



Patientens upplevelser av vården inom Samverkande Sjukvård

” Teamet är en finess som vi förmodligen har saknat ”

**Peter Brink, fil.mag.
Specialistsjuksköterska
Processhandledare**

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Demografi	3
Äldrevården	3
Samverkande sjukvård	4
Patientperspektiv	5
Syfte	6
Teoretisk referensram	6
Metod	7
Etik	9
Resultat	9
Fakta	9
Kan du berätta lite om vårdtillfället	9
Berätta hur Du kände Dig inför de beslut som togs?	11
Berätta vad du kände inför beslutet att du skulle få stanna kvar hemma?	11
Var du i behov av vård efter besöket?	12
Hur blev Du bemött av personalen?	13
Har det mobila teamet någon betydelse för din vardag?	14
Vill du lägga till något innan vi avslutar intervjun?	15
Diskussion	16
Trygghet	16
Bemötande	17
Oro	17
Ensamhet	18
Brist på information	18
Referenser	19

Bakgrund

Demografi

Sjukvården står inför en stor utmaning, att möta den ökande andelen äldre i samhället. I Sverige finns idag ca 1,75 miljoner personer över 65 år och ca 800 000 personer över 75 år (SKL, 2012). Medellivslängden har ökat dramatiskt under 1900-talet och prognoser visar en fortsatt ökande medellivslängd inom överskådlig tid vilket medför att gruppen äldre kommer att fortsätta växa. År 2020 beräknas antalet personer över 65 år vara 2,1 miljoner och antalet personer över 75 år vara 995 000, vilket skapar en resurs- och kvalitetsutmaning (SCB, 2012).

Äldrevården

Mycket har rapporterats om hur bra eller dåligt äldrevården fungerar i dag. Västra Götalandsregionen skriver i en rapport (VGR, 2012) att en skör patients livssituation inte fokuserar på den äldre sjukas behov utan lägger mest fokus på diagnoser. De mest sjuka äldre riskerar falla mellan stolarna och får svårt att hitta rätt bland alla kontakter med vård och omsorg. Definitionen av mest sjuka äldre beskrivs av Socialstyrelsen (2011) som personer äldre än 65 år med omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, sjukdom eller skada. Många patientundersökningar visar också att behovet av en sammanhållen vård inte uppmärksammas tillräckligt. I skenet av detta händer det alltför ofta att äldre hamnar på sjukhus i onödan, en väl fungerande primärvård och äldreomsorg hade istället kunnat ta hand om patienten i dennes närmiljö. Detta innebär både utvecklingsmöjligheter och resurs- och kvalitetsutmaningar för sjukvården (VGR, 2012). Att hitta lösningar på denna utmaning kommer att gynna samtliga inblandade, patienter, organisationer och personal.

Samverkande sjukvård

Ett sätt att möta utmaningen beskrivs i en rapport från SBU (2013). De anser att insatser vid akut insjuknande av sköra äldre måste omfatta insatser inom primärvård och kommuner och fokusera på samarbetet mellan sjukhuset och deras samarbetspartners eftersom satsningar och nya arbetssätt måste styras till de delar av processen där de gör störst nytta. Inom NU-sjukvården finns idag ett projekt, Samverkande Sjukvård, som grundar sig i detta resonemang. Samverkande sjukvård innebär ett mera utvecklat samarbete mellan sjukvårdsrådgivning, hemsjukvård, ambulanssjukvård och medicinsk äldrevårdsavdelning. Samarbetet möjliggör för patienterna att, efter att ha varit i kontakt med sjukvårdsrådgivningen, när som helst på dygnet kunna få ett besök av hemsjukvårdssjuksköterska eller ambulanspersonal (1177-uppdrag). Sjukvårdsupplysningen har också möjlighet att boka tid för läkarbesök vid närmaste vårdcentral. Vid ett SOS-uppdrag kan hemsjukvårdssjuk-sköterskan, lokaliserad i närheten av patienten, uppsöka och stödja patienten i väntan på ambulans (IVPA). Äldre patienter som tidigare varit i kontakt med MÄVA-vården, kan förmedlas vård och stöd av MÄVA-klinikens personal direkt, och behöver därmed inte söka sig till sjukhusets akutmottagning för vård. Det finns också möjligheter för patienter som tidigare inte varit inskrivna på MÄVA men som uppfyller vissa kriterier att direktinläggas där utan att söka vård på akutmottagningen.

Utvecklingsarbetet håller succesivt på att införas i ett antal kommuner i Bohuslän och Dalsland och befinner sig fortfarande i spridningsstadiet. Allting började 2009 med att ett samverkansprojekt startades i Strömstads och Tanums kommuner. Uppdraget var att ta fram förslag till samverkansformer vilka arbetades fram av en gemensam arbetsgrupp bestående av representanter från den Kommunala hälso- och sjukvården, Primärvården, Sjukvårdsrådgivning och NU-sjukvården. Detta provades i ett pilotprojekt mellan 3 maj 2010 och 31 december 2011 och från och med 1 januari 2012 ingår dessa samverkansformer i Strömstads och Tanums ordinarie verksamheter. Den 7 januari 2013 startade Samverkande sjukvård i projektform inom Sotenäs och Munkedals kommun, samt från 1 april 2013 inom Melleruds kommun och från 15

oktober 2013 inom Åmåls kommun. Från 1 april 2014 ingår även Lilla Edet i Samverkande Sjukvård.

Under hösten 2014 planeras en expansion av utvecklingsarbetet när kommunerna i Trestad, Vänersborg, Trollhättan och Uddevalla, introduceras i Samverkande Sjukvård. Här planeras ett förändrat arbetssätt där ett mobilt team skapas bestående av specialister på äldrevård som istället för hemsjukvården och/eller ambulanssjukvården utför 1177-uppdragen. Ett beslutstöd kommer också att arbetas fram för att stötta vårdpersonalen att hitta rätt vårdnivån för patienten.

I Uddevalla finns det sedan september 2015 ett mobilt vårdteam där primärvården, NU-sjukvården och Uddevalla Kommun samarbetar. Teamet består 2 läkare, 2-3 sjuksköterskor som har tillgång till 4 bilar och 2 el-cyklar för att kunna ta sig ut till de behövande. Med hjälp av avancerad medicinteknisk utrustning har de möjlighet att genomföra flera olika undersökningar och provtagningar hemma hos patienten och har också tillgång till ett antal mobila IT-lösningar i arbetet att skapa en god och säker vård i hemmet (Samverkande sjukvård, 2017).

Patientperspektiv

En självklar del i allt vårdarbete är patienten och hur patienten upplever vården. Patienten är alltid i centrum för vårdandet och måste ses som experten i upplevelsen av sin sjukdom. Patientperspektivet leder också till krav på den professionella vårdaren i form av en etisk skyldighet att alltid ge en så god vård som möjligt. För att kunna applicera patientperspektivet i vårdarbetet behöver vårdaren därför fördjupa och nyansera sin teoretiska kunskap kring livsvärlden. Att förstå patientens livsvärld, förstå hur det känns att vara sjuk och vad hälsa och välbefinnande betyder för den enskilde är en grundförutsättning för en god vård. Vårdvetenskapen är en humanistisk vetenskap och karakteriseras av en holistisk människosyn som inte bara stöttar människans grundbehov utan också tar hänsyn till dennes personliga värderingar och erfarenheter (Dahlberg, Todres, & Galvin, 2009). Målet för vårdandet är hälsa med syftet att stödja och stärka individens hälsoprocesser. Vårdvetenskapens

primära uppgift blir då att skapa den kunskap som behövs för att nå det målet (Dahlberg & Segesten, 2010, s 240).

I en uppföljningsanalys av Samverkande Sjukvård gjord av Högskolan Väst efterlyser författarna mer forskning kring hur patienterna upplever vårdkvaliteten (Dahlborg Lyckhage, Pennbrant & Skyvell Nilsson, 2013). Patientperspektivet är alltså en del som saknas i den utvärdering som hittills är genomförd inom Samverkande Sjukvård vilket denna studie kommer att råda bot mot. Det skulle också vara en fördel att finnas med från början vid införandet av projektet i Trestadskommunerna så att en studie om Samverkande Sjukvård blir en del i det gemensamma arbetet att implementera projektet.

Studien förväntas, med hjälp av patienternas upplevelser och erfarenheter av vården, ge svar på frågan om en samordnad sjukvård kan vara en möjlig väg att bättre utnyttja våra gemensamma resurser och ge våra alltfler äldre den vård och omsorg de förtjänar.

Syfte

Studiens huvudsakliga mål är att ta reda på vilka upplevelser patienterna har av det mobila teamet i utvecklingsprojektet Samverkande Sjukvård.

Teoretisk referensram

Inom den kvalitativa forskningen finns det flera vetenskapliga bearbetnings-traditioner; hermeneutik, fenomenologi och etnografi (Sjögren-Marklund, 2001). Studien vill fånga den subjektiva innebörden och hänföra sig till den hermeneutiska traditionen av att tolka genom förförståelse, tolkning och mening och anammar därför en hermeneutisk ansats. Hermeneutik handlar om konsten att försöka förstå texter och att försöka på ett mänskligt och vetenskapligt sätt reflektera över människornas förhållande till varandra (Gadamer, 1996). Tolkningen och förståelsen baseras på forskarens befintliga kunskap och erfarenhet, med andra ord, forskarens förförståelse.

Det krävs att forskaren är medveten om och har ett öppet förhållningssätt till sin förförståelse men samtidigt inte mister känslan för det som sker.

Metod

Datainsamlingen i studien har genomförts i form av intervjuer med 20 patienter som vårdats i Samverkande sjukvård av det mobila teamet i Uddevalla. En första kontakt med patienterna genomfördes av det mobila teamet under hösten 2015 där de tillfrågats om deltagande i intervjuundersökningen. Intervjuerna följde en i förväg utarbetad semistrukturerad intervjuguide med möjlighet till fördjupande följdfrågor och förväntades ta 30–45 minuter.

Intervjuerna genomfördes under våren 2016 och spelades in med hjälp av en digital inspelningsutrustning som därefter transkriberades ordagrant. Största vikt har lagts vid att materialet behandlas konfidentiellt där endast behöriga forskare i studien kunnat ta del av informationen (Personuppgiftslagen, SFS 1998:204). Patientuppgifter och material från intervjuerna har lagrats i ett register och förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem. En databearbetning har genomförts där namn och personnummer ersatts med en kod så att den enskilde inte kan urskiljas. Endast den som är ansvarig för undersökningen har tillgång till kodnyckeln. Då data från studien eventuellt kommer att publiceras kommer den enskilda individen inte att kunna identifieras. Hanteringen av personuppgifter regleras av personuppgiftslagen (PuL, SFS 1998:204).

Inklusionskriterier för studien är patienter som är äldre än 65 år och som vårdats inom ramen för Samverkande Sjukvård i Uddevalla Kommun under hösten 2015. Patienterna skall uppfylla kriterierna för Socialstyrelsens definition av sjuka äldre, alltså med omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, sjukdom eller skada. Exklusionskriterier i studien är samtliga patienter yngre än 65 år och de patienter, äldre än 65 år, som vårdats utanför ramen för Samverkande Sjukvård. Samtliga patienter äldre än 65 år som av den huvudansvarige forskaren bedöms att inte kunna föra sin talan i en intervju skall exkluderas, t ex patienter med demens,

stroke, förvirringstillstånd eller liknande neurologiska tillstånd som påverkar patientens medvetande.

Urvalet av informanter gjordes av personalen i mobila teamet där målet var att inkludera en så bred patientgrupp som möjligt utifrån ålder, kön och sjukdomshistoria, detta för att få en så representativ bild som möjligt om hur det är att möta vården i projektet.

I denna studie genomfördes inga statistiska beräkningar. Den kvalitativa metoden bygger på en fördjupad förståelse av ett fenomen. För den kvalitativa datainsamlingsmetod och analysmetod som användes i denna studie bedömdes det att inkludera 20 personer som tillräckligt.

Informanterna blev initialt informerade via brev om studien. Här redovisades studiens syfte, metod, forskningshuvudman, följder och risker i samband med forskningen, att deltagandet var frivilligt, att de när som helst kunde dra sig ur studien och att intervjuerna kommer att avidentifieras. Informanter som ville delta informerades muntligen vid själva intervjutillfället om formaliteterna kring informerat samtycke och skrev under dokumentet vid samma tillfälle. Ansvar för att tillhandahålla och arkivera dokumentet ligger på studiens huvudansvarige forskare.

Det fanns en risk att någon patient kunde uppleva intervjusituationen som ett integritetsintrång. Därför informerade vi så öppet som möjligt och genomförde intervjun på ett respektfullt sätt så att ingen skulle känna sig kränkt eller uppleva situationen som tvingande.

Innehållsanalysens mål är att identifiera den manifesta och latent betydelse som innebörden av informanternas erfarenheter av fenomenet utgör (Graneheim & Lundman, 2004). Analysfasen inleds med att intervjuerna läses och delas in i meningsenheter. Texten i meningsenheterna kondenseras och sorteras utifrån likheter och skillnader till subteman och tematiseras och sammanställs sedan i s.k. innebörds-kategorier som skapar själva kärnan i materialet.

Etik

En ansökan till Regionala Etikprövningsnämnden har genomförts där nämnden, i ett beslut 2015-05-25, givit sitt godkännande (Dnr: 343-15).

Resultat

Fakta

Respondenterna i studien var 20 stycken, fördelat på 12 kvinnor och 8 män. De hade en genomsnittsålder på 84,5 år där den yngste deltagaren var 70 år och den äldste var 95 år. Intervjuerna varade i genomsnitt 30 minuter där den längsta intervjun pågick i 1 timme och 2 minuter och den kortaste i 12 minuter. Den totala intervjutiden blev 9 timmar och 49 minuter.

Intervjuerna inleddes med att respondenterna 1) berättade lite om vårdtillfället och 2) hur det kändes när olika beslut togs. Därefter fick respondenterna möjlighet att beskriva 3) hur det kändes att stanna kvar hemma och 4) om de var i behov av ytterligare vård i anslutning till besöket. Vidare berättade de 5) hur de upplevde bemötandet från teamet och 6) om besöket hade någon betydelse för deras vardag. Intervjun avrundades sedan med att respondenterna uppmanades att 7) komplettera sin berättelse om det var något de hade glömt eller ville poängtera.

1. Kan du berätta lite om vårdtillfället?

Här svarade respondenterna sammantaget i en positiv anda. Det fanns fyra områden som de upplevde som mest betydelsefulla; lugnet som många upplevde under besöket, fördelarna med att vården kommer till hemmet, vetskapen om att kunna ringa och få hjälp och slutligen det generellt positiva med besöken.

En stor del som tydliggjordes var det lugn som infann sig under besöken. Teamets medlemmar tog sig tid, de satte sig ofta ner och upplevdes inte som stressade. Respondenterna upplevde också att teamet verkligen brydde sig om deras situation.

De flesta uppgav svårigheter att ta sig till vården eftersom många lever med funktionsnedsättningar av olika slag. En av respondenterna var rädd för att ramla när

hen gav sig ut och en annan upplevde problem med att ordna med transport in till sjukvården. De uttryckte också en lättnad över att inte behöva ge sig ut med allt vad det innebar. Det var skönt när vården kom hem, teamet kom snabbt och genomförde en bra behandling.

Trygghet var något som respondenterna lyfte och här handlade tryggheten om den möjlighet som fanns i att närsomhelst kunna ringa och få hjälp. En annan ståndpunkt som många upplevde som något bra var teamets sätt att följa upp vården. Teamet tog ofta kontakt och frågade hur det gick.

En respondent berättade att sjuksköterskan tyckte att hens hosta var ett problem. Sjuksköterskan fixade då en röntgenundersökning med hjälp av läkaren som därefter skrev ut medicin och hostan försvann. En annan respondent berättade att smärtbehandlingen förbättrades i samband med teamets inträde i vårdandet.

De flesta svaren handlade i mångt och mycket om hur positivt besöken upplevdes där ord som nöjd, bra och fantastiskt var vanligt förekommande. Ingen av respondenterna hade något negativt att säga om sina upplevelser när de svarade på denna fråga.

Citat

"Det är ju lättare för mig att prata när jag känner att de tar sig tid för mig." (R2)

"Jag är skräckslagen för att gå ut med risk att ramla, därför känns det väldigt bra med besök i hemmet, jag hoppas att det inte försvinner." (R11)

"Det kändes väldigt bra, jag var väldigt nöjd." (R6)

2. Berätta hur Du kände Dig inför de beslut som togs?

Upplevelsen kring de beslut som teamet fattade visade på två saker, förtroende och nöjsamhet.

Respondenterna litade på de beslut som togs och upplevde en trygghet i den processen. En av respondenterna pratade också om det förtroende som teamet lyckades bygga upp när hen kunde använda teamet som ett bollplank och nyttja det kontaktnät som teamet hade.

De uttryckte också en generell nöjsamhet liknande de svar som redovisats tidigare. Här gick att finna uttryck som bra, förtroendeingivande och noggrannhet. Liksom i de tidigare svaren så går det inte att hitta en enda negativ upplevelse kring de beslut som togs i samband med besöket.

Citat

"Jag är nöjd med besöket och kände att jag inte behövde tvivla på det som gjorts eller sagts." (R11)

"Det är bra överhuvudtaget, det finns ingenting jag kan gnälla över." (R7)

3. Berätta vad du kände inför beslutet att du skulle få stanna kvar hemma?

Berättelserna hade här sitt fokus på tre områden som beskrev respondenternas upplevelser med att få att stanna hemma; tryggheten, överraskningen samt det generellt positiva.

Här är det tydligt att respondenterna kände sig trygga i beslutet att stanna hemma efter besöket. Det var inte konstigt att vara kvar i hemmet utan upplevdes istället som något positivt. Tryggheten byggde på möjligheten att kontakta teamet på telefon om något förändrades.

Flera respondenter uttryckte också sin förvåning över att få stanna hemma, de hade inte vetskap om att något sådant fanns överhuvudtaget. De beskrev det som en

positiv överraskning som inte skapade någon oro, de var tvärtom nöjda och glada över att få vara kvar i hemmet.

Respondenterna hade enbart positiva erfarenheter av att få stanna hemma. Här gick att hitta ord som lyrisk, idealiskt och nöjd vilka sänder signaler om en positiv upplevelse av fenomenet, att stanna hemma.

Citat

"Jag känner mig trygg i att stanna hemma, det var inget konstigt med det." (R14)

"Jag blev positivt överraskad, jag visste ju inte att det fanns nåt sånt." (R1)

"Jag är lyrisk, ja nästan halvt förälskad." (R17)

4. Var du i behov av vård efter besöket?

Respondenterna upplevde två delar i resonemanget kring behovet av eftervård, dels de som beskrev ett icke-behov och dels de som beskrev ett mer preventivt arbete som teamet genomförde.

Flera av respondenterna upplevde att de inte hade något behov av vård efter besöket, de var nöjda och kände förtroende för vad som gjorts. Tre av dem talade också om en preventiv funktion i teamets arbete där en av respondenterna berättade hur sjuksköterskan slog larm om hens hudfläckar och tog foto av dem. Detta diskuterades sedan med läkaren som sänkte dosen av respondentens blodförtunnande medicin och fläckarna försvann.

Citat

"Jag har inte behövt någon kompletterande vård efter besöket." (R14)

"Sjuksköterskan slog larm om hudfläckarna, tog foto av dem och visade läkaren. Läkaren förändrade min dos av blodförtunnande och fläckarna försvann. Och hela tiden kunde jag stanna hemma." (R7)

5. Hur blev Du bemött av personalen?

Respondenterna var överväldigande positiva till bemötandet. Här fanns flera begrepp som respondenterna framhöll där lugnet och tryggheten var mest uttalat. Andra ord som upplevdes karakteristiska för bemötandet var bra, underbart och glatt.

Flera citat från respondenterna pekade på hur upplevelsen av ett lugn var påtaglig. Teamet upplevdes inte alls stressade, de tog sig tid, brydde sig och var mån om sina vårdtagare, till skillnad mot besök på vårdcentralen och av hemtjänsten där tre av respondenterna upplevde de besöken som stressande.

Teamet lyckades skapa en trygghet i mötet med respondenterna vilket grundlades i en tillit och ett förtroende för teamets aktörer. En respondent tyckte att det var svårt att förklara hur en sådan trygghet byggs upp, den bara fanns där.

En respondent lyfte fram humorn som en ingrediens i bemötandet vilken hen upplevde som något positivt. Andra talade om hur underbara, hjälpsamma och glada teamet var i mötet vilket också upplevdes som en trygghetsbärare.

Citat

"De var så bra så det var inte klokt, vänliga, artiga och ville verkligen hjälpa till. Det var stor skillnad, jag blev inte så stressad som på vårdcentralen. Det var väldigt gott." (R18)

"Det kändes ypperligt, helt fantastiskt. Jag fick sånt förtroende för dem.

De tog en på allvar, jag lämnade över mig till dem."(R20)

"Bemötandet var helt fantastiskt, helt otroligt, jag fattar inte att det finns sådana.

De var pigga och glada." (R12)

6. Har det mobila teamet någon betydelse för din vardag?

Här menade respondenterna att det vardagliga livet påverkades kring det som rör tryggheten i vardagen och att möjligheten till kontakt förändrade vardagen men att det också fanns förbättringsmöjligheter som skulle kunna påverka vardagen än mer.

Trygghetens betydelse gick återigen att hitta i respondenternas svar, de upplevde en trygghet i att veta om teamets existens, det fanns någon att kontakta. En respondent menade att teamets existens gör att hens ålderdom blir tryggare, det är skönt att slippa ge sig iväg, speciellt om eller när hälsotillståndet försämras.

Sedan svarade respondenterna att det upplevs positivt att veta att det går att skapa kontakt genom att ringa vilket skapar ett lugn i vardagen. Det fanns någon att tala med och rådfråga om något händer. En respondent upplevde att teamet med ett öppet sinne löste de flesta problem vilket också det skapade ett lugn i vardagen.

Det här var första gången i hela intervjumaterialet som respondenterna nämnde något som kunde förbättras i teamets funktion. Två respondenter ansåg att vardagen inte påverkats av teamets existens och två andra efterlyste kontaktmöjligheter till teamet, det hade inte fått information om hur de kunde nå teamet efter att de varit på besök.

Citat

"Jag vet att de finns och det ger mig trygghet." (R12)

"Det känns underbart att veta att jag kan ringa och få stöd.

Jag är väldigt nöjd med den kontakten." (R10)

"Jag saknar en direktkontakt med teamet där jag skulle kunna få lite råd om jag behöver det."

(R21)

7. Vill du lägga till något innan vi avslutar intervjun?

Den sista frågan i intervjun lämnade ett brett spektrum av svar efter sig. En övervägande del av svaren var positiva i sin beskrivning av upplevelserna kring det mobila teamet men respondenterna menade också att det fanns förbättringar att genomföra. De positiva svaren rörde mycket av det som redan nämnts; en ökad trygghet, en positiv upplevelse men också några nya aspekter som hopp om en fortsättning och en samordningsaspekt. Inom förbättringspotentialen talade respondenterna mycket om vikten av information och saknaden av kontaktmöjligheter.

Här var tryggheten i fokus där respondenterna talade om tryggheten som något som gör hen piggare och där också kontinuiteten i besöken skapade en trygghet. Sedan återkom den totala bilden av att det mobila teamet var en positiv upplevelse där respondenterna använde ord som nöjd, bra och att teamet brydde sig.

Flertalet respondenter önskade och ville att detta skall få en fortsättning, de ville inte att det enbart skall drivas i projektform. En av respondenterna menade att det är många som kan ha nytta av denna vårdform och en annan påstod att teamet var så värdefulla att de måste få fortsätta.

Tre respondenter såg också samverkansvinster i samband med teamets arbete. Det upplevdes positivt att de olika aktörerna i vården pratade med varandra och skapade bättre förutsättningar för en god vård.

Ett förbättringsområde som flera respondenter ville lyfta fram var vikten av information. De pekade på flera vårdinstanser som inte visste om att teamet fanns och att många av respondenterna fick vetskap om teamet från anhöriga eller bekanta. Andra förbättringsområden som belystes av respondenterna handlade om en förbättrad samordning och en utbyggnad av teamet så att fler kunde dra nytta av funktionen.

Citat

"Även om patienten inte kan tillfriskna så mår patienten mycket bättre och känner sig tryggare när livskvaliteten påverkas positivt." (R17)

"Utifrån min situation kunde det inte ha varit bättre, jag har inget negativt att säga." (R13)

"Det känns bra att hemtjänsten och teamet pratar med varandra när jag är i behov av vård." (R11)

"Jag har fått veta om teamets existens på andra vägar så informationen om funktionen behöver förbättras, den är viktig." (R10)

"Jag tycker att de skall ta kontakt med min läkare på vårdcentralen efter besöket. Jag vill gärna veta att min ordinarie läkare får reda på vad som hänt så att de pratar med varandra." (R19)

Diskussion

Trygghet

Tryggheten är en grundpelare i en individs liv som har stor betydelse för hur hen upplever sitt liv och sin hälsa. Den uppfattas så viktig av samhället att det finns inskrivet i hälso- och sjukvårdslagen där lagen beskriver att en god vård tillgodoser patientens behov av trygghet i vård och behandling (SOF 1982:763). Dahlberg & Segesten (2010) beskriver trygghet som en slags grundläggande känsla som är nära kopplad till självkänslan. Maslow (1970) har med trygghet i sin motivationsteori där den tar plats omedelbart efter de primära behoven som mat, dryck, värme och tak över huvudet. När de primära behoven är tillgodosedda är det trygghet vi vill känna. Det mobila teamet lyckas skapa en ökad trygghet hos sina patienter vilket väger tungt i sammanhanget. Ordet trygghet är något som de allra flesta respondenter återkommer till när de ombeds att berätta hur de upplevde mötet med det mobila teamet. En annan upplevelse som de äldre har av det mobila teamet är det lugn som infinner sig vid

besöken. De gör jämförelser med både hemtjänst och besök på vårdcentralen där de ofta upplever situationen som stressande. Upplevelsen av det mobila teamet är tvärtom, de sprider ett lugn kring sig och därmed påverkas de äldre på ett positivt sätt vid besöken.

Bemötande

Bemötandet har stor betydelse för hur patienterna upplever vården och vilka effekter den uppnår och är en viktig faktor i trygghetsskapandet. Denhov (2012) lyfter fram flera avgörande faktorer som påverkar hur patienten upplever vården kopplat till bemötandet. Det handlar om att personalen i mötet är engagerade och bryr sig, de tar sig tid, de gör något extra, de gör undantag, de kommer ihåg, de är experter och medmänniskor, de respekterar patientens värdighet och de finns kvar. Här finns flera likheter i vårt resultat som visar att respondenterna upplever det mobila teamet på just det sätt som Denhov (2012) beskriver som viktigt. Respondenterna upplever också att det finns ett lugn vid besöken och hur bra det känns när teamet bryr sig. Andra respondenter anser också att teamet gör det där lilla extra, de upplevs som en slags problemlösare i vardagen och skapar på så sätt en ökad trygghet. Teamet har lyckats bygga ett förtroende vilket grundar sig i ett gott bemötande.

Oro

En annan aspekt som respondenterna har mycket tankar kring är den oro de upplever. En undersökning från Socialstyrelsen visar att 52 % av de äldre i äldreomsorgen upplever oro, ängslan och ensamhet och där 9 % upplever svåra besvär (Socialstyrelsen, 2016). En respondent i vår studie hävdar att med stigande ålder växer en generell och allmän oro för hur allt skall bli och ju fler orosmoln som dyker upp, desto större upplevs problemen. En omständighet som oroar flera av respondenterna är att behöva lämna hemmet. De upplever ett problem i att behöva ta sig till vårdcentralen, dels ser de problem i att få tag på färdtjänst, det är krångligt och måste planeras och dels är de oroliga för att ramla och bli liggandes. Den växande oron kan leda till psykiska symtom och förvärra tillståndet än mer. Därför upplever många att de behöver hjälp och stöttning vilket kan vara svårt att få, speciellt vid ett försämrat tillstånd. Här finns en risk för de äldre att hamna i en ond, nedåtgående spiral med

tilltagande symtom och ökad risk för behov av vård. Flera respondenter berättar att mobila teamet lyfter bort just orosmomentet att behöva lämna hemmet, teamet minskar upplevelsen av oro och skapar en trygghet vilket upplevs positivt.

Ensamhet

Ensamhet är en annan dimension i intervjuerna. I en norsk studie med syfte att förstå de äldres sociala situation är det många äldre som uttrycker att de är mycket ensamma eller väldigt mycket ensamma (Birkeland & Natvig 2008) vilket påverkar dem i en negativ riktning. Ensamhet kan också ge depressiva symtom där risken för en försämring i individens psykiska tillstånd förvärras med stigande ålder (Djukanovic 2017). I vår studie är ensamheten inte direkt uttalad men går att skönja i berättelserna, den vilar latent kring respondenternas upplevelser och uttrycks på flera sätt. Flera respondenter uppvisar en hjälplöshet och någon också en desperation över att inte klara av vardagen. Andra respondenter uttryckte en glädje i att få ett besök och få möjlighet att prata med någon, t ex i samband med intervjun. Här fyller det mobila teamet en viktig funktion, de äldre har kännedom om teamet, vet att de kan ringa och få hjälp om situationen inte upplevs alltför akut. Känslan av ensamhet minskar och påverkar de äldre på ett positivt sätt.

Brist på information

Det finns inte mycket som respondenterna upplever som negativt med det mobila teamet men det finns en sak som de lyfter fram, bristen på information. Flera respondenter berättar att de fick reda på teamets existens på omvägar, via bekanta, anhöriga och i ett fall via radion. De efterlyser en mer riktad information kring det mobila teamet till de äldre som kan tänkas ha behov av denna modell.

Sammantaget upplever respondenterna att det mobila teamet bidrar till en förbättrad tillvaro där ingredienser som trygghet, bemötande, minskad oro och en minskad känsla av ensamhet blir viktiga. När nu samhället mer och mer tar initiativ till att vårda våra äldre i hemmen kan det mobila teamet vara en viktig och betydande faktor i ett välfungerande vårdarbete. Det mobila teamet är en trygghetsfaktor som

kan ha stor betydelse för ett gott liv för den äldre där oro och ångest annars kan ta överhanden och skapa än större problem.

Referenser

Birkeland, A. & Natvig, G.K. (2008). Old, in need for help and alone. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/Vård i Norden*; 28(1): ss 18-21

Dahlberg, K., Segesten, K., (2010). *Hälsa och Vårdande - i Teori och Praxis (Health and Care, in Theory and Praxis)*. Stockholm, Natur & Kultur.

Dahlberg, K., Todres, L., & Galvin, K. (2009). Life-world led health care is more than patient-led health care: An existential view of well-being. *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 12, pp 265–271.

Dahlborg Lyckhage, E., Pennbrant, S. & Skyvell Nilsson, M. (2013). En kvalitativ uppföljning av samverkande sjukvård utifrån vårdpersonalens erfarenheter. Trollhättan: Högskolan Väst.

Denhov, A. (2012). *Hjälpande personal: brukarperspektiv*. FoU-enheten Psykiatri Södra Stockholm (utgivare).

Djukanovic, Ingrid (2017). *Depression in older people – Prevalence and preventive intervention*, Linnaeus University Dissertation No 274/2017, ISBN: 978-91-88357-56-4.

Gadamer H.G. (1996). *Truth and method*. 2nd ed. London: Sheed & Ward Ltd.

Graneheim, U.H., Lundman, B., 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs. Educ. Today* 24, 105–112.

Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row, Publ.

Samverkande Sjukvård.(2017). Mobil närvård i Fyrbodal. Hämtad 2018-01-17 från <http://www.samverkandesjukvard.se/sv/Samverkande-sjukvard/Toppmeny/Mobil-narvard/>

SBU, Statens Beredning för medicinsk utvärdering (2013). Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU-rapport nr 221. ISBN 978-91-85413-62-1.

Sjögren Marklund, K. (2001). Forskningsprocessen. Stockholm: Liber.

SCB, Statistiska Central Byrån (2012). Sveriges framtida befolkning 2012–2060. Örebro: SCB-Tryck.

SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2012). Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning. Modintryckoffset.

Socialstyrelsen (2011). De mest sjuka äldre – avgränsning av gruppen. Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2011.

Socialstyrelsen (2016). Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016. En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. ISBN 978-91-7555-400-6, Artikelnummer 2016-10-2

SOSFS (1982:763). Hälso- och sjukvårdslag. Socialstyrelsens författningssamling. www.socialstyrelsen.se

VGR, Västra Götalands Regionen (2012). Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland – Regional handlingsplan 2012-2014 med fokus på de mest sjuka äldre. Västra Götalands Regionen