



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ÄLDRE PERSONERS UPPLEVELSER I SAMBAND MED UTSKRIVNING FÖLJT AV EN TÄT ÅTERINLÄGGNING

Thomas Apelgren
Terése Johansson

Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot medicinsk vård/Examensarbete i omvårdnad OM5360
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2016
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Eva Jakobsson Ung

Titel (svensk):	Äldre personers upplevelser i samband med utskrivning följt av en tät återinläggning
Titel (engelsk):	Elderlys' experiences of being discharged from the hospital followed by a close readmission
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot medicinsk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2016
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Eva Jakobsson Ung
Nyckelord:	äldre personer, utskrivning, återinläggning, personcentrering, kvalitativ metod, innehållsanalys

Sammanfattning:

Bakgrund: Äldre personer som vårdas på sjukhus kan ha en mångfacetterad problembild med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Återinläggningar är ett problem som är vanligt hos äldre. Upp emot 20 procent av de äldre patienterna som skrivs ut från sjukhus i Sverige återinläggs inom 30 dagar. Att vara inneliggande på sjukhus innebär risk att drabbas av vårdskador så som trycksår, fallskador och vårdrelaterade infektioner. Att som patient och närstående vara delaktig i planeringen är av betydelse vid utskrivning från sjukhus. Genom att applicera ett personcentrerat synsätt med utgångspunkt från patientens perspektiv och upplevelser kan denne ses som en person vilket kan medföra ökad delaktighet.

Syfte: Att beskriva äldre personers upplevelser i samband med utskrivning från sjukhus följt av en tät återinläggning.

Metod: I studien har en kvalitativ ansats med ostrukturerade djupintervjuer använts. Sex personer över 75 år som blivit återinlagda på sjukhus inom 30 dagar intervjuades. Som analysmetod användes en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Resultat: Analysen av äldre personers upplevelser i samband med återinläggning följt av en tät återinläggning resulterade i fyra huvudkategorier. *Tryggt att vara i andras händer* karaktäriseras av tilltro till andra och stöd av andra. Att *leva i nuet* fokuserar på insikten i vara gammal och att ha tilltro till sig själv. *Minskat självbestämmande* kännetecknas av att andra bestämmer och att tvingas förhålla sig till andra. *Otryggt på sjukhuset* utmärks av bristande information, av att ej vara redo för hemgång och att känna sig utsatt.

Slutsats: De äldre personerna hyser en önskan om att leva i nuet och sätter tilltro till sig själva. Förväntningar och livsföring anpassas utifrån hälsotillståndet för att uppnå balans i tillvaron. Äldre ser ofta försämring som en del i det naturliga åldrandet. Närstående har en betydande roll och stor tilltro sätts till dessa samtidigt som de fattar avgörande beslut åt de äldre. Vistelsen på sjukhus kan hos de äldre upplevas som otrygg vilket kan bero på bristande information och en känsla av utsatthet. Upplevelser av otrygghet kan minskas genom att

tillämpa ett personcentrerat synsätt. För att minska återinläggningar hos de äldre krävs troligtvis att personcentrerad vård kompletteras med ytterligare åtgärder.

Nyckelord: äldre personer, utskrivning, återinläggning, personcentrerad vård, kvalitativ metod, innehållsanalys

Abstract

Background: Elderly who are admitted at the hospital can have a multifaceted scenario with chronic illnesses and disabilities. Readmission is a common problem amongst the elderly. Approximately 20 percent of the elderly patients discharged from hospitals in Sweden are readmitted within 30 days. Being admitted in the hospital involves risks of healthcare associated injuries such as pressure ulcers, falls and nosocomial infections. It is important that both the patient and closely related persons are involved in the planning at hospital discharge. By applying a person-centred approach based on the patient's perspective and experiences, he or she can be seen as a person which may result in increased participation.

Aim: To describe elderly's experiences of being discharged from the hospital followed by a close readmission.

Method: The study has a qualitative approach and unstructured interviews were used. Six persons over 75 years of age who had been readmitted to hospital within 30 days were interviewed. A qualitative content analysis with an inductive approach was used as method of analysis.

Results: The analysis of elderly's experiences of being discharged from the hospital followed by a closely readmission resulted in four main categories. *Being safe in the hands of others* is characterised by trust in others and support of others. *To live in the present* focus on insight of being old and to have confidence in oneself. *Reduced self determination* is characterised by others making decisions and being forced to relate to others. To be *insecure at the hospital* is featured by lack of information, not being ready for discharge and feeling vulnerable.

Conclusion: The elderly have a desire to live in the present and they put faith in themselves. Expectations and the daily life are adjusted according to the state of health in order to achieve balance in life. Elderly often perceive the degradation as part of the natural aging process. Closely related persons have a significant role and there is great faith put in these while they are making crucial decisions for the elderly. The elderly may experience the stay in hospital as insecure which may be due to lack of information and a sense of vulnerability. Feelings of insecurity can be reduced by applying a person-centred approach. To reduce readmissions of the elderly it is most likely that person-centred care is needed to be complemented by additional actions.

Key words: elderly, discharge, readmission, person-centredness, qualitative method, content analysis

Förord

Vi vill tacka samtliga deltagare i studien för att vi fick ta del av era upplevelser. Ni har gett oss en större insikt om hur det är att vara äldre och vårdas på sjukhus. Ytterligare vill vi tacka vår fantastiska handledare Sofie Jakobsson som under studiens gång bidragit med ovärderligt stöd och glada tillrop. Tack för att du har trott på oss! Slutligen vill vi tacka våra familjer som har stått ut med oss och visat tålamod och förståelse under denna period. Vi är medvetna om att vi inte varit de roligaste människorna att umgås med alla gånger men vi hoppas att det nu blir bättre.

/Thomas och Terése

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Ökande antal äldre	2
Hälsan hos den äldre.....	3
Frekvens av återinläggningar.....	4
Tidigare forskning	6
Riskfaktorer som kan leda till återinläggning.....	6
Upplevelser i samband med utskrivning och återinläggning	7
Åtgärder för att förhindra återinläggning.....	8
Behovet av samordnad vård	9
Teoretiska utgångspunkter.....	10
Personcentrering	10
Personcentrerad vård i praktiken	12
Problemformulering	14
Syfte	15
Metod	15
Metodologiska utgångspunkter.....	15
Urval	17
Datainsamling.....	18
Dataanalys	18
Etiska överväganden.....	19
Resultat.....	21
Tryggt att vara i andras händer	21
Tilltro till andra	22
Stöd av andra.....	22
Leva i nuet	23
Insikt i att vara gammal.....	23
Tilltro till sig själv.....	25
Minskat självbestämmande.....	26
Andra bestämmer	26
Tvingas förhålla sig till andra	27
Otryggt på sjukhuset	28
Bristande information	28

Ej redo för hemgång.....	28
Att vara utsatt.....	29
Diskussion	30
Metoddiskussion.....	30
Resultatdiskussion	35
Slutsats	41
Kliniska implikationer.....	42
Förslag till fortsatt forskning.....	42
Referenslista	43
Bilaga 1, forskningspersoninformation	
Bilaga 2, kvalitativ innehållsanalys enligt Philip Burnard	

Inledning

Varje sjukhusvistelse, och därmed varje återinläggning, innebär en risk för funktionsförsämring eller andra komplikationer såsom fall, vårdrelaterade infektioner, förvirringstillstånd, trycksår, ogynnsamma läkemedelseffekter eller död. Vid in- och utskrivning från slutenvård finns också en risk att medicinska fel inträffar på grund av brister i informationsöverföringen mellan vårdaktörer, till exempel mellan sjukhus och primärvård eller kommun (Gillick, Serrell & Gillick, 1982; Marengoni et al., 2011, Sveriges Kommuner och Landsting, 2015).

Framförallt äldre patienter är utsatta för risk då dessa är mer sårbara och i större utsträckning befinner sig i beroendeställning (Forster et al., 2004; Rydeman & Törnkvist, 2006). Äldre människor är ofta sköra och kan ha en mångfacetterad problembild med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Dagens alltmer specialiserade sjukvård är sällan anpassad till att tillgodose den äldre patientens behov som ofta är komplexa. Detta är något som gör att återinläggningar kan anses vara negativa och riskabla för den äldre personen och dennes hälsa (Condelius, Edberg, Jakobsson & Hallberg, 2008).

Inom hälso- och sjukvården är återinläggningar ett problem som är vanligt hos äldre multisjuka personer. Det har påvisats att upp emot 20 procent av de äldre patienterna som skrivits ut från sjukhus i Sverige återinläggs inom 30 dagar (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015). I flera studier har det framkommit att en hög ålder är en vanlig riskfaktor för återinläggning. Andra faktorer som innebär en ökad risk för återinläggning är bland annat kronisk sjukdom, förvärring av redan existerande tillstånd, nedsatt funktionellt status, undernäring och brist på socialt stöd (Craven & Conroy, 2015; Dilworth, Higgins & Parker, 2012; Silverstein, Qin, Mercer, Fong & Haydar, 2008).

Att som patient och närstående vara delaktig i planeringen är en vital faktor vid utskrivning från sjukhuset (Ulin, Olsson, Wolf & Ekman, 2015). Det har dock framkommit att de äldre ofta upplever en brist på detta. Ofta är det vårdpersonalen som bestämmer vad som anses vara bäst för patienten och det är många gånger som varken patient eller anhörig tillfrågas och görs delaktiga i planeringen (Congdon, 1994; Craven et al., 2015).

Samtidigt som det finns en mängd olika anledningar till återinläggning så finns det få studier där äldre personers upplevelser i samband med utskrivning från sjukhus följt av en tät återinläggning beskrivs och hur de upplever sin livssituation.

Bakgrund

Ökande antal äldre

Antalet äldre i befolkningen, i Sverige såväl som internationellt, ökar och kommer fortsätta göra så i framtiden. År 2006 var antalet invånare i Sverige som var 75 år eller äldre enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) 833 208 stycken, år 2014 hade denna siffra vuxit till 866 502. Enligt SCBs prognoser kommer antalet år 2025 ökat till 1 035 833 vilket innebär en ökning med 19 procent på 10 år. Enligt SCB är ungefär 20 procent av Sveriges befolkning 65 år eller äldre, 2030 förväntas denna siffra ökat till runt 25 procent. Den återstående medellivslängden vid 65 år ålder har ökat och kommer fortsätta öka i framtiden. 1960 var återstående medellivslängden vid 65 års ålder 13,7 år för män och 15,3 för kvinnor. Fram till 2014 har denna ökat till 18,9 år respektive 21,5 år. Enligt SCBs prognoser kommer den återstående medellivslängden vid 65 års ålder år 2060 vara 23,7 år för män och 25,4 år för kvinnor (Statistiska Centralbyrån, 2015a; Statistiska Centralbyrån, 2015b).

Den största orsaken till att medellivslängden ökat en minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar. En annan bidragande orsak till den ökade medellivslängden är att dödligheten i cancersjukdomar har minskat trots att insjuknandet har ökat. De vanligaste dödsorsakerna i Sverige de senaste åren är hjärt- kärlsjukdomar och cancer följt av stroke (Folkhälsomyndigheten, 2014).

De äldre står för en majoritet av de akuta sjukhusinläggningarna och denna befolkningsgrupp ökar i förhållande till övrig befolkning. Det framkommer att de äldre är de som är bäst lämpade att återge en övergripande bild av sitt hälsotillstånd och sina upplevelser av hälso- och sjukvård (Themessl-Huber, Hubbard & Munro, 2007).

Hälsan hos den äldre

Hälsa är ett subjektivt och dynamiskt fenomen som av äldre personer beskrivs i termer så som harmoni och balans mellan olika komponenter (Ebrahimi, Wilhelmson, Moore & Jakobsson, 2012). Dessa komponenter består av att kunna bemästra det dagliga livet, uppleva att kroppen fungerar av sig själv, vara glad och nöjd med sin existens, vara uppskattad och känna sig vara del av en helhet. Att uppleva hälsa baseras hos äldre på deras upplevelser av att befinna sig i harmoni och balans här och nu i relation till tidigare sammanhang och i relation till sina egna intressen och vanor. Om balansen mellan komponenterna rubbas så kan känslan av ohälsa infinna sig. För att kunna behålla balansen så måste äldre hela tiden anpassa sina förväntningar gällande sin livssituation över tid. Att befinna sig i ett tillstånd av harmoni och balans är i allra högsta grad individuellt. Därav är det av yttersta vikt att fokusera på varje individuell livssituation hos de äldre för att belysa de faktorer som hjälper dem att uppnå harmoni, balans och därmed välbefinnande i deras dagliga liv (Ebrahimi et al., 2012).

Enligt Socialstyrelsen (2009) har andelen av Sveriges äldre som upplever sitt hälsotillstånd som gott ökat de senaste åren. Samtidigt har andelen av de äldre som har en långvarig sjukdom ökat men andelen som anser att de i sitt dagliga liv hindras eller påverkas av sjukdom eller andra besvär har minskat. Detta skulle enligt Socialstyrelsen (2009) kunna bero på ökade möjligheter till bostadsanpassning och hjälpmedel samt mer effektiva behandlingsmetoder. Andelen av de äldre över 85 år som behöver någon form av hjälpmedel för att förflytta sig är 64 procent för kvinnor och 51 procent för män. Sedan slutet av 1980-talet har andelen av de äldre med nedsatt rörelseförmåga minskat. När det gäller hörselnedsättning bland äldre kvinnor rapporterar 28 procent mellan 75 och 84 år att de på grund av nedsatt hörsel har problem att höra samtal mellan flera personer, motsvarande siffra för männen är 40 procent. För de som är 85 år eller äldre är siffrorna 53 procent respektive 58 procent (Socialstyrelsen, 2009).

Oro, ängslan och sömnsvårigheter är vanligt bland de äldre och i gruppen över 85 år uppger så många som 33 procent av kvinnorna och 20 procent av männen att de besväras av ängslan, ångest eller sömnsvårigheter (Socialstyrelsen, 2009).

Det finns nästan 1,7 miljoner människor i Sverige idag som är 65 år och äldre. Av dessa är cirka 300 000, motsvarande 18 procent, svårt sjuka och har nedsättningar i sitt funktionstillstånd relaterat till åldrande, skada eller sjukdom (Socialstyrelsen, 2011).

Frekvens av återinläggningar

Genom att fler äldre och sjuka behandlas och överlever sina akuta sjukdomstillstånd leder det till ett ökat antal kroniskt sjuka med ett komplext vårdbehov (Crimmins, 2004). Inom slutenvården uppgår medelåldern hos patienterna vid flera kliniker till cirka 75 år (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, 2003). Att vårdas på sjukhus, även för mindre allvarliga åkommor, innebär risker och kan leda till bestående försämring av den äldres funktionella status. En följd av detta är ett ökat beroende och en försämrad livskvalitet (Gillick et al., 1982; Marengoni et al., 2011; Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, 2003, Sveriges Kommuner och Landsting, 2015).

Hur återinläggning definieras i olika studier är något som skiljer sig åt. De flesta studier tycks enbart inkludera oplanerade återinläggningar (Silverstein et al., 2008; Stäck, Forsberg, Högberg, Werr & Edgren, 2012). Antalet dagar kan skilja sig åt från studie till studie. I USA används för det mesta en tidsram på 30 dagar jämfört mot i England där 28 dagar är mer vanligt (Wong, Cheung, Leung, Yam, Chan, Wong & Yeoh, 2011). I vissa studier undersöks även återinläggningsstatistiken inom 90 dagar (Huang & Liang, 2005; Stäck et al., 2012). Många studier utesluter återinläggning inom ett dygn för att på så sätt undvika att ett klinik- eller sjukhusbyte inom samma vårdtillfälle räknas som återinläggning (Jencks, Williams & Coleman, 2009; Silverstein et al., 2008).

Återinläggningsfrekvensen som redovisas i olika studier varierar kraftigt. I en retrospektiv kohortstudie gjord i USA granskades patienter som var 65 år och äldre och inlagda på sju olika akutsjukhus under en två-årsperiod (Silverstein et al., 2008). Bland dessa patienter sågs det att 12 procent blev återinlagda inom en period på 30 dagar efter utskrivning från sjukhuset.

I en studie genomförd i USA har återinläggningsfrekvensen granskats under ett års tid för alla patienter inlagda på 4 923 sjukhus. Över 13 miljoner patienter ingick i studien och det visade sig att 20 procent av dessa blev återinlagda inom 30 dagar och 34 procent inom 90 dagar. Större delen av återinläggningarna (84 procent bland de patienter som initialt blev utskrivna för medicinska sjukdomstillstånd och 73 procent bland de patienter som blev utskrivna för kirurgiska åkommor) kunde tillskrivas medicinska diagnoser. I denna studie var planerade återinläggningar medräknade och dessa uppskattades till runt 10 procent av samtliga återinläggningar (Jencks et al., 2009).

En studie genomförd i Hong Kong (Wong et al., 2011) undersöktes bland annat återinläggningsfrekvensen för patienter som blivit vårdade för någon av följande tio diagnoser; maligna tumörer, hjärtsjukdom, cerebrovasculära sjukdomar, lunginflammation, skada och förgiftning, njurinflammation och nefrotiskt syndrom, diabetes, kronisk leversjukdom och cirros, sepsis eller aortaaneurysm. Den totala återinläggningsfrekvensen låg på 17 procent inom 30 dagar. Det framkom att de patienter som skrevs ut till äldreboenden hade en högre risk för återinläggning jämfört mot de som skrev ut till hemmet. Återinläggningsfrekvensen skiljde sig åt för de olika diagnoserna och författarna till studien rekommenderar att det tas fram mer sjukdomsspecifika vårdprogram för att förbättra kvaliteten på vården samt att det läggs mer fokus på utskrivningsplaneringen för att minska risken för återinläggningar (Wong et al., 2011).

I en rapport nyligen sammanställd av Sveriges Kommuner och Landsting (2015) framkommer det att upp mot 20 procent av de äldre patienterna som vårdats på sjukhus i Sverige blir återinlagda inom en månad. Ytterligare framgår det i rapporten att de äldre som hamnar på sjukhus vistas i en miljö fylld av risker. Vårdskador så som trycksår, fallskador, förvirring och vårdrelaterade infektioner drabbar inte sällan äldre inneliggande patienter vilket kan medföra oönskade konsekvenser (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015).

En svensk studie genomförd i Stockholms läns landsting granskade samtliga vårdhändelser, såväl slutenvård som öppenvård, mellan 2007 och 2010 för personer över 18 år. Totalt sett inkluderades 139 007 patienter som tillsammans hade 283 960 vårdinläggningar. Av dessa så

bestod 20 procent av oplanerade återinläggningar inom 90 dagar. Vid granskning av populationen 65 år och äldre var återinläggningsfrekvensen 21 procent (Stäck et al., 2012).

Tidigare forskning

Riskfaktorer som kan leda till återinläggning

Det finns ett flertal kvantitativa studier genomförda avseende återinläggning av äldre patienter på sjukhus där det bland annat har undersökts vilka riskfaktorer som föreligger (Craven et al., 2015; Silverstein et al., 2008). I en litteraturoversikt av Craven et al. (2015) granskas nio studier avseende återinläggningar där både riskfaktorer och åtgärder för att förhindra återinläggningar studeras. Riskfaktorer som framkom var en hög ålder, både som enskild faktor men även i relation till multisjukdom, tidigare falltrauma, användning av flera läkemedel och nedsatt nutritionsstatus. Ytterligare riskfaktorer var nedsatt funktionellt status, kognitiv nedsättning, depression, undernäring samt brist på socialt stöd. I Silversteins et al. (2008) studie framkom det att några riskfaktorer som kan förutsäga återinläggning bland annat var en ålder på 75 år och äldre, utskrivning till hemmet med hemsjukvård eller utskrivning till ett särskilt boende.

I en studie av Dilworth et al. (2012) poängteras det att det finns en mängd olika riskfaktorer för återinläggningar på sjukhus så som till exempel kronisk sjukdom, förvärring av redan existerande tillstånd, negativ läkemedelspåverkan och sociala faktorer såsom ingen inkomst. Några av de vanligaste sjukdomarna som kan förutsäga att en äldre människa blir inlagd på sjukhus är hjärtsvikt, en aktiv malignitetssjukdom, kronisk obstruktiv lungsjukdom, långt gången njursvikt samt dysfagi.

Äldre människor som blir inlagda på sjukhus har en nedsatt hälsostatus och bör inte vara inneliggande längre tid än nödvändigt (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015). I en studie av Sheppard, Rathgeber, Franko, Treppel, Card och Neudorf (2001) framkommer det dock att äldre patienter ofta vårdas på akutsjukhus fler dagar än vad de egentligen behöver. Slutsatsen i studien var att en av fyra patienter stannar ungefär två dagar extra på sjukhuset och under dessa dagar är de inte i behov av akuta insatser. Övervägande delen av dessa patienter var äldre, kvinnor samt kognitivt nedsatta. Vidare belyser Sheppard et al. (2001) att dessa extra dagar som patienten stannar på sjukhuset inte medför en lägre återinläggningsstatistik inom

30 dagar och det förändrar inte heller patientens hälsostatus. Det som framkommer är att behovet av vård efter utskrivningen från sjukhuset, såsom kommunal vård eller vård på särskilt boende, är stort. Av de patienter som stannade extra dagar på sjukhuset så hade 80 procent av dessa ett förändrat vårdbehov och behövde förändrade insatser efter utskrivningen innan de kunde åka ifrån sjukhuset.

Upplevelser i samband med utskrivning och återinläggning

I en kvalitativ studie utförd i Australien har det framkommit att orsaken till återinläggning på sjukhus var relaterad till den vård som patienterna fick under sitt första sjukhusbesök och att de var oförberedda på hemgång. Deltagarna i studien upplevde att tiden efter utskrivning karakteriserades av dålig kommunikation och bristfällig rådgivning från sjukvården vilket föranledde en oundviklig återinläggning (Dilworth et al., 2012).

I en studie av Andreasen, Lund, Aadahl och Sørensen (2015) undersöks det hur äldre personer upplever det dagliga livet en vecka efter utskrivning från sjukhus. Det framkommer att övergången från sjukhus till hemmet många gånger upplevdes som otrygg och besvärlig. Det fanns flera olika faktorer som påverkade hur väl deltagarna mårde i det dagliga livet efter sjukhusvistelsen. Kontakten med sjukvårdssystemet var en bidragande orsak till frustration och osäkerhet och deltagarna inte kunde lita på att de fick den information de behövde. Även fysisk nedsättning, ensamhet och inaktivitet påverkade välbefinnandet. Till stor del kunde deras välmående förklaras av huruvida deras behov blev mötta och hur de upplevde sina liv och utmaningar. Utifrån resultatet av studien poängterar Andreasen et al. (2015) att åtgärder som syftar till att se hela människan och inte bara de fysiska besvären bör sättas in vid utskrivning från sjukhus. Även psykologiska och sociala aspekter, så som oro och ensamhet, bör tas i beaktande. Patienten själv bör bli mer delaktig i sin vård och målsättningar i samband med utskrivning.

Äldre patienter möter ofta ett komplext vårdssystem där olika parter är inblandade. För att kunna erhålla en effektiv fortgående planering för patienten krävs en god samordning och planering mellan professioner från olika organisationer samt så bör patienten och närstående också göras delaktiga i planeringen (Congdon, 1994; Craven et al., 2015; Rydeman & Törnkvist, 2006, Ulin et al., 2015). I en rapport (Rydeman & Törnkvist, 2006) om den äldre patientens utskrivning från slutenvården framkommer det att vårdpersonalen inte alltid lyckas

med att göra patienten delaktig. Fortsatt så visade sig bristande samverkan och korta vårdtider resultera i många akutbesök och återinläggningar med långa vårdtider. Många äldre och deras närstående upplevde även en otrygghet i och med utskrivning och det var inte alltid som hemgång tycktes vara det bästa men andra lösningar saknades.

Åtgärder för att förhindra återinläggning

I Taiwan har det genomförts en randomiserad studie med patienter över 65 år som drabbats av höftfraktur till följd av fall. I interventionsgruppen upprättades en detaljerad utskrivningsplan, patienten fick riktad information angående höftfrakturer och fallriskprevention, det ordnades med insatser i hemmet och uppföljning via telefon och hembesök. Återinläggningsfrekvensen inom 90 dagar var 6,3 procent för de patienter som ingick i interventionsgruppen och 20,6 procent för patienterna i kontrollgruppen som inte fick någon riktad utskrivningsinformation och inga uppföljande telefonsamtal eller hembesök (Huang et al., 2005).

Craven et al. (2015) har i sin systematiska litteraturoversikt bland annat fokuserat på åtgärder för att förhindra återinläggningar på sjukhus för äldre människor. Åtgärder som kan vidtas för att försöka förebygga återinläggningar är bland annat en strukturerad och skräddarsydd utskrivningsplanering vilket även medför att patienten blir mer nöjd. Stöd och support efter utskrivning i form av telefonsamtal och uppföljande hembesök kan tillsammans med andra åtgärder förebygga återinläggning. Hos äldre människor är undernäring vanligt förekommande och detta ökar risken för återinläggning. Genom att optimera näringsintaget hos äldre som varit ineliggande på sjukhus, genom till exempel förskrivning av näringsdrycker, bidrar detta till ett snabbare tillfrisknande vilket i sin tur leder till minskad risk för återinläggning. Isolerade åtgärder som sätts in för att minska risken för återinläggning är inte lika effektiva som när flertalet åtgärder sätts in (Craven et al., 2015).

Utifrån data i Silversteins et al. (2008) studie så har det utvecklats en modell som kan användas för att förutsäga risken för återinläggning av äldre patienter där hänsyn har tagits till en mängd olika variabler så som demografiska variabler, hälsosystem och komorbiditet. Modellen rekommenderas att användas tidigt i vårdförloppet för att på så sätt kunna sätta in åtgärder för att förbättra äldre patienters transition från sjukhuset till hemmet eller särskilt boende (Silverstein et al., 2008).

Behovet av samordnad vård

På grund av den förväntade ökningen av äldre personer med behov av vård och omsorg genomfördes 1992 Ädelreformen (Socialstyrelsen, 2006). Denna syftade till att kommunerna skulle ges förutsättningar att förbättra vården av äldre och funktionsnedsatta vad beträffade valfrihet, trygghet och integritet. De äldre och funktionsnedsatta skulle själva få bestämma hur de ville bo och vilken vård och andra insatser de ville ha. Detta innebar att personer skulle få, om de så önskade, bo kvar hemma även om de hade ett stort vårdbehov. Reformen ledde också till att kommunerna övertog driften av exempelvis gruppboenden och dåvarande sjukhem. I och med Ädelreformen blev kommunerna betalningsansvariga för färdigbehandlade patienter som vårdades av andra vårdgivare, exempelvis landsting (Socialstyrelsen, 2006).

Fem år efter det att Ädelreformen genomfördes hade antalet slutenvårdsplatser på landets sjukhus minskat med 40 procent och antalet platser har fortsatt sjunka under 2000-talet, främst inom den geriatriska vården där 25 procent av slutenvårdsplatserna försvann mellan år 2001 till 2005. (Socialstyrelsen, 2006). Medelvårdtiden inom slutenvård i Sverige för patienter mellan 75 och 84 år har mellan 2004 och 2014 minskat med 1 dag, från 7,03 till 6,03. För patienter 85 år eller äldre har den minskat från 7,48 till 6,74 (Kommun- och landstingsdatabasen [Kolada], 2015).

En lagändring i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) trädde i kraft 2010 och har som syfte att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Patienternas behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Verksamhetscheferna ansvarar för att en fast vårdkontakt ska utses för de patienter som anses behöva detta för att få sina behov tillgodosedda eller för de patienter som själva önskar detta. Denna vårdkontakt behöver inte tillhöra hälso- och sjukvårdspersonal utan kan även utgöras av administrativ personal (Socialstyrelsen, 2012). I en uppföljning som Socialstyrelsen (2012) gjorde avseende införandet av lagändringen framkommer det att de äldre samt multisjuka är patientgrupper som ofta har ett större behov av samordning och skulle dra nytta av en fast vårdkontakt. Ungefär 40 procent av vårdcentralerna och sjukhusklinikerna uppger i uppföljningen att de har tilldelat patienter en fast vårdkontakt. Inom hemsjukvården är motsvarande siffra 30 procent av alla kommuner. Mycket få verksamheter har haft patienter som själva begärt att de

ska få en fast vårdkontakt vilket enligt Socialstyrelsen kan härledas till att informationen runt detta varit bristfällig (Socialstyrelsen, 2012). I januari 2015 antogs den nya patientlagen (SFS 2014:821) som poängterar patientens rätt till information, självbestämmande och delaktighet gällande sin vård. Patientlagen har som syfte att stärka och belysa patientens position och bidra till integritet, självbestämmande och delaktighet.

Sveriges Kommuner och Landsting (2012) påtalar att det är av yttersta vikt att låta människor få åldras i trygghet och självbestämmande och att det alltid ska finnas tillgång till god vård där patienten är delaktig. De sjuka äldre har ofta behov av vård från flera olika instanser som akutsjukvård, primärvård och äldreomsorg vilket kan leda till svårigheter att upprätthålla en samordnad vård. Detta kan leda till ökad risk för akut inläggning på sjukhus (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012).

Teoretiska utgångspunkter

Personcentrering

Utgångspunkten i föreliggande studie är att det är personen med dess resurser som ska vara i fokus för vården snarare än den sjuka patienten. Längre inom sjukvården blev patienten objektifierad och reducerad till sin sjukdom. Genom att istället applicera ett personcentrerat synsätt kan patienten ses som en person med utgångspunkt från dennes perspektiv och upplevelser av sin situation. Patienten ska vara delaktig och inkluderas i alla delar av sin egen vård och patientens egna resurser ska tillvaratas. Med ett personcentrerat synsätt eftersträvas att patienten ska bli sedd, hörd och bekräftad oavsett kognitiva förmågor (Ekman et al., 2011; Kristensson Ugglå, 2014).

Personcentrering syftar till att främja hälsa definierad av den enskilda personen. Personens egna upplevelser, tolkningar och strategier ska inte förminskas i mötet med vårdpersonal. Begreppet personcentrerad uppkom initialt inom psykologin och spreds sedermera till äldreomsorgen. Det var psykologen Carl Rogers som i mitten av 1900-talet använde begreppet "Client-centred psychotherapy" som han senare utvecklade till "person-centred" för att beskriva företeelser som mellanmänskliga relationer och personlighet. Rogers framhävde att personen som söker hjälp ska ses som expert på sig själv och terapeuten har som roll att främja klientens självinsikt (Edvardsson, 2010). Begreppet personcentrerad fick genomslagskraft under 1990-talet när Tom Kitwood började använda det inom demensvården.

Han betonade att personen fanns bakom demenssjukdomen med alla dess symtom och att vården syftade till att se denna person. På så sätt kan personens värdighet bibehållas. Tom Kitwood var verksam i Storbritannien och därifrån spred sig användandet av personcentrerad omvårdnad till andra länder (Edvardsson, 2010).

Personcentrering har sin grund i personalism. Denna filosofi fokuserar på *vem* en människa är som person snarare än *vad* hon är. Genom att människan berättar vem hon är istället för att beskriva vad hon är tydliggörs den personliga identiteten (Kristensson Ugglå, 2014). Den franske filosofen Paul Ricoeur (1913-2005) beskrev individen som en kapabel människa, *homo capax*, med en inneboende kraft av kapacitet och resurser (Ricoeur & Backelin, 2011). Inom personalismen betonas att människan är fri och autonom men samtidigt ömsesidigt beroende av andra. Varje person skapas och utvecklas i relation till andra personer genom att varje personlig erfarenhet skapas i interaktion med andra (Ekman & Norberg, 2013). Fortsatt beskriver Ekman och Norberg (2013) en person som en varelse med självkänedom, självrespekt och värdighet med kapacitet att medverka i beslutsfattande.

McCormack (2004) har identifierat fyra kärnbegrepp inom personcentrering:

- att vara i en relation
- att vara i en social värld
- att vara på en plats
- att ha självkänedom

Att vara i en relation betonar betydelsen av relationer och den interpersonella processen.

Detta innefattar ett partnerskap mellan personen och vårdaren där personens beslut värdesätts och där relationen är jämlik, tillåtande och inte bygger på maktförhållande.

Att vara i en social värld fokuserar på personens plats i den sociala världen och den mening som hon där skapar.

Att vara på en plats understryker vårdmiljöns betydelse. Enligt McCormack (2004) är miljöns betydelse för den personcentrerade omvårdnaden ofta underskattad. Även organisatoriska och

professionella strukturer kan innebära ett hinder för vårdgivaren att till fullo utföra sina moraliska plikter gentemot patienten.

Att ha självkännet handlar om betydelsen av att vårdgivaren är medveten om de värderingar och åsikter han eller hon själv har och hur dessa kan ha betydelse för den vård som patienten erhåller (McCormack, 2004).

Personcentrerad vård i praktiken

I Ekman et al. (2011) framkommer det att personcentrerad vård (PCV) belyser vikten av att känna personen bakom patienten för att på så sätt kunna engagera personen som en aktiv partner i hans eller hennes vård och behandling. Personen är en människa med förmågor, känslor och behov. Utmaningen för vårdpersonalen blir att ta emot det som personen uttrycker på ett sådant sätt att förtroendet stärks och att det går att identifiera resurser för tillfrisknande. När vi blir sjuka så hotas meningen och sammanhanget i vårt livsprojekt. Om patienten ges möjlighet att tydliggöra sig själv som en person i form av en berättelse är detta utgångspunkten för att skapa ett partnerskap i samverkan. Detta partnerskap uppmanar och berättigar patienten att aktivt ta del i att hitta lösningar till sitt problem (Ekman et al., 2011).

I praktiken innebär den personcentrerade vården att ett partnerskap mellan patienten och vårdpersonalen initieras. Patientens förutsättningar ligger till grund för framtida vård och planering. Vården ska planeras med utgångspunkt från personen istället för sjukdomen eller diagnosen. Partnerskapet baseras på en ömsesidig respekt och grundas på patientens berättelse. Genom att erbjuda patienten att skildra sin berättelse förstår patienten att hans eller hennes upplevelser, känslor, uppfattningar och preferenser är av betydelse (Ekman et al., 2011). Den franske filosofen Paul Ricoeur (1913-2005) skrev om att berättandet humaniserar tiden och att berättandet har en läkande effekt. Genom berättelsen får livet och världen gestalt och sammanhang. Om patienten bjuds in att delge sin berättelse kommer det leda till att patientens självförståelse förändras och så även synen på patienten och vårdrelationen (Kristensson Ugglå, 2014).

Utifrån patientberättelsen vidareutvecklas en hälsoplan tillsammans med patienten där ansvaret för vården fördelas och klargörs. Personcentrerad vård startar med ett partnerskap

som bygger på delaktighet och ett gemensamt beslutsfattande och där patienten ses som kompetent. Detta möjliggör att nå de uppsatta målen. Vårdpersonalen har slutligen i uppdrag att dokumentera patientberättelsen samt hälsoplanen vilket ska ge legitimitet åt patientens perspektiv, öka transparensen i samspelet och säkerställa fortsatt vård. Dokumentationen av detta ska ses som lika viktig som fynd från kliniken eller laboratoriet (Ekman et al., 2011).

Ett forskningscentrum, Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC), bildades 2010 och har som mål att stödja och genomföra forskning om PCV. Forskningen som bedrivs syftar till att implementera och utvärdera PCV samt att ta reda på hur långvarig sjukdom upplevs och hanteras (Centrum för personcentrerad vård, 2014).

I en studie av Ulin et al. (2015) användes en PCV-modell vid utskrivningsplanering av patienter med kronisk hjärtsvikt. Den upprättade hälsoplanen innehöll information om hur patienten klarade sina aktiviteter i det dagliga livet samt vilka symtom som patienten erfor innan och i samband med att tillståndet förvärrades. Även planerade undersökningar, behandlingsmål och förväntat utskrivningsdatum dokumenterades i hälsoplanen. Något som även lyftes fram i utskrivningsprocessen var patientens sociala situation och om det eventuellt behövdes mer insatser i hemmet efter utskrivning. Hälsoplanen var under vårdtiden ett levande dokument som regelbundet utvärderades av patienten och vårdpersonalen utifrån symtom, resurser och behandling. För de patienter där PCV-modellen applicerades sågs det att de hade färre vård dagar och att utskrivningsprocessen förbättrades då patienterna själva var delaktiga i planeringen (Ulin et al., 2015).

Fors et al. (2015) lyfter fram att genom att implementera PCV går det att öka tilltron till självkompetens. Lika viktigt som det är med ett gemensamt beslutsfattande så är det att engagera och öka tilltron hos den delaktige patienten. Självkompetens kan ses som en persons tro på att hon eller han besitter förmågan att kunna bete sig på ett sådant sätt att de önskade målen uppnås. En ökad självkompetens och en delaktig patient är några avgörande faktorer för utgången av vården. I studien (Fors et al., 2015) gavs PCV till en randomiserad grupp med patienter som drabbats av hjärtinfarkt samtidigt som kontrollgruppen fick vård efter gällande riktlinjer. Patienterna i interventionsgruppen fick berätta om sina förväntningar, preferenser och mål för behandling och även resurser och hinder för att nå målet och en hälsoplan

upprättades. När patientens medicinska tillstånd ansågs vara stabilt remitterades han eller hon till primärvården som också jobbade utifrån PCV. Patienterna fick vid flera tillfällen skatta sin självkompetens. Resultatet var att fler patienter i interventionsgruppen (22 procent) ökade sin självkompetens efter sex månader jämfört med kontrollgruppen (tio procent). Däremot sågs det ingen statistisk skillnad i de två grupperna avseende återinläggning (Fors et al., 2015).

En studie genomförd med personer över 65 år som drabbats av höftledsfraktur visade det sig att hos den grupp som vårdades med PCV kunde vårdtiden uppmätas till mindre än hälften jämfört med kontrollgruppen som fick traditionell vård. Förutom kortare vårdtid så sågs det även att interventionsgruppen fick färre medicinska komplikationer och att uppkomsten av trycksår var betydligt mindre i denna grupp. Det var ingen deltagare som blev återinlagd inom 30 dagar (Olsson, Karlsson & Ekman, 2006).

Problemformulering

Varje sjukhusvistelse, och därmed varje återinläggning, innebär för patienten en risk att drabbas av funktionsförsämring eller andra komplikationer. Vid in- och utskrivning från slutenvård finns även en risk att medicinska fel inträffar på grund av brister i informationsöverföringen mellan olika vårdaktörer.

Antalet äldre i befolkningen ökar. Tidigare forskning har visat att denna grupp av befolkningen står för en stor del av oplanerade återinläggningar. Då varje sjukhusvistelse innebär risker för den äldre patienten bör dessa undvikas. En viktig faktor i detta är en väl planerad och samordnad vård där patienten i så hög grad som möjligt är delaktig. Ett flertal studier har genomförts där statistisk data har tagits fram och riskfaktorer för återinläggning har identifierats. Däremot finns det få studier som utforskar och beskriver upplevelser hos de patienter som blivit återinlagda på sjukhus efter att nyligen blivit utskrivna. Genom denna studie hoppas vi få en större förståelse och insikt i hur äldre människor upplevde sin livssituation i samband med utskrivning från sjukhus följt av en tät återinläggning.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva äldre personers upplevelser i samband med utskrivning från sjukhus följt av en tät återinläggning.

Metod

Metodologiska utgångspunkter

För att få en större och djupare förståelse för äldres upplevelser av sin livssituation i samband med utskrivning från sjukhus följt av en tät återinläggning så användes det kvalitativa perspektivet i denna studie. Vid kvalitativ forskning riktas uppmärksamheten mot personen. Det som efterfrågas är hur personen tolkar och upplever sin värld. Via språket kan vi ta del av varandras inre världar (Patel & Davidsson, 2011). Enligt Polit och Beck (2012) så mäter och nyttjar det kvantitativa perspektivet vetenskapliga tekniker som kan ge kvantifierbara och även generaliserbara slutsatser. Genom att istället applicera en kvalitativ ansats i detta fallet kan vi ta reda på hur dessa äldre människor upplever sin värld utifrån sina unika förutsättningar och erfarenheter. Sanningen anses i den kvalitativa traditionen finnas i betraktarens ögon. Omvärlden kan ses som komplex och beroende av situation och sammanhang. Forskaren växlar mellan närhet och avstånd och blir i större grad medskapare i forskningsprocessen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Den teknik vi har använt oss av för datainsamling är ostrukturerade djupintervjuer för att på så sätt fånga de äldres individuella upplevelser. Kvale (1997) menar att intervju med stor fördel kan användas för att möta människor som subjekt i deras livsvärld. Vid intervjuer så innehar forskaren en överlägsen makt genom att det bland annat är han eller hon som bestämmer när, var och hur intervjun ska gå tillväga. Intervjun är ett redskap för att få fram text som kan tolkas och det är intervjuaren som har rätt att tolka texterna. Genom att vara medveten om de olika sociala maktförhållanden som kan uppstå vid en intervju kan forskaren förvissa sig om att behålla en etisk korrekthet (Kvale, 2006).

Då syftet med studien var att beskriva personers upplevelser valdes kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats som analysmetod. Med detta avses bearbetning av narrativ och

kvalitativ information (Polit & Beck, 2012). Kvalitativ innehållsanalys syftar till att systematiskt identifiera skillnader, likheter och variationer i olika typer av texter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Texterna kan erhållas från bland annat intervjuer, fokusgrupper, observationer, artiklar och böcker (Kondracki, Wellman & Amundson 2002). Metoden är detaljerad, procedurerna beskrivs och det finns med exempel på tillvägagångssättet (Downe-Wamboldt, 1992). En subjektiv tolkning av både det manifesta och latent innehåll sker genom en systematisk kodningsprocess och teman identifieras. Dessa teman ligger sedan till grund för en sammanställning av materialet samt lyfter fram de essentiella delarna (Drisko & Maschi, 2015; Hsieh & Shannon, 2005). Innehållsanalys kan även vara kvantitativ. Vid kvantitativ innehållsanalys kodas texten i detaljerade kategorier och beskrivs sedan med hjälp av statistik (Hsieh & Shannon, 2005).

En induktiv eller en deduktiv ansats kan användas med en kvalitativ innehållsanalys. Vilken av dessa ansatser som ska användas styrs av syftet med studien. Om det inte finns tillräckligt med tidigare kunskaper om fenomenet eller om kunskapen är ofullständig så rekommenderas den induktiva ansatsen. Kodningen av empiriskt material sker då förutsättningslöst utifrån ej förutbestämda kategorier. En induktiv ansats säkerställer att deltagarnas upplevelser och berättelser överordnas forskarens idéer och teorier. Vid en deduktiv ansats utgår den inledande kodningen från teorier och tidigare kunskap. Syftet med en deduktiv ansats är att testa teorier och jämföra med tidigare forskning (Elo & Kyngäs, 2008).

En innehållsanalys kan fokusera på det manifesta eller latent innehåll. Det manifesta innehåll är det uppenbara, det som svarar mot frågan "vad?" Det latent är det som sägs "mellan raderna" och svarar mot frågan "vad handlar det om?" Båda metoderna innefattar tolkning men denna är djupare vid latent analys jämfört med vid manifest (Drisko & Maschi, 2015).

I föreliggande studie baserades vår tolkning av det manifesta och latent innehåll på vår förståelse som sjuksköterskor med mångårig erfarenhet av att vårda äldre patienter med medicinska åkommor. Då vi båda arbetar på en internmedicinsk avdelning kommer vi i kontakt med äldre patienter som återinläggs kort efter utskrivning och vi har haft tankar och funderingar om vad som orsakar dessa återinläggningar. Kan det vara brister i planeringen av

vården eller bristande lyhördhet från vårdpersonalens sida när det gäller patientens behov? Skrivs patienten hem för tidigt? Är patienten och dennes närstående inte delaktig i sin planering? Den kunskap vi skaffat oss genom aktuell forskning inom det aktuella området påverkade likaså vår förförståelse.

Urval

Ett av studiens inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara 75 år eller äldre. Ytterligare inklusionskriterier var att deltagarna skulle ha sökt akut inom 30 dagar efter utskrivning och blivit återinlagda på en medicinavdelning på samma sjukhus i Västra Götaland. Tidsramen 30 dagar valdes då det är den oftast förekommande tidsperioden inom Västra Götalandsregionen gällande återinläggningar inom slutenvården. Exklusionskriterier var en kognitiv nedsättning som förhindrade förståelsen för studien eller svårigheter att förstå eller uttrycka sig i det svenska språket. Ytterligare ett exklusionskriterie var om deltagarens allmäntillstånd talade emot ett deltagande i studien. Ansvarig sjuksköterska på aktuell avdelning ansvarade för denna bedömning. Inga potentiella deltagare fick under aktuellt vårdtillfälle ha vårdats av båda författarna för att på så sätt minimera risken för att de skulle uppleva någon form av beroendeställning. Potentiella deltagare identifierades fortlöpande enligt kriterierna via sjukhusets system för patientadministration. Efter avstämning med ansvarig sjuksköterska framkom det om patienten inte var aktuell för studien genom att han eller hon föll inom ramen för exklusionskriterierna.

Under en tidsperiod av åtta veckor identifierades 12 personer som uppfyllde inklusionskriterierna på den medicinavdelning där båda författarna arbetar. Tre av dessa exkluderades då ansvarig sjuksköterska bedömde att de ej var lämpliga att intervjua på grund av kognitiva nedsättningar. Ytterligare en person exkluderades då dennes allmäntillstånd ansågs vara för dåligt. En potentiell deltagare hann aldrig att tillfrågas då personen hastigt blev utskriven. Sju personer tillfrågades om deltagande i studien och det var ingen av dessa som avböjde. Däremot uppstod oförutsedda händelser hos en person vilket ledde till att den inplanerade intervjun inte kunde utföras. Totalt sett deltog sex personer mellan 77 och 93 år (medianålder 88) varav två män och fyra kvinnor.

Av deltagarna så var det en som bodde på särskilt boende, tre bodde i ordinärt boende med insatser från hemsjukvård och hemtjänst och de övriga två bodde i ordinärt boende utan några insatser. Deltagarna hade ett medeltal på åtta dagar från utskrivning till återinläggning med spridning från 3 - 17 dagar. Det tidigare vårdtillfället varade i medelsnitt nio dagar med en spridning från 5 - 14 dagar.

Datainsamling

De personer som uppfyllde inklusionskriterierna informerades muntligt och skriftligt (bilaga 1) om studien och när personen givit muntligt samtycke genomfördes intervjun. Varje författare genomförde tre enskilda intervjuer var, totalt intervjuades sex deltagare. Intervjuerna ägde rum under deltagarens pågående vårdtillfälle och varje deltagare intervjuades endast en gång. Längden på intervjuerna varierade mellan 23 till 50 minuter. Intervjuerna gjordes i ett avskilt rum på sjukhuset och deltagaren fick välja placering i rummet. Tre av deltagarna valde att ligga kvar i sin patientsäng under tiden som intervjun fortlöpte och författaren satt då bredvid på en stol. De övriga tre deltagarna valde att sitta upp i ett avskilt rum. Intervjuerna spelades in och transkriberades efteråt av den som utfört intervjun. Varje intervju inleddes med en öppen fråga där deltagaren ombads berätta om sin upplevelse av tiden efter utskrivning från föregående vårdtillfälle. Följdfrågorna var mer specifika och klagörande och guidades utefter svaret på den första öppna frågan (Polit & Beck, 2012). Genom att använda öppna frågor lämnas så stort utrymme som möjligt till deltagaren att utifrån sin egen inställning och erfarenhet fritt tolka och berätta om sina upplevelser (Patel & Davidsson, 2011).

Dataanalys

En kvalitativ induktiv innehållsanalys användes för att bearbeta intervjumaterialet. Analysen i föreliggande studie inspirerades av Philip Burnards metod (1996) som består av fyra analyssteg (bilaga 2). Syftet med metoden är att skapa en detaljerad och systematisk kategorisering av ord och fraser av intervjumaterialet och att väva samman dessa i ett kategoriskt system. Då avsikten med rådande studie var att beskriva äldres upplevelser i

samband med utskrivning från sjukhus följt av en tät återinläggning ansågs Philip Burnards metod (1996) vara användbar. Analysen utfördes på följande sätt:

Steg 1: Under det första steget i bearbetningsfasen lyssnade författarna på det inspelade materialet noga för att sedan transkribera intervjuerna med hjälp av dator. Båda författarna lyssnade igenom varandras intervjuer men transkriberade sina egna genomförda intervjuer. Därefter lästes materialet igenom upprepade gånger i sin helhet. Båda författarna genomförde på egen hand en öppen kodning. Den öppna kodningen syftar till att få en förståelse och helhetsbild för innehållet i materialet. Genom att ha syftet i åtanke noterades enstaka ord eller korta fraser i den högra marginalen under den öppna kodningen för att summera det totala materialet.

Steg 2: Den öppna kodningen jämfördes och tolkades gemensamt av författarna med syftet för ögonen. Liknande ord och fraser från detta material grupperades och de ord och fraser med samma innebörd bildade en kategori.

Steg 3: Genom att kontinuerligt återgå till det transkriberade materialet kontrollerade författarna att kategorierna som framträtt stämde överens med det insamlade intervjumaterialet. Varje kategori tilldelades en färg och på så vis bearbetades hela datamaterialet. Efter detta tillämpade författarna sedan klipp- och klistrametoden för att sammanställa datamaterialet på enskilda A4-papper. De kategorier som framkom belystes med citat ur intervjuerna och citaten kontrollerades gentemot intervjuerna.

Steg 4: Analys och beskrivning av kategorierna utfördes därefter gemensamt.

Etiska överväganden

Föreliggande studie genomfördes enligt Helsingforsdeklarationens etiska riktlinjer för humanforskning, ursprungligen godkänd av World Medical Association 1964 (World Medical Association, 2013). Helsingforsdeklarationen är därefter omarbetad med jämna mellanrum men senaste versionen antogs 2013. Deklarationen inrymmer betydelsefulla aspekter varav de av relevans för denna studie lyfts fram. Viktiga aspekter som beaktats i denna studie är:

frivillighet, informerat samtycke, anonymitet, konfidentialitet och rättighet att kunna avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång utan att någon förklaring behöver ges av deltagarna. I samband med att deltagarna tillfrågades om medverkan i studien informerades de, både skriftligt (bilaga 1) och muntligt, om dessa aspekter. Denna information upprepades sedan i samband med intervjutillfället.

Deltagarna fick i förväg information om syftet med studien och hur insamlandet av data skulle gå till. Efter att deltagarna hade delgivits informationen fick de tid att fundera över om de kunde tänka sig att delta i studien. Deltagarna fick ge ett muntligt samtycke till deltagande i studien. Författarna var noga med att inte utöva någon sorts påtryckning till att få patienter att delta i studien och inte heller att utnyttja den beroendeställning som finns mellan patient och sjuksköterska. Datainsamlingen till studien har skett på författarnas arbetsplats men däremot har inte intervjuaren vårdat deltagaren under det aktuella vårdtillfället.

Allt intervjumaterial, bestående av inspelningar, de transkriberade intervjuerna samt utskrifterna av dessa, kommer att försvaras på så sätt att ingen utomstående har tillgång till dessa. All data som har insamlats från deltagarna har behandlats konfidentiellt på så sätt att det har avidentifierats så det inte går att identifiera deltagarna. Materialet kommer att förstöras när studien avslutats.

Vid varje enskilt intervjutillfälle poängterades att inget av det som framkom under intervjun skulle komma att journalföras eller på något sätt föras vidare så vida inte deltagaren uttryckligen önskade detta. Deltagarna informerades även om de gärna fick ta kontakt med författarna vid ytterligare frågor. Verksamhetschefen för den aktuella kliniken informerades om studiens syfte och metod i god väg innan genomförandet av intervjuerna och gav sitt samtycke. Avdelningschefen för berörd avdelning och alla i personalen informerades även om studien.

Studentarbeten som utförs på avancerad nivå inom en högskoleutbildning anses inte som forskning enligt etikprövningslagen. Därför behöver inte dessa arbeten prövas av den regionala etikprövningsnämnden (Etikprövningsnämnden, 2015).

Resultat

Dataanalysen från intervjuerna med de äldre återinlagda personerna resulterade i nio olika kategorier som vi har grupperat under fyra huvudkategorier (tabell 1). Dessa kategorier beskrivs med belysande citat hämtade ur intervjutexterna. I de fall citaten är tagna ur sitt sammanhang har vi valt att markera detta med tre punkter innan citatet börjar. I de fall vi har valt att utesluta vissa delar av citaten för att på så sätt underlätta läsningen, markeras också detta med tre punkter. För att påvisa vilken deltagare som uttalat vilket citat markeras detta med Respondent 1, 2 etc. Syftet till denna identifiering är att vi önskar påvisa variationen i citaten så att det inte ges intryck av att en deltagare uttalat alla citat.

Tabell 1. Översikt av de kategorier som framkom i resultatet

Huvudkategori	Underkategori
Tryggt att vara i andras händer	Tilltro till andra
	Stöd av andra
Leva i nuet	Insikt i att vara gammal
	Tilltro till sig själv
Minskat självbestämmande	Andra bestämmer
	Tvingas förhålla sig till andra
Otryggt på sjukhuset	Bristande information
	Ej redo för hemgång
	Att vara utsatt

Tryggt att vara i andras händer

Tryggt att vara i andras händer karaktäriseras av tilltro till andra samt stöd av andra. Vid intervjuerna framträdde en bild av att respondenterna i hög grad litade på människor i deras närhet och att behovet av praktiskt och socialt stöd var något som återkom genom alla intervjuer.

Tilltro till andra

Något som genomsyrade intervjuerna var respondenternas tilltro till andra människor i deras närhet. De uttryckte att vårdpersonal och framförallt närstående visste vad som var bäst för dem. I samtliga fall sökte respondenterna vård först efter uppmaning från andra personer. Detta trots att de tidigare själva känt av en försämring i sitt hälsotillstånd.

Det var hon [dottern] som tog initiativet att vi skulle [åka till akuten]...och jag protesterade ju inte mot det för jag kände ju att jag inte var bra alltså. (Respondent 4)

Tilltron till läkare och sjukvårdspersonal var stor, både vad gäller deras förmåga att veta vad som är bäst för respondenten och vilka möjligheter sjukvården har att hjälpa respondenten med dennes besvär, exempelvis genom medicinering. Upplevelsen att bli väl omhändertagen på sjukhus var också något som framkom.

*...och sedan känner man sig lugnare om man har varit hos en läkare också.
(Respondent 1)*

Alltså, en hoppas ju att en ska bli bättre när man ligger här [på sjukhuset]. Alltså, det är ju därför jag ligger här. (Respondent 2)

*...det var bra det. Blev väl mottagen [på sjukhuset] och...det kan ingen klaga på.
(Respondent 6)*

Stöd av andra

Respondenterna uppgav att de i varierande utsträckning var i behov av stöd från andra. Detta kunde vara i form av hemtjänst eller från närstående och stödet kunde bestå i praktiska göromål såsom inköp, städ eller att få hjälp att ta sig till vårdcentralen. Respondenterna uppvisade insikt i vilket stöd de var i behov av och de som upplevde ett ökat behov av stöd visste vart de skulle vända sig för att få detta.

*Ja, jag har ju lite hjälp av hemtjänsten, så mycket som jag vill ha kan jag ju få.
(Respondent 1)*

Jo, man får all hjälp som man vill ha tycker jag. Det tycker jag är väldigt, väldigt skönt. Och de är så snälla och hjälpsamma... . (Respondent 3)

Det innebar en trygghet att ha ett socialt nätverk kring sig vilket ingav känslan av att det fanns människor i närheten och att det fanns någon att vända sig till. Respondenterna framhävde att närstående stod för merparten av både socialt och praktiskt stöd, men även grannar och bekanta utgjorde en del av det sociala nätverket liksom hemtjänstpersonal stod för praktiskt stöd.

Sen är det ju lite ensamt, det är klart. Ja, mina grannar en av dem tittar in till mig rätt ofta och hjälper mig lite så där och tar ut pengar. (Respondent 1)

De [döttrarna] är väldigt snälla och bra. De hjälper och sköter pappa så gott det går. Men de kan inte hålla mig i armarna, det kan ingen begära. (Respondent 2)

Så de [barnen] kommer ju hem och tittar till oss och så...hjälper oss om det är så att vi vill ha någon hjälp så får vi det. (Respondent 6)

Leva i nuet

Ur analysen av intervjuerna framträdde det att respondenterna försökte leva i nuet när de befann sig i hemmet. Denna kategori karaktäriseras av att ha insikt i att vara gammal samt att ha tilltro till sig själv. Tilltro till sig själv kan handla om viljan att klara av det vardagliga livet samt att ha framtids tankar.

Insikt i att vara gammal

Respondenterna kunde redogöra för sin försämring som inträffade efter utskrivning och även den försämring som skett under längre tid. De gav uttryck för att försämringen inte uppfattades som något alarmerande utan mer som ett konstaterande. Respondenterna gav intryck av att ha insikt om att de var gamla och att de skulle få leva med sina krämpor. De såg detta som något naturligt som kom med åldern och beskrev hur de gjorde för att hantera sin försämring eller funktionsnedsättning.

Det blir ju värre och värre [med synen] så jag blir väl blind med tiden. Och jag får säga som min mamma sa att 'jag har ju sett en gång'. Jag har ju minnena kvar.

(Respondent 5)

Men annars hemma, jag har ju skaffat mig en säng typ de ni har här som jag kan ställa in båda huvudända och fotända så jag ligger bekvämt. Det känns ju väldigt skönt. Har ju lite svårt för att andas ibland och då är det skönt att komma upp lite grand. (Respondent 4)

De hade lärt sig att leva med sina krämpor och funderade inte så mycket över det aktuella tillståndet. Vissa av respondenterna uttryckte att de hade fått leva så pass länge så krämporna till trots så var det bra. Att bli gammal för med sig nedsättningar som respondenterna uttryckte att de får leva med. De var medvetna om att de inte orkade eller klarade av att göra samma saker som när de var yngre. Vissa saker fick respondenterna finna sig i helt enkelt och så tänkte de på saker och ting som var bra istället. Det framkom en förhoppning om att leva i nuet trots att de var gamla.

Min dotter ringer ja, varannan [dag] åtminstone. Så det går vägen så länge det går. Så är det för alla.. (Respondent 1)

Öh, vi [respondenten och sin partner] var ju inte så starka, det var vi inte. Jag hade nog trott att vi skulle klarat oss lite bättre. Ja, det trodde jag nog. Med det, man är ju gammal. (Respondent 3)

Det framkom att respondenterna efter utskrivning upplevde en försämring som oftast var kopplad till det fysiska tillståndet. Försämringen kom successivt i de flesta fall men hos en respondent kom försämringen så fort personen klev ut från sjukhuset.

...jag tyckte att jag kände mig skapligt bra här. Jag kunde gå hela den här långa korridoren fram och tillbaka utan att det bekom mig någonting. Men när jag hade klätt på mig civila kläder så att säga, kommit ner och varit på Apoteket och skulle ut och åka hem, då började jag känna av att jag blev trött igen. (Respondent 4)

En tappar liksom orken och då så när en inte kan så ja, då är det motigt allting. Det var nog om man tänker rätt skapligt i början men sen så blev det ju inte bättre utan jag blev sämre undan för undan. Och så var det stopp helt enkelt. (Respondent 2)

Tilltro till sig själv

Något som präglade intervjuerna var respondenternas tilltro till sig själva. De hade en önskan om att klara av det dagliga livet och bemästra vardagen genom att göra sådant som de klarade av. Det framkom även att om de var i behov av hjälp av andra, vilket alla var, så hade de ändå inte tappat tron på sig själva. De gav uttryck av att fortfarande vilja klara av vissa sysslor som de tidigare hanterat och ville inte ge upp sina vardagliga bestyr. Dessa bestyr kunde till exempel bestå av matlagning, städning och att bädda sängen.

Ja, fast man försöker ju och klara sig lite själv också. Annars så blir man helt, som sagt....de [hemtjänsten] kommer på mornarna, med medicin. Och på kvällen...Och diska brukar de göra. Och bädda sängen om, det är inte alla gånger som jag säger att det behövs utan då gör jag det själv. (Respondent 1)

Jag gör vad jag kan själv. Jag sitter ju inte sysslös utan kan jag greja så gör jag det. (Respondent 5)

Insikten fanns hos respondenterna att de mådde bra av att försöka klara av vardagen men att det måste ske efter egen förmåga. Några uttryckte lättnad när de slapp vissa sysslor som kändes ohanterliga.

Vad jag tycker är skönt är att jag slipper åka ner till Apoteket och hämta mediciner och köpa och få det hem. Det tycker jag är väldigt bra för vi har gett bort bilen nu och det är ganska trassligt om man ska ta sig dit. (Respondent 3)

Respondenterna uttryckte många tankar och funderingar om framtiden. Oftast var det positiva tankar och en förhoppning om att det skulle bli bättre, både livet och livssituationen. Om omständigheterna runt omkring skulle förändras till det bättre trodde respondenterna att de själva skulle klara av sin vardag bättre. Några satte sitt hopp till att få komma till ett nytt

boende där de skulle få mer sällskap av andra. Andra uttryckte att de hoppades att det skulle bli bättre bara de fick komma hem från sjukhuset.

Ja, får man hjälp får man vara tacksam, så det motsatte jag mig aldrig så där. Men jag hoppas jag ska bli pigg igen. Det får la en hoppas. (Respondent 5)

Jag ska få ett boende, ett mindre. Jag har ett hus som är lite för stort för mig. Fast det är klart att det blir väl lite så...förändringar i allt om. Service som sköter allting åt mig. Ska göra alla räkning och allting. Och mat och så. Så det är klart att det blir ju bättre. Jag skulle ha haft det tidigare. (Respondent 1)

Minskat självbestämmande

Analysen visade att respondenternas självbestämmande minskade i och med att andra i allt större utsträckning tog beslut åt dem och av att andra människor fick större inverkan på deras vardag. Minskat självbestämmande utgörs av kategorierna andra bestämmer och att tvingas förhålla sig till andra.

Andra bestämmer

Samtidigt som respondenterna uppvisade tilltro till andra, framförallt närstående, gav de även uttryck för att befinna sig i underläge och att andra tog beslut över deras huvud. De litade på att närstående visste vad som var bäst för dem samtidigt som det fanns en känsla av att inte fullt ut kunna bestämma över sin situation utan andra tog beslut åt dem. Detta var något som respondenterna i stor utsträckning tycktes acceptera.

Jag får inte göra det [gå i trappan] för min dotter...jag går ju ibland upp det gör jag ju. Det är svårt att bo på två ställen brukar jag säga. (Respondent 1)

Och de ville väl att jag skulle ta emot mer än jag ville egentligen men min son satt bredvid och nickade och de frågade och så puffade han på mig 'jo, jo'. Och det var väl något som jag gick med på tack vare det. (Respondent 3)

De [barnen] bestämmer över mitt huvud. Och det är väl klart att de har rätt i mycket. (Respondent 1)

Några av respondenterna uttryckte att de blev övertalade att åka in till sjukhuset. Det var inte någon som själv tog initiativet att söka till sjukhuset. En respondent besökte vårdcentralen efter en del tjat från en anhörig. Där togs det blodprover och sedan ansåg sjukhuset att respondenten var i behov av inläggande vård.

De ringde härifrån [sjukhuset] och sa att sänkan var väldigt hög så de tyckte jag skulle komma in annars hade jag inte åkt. (Respondent 6)

Tvingas förhålla sig till andra

Under intervjuerna framkom att respondenterna anpassade sig till andra. Respondenterna gav uttryck för att deras frihet att leva som de ville minskade på grund av att personal från hemtjänsten kom på bestämda tider vilket till exempel inverkade på nattsömnen. En av respondenterna hade tankar på hur hjälpen från hemtjänsten skulle komma att påverka dennes vardag.

Det är inte så roligt att ha hemtjänsten alltid...man är aldrig fri tycker jag...De är överallt tycker jag. (Respondent 1)

*Ibland tänker jag: 'Nu är det tre timmar, ingenting, nu kan jag slappna av'.
(Respondent 3)*

Något som speglades i intervjuerna var att de var tvungna att förhålla sig till närståendes oro för respondenten men även oro för sina egna anhöriga. En respondent uttryckte stor oro för hur partnern skulle klara sig på egen hand hemma. Oron medförde att respondenten tänkte mer på sin partner som var kvar hemma än på sig själv. En annan respondent talade om känslan att vara till besvär för hemtjänstpersonalen. Denna känsla uppstod då respondenten inte orkade med en del av de vardagssysslor som denne normalt klarade och att hemtjänstpersonalen därför fick göra dessa istället.

De runt omkring blev så oroliga, 'du får åka in' och 'du får åka in'. (Respondent 6)

Då fick personalen göra det när de kom men de har ju alltid bråttom på kvällen vet du. En känner ju det att man, en ställer till besvär. Den känslan har jag. (Respondent 5)

Otryggt på sjukhuset

Erfarenheter av att vara på sjukhuset beskrevs av respondenterna som att vara i en miljö där de kände sig maktlösa, ej lyssnades på och ej respekterade. Kategorin karaktäriseras av bristande information, ej redo för hemgång och att vara utsatt.

Bristande information

Det framkom att under vistelsen på sjukhuset så upplevde respondenterna att de fick bristfällig information. Informationen som gavs till patienterna kunde upplevas vara otydlig och till och med obegriplig i vissa fall. Frustration och oro uttrycktes över att inte erhålla information om vad som hände med dem under vårdtiden och att den bara bestod av en lång väntan. De saknade återkoppling avseende bland annat provsvar och diagnoser. En respondent uttryckte att denne trodde sig ha haft en urinvägsinfektion men visste inte om det stämde. Det var inte alltid respondenterna själva visste vad de skulle fråga om och det var inte alltid de kom ihåg att fråga om allt.

Nej, jag vet inte. De [läkarna] pratar väldigt lågt och så en massa ord som jag inte begriper. (Respondent 6)

Nej, det tror jag hängde i luften alltihop. Denna gången är det bättre. Jo, det är klart det är roligt att veta liksom om sänkan, om den ligger på 110 eller om den går ner på tio. Det är helt naturligt. Så att, för värdena har la en viss betydelse. Inte för det jag vet men det kanske kvittar. (Respondent 2)

Ej redo för hemgång

Att inte vara redo för hemgång beskrivs av situationer där de äldre personerna uttryckte besvikelse över hur de hade blivit behandlade av sjukvårdspersonalen avseende utskrivningen. De beskriver även hur de hoppas bli behandlade denna gång när de är inneliggande. Respondenterna var medvetna om att de är nödbedda att göra så som vårdpersonalen säger. Några hade önskat få stannat längre på sjukhuset i hopp om att de skulle ha hunnit återhämta sig bättre.

Närå, det är ju bara att konstatera att när de [sjukvårdspersonalen] säger att jag inte får stanna så är det ju bara att åka hem annars ska en sitta här nere på trappan.

(Respondent 2).

De som upplevde att de fick åka hem för tidigt föregående vårdtillfälle var tydliga med att förmedla att denna gång satte de sin förhoppning till att få vara kvar tills de själva kände sig redo för att åka hem. Respondenterna var noga med att försäkra sig om att de fick löfte om att få kvarstanna för att på så sätt känna sig tryggare.

Men jag har sagt till de här killarna [läkarna] nu att ni får inte skicka hem mig för fort utan jag stannar hellre lite till. Och det har de ju lovat. (Respondent 4)

Att vara utsatt

Det framkom att som inneliggande patient på sjukhuset upplevde respondenterna en större utsatthet till skillnad från när de var hemma. Även om de kände tilltro till sjukvårdspersonalens kunskaper så fanns där stunder då de kände sig övergivna och utsatta. En respondent hade inte hunnit få med sig några personliga tillhörigheter innan ambulansfärden till sjukhuset och upplevde att håret var i oordning håret då respondenten ej hunnit kammat sig efter hårtvätten. När respondenten valde att inte gå ut till dagrummet för att äta sin måltid fick denne höra nedlåtande saker om sig av personalen som satte djupa spår.

Men sen gick det så fort så jag fick ju inte med mig en penna och ett papper och glasögon och ingenting. Och nycklar och allt. Ingenting har jag. Och jag har känt mig lite övergiven sen igår då. (Respondent 3)

En respondent beskrev att denne var i behov av hjälp med att ta sig till toaletten men att ingen i personalen kom under lång tid trots att respondenten ringt på klockan. Till slut fick respondenten själv klättra över grinden på sängen och ta sig till sin rullstol.

...de [vårdpersonalen] kan inte göra hur de vill med mig men jag säger ingenting i onödan. (Respondent 5)

Under tiden som patienterna låg inne på sjukhuset funderade de över sitt tillstånd och om sjukdomen skulle komma tillbaka. Även om de upplevde sig må bättre fanns det en oro över att det skulle återkomma.

Var väl ungefär som det brukar vara nu. Det är klart det kändes lite, man tänker lite grand. Jag klarar mig eller kommer det åter. (Respondent 1)

Diskussion

Metoddiskussion

För att bedöma tillförlitligheten i en kvalitativ studie där analysmetoden består av innehållsanalys har tidigare begrepp såsom validitet och reliabilitet använts. Detta för att den kvalitativa innehållsanalysen har sitt ursprung i den kvantitativa innehållsanalysen. Validitet är ett mått på om forskaren verkligen undersöker det som denne avser att undersöka med studien. Reliabilitet handlar om med vilken säkerhet instrumentet mäter det som forskaren avser att mäta i studien och om samma resultat kan visas om och om igen. Vanligare numera är att tillförlitligheten i en kvalitativ innehållsanalys diskuteras utifrån begrepp såsom trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Polit & Beck, 2012). Diskussionen som följer nedan har sin utgångspunkt utifrån dessa begrepp.

En kvalitativ metod valdes då studien syftade till att beskriva äldre personers upplevelser i samband med utskrivning från sjukhus följt av en tät återinläggning. För att erhålla denna förståelse intervjuades sex personer äldre än 75 år som blivit återinlagda på sjukhus inom 30 dagar. Då vår avsikt inte var att kvantifiera de redan dokumenterade upplevelserna i samband med utskrivning och återinläggning som redogjorts för i tidigare litteratur utgjorde den kvantitativa metoden inget alternativ för att genomföra denna studie.

Det tog längre tid än vad vi hade trott att hitta lämpliga deltagare som kunde delta i studien. Då vi hade en tidsmässig begränsning avseende genomförandet av studien bedömde vi att antalet deltagare inte skulle komma att påverka trovärdigheten. Det går inte med säkerhet att säga att ett större antal deltagare hade förändrad resultatet. Vi valde dock att värdesätta kvaliteten i intervjuerna snarare än kvantitet. Urvalet bestod av två män och fyra kvinnor och identifierades då de blivit återinlagda på den allmän internmedicinska avdelning där

författarna arbetar. Vi valde att söka efter deltagare på denna avdelning av praktiska skäl samt omfattningen på studien. Tidigare forskning har visat att ålderskategorin 75 år och över är en riskfaktor för att bli återinlagd på sjukhus (Silverstein et al., 2008) och detta bidrog till att vi valde denna ålder som inklusionskriterie. Om vi hade sänkt åldern till 65 år hade det troligtvis gått snabbare att hitta deltagare då vi noterat att flera som blivit återinlagda inte hade uppnått 75 år. Att det blev en ojämn könsfördelning var inget som författarna kunde påverka då deltagarna valdes ut fortlöpande. Det var dubbelt så många kvinnor jämfört med män som deltog i studien och det är oklart om detta påverkade resultatet. Fyra personer föll bort på grund av exklusionskriterierna; tre personer ansågs ha kognitiva nedsättningar som försvårade förståelsen för studien och en bedömdes av ansvarig sjuksköterska ha för dåligt allmäntillstånd. En potentiell deltagare skrevs ut innan den hann tillfrågas om deltagande. Det var intressant att se att inte någon av de tillfrågade tackade nej till att delta i studien. Däremot föll en tilltänkt deltagare bort på grund av oförutsedda händelser.

Det går inte att utesluta att det kan ha funnits fler potentiella deltagare som författarna ej har identifierat då författarna inte besökt sjukhuset dagligen och gått igenom patientadministrationssystemet. Det kan därför ha funnits patienter som har blivit återinlagda men som blivit utskrivna inom en kort tid och därav undgått deltagande i föreliggande studie.

Vi bedömde att enskilda intervjuer ansikte-mot-ansikte med deltagarna föll sig bäst lämpat för aktuell studie. Det finns andra metoder för att generera data så som observationer, nedskrivna berättelser och fokusgrupper (Polit & Beck, 2012). Det hade varit svårt rent fysiskt att samla deltagarna i fokusgrupper och det är inte säkert att deltagarna skulle ha vågat uttrycka sig gällande aktuellt ämne. Sett till deltagarnas ålder så ansåg vi det inte vara lämpligt att låta deltagarna skriva ner sina berättelser runt händelserna och genom att bara observera de inneliggande patienterna hade det varit så gott som omöjligt att få fram relevant information. Intervjuer gav deltagarna möjlighet att fullt ut berätta om sina högst personliga upplevelser i samband med utskrivning följt av en tät återinläggning. Informationen som framkommer vid intervjuer kan kompletteras och härav kan eventuella oklarheter klargöras direkt på plats (Olsson & Sörensen, 2001).

Innan intervjun påbörjades informerades deltagaren återigen om syftet med studien och att det var frivilligt att delta i studien. Det går inte att komma ifrån att patienterna till viss del kan ha känt sig tvingade att delta då de visste att vi som genomförde studien även var personal på just den avdelning som de nu låg på. Det går heller inte att avgöra om patienten valde att undanhålla viss information under intervjun för att inte ställa sig själv eller någon annan i dålig dager. Det är möjligt att detta skulle kunna ha undvikits om deltagarna hade eftersökts på ett annat sjukhus. Författarna var ej iklädda arbetskläder då intervjun tog plats utan sina privata kläder för att på så sätt minska känslan av beroendeställning hos deltagaren. Vi framhöll även att ingenting av det som framkom under intervjun skulle komma att påverka vården eller omhändertagandet av patienten. Deltagarna fick också själva välja om de önskade vara kvar i patientsalen eller gå till ett samtalsrum samt om de ville ligga kvar i sängen eller sitta i en stol. En deltagare valde att vara kvar på sitt patientrum trots att ytterligare en patient befann sig i rummet. Deltagaren uppgav dock att detta inte skulle inverka på svaren under intervjun. För att undvika att deltagaren skulle känna sig i underläge valde vi att intervjua var för sig och vi bedömde även att det var tidseffektivt. Intervjun startade med en öppningsfråga där deltagaren själv fick möjlighet att lyfta fram det mest väsentliga av sina upplevelser.

Vi fann att intervjuer var en lärorik och intressant datainsamlingsteknik då vi därigenom direkt kunde ta del av en annan människas upplevelser genom att samtala med denne. Samtidigt som samtalet ägde rum fick vi även en god bild av hur de äldre personerna upplevde sin livssituation i samband med utskrivning och en tät återinläggning sett ur deras perspektiv. Det datamaterial som framträdde ur intervjuerna upplevdes vara innehållsrikt och nyanserat och genom att få ta del av deltagarnas kroppsspråk, känslor och betoningar så betraktar vi att vald datainsamlingsteknik bidrog till att uppfylla syftet med studien. Fler positiva aspekter som erfors med intervjuerna var att den som intervjuade hade möjlighet att leda tillbaka deltagaren om han eller hon hade kommit ifrån ämnet och likaså fanns möjligheten att ställa följdfrågor för att erhålla fördjupade beskrivningar.

Valet av att använda ostrukturerade djupintervjuer kan ha kommit att påverka resultatet. Det kan tänkas att resultatet hade sett annorlunda ut om halvstrukturerade intervjumallar hade använts. Kvale (1997) påtalar dock att det är större chans att erhålla livliga, spontana och oväntade svar desto spontanare intervjuprocessen är. Utifrån detta valde vi att utgå från

ostrukturerade intervjuer. Något som kan anses vara en nackdel är att intervjuerna utfördes av två olika personer vilket kan ha påverkat resultatet. Följdfrågorna kom att skilja sig åt beroende på vem som genomförde intervjun. Något som stärker trovärdigheten i studien däremot är att båda författare har många års erfarenhet av att vårda äldre patienter på sjukhus. Den förförståelse som båda författare besitter har hela tiden funnits med under intervjuerna och i analysprocessen. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) framhäver att förförståelsen sätter sin prägel på analysen och påverkar således studiens trovärdighet. Flera gånger under studiens gång har författarna förundrats över det som framkommit under intervjuerna och vi har diskuterat och reflekterat över hur det står i kontrast till vår förförståelse.

Genomförandet av intervjuer med äldre personer erfors med blandade känslor hos författarna. Dels var det positivt på så sätt att vi kunde ta oss tid att verkligen lyssna på vad de enskilda deltagarna hade upplevt och var villiga att förmedla. Dels upplevdes det till viss del som obekvämt då medvetenheten fanns om att vi utsatte personer påverkade av olika sorters sjukdomar för en utmanande och även påfrestande uppgift. Några av deltagarna var mer verbala medan andra behövde mer tid för att hitta ord som kunde uttrycka deras upplevelser.

Varje intervju spelades in med hjälp av mobiltelefon och vår uppfattning var att de flesta deltagarna inte kände sig hindrade av detta. Innan intervjun startade var det några som ifrågasatte om det var nödvändigt att spela in men när intervjun väl var igång upplevde författarna att detta inte inverkar på intervjun. Kvale (1997) betonar vikten av att få intervjuer inspelade för att på så sätt inte utelämna viktiga detaljer eller olika nyanser i intervjuerna. Vi upplevde att deltagarna tyckte att det var givande och intressant att delta i studien och framför allt var de glada och tacksamma över att någon tog sig tid att lyssna på vad de hade att säga. Något som kan ha påverkat intervjun negativt är deltagarnas allmäntillstånd. Alla deltagare låg ju trots allt på sjukhuset och författarna upplevde att detta begränsade deras ork och förmåga att under en längre tid uttrycka sina upplevelser och känslor. Vi ville dock fånga deras färskas upplevelser av tiden hemma och valde därför att intervjua personerna när de var inneliggande.

Den författare som hade genomfört intervjun transkriberade också denna för att inte förlora nyanser som bara kan ha uppfattats genom själva mötet med deltagaren. Vid några tillfällen

under transkriberingen uppkom svårigheter att höra vad deltagarna sa då de ibland talade lågt. Vi bedömde att materialet som bestod av sex transkriberade intervjuer var tillräckligt för att uppnå en variation. Vi valde att analysera det transkriberade materialet med inspiration av Burnards (1996) kvalitativa innehållsanalys som omfattade fyra analyssteg. Sedan tidigare har Burnard (1991) en mer detaljerad analysmetod vilken omfattar 14 analyssteg. Vid användning av analysmetoden med 14 analyssteg kontrollerar författarna med deltagarna om det framtagna kategorisystemet motsvarar innehållet i deras berättelser. Det hade varit intressant att använda denna analysmetod för att på så sätt göra en kontrollmöjlighet av trovärdigheten. Vi ansåg dock att denna analysmetod hade blivit alltför omfattande för denna studie. Deltagarna hade dessutom hunnit att skrivas ut från sjukhuset när analysarbetet skedde och vi hade då varit tvungna att söka upp deltagarna i hemmet. Då vi eftersträvade att beskriva och kategorisera deltagarnas upplevelser i samband med utskrivning följt av en tät återinläggning valde vi innehållsanalys som analysmetod då det ansågs relevant för studien.

Pålitligheten stärktes i analysprocessen då vi initialt analyserade datamaterialet på egen hand. Efter att ha vägt våra separata analyser mot varandra framkom det att tolkningen var snarlik och vi arbetade fram gemensamma kategorier. Det har kontinuerligt förts en diskussion mellan författarna i de olika stegen i processen och handledaren har även varit inkluderad i flera av dessa diskussioner. I samråd med handledaren har de olika kategorierna som presenteras i resultatet vuxit fram. Giltigheten i denna studie styrktes genom att vi valde att ta med citat under varje kategori i resultatet. På så sätt kan läsaren själv bilda sig en uppfattning om rimligheten i den utförda tolkningen.

Vi tror att om vi hade haft möjlighet att genomföra en pilotintervju hade detta varit något som kunde ha underlättat och framför allt förbättrat kvaliteten på våra intervjuer. Endast en av författarna har tidigare genomfört en intervjustudie och vi upplevde båda två att vi saknade erfarenhet och träning inom detta. Genom att ha gjort en inledande pilotintervju hade vi fått möjlighet att träna oss i intervjuteknik och testat vår inledande fråga följt av följdfrågor. Då det tidsmässigt inte gavs tillfälle att genomföra en pilotintervju kan vi enbart fastställa att en sådan skulle ha kunnat vara av betydelse för vår studie. Intervjutekniken kan även ha skiljt sig åt mellan författarna vilket i sin tur kan ha påverkat resultatet. Båda författarna upplevde dock att de gradvis blev bättre på att intervju.

Resultatet av äldre personers upplevelser i samband med utskrivning följt av en tät återinläggning är med största sannolikhet överförbart till äldre personer i liknande situationer och kontext. Det föreligger en samstämmighet i aktuell studies resultat med tidigare forskning. Överförbarheten är dock förutsatt till länder med liknande befolkningsmönster och vårdorganisationer. Författarna ställer sig tveksamma till att resultatet skulle vara överförbart till en yngre patientgrupp. Generaliserbarhet anses inte vara relevant i denna kvalitativa studie. Utöver detta ligger värdet av studien i läsarens möjlighet att tolka och överföra resultatet till sin egen verklighet. Förhoppningsvis kan läsaren på så vis skaffa sig nya insikter utifrån denna studie.

Resultatdiskussion

Denna studie syftade till att beskriva och skapa förståelse för äldre personers upplevelser i samband med utskrivning följt av en tät återinläggning. Ansatsen har varit kvalitativ och genom att använda innehållsanalys som analysmetod framkom fyra olika huvudkategorier som benämns enligt följande: tryggt att vara i andras händer, leva i nuet, minskat självbestämmande samt otryggt på sjukhuset. Den sistnämnda kategorin handlar om upplevelser kopplade till sjukhusvistelsen och skiljer sig därmed från de övriga i förhållande till kontext. Detta var inget som författarna i förväg hade bestämt eller kunde förutse men som tydligt framkom vid analysen.

Genomgående i resultatet av denna studie framkom det att deltagarna, trots att de upplevde att de försämrades, inte på eget initiativ tog kontakt med någon sjukvårdsinrättning. Deltagarna gav istället uttryck för att försämringen var en del av att vara gammal och de fokuserade mer på hur de själva skulle hantera denna försämring. De satte stor tilltro till sig själva och sin förmåga att få vardagen att fungera trots tilltagande försämring. Det var närstående som uppmanade eller hjälpte dem att komma i kontakt med sjukvården och deras tillstånd hade då blivit så pass nedsatt att de var i behov av ineliggande vård på sjukhus. Resultatet i vår studie visar att de äldre sätter stor tilltro till sina närstående och att det är dessa som många gånger tar beslut som rör de äldre och deras hälsa. Ulin et al. (2015) poängterar vikten av att närstående är delaktiga i utskrivningsplaneringen. I en litteraturöversikt av Bauer, Fitzgerald, Haesler och Manfrin (2009) framgår det däremot att närstående i hög grad upplever att de inte

erhåller tillräcklig information om exempelvis patientens medicinska tillstånd, prognos och vilka tecken på försämring som kan förekomma. Samtidigt upplever vårdpersonalen att de informerar närstående i just dessa frågor.

Det kan diskuteras om en uppföljande kontakt med läkare eller sjuksköterska efter utskrivning skulle kunna göra att åtgärder, exempelvis medicinjusteringar, satts in tidigare och att återinläggningen därigenom skulle kunna undvikas. Detta är något som tidigare studerats med varierande resultat. Thygesen, Fokdal, Gjørup, Taylor och Zwisler (2015) kunde i sin studie inte påvisa att uppföljande besök av sjukvårdspersonal en vecka efter utskrivning innebar minskad återinläggningsfrekvens. Däremot visade både Huang et al. (2005) och Craven et al. (2015) studier på en minskad frekvens av återinläggningar med uppföljande kontakt. Studierna påpekade att uppföljande telefonsamtal som enskild åtgärd inte har visat sig ha någon positiv effekt avseende minskade återinläggningar. Däremot visade studierna att uppföljande telefonsamtal i kombination med andra åtgärder, så som exempelvis hembesök och poliklinisk uppföljning, kan minska återinläggningar. I sken av detta kan det diskuteras om återinläggningar skulle minska om de närstående blev mer involverade vid utskrivning och erhöll information angående prognos och vilka tecken på försämring som skulle kunna föranleda kontakt med sjukvården.

Det framkom i vår studie att de försämringar som de äldre upplevde efter utskrivning tolkade de som en del i det naturliga åldrandet och inte som en försämring som skulle kunna åtgärdas. Om närstående får information om hur försämringarna kan hanteras skulle detta möjligtvis kunna leda till att den äldre får hjälp tidigare och på så sätt kan återinläggning undvikas. Samtidigt som det är önskvärt att stärka de närstående är det viktigt att inte de äldre personerna upplever att deras autonomitet minskar. I vår studie framkom att deltagarna hade en vilja att klara sig själva i så stor utsträckning som möjligt och de uppvisade en tilltro till sig själva att vara kapabla till att hantera sitt vardagliga liv, trots att detta stundtals innebar att de fick anpassa sig efter en nedsatt funktionsnivå. Om de äldre känner att beslut som rör dem och deras livssituation i allt högre grad fattas av andra människor riskerar deras känsla av tilltro till sig själva att minska. Samtidigt uppvisade deltagarna en stor tilltro till andra människor och var medvetna om det behov de hade av stöd från andra. Detta innebär en balansgång

mellan å ena sidan tilltro till sig själv och sin egen förmåga att leva i nuet men å andra sidan behov och tilltro till andra för att hantera sin livssituation.

I studien av Fors et al. (2015) framgick det att det inte förekom någon skillnad avseende återinläggningar. Deltagarna i interventionsgruppen som fick PCV ökade dock sin självkompetens över tid betydligt mer än deltagarna i kontrollgruppen som fick vård enligt gällande riktlinjer. Coleman, Smith, Frank, Min, Parry och Kramer (2004) har genomfört en studie där patienter som skrevs ut från sjukhuset vårdades utifrån PCV och uppmanades att aktivt ta del i övergången från sjukhuset till hemmet. Även de närstående som tog hand om patienten i hemmet uppmanades till involvering. Resultatet för återinläggning inom 30 dagar var en minskning med 50 procent jämfört med kontrollgruppen. Det som skiljer denna studie från Fors et al. (2015) är att deltagarna i interventionsgruppen fick tillgång till en samordnare, en så kallad 'transition coach', och där en individuell vårdplan utarbetades. Samordnaren och vårdplanen hade som syfte att stärka deltagarnas tilltro till sig själva samt att utbilda dem i att möta sina vårdbehov och ge stöttning gällande samordning och kontinuitet bland olika vårdinstanser. Samordnaren etablerade en kontakt med deltagaren innan utskrivning och höll sedan kontakten kontinuerligt med både telefonsamtal och hembesök. Det framkom att deltagarna hade hög tilltro till hur de skulle gå till väga för att få information angående hantering av sitt tillstånd och att de besatt kunskap om sina mediciner. Dessa studier visar att enbart PCV inte är tillräckligt för att minska frekvensen av återinläggningar utan att fler åtgärder behövs.

Något som speglas i vår studie var att deltagarna upplevde att de inte fick information om sin sjukdom i den grad de önskade. Detta berodde dels på att vårdpersonal talade för tyst men även att de använde ord som deltagarna inte förstod. Enligt patientlagen (SFS 2014:821) är den som ger information skyldig att försäkra sig om att den som tar emot informationen har förstått information och innebörden av denna. Något som kan förbises i samband med kommunikation med äldre patienter är att en stor del av dessa har nedsatt hörsel och syn (Socialstyrelsen, 2009) vilket ytterligare kan påverka i vilken utsträckning de uppfattar den information som ges. Upplevelsen av att inte uppfatta eller förstå den information som förmedlas av vårdpersonal kan bidra till en känsla av otrygghet och möjligheterna att stärka tilltron till sig själv och sin förmåga att bemästra sin situation minskar. Bourhis, Roth och

MacQueen (1989) påvisar i sin studie om kommunikation mellan vårdpersonal och patienter att vårdpersonal, framförallt läkare, tenderar att använda medicinsk terminologi i kommunikationen med patienter men att de själva uppfattar att de använder ett mer allmänt språk. Även sjuksköterskorna i studien använder till viss del medicinska termer men inte i samma utsträckning som läkarna.

God kommunikation är en förutsättning för det partnerskap som ligger till grund för ett personcentrerat synsätt och detta innebär att patienten är informerad och delaktig i sin vård (McCormack, 2004). Utifrån vår kliniska erfarenhet så finns det inom sjukvården brister i kommunikationen mellan vårdpersonal och patienter vilket även resultatet av vår studie visar. Det förekommer att vårdpersonal använder ett språk präglad av alltför medicinska termer vid kommunikationen med patienter och närstående vilket gör det svårt för dessa att aktivt delta i beslutfattandet kring sin egen eller närståendes vård. McCormack (2004) poängterar att en viktig grund för personcentrering är att vårdpersonalen har självkänedom om hur de förhåller sig till och vårdar andra vilket även innefattar en medvetenhet om hur man kommunicerar med varje enskild person. I vår studie framkom det att deltagare hade fått höra nedsättande kommentar från vårdpersonal om sig själva vilket gav djupa spår. Sådana negativa händelser spädde troligtvis på deltagarens känslor av att känna sig övergivna och otrygga på sjukhuset. Som vårdpersonal är det viktigt att vara medveten om att tänka på hur man uttrycker sig till och om patienten. Något som av en person uppfattas som något trivialt kan av någon annan uppfattas helt annorlunda.

Känslan av att vara tvungen att förhålla sig till andra människor är något som framträder i resultatet. Detta överensstämmer med resultatet från Andreasens et al. (2015) studie där äldre personer en tid efter utskrivning från sjukhus upplevde en känsla av att deras möjlighet att leva sitt liv som de ville minskade då de var tvungna att anpassa sig till andra, till exempel hemtjänstpersonal. Deltagarna uttryckte även att den oro som närstående kände inför deras försämrade tillstånd påverkade dem och känslan av att vara till en börda för någon gav känslor av ängslan och skuld. I vår studie gav en deltagare uttryck för stor oro över hur parten skulle klara sig hemma under tiden deltagaren var inneliggande. Deltagaren tänkte mer på sin partner är på sitt eget tillfrisknande och önskade att snabbt bli utskriven för att på så sätt minska oron hos sin partner. Detta stämmer väl överens med resultatet i Yu, Lee och

Wus (2007) studie där känslor av att vara betungande och till en börda kunde uppstå när den som tog hand om deltagaren inte längre orkade med detta.

Resultatet i vår studie stämmer till viss del överens med resultatet i Dilworths et al. (2012) studie. Deltagarna i båda studierna gav uttryck för att de under sjukhusvistelsen upplevde sig vara utlämnade och utsatta samt att de inte blev lyssnade till. Bristande information uppgavs leda till oro och frustration och det går att härleda detta till bristen på att arbeta ur ett personcentrerat perspektiv. Ekman et al. (2011) framhåller vikten av att känna personen bakom patienten och att skapa ett förtroende genom att ingå i ett partnerskap. Partnerskapet ska leda till att patientens värderingar, rädslor och oro inte förbises och på så sätt negligeras inte patientens upplevelser av att vårdas på sjukhus. Genom att låta patienten delge sin berättelse ändras självförståelsen hos patienten och även synen på vårdrelationen som blir mer jämlik (Kristensson Ugglå, 2014, McCormack, 2004). Ricoeur menar dessutom att berättandet har en läkande effekt och är en del av själva vårdandet (Kristensson Ugglå, 2014). I vår studie framkom det i resultatet att deltagarna till viss del kände sig otrygga på sjukhuset trots den tilltro de satte till vårdpersonalen. Att uppleva känslor av otrygghet och att känna sig övergiven skapar inte några bra förutsättningar för ett partnerskap. Utifrån vår kliniska erfarenhet har vi uppmärksammat att vårdpersonal ofta brister i att ge patienterna möjlighet att delge sin berättelse. En möjlig orsak till detta kan vara tidsbrist men även avsaknad av kunskap och rutiner runt personcentrering kan bidra. Om deltagarna hade fått möjlighet att skildra sin berättelse är det tänkbart att tryggheten på sjukhuset hade ökat, likaså tilltron till sig själva.

McCormack (2004) framhåller betydelsen av ta reda på vad som är viktigt för patienten och hur denne skapar mening med det som händer. I resultatet i vår studie framkom det att deltagarna uttryckte stor tilltro till vårdpersonal och att de var nöjda med den vård de erhöll på sjukhuset trots vissa negativa erfarenheter. Detta kan också ses i Dilworths et al. (2012) studie. Utifrån vårt resultat med att både vara trygg i andras händer och att vara otrygg på sjukhuset går det inte att anta att bara för att en patient uttrycker belåtenhet så har den vård de fått mött dennes behov eller uppfyllt förväntningarna. Tryggt att vara i andras händer var en kategori som framkom i resultatet i vår studie vilket även speglas i Dilworths et al. (2012) i temat att vara omhändertagen. Att behöva andra människor för att klara av sitt dagliga liv var

något genomgående. Deltagarna i vår studie gav uttryck för att de hade stor tilltro till andra människor men även upplevde att andra bestämde över deras huvuden. I Dilworths et al. (2012) studie upplevde deltagarna både positiva och negativa känslor angående att bli omhändertagen. Något som skiljer sig åt är att deltagarna i Dilworths et al. (2012) studie beskrev återinläggningen som något oundvikligt då de upplevde att tiden efter utskrivning kännetecknades av dålig kommunikation samt bristfällig rådgivning. Detta var inte något som framkom i vår studie där ingen deltagare tog eget initiativ till att söka vård på sjukhuset. En förklaring till att resultatet skiljer sig åt skulle kunna vara att inklusionskriterierna inte var samma. Deltagarna i Dilworths et al. (2012) studie skulle vara 65 år eller äldre och det kan därför tänkas att de i genomsnitt var yngre än i föreliggande studie där medianåldern var 88 år. Det framgår inte vilken ålder deltagarna hade i Dilworths et al. (2012) studie.

Resultatet i vår studie lyfter fram att det sociala stödet ingav en stor trygghet för deltagarna när de var hemma. De förlitade sig på att närstående och grannar skulle finnas där för dem. I Cravens et al. (2015) studie framkom en mängd riskfaktorer för återinläggning där bland annat brist på socialt stöd var en. Trots att deltagarna i vår studie gav uttryck för att de hade socialt stöd så blev de återinlagda. Det framkom dock att även om det fanns ett socialt stöd så kunde det upplevas som ensamt i hemmet. Till skillnad från vårt resultat så finns det flera studier som påvisar att just bristen på socialt stöd och ensamhet kan leda till en ökad risk för återinläggning (Craven et al., 2015; Yu et al., 2007). I Andreasens et al. (2015) studie framgår det att ensamhet och det sociala nätverket har stor betydelse för välbefinnandet efter utskrivning från sjukhus. Något som tydligt framträdde var att de äldre ville finnas till och vara betydelsefulla för människor i deras närhet. Det går inte att utesluta att resultatet i vår studie hade sett annorlunda ut avseende socialt stöd om vi hade inkluderat ett större antal deltagare.

Från resultatet i vår studie kan paralleller dras till en nedsatt funktionell status som Craven et al. (2015) framhåller vara en annan riskfaktor för återinläggning. Deltagarna gav uttryck för att de var gamla och att detta förde med sig olika krämpor som de skulle få komma att leva med. Trots försämringen som successivt skedde efter att deltagarna blev utskrivna så tycktes de acceptera denna. Personer med kroniska sjukdomar bör vara välinformerade om

behandlingar och i synnerhet vilka symtom som de ska ägna större uppmärksamhet åt (Coleman et al., 2014; Sveriges Kommuner och Landsting, 2015).

Silverstein et al. (2008) belyser att äldre patienter som har en hög risk för återinläggning kan identifieras tidigt under deras sjukhusvistelse. Modellen som utvecklades i den studien kan användas för att förutsäga risken för återinläggning. Då studien utvecklades i USA innehåller den vissa variabler som inte är relevanta i Sverige. Exempel på sådana variabler är etniskt ursprung och olika specifika sjukvårdsförsäkringar. Stäck et al. (2012) har i en svensk studie identifierat faktorer kopplade till ökad risk för akut återinläggning. Båda dessa studier visade på att vissa diagnoser, framför allt hjärtsvikt och KOL, en hög ålder samt tidigare hög vårdkonsumtion ökade risken för återinläggning.

Det framträder tydligt i resultatet i vår studie att deltagarna anpassar sina tankar och förväntningar på framtiden efter den försämring de upplever. De väljer att sänka sina förväntningar om vad de framöver tror sig klara av vad gäller vardagssysslor och andra aktiviteter allt eftersom de känner den fysiska förmågan avta. Genom att utifrån deras hälsotillstånd anpassa sina förväntningar försökte deltagarna finna en balans i tillvaron vilket enligt Ebrahimi et al. (2012) är en förutsättning för att uppnå en upplevelse av hälsa. I en studie av Wong, Chan, Chow, Chang, Chung, Lee och Lee (2010) framgår det att personens upplevelse av hälsa har en direkt inverkan på återinläggningsfrekvensen. Resultatet visade inget samband mellan det utvärderade behovet av vård gentemot det upplevda. Genom att stärka personens tilltro till sin egen förmåga att hantera sin hälsa och att göra rimliga bedömningar så skulle onödiga återinläggningar kunna minskas.

Slutsats

Studien visar att när äldre personer som blir utskrivna från sjukhus upplever en försämring i sitt hälsotillstånd kopplar de detta många gånger till det naturliga åldrandet. De hyser en önskan om att leva i nuet och sätter tilltro till sig själva. Genom att anpassa sina förväntningar och sin livsföring utifrån hälsotillståndet strävar de efter att uppnå en balans i tillvaron. Detta leder till att kontakten med sjukvården fördröjs och att den tilltagande försämringen medför en oundviklig återinläggning. Närstående har en betydande roll för de äldre personerna.

Samtidigt som de äldre sätter stor tilltro till sina närstående upplever de även att dessa tar beslut över deras huvuden. Äldre personer kan uppleva vistelsen på sjukhus som otrygg. Detta kan bero på bristande information och känslor av utsatthet. Genom att tillämpa ett personcentrerat synsätt kan personens upplevelser av otrygghet minskas. För att minska återinläggningar hos de äldre krävs troligtvis att personcentrerad vård kompletteras med ytterligare åtgärder såsom till exempel uppföljande hembesök och telefonsamtal av en samordnare. Samordnaren bör även vara tillgänglig för närstående gällande råd och stöd för de äldre.

Kliniska implikationer

Resultatet från denna studie kan öka förståelsen och kunskapen hos vårdgivare för hur äldre personer upplever tiden i samband med utskrivning följt av en tät återinläggning. Det är av yttersta vikt att patienten görs delaktig i vården och ges möjlighet att genom sin berättelse tydliggöra sig själv som person. Patienten bör kontinuerligt under hela vårdtillfället erbjudas individuellt anpassad information. Vid utskrivningsplaneringen är det önskvärt att även närstående involveras och informeras om patientens hälsotillstånd samt fortsatt planering av vården.

Förslag till fortsatt forskning

Då återinläggningsfrekvensen är hög, inte enbart i ålderskategorin 75 år och äldre, hade det varit av intresse att genomföra en liknande studie med en yngre ålderskategori. Hur skiljer sig upplevelserna hos yngre personer gentemot äldre personer? Vilken roll har närstående hos dessa personer? Det hade även varit intressant att intervjua närstående till äldre personer som har blivit återinlagda för att se om upplevelserna skiljer sig åt från resultatet i denna studie.

Referenslista

- 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.
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of clinical nursing*, 18(18), 2539-2546.
- Bourhis, R. Y., Roth, S., & MacQueen, G. (1989). Communication in the hospital setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors. *Social science & medicine*, 28(4), 339-346.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461-466.
- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16(4), 278-281.
- Centrum för personcentrerad vård. (2014). *Om Centrum för personcentrerad vård - GPCC*. Hämtad 2016-01-28 från <http://gpcc.gu.se/om-gpcc>
- Condelius, A., Edberg, A. K., Jakobsson, U., & Hallberg, I. R. (2008). Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Archives of gerontology and geriatrics*, 46(1), 41-55.
- Congdon, J. G. (1994). Managing the incongruities: the hospital discharge experience for elderly patients, their families, and nurses. *Applied Nursing Research*, 7(3), 125-131.
- Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Min, S. J., Parry, C., & Kramer, A. M. (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the Care Transitions Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1817-1825.
- Craven, E., & Conroy, S. (2015). Hospital readmissions in frail older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 1-10.
- Crimmins, E. M. (2004). Trends in the health of the elderly. *Annu. Rev. Public Health*, 25, 79-98.
- Dilworth, S., Higgins, I., & Parker, V. (2012). Feeling let down: An exploratory study of the experiences of older people who were readmitted to hospital following a recent discharge. *Contemporary nurse*, 42(2), 280-288.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.

- Drisko, J., & Maschi, T. (2015). *Content Analysis*. Oxford University Press.
- Ebrahimi, Z., Wilhelmson, K., Moore, C. D., & Jakobsson, A. (2012). Frail elders' experiences with and perceptions of health. *Qualitative health research*, 22(11), 1513-1523.
- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (s 29-37). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248-251.
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I A. K. Edberg (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå -kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s 28-61). Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Etikprövningsnämnden. (2015). Etikprövning för studentarbeten och ST-arbeten. Hämtad 2016-01-27 från <http://www.epn.se/goeteborg/anslagstavlan/etikproevning-under-st-utbildning/>
- Folkhälsmyndigheten. (2014). *Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2014*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Fors, A., Ekman, I., Taft, C., Björkelund, C., Frid, K., Larsson, M. E., ... & Swedberg, K. (2015). Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care—A randomised controlled trial. *International journal of cardiology*, 187, 693-699.
- Forster, A. J., Clark, H. D., Menard, A., Dupuis, N., Chernish, R., Chandok, N., & van Walraven, C. (2004). Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 170(3), 345-349.
- Gillick, M. R., Serrell, N. A., & Gillick, L. S. (1982). Adverse consequences of hospitalization in the elderly. *Social science & medicine*, 16(10), 1033-1038.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Huang, T. T., & Liang, S. H. (2005). A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. *Journal of clinical nursing*, 14(10), 1193-1201.

- Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418-1428.
- Kommun- och landstingsdatabasen [Kolada]. (2015). *Medelvårdtid för respektive ålderskategori, alla Landsting ovägt medel för år 2004 och år 2014*. Hämtad 2015-12-07 från: https://www.kolada.se/?_p=workspace/nt
- Kondracki, N. L., Wellman, N. S., & Amundson, D. R. (2002). Content analysis: review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of nutrition education and behavior*, 34(4), 224-230.
- Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. (s 21-68). Stockholm: Liber AB.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (2006). Dominance through interviews and dialogues. *Qualitative inquiry*, 12(3), 480-500.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Marengoni, A., Corrao, S., Nobili, A., Tettamanti, M., Pasina, L., Salerno, F., & Mannucci, P. M. (2011). In-hospital death according to dementia diagnosis in acutely ill elderly patients: the REPOSI study. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(9), 930-936.
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of clinical nursing*, 13(s1), 31-38.
- Olsson, L. E., Karlsson, J., & Ekman, I. (2006). The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 1:3.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Patel, R. & Davidsson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck, T. C. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Ricoeur, P., & Backelin, E. (2011). *Homo capax: texter av Paul Ricoeur om etik och filosofisk antropologi*. Göteborg: Daidalos.
- Rydeman, I., & Törnkvist, L. (2006). *Utskrivningsplanering för äldre: samverkan och samordning i vårdkedjan*. Stockholm: Forum för kunskap och gemensam utveckling, Stockholms läns landsting.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm. Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sheppard, M. S., Rathgeber, M. R., Franko, J. M., Treppel, D. M., Card, S. E., & Neudorf, C. O. (2001). Are longer hospital stays beneficial for the elderly? *Hospital quarterly*, 6(2), 52-5.
- Silverstein, M. D., Qin, H., Mercer, S. Q., Fong, J., & Haydar, Z. (2008). Risk factors for 30-day hospital readmission in patients > 65 years of age. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 21(4), 363-372.
- Socialstyrelsen. (2006). *Äldre – Vård och omsorg 2005. Statistik Socialtjänst 2006:3*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt mm. Slutrapport 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. (2003). *Evidensbaserad äldrevård: en inventering av det vetenskapliga underlaget*. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. SBU-rapport nr 163.
- Statistiska centralbyrån (2015a). Befolkning efter ålder och kön. År 1860 - 2014. Hämtad 2015-12-12, från http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningR1860/?rxid=f08d11b3-c947-4102-a055-3b2e710f3354
- Statistiska centralbyrån (2015b). Folkmängd efter ålder och kön. År 2015-2110. Hämtad 2015-12-12, från http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0401__BE0401A/BefolkprognRev2015/?rxid=f08d11b3-c947-4102-a055-3b2e710f3354
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). *Resultatrapport 2012. Bättre liv för sjuka äldre*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

- Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Slutrapport 2015. Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Stäck, P., Forsberg, B., Högberg, M., Werr, J., & Edgren, G. (2012). Originalstudie-Risken för akut återinläggning kan förutsägas. Tidigare vårdkonsumtionsmönster och vissa diagnoser starkt predicerande. *Läkartidningen*, 109(48), 2211.
- Themessl-Huber, M., Hubbard, G., & Munro, P. (2007). Frail older people's experiences and use of health and social care services. *Journal of nursing management*, 15(2), 222-229.
- Thygesen, L. C., Fokdal, S., Gjørup, T., Taylor, R. S., & Zwisler, A. D. (2015). Can municipality-based post-discharge follow-up visits including a general practitioner reduce early readmission among the fragile elderly (65+ years old)? A randomized controlled trial. *Scandinavian journal of primary health care*, 33(2), 65-73.
- Ulin, K., Olsson, L. E., Wolf, A., & Ekman, I. (2015). Person-centred care—An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1474515115569945.
- Wong, F. K., Chan, M. F., Chow, S., Chang, K., Chung, L., Lee, W. M., & Lee, R. (2010). What accounts for hospital readmission?. *Journal of clinical nursing*, 19(23-24), 3334-3346.
- Wong, E. L., Cheung, A. W., Leung, M. C., Yam, C. H., Chan, F. W., Wong, F. Y., & Yeoh, E. K. (2011). Unplanned readmission rates, length of hospital stay, mortality, and medical costs of ten common medical conditions: a retrospective analysis of Hong Kong hospital data. *BMC health services research*, 11(1), 149.
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2015-12-14 från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Yu, D. S. F., Lee, D. T. F., & Wu, J. (2007). The revolving door syndrome: the Chinese COPD patients' perspectives. *Journal of clinical nursing*, 16(9), 1758-1760.

Bilaga 1, forskningspersoninformation



Information om studie som undersöker äldre personers upplevelser av tiden mellan två närliggande vårdtillfällen.

En stor del av de patienter som vårdas på sjukhus behöver komma tillbaka till sjukhuset för vård en kort tid efter att de har blivit utskrivna. Forskning visar att det finns olika anledningar till detta. Det finns dock få studier gjorda som fokuserar på hur dessa personer upplevde sin livssituation vid tiden efter utskrivning och vilka behov som föranledde återinläggning. Genom att få fördjupade kunskaper om äldre personers livssituation mellan två vårdtillfällen på sjukhus hoppas vi kunna bidra till en tryggare vård för dessa.

Syftet med denna studie är att genom intervjuer utforska hur personer, 75 år eller äldre, upplever tiden mellan två närliggande vårdtillfällen. Då du har lagts in på XXXX inom 30 dagar från det att du blev utskriven tillhör du en av dem som vi gärna vill träffa. Vi tror att du, genom att dela med dig om just dina upplevelser, kan bidra med viktiga och värdefulla kunskaper.

Deltagandet i studien innebär att delta i en intervju vid ett tillfälle. Intervjun sker i enrum på sjukhuset under ditt aktuella vårdtillfälle, beräknas ta ca 30-45 minuter och kommer att spelas in. Fokus under intervjun kommer att ligga på erfarenheter och upplevelser efter utskrivning från sjukhuset och vad som gjorde att du sökte sjukvård igen.

Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att orsak behöver uppges. Personuppgifter, datainsamling och behandling av resultat kommer att ske konfidentiellt och i enlighet med Personuppgiftslagen. All information som framkommer ska enbart användas i denna studie och kommer att behandlas så att ingen enskild persons identitet kan urskiljas. Materialet kommer att förstöras när arbetet är klart. Verksamhetschefen för medicinkliniken på Alingsås Lasarett har godkänt studien och personalen här på avdelningen är informerade om innehållet i studien.

Vi som genomför studien är Thomas och Terése, två sjuksköterskor som jobbar på XXXX. Vi studerar även till specialistsjuksköterskor vid Göteborgs Universitet och skriver nu vår magisteruppsats med denna studie som utgångspunkt. Vid önskemål om ytterligare information gällande studien, begäran av avbrytande eller om du vill ta del av resultatet är du välkommen att kontakta oss som är ansvariga för studien. Var god se nästa sida för kontaktuppgifter.

Ansvariga för studien:

Thomas Apelgren, specialistsjuksköterskestudent med inriktning mot medicinsk vård.
Tel.nr arbete 03xxxx. Mobilnr 07xxxx.

Terese Johansson, specialistsjuksköterskestudent med inriktning mot medicinsk vård.
Tel.nr arbete 03xxxx. Mobilnr 07xxxx.

Handledare för studien:

Sofie Jakobsson, universitetslektor vid Göteborgs Universitet.
Tel.nr arbete 03xxxx.

Bilaga 2, kvalitativ innehållsanalys enligt Philip Burnard

Kvalitativ innehållsanalys enligt Philip Burnards fyra steg

Stage 1

The text is read through by the researcher and 'open coded'. Here, the researcher notes single words or short phrases, in the right hand marginal, that summarizes passages of data. The words or phrases should account for *all* of the data.

Stage 2

The words or phrases are grouped together and, if necessary, 'reduced'. Reduction of the words and phrases involves crossing out repetitions and similar words and phrases so as to produce a list of headings that account for all of the data in the transcript. Custom and practice suggest that no more than 12 headings should be used.

Stage 3

Each of the 'final' set of categories is allocated a *colour* and each colour represents that of a fluorescent marking pen. Those coloured marking pens are then used to mark up the transcripts and, in this way, the entire transcript is divided up into categories. After the transcript has been marked up in this way, the researcher uses scissors to cut up the various coloured sections. These cuttings are then collected together and the researcher pastes them, in their groups, onto pages of A4 paper. In this way, the researcher has a complete, grouped set of pages, containing all of the analysed transcript.

Stage 4

After this analysis has taken place, the researchers task is to answer the 'so what?' question and to offer explanations for the groups that have emerged. It is at this stage that *theory* may or may not 'emerge' from the analysed text.

Källa: Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16(4), 278-281.