



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

FINNS UTRYMME FÖR DELAKTIGHET?

Sjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters delaktighet i vården på akutmottagning

Helena Olofsson

Sara Bergström

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Vård av äldre
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2017
Handledare:	Hanna Falk
Examinator:	Helle Wijk

Titel (svensk):	Finns utrymme för delaktighet på akutmottagningen? Sjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters delaktighet i vården på akutmottagning.
Titel (engelsk):	Is there space for participation in the emergency room? Nurses' experiences of participation in health care in the emergency room.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Vård av äldre
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2017
Handledare:	Hanna Falk
Examinator:	Helle Wijk
Nyckelord:	Äldre patienter, delaktighet, akutmottagning, fokusgruppsintervju, erfarenheter, sjuksköterskor.

Sammanfattning:

Bakgrund: Många patienter som kommer till akuten är äldre. Forskning visar på att vården på akutmottagningen är dåligt anpassad till de äldre patienternas specifika behov. Forskning visar även att äldre patienter sällan upplever sig som delaktiga i de beslut som fattas kring den egna vården på akutmottagningen. Skälen till detta kan vara många och bland annat bero på korta vårdtider, att många vårdprofessioner är inblandade i vården, snabbt vårdtempo eller hinder i vårdmiljön som gör att delaktighet inte prioriteras. Det kan också bero på att patienten är konfusorisk, har nedsatt allmäntillstånd eller är smärtpåverkad. Kunskap saknas om sjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters delaktighet inom akutsjukvård. Kunskap som kan utgöra en bas för utvecklade strategier för den äldre patientens ökade delaktighet i akutsjukvården.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters delaktighet i beslut som rör den egna vården på en akutvårdsmottagning på sjukhus.

Metod: Studien har en kvalitativ design med induktiv ansats. Sex fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor verksamma på akutmottagning har genomförts under januari månad 2017.

Resultat: Sammantaget visar resultatet att sjuksköterskor anser att den äldre patienten ofta inte görs delaktig i sin vård, trots att sjuksköterskorna besitter kunskaper om hur den äldre patienten kan göras delaktig. Det framkom tre kategorier och tio subkategorier. Kategorierna är: *den äldre patienten*, *vårdrelationen* och *vårdmiljön*. Sjuksköterskorna anser att patienten och hans/hennes egenskaper har stor inverkan på delaktigheten i beslut som rör den egna vården. Sjuksköterskornas uppfattning om innebörden av delaktighet i vården genomsyras av ett gott samarbete. Samarbetet grundar sig på samtalet med patienten. Det finns vissa delar i sjuksköterskornas yrkesvardag, som de har svårt att påverka och som utgör hinder för delaktighet. Akutvårdsmiljön beskrivs som stressig och rutinstyrd.

Slutsats: Sjuksköterskor är medvetna om hur de kan möjliggöra att den äldre patienten blir delaktig i sin vård på akutmottagningen. De erfar dock många hinder i vårdmiljön som gör att delaktighet inte prioriteras.

Nyckelord: Äldre patienter, delaktighet, akutmottagning, fokusgruppsintervju, erfarenheter, sjuksköterskor.

Abstract:

Background: Many patients at the emergency room are older persons. Research shows that the emergency care is not adapted for older person's specific needs. Research also shows that older persons rarely experience participation in decision-making concerning their own care at the emergency room. There might be several reasons for this, for instance short stays at the emergency room and many healthcare professions involved. Other reasons might be that the patients have cognitive impairment, are in pain or in reduced general condition. There is a lack of knowledge about nurse's perceptions about older person's participation in decision-making in emergency care.

Aim: To describe nurse's perceptions of older people's participation in decision-making regarding their own care at the emergency room.

Methods: This study is of qualitative design with inductive approach. Six focus groups with nurses working at the emergency room have been interviewed at four hospitals in Sweden during the month of January 2017.

Results: The result shows that nurses don't believe that older persons get involved in their own care often, despite that the nurses are aware of how they can enable older person's participation.

The results are presented in three categories and ten subcategories. The categories are *the older persons*, *the relationship with professionals* and *the care environment*. Nurses believe that the patient's properties affect how much they will participate in decisions regarding their own care. Nurses believe that participation in the care is when they cooperate with the patient. The cooperation is based on the conversations with the patients. There are circumstances while the nurses are working that they can't affect that obstacles participation. The emergency care environment is said to be stressful and commanded by routines.

Conclusion: Nurses are aware of how they can enable the older person's participation in their own care at the emergency room. They experience a lot of obstacles in the care environment and they can therefore not prioritize the older person's participation.

Keywords: Older persons, participation, emergency room, focus group interview, experiences, nurses.

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till alla informanter som deltog i fokusgruppsintervjuerna.

Vi vill även tacka Hanna Falk för god handledning och inspiration.

Ett särskilt tack vill vi tillägna våra familjer för all support.

Innehållsförteckning

Sammanfattning:.....	2
Abstract:.....	3
Inledning.....	1
Bakgrund	1
Den åldrande befolkningen.....	1
Den äldre patienten.....	2
Definition	2
Medicinska skillnader	2
Begrepp	2
Transition	2
Vården på akutmottagningen.....	3
Triage	3
Vårdmiljön	3
Särskilt omhändertagande av äldre på akutmottagning	4
Delaktighet.....	4
Tidigare forskning	5
Teoretisk referensram	6
Personcentrerad vård	6
Problemformulering.....	7
Syfte	7
Metod	7
Design.....	7
Deltagare.....	7
Urval	8
Datainsamling.....	8
Dataanalys	9
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
Den äldre patienten.....	11
Patienten.....	11
Självbestämmande	11
Anhöriga	12
Vårdrelationen	12

Samtalet.....	12
Information	13
Utesluta patienten.....	13
Vårdmiljön.....	14
Akutvårdsmiljön	14
Livshotande tillstånd.....	15
Tid.....	15
Läkarsamtal.....	15
Diskussion.....	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion.....	17
Områden för fortsatt forskning	21
Slutsatser.....	21
Referenslista.....	22
Bilaga 1	28
Forskningspersonsinformation	28
Bilaga 2	30
Informerat samtycke	30
Bilaga 3	31
Intervjuguide	31

Inledning

Akutsjukvård handlar till stor del om sjukvård av äldre (SBU, 2013). För varje år som går lever allt fler människor längre i Sverige, vilket resulterar i att andelen äldre ökar i befolkningen. År 2015 var nästan var femte invånare i Sverige över 65 år och den andelen förväntas att växa successivt till att bli var fjärde invånare år 2060 (SCB, 2013). De kommande åren förväntas dessutom gruppen som är 80 år och äldre att öka (Socialstyrelsen, 2015). Patienter 80 år och äldre vistas i snitt 41 minuter längre på akutmottagningarna jämfört med yngre, däremot finns det ingen signifikant skillnad i tid till att bli undersökt av läkare. En anledning till längre vistelsetid är troligen att fler i den ålderskategorin, 58 %, skrivs in till slutenvården med behov av längre handläggningstid som följd än för dem som återvänder hem efter akutsjukvårdsbesöket. Det är dock stora regionala skillnader i denna statistik (Socialstyrelsen, 2015).

I takt med stigande ålder ökar risken för sjukdomar. Då akut insjuknande alternativt akut försämring i sin sjukdom ofta kräver akutsjukvård förmodas antalet äldre patienter på akutmottagningarna att öka (Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). Akutsjukvården är idag inte utformad för äldres behov, exempelvis innebär de långa vistelsetiderna för äldre att risker för vårdrelaterade skador såsom trycksår och förvirringstillstånd ökar (Socialstyrelsen, 2015). Enligt lag har patienten rätt att vara delaktig i den egna vården och omsorgen men trots detta upplever äldre patienter inte sig delaktiga i beslut som rör den egna vården (Bridges, Flatley & Meyers, 2010; Ekdahl, Andersson & Friedrichsen, 2010 & Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2006).

Sjuksköterskor är den yrkeskategori som har omvårdnadsansvaret för den äldre patienten och som även besitter medicinsk kompetens inom geriatrik. Det medför att sjuksköterskan har en helhetssyn på den äldre patientens situation och behov av vård. Detta gör det intressant att utforska vilka erfarenheter sjuksköterskor har som arbetar på akutmottagning av äldre patienters delaktighet i beslut som rör den egna vården.

Bakgrund

Den åldrande befolkningen

Andelen äldre i befolkningen ökar i hela världen. Äldre personer mer än 65 år, är den snabbaste växande gruppen världen över och det beror dels på att människor lever längre idag och dels på ett minskat antal födslar. Anledningen att människor lever längre är på grund av utvecklad hälso- och sjukvård samt av socioekonomiska skäl (WHO, 2016). Att andelen äldre ökar i hela världen anses vara en av de största sociala förändringarna världen står inför på 2000-talet vilket medför utmaningar på alla nivåer i samhället. Inom gruppen äldre är det framförallt de som är 80 år och äldre som visar på den snabbaste tillväxten (UN, 2016). Människor lever allt längre trots sjukdomar med bättre hälsa och med mindre funktionsnedsättningar än tidigare. På grund av detta finns en större del som lever med olika sjukdomar och den delen utgörs av den äldre befolkningen (Crimmins, 2004). Enligt Vaupel (2010) lever människor allt längre tack vare att de uppnår hög ålder med bättre hälsa än förr. Att människor dör senare i livet är ett tecken på förbättrad hälsa, och den genomsnittliga åldern för att dö ökar konstant. Antalet sjukdomar ökar i takt med en äldre befolkning vilket också kan bero på att sjukdomar diagnostiseras tidigare idag. Enligt SBUs rapport (2013) består cirka 40 % av alla akutvårdsbesök av patienter över 65 år.

Den äldre patienten

Definition

Socialstyrelsen och SBU:s definition av äldre personer är 65 år och äldre (Socialstyrelsen, 2017 & SBU, 2013). Socialstyrelsen delar in äldre i yngre äldre 65-79 år och äldre äldre 80 år och äldre (Socialstyrelsen, 2017). I följande text kommer den äldre patienten definieras som 65 år och äldre enligt Socialstyrelsens definition (2017).

Medicinska skillnader

Den äldre patientens situation kan vara mer komplex och sjuksköterskan behöver beakta och ta hänsyn till många aspekter i vården av äldre. Äldre personer uppvisar ofta atypiska symtom vid många akuta sjukdomstillstånd. Dessutom har äldre personer ofta flera olika sjukdomar samtidigt vilket försvårar diagnostiseringen (Schoeneberger & Exadaktylos, 2014). Att äldre personer faller är den vanligaste orsaken till traumavård, 90 % är fall från stående. Mindre skademekanism och hastighet krävs för att orsaka allvarliga skador hos äldre. Orsakerna till fall hos äldre är ofta multifaktoriella där svaghet, nedsatt syn, balans, gångsvårigheter och förlångsammad reaktionstid är några faktorer (Bortz, 2015). Kroniska sjukdomar hos äldre har en direkt effekt på självskattad hälsa och en indirekt effekt genom funktionella begränsningar (Galenkamp, Deeg, Huisman, Hervonen, Braam & Jylhä, 2013).

Begrepp

Det används flera begrepp i litteraturen för att beskriva hur den äldre patientens situation kan se ut. Exempel på dessa begrepp är skörhet, multisjuklighet och funktionsnedsättning. Det finns anledning att reda ut begreppen för att kunna få en ökad förståelse för den enskilde patienten. Multisjuklighet innebär två eller fler diagnostiserade sjukdomar, det är då relevant att ta ställning till hur medicinerna interagerar och om det är möjligt att behandla samtliga sjukdomar. Vid funktionsnedsättning är patientens autonomi ofta hotad och insatser i form av transporter och matleveranser är nödvändiga. Skörhet är de sammansatta fysiska aspekterna som leder till att en person har minskade fysiska reserver att klara påfrestningar. Det är viktigt att beakta de faktorer som bidrar till skörhet då tillstånden för skörhet inte behöver vara manifesterade i sjukdomsdiagnoser. Att vara multisjuk innebär en risk för att utvecklas till skör och att vara skör innebär en risk att bli sjuk (Fried, Ferrucci, Darer, Milliamson & Anderson, 2004). Det har också visat sig att skörhet har större påverkan på egenvårdsförmåga och funktion än sjukdomar (Eklund, Wilhelmson, Landahl & Ivanhoff-Dahlin, 2016). Skörhet är en riskfaktor för försämrad hälsa och sköra äldre behöver upptäckas tidigt. Det kan göras med hjälp av screening (American Geriatrics Society, 2006). Genom att upptäcka skörhet kan insatser sättas in för att förbättra livskvalitén för de äldre och göra dem mindre beroende av vård vilket i sin tur även sänker vårdkostnaderna (Morley et al., 2013). Sköra äldre är de som står för de högsta sjukvårdskostnaderna i utvecklingsländerna (Eklund et al., 2016).

Transition

När den äldre patienten drabbas av sjukdomar och funktionsnedsättningar går han/hon från ett stabilt tillstånd till ett instabilt. Det kallas för transition och definieras som en övergång. Den äldre människan har svårare att anpassa sig till nya livssituationer, vilket komplicerar livet för den äldre. Förändringar i livet som beror på ohälsa eller sjukdom skapar en process av transition. Förändringar behöver inte ha en negativ betydelse (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000). Övergången från att vara den som tar hand om, till den som är i beroendeställning är omvälvande och kan vara svårt att inse. Att ha en minskad förmåga att

klara sig själv och komma i en beroendeställning till andra omkring sig kan generera skamkänslor (Lindberg, Hörberg, Persson & Ekebergh, 2013).

Vården på akutmottagningen

Vården på en akutmottagning är idag inte anpassad för den äldre patienten som ofta är i större behov av omvårdnad och befinner sig en längre tid på akutmottagningen (Kihlgren, Nilsson & Sörlie, 2005). Det finns många barriärer som hindrar akutsjuksköterskor från att förse den äldre patienten med god omvårdnad såsom brist på tid och personal (Gallagher, Fry, Chenoweth, Gallagher & Stein-Parbury, 2014). Ett problem är att personalen saknar specifik kunskap om akutsjukvård för äldre (Richardson, Casey & Hilder, 2007 & Schoeneberger & Exadaktylos, 2014).

Triage

På akutmottagningar används ett triagesystem som innebär att patienter bedöms efter vårdbehov. Syftet med triagesystem är att patienterna ska få vård vid rätt tid (Ekwall, Gertz & Manias, 2008). Triage, som betyder snabb förstahandsbedömning av vårdbehov utförs exempelvis enligt RETTS som är ett arbetsredskap på akutmottagningen. RETTS (rapid emergency triage and treatment system) är ett beslutsstöd som bygger på att varje prioritering står i relation till risken. Rettsprocessen består av tre delar, Vitalparametrar (VP), ESS-kod (emergency signs and symptoms) och sjuksköterskans bedömning. Den av de tre delarna som faller ut högst blir gällande sluttriage (Widgren, 2012). En 5-gradig skala används, där prioritet 1 (röd) innebär att patienten är i ett livshotande tillstånd och är i behov av omedelbar vård. Vid prioritet 2 (orange) befinner sig patienten i ett potentiellt livshotande tillstånd och behöver kontinuerlig monitorering och är i behov av vård snarast. Vid prioritet 3 (gul) befinner sig inte patienten i ett direkt livshotande tillstånd men är i behov av akutsjukvård, i den här gruppen befinner sig många äldre multisjuka. Patienter i prioritetsgrupp 3 (gul) kan behöva vänta länge då de patienterna med högre prioritet alltid måste handläggas först. Vid prioritet 4 (grön) är patienten i behov av lättare akutvård och befinner sig inte i ett livshotande tillstånd. Prioritet 5 (blå) är den lägsta prioriteringen och där anses patienten inte vara i behov av akutsjukvård. RETTS används på akutmottagningar i nästan hela Sverige (Widgren, 2012). Känsligheten att förutse behovet av akut traumavård är avsevärt sämre för äldre patienter jämfört med yngre vuxna (Rogers et al., 2012). Äldre patienter svarar annorlunda på ett trauma än yngre och drabbas av undertriagering. En lösning på detta problem kan vara att använda triagekriterier som är skraddarsydda för den äldre patienten. Känsligheten ökar markant, med bland annat minskad dödlighet som följd (Ichwan, Darbha, Shah, Thompson, Evans, Boulger & Caterino, 2015).

Vårdmiljön

I den akuta vårdmiljön upplever ofta sjuksköterskor en tidspress och brist på tid anges som den största anledningen till varför de inte kan arbeta personcentrerat (Bolster & Manias, 2010 & Höglund, Winblad, Arnetz & Arnetz, 2010). Akutsjuksköterskorna har också en tendens att koncentrera sig mer på den medicinsk-tekniska delen än den psykosociala vilket kan generera bristande delaktighet (Kihlgren et al., 2005 & Frank, Asp & Dahlberg, 2007). Kihlgren et al. (2005) menar att sjuksköterskor framöver måste prioritera annorlunda på akutmottagningar för att uppnå en balans mellan god omvårdnad och medicinska uppgifter. Akutvården är idag uppbyggd för isolerade åkommor som snabbt går att behandla vilket inte passar den geriatriska patienten som ofta har mer komplexa problem (Schoeneberger & Exadaktylos, 2014). Enligt senaste rapporten om väntetider och patientflöden på

akutmottagningar från Socialstyrelsen (2017) har fortfarande den äldre patienten längre vistelsetid på akutmottagningen jämfört med yngre. Sju timmar och 18 minuter eller längre får var tionde äldre patient vänta på akutmottagningen innan de kan lämna akutmottagningen eller skrivas in i slutenvården jämfört med sex timmar och 57 minuter för yngre. En skillnad på 21 minuter enligt rapporten. Det ökande och ojämna dygnsinflödet av patienter till landets akutmottagningar, arbetssättet och bemanningen på akutmottagningen samt beläggningssituationen på sjukhusets vårdavdelningar är faktorer som påverkar vistelsetiderna. Socialstyrelsens data visar att om de långa vistelsetiderna för äldre ska kunna kortas krävs förändringar av vården (Socialstyrelsen, 2017). I statens offentliga utredningar (2016) framkommer att vårdens effektivitet avgörs i mötet med patienten. En viktig slutsats är att en förutsättning för hög effektivitet är att patienten involveras och görs delaktig i processen kring den egna vården i högre utsträckning än vad den görs i dag. Att hela tiden utgå från hur patientnytta skapas i det individuella mötet har en avgörande betydelse för effektiviteten anser utredningen (SOU, 2016).

Särskilt omhändertagande av äldre på akutmottagning

Det är ett stort arbete att kartlägga den äldres behov, risker och förutsättningar vilket kräver mer tid och resurser. I början kan det kosta mer men på sikt visar forskning på att det troligtvis både är mer kostnadseffektivt och ger patienten bättre vård (SBU, 2013). I takt med att den globala demografien förändras och befolkningen blir allt äldre har olika lösningar hittats för de äldre patienterna som behöver akutsjukvård (Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). På många sjukhus i Sverige har geriatriska snabbspår upprättats för vissa specifika diagnoser som höftfrakturer och stroke då ambulanspersonalen kör patienten direkt till en avdelning utan att behöva passera akutmottagningen (Västra Götalandsregionen, 2016 & Danderyds sjukhus, 2015).

Det krävs en samordnad vård för den sköra och multisjuka äldre patienten då det ofta är många vårdgivare inblandade och även flera vårdprofessioner som till exempel (t.ex.) läkare med olika kompetenser, sjuksköterskor och socialarbetare (Wilhelmson et al., 2011). Den äldre patienten kräver i större utsträckning ett helhetsperspektiv och forskning visar på behovet att använda sig av en sammanvägd geriatrisk bedömning, så kallad Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) på akutmottagningen för ett strukturerat omhändertagande av de äldre (Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). CGA är ett multidimensionellt och multidisciplinärt instrument för att ta fram medicinska och psykosociala data samt information om patientens funktion. Såväl kapacitet som begränsningar hos den äldre patienten noteras. Skillnaden mellan CGA och vanlig medicinsk bedömning är att den fokuserar på äldre individers komplexa problem, den innefattar funktionsstatus och livskvalitet samt multidisciplinärt arbete i team. I arbetet med äldre fungerar inte alltid de bedömningar och behandlingar som görs för enskilda sjukdomar då de är lätt att missa det rådande tillståndet hos patienten. Dessa utmaningar kallas för de geriatriska giganterna och är intellektuell svikt, immobilitet, instabilitet, inkontinens och iatrogena tillstånd. Med CGA kan man finna dessa tillstånd och arbeta för att förebygga sjukdom och funktionsnedsättning hos äldre (American Geriatrics Society, 2006).

Delaktighet

Det finns ingen egentlig definition på vad delaktighet i beslut som rör den egna vården betyder. Enligt lag har patienten rätt att vara delaktig i den egna vården och omsorgen (SFS 2014:821). I Hälso- och sjukvårdslagen står det att vården ska byggas på respekt för patientens

integritet och självbestämmande och så långt som möjligt ska vården och behandlingen planeras och genomföras i samråd med patienten (SFS 1982:763).

Begreppet delaktighet används idag i många olika sammanhang och det finns en risk att användaren använder begreppet utan att vara på det klara med vad begreppet står för och vad begreppet egentligen innebär (Göranzon, 2009). Synen på begreppet har även förändrats över tid (Socialstyrelsen, 2015). Delaktighet bygger på en subjektiv upplevelse och begreppet tolkas och förstås på olika sätt av oss människor. Ett exempel på hur patienten kan göras delaktig är att genom att lyfta fram resurser och engagemang istället för att enbart träna svagheterna (Göranzon, 2009). Socialstyrelsen (2015) skriver att delaktighet kan ses som ett sammanfattande begrepp. Med det menas att patienten ska ges inflytande i sin egen vård och omsorg. En viktig förutsättning för delaktighet är kontexten (Göranzon, 2009). Enligt Cahill (1996) finns fem kännetecken för delaktighet inom omvårdnad. Det första kännetecknet är att det ska finnas en relation mellan patient och sjuksköterska. Det andra är att kunskap och information måste anpassas till olika situationer. Det tredje är att delaktighet är en dynamisk process. Det fjärde är att det måste vara en intellektuell eller fysisk aktivitet i vårdprocessen samt den femte är att den aktiviteten ska generera positiv nytta. Även Frank et al. (2007) beskriver delaktighet som en dynamisk process mellan patienten och sjuksköterskan. Attityder och tillgänglighet i omgivningen möjliggör eller motverkar upplevelsen av delaktighet. En positiv konsekvens av delaktighet kan ge patienten upplevelse av kontroll, tillfredsställelse, hälsa, välmående, bemästrande och en känsla av tillhörighet och att vara till nytta. Genom att en person känner sig delaktig framkommer en definition om vem personen är (Göranzon, 2009). Delaktighet är en viktig del i vården som höjer kvalitén där sjuksköterskan fyller en viktig funktion (Fröjd, Svenne, Robertsson, Gunningberg & Vadensten, 2011). Positiva effekter av att patienterna är delaktiga i sin vård är att de känner sig mer trygga och att de är mer motiverade i rehabiliteringen efter en sjukdom (Höglund et al., 2010) vilket bidrar till att minimera risker för avvikelser (Socialstyrelsen, 2015). Att göra patienten delaktig i sin vård får således inte bara positiva konsekvenser för den enskilde utan även ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Det kan finnas hinder i omgivningen som kan påverka en persons delaktighet negativt. Genom att göra patienten delaktig och identifiera hinder i omgivningen ökar möjligheten att utveckla vården och omsorgen inklusive rehabiliteringen för patienter (Socialstyrelsen, 2015).

Tidigare forskning

För att uppnå en god vård bör äldre och deras anhöriga göras involverade i planeringen, besluten och utformningen av den egna vården (Wilhelmson et al., 2011). Det har visat sig att patienters och vårdpersonals uppfattning skiljer sig beträffande vad delaktighet i beslut innebär. Det finns också anledning att fundera över de procedurer och rutiner som styr vården och gör det svårt för patienter och för vårdpersonal till ett aktivt beslutstagande (Huby, Holt Brook, Thompson & Tierney, 2007). I Lindbergs et al. studie (2013) framkommer att vårdpersonal måste vara mottagliga för sina patienters berättelser. Patienterna tycker det är viktigt att ha möjlighet att berätta om sina upplevelser, men uttrycker samtidigt att ett aktivt deltagande i vården är svårt och kräver mycket energi. Att låta patienten berätta om innebörden av sin sjukdom och sitt åldrande kan generera en bättre situation och ökad förståelse för patienten. Mötet mellan vårdare och patient behöver utvecklas för att komma ifrån att patienten behandlas som ett objekt. Att se patienten som en helhet och ta del av patientens livsberättelser skulle underlätta delaktigheten (Lindberg et al., 2013). Sjuksköterskor är inte alltid medvetna om i vilken grad patienten vill vara delaktig i beslut. De tror att patienten vill vara mer delaktig än vad patienten själv säger sig vilja vara. Trots

detta upplever sig patienten inte delaktig i beslut. Sjuksköterskor upplever också att de brister i att göra patienten delaktig (Florin et al., 2006). Patientens inflytande på vården skapas genom delaktighet. Om och hur patienten görs delaktig beror delvis på sjuksköterskans kompetens, sjuksköterskans attityd samt vårdmiljö och organisatoriska faktorer (Sahlsten, Larsson, Plos & Lindencrona, 2005). När äldre patienter är i behov av akut sjukvård hotas deras självbild och deras möjligheter att bli involverade i vården. När den äldre vårdas inom akutsjukvården finns det risk för känslor som att vara värdelös, rädd och inte ha kontroll över situationen, särskilt för de patienter med kommunikationssvårigheter och kognitiv svikt. För att avhjälpa dessa känslor är relationen mellan patient och vårdare avgörande. Genom den möjliggörs att patienten får behålla sin identitet, blir inkluderad i sin vård och är delaktig i beslut (Bridges et al., 2010). Sjuksköterskor på akutmottagningar arbetar med snabba och standardiserade möten med patienter och det finns lite utrymme att individualisera vården (Andersson, Jakobsson, Furåker & Nilsson, 2011). Det har visat sig att sjuksköterskor på akutmottagningar har svårt att göra de äldre patienterna delaktiga på grund av patientens tillstånd och brist på resurser. Det beror även på vårdpersonalens attityd och vilja att ta reda på den äldre patientens upplevelse. Vissa menade att den stressiga miljön på en akutmottagning gör att det inte är prioriterat att göra den äldre patienten delaktig medan andra tänker aktivt på att göra patienten delaktig (Dyrstad, Testad & Storm, 2015). Tidigare studier finns om äldre patienters upplevelse av delaktighet i akutsjukvården som visar på att de ofta blir fråntaget egenansvar och inte blir delaktiga i beslut (Bridges et al., 2010 & Shankar, Bhatia & Schuur 2014). Även sjuksköterskors erfarenheter av patienters delaktighet har belysts men då framförallt inom slutenvården vilka visar att sjuksköterskorna anser att de brister i att göra de äldre patienterna delaktiga. Sjuksköterskorna inom slutenvården belyste också vikten av att se det unika i varje patient för att kunna skapa delaktighet (Dunnion & Kelly, 2007; Dyrstad et al, 2015; Florin et al 2005; Huby et al 2007 & Sahlsten, Larsson, Sjöström, Lindencrona & Plos, 2007). Vården på en akutmottagning skiljer sig från vården på avdelning, det finns därför anledning att ta reda på sjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters delaktighet i beslut som rör den egna vården på akutmottagning. Detta för att kunna utveckla strategier för att öka den äldre patientens delaktighet i akutsjukvården.

Teoretisk referensram

I denna studie ligger personcentrerad vård som en teoretisk referensram.

Personcentrerad vård

Ramen för personcentrerad vård är förutsättningar, vårdmiljö, den personcentrerade processen samt den förväntade effekten av vården. För att nå till den personcentrerade processen och utkomsten av den behöver förutsättningarna och vårdmiljön ses över. Under den personcentrerade processen arbetar sjuksköterskan med en sympatisk närvaro, engagemang, tillgodoser fysiska behov, arbetar utifrån patientens önskemål samt möjliggör patientens deltagande i beslut. Den personcentrerade processen avser att leda till att patienten känner sig nöjd med vården, känner sig involverad, upplever välbefinnande och att vården blir mer terapeutisk (McCormack & McCane, 2006).

I den personcentrerade vården är patienten aktiv och sätter målen för vården. Stort fokus läggs på kommunikationen mellan patient och vårdpersonal. Den personcentrerade vården har visat sig ge goda resultat för förbättrad hälsa, kortare vårdtider och bättre funktionsförmågor. Forskningen är dock begränsad och fler studier behövs för att bekräfta detta (Olsson,

Jakobsson Ung, Swedberg & Ekman, 2012). McCormack & McCance (2006) skriver att tillfredsställelsen av vården ökar vid ett personcentrerat arbetssätt och att det kan ge vården en tydligare helhet. Inom den personcentrerade vården är relationen mellan sjuksköterskan och patienten viktig för resultatet av den personcentrerade processen (McCormack, 2004).

Problemformulering

Sveriges befolkning blir allt äldre (SCB, 2013). De allra flesta äldre kommer vid ett eller flera tillfällen tvingas söka vård på akutmottagning. Vården på akutmottagningen är i dagsläget inte utformad för att möta äldre patienters specifika behov (Ellis et al., 2014). Delaktighet i de beslut som fattas avseende den egna vården är en förutsättning för personcentrerad och säker vård. Bristande delaktighet i vården på akutmottagningen kan leda till vårdskador, lidande och återinläggningar (Olsson et al., 2012 & McCormack & McCane, 2006). Forskning visar att äldre patienter i de allra flesta fall inte upplever sig som delaktiga utan de känner sig övergivna på akutmottagningen (Bridges et al., 2010). Vi vet väldigt lite om hur sjuksköterskor på akutmottagning resonerar kring äldre patienters delaktighet och hur de i sitt dagliga arbete värnar om de äldre patienternas delaktighet.

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters delaktighet i beslut som rör den egna vården på akutmottagning på sjukhus.

Metod

Design

Studien har en kvalitativ metod med induktiv ansats för att beskriva människors subjektiva uppfattningar, åsikter och attityder. Data samlades in genom fokusgruppsintervjuer som är en lämplig metod vid kvalitativ ansats (Polit & Beck, 2017). Tolkning av sex fokusgruppsintervjuer har genomförts. Kvalitativ innehållsanalys användes och analyserades genom systematisk kategorisering av grupper och mönster enligt Graneheim & Lundman (2004). I fokusgruppsintervjuer produceras data genom gruppinteraktion runt ett ämne som författarna i förväg har bestämt. Intervjuerna var ostrukturerade vilket innebär att deltagarna får tala med varandra och inte med moderatorn i så stor utsträckning som möjligt. Målet är att få en fri diskussion i gruppen (Wibeck, 2010). En intervjuguide utformades enligt Wibeck (2010) och användes för att säkerställa att sjuksköterskorna höll sig till det förbestämda ämnet.

Deltagare

Fokusgruppsintervjuerna genomfördes på fyra akutmottagningar i Västra Götaland. 23 stycken sjuksköterskor tackade ja samt hade möjlighet att delta. Åldrarna var mellan 22-64, medelålder 39 år, som medverkade. Fyra män och 19 kvinnor. Arbetslivserfarenheten som sjuksköterska varierade från 1-38 år, vilket gav ett medelvärde på 13 år. Antalet specialistutbildade sjuksköterskor som deltog i intervjuerna noterades inte då det inte ansågs relevant till studiens syfte. Samtliga deltagare hade en pågående anställning på en akutmottagning.

Urval

Ett strategiskt urval utfördes för att få reda på vad sjuksköterskor hade för erfarenheter av äldre patienters delaktighet i beslut som rör den egna vården på akutmottagningen. Enbart verksamma sjuksköterskor på en akutmottagning inkluderades, då de ansågs vara lämpliga deltagare för att få en aktuell bild av erfarenheter. Vårdenhetscheferna på sex akutmottagningar kontaktades via mail med en förfrågan om tillstånd att få komma och informera om syftet med fokusgruppsintervjun och att dela ut forskningspersonsinformation till sjuksköterskorna. Då svar uteblev kontaktades vårdenhetscheferna per telefon. Två akutmottagningar valde att avstå.

På en akutmottagning gjordes två besök där sjuksköterskorna fick muntlig information samt att forskningspersonsinformation delades ut, sedan sattes forskningspersonsinformationen upp i pausrummet och en mapp för påskrivna samtyckesblanketter.

Vårdenhetschefen vid ett av akutintagen skötte informationen till sjuksköterskorna själv och fyra sjuksköterskor meddelade att de var intresserade av att delta. Ett av akutintagen ordnade tre kontaktpersoner som vi först hade möte med och gav muntlig information och som sedan delade ut forskningspersonsinformation till samtliga av de anställda sjuksköterskorna och samlade in påskrivna samtyckesblanketter. På den akutmottagning där en av oss är anställd, delades forskningspersonsinformation ut till samtliga sjuksköterskor i deras postfack.

Totalt genomfördes sex stycken fokusgruppsintervjuer på fyra akutmottagningar i Västra Götaland.

Datainsamling

Intervjuerna utfördes i ett avskilt rum på respektive sjukhus. Enligt Wibeck (2010) minskar risken för bortfall om intervjuerna äger rum i anslutning till arbetsplatsen, vilket också kan göra att deltagarna känner sig mer bekväma i miljön.

Med fokusgruppsintervju menas att en grupp på 4–6 personer deltar i en intervju/diskussion tillsammans för att fånga deras åsikter och erfarenheter av ett fenomen. Intervjun hålls av en moderator (Wibeck, 2010). Det rekommenderas att moderatoren inte själv känner deltagarna som ska medverka i fokusgruppsintervjun (Halkier, 2010). Vid tre av intervjuerna deltog därför endast en som moderator på grund av kopplingar till akutmottagningen. Vid tre fokusgruppsintervjuer agerade en moderator och en observerade. Varje student utförde tre av fokusgruppsintervjuerna som moderator.

Fokusgruppsintervjuerna var ostrukturerade, moderatoren använde sig av en intervjuguide som användes vid behov för att täcka in de områden som ansågs väsentliga att ta upp.

Intervjuguiden utformades enligt Wibecks modell (Wibeck, 2010). Frågorna utgår ifrån problemformuleringen (se bilaga 3). Moderatoren kontrollerade även att deltagarna höll sig till ämnet som var ämnat att prata om. I början av intervjun användes reflektionskort, som stimulusmaterial, när deltagarna skulle beskriva vad delaktighet innebär för dem.

Reflektionskort är kort på exempelvis djur, landskapsbilder, blommor och människor (Halkier, 2010). Fokusgruppsintervjuerna spelades in och transkriberades i sin helhet. Innan fokusgruppsintervjun påbörjades fick deltagarna möjlighet att ställa frågor och fick muntlig information om vikten av det som sägs under intervjun inte får spridas vidare samt att de skrev på ett tystnadslöfte. Fokusgruppsintervjuernas längd varierade mellan 31 minuter till 59 minuter.

Dataanalys

Analysen har gjorts med kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats (Graneheim & Lundman, 2004).

Det inspelade materialet och observatörens anteckningar från fokusgruppsintervjuerna transkriberas och analyseras efter kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004). Data analyserades i flera steg, första steget är att ta ut meningsbärande enheter, som sedan reduceras till ett antal ord som anses ha samma innebörd dessa blir de kondenserade meningsenheterna. Utifrån de kondenserade meningsenheterna utkristalliserades koder. Dessa koder tolkades och organiserades därefter i noggrant definierade kategorier.

Tabell 1. Exempel på meningsenheter, koder, underkategorier samt kategorier från kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004).

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Gör som doktorn säger vågar inte ta den platsen de egentligen kan ta.	Att inte våga ta plats.	Patienten.	Den äldre patienten.
Anhöriga kan vara ett hinder om de har en väldigt specifik åsikt. Patientens röst blir inte hörd.	Anhöriga tar över	Anhöriga.	Den äldre patienten.
Att sjuksköterskan frågar vilka förväntningar de har på vården här idag.	Att genom frågor stödja patienten att ta plats.	Samtalet.	Vårdrelation.
Akuten har extremt mycket rutiner, riktlinjer, PM för att vi ska skydda oss själva för att vi inte ska missa någon som är allvarligt sjuk. Kan vara begränsande för delaktigheten. Man bara gör.	Rutinerna styr.	Akutvårdsmiljön.	Vårdmiljön.

Etiska överväganden

Deltagarna var informerade genom forskningspersons informationen samt muntligt att deltagandet var helt frivilligt och när som helst kunde avbrytas utan angivande av skäl. Allt datamaterial har förvarats inlåst utan åtkomst från obehöriga samt kommer att kasseras efter att examensarbetet är godkänt. All data har avidentifierats och behandlats konfidentiellt vilket innebär att namn och personuppgifter ersatts med kod. Endast de som ansvarat för examensarbetet har haft tillgång till materialet. Samtliga deltagare informerades muntligt om vikten av att inte sprida det som sades under intervjun vidare och ombads att skriva under ett tystnadslofte. Fokusgruppsintervjun kunde ses som ett tillfälle för deltagarna att reflektera

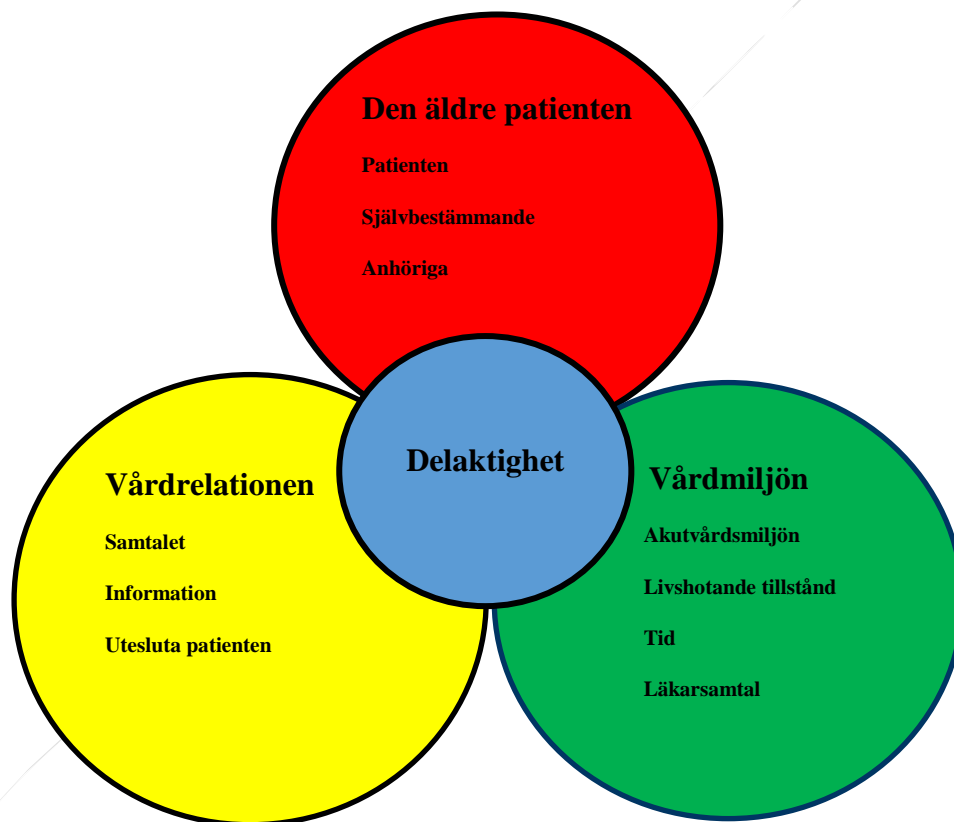
över sina egna erfarenheter och få möjlighet att diskutera dessa tillsammans med kollegor. Eftersom en av författarna var verksam på en av akutmottagningarna som deltog i studien fanns risk för att beroendeställning skulle uppstå. Detta förhindrades genom att författaren inte var inblandad i intervjuerna som utfördes där.

Resultat

Sammantaget visar resultatet att sjuksköterskornas erfarenheter var att den äldre patienten ofta inte görs delaktig i sin vård, trots att sjuksköterskorna besitter kunskaper om hur den äldre patienten kan göras delaktig.

Genom analysen av datamaterialet framkom tre kategorier och tio subkategorier. Kategorierna är: *den äldre patienten*, *vårdrelationen* och *vårdmiljön*.

Kategorierna som påverkar äldre patienters delaktighet i beslut som rör den egna vården illustreras i Figur 1.



Figur 1. Modell över kategorier och subkategorier.

Kategorin *den äldre patienten* är uppdelad i de tre subkategorierna *patienten*, *självbestämmande* och *anhöriga*.

Kategorin *vårdrelationen* är uppdelad i de tre subkategorierna *samtalet*, *information* och *utesluta patienten*.

Kategorin *vårdmiljön* är uppdelad i de fyra subkategorierna *akutvårdsmiljön*, *livshotande tillstånd*, *tid* och *läkarsamtal*.

Den äldre patienten

Sjuksköterskornas erfarenheter var att *patienten* och hans/hennes egenskaper har stor inverkan på delaktigheten i beslut som rör den egna vården. Sjuksköterskorna tycker att *självbestämmande* är viktigt och att patienterna ska få vara med i besluten som fattas. I de här situationerna kan *anhöriga* vara till stor hjälp, men ibland också hindra patientens delaktighet.

Patienten

De mest framträdande egenskaperna hos *patienten*, för att vara delaktig i sin vård, är förmågan att kunna tala för sig, viljan att ta plats och styrkan att vara bestämd och ifrågasättande. Sjuksköterskorna erfar att de patienter som kan tala för sig och vågar ifrågasätta informationen också har förstått den och är därför mer delaktiga.

”... för att kunna vara delaktig generellt så måste man kunna ifrågasätta, för att vårdpersonal generellt är ganska duktiga på att säga ”nu gör vi såhär”...”

Att patienten har svårigheter att tala för sig, att ta plats och vara bestämd hindrar således möjligheterna till delaktighet. Sjuksköterskorna ser sköra äldre utan anhöriga och personer med demens som särskilt utsatta grupper, som ibland har svårt att bli delaktiga. På samma sätt upplevs patienter med nedsatta funktioner, såsom hörsel, som mindre delaktiga eller inte alls delaktiga i sin vård. Detsamma gäller de som inte talar svenska. Det framkommer en maktlöshet hos sjuksköterskorna när patienter inkommer som inte kan tala för sig, men de försöker ändå göra det bästa av situationen för patienten. Sjuksköterskorna erfar att den äldre generationen ofta inte vågar ta plats i vården, de tror det kan bero på deras rädsla att göra bort sig och deras tro på att vårdpersonalen vet bäst. Då är det viktigt som sjuksköterska att stötta patienten och föra hans/hennes talan. Ibland är patientens förväntningar på vården tvärtom för höga, vilket kan bli ett hinder för delaktighet. Patientens upplevelse av situationen stämmer inte alltid överens med sjuksköterskans bedömning.

Självbestämmande

Självbestämmande, det vill säga patientens rätt att få vara med i beslut, anses vara en viktig del i delaktigheten. Genom att patienten delges information kan beslut fattas av patienten. Möjligheten att få bestämma över sin egen vård anser sjuksköterskorna ger en känsla av makt och kontroll.

”Det är också min bild av en bra patientrelation. Det är där patienten känner att den har liksom makt och koll och känner att det är den som för och leder och kanske till och med får bestämma vad som ska göras i nästa steg...”

Rutinerna på en akutmottagning hindrar dock möjligheten för patienten att fatta egna beslut. Vissa uppgifter måste utföras för att t.ex. läkaren ska kunna ställa diagnos och vid beslut om medicinska behandlingar är alternativen ofta få. I de fall alternativ kan erbjudas, erfar sjuksköterskorna att möjligheten för patienten att vara delaktig ökar, trots att det innebär en begränsning jämfört med att bestämma helt själv.

Rätten att bestämma kan också innebära att patienten överlåter besluten till vårdgivaren. Sjuksköterskorna uppger att en del äldre patienter har en önskan om att vårdgivaren tar över ansvaret när de själva inte vill eller orkar. Patienten tror att vårdpersonalen vet bäst och litar på deras beslut.

”... det beror så mycket på. Dom kan ju vara väldigt svårt sjuka, inte orka eller vilja, dom är inte intresserade av det, dom bara hjälp mig liksom.”

Att man ges möjligheten att ändra sina beslut anses viktigt. En patients uppfattning, som verkar stark i ett skede, kan under nya omständigheter förändras.

Anhöriga

Förutsättningarna för delaktigheten ökar ofta om patienten har *anhörig* med sig. Sjuksköterskorna erfar oftast anhöriga som en tillgång för patienten i fråga om delaktighet, speciellt när patienten inte själv har resurser att göra sig hörd. Det blir anhöriga som driver patientens vård framåt och får eller tar på sig uppgifter vilket medför att de får ett stort ansvar för patienten.

”... men det är nog svårast för de ensamma äldre att få vara delaktiga. Just för att de andra ofta har med sig anhöriga som förhoppningsvis för patientens talan och inte sin egen...”

Ibland uppfattar sjuksköterskorna dock att anhöriga tar över och försvårar för patienten att bli delaktig. Det är ibland svårt att avgöra om anhöriga för patientens talan eller om det är anhörigas vilja som framkommer i samtalen, sjuksköterskorna ser då behov av enskilda samtal med patienten men det genomförs sällan.

Vårdrelationen

Sjuksköterskornas uppfattning om innebörden av delaktighet i vården genomsyras av ett gott samarbete. Samarbetet grundar sig på *samtalet* med patienten. Ett bra samtal förutsätter att sjuksköterskan ställer frågor och att patienten får möjlighet att komma med synpunkter. Patienten/anhöriga måste förse med *information* för att kunna medverka och vara delaktig. Ibland blir dock patienterna inte delaktiga för att sjuksköterskan väljer att ta över ansvaret. Även anhöriga väljer att *utesluta patienten* emellanåt.

Samtalet

Genom *samtalet* ser sjuksköterskorna en möjlighet att skapa en delaktig patient. Att sitta ner, lyssna och visa intresse underlättar för patienten att våga uttrycka sig. För att visa respekt måste också patientens och anhörigas vilja tas tillvara. Vården ses som en överenskommelse som bygger på ömsesidig respekt och tillit. På så sätt kan gemensamma mål sättas upp tillsammans. Det är inte alltid patient och sjuksköterska kommer överens, ibland blir en överenskommelse en kompromiss. Patienten har en bild som inte alltid kan förverkligas av sjuksköterskan. Sjuksköterskorna erfar också att samtal med patienten får stå tillbaka för medicinska uppgifter på akutmottagning, de uttrycker att samtalen i vården utförs vid praktiska moment och är därför begränsade i tid. Sjuksköterskorna uppger att man ibland inte vågar sätta sig ner, eftersom risken är att det kommer att ta mer tid än man kan avvara.

”Men kanske visst, man kanske frågar hur de har de hemma, vad de vill, när man sitter där och gör någonting annat. De är ju inte så att jag bara sätter mig ner och liksom lägger händerna i knät /.../ kanske jag gör nåt annat samtidigt. Tar prover eller...”

Att ställa frågor till patienten är en av de framträdande åtgärderna för att göra den äldre patienten delaktig. Sjuksköterskornas erfarenhet är att när frågor ställs i båda riktningar uppstår ett samspel och i detta samspel ska patient/anhörig och vårdgivare ha lika mycket att säga till om. Kommunikationen anses också som viktigt för att skapa tillit, som i sin tur öppnar

för delaktighet. Genom att ställa frågor kan patientens upplevda problem ringas in. Sjuksköterskorna tänker även på hur de ställer frågorna, de ska vara öppna frågor och frågor om patientens önskemål och förväntningar.

”... jag frågar: Vad vill du? Vad har du för förväntningar? Vad är ditt mål?”

Sjuksköterskorna erfar dock att de inte lyssnar på patient/anhöriga i önskad omfattning, trots att de anser det vara viktigt.

Information

När det gäller den *information* som delges patienten/anhöriga nämner sjuksköterskorna vikten av att anpassa informationen så att de blir delaktiga oavsett sina resurser. En välinformerad patient betraktas som delaktig även om patienten själv inte fattar beslut. Det är då viktigt att ge information om varför förväntningarna inte kan införlivas. Att ge kontinuerlig information är en annan framträdande åtgärd som framförs, för att göra den äldre patienten delaktig i sin vård. Då mycket av tiden på akutmottagningen kan bestå av väntetid ses informationen om vårdförloppet som en viktig del, både för patient och anhöriga, för att undvika känslan av att vara bortglömd. Det anses vara sjuksköterskornas ansvar att försäkra sig om att patienten har förstått den information de fått. Därför är det t.ex. viktigt för sjuksköterskorna att veta vad som framkommit under läkarsamtalet för att kunna upprepa informationen till patienten när behov finns för det. Detta sker genom återberättelse, återkoppling ses som ett sätt att göra den äldre patienten delaktig i sin vård. Att låta patienterna visa praktiskt att de kan behärska vårdhandlingar som t.ex. kateterhantering innan hemgång är ett exempel. Sjuksköterskorna beskriver en strävan av bekräftelse från patienten att de godtagit vården och varit med på besluten som fattats under akutvårdsbesöket. Utskrivningsmeddelande med information om vad som hänt under vårdtiden konstateras vara ett bra hjälpmedel.

”Ja det viktigaste är i alla fall att man försäkrar sig om att patienten hört och förstått. De känns ändå som att det är ens ansvar.”

Utan information anses patienten inte delaktig. Ett tecken på bristande information är att patient och anhöriga ringer eller återkommer till akutmottagningen för att de inte har förstått vad som skett och vilken den fortsatta planen är.

”... den här patienten har sökt lördag, söndag, måndag för samma sak. Då slog de mig han har nog inte fått rätt information...”

Utesluta patienten

Att *utesluta patienten* innebär att egenansvaret fräntas patienten. En anledning till att detta förekommer tror sjuksköterskorna beror på att de ibland tar för givet att patienten vill ha den vård som erbjuds på akutmottagningen. Patientens resurser glöms bort då sjuksköterskorna känner ett ansvar att ta över. Ansvarskänslan tros också bero på en rädsla över att patienten inte kan fatta rätt beslut och inte kan ta vara på sig själv. En annan typ av situation där patienten utesluts är då vårdgivare och anhöriga pratar över patientens huvud och inte till patienten. Sjuksköterskorna erfar att speciellt äldre patienter ibland blir förminskade i vården, det finns en förutfattad mening att patienten inte förstår och många äldre görs sjukare än vad de egentligen är.

”Om man är självgående hemma varför ska dom inte va självgående här? Men jag tror att vi är lite oroliga för att dom ska förvirra sig runt här och liksom.../.../dom klarar faktiskt mycket mer än va man tror.../.../får dom bara ansvaret själva så löser dom de.”

Sjuksköterskorna berättade att det är vanligt förekommande att patienten ”skickas in” av hemtjänst och hemsjukvård eller anhöriga utan att patienten själv samtyckt. Det är många personer, både anhöriga och sjukvårdspersonal från olika instanser, som har åsikter om patientens vård och många gånger glöms patientens vilja bort. Sjuksköterskorna erfar att patienten många gånger är hänvisad till vårdpersonalens beslut på akutmottagningen och att patienten har svårt att påverka dessa beslut. Ett exempel är situationer då det var nödvändigt att utföra omvårdnad eller vårdhandlingar emot patientens vilja då denne inte inser sitt eget bästa.

”... hade hon varit yngre så hade hon kunnat gå därifrån /.../Men det är åldern och det gjorde att det var upp till oss om vi ville liksom fixa transport, å fixa så hon kom hem/.../gör inte vi det då blir hon ju fast hos oss...”

Vårdmiljön

Det finns vissa delar i sjuksköterskornas yrkesvardag, som de har svårt att påverka i vårdmiljön. Vårdmiljön omfattar här akutvårdsmiljön, livshotande tillstånd, tid och läkarsamtal. *Akutvårdsmiljön* beskrivs som stressig och rutinstyrd, ofta vårdas patienter med *livshotande tillstånd* och sjuksköterskorna erfar att det överlag inte finns tillräckligt med *tid* för varje patient samt att de har liten insyn i *läkarsamtalen*. Dessa parametrar hindrar sjuksköterskan från att göra patienten delaktig i sin vård på akutmottagningen.

Akutvårdsmiljön

Sjuksköterskorna ser *akutvårdsmiljön* som ett hinder för att göra den äldre patienten delaktig. De uttrycker miljön som en löpande-band-verksamhet där patienten tvingas följa med utan större möjligheter att påverka sin situation. Den medicinska vården prioriteras framför omvårdnaden. Arbetsredskapet RETTS erfars som ett hinder av sjuksköterskorna. RETTS tar exempelvis inte hänsyn till ålder. Sjuksköterskorna erfar att RETTS endast tar hänsyn till den information och de åtgärder som ska lösa den akuta situationen och det finns inget utrymme för annan information och andra önskemål från patienten.

Sjuksköterskorna ser sitt arbete som en mängd punktinsatser, som utförs där det är som mest akut för stunden. Miljön upplevs som stressig och stökig. För äldre patienter kan den till och med upplevas som skrämmande. Den stressiga miljön, som t.ex. behandling i korridorer med störande omgivning, försvårar patientens möjligheter att vara delaktiga. Sjuksköterskornas uppfattning är att akutmottagningen ofta inte är en bra plats för äldre. Många sjuksköterskor ser det därför som problematiskt att äldre patienter inte hittar rätt vårdinstans och kommer till akutmottagningen med problem som hade kunnat lösas hos en annan vårdgivare. Sjuksköterskorna menar att ökad personaltäthet skulle vara en lösning för att göra den äldre patienten delaktig i sin vård.

I akutvårdsmiljön erfars omsorgscoordinatorerna som en tillgång för att göra de äldre patienterna delaktiga i sin vård. Anledningen till att omsorgscoordinatorerna anses kunna göra de äldre patienterna delaktiga beror på att de har tid för samtal. Omsorgscoordinatorerna saknas dock under jourtid.

Livshotande tillstånd

Sjuksköterskorna skiljer på patienter som har *livshotande tillstånd* och de som har lägre prioritet. Det som framkommer är att den akut sjuka patienten är svårast att göra delaktig på grund av sitt tillstånd.

”Man har alltså larmpatient som kommer in och är dålig. Där har man väldigt lite att säga till om som patient, i just den fasen...”

De finns de sjuksköterskor som menar att i de stunderna finns ingen delaktighet alls medan andra menar att de ändå försöker göra den akut sjuka patienten delaktig genom att informera om vad som sker. Högsta prioritet för personal som vårdar akut sjuka patienter är att rädda liv. Sjuksköterskorna anser att de är skyldiga förhålla sig till de etiska koderna och utgå från att patienten vill överleva i en akut situation, ändå förekommer tankar kring patientens önskemål beträffande sin vård i den akuta situationen.

”... när de är så gamla och svårt sjuka, och vi står och tittar på varandra, och tänker är detta verkligen dens vilja, den som ligger där...”

Tid

Sjuksköterskorna menar att bristen på *tid* är ett stort hinder för att göra den äldre patienten delaktig i sin vård. Mer tid för patienten tror de ökar möjligheten till delaktighet i sin vård och det skulle i sin tur ge positiva effekter ur både ett patientperspektiv och ett hälsoekonomiskt perspektiv.

”... de finns ju rejäla vinster i och ta reda på, alltså sitta ner och prata och liksom identifiera problemet/.../ de finns ju stora vinster med det. Tidsvinster, patientvinster och vårdtidsvinster...”

Dagarna på en akutmottagning kan se mycket olika ut, inflödet av patienter styr den mängd tid som sjuksköterskan kan ge patienterna. Flera av sjuksköterskorna berättar att när det fanns möjlighet så tog de sig tiden att göra den äldre patienten delaktig i sin vård, men att detta inte var det normala. Det krävs extra mycket tid att göra den äldre patienten delaktig och det är svårt att ta sig den tid som önskas.

”Sen är de ju också beroende på dag till dag hur mycket tid man har liksom. Har man en dag, så hinner man kanske ta längre tid i triagen och prata lite och verkligen lyssna...”

Sjuksköterskorna erfar att tidsbristen hindrar dem från att skaffa sig en helhetssyn av patienten och tror att ett bättre samarbete mellan sjuksköterskor och läkare skulle ge tidsvinster.

Läkarsamtal

Sjuksköterskor saknar oftast insyn i *läkarsamtalet* och i hur stor utsträckning patienter tillåts vara delaktiga. De misstänker dock att delaktigheten kring medicinska beslut saknas i stor utsträckning. Erfarenheten är att äldre ofta har stor respekt för läkare och även för de medicinska besluten. De medicinska besluten ifrågasätts därför sällan av patienten och det är få som motsätter sig behandling, det är förgivettaget att läkemedel ingår i vården.

”... man har liksom sån respekt/.../ att man har lärt sig att det är inget man ifrågasätter.”

Några sjuksköterskor menade på att läkarna ibland utredde äldre patienter emot deras vilja, och att viljan att utreda kunde vara ett hinder för att den äldre patienten kunde göras delaktig i sin vård.

”... det är ju ingen som säger att det vill jag inte ha. /.../Men det kan ju finnas dom som nekar behandling ibland, men det är ytterst få.”

Sjuksköterskorna erfar att äldre patienter inte görs delaktiga i beslut rörande vården i livets slutskede. På akutmottagningen förs sällan samtal med patienten om vilken inriktning vården ska ha och om deras inställning till livsuppehållande vård. Det tas för givet att alla ska räddas och äldres vilja att avsluta sitt liv respekteras inte alltid av anhöriga och läkare. Sjuksköterskorna anser det relevant att även fråga vissa av patienterna i akuta skeden om deras önskemål i dessa frågor, men erfar att detta sällan görs.

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ metod ansågs mest lämplig med tanke på syftet, att undersöka sjuksköterskors erfarenheter i ämnet. Metoden ger förutsättningar till ett nyanserat resultat, vilket eftersträvades. En kvalitativ metod är passande när man önskar beskriva människors subjektiva uppfattningar, åsikter och attityder (Polit & Beck, 2017).

Målet var att inkludera flera akutmottagningar. Dels för att inte spegla enbart kulturen på en akutmottagning och dels för konfidentialiteten. Vid planering av fokusgruppsintervjuerna eftersträvades också att erhålla en lagom storlek på respektive grupp. Det optimala antalet deltagare i en fokusgruppsintervju är 4-6 personer enligt Wibeck (2010). Totalt fyra akutmottagningar deltog och sex fokusgruppsintervjuer genomfördes. Vid två fokusgruppsintervjuer deltog endast tre sjuksköterskor på grund av bortfall vilket kan ha försvagat resultatet något då 4-6 personer anses vara optimalt. Anledningen till bortfallen berodde på sjukdom. I övriga grupper var deltagarantalet enligt plan. Deltagarna i fokusgruppsintervjuerna var både män och kvinnor, de hade varierande ålder och arbetslivslängd. Redan efter fyra intervjuer upplevdes en datamättnad vilket upptäcktes i efterhand vid analysen. Sammanfattningsvis övervägande positiva förutsättningar såsom antalet deltagare, arbetsplatser, spridning i ålder och att både män och kvinnor deltog, vilket ger resultatet en hög trovärdighet.

Fokusgruppsintervjuer är en passande metod då dessa genererar åsikter, attityder, tankar, uppfattningar och argumentationer (Wibeck, 2010). Under fokusgruppsintervjuer får deltagarna inte bara berätta om sina erfarenheter kring ett fenomen utan även förhålla sig till andras åsikter vilket kan få igång diskussioner och motiveringar som kan berätta om deltagarnas uppfattningar och normer om ämnet. Fördelen med fokusgruppsformatet är att det är ett effektivt sätt att få mycket data och flera personers åsikter angående ett ämne (Kitzinger, 1994). Genom att deltagarna fick möjligheten att samtala fritt med varandra framfördes åsikter och resonemang som inte hade kommit fram genom exempelvis en individuell intervju. Deltagarna motsatte sig ibland varandras åsikter, men fick tvärtom också inspiration av andra deltagares tankar som de kunde bygga vidare på och resonera kring.

Fokusgruppsintervjuerna startades med att moderatoren presenterade sig själv och sin bakgrund. Det tydliggjordes också att moderatoren själv inte är expert i ämnet. Detta upplevdes ha en positiv inverkan. Deltagarna verkade avslappnade och stämningen avspänd. Halkier (2010) skriver att det är viktigt att moderatoren erkänner att han/hon inte är expert på ämnet och syftet är att deltagarna ska berätta så mycket som möjligt utifrån deras egna erfarenheter. Därigenom kan en ny förståelse för ämnet uppstå. Enligt Wibeck (2010) är det

av fördel att moderatorn är av samma bakgrund som informanterna då informanterna kan känna sig mer bekväma med att samtala om sådant som de annars kanske inte hade uttryckt i gruppen. Samtidigt finns det en risk att moderatorn har en stor förståelse för vad som framkommer vilket kan inverka negativt på det kritiska tankesättet.

Efter presentationen introducerade moderatorn ämnet och försökte sedan ha en så passiv roll som möjligt. På grund av den induktiva ansatsen var det viktigt att inte styra in deltagarna på specifika områden utan de skulle få tala fritt. Tanken var att fokusgruppsintervjuerna skulle ske ostrukturerat för att komma åt deltagarnas spontana föreställningar om ämnet. Uppgiften blev att skapa en gruppdynamik, samtidigt som intervjuguiden skulle följas för att hålla informanterna till de frågor som skulle diskuteras. Under samtliga intervjuer startade diskussionerna utan svårigheter och moderatorn kunde bibehålla sin passiva roll. Deltagarna var aktiva och höll sig till det förutbestämde ämnet. Ibland stannade diskussionerna av, men med hjälp av moderatorns intervjuguide hittade deltagarna tillbaka till ämnet. Intervjuguiden fyllde syftet att hjälpa moderatorn att inkludera alla frågeställningar. Att deltagarna känner varandra sedan tidigare kan ha både positiv och negativ inverkan på diskussionen. Det positiva är att deltagarna har lätt att starta en diskussion, men risken är då att de ämnen de anser vara självklara utesluts trots att de kan vara av vikt (Wibeck, 2010). Att diskussionerna startade relativt obehindrat kan också ha påverkats av reflektionskortet. Dessa fungerade mycket bra för introduktion av ämnet och upplevdes som isbrytare för gruppen. Enligt Halkier (2010) kan reflektionskort resultera i en diskussion kring ämnet som ger en mer nyanserad bild av fenomenet.

Beträffande resultatets överförbarhet finns en viss begränsning i kontexten. Resultatet är överförbart till andra akutmottagningar, som arbetar på liknande sätt. Vårdmiljön på en akutmottagning är speciell och därför är sannolikt resultatets överförbarhet svagare mot andra typer av avdelningar på sjukhus. Som sjuksköterskor inom akutsjukvården bär författarna med sig en förförståelse. Reflektion över förförståelsens betydelse för datainsamling och analys har återkommande varit en del av arbetet. Upprättandet av intervjuguiden har gjorts med förförståelsen i åtanke, för att i möjligaste mån inte låta den styra. Därav att frågorna i intervjuguiden varit av allmän karaktär (Se bilaga 3). Under intervjuerna har rollen som moderator speglats av passivitet, informanterna har tillåtits tala så fritt som möjligt för att inte ledas in på något speciellt spår. Datamaterialet har analyserats med ett så öppet sinne som möjligt av två personer vilket ses som en styrka. Det går dock inte att bortse från att författarnas erfarenheter av akutsjukvården kan ha haft betydelse för resultatet.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att sjuksköterskorna erfar det svårt att göra den äldre patienten delaktig i sin vård.

Sjuksköterskors attityder till den äldre patienten har betydelse för hur de behandlar denne (Rees, King & Schmitz, 2009). Sjuksköterskans attityd har även betydelse för hur mycket patienten vill kommunicera. Patienten tenderar att inte delge lika mycket information om vårdpersonalen inte inger förtroende. Det kan också resultera i att patienten väntar med att ställa frågor till en speciell vårdpersonal som tidigare har ingett förtroende (Flink, Öhlén, Hansagi, Barach & Olsson, 2012).

Patientens egenskaper var betydelsefulla för hur delaktiga de kunde vara i sin vård. De framträdande var att kunna tala för sig, viljan att ta plats och styrkan att vara bestämd och ifrågasättande. Detta framkom även när patienter tillfrågades i en studie av Ekdahl et al. (2010) där det fanns en grupp som vågade ifrågasätta när de inte fick tillräckligt med

information och det fanns dem som inte vågade ställa frågor och kände sig därför inte delaktiga i sin vård.

Hur delaktig patienten blir har visat sig bero på patientens egenskaper men också på om sjuksköterskan arbetar för att patienten ska bli delaktig (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2008). Resultatet visar att sjuksköterskorna ansåg att det var av stor vikt att den äldre patienten skulle vara med i beslut som fattades men ansåg trots det att de äldre patienterna sällan bjöds in att vara delaktig i beslut. Tidigare studie visar att äldre patienter upplever att de blir väl omhändertagna men att det är i relationen med vårdpersonalen som det finns brister. Att inte bli sedd och att inte bli inkluderad i sin egen vård frambringar känslor som att vara värdelös och sakna kontroll. Att vara delaktiga i beslut som rörde den egna vården ansågs viktigt av den äldre patienten (Bridges et al., 2010).

Resultatet visar på att särskilt personer med demens upplevdes svåra eller rentav omöjligt att göra delaktiga i sin vård. Clissett, Porock, Harwood & Gladman (2013) menar att ökad kunskap om omhändertagande av personer med demens samt ett införlivat personcentrerat arbetssätt ökar patienter med demens möjlighet att vara delaktig i sin vård. Patienter med kognitiv svikt har visat sig mer missnöjda med vården på akutmottagningen (Shankar et al., 2014).

I resultatet framkommer, att samtidigt som anhöriga framhölls viktiga, kunde det också vara så att de tog över och försvårade för vårdpersonalen att göra den äldre patienten delaktig i sin vård. Sjuksköterskorna tyckte det var svårt att avgöra om de verkligen förde patientens talan. I Rees et al. (2009) studie framkom det också att anhöriga var ett stort område för etiska konflikter för sjuksköterskor. I den personcentrerade vården kan även patientens anhöriga ingå och vårdpersonal behöver ta hänsyn även till dem (Olsson et al., 2012). Då anhöriga har en stor betydelse för äldre patienters delaktighet i sin vård, talar det för att arbeta personcentrerat.

När äldre patienter tyckte de var för trötta på grund av sjukdom eller ansågs sig för gamla kunde de tycka att det var mindre viktigt att vara delaktig i sin vård. Det var för ansträngande i det skedet att ta emot information att de valde att bortse från det (Ekdahl et al., 2010). I resultatet framkom det att sjuksköterskorna var medvetna om att vissa patienter kunde göra valet aktivt att inte delta i sin vård, de beskrev det som "att överlämna sig till vården". Det fanns dock ofta tvivel i dessa situationer om de gjorde det "rätta" för patienten.

I flertalet studier som visar att äldre patienter inte känner sig delaktiga i sin vård (Ekdahl et al., 2010; Florin et al. 2006 & Bridges et al. 2010) kan det bero på att sjuksköterskorna har inställningen att patienten vill överlämna sig till vården. Det krävs att sjuksköterskan aktivt tar reda på patientens inställning för att patienten ska ha möjlighet att vara delaktig i beslut (Florin et al, 2008).

I resultatet visar det sig att sjuksköterskorna är medvetna om vikten av den vårdande relationen med den äldre patienten för att denne skulle kunna göras delaktig i sin vård. Att ge information ansågs som en viktig åtgärd för att den äldre patienten skulle kunna bli delaktig. I Andersson, Burman & Skärs studie (2011) framkom det att äldre patienter tycker det är viktigt att bli informerade för på det sättet kan de påverka och vara delaktiga i sin vård. Att bli informerad gjorde också att den äldre patienten upplevde sig mer säker och trygg under vårdtillfället. För att äldre patienter ska känna sig delaktiga i medicinska beslut anser de primärt att de vill bli informerade, de anser inte att de själva alltid måste vara med och

bestämma (Ekdahl et al., 2010). Det handlar inte bara om att bli informerad utan även att bli det på rätt sätt, utefter patientens förmåga att ta emot information och beroende av dennes förkunskaper (Ekdahl et al., 2010; Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006 & Shankar et al., 2014). När vårdpersonalen är stressad och när de är för många vårdgivare inblandade eller när patient och vårdgivare inte har samma modersmål försvåras informationsöverföringen enligt de äldre patienterna. Det har också visat sig att många äldre inte anser att de får tillräckligt med information och uttrycker missnöje över det (Ekdahl et al., 2010). I resultatet erfar ofta sjuksköterskorna att de inte hade möjlighet att prioritera patientens delaktighet t.ex. vid tidsbrist. Om patienten förmår känna av detta i vårdsituationen finns risk att patienten blir mer passiv. Resultatet visar att sjuksköterskorna var medvetna om vikten av att anpassa informationen till patienten så att denne förstod. Ändå gjordes inte alltid detta och det märktes i och med att patienten kom tillbaka eller att anhöriga ringde och efterfrågade information. Detta överensstämmer med patienternas syn i en studie av Eldh et al.(2006). Informationen har en stor inverkan på patientens upplevelse av delaktighet i vården, det krävs dock att den är tillräcklig och att den ges med en förklaring. Patienterna upplevde att de inte blev delaktiga då vårdpersonal inte tog hänsyn till deras syn på situationen och deras kunskap (Eldh et al., 2006).

Det framkom i resultatet att sjuksköterskorna kunde ta över ansvaret för patienten och på så sätt uteslöt denne från att vara delaktig i sin vård. Anledningarna till att de gjorde så var att de inte litade på att patienten skulle klara av vissa moment.

Äldre patienter på akutmottagningar upplever att de ofta blir fråntagna ansvaret över saker som inte ens var relevanta för det aktuella akutvårdsbesöket (Shankar et al., 2014).

Anledningen till att äldre patienter fråntas sitt ansvar kan bero sjuksköterskornas syn på äldre. Enligt Rees et al. (2009) krävs ökad kunskap om äldre bland sjuksköterskor för att vården inte ska styras av fördomar om äldre.

De korta möten och tidspressen som ofta förekommer på akutmottagningarna ansåg sjuksköterskorna vara ett stort hinder för att lära känna patienten och på det sättet göra dem delaktiga. Dessa hinder upplevdes även av de äldre patienterna i studien av Ekdahl et al. (2010). Där de äldre beskriver de korta besöken på sjukhuset samt möten med stressad vårdpersonal som svårast att vara delaktiga i (Ekdahl et al. 2010). När sjuksköterskor brister i kommunikationen med den äldre patienten kan denne känna sig bortglömd, övergiven och få en känsla av att vara isolerad (Shankar et al., 2014). I resultatet framkommer att sjuksköterskorna kunde se de positiva effekterna av att den äldre patienten gavs mer tid och därmed blev mer delaktig. Genom att ge patienten mer tid för anpassad information och för samtal på akutmottagningen tror de genererar bland annat i färre återbesök till akutmottagningen.

När patienten är delaktig i beslut har det visat sig att det resulterar i en tryggare hemgång med mindre komplikationer och färre återbesök (Flink et al., 2012).

Resultatet visar på att läkarnas status kunde ses som ett hinder för delaktighet. Särskilt äldre ansågs ha en överdriven respekt för läkarnas beslut som sällan ifrågasätts. I tidigare studie har äldre patienter uttryckt att sjukhuset som institution fattade beslut åt dem och de var inte alltid säkra på vem som hade fattat besluten. Patienterna ansåg att chefläkarna sällan brydde sig om att kommunicera med dem kring deras vård och att i synnerhet vid utskrivning blev deras vilja sällan lyssnad till. Trots att de många gånger inte kände sig delaktiga och ibland även överkörda fanns det en övergripande tilltro till vården och att vårdpersonalen fattade rätt beslut åt dem (Ekdahl et al., 2010).

Sjuksköterskorna uttryckte att en annan vård för de äldre på akutmottagning skulle vara nödvändig för att ge dem god vård och göra dem delaktiga. Vårdmiljö och rutiner är idag enligt sjuksköterskorna inte utformad för att den äldre patienten ska kunna göras delaktig. I Nilsson, Skär & Söderbergs (2015) studie framkommer också att rutiner, checklistor och brist på tid gjorde att sjuksköterskorna inte kunde utföra den vården som förväntades av dem.

I resultatet framkom att omsorgscoordinatorerna uppfattades som en tillgång på akutmottagningen för att göra den äldre patienten delaktig i sin vård. Sjuksköterskorna ansåg att de fanns behov av dem även jourtid. Då omsorgscoordinatorerna anses ha en positiv inverkan för att göra den äldre patienten delaktig i sin vård på samtliga akutmottagningar, behöver detta utvecklas.

Akutsjuksköterskan ser sin roll att övervägande ge brådskande, fysisk vård snarare än att ha ett helhetstänkande kring patienten enligt McBrien (2009). Resultatet visar att när fokus tvingas ligga på att rädda en patients liv är det svårt att göra patienten delaktig. Trots detta framkom att sjuksköterskorna ofta hade en önskan om att veta vad patienterna önskade i dessa kritiska tillstånd.

Det finns flera studier som visar att de äldre patienterna inte görs delaktiga i sin vård inom akutsjukvården (Clissett et al., 2013 & Shankar et al., 2014). Det finns olika förklaringar till detta, alltifrån sjuksköterskors förmåga att främja delaktighet till de mer övergripande organisatoriska faktorerna (Bridges et al., 2010; Ekdahl et al., 2010 & Nilsson et al., 2015). Eftersom äldre inte är en homogen grupp, även om de tenderar att bli betraktade med vissa egenskaper, så framkommer det tydligt att det är individuellt hur aktiv delaktighet i vården som önskas (Eldh et al., 2006; Ekdahl et al., 2010 & Florin et al., 2008). I den personcentrerade vården är relationen mellan vårdgivare och patient central vilket innebär att vårdgivaren måste ha kunskap om patienten för att anpassa vården därefter (McCormack & McCance 2006). I både studier där sjuksköterskor tillfrågades och i studier där patienter tillfrågades menade båda grupper att det var genom kommunikationen mellan patient och vårdgivare som delaktighet uppstod (Andersson et al., 2011; Flink et al., 2012; Florin et al., 2008 & Shankar et al., 2014).

I likhet med resultatet där sjuksköterskorna anser vårdrelationen som en viktig faktor för att göra den äldre patienten delaktig. Sjuksköterskorna menar dock på att de har svårt att hinna med samtal, se helheten och ta reda på patientens önskemål. Tidigare studie med sjuksköterskor inom slutenvården har visat att de upplevde deras förmåga att se det unika med varje patient som direkt kopplat till hur delaktiga de blir (Nilsson et al., 2015). Patienter upplever sig som mindre delaktiga när de inte blir sedda som en person och hänsyn inte tas till deras upplevelse av situationen (Eldh et al., 2006). Det har också visat sig att ett av patienters orosmoment på akutmottagningen är att faktiskt övertyga vårdpersonalen om sanningen i deras upplevelse (Olthuis, Prins, Smits, van de Pas, Bierens & Baart, 2013). Det visar sig också vid utskrivning när patientens sociala och psykologiska behov sällan beaktas (Andreasen, Lund, Aadahl & Sørensen, 2015).

Vårdmiljön anses som det största hindret för personcentrerad vård enligt McCormack & McCance (2006). I resultatet är det tydligt att vårdmiljön anses av sjuksköterskorna som ett stort hot mot äldre patienters delaktighet i den egna vården. För att införliva personcentrerad vård i akutsjukvården där delaktighet ingår krävs stora förändringar i omhändertagandet och i vårdmiljön.

Områden för fortsatt forskning

Det framkommer tydligt att vårdmiljön såsom den definieras i detta arbete, är ett hinder för att göra den äldre patienten delaktig i sin vård. I de allra mest akuta situationerna är det svårt att erbjuda delaktighet, men en majoritet av situationerna på akutmottagningen är inte av den typen. Trots det präglas akutvårdsbesöken av korta möten, i vilka det är svårt att få patienten delaktig. Det finns fortsatt behov av forskning kring arbetssätt som är anpassade till den äldre patienten, t.ex. gällande personcentrerad vård, åldersanpassad triagering och möjligheten att implementera nya arbetssätt på akutmottagning. Teamarbete mellan olika professioner skulle kunna öka patienters delaktighet. Att som patient bli betraktad som en i teamet hade varit ett intressant område att utforska.

Slutsatser

Sjuksköterskor erfar att äldre patienter på akutmottagning ofta inte görs delaktiga i sin vård trots att sjuksköterskor besitter kunskaper om hur den äldre patienten kan göras delaktig. Olika förklaringar till detta framkommer i fokusgruppsintervjuerna med sjuksköterskorna såsom att det är beroende på vilka egenskaper patienten har och vilket stöd av anhöriga som finns. Dessutom erfar sjuksköterskor att de sällan har möjlighet att göra patienter med nedsatta funktioner delaktiga då detta ofta är alltför tidskrävande.

Sjuksköterskor erfar att den äldre patienten görs delaktig genom samarbete som grundar sig i samtalet. Samtalen är dock mycket begränsade i tid och får ofta stå tillbaka för medicinska uppgifter. En välinformerad patient anses vara delaktig i sin vård. Sjuksköterskorna kunde ibland utesluta den äldre patienten då de trodde det var nödvändigt att ta över ansvaret.

Det största hindret för att göra den äldre patienten delaktig i sin vård erfars vara vårdmiljön. Tidsbristen är ett avgörande hinder i sammanhanget, som påverkas av rutiner, nödvändiga prioriteringar och högt patientflöde. Omsorgscoordinatorerna uppskattas av sjuksköterskorna som en hjälp till att göra den äldre patienten delaktig i sin vård på akutmottagningarna.

Detta resultat kan ligga till grund för fortsatta diskussioner kring delaktighet av den äldre patientens vård på akutmottagning och sjukhus. Det kan också bidra till förbättringsarbeten för den äldre patienten, såväl i akutvårdens utformning som hos personalens kunskaper.

Referenslista

- Andersson, L., Burman, M. & Skär, L. (2011). Experiences of varetime during hospitalization in a medical ward: older patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25, 646-652. Doi:10.1111/j.1471-6712.201100874.x
- Andersson, H., Jakobsson, E., Furåker, C. & Nilsson, K. (2011). The everyday work at a Swedish emergency department - The practitioners' perspective. *International Emergency Nursing*. 20, 58-68. Doi:10.1016/j.ienj.2011.06007
- Andreasen, J., Lund, H., Aadahl, M. & Sørensen, 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, 1-11. Doi:10.3402/qhw.v10.27370.
- American Geriatrics Society (2006). Comprehensive geriatric assessment position statement. *Annals of Long-Term Care*. 14(3). Hämtad 2016-05-25 från: <http://www.annalsoflongtermcare.com/article/5473>
- Bortz, K.L. (2015). Creating a Geriatric-Focused Model of Care in Trauma With Geriatric Education. *Journal of Trauma Nursing*. 22(6), 301-305.
- Bolster, D. & Manias, E. (2010) Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies* 47, 154-165
Doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.021
- Bridges, J., Flatley, M. & Meyer, J. (2010). Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*. 47, 89-107.
Doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.09.009.
- Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 24, 561-571.
- Clisett, P., Porock, D., Harwood, R.H. & Gladman, J.R.F. (2013). The challenges of achieving person-centred care acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families. *International Journal of Nursing Studies* 50, 1495-1503. Doi:org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.001
- Crimmins, E. M. (2004) Trends in the Health of the Elderly. *Annu.Rev.Public*, 25, 79-98. Doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124401
- Dunnion, M.E. & Kelly, B. (2007). Discharge of the older person from the emergency department – the perceptions of health professionals. *International Journal of Older People Nursing*. 2, 102–110.
- Danderyds sjukhus. (2015). *Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse*. Hämtad 161215 från http://www.ds.se/Global/Om%20sjukhuset/Kvalitetsarbete/DSAB_Kvalitets_och_patients%C3%A4kerhetsber%C3%A4ttelse_2015.pdf

- Dyrstad, D.N., Testad, I. & Storm, M. (2015). Older patients' participation in hospital admissions through the emergency department: an interview study of healthcare professionals. *BMC Health Services Research*. 15(475), 1-9. Doi:10.1186/s12913-015-1136-1.
- Ekdahl, A.W., Andersson, L. & Friedrichsen, M. (2010). "They do what they think is the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling*. 80, 233-240.
- Eklund, K., Wilhelmson, K., Landahl, S. & Ivanhoff-Dahlin, S. (2016). Screening for frailty among older emergency department visitors: Validation of the new FRESH-screening instrument. *BMC Emergency Medicine*. 16(27), 1-7. Doi: 10.1186/s12873-016-0087-0.
- Ekwall, A., Gerdtz, M. & Manias, E. (2008). The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. *Journal of Clinical Nursing*. 17(6), 800-809. Doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02052.x.
- Eldh, A-C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*. 13(5), 503-514. Doi: 10.1191/0969733006nej898oa
- Ellis, G., Marshall, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*. 9, 2033-2043.
- Flink, M., Öhlén, G., Hansagi, H., Barach, P. & Olsson, M. (2012). Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care - a qualitative study of patient perspectives. *British Medical Journal Quality and Safety*, 21(1), i76-i83.
- Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*. 15, 1498-1508. Doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01464.x.
- Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2008). Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 2935-2944. Doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02328.x
- Frank, C., Asp, M. & Dahlberg, K. (2007). Patient participation in emergency care – a phenomenographic analysis of caregivers' conceptions. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 2555-2562.
- Fried, L.P., Ferrucci, L., Darer, J., Milliamsson, J. D., & Andersson, G. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journal of Gerontological series A: Biological Sciences and Medicinal Sciences*. 59(3), 255-263.

- Fröjd, C., Swenne, C.L., Rubertsson, C., Gunningberg, L. & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management*, 19, 226–236.
- Galenkamp, H., Deeg, D.J.H., Huisman, M. Hervonen, A., Braam, A.W. & Jylhä, M. (2013). Is Self-Rated Health Still Sensitive for Changes in Disease and Functioning Among Nonagenarians? *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(5), 848–858.
- Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., Gallagher, P. & Stein-Parbury, J. (2014). Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people. *Nursing and Health Sciences*, 16, 449-453.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112 Doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Göranzon, A. (2009). *Delaktighet - en begreppsanalys*. (Ämnesfördjupning i arbetsterapi/ Examinationsuppgift). Göteborg: Sahlgrenska Akademin Institutionen för neurovetenskap och fysiologi. Tillgänglig: http://www.kultur.gu.se/digitalAssets/1293/1293932_Delaktighet_-_begreppsanalys_Agneta_G_ranzon.pdf
- Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*. Liber: Malmö
- Huby, G., Holt Brook, J., Thompson, A. & Tierney, A. (2007). Capturing the concealed: Interprofessional practice and older patients' participation in decision-making about discharge after acute hospitalization. *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), 55-67. Doi: 10.1080/13561820601035020.
- Höglund, A.T., Winblad, U, Arnetz, B. & Arnetz, J. E. (2010). Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 482-489. Doi:101111/j.1471-6712.2009.00738.x
- Ichwan, B., Darbha, S., Shah, M.N., Thompson, L., Evans, D.C., Boulger, C.T. & Caterino, J.M. (2015). Geriatric-Specific Triage Criteria Are More Sensitive Than Standard adult criteria in identifying need for trauma center care in injured older adults. *Annals of Emergency Medicine*, 65(1), 92-100. Doi:10.1016/j.annemergmed.2014.04.019.
- Kihlgren, A., Nilsson, M. & Sörlie, S. (2005). Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses' reasoning. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 601-608.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness* 16(1), 103-121.
- Lindberg, E., Hörberg, U., Persson, E. & Ekebergh, M. (2013). "It made me feel human" - a phenomenological study of older patients' experiences of participating in a team

meeting. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*. 8:21908.
Doi:10.3402/qhw.v8i0.20714.

- McBrien, B. (2009). The development of a person-centred triage training programme for emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 17, 31-37.
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, 13(3a), 31-38.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced Nursing*, 56(5), 472-479. Doi:10.1111/j.1365-1648.2006.04042.x
- Meleis, A. , Sawyer, L. M. , Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K. & Schumacher, K. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Morley, J.E., Vellas, B., Van Kan, G.A., Anker, S.D., Bauer, J.M., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W.C., Doehner, W., Evans, J., Fried, L.P., Guralnik, J.M., Katz, P.R., Malmstrom, T.K., McCarter, R.J., Gutierrez, L.M., Rockwood, K., Von Haehling, S., Vanderwoude, M.F. & Walston, J. (2013). *Frailty Consensus: A Call to Action. JAMDA*. 14, 392-397. Doi:org/10.1016/j.jamda.2013.03.022
- Nilsson, Å., Skär, L. & Söderberg, S. (2015). Nurses' views of shortcomings in patient care encounters in one hospital in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2807-2814. Doi:10.1111/jocn.12886
- Olsson, L-E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K. & Ekman, I. (2012) Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials – a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 1-10 Doi:10.1111/jocn.1239
- Olthuis, G., Prins, C., Smits, M-J. van de Pas, H., Bierens, J. & Baart, A. (2013). Matters of Concern: A Qualitative Study of Emergency Care From the Perspective of Patientes. *Annals of Emergency Medicine*, 63(3), 311-319. Doi:10.1016/j.annemergmed.2013.08.018.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Wolters Kluwer:China.
- Rees, J., King, L. & Schmitz, K. (2009). Nurses' perceptions of Ethical Issues in the Care of Older People. *Nursing Ethics*, 16(4), 436-452. Doi:10.1177/0969733009104608.
- Richardson, S., Casey, M. & Hider, P. (2007). Following the patient journey: Older persons 'experiences of emergency departments and discharge. *Accident and Emergency Nursing*, 15, 134-140.
- Rogers, A., Rogers, F., Bradburn, E., Krasne, M., Lee, J., Wu, D., Edavettal, M. & Horst, M. (2012). Old and undertriaged: a lethal combination. *The American Journal of Surgery*, 78(6), 711-715.

- Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Plos, K.A.E. & Lindencrona, C.S.C. (2005). Hindrance for patient participation in nursing care. *Scand J Caring*, 19, 223-229.
- Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Sjöström, B., Lindencrona, C.S.C & Plos, K.A.E. (2007). Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of clinical Nursing*, 16, 630-637. Doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01660.x.
- Shankar, K.N., Bhatia, B.K. & Schuur, J.D. (2014). Toward Patient-Centered Care: A Systemic Review of Older Adults' Views of Quality Emergency Care. *Annals of Emergency Medicine*, 63(5), 529-550. Doi:org/10.1016/j.annemergmed.2013.07.509
- SBU. (2013). *Omhandertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre*. SBU-rapport nr 221. ISBN 978-91-85413-62-1. Hämtad 2016-09-27 från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/omhandertagande-av-aldre-som-inkommer-akut-till-sjukhus--med-fokus-pa-skora-aldre/>.
- SCB. (2013). *Framtidens befolkning*. Hämtad 2016-12-15 från <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/framtidens-befolkning/>
- Schoenenberger, A.W. & Exadaktylos, A.K. (2014). Can geriatric approaches support the care of old patients in emergency departments? A review from at Swiss ED. *Swiss Medical Weekly*, 144, 1-8. Doi:10.4414/smw.2014.14040.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 161220 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-10>
- Socialstyrelsen. (2015). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Rapport december 2015. Hämtad 161130 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19990/2015-12-11.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar – Rapport februari 2017*. Hämtad 170220 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-2-16>
- SOU. (2016). *Effektiv vård*. Statens offentliga utredningar; 2016:2. Stockholm.
- UN. (2016). *World Population Ageing*. Hämtad 161215 från http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
- Vaupel, J.W. (2010). Biodemography of human ageing. *Nature International weekly journal of science*, 464, 536-542 Doi:10.1038/nature08984

- Västra Götalandsregionen. (2016). *Direktinläggning höftfraktur*. Hämtad 161215 från <https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Omraden/6/Verksamhetsomraden/Ambulan/ssjukvarden/Forskning-och-Utveckling/Vardkedjor/>
- WHO. (2016). *Ageing and life-course*. Hämtad 161215 från <http://www.who.int/ageing/health-systems/en/>
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur AB: Lund.
- Widgren, B. (2012). *RETTS Akutsjukvård direkt*. Studentlitteratur AB: Lund.
- Wilhemlson, K., Duner, A., Eklund, K., Gosman-Hedström, G., Blomgren, S., Hasson, H., Gustafsson, H., Landahl, S. & Dahlin-Ivanoff, S. (2011). Design of a randomized controlled study of a multi-professional and multidimensional intervention targeting frail elderly people. *BMC Geriatrics*, 11(24), 1-10.

Bilaga 1

Forskningspersonsinformation

Sjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters delaktighet i beslut som rör den egna vården på en akutmottagning

Bakgrund och syfte

Många patienter som kommer till akuten är äldre än 80 år. Vanliga orsaker till akutmottagningsbesök kan vara infektion, bortfallssymtom, smärta, andningsbesvär och ohållbar hemsituation.

Forskning visar att vården på akutmottagningen är dåligt anpassad till de äldre patienternas specifika behov. Forskning visar även att äldre patienter sällan upplever sig som delaktiga i de beslut som fattas kring den egna vården på akutmottagningen. Skälen till detta kan vara många och bland annat bero på korta vårdtider, att många vårdprofessioner är inblandade i vården, snabbt vårdtempo eller att patienten är konfusorisk, har nedsatt allmäntillstånd eller är smärtpåverkad. Kunskap saknas om sjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters delaktighet inom akutsjukvård.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters delaktighet i beslut som rör den egna vården på en akutmottagning.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas att delta i den här studien därför att du arbetar som sjuksköterska på en akutmottagning och möter många äldre patienter i ditt dagliga arbete. Vi har fått tillgång till dina personuppgifter genom din verksamhetschef.

Hur går studien till?

Ditt deltagande i studien utgörs av att du medverkar i en fokusgruppsintervju tillsammans med 4-5 andra kollegor från din arbetsplats. Med fokusgruppsintervju menas att vi tillsammans kommer att diskutera ett antal teman som rör era samlade erfarenheter av äldre patienters delaktighet i beslut som rör den egna vården. Intervjun beräknas ta 45-60 minuter och kommer att genomföras i ett avskilt rum på sjukhuset.

Vilka är riskerna?

Vi ser inga risker med att delta i studien. Innan fokusgruppsintervjun startar kommer gruppmedlemmarna att informeras om vikten av att inte sprida det som sägs under intervjun vidare och ombeds att skriva under ett tystnadslofte.

Finns det några fördelar?

Fokusgruppsintervjun kan ses som ett tillfälle för dig att reflektera över dina egna erfarenheter och få möjlighet att diskutera dessa tillsammans med kollegor.

Hantering av data och sekretess

Data i form av inspelade, samt transkriberade, intervjuer kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. All data kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt vilket innebär att ditt namn och personuppgifter ersätts med en kod och registreras i en särskild kodnyckel. Endast de som är ansvariga för studien har tillgång till kodnyckeln och data. Kodnyckel och data kommer att förvaras separat.

Göteborgs universitet ansvarar för att dina personuppgifter hanteras korrekt och personuppgiftsombud vid Göteborgs universitet är Kristina Ullgren, telefon: 031-786 10 92.

Allt forskningsmaterial kommer att förvaras i ett låst och brandsäkert skåp på institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet och kommer att kasseras efter att examensarbetet är godkänt.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet från studien kommer att presenteras i en magisteruppsats vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.

Försäkring, ersättning

Du omfattas av sedvanligt försäkringsskydd som arbetstagare. Ingen ersättning kommer att utgå.

Frivillighet

Det helt frivilligt att delta i studien och ditt deltagande kan när som helst avbrytas utan angivande av skäl och utan att det får någon påverkan på din anställning. Vill du ändra ditt samtycke ber vi att du vänder dig till någon av de ansvariga för studien.

Ansvariga

Har du några frågor är du välkommen att kontakta någon av nedanstående personer.

<p>Helena Olofsson, leg sjuksköterska Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre. Tel nr: 0709-30 19 35 Mail: gusolofhe@student.gu.se Sara Bergström, leg sjuksköterska Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre. Tel nr: 0739- 37 86 92 Mail: gusbersai@student.gu.se</p>	<p>Handledare: Hanna Falk, fil dr.leg sjuksköterska, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Tel nr: 0760- 47 68 88 Mail: hanna.falk@gu.se</p>
--	---

Bilaga 2

Informerat samtycke

Sjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters delaktighet i beslut som rör den egna vården på en akutvårdsmottagning

Jag har fått information om studiens utformning och syfte samt vad det innebär för mig som deltagare.

Jag har även fått tillfälle att ställa frågor och har fått dem besvarade.

Härmed samtycker jag till att delta i studien gällande sjuksköterskors erfarenheter av äldre patienters delaktighet i beslut som rör den egna vården på en akutvårdsmottagning.

Ort och datum:
Underskrift:
Namnförtydligande:

Bilaga 3

Intervjuguide

Tanken är att fokusgruppsintervjun ska vara ostrukturerad. Frågorna i intervjuguiden används om samtliga ämnen inte tagits upp eller om tystnad uppstår under intervjun.

Öppningsfrågor

- Vad innebär begreppet delaktighet i vården för dig? (Här använder vi oss av stimulusmaterial i form av reflektionskort) Varje deltagare får innan start välja ett reflektionskort som består av en bild hur man ser på ordet delaktighet och sedan tala om begreppet därefter (Halkier, 2010).

Introduktionsfrågor

- Någon som tänker på en specifik situation där den äldre patienten gjordes delaktig i sin vård på ett bra sätt? Hur såg det ut? Alternativt någon situation där den äldre patienten inte fick vara delaktig?

Övergångsfrågor

- Vad ser ni för hinder för att göra den äldre patienten delaktig i sin vård?
- Finns det något sjuksköterskorna kan göra åt de strukturer som utgör hinder?

Nyckelfrågor

- På vilket sätt kan sjuksköterskan göra den äldre patienten delaktig i sin vård?
- Hur kan sjuksköterskan möjliggöra att den äldre patienten är delaktig i sin vård?
- När är det inte möjligt att göra patienten delaktig i sin vård? Hur gör man då?

Avslutande frågor

- Någon som har något att tillägga?
- Reflektion över något vi pratat om idag?

Tema 1

Innebörden av begreppet delaktighet, kommer in på ämnet, reflektioner.
Vad betyder/innebär begreppet delaktighet för dig?

Tema 2

Hinder för att göra den äldre patienten delaktig?

Tema 3

På vilket/vilka sätt kan vi som sjuksköterskan göra den äldre patienten delaktig i sin vård?
Hur kan jag som sjuksköterska arbeta för att möjliggöra ökad upplevelse av delaktighet hos de människor som jag möter i arbetet? Förutsättningar/Konsekvenser.
När det inte är möjligt att göra den äldre delaktig, vad gör vi då?