion**

Genom samtliga informanternas berättelser framträdde tre övergripande teman, bemötande, delaktighet och underläge där delaktighet stod för den positiva upplevelsen av vården på akutmottagningen och underläge av de negativa upplevelserna. Utöver detta framkom åtta subteman, tacksamhet, uppmärksamhet, information, att kravställa, att behandlas annorlunda än yngre patienter, att överlämna sig i andras händer, att bli styrd av personalen samt att

känna sig övergiven av vården. De åtta subteman delades upp med fyra teman på den positiva sidan och fyra teman på den negativa sidan. Dock kan flertalet av dessa subteman innebära såväl positiva som negativa egenskaper vilket även framkom vid tolkningen av informanternas berättelser där en konstant rörelse mellan teman fanns i form av trygghet och otrygghet. Bemötandet av de äldre patienterna var en viktig utgångspunkt för att uppnå delaktighet där ett bra bemötande speglade en högre grad av delaktighet och även en känsla över att vara nöjd med vården som erbjöds. Delaktighet kännetecknades här av uppmärksamhet, tacksamhet, information samt att kravställa. Informanterna efterfrågade information och uppmärksamhet vilket även Andersson, Burman och Skär (2011) samt Ekdahl, Andersson & Friedrichsen (2009) bekräftar. Det var viktigt att bli sedd, att bli hörd och att känna sig viktig och med det att bli behandlad som en jämställd individ.

Enligt Edvardsson (2010) är det en förutsättning att den äldre patienten bjuds in att vara delaktig i den egna vården för att kunna arbeta personcentrerat. Sjuksköterskan måste våga ta steget och kliva in i patientens livsvärld och visa att patienten är viktig och att ett genuint intresse finns till att lyssna vad patienten säger även i en hektisk miljö som akutmottagningen. Detta bekräftar även Cahill (1996), McCormack (2004) och McCormack & McCance (2010) som menar att en relation är en av de viktigaste förutsättningarna som måste existera för att patienten ska uppnå delaktighet. Vår studie visar att bristen på information var uppenbar då informanterna inte ansåg sig väl informerade om sina hälsotillstånd och de bjöds heller inte in i samtalet varvid en relation inte heller kunde skapas. Behandlingsalternativ föreslogs ibland, men vad dessa behandlingar innebar för informanten delgavs inte.

Vårt resultat visar att informanterna inte upplevde sig delaktiga i den egna vården och det fanns en känsla av att vara en mottagare och inte en delägare av sig själv och sin kropp. Sjuksköterskor och läkare visade inget intresse för informanterna som personer och såg med andra ord inte personen bakom symtomen och sjukdomen. Informanterna upplevde inte några starka relationer till sjuksköterskorna och läkarna dem mött på akutmottagningen utan istället uttryckte de att de fått bråka för sin sak samt en känsla av övergivenhet när de blivit lämnade ensamma med sin ohälsa och sin rädsla ibland över en hel natt. Resultatet i vår studie visar därmed att den personcentrerade vården inom akutmottagningen brister (McCormack, 2004; McCormack & McCance, 2010). I studien av Andersson et al., (2011) som utfördes från äldre patienters perspektiv på en medicinavdelning, så framkom just hur viktig relationen mellan patienten och sjuksköterskan är för att patienten ska känna sig trygg. De patienter som i denna studie ansåg sig ha en bra vårdrelation till sin sjuksköterska hade i övrigt inget negativt att säga om sin vårdtid eller sjukhuset som helhet.

Resultatet i vår studie visar att informanterna uppvisade kunskap om läkemedel och behandlingar då man medvetet avstod från mediciner på grund av rädslan för oönskade biverkningar. Kunskapen hade de äldre inte fått från sina läkare utan den hade informanterna införskaffat själv genom att läsa på om läkemedlen. Enligt Marengoni et al., (2008) och Marengoni et al., (2011) så har lågutbildade äldre patienter en låg medvetenhet om hälsosamma beteenden och hanterar därför ohälsa sämre. Detta kan relateras till en bristande följsamhet till såväl medicinska som icke-medicinska behandlingar och således har högutbildade patienter en högre medvetenhet om vad behandlingar och mediciner innebär. I vår studie framkom dock inte hur informanternas nivå av utbildning samt yrkesmässiga erfarenhet såg ut. Enligt McCormack (2004) och McCormack & McCance (2010) visar denna kunskap och patientens vilja att påverka vården, trots bristen på information, på en kunskap att känna sig själv samt att vara delaktig i en större social värld. Till denna delaktighet bjöds



dock inte informanterna in utan informanterna avstod själva från vården relaterat till de egna förvärvade kunskaperna.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), patientlagen (SFS 2014:821) samt Socialstyrelsen (2015) har patienterna rätt att veta vilka förväntningar som finns med vald behandling, om risker finns och ifall komplikationer kan uppstå. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) så har den äldre patienten rätt att bli bemött med värdighet, att få integriteten bevarad och få en vård som är på lika villkor. Vården ska även planeras och utformas i den mån det är möjligt i samråd med patienten själv vilket betyder att patienten ska bjudas in att vara delaktig i sin egen vård och de beslut som fattas (SFS 1982:763; SFS 2014:821). Information som ges ska vara på ett sätt som passar den äldre individen vilket även kan vara skriftligt om behov föreligger. Vårt resultat visar att informanterna i studien uppgav en bristande information om sitt hälsotillstånd, undersökningar, behandlingar och vidare vård vilket strider emot Sveriges lagstiftning (SFS 1982:763; SFS 2014:821).

Väntetiden inom akutmottagningen är ett genomgående problem och informanterna i vår studie uttryckte att tidsbristen och stressen hos vårdpersonalen var en bidragande orsak till den bristande informationen och intresset att lyssna till patienterna. Detta bekräftar även Ekdahl et al., (2009) samt Andersson et al., (2011) som framhåller att sjukhusbesök för den äldre personen överlag innebär mycket väntande som den äldre hanterar på olika sätt. Enligt Andersson et al., (2011) så uttryckte patienterna sin förståelse över att sjuksköterskorna var under en stor arbetstyngd och patienterna undvek därför ibland att ringa på klockan och be om hjälp för att inte störa sjuksköterskan och med det vara en besvärlig patient. Vidare menade patienterna att när de väl fick information om varför väntetid uppstod så var det mycket enklare att hantera väntan överlag trots att de egentligen önskade mer tid för att prata med sjuksköterskorna. Patienterna i studien av Andersson et al. (2011) beskyllde aldrig sjuksköterskorna som orsaken till den bristande informationen utan de var fullt införstådda med att de gjorde det bästa av situationen. Detta bekräftas även i vår studie där informanterna uttryckte en beundran gentemot sjuksköterskorna som alltid var vänliga och hade ett leende på läpparna trots den höga arbetstyngden.

Enligt Florin et al., (2008) så vill inte alltid äldre patienter vara delaktiga i den egna vården utan överlåter till vårdpersonalen att bestämma. I vår studie uttrycktes detta genom att informanternas berättade att det ibland upplevdes som en trygghet att överlämna sig i andras händer och lita till vårdpersonalens kompetens. Vidare gavs sken av en rädsla att inte få vården man var i behov av om man var "*en jobbig patient*" vilket även framkommer i studien av Ekdahl et al., (2009). Viktigt är att observera att informanterna själva uttryckte att man som patient är styrd och i ett underläge och att man inte alltid orkar vara kritisk när man har en sviktande hälsa. Kanske därför äldre patienter helt enkelt överlämnar sig till andra att ta besluten då de inte själva orkar eller törs vara delaktig i vården? Detta kan även spegla en kunskap om att känna sig själv och lita till sina egna värderingar och att överlåta ansvaret till sjuksköterskor och läkare (McCormack, 2004; McCormack & McCance, 2010). I vårt resultat visade sig en ständig rörelse mellan de tre temans subteman, som förflyttade sig mellan trygghet och otrygghet där en välinformerad patient upplevde sig trygg, men bristen på information skapade otrygghet. På samma sätt berättade informanterna att de ibland är i ett underläge och styrd av personalen vilket skapar en känsla av otrygghet men att det även kan innebära trygghet att överlämna sig till någon annan då man litar till deras kompetens. Detta kan även sägas vara en form av delaktighet i den egna vården.

Vårt resultat visar inte på vilket sätt som informationen på akutmottagningen gavs till informanterna, men berättelserna om långa väntetider på hårda britsar i korridorer med personal som vandrat av och an vittnar om en störande omgivning inte lämplig för äldre med funktionsnedsättningar. Detta kan vara en bidragande orsak till att informanterna uppgav att de inte fått information då de kanske helt enkelt inte uppfattat vad som sagts. Enligt McCormack (2004) och McCormack & McCance (2010) är miljön där omvårdnaden tar plats viktig för att patienterna ska ha de rätta förutsättningarna att lyckas och vår studie visar att miljön på akutmottagningen inte är den mest gynnsamma för äldre patienter. Även stressen hos vårdpersonalen vilka samtliga informanter delgett i sina historier, påverkar sättet som sjuksköterskor och läkare uttrycker sig på vilket även Ekdahl et al., (2009) bekräftar. För den äldre patienten som ofta behöver mer tid på sig motför yngre patienter, är den stressiga miljön på akuten inte lämplig för att såväl kunna ta till sig information som att förmedla information. Som sjuksköterska är det därför grundläggande att ha kunskap om att den äldre patientens funktionsnedsättningar kan vara ett hinder för att uppnå delaktighet. Med tanke på fakta som framkom i vårt resultat är det viktigt att ställa sig frågan om sjuksköterskor på akutmottagningen idag arbetar utifrån ICNs (2012) etiska kod?

Informanterna i vår studie gav inget exempel på hur de som äldre patient behandlades annorlunda motför yngre patienter men tankarna fanns där speciellt i kombination med väntan och bristande information. Dessa tankar berättades inte till författarna vid frågan om de äldre upplevde ett annorlunda bemötande utan lyftes fram under berättelsen vid andra situationer av besöket på akuten. Därför är det viktigt att tänka på hur information ges då möjligen brister i kommunikationen skapar dessa känslor hos den äldre patienten. Något som däremot framkom i vår studie var att främst läkarna ofta hade en attityd att de visste bäst och att informanterna relaterat till detta kände sig mindre värda och av att vara i ett underläge. När informanterna stred för att göra sina röster hörda var de inte delaktiga i den sociala världen och de gavs heller ingen möjlighet att känna sig själva genom att få goda råd för att skapa en mening med vården (McCormack, 2004; McCormack & McCance, 2010). Detta skapade i slutändan känslor av rädsla, oro och maktlöshet. Även i Andersson et al., (2011) studie framkom en rädsla hos de äldre patienterna gentemot läkarna och patienterna uttryckte en uppgivenhet då det inte var någon idé att bråka med dem. Patienterna berättade att de var rädda när de åkte till sjukhuset och att de var tvungna att lyssna och anpassa sig till läkarna för att bli omtyckta. Här framkom även att patienterna och läkarna hade olika åsikter om föreslagna behandlingar och att patienterna fick sätta de egna känslorna åt sidan för att de var så beroende av vården. Vårt resultat visar att främst läkare men även sjuksköterskor bryter mot de lagliga rättigheterna när de inte lyssnar till och bjuder in den äldre patienten att vara delaktig i den egna vården (SFS 1982:763; SFS 2014:821).

Enligt Ekdahl et al., (2009) så påverkar vårdpersonalens sätt att prata med den äldre patienten intresset för hur delaktig patienten blir till att samtala med personalen och i vår studie uttryckte en av informanterna att hade hon vetat hur lång väntetiden på akuten skulle blivit så hade hon valt att åka hem utan att få vården hon behövde. Flink et al., (2012) bekräftar detta i sin studie där patienterna valde att avbryta sin vård på grund av lång väntetid och därmed även avbröt sin delaktighet. Enligt Santoni et al., (2015) så beskrivs äldre patienter inom vården som multisjuka med funktionsnedsättningar som har svårt att klara sig själv på egen hand. Denna inställning till den äldre patienten att se dem som en svag patientgrupp kan också visa sig i hur sjuksköterskor och läkare bemöter de äldre patienterna. Med detta så fräntas de äldre sin delaktighet då vårdpersonalens attityder styr hur och när den äldre bjuds in att medverka i den egna vården. Detta framkom i vår studie när informanterna berättade om hur

läkare, sjuksköterskor samt annan vårdpersonal intar en attityd och försöker tvinga patienterna till saker de inte vill eller kan utföra. Att bli styrd av vårdpersonalen handlar även om att foga sig till att vänta på läkaren, vänta på provsvar och svar från undersökningar samt att vänta på remisser och återbesök. De äldre fogar sig efter vårdpersonalen och sätter sin egen person åt sidan och aidentifierar sig själva där själva personen inte längre spelar någon roll utan systemet styr. Med detta skapas ingen relation och patienten blir heller inte delaktig vilket leder till en känsla av bristande uppmärksamhet samt att inte vara lika viktig som alla andra (McCormack, 2004; McCormack & McCance, 2010).

Denna beroendesituation till vården och vårdpersonalen som Andersson et al. (2011) lyfter fram förekom även i vår studie där informanterna upplevde fenomenet som tudelat. Att dels vara beroende av vården som ges och därmed känna tacksamhet att någon tar sig tid och lyssnar på en, men att samtidigt överlämna sig själv i en okänd människas händer och lita på att den personen tar de rätta besluten. Att bli styrd av personalen och känna sig i ett underläge men att ändå uppleva någon form av trygghet vilket visar på hur komplex vården av äldre patienter är. När informanterna ställde krav på läkare och sjuksköterskor behölls en känsla av att ha kontroll över sitt liv och sin hälsa och med det att kunna påverka beslut som någon annan fattat åt en. Enligt Bircher (2005) samt Cahill (1996) så ökar ansvarskänslan, patientens livskvalité samt trovärdigheten för vården i allmänhet vid delaktighet. Men hur blir det med livskvalitén för de äldre patienterna som på grund av sviktande hälsa eller rädsla gentemot vårdpersonalen inte kan, orkar eller törs bråka för sin vård?

Frågan är om äldres symtom och ohälsa missas när de besöker akutmottagningen. Informanterna har genom sina berättelser delgivit hur de inte blivit lyssnade till och hur symtom avfärdats som en engångsföreteelse. Äldre patienter har ofta atypiska symtom och när den äldre personen är i en beroendesituation och inte orkar vara kritisk kanske viktiga detaljer missas? Enligt Dyrstad et al., (2015) så uttrycker läkare och sjuksköterskor att vården av den äldre patienten är komplex då de ofta har en akut åkomma kombinerat med andra medicinska diagnoser vilket ibland gör det svårt att hitta vad som är felet hos den äldre patienten. Samma läkare och sjuksköterskor ansåg även att de äldre patienterna relaterat till sina medicinska sjukdomar, skörhet, hörselnedsättningar och kognitiva svikt är svåra patienter att involvera i den egna vården då de heller inte själva visar intresse och ställer frågor. Samtidigt visar studien av Andersson et al., (2011), ur patienternas perspektiv, att äldre är rädda att säga sin mening med risken att bli utan vården de behöver och därmed underkastar sig läkares och sjuksköterskors beslut. Detta i samband med stressade läkare och sjuksköterskor som inte hinner uppfatta den äldre patientens mående och inte heller är intresserade av att sätta sig ner och lyssna till patienten.

Enligt Andreasen, Lund, Aadahl & Sørensen (2015) så är äldre patienter en grupp som löper en högre risk för återinskrivning på akutmottagningen och där hemkomsten ofta ses som osäker. Återinläggningarna innebär stora påfrestningar för såväl den äldre patienten, anhöriga, som för vården och samhället i övrigt relaterat till ekonomiska konsekvenser. I studien framkommer hur äldre patienter > 65 år upplever en osäkerhet och svårigheter att lita på informationen från sjukhuset då patienterna bl.a. fått löften om planerade hembesök som inte genomförts. Enligt Andreasen et al., (2015) så uttryckte patienterna att de var besvikna, rädda och osäkra då de blev utskrivna utan att ha fått en diagnos och utan att ha fått en förklaring till ohälsan samt ordinerade mediciner.

Resultatet från vår studie visar att informanterna uppgav en osäkerhet då symtom avfärdades och att planerade uppföljningar inte utfördes. En av informanterna fick även ett löfte som inte hölls vilket för informanten innebar att hon nästan inte tog sig hem till sin lägenhet då hon inte kunde stödja på benen vilket resulterade i mycket obehag, rädsla och en misstro mot vården. Om de äldre patienterna blev uppmärksammade, lyssnade på och att deras symtom inte nonchalerades och de istället fick åka hem välinformerade så skulle kanske fler återinläggningar kunna förhindras? Enligt Marengoni et al., (2008) så förväntas kroniska sjukdomar hos äldre bli ett allt vanligare problem i takt med den åldrande befolkningen och detta innebär att fler äldre patienter kommer uppsöka akut- och olycksfallsmottagningar runt om i Sverige. Även Santoni et al., (2015) bekräftar detta då en allt äldre befolkning leder till mer besvär med bristande hälsa, funktionsnedsättningar och handikapp. Därmed kommer belastningen på vården öka ytterligare vilket är viktigt att ha i åtanke vad gäller planering av vårdplatser, utbildning av sjuksköterskor, specialiserade sjuksköterskor och läkare men även för samhället i övrigt som ska klara av att möta de äldre patienternas ökade behov av vård.

Eller är det så att de äldre själva söker efter svar och lösningar på sitt illabefinnande som kanske inte finns? En ständig strävan att uppsöka vården för att få svar på sina frågor och farhågor? Detta då det genom informanternas berättelser framkom indirekt en rädsla av att vara äldre, att kanske inte få rätt vård eller vården man behöver samt att inte prioriteras i vården då man ständigt närmar sig livets slut, vilket speglade av sig i informanternas berättelser, uttryck samt kroppsspråk.

## **Sammanfattning resultatdiskussion**

Sammanfattningsvis är bemötandet vid akutmottagningen en utgångspunkt för att informanterna ska känna delaktighet vad gäller beslut som tas kring den egna vården. Men bemötandet är även en orsak till att informanterna upplever sig i ett underläge, styrd och övergiven av vårdpersonalen då själva relationen till sjuksköterskor samt läkare saknas. Informationen samt uppmärksamheten, att bli sedd som en person, att bli hörd och tagen på allvar brister, vilket är en förutsättning samt en laglig rättighet för att uppnå delaktighet. Men trots att informanterna inte alltid kände sig välinformerade kunde ändå en viss form av delaktighet uppnås. Genom informanternas berättelser så synliggjordes att delaktighet gav en tacksamhet men trots att informanterna var tacksamma så befann de sig ändå i ett underläge med en känsla och en rädsla av att bli övergiven. Även hälsan och ohälsan påverkade tacksamheten och en rädsla för att vara kritisk när man behövde vården som bäst. En rörelse mellan trygghet och otrygghet.

Möjligheten att ställa krav på vården upplevdes både som något positivt och som något negativt. Negativt då informanterna behövde kämpa för att göra sig hörda och en rädsla fanns att gå miste om vård om man inte stred för sin sak, men positivt då känslan fanns att det gick att påverka besluten som togs och att bli bekräftad som person. En känsla av att ha kvar kontrollen över sitt liv och sin hälsa vilket är en förutsättning för att bedriva personcentrerad omvårdnad. Fördomar, attityder och stress hos sjuksköterskor och läkare är alla faktorer som påverkar informanternas delaktighet till den negativa sidan där den äldre personen kanske antas samtycka till vården för att hon eller han inte uttrycker något annat. Men i själva verket kanske den äldre personen befinner sig i en beroendeposition och inte törs gå emot läkare och sjuksköterskor på grund av rädslan att inte få vården som behövs vilket även tidigare forskning bekräftar. Att bli styrd av personalen upplevs som mer negativt av informanterna än

att överlämna sig i andras händer, där en känsla av trygghet kan uppstå då det är positivt och tryggt att bli omhändertagen.

Således kan sägas att svar fås på syftet med studien. Kännedom har även erhållits om att den äldre personens lagliga rättigheter inte följs då såväl sjuksköterskor som läkare inte arbetar utifrån dessa, eller den etiska koden. Bakom idén till studien fanns även en tanke att kanske äldre genomgår behandlingar, medicineringar och undersökningar som de själva inte önskar, detta framkom dock inte i denna studie.

## Områden för fortsatt forskning

Då oklarheter råder kring huruvida äldre personer överlämnar sig i andras händer och till vården på grund av rädsla att vård ska utebli ifall de ställer krav, är detta ett område som borde undersökas närmare. Detta gäller även om sjuksköterskor, men även läkare på akutmottagningen har den rätta kompetensen att bemöta äldre för att inte ohälsa ska missas samt för att göra den äldre personen mer delaktig i sin egen vård. Då delaktighet även är att avsäga sig vård och behandlingar och detta inte framkom i denna studie är detta något som även hade kunnat studeras vidare, men möjligen inom en annan kontext än inom akutmottagningen. Tydligt är även att resurserna inom vården och samhället brister då såväl informanterna i vår studie som tidigare forskning visar att sjuksköterskor, läkare och annan vårdpersonal är stressade och inte hinner lära känna sina patienter. Med mer resurser kan vi förhindra missnöjda patienter, ohälsa samt frekventa återinläggningar vilket bara är några av problemen som finns.

## Slutsatser

- Äldre personer bjuds sällan in i den egna vården för att vara delaktig kring beslut som fattas.
- Informationen som delges den äldre personen kring den egna hälsan, behandlingar, undersökningar, uppföljningar med flera är bristfällig eller saknas helt. Detta gäller även hur information förmedlas till den äldre personen.
- Äldre patienter uppger att de måste strida för att göra sin röst hörd samt för att få behandlingar de önskar.
- Äldre personer överlämnar sig i händerna på vårdpersonalen relaterat till trygghet men även på grund av rädsla att bli utan nödvändig vård.
- Attityder samt fördomar existerar gentemot de äldre patienterna och tankar finns hos de äldre personerna att de på grund av sin ålder inte får rätt behandling.
- Hög arbetsbelastning, stress samt brist på resurser är en bidragande orsak till att inte äldre personer bjuds in i beslut som fattas kring den egna vården.

Detta resultat är en viktig aspekt att diskutera inom arbetsplatser på såväl sjukhus, vårdcentraler, äldreboenden samt övriga vårdinrättningar där äldre personer söker vård. Detta är även angelägna ämnen att diskutera inom olika utbildningar som till exempel sjuksköterske- och läkarutbildningar. Ämnet berör dock samtlig vårdpersonal. Resultatet visar även på uppenbara brister inom vården vad gäller personal samt logistik. Därmed har hela samhället ett ansvar att se över bristen på resurser som finns i vården idag

## Referenslista

- Andersson, L., Burman, M. & Skär, L. (2011). Experiences of caretime during hospitalization in a medical ward: older patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25, 646-652.
- Andreasen, J., Lund, H., Aadahl, M. & Sørensen, E.E. (2015). The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10, 27370 – <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.27370>
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 335-341.
- Bridges, J., Flatley, M. & Meyer, J.(2009) . Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 89-107.
- Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 561-571.
- Cassel, E.J. (1976). Illness and disease. *The Hastings Center Report*, 6(2), 27-37.
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet – vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber.
- Dehlin, O. & Rundgren, Å. (2014). *Geriatrik*. Lund: Studentlitteratur.
- Delaktighet. (2015). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2015-12-26 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/delaktighet>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2000). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dyrstad, D.N., Testad, I. & Storm, M. (2015). Older patients' participation in hospital admissions through the emergency department: an interview study of healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 15, 475 DOI 10.1186/s12913-015-1136-1
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D. (Red.). (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekdahl, A., Andersson, L. & Friedrichsen, M. (2009). "They do what they think is the best for me". Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling*, 80, 233-240.

- Ernst Bravell, M. (Red.). (2013). *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. Malmö: Gleerups.
- Fejes, A. & Thornberg, R. (Red.). (2014). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber.
- Flink, M., Öhlén, G., Hansagi, H., Barach, P. & Olsson, M. (2012). Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care – a qualitative study of patient perspectives. *British Medical Journal Quality and Safety*, 21(1), i76-i83.
- Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2008). Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2935-2944.
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B. & Gastmans, C. (2012). Nurses' decision-making process in cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 603-612.
- Graubæk, A-M. (Red.). (2012). *Patientologi. Personcentrerad vård i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hanson, RM. (2014). "Is elderly care affected by nurse attitudes?" A systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(4), 225-9.
- Harrefors, C., Sävenstedt, S. & Axelsson, K. (2009). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23, 353-360.
- Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2016-01-03 från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensksjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensksjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)
- Jewell, S. (1996). Elderly patients' participation in discharge decision making: 2. *British Journal of Nursing*. 5(17), 1065-1071.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Hylén Ranhoff, A. (2010). *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten*. Stockholm: Liber.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindholm, L., Nieminen, A-L., Mäkelä, C. & Rantanen-Siljamäki, S. (2006). Clinical Application Research: A Hermeneutical Approach to the Appropriation of Caring Science. *Qualitative Health Research*, 16((1), 137-150.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 145-153.

- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialaschea, F., Karp, A., Garmena, A., ... Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, *10*, 430-439.
- Marengoni, A., Winblad, B., Karp, A. & Fratiglioni, L. (2008). Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Among the Elderly Population in Sweden. *American Journal of Public Health*, *98*(7), 1198-1200.
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, *13*(3a), 31-38.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Polit, D. F. & Tatano Beck, C. (2011). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Ninth Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Richter, J., Eisemann, M. R., Braun, B., Kreibeck, H. & Åström, S. (2001). Decision-making in the treatment of elderly people: a cross-cultural comparison between Swedish and German physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Caring Science*, *16*, 149-156.
- Santoni, G., Angleman, S., Welmer, A-K., Mangialasche, F., Marengoni, A. & Fratiglioni, L. (2015). Age-Related Variations in Health Status after Age 60. *PloS ONE*, *10*(3), e0120077. doi:10.1371/journal.pone.0120077
- SBU. (2014). *Allmänt om forskningsansatser med kvalitativ metod*. Hämtad 2016-02-22 från [http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUshandbok\\_Bilaga11.pdf](http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUshandbok_Bilaga11.pdf)
- SBU. (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre*. Hämtad 2016-03-24 från [http://www.sbu.se/globalassets/publikationer/content0/1/akutvard\\_aldre.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/publikationer/content0/1/akutvard_aldre.pdf)
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Smer Socialdepartementet. (u.å.). *Autonomi*. Hämtad 2016-02-02 från <http://www.smer.se/etik/autonomi/>
- Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 2016-02-03 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>



- Socialstyrelsen. (2014). *Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre. Kartläggning och förslag till åtgärder*. Hämtad 2015-12-26 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19621/2014-12-13.pdf>
- Socialstyrelsen. (2012). *Få sjuksköterskor specialiserade på vård av äldre*. Hämtad 2016-02-02 från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012februari/fasjukskoterskorinomaldreomsorgenspecialiseradepavardavaldre>
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer. Hur riktlinjerna kan anpassas till mest sjuka äldres särskilda förutsättningar och behov*. Hämtad 2014-10-05 från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-bilaga-mest-sjuka-aldre-och-nationella-riktlinjer.pdf>
- Sykepleiernas Samarbeid i Norden. (2003). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*. Hämtad 2016-12-26 från <http://old.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>
- Wisten, A., Rundgren, Å. & Larsson, B. (2013). *Akut geriatrik*. Lund: Studentlitteratur.
- WHO. (2015). *Ageing and health*. Hämtad 2016-01-03 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>
- WHO. (1946). *Health*. Hämtad 2015-12-26 från <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>
- Ödman, P-J. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande: Hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

# Bilaga 1

Göteborg 151124

Hej!

Vi studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning vård av äldre inom Göteborgs universitet. Det är nu dags för oss att påbörja vår magisteruppsats och det är med den anledningen vi kontaktar Dig. Du har fått det här brevet för att vi vill fråga Dig om det finns en möjlighet för oss att genom Er mottagning komma i kontakt med äldre personer (>75 år) som vårdats hos Er minst en gång inom november månad 2015 och som vill delta i vår forskningsstudie om äldre personers erfarenheter av delaktighet i beslut som tas kring den egna vården.

De allra flesta patienter som vårdas på akut- och olycksfallsmottagningar är äldre. Tidigare forskning visar att äldre patienter upplever att beslut kring val av läkemedel och behandling inte alltid överensstämmer med deras egna önskemål. Orsakerna till detta kan vara många, så som bristande rutiner, hög arbetsbelastning eller att den äldre patienten inte inbjuds att medverka och därigenom få möjlighet att påverka sin egen vård. Kunskap saknas om hur äldre patienter på akut- och olycksfallsmottagningar upplever delaktighet och information i stöd att fatta viktiga beslut. Vi vill med den här studien lära oss mer om äldre patienters egna upplevelser av att vårdas på akut- och olycksfallsmottagningar med på fokus på erfarenheter av delaktighet i beslut som tas kring den egna vården. Upplever de äldre själva att beslut fattas som inte stämmer överens med de egna önskemålen samt att de inte får likvärdig vård som andra patienter?

Om Du har några funderingar kring vår studie så går det givetvis bra att kontakta oss för frågor. Vi ser fram emot ett svar från Dig.

Vänliga hälsningar

Student

Zabi Azizi  
gusazira@student.gu.se  
0763-11 57 18

Handledare

Hanna Falk  
hanna.falk@neuro.gu.se  
0760-47 68 88

Student

Pernilla Rönntoft  
gusronntpe@student.gu.se  
0723-01 24 45

## Bilaga 2

### FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

#### Bakgrund

De allra flesta patienter som vårdas på akut- och olycksfallsmottagningar är äldre. Tidigare forskning visar att äldre patienter upplever att beslut kring val av läkemedel och behandling inte alltid överensstämmer med deras egna önskemål. Orsakerna till detta kan vara många, så som bristande rutiner, hög arbetsbelastning eller att den äldre patienten inte inbjuds att medverka och därigenom få möjlighet att påverka sin egen vård. Kunskap saknas om hur äldre patienter på akut- och olycksfallsmottagningar upplever delaktighet och information i stöd att fatta viktiga beslut. Vi vill med den här studien lära oss mer om äldre patienters egna upplevelser av att vårdas på akut- och olycksfallsmottagningar med på fokus på erfarenheter av delaktighet i beslut som tas kring den egna vården. Upplever de äldre själva att beslut fattas som inte stämmer överens med de egna önskemålen samt att de inte får likvärdig vård som andra patienter?

#### Syfte

Syftet med den här studien är att öka förståelsen för äldre patienters (>75 år) upplevelser av att vårdas på akut- och olycksfallsmottagningar med fokus på erfarenheter av delaktighet i beslut som tas kring den egna vården.

#### Förfrågan om deltagande

Anledningen till att Du tillfrågas om deltagande i den här studien är att Du har vårdats på en akut- och olycksfallsmottagning på Sahlgrenska Universitetssjukhus, Göteborg vid minst ett tillfälle under november månad 2015.

Dina personuppgifter har vi fått genom att verksamhetschefen på mottagningen har godkänt att vi tillfrågar dig.

#### Hur går studien till?

Om du vill medverka i vår studie så kommer vi att kontakta dig via telefon för att boka in en intervju som tar ca 45 minuter. Du bestämmer själv var intervjun ska hållas. Vid intervjun kommer vi att ställa ett antal öppna frågor om dina egna upplevelser av delaktighet och information i samband med din vårdtid på en akut- och olycksfallsmottagning.

#### Vilka är riskerna?

Vi ser inga risker med att delta i studien.

#### Finns det några fördelar?

Den ökade kunskapen om äldre patienters egna upplevelser av delaktighet och information som studien kommer att generera kommer att återföras till verksamheten och det är vår

förhoppning att ett förbättringsarbete kommer att utföras när fakta finns presenterade. Tanken med studien är att få kunskap om den äldre personens egna erfarenheter kring beslut som fattas om den egna vården. Detta för att få en fördjupad kunskap om vart bristerna finns för att på så sätt kunna anpassa och ge en likvärdig vård utifrån den äldre personens önskemål. För dig personligen innebär studien inte några direkta fördelar.

## **Hantering av data och sekretess**

Den insamlade datan kommer att förvaras inlåsta så att ingen obehörig får tillgång till informationen. Det skriftliga materialet kommer att koda med en siffra så därmed kommer inga personuppgifter att vara synliga tillsammans med din information som du berättar för oss.

Allt inspelat samt nedskrivet material kommer att förstöras när studien är avslutad. Studiens resultat kommer slutligen att presenteras i ett skriftligt arbete. Inga personuppgifter kommer där att finnas presenterade.

## **Hur får jag information om studiens resultat?**

Du har rätt att ta del av studiens resultat om du så önskar. Detta kan du göra genom att kontakta de ansvariga för studien.

## **Försäkring, ersättning**

Ingen ersättning utgår för medverkan i studien.

## **Frivillighet**

Deltagandet i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att du behöver uppge någon orsak till detta. Om du inte vill delta i studien eller ifall du önskar avbryta studien kommer detta inte på något sätt att påverka dig när du behöver uppsöka vård i framtiden. Om Du ändrar Dig under studiens gång går det bra att kontakta de ansvariga för studierna.

## **Ansvariga för studien**

Student

Zabi Azizi  
gusazira@student.gu.se  
0763-11 57 18

Student

Pernilla Rönntoft  
gusronntpe@student.gu.se  
0723-01 24 45

Handledare

Hanna Falk  
hanna.falk@neuro.gu.se  
0760-47 68 88

## Bilaga 3

### **Samtycke till deltagande i intervjustudie för att öka förståelsen för äldre patienters upplevelser av att vårdas på akut- och olycksfallsmottagningar med fokus på erfarenheter av delaktighet i beslut som tas kring den egna vården.**

Undertecknad har tagit del av den skriftliga informationen som getts och har även haft möjlighet till att ställa kompletterande frågor.

Mitt deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att någon förklaring behöver ges.

Jag samtycker till att delta i studien och att mina personuppgifter behandlas.

Namnunderskrift:

.....

Namnförtydligande:

.....

Ort/datum:

.....

## **Bilaga 4**

### **INTERVJUGUIDE**

#### **BESÖKET PÅ AKUTEN**

1. Du har ju varit inneliggande på akuten rätt nyligen? Kan du berätta för mig hur det gick till när du hamnade där?
2. När du var där på akuten, lyssnade personalen på hur du ville ha det? Både i stort och smått?
3. Lyssnade personalen på Dina anhöriga som var med dig?
4. Hur uttrycktes det att personalen lyssnade på och/eller Dina anhöriga? Vad gjorde de som fick dig att känna att de lyssnade på dig/er?
5. Vad hade du för förväntningar på vården på akutavdelningen?

#### **ANAMNES**

1. Vad har du för besvär med hälsan?

#### **SYNEN PÅ ÄLDRE**

1. Hur tycker du att äldre personer bemöts på sjukhuset?
2. Har du något exempel på när du bemöts på ett bra sätt?
3. Har du något exempel på när du bemöts på ett dåligt sätt?
4. Många äldre upplever att de behandlas annorlunda än yngre patienter. Har du någon gång funderat på ifall man behandlar dig annorlunda därför att du är äldre?