



**AKUTGERIATRISKA VÅRDTEAMETS UPPLEVDA MÖJLIGHET  
ATT BEDRIVA OMVÅRDNAD ENLIGT PATIENTLAG 2014:821**

**En intervjustudie**

**THE ACUTE GERIATRIC CARE TEAM PERCEIVED  
OPPORTUNITY TO PURSUE CARE UNDER PATIENTLAG 2014:821**

**An interview studie**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Examinationsdatum: 150526  
Kurs: 43  
Författare: Amanda Hallgren  
Författare: Hanna Nilsson

Handledare: Louise Eulau  
Examinator: Sissel Andreassen Gleissman

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

Den första januari 2015 trädde Patientlagen (SFS, 2014:821) i kraft för att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. I lagen regleras det att patienten ska ges individuellt anpassad information, erbjudas delaktighet i sin egen vård samt att patientens samtycke ska inhämtas inför varje beslut angående behandlingsalternativ. För patienter med multisjuklighet som har flera diagnoser, nedsatt funktionsförmåga och många läkemedel är de ovan nämnda komponenterna viktiga att uppfylla för att stärka deras ställning och självbestämmande. Detta ställer vårdteamet inför utmaningar i form av att individanpassa information, patientundervisning och hur patienten ska integreras i varje steg av sin behandling.

### **Syfte**

Syftet med denna studie var att beskriva vårdteamets upplevda möjlighet att inom akutgeriatriska vårdavdelningar bedriva omvårdnad förenlig med de krav som ställs i kapitel tre till fem i Patientlagen (SFS, 2014:821).

### **Metod**

För att besvara studiens syfte användes en kvalitativ intervjumetod. Intervjuerna skedde i fokusgrupper och enskilt med totalt åtta medlemmar ur vårdteamet på akutgeriatriska vårdavdelningar inom Stockholms läns sjukvårdsområde.

### **Resultat**

Det framkom att det fanns problem att bedriva omvårdnad förenlig med de krav som ställs i Patientlagen (SFS, 2014:821). Anledningarna som framkom i resultatet var vårdteamets synsätt på patientgruppen och patienternas kapacitet att vara delaktig i sin egen vård, tidsbristen för personalen att integrera patienten och närstående i omvårdnaden samt brister i vårdteamets ansvar att arbeta evidensbaserat utifrån rådande lag. Trots denna problematik visade resultatet på en del positiva strävanden efter att arbeta personcentrerat och utveckla ett nära samarbete i det interprofessionella vårdteamet med patienten i fokus.

### **Slutsats**

Vårdteamet på akutgeriatriska vårdavdelningar strävar efter att arbeta personcentrerat och utifrån ett nära samarbete i det interprofessionella teamet men uppfyllde vid tidpunkten för studiens genomförande inte kraven på omvårdnad som ställs i kapitel tre till fem i Patientlagen (SFS, 2014:821).

### **Nyckelord**

Patientlag, Information, Samtycke, Delaktighet, Multisjuklighet, Vårdteam, Akutgeriatrisk vårdavdelning.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Begreppsdefinitioner .....	1
Det naturliga åldrandet .....	1
Multisjuklighet .....	1
Akutgeriatrisk vård.....	2
Vårdteamet .....	3
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv .....	4
Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 .....	4
Patientlag 2014:821 .....	5
Problemformulering .....	6
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>6</b>
Val av Metod .....	6
Urval.....	7
Genomförande .....	7
Dataanalys .....	7
Forskningsetiska överväganden .....	9
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
Patientlag 2014:821 .....	10
Information.....	10
Samtycke .....	11
Delaktighet .....	12
Vårdteamets upplevelser .....	13
Personcentrerad vård .....	15
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>16</b>
Resultatdiskussion.....	16
Metoddiskussion.....	18
Slutsats .....	20
<b>REFERENSER</b> .....	<b>21</b>
<b>BILAGA A-B</b>	

## **INLEDNING**

Den första januari 2015 infördes den nya Patientlagen (SFS, 2014:821). Den ska stärka alla patienters ställning inom hälso- och sjukvården genom delaktighet, samtycke och information, tre viktiga komponenter för god omvårdnad. Vi som författare till denna studie arbetar inom den geriatriska vården och möter patienter med komplicerad sjukdomsbild och med ett stort omvårdnadsbehov. När patienterna nu ska ges ökad delaktighet ställs vårdteamet inför helt nya utmaningar. Vi vill i denna studie ta reda på hur vårdteamet bestående av sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut samt arbetsterapeut upplever möjligheterna att involvera patienten i sin egen vård i enlighet med Patientlagen (SFS, 2014:821, kap. 3-5).

## **BAKGRUND**

### **Begreppsdefinitioner**

I denna studie används begreppet närstående istället för anhöriga då begreppet närstående innefattar alla typer av känslomässiga och nära relationer (Burr 2001). Istället för begreppet patientcentrerad vård som används i Patientlagen (SFS, 2014:821) kommer begreppet personcentrerad vård användas i denna studie i enlighet med Kristensson Ugglå (2014). Begreppet hen används i denna studie för att inte definiera personer utifrån sitt kön (Tenggren Durkan, 2013) samt för att underlätta följsamheten i texten och skapa smidighet vid läsning.

### **Det naturliga åldrandet**

Åldrande kan definieras på olika sätt; biologiskt åldrande som påverkar kroppens organ, psykologiskt åldrande som påverkar minnet och intellektet samt det sociala åldrandet som är förankrat i sociala roller i samhället eller personens egen självuppfattning. Det biologiska åldrandet är oundvikligt med en degenerativ process av kroppens organ som följd, vilket kan leda till hälsoproblem som kräver akutgeriatrisk vård. De vanligaste hälsoproblemen är mag- och tarmproblematik, cancersjukdomar, ortopediska skador, hjärt- och lungsjukdomar samt stroke. Äldre människor löper stor risk för komplikationer och kräver då avancerad vård. Därför är det viktigt att vårdtiden optimeras vilket kan göras genom att integrera diagnostik, medicinsk behandling, komplikationsförebyggande arbete och rehabilitering (Kirkevoold, Brodtkorb & Hylén Ranhoff, 2010).

### **Multisjuklighet**

Begreppet multisjuklighet är inte definierat men olika tolkningar lyfts fram där den huvudsakliga förklaringen innebär att en person har fler än en diagnos med olika symtom och funktionsnedsättningar. De olika tolkningarna belyser antalet diagnoser, funktionsförmågor, läkemedelskonsumtion och antal vårdtillfällen under en viss tidsperiod. För denna patientgrupp är samordningen av olika insatser av stor vikt. Patientgruppen ges omfattande sjukvård som behöver följas upp med långsiktig planering för att ge resultat (Socialstyrelsen, 2013). Då vården utformas personcentrerat och med hjälp av interprofessionellt teamarbete minskar risken för försämrat hälsotillstånd och istället ökar möjligheterna för tillfriskande (Hansson et al., 2015; Blewett, Johnson, McCarthy, Lackner & Brandt, 2010).

Antalet personer med multisjuklighet har blivit fler till följd av samhällets ökade välfärd och möjligheter till effektiv vård och behandling av sjukdomstillstånd. Detta kan leda till att den äldre befolkningen lever med flera sjukdomar samtidigt (Socialstyrelsen, 2013).

En rapport från Socialstyrelsen (2013) visar att de flesta patienter med multisjuklighet också har någon funktionsnedsättning som gör att de behöver stöd och insatser i hemmet i form av mat och mathållning samt hjälp att följa läkemedelsbehandlingen efter utskrivning från vårdavdelningen.

### **Akutgeriatrisk vård**

En stor andel av de patienter som söker akut vård är äldre med multisjuklighet. År 2013 var det 355 648 personer över 65 år som vårdades inom slutenvård vilket är 43 procent av samtliga vårdtillfällen det året (Socialstyrelsen, 2014). För att tillgodose denna patientgrupps omfattande och ibland komplexa behov har många sjukhus akutgeriatriska vårdavdelningar där arbetet utgår från en helhetssyn med ett tvärprofessionellt arbetssätt (Kirkevold et al., 2010). Till dessa akutgeriatriska vårdavdelningar kommer vanligtvis äldre patienter med multisjuklighet vilka drabbats av ett akut eller subakut tillstånd som behandlas med målet att uppnå samma funktionsnivå som innan försämringen. Vanligt förekommande är också psykosociala problem (Rodríguez, Kergoat, Latour, Label & Contandriopoulos, 2003). Inom den akutgeriatriska verksamheten finns många inriktningar att tillgå såsom ortopedi, stroke, hjärt- och lungmedicin, onkologi samt demens (Kirkevold et al., 2010).

Sjukhusvistelser har bevisats kunna orsaka negativa konsekvenser hos äldre patienter. Bland annat stress och förväntningar på funktionsnivån som av vissa patienter kan upplevas svåruppnått. Det visas också att patienter som vistas på vårdavdelningar som inte är specialiserade inom akutgeriatrik löper ökad risk att drabbas av konfusion, komplikationer efter operation samt sämre psykisk hälsa (O'Hara et al., 2002). Äldre patienter löper minskad risk att avlida till följd av en akut sjukdom då de blir inlagda på en akutgeriatrisk vårdavdelning jämfört med en allmän akutuvsavdelning. Anledningen tros bero på bredare kompetens hos vårdpersonalen angående de geriatriska patienternas behov jämfört med vårdpersonalen på en medicinsk vårdavdelning (Saltvedt, Opdahl, Fayers, Kaasa & Sletvold, 2002).

### Patienter i geriatrisk vård

En patient som vårdas på en akutgeriatrisk vårdavdelning är en patient med sjukdomar eller tillstånd som är relaterade till åldrande (Stockholms läns landsting, 2013). Det kan handla om multisjukdomar och nedsatta funktionsnivåer vilka kan leda till ökad omvårdnadskomplexitet (Socialstyrelsen, 2013). Det är en viktig aspekt som förklarar varför den geriatriska vården är inriktad på multiomvårdnad, då det både handlar om det medicinska behovet av behandling samt det komplexa omvårdnadsbehovet som uppstår vid nedsatt funktionsnivå (Andersson, Burman & Skär, 2011).

En patient bedöms med hjälp av sina symtom och sin sjukdomsbild men för att förstå människan bakom patienten krävs det i själva verket mycket mer än så (Kristensson Uggla, 2014), det kan krävas en hel livsberättelse (Clarke, Jane Hanson & Ross, 2003). Allt detta ligger till grund för varför personcentrerad vård är en vård som omfattar hela personen och inte bara dess sjukdomsbild (Kristensson Uggla, 2014). Personcentrerad vård är viktigt vid behandling av patienter i akutgeriatrisk vård för att förbereda patienterna inför utskrivning samt öka känslan av delaktighet (Knier, Stichler, Ferber & Catterall, 2015). För att bedriva god omvårdnad på en akutgeriatrisk vårdavdelning krävs det av vårdteamet ett intresse för personen bakom patienten för att bedriva omvårdnaden med medkänsla och vänlighet. Regelbundenhet med personal och rutiner skapar en gynnsam miljö för patienterna. Detta kan också i sin tur leda till en ökad tillförlitlighet mellan vårdteamet och patienten (Maben,

Adams, Peccei, Murrells & Robert, 2012). Inom Stockholms läns landsting har det tidigare funnits en åldersgräns på 65 år för att kvalificera sig som patient på en akutgeriatrisk vårdavdelning. Den åldersgränsen är numera borttagen. Ändringen om vilka som får vårdas på en akutgeriatrisk vårdavdelning gjordes för att bättre kunna sätta patienten i fokus, så att fler patienter med multisjukdom kan få hjälp (Stockholms läns landsting, 2013). En del av komplexiteten framkommer vid diagnostik och behandling där det kan ses åldersrelaterade förändringar på vitala parametrar. Detta kan ytterligare vara en anledning till att det behövs en specialiserad vård för att uppnå bästa resultat för dessa patienter. Vitala parametrar så som blodtryck, puls, andningsfrekvens samt kroppstemperatur kan vara livsnödvändiga för att upptäcka försämring i tillstånd, vilket gör det relevant att ha kunskap om dessa patienters eventuellt förändrade symtombild (Chester & Rudolph, 2011). Den objektiva symtombild som vitala parametrar ger visar en tydlig bild av sjukdomen även när patienten själv har svårigheter med att uttrycka sig (Kirkevold et al., 2010).

Bland de äldre patienter som blir inlagda på en akutvårdsavdelning har en av fyra någon form av kognitiv svikt. Detta är inte att förväxla med det biologiska åldrandets minnesförändringar där en följd kan vara att glömma exempelvis namn eller telefonnummer. Demenssjukdom eller tillfällig kognitiv svikt försvårar möjligheten för patienten att fatta beslut och förstå konsekvenserna av vissa behandlingsalternativ. Informationen som ges bör vara enkel, tydlig och bestående av en frågeställning åt gången. Vid nedsatt samtyckeskompetens blir de närståendes roll viktig i beslutsfattande som rör behandlingsalternativ, behandlingsnivåer och behandlingsintensitet (Kirkevold et al., 2010).

### **Vårdteamet**

Cioffi och Ferguson Am (2009) visar på att det arbetas alltmer utifrån vårdteam på vårdavdelningarna. Detta arbetssätt bland sjuksköterskor leder till patientnära vård, det uppmuntrar till samarbete och möjliggör diskussion mellan kollegor inför beslutsfattande. Detta ger också nyexaminerade sjuksköterskor ökad trygghet då de har någon mer erfaren i närheten som de kan rådfråga (Cioffi & Ferguson Am, 2009).

Enligt Orems (2001) omvårdandsteori är relationer av stor vikt för att uppnå den bästa omvårdnaden. Inte endast relationen mellan vårdpersonal och patient utan också i relationen mellan olika yrkeskategorier och detta för att med största möjlighet strukturera och effektivisera arbetet. Det är viktigt för vårdkvalitén att de som är involverade i omvårdnaden av en patient samarbetar i team (Orem, 2001).

Vårdteamet inom den akutgeriatriska verksamheten är av stor vikt för patientens delaktighet i omvårdnadsarbetet, speciellt när det handlar om att bedöma och behandla denna patientgrupps komplexitet. Teamarbete visar sig vara bra då det förkortar vårdtiden signifikant jämfört med en liknande patientgrupp som vårdats utifrån ett annat arbetssätt, detta är också bra ur ett kostnadseffektivt perspektiv. I vårdteamet benämns det tvärprofessionella arbetet som ett samarbete mellan olika yrkesgrupper där mål, resurser och ansvar jämnt fördelas över vårdteamet (Blewett et al., 2010).

Sjuksköterskan har en arbetsledande roll i vårdteamet och ska organisera omvårdnadsåtgärder och ordinationer, utvärdera de genomförda insatserna och motivera vårdteamet genom positiv återkoppling (Socialstyrelsen, 2005). I Socialstyrelsens (2005)

kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det också att sjuksköterskan ska bedriva samundervisning för olika professioner för att optimera patientens omvårdnad. Arbetet ska också ske vetenskapligt och utifrån beprövad erfarenhet och alltid i enlighet med rådande författningar (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskans omvårdnadsarbete ska grundas i en humanistisk syn på människan och utifrån ett etiskt förhållningssätt där patienten ses i sin helhet och är delaktig i sin vård och behandling

Sjuksköterskan bedriver ett nära samarbete med undersköterskan som tillhör den yrkesgrupp vilken tillbringar mest tid i patientens närhet och många gånger först fångar upp patientens känslor och behov. Undersköterskan har en central roll i vården när det gäller att vidarebefordra patientens känslor, önskemål och behov till övriga i vårdteamet. Denna information är betydelsefull inför vidare beslutsfattande och planering, vilket gör undersköterskan till en likvärdig och viktig profession i vårdteamet (Stonehouse, 2013).

Arbetsterapeuten bedömer funktionsförmågan hos patienten inför planerad utskrivning (Atwal, McIntyre & Wiggett, 2012). Arbetsterapeuten anpassar vårdutrymmet och hjälpmedel utifrån patientens behov och bidrar därigenom till ökad självständighet hos patienten (Kirkevold et al., 2010). En fysioterapeuts roll är att bedöma och utvärdera patientens rörlighet och säkerhet, integrerat med utskrivningsplaneringen (Atwal et al., 2012). Tillsammans med patienten underhåller eller tränar de upp den förlorade funktionsförmågan och bidrar med förutsättningar för att utföra fysisk aktivitet på vårdavdelningen (Kirkevold et al., 2010).

### **Omvårdnadsteoretiskt perspektiv**

Enligt Dorothea Orem (2001) omvårdnadsteori är information och delaktighet grunden till omvårdnad. Det som eftersträvas är att patienten ska bli så delaktig att hen själv kan delta i sin behandling. Målet är att ge patienten redskap för att själv kunna utföra det som är möjligt. Vårdteamet ska i mötet med patienten identifiera dennes möjligheter till egenvård och arbeta utifrån dessa. För att utveckla möjligheterna till patientens delaktighet bör patientens uppnådda mål samt framtida mål journalföras (Orem, 2001). För att ytterligare förhöja känslan av delaktighet kan det vara nödvändigt att öka känslan av egenmakt. Egenmakt är i sin tur nödvändigt för att känslan av självkontroll hos patienten ska kunna optimera deras självständighet. I dagens rådande sjukvårdsklimat finns en ökad risk för äldre att känna sig åsidosatta i sin egen omvårdnad. Det kan bero på allt från bemanning och ekonomi till fördomar om att äldre personer skulle ha svårt att delta i sin egen vård (Toofany, 2007).

### **Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763**

Det övergripande målet med hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) är att alla i befolkningen ska ges god vård på lika villkor där den enskilda människans värdighet och värde respekteras. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) reglerar att den patienten med störst behov av vård ska få företräde. Vården som ges till patienterna ska vara av god kvalitet vilket enligt lagen innebär bland annat att den ska vara av god hygienisk standard samt se till att patienten upplever trygghet i sin vård och i sin behandling. Vården ska vara lättillgänglig och patientens självbestämmande och integritet ska respekteras. Vården ska vidare främja bra kontakter mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten. Den ska se till patientens säkerhet och kontinuitet och patienten ska ges rätt till en medicinsk bedömning snarast om detta inte är direkt obehövt (SFS, 1982:763).

## **Patientlag 2014:821**

Patientlagen (SFS, 2014:821) tillkom efter att regeringen utlyste en utredning som undersökte hur patientens ställning och inflytande inom vården skulle kunna stärkas och att detta sedan skulle verkställas genom lagstiftning (Proposition, 2013/14:106). Utredningen mynnade ut i Patientlagen (SFS, 2014:821). Lagen utfärdades den nionde juni 2014 och verkställdes första januari 2015. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982: 763) finns fortfarande kvar och Patientlagen (SFS, 2014:821) kan ses som en förkortning av den som förtydligar patientens resurser för inflytande i hälso- och sjukvården. Det främsta målet med den nya lagen är att förstärka och stödja patientens ställning (Proposition, 2013/14:106).

Av propositionen (Proposition, 2013/14:106) framkommer det att lagen ska syfta till att främja patientens egenbestämmande, integritet och delaktighet. Patientlagen (SFS, 2014:821) utvidgar patientens rätt till information där fokus ligger på att den ska vara individuellt anpassad. Samtyckets betydelse har förstärkts och därmed får ingen behandling ges utan patientens samtycke förutom i fall av livshotande tillstånd. Patienten får ökad möjlighet till en andra medicinsk bedömning samt att friare kunna välja vårdgivare, även över landstingsgränser. Tidigare gällde överträdelse över landstingsgränser endast vid livshotande eller särskilt allvarligt tillstånd eller sjukdom. Nu gäller det för alla patienter och det är den som är ansvarig för vården som ska medverka till att en ny medicinsk bedömning kan ske. Då en patient vårdas inom ett annat landsting än patientens hemlandsting ska vården ges på lika villkor dock utan krav på den gällande vårdgarantin. Då är det patientens hemlandsting som står för de ekonomiska utgifterna för vården (Proposition, 2013/14:106).

### Information

Enligt Patientlagen (SFS, 2014:821) har patienten rätt till information om sin hälsa samt aktuella och alternativa behandlingsmetoder. Patienten har också rätt till information om uppskattad väntetid och förlopp vid behandling, eventuella risker och komplikationer, hjälpmedel som finns att få för personer med funktionsnedsättning samt strategier för att förebygga skada eller sjukdom. Patienten har rätt till information gällande möjligheten att fritt välja vårdgivare och fast läkarkontakt. Information om vårdgaranti och möjligheten till ny medicinsk bedömning ska alltid ges. Vid händelse av att patienten ej kan tillgodogöra sig informationen ska den då det är möjligt ges till närstående. Informationen ska vara individuellt anpassad utifrån bland annat språklig förståelse, tidigare kunskap och ålder. Vårdgivaren som ger informationen ska i största möjliga utsträckning se till att patienten förstår innebörden av det som berättas. Patienten har möjlighet att avstå rekommenderad behandling och ska då få utförlig information om vilka konsekvenser detta kan leda till. Dessutom har patienten alltid rätt att avsäga sig informationsrätten om patienten av någon anledning inte skulle vilja ta emot informationen (SFS, 2014:821).

Vid utskrivning framkommer ofta behovet av tydlig information. Många patienter känner ett stort informationsbehov och det bör läggas fokus på att få patienten att känna sig välinformerad (Şendir, Büyükyılmaz & Muşovi, 2013). Det framkommer även att informationsbehovet stiger med åldern. Äldre patienter behöver således mer information än yngre patienter. Därför ligger ansvaret på vårdpersonalen att på bästa möjliga sätt tillgodose behovet av information hos de äldre patienterna (Smith & Liles, 2007).



### Samtycke

Informerat samtycke är framtaget som ett instrument för att öka patientens möjlighet till självbestämmande och autonomi. Samtycket verkar för att stödja patienter i beslutsfattandet inför valet av olika behandlingsalternativ (Schrems, 2014). Ingen del i behandlingen får påbörjas utan patientens samtycke. För att kunna ta emot ett samtycke ska patienten erhållit individuellt givna information så som nämns i kap. 3, Patientlag (SFS, 2014:821). Ett samtycke är inte bindande utan patienten kan ta tillbaka det när som helst. Det kan ges muntligt, skriftligt eller på annat sätt visas. Omvårdnaden och behandlingen ska i största möjliga mån utarbetas och utföras i samråd med patienten. Vid livshotande och allvarliga tillstånd kan vård ges även när samtycke inte kan inhämtas exempelvis vid medvetslöshet (SFS, 2014:821).

### Delaktighet

Vård och behandling ska i största möjliga mån bedrivas i samförstånd med patienten. Patienten och patientens närstående ska ges möjlighet att utföra delar av sin omvårdnad och behandling självständigt om detta är önskvärt och genomförbart. När närstående medverkar i vården är det viktigt att ta hänsyn till rådande sekretesslag och tystnadsplikt (SFS, 2009:400; SFS, 2014:821). För att patienten ska bli delaktig i sin egen vård krävs det av vårdteamet en dialog med patienten med delad information, kunskap och ömsesidigt intresse. En annan komponent för delaktighet är att främja ett nära samarbete med patienten där vårdteamet lär känna patienten på ett individuellt plan. Svårigheter för delaktighet har identifierats av patienter som exempelvis personalens brist på empati och strukturella hinder i vårdmiljön (Aasen, Kvangarsnes & Heggen, 2012).

### **Problemformulering**

I januari 2015 trädde en ny patientlag i kraft som utformats för att stärka patientens ställning i vården. Denna ska stärkas genom individuellt anpassad information samt samtycke i varje steg av behandlingen och därigenom möjliggöra ökad delaktighet och självbestämmande i den egna vården (SFS, 2014:821). En utsatt patientgrupp är de patienter med multisjuklighet med stort och ibland komplext omvårdnadsbehov och stor risk för komplikationer (Andersson, Burman & Skär, 2011). Detta ställer vårdteamet inför nya utmaningar när de ska ge individuellt anpassad information, patientundervisning och hur patienten ska integreras i varje steg av vården. Därför är det av vikt att ta reda på hur vårdteamet på akutgeriatriska vårdavdelningar upplever sina möjligheter att bedriva omvårdnad förenlig med de krav på information, samtycke och delaktighet som ställs i kapitel tre till fem i Patientlagen (SFS, 2014:821).

### **SYFTE**

Syftet med denna studie var att beskriva vårdteamets upplevda möjlighet att inom akutgeriatriska vårdavdelningar bedriva omvårdnad förenlig med de krav som ställs i kapitel tre till fem i Patientlagen (SFS, 2014:821).

### **METOD**

#### **Val av Metod**

I denna studie har det använts en kvalitativ och semistrukturerad intervjumetod. Semistruktur var lämplig då resultatet inte kunde förutspås i förväg (Polit & Beck, 2012).

Det ansågs viktigt för att kunna skildra vårdteamets upplevda situation och genom diskussion skapa större förståelse för ämnet (Danielson, 2012). Intervjuerna utfördes i fokusgrupper och enskilt med medlemmar ur vårdteamet. Denna metod var även fördelaktig för att uppmuntra deltagarna till att dela med sig (Polit & Beck, 2012).

### **Urval**

Urvalet till intervjuerna bestod av de deltagare i vårdteamet som bedriver omvårdnad på ett eller annat sätt. Inklusionskriterierna var personer med någon av följande professioner; sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut som var verksamma vid någon av de akutgeriatriska klinikerna inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Då syftet inte strävade efter förståelse för skillnader i kön, erfarenhet och ålder bland deltagarna gjordes därför inga sådana urvalskriterier.

### **Genomförande**

För att påbörja arbetet med denna studie skickades brev (bilaga A) till de verksamhetschefer som skulle tillfrågas. Verksamhetscheferna var verksamma vid tre geriatriska kliniker inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Breven postades och samtidigt gick även mejl ut med en sammanställning av studien samt en önskan om snabbt svar på grund av studiens tidsbegränsning. En av verksamhetscheferna tackade nej till deltagandet. En verksamhetschef hänvisade till en chefsjuksköterska som kontaktades och som i sin tur sammanställde en intervjugrupp. Vid den tredje kliniken inhämtades godkännande från verksamhetschefen och sedan etablerades kontakt med deltagare till föreliggande studie.

Intervjuguiden (bilaga B) skrevs fritt utifrån syftet med öppna frågor för att uppmuntra till diskussion. Inspiration hämtades från Kvale och Brinkmann (2009) för att strukturera frågorna. I föreliggande studie användes metoden fokusgrupper med mindre grupper bestående av högst fem deltagare per intervju. Till skillnad från intervjuer med fler deltagare än fem gavs deltagarna större utrymme för att delge sina erfarenheter och fick ökad möjlighet till diskussion (Wibeck, 2012).

Innan intervjun startade gavs en kort muntlig beskrivning om författarna, hur vi värnade om deltagarnas konfidentialitet och om studien. Detta var nödvändigt för att deltagarna skulle förstå och godta upplägget (Danielson, 2012). Deltagarna fick också klarlagt om rätten att avstå från att svara på frågor. Första intervjun var en pilotintervju där upplägget, frågorna och den tekniska utrustningen testades. Denna intervju skedde med fyra deltagare ur vårdteamet. Denna intervju inkluderades i resultatet då den uppfyllde inklusionskriterierna och svarade på syftet. Därefter reviderades en fråga från intervjuguiden utan att ändra innebörden i frågan. Det andra intervjutillfället delades upp i två grupper där den första intervjun skedde med en deltagare och den andra intervjun med tre deltagare. Anledningen till att intervjuerna delades upp var till följd av underbemanning på avdelningen. Författarna turades om att ställa frågor och föra stödanteckningar vid samtliga intervjuer. Totalt genomfördes tre innehållsrika intervjuer som varade mellan 12 och 27 minuter vilket gav en medeltid på 20 minuter.

### **Dataanalys**

#### Transkribering

Intervjuerna spelades in och transkriberades samma dag. Detta är att föredra då minnet är viktigt vid sammanställningen av materialet (Trost, 2010). Vid transkriberingen skrevs

intervjun ut bokstavligen för att underlätta vid analysen och för att fånga nyanserna i språket (Danielson, 2012). Därför skrevs skratt och instämmande ord så som ”ja” och ”mm” med i databearbetningen. Efter transkriberingen raderades ljudfilerna för att respektera konfidentialiteten och minska risken att obehöriga kunde höra intervjuerna. I transkriberingen oidentifierades deltagarna när det kom till yrkestitel vid de fall då det nämndes. För att öka tydligheten i det transkriberade materialet var intervjuarens frågor markerade med fetstil och deltagarnas med normal stil. Intervjumaterialet förvarades otillgängligt för andra än författarna (Danielson, 2012).

### Kvalitativ innehållsanalys

För att analysera data användes en induktiv ansats. Detta för att göra en förutsättningslös analys utifrån människors berättelser av sina upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). För att få en överskådlig bild av data läste båda författarna igenom det transkriberade materialet och tog ut meningsbärande enheter utifrån syftet. De utvalda meningsenheterna kondenserades för att bli mer lätthanterliga utan att förlora det vitala i meningarna. Med hänsyn till kontexten i meningsenheterna kodades sedan materialet för att ytterligare se nya vinklar och underlätta analysen. Detta gjordes utifrån en manifest metod där innehållet i data sammanställdes för att finna samband (Danielson, 2012). Utifrån koderna skapades underkategorier och kategorier för att se samband i insamlad data. All data strukturerades sedan upp i en tabell i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2012).

**Tabell 1. Exempel på analystabell**

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Från vår chef har vi fått lite information... klinik-övergripande har vi ju fått information, men inte här på avdelningen har vi inte jobbat med det på det viset.	Chefen har gett klinikövergripande information. Men inte jobbat med det på avdelningen.	Klinikövergripande information	Personalinformation	Information
Det finns ju anledning till att diskutera det... samtidigt som vi jobbar med en grupp människor som har svårt att ta till sig information och som har svårt att välja. Svårt att föra sin talan.	Det finns anledning till diskussion då vi jobbar med människor som har svårt att ta till sig information, välja och föra sin talan.	Svårt att ta till information Svårt att välja Svårt att föra sin talan	Patientinformation	Information
Det är ju min uppfattning så att det kan va svårt, man försöker förklara varför man gör det ena eller det andra åtgärden eller allting.	Min uppfattning är att man försöker förklara varför man gör åtgärder och det kan vara svårt.	Svårt att förklara	Patientinformation	Information

### **Forskningsetiska överväganden**

Forskningsetik ska genomsyra allt arbete inom ett forskningsprojekt (Kjellström, 2012). Det centrala i dessa etiska överväganden är att inte skada någon inblandad. Författarna har en skyldighet att skydda deltagarnas identitet vilket i föreliggande studie gjorts genom konfidentialitet. Deltagarnas identitet har skyddats genom att deras yrkestitel aidentifierats samt vilken kliniken de varit verksamma vid. De har även skyddats genom att personuppgifterna sparats där inga obehöriga kunna komma åt dem. Citaten har reviderats för att undvika att dessa kopplas ihop till någon av deltagarna. I och med det värnade författarna om deltagarnas integritet (World Medical Association, 2013). Informerat samtycke och god information gavs till varje deltagare om studien och dess syfte. Ett tydligt klagörande gavs till varje deltagare om rätten att avbryta medverkandet när som helst under studiens gång och att detta inte skulle påverka deltagaren negativt (Kjellström, 2012).

Vid ämnesvalet bör reflektion göras om studiens betydelse och dess vetenskapliga kvalitet (Henricson & Billhult, 2012). För att upprätthålla god vetenskaplig kvalitet har författarna använt sig av en kvalitativ intervjustudie för att möjliggöra ändamålsenliga svar. Författarna ansåg att denna studie uppfyllde de tre komponenterna som är av betydelse inom humanforskning det vill säga för individen, professionen och samhället (Henricson & Billhult, 2012). Vid bearbetning av data var det viktigt att författarna förblev objektiva och hade ett kritiskt förhållningssätt för att utesluta möjliga felkällor. I samtliga delar av arbetet eftersträvades ordning, struktur och tydlighet i enlighet med Vetenskapsrådet (2011).

## RESULTAT

Det sammanställda materialet delades in i följande kategorier; Patientlag 2014:821, information, samtycke, delaktighet, vårdteamets arbetssätt samt personcentrerad vård som presenterades i tabell 2. Citaten representerade vårt resultat och tydliggjordes genom indrag och kursiv stil. Det som uteslutits från citaten är uttryck som inte har påverkat meningens betydelse såsom utfyllnadsord samt talspråk. Dessa utrymmen markerades med tre punkter. För att underlätta läsningen och förtydliga textens innebörd har varsam redigering av citaten gjorts i enlighet med Forssén och Carlstedt (2012).

**Tabell 2. Resultatöversikt**

Kategori	Underkategori
<b>Patientlag 2014:821</b>	
<b>Information</b>	Olika sätt att informera Förbättringsförslag vid informationsutbyte
<b>Samtycke</b>	Ställningstagande Informerat samtycke
<b>Delaktighet</b>	Självbestämmande Valmöjlighet
<b>Vårdteamets upplevelser</b>	Vårdpersonalens utmaningar Närstående Samarbetet i vårdteamet
<b>Personcentrerad vård</b>	Anpassad omvårdnad Målformulering

### **Patientlag 2014:821**

Ingen av de tillfrågade klinikerna hade arbetat förberedande med införandet av den nya lagen. Informationen hade givits klinikövergripande och på arbetsplatsträffar på vårdavdelningarna men hade inte diskuterats närmare i vårdteamen. Det beskrevs att detta borde ha diskuterats då den aktuella patientgruppen har svårt att ta till sig information och svårt att föra sin talan. Deltagarna trodde att det inte var många ur personalen som läst lagen, som känner till vad lagen innebar eller vad som var nytt. Deltagarna sa samtidigt att det ingår i yrkesprofessionen att vara uppdaterad med det nya som tillkommer.

*Jag är ganska dåligt uppdaterad med det här måste jag säga, med den nya lagen och om hur mycket som är förändrat i den jämfört med den innan.*

*Det är väl också vårt ansvar att ta reda på alla nyheter som tillkommer, det tillhör ju vår yrkesprofession att uppdatera allt.*

Anledningen till att vårdpersonalen inte fått mer information eller att arbetet inte satts igång innan lagändringen trodde deltagarna berodde på att det var mycket som skulle tas upp i arbetsgruppen och att det var svårt att hinna fokusera på lagen. Dock var det några som inte hade någon aning om varför det inte tagits upp.

### **Information**

### Olika sätt att informera

Deltagarna beskrev att vårdpersonalen lade informationen på en nivå och på ett sätt där patienten förstod och uppfattade det som förmedlades. Den anpassades utifrån patientens hörsel, språk och förståelse av sin situation och detta skedde för alla patienter vid varje möte och aktivitet. Skriftliga informationsbrev med avdelningsinformation lämnades ut till patienterna vid inskrivningen men deltagarna var tveksamma till om de verkligen lästes av patienterna eller av deras närstående.

*Alla får ju individuellt anpassad information... det beror på i vilken mån patienten hör och förstår och uppfattar sin situation... man kan förlägga den på olika nivåer, alltså hur avancerat man beskriver eller på ett språk så att patienten förstår och uppfattar vad som sägs.*

### Förbättringsförslag vid informationsutbyte

Deltagarna i en fokusgrupp upplevde att det skulle underlätta informationsöverföringen till patienterna om det fanns några enkla, lättförståeliga och vedertagna meningar som alla i vårdteamet använde sig av. Vidare nämndes att en bra skriven broschyr att lämna till patienterna om deras hälsotillstånd och behandling att läsa i lugn och ro skulle kunna underlätta informationsinhämtningen. Detta antogs även underlätta förståelsen bland patienternas närstående. Deltagarna upplevde att de patienter som uppvisade missnöje var de som inte fått tillräcklig information om sin situation och hela vårdprocessen.

*Man får ju så mycket information inom vården så att ibland kan jag tycka att man kanske kan trycka dit en bra broschyr eller någonting. För att läsa i lugn och ro och även ge till anhöriga, för de anhöriga kanske inte heller riktigt förstår vad det handlar om.*

Deltagarna upplevde att patienterna kände oro inför hemgången och om hur framtiden skulle bli. De nämnde även att diskussioner angående detta borde ske oftare för att minska denna oro. Deltagarna nämnde att informationen som vårdteamet inhämtade från patienterna låg till grund för en lugn och trygg vård vilket skapade en ömsesidig förståelse.

*Ju mer information man har och ju bättre bild man har av någon... i samband med det får man ett bättre förtroende på något sätt, man skapar någonting som ligger i luften så att det kan leda till något bättre, kanske ett lugn som gör att man förstår...*

## **Samtycke**

### Ställningstagande

När det kom till ställningstagande för patienten nämndes att patienterna involverades i sin egen vård men att de samtidigt inte kunde ta ställning till olika behandlingsalternativ då de inte till fullo förstod sin situation eller vad som behövdes för tillfrisknande. Vidare diskuterades att patienterna kunde behöva guidning i ställningstagandet vid olika behandlingsalternativ eftersom dessa patienter inte alltid var fullt insatta i vilken rehabilitering de behövde och vad som krävdes för att bli bättre.

*Jag upplever att de involveras ganska mycket samtidigt som de inte kan ta ställning till de behandlingar och det som ska ske, det som ska göras för att man förstår...inte sin situation till fullo kanske och vet inte riktigt vad man behöver för att tillfriskna eller rehabiliteras och så.*

### Informerat samtycke

Samtliga deltagare upplevde att det informerade samtycket inhämtades från patienterna innan vårdteamet fick tillgång till journaltext från andra verksamheter. Det inhämtades också inför kontakt med kommunen och detta var deltagarna noga med. Deltagarna nämnde vikten av att informera patienterna om de risker som kan tillkomma vid ett nekande till det informerade samtycket. Deltagarna hade inte varit med om att en patient någon gång nekat till det informerade samtycket, hade det hänt så hade inte patienten till fullo förstått vad som nekats.

*Jag har aldrig varit med om att någon har sagt nej någon gång...då har de säkert inte vetat egentligen vad de har sagt nej till. Det är inte någon som har spärrat sin journal.*

*Det är viktigt att förklara vad det innebär om man säger nej, att det är vissa risker som...tillkommer.*

### **Delaktighet**

#### Självbestämmande

Det nämndes att patienterna inte kunde vara helt självbestämmande i sin vård, utan mål formulerades i samråd med vårdpersonalen. Deltagarna lyfte att det alltid skulle efterfrågas vilka som var patientens önskemål och förväntningar på vården. Samma deltagare framhöll vikten av att patienten och hens önskemål involverades i vården även då det kunde leda till en krock med vårdteamets förväntningar på patienten.

*Man kanske är nöjd med att sitta i rullstol resten av sitt liv och det måste ju komma fram. För att hur mycket vi än kämpar med patienten så vill patienten inte motiveras till att röra på sig. Det här är jätteviktigt att fråga och det är väl en typ av självbestämmande att man faktiskt inte går med på träningen för att man själv vill tillbringa livet i rullstol.*

En deltagare ställde sig frågande vilket egentligt självbestämmande och vilken insikt patienterna hade i sin sjukdom och sociala situation, och vad det då kunde leda till om vårdpersonalen inte var med och lotsade dem i deras sjukvårdsprocess. Det förklarades att i tanken var delaktighet och självbestämmande bra men i praktiken var det svårt då vårdpersonalen hade ansvar över att lotsa dessa patienter rätt. Det beskrevs som att denna patientgrupp inte ifrågasatte vården utan tog emot det som erbjöds.

*...lagstiftarna är ju vänliga och snälla att det ska vara delaktighet och sådär, men jag bara känner ett stort...yrkesansvar...att lotsa dem rätt och att lotsa anhöriga rätt också så att man inte lämnar dem med sin självständighet.*

### Valmöjlighet

Det beskrevs att valmöjligheten skulle kunna vara nedsatt relaterad till ovanan att välja som beskrevs som en generationsfråga. Deltagarna menade att den nya generation som växer upp nu är van vid olika valmöjligheter men den äldre generationen som hörde till den aktuella patientgruppen inte var van vid att ha fler alternativ. Den äldre generationen tyckte att det var de professionella som skulle välja och vårdpersonalen upplevde att patienterna kunde bli irriterade om de fick för många valmöjligheter. Ytterligare underströk deltagarna att vårdpersonalen ville patientens bästa och därför kunde det vara nödvändigt att leda patienterna genom valmöjligheterna på grund av deras ovana vid att välja.

*...den nya generationen nu, där är det så självklart att man växer upp med tänkesättet att man väljer...det är ju inte alltid att de har det i dem, i den generationen som är inneliggande här så det är ett nytt sätt att tänka.*

Vidare beskrev deltagarna att dessa människor på grund av sitt tillstånd och sjukdomsperiod kunde bli svikna om vårdteamet inte hjälpte dem med aktuella val. Det uttrycktes att det var en patientgrupp som var van vid att någon sa vad som var bra. De var inte vana vid att själva göra aktiva val.

*...det är en grupp människor som är gamla och sköra och...haft en sjukdomsperiod och är orkeslösa och jag kan känna att om vi inte väljer åt de så sviker vi ju dem.*

### **Vårdteamets upplevelser**

#### Vårdpersonalens utmaningar

En utmaning som vissa av deltagarna beskrev var svårigheten att möta patienten där hen var. Denna utmaning uppstod bland annat vid målformuleringen vid inskrivningen där patienten hade en annan förväntning än vårdteamet och inte heller hade tillräcklig insikt i sin situation. Vidare beskrevs att vårdpersonalen lätt blev ställföreträdare för patienterna då denna grupp var så pass skör.

*...de här gamla människorna som kommer hit, de är som små tunna kristallvaser. Sen så har det gått sönder någonstans, då går ju hela allting sönder på något sätt. Då försöker man hålla ihop det här så mycket som möjligt och då blir man ju väldigt mycket ställföreträdare på något sätt, ställföreträdande jag.*

Deltagarna upplevde svårigheter att förklara för patienterna varför vissa åtgärder gjordes. De upplevde att de försökte förklara men att det var svårt då deltagarna låg ett halvt steg före och inte alltid inväntade ett ja eller nej från patienten.

Det exemplifierades att det ibland upplevdes som att deltagarna var patienternas motorer, som när de nådde en tröskel hjälpte patienterna över denna genom att vara inkännande. En annan utmaning deltagarna upplevde var att patienterna ibland inte kunde ta in all



information som gavs omedelbart utan behövde få fundera och få ställa följdfrågor vid ett senare tillfälle.

*Men får man ett definitivt nej till någonting eller ett kroppsspråk så får man ju tolka det så att man kan gå lite längre...man får ett arbetssätt mot den här patientgruppen, man måste försöka vara inkännande verkligen...man styr upp utan de är med på det.*

Det upplevdes att det kunde bli en etisk konflikt när det handlade om patientens självbestämmande. Deltagarna upplevde att om patienterna inte fick hjälp av vårdpersonalen så övergavs de.

*...jag tycker att jag ofta hamnar i ett etiskt dilemma mellan ansvar och makt på något sätt eller att det är självbestämmande och, ja mitt vårdansvar.*

### Närstående

Deltagarna upplevde utmaningar i form av att hitta en balansgång mellan patienternas och de närståendes önskemål om vården. I vissa fall kunde det ske att närstående och patienter strävade åt olika håll. Samtidigt framhövs vikten av att ha närstående som kan hjälpa till att föra talan för patienten och att de helst ville se en vård centrerad utifrån patienterna och deras närstående. Närstående kunde också användas då det var svårt att nå fram med informationen till patienten. Ytterligare nämndes det att närstående var viktiga då patienten fick ännu en infallsvinkel som kunde hjälpa till att styra och peppa patienten.

*Man behöver påminnelser daglig dags, så jag skulle vilja säga att det skulle vara viktigare att ha en familjecentrerad vård så att man involverar anhöriga på ett annat sätt.*

Tidsbrist beskrevs skapa problem med att involvera närstående i vården. Det berättades även att det hade tillkommit ännu ett sökord enligt VIPS<sup>1</sup> som innefattade närståendes förväntningar på vården och det uppfattades som välfungerande men att tidsbristen gjorde det svårt att ständigt vara uppdaterad om de närståendes förväntningar. Det beskrevs att ofta var tiden knapp för att kontakta närstående och delge information och därmed ökade deras oro. Ett förslag som uppkom var att det borde införas närståendemöten så att de inte behövde upprepa följande information flertalet gånger.

*Jag tror att tar man den tiden som det kan ta att ha ett anhörigmöte...en kvart kanske...att man sedan tjänar den tiden hundra gånger om...Då kanske man slipper de här fem samtalen på kvällen med oroliga anhöriga som inte fått information.*

### Samarbetet i vårdteamet

Det framkom att deltagarna hade ett nära samarbete i vårdteamet och tillsammans formulerade en plan för varje enskild patient. Deltagarna försökte åstadkomma hög regelbundenhet i patientkontakten för att underlätta informationsutbytet mellan vårdteamet och patienterna.

---

<sup>1</sup> Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2013). *Nya VIPS-boken: välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet.* (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

De uppgav också att deltagarna i vårdteamet fick olika bilder av patienten och därför behövde arbeta nära ihop för att skapa en helhetsbild av patienten. Det formulerades en önskan och ett behov av att arbeta ännu närmare än vad som redan gjordes för att lära av varandra och ytterligare utveckla den personcentrerade vården.

*Det handlar jättemycket om regelbundet... att personalen försöker ha samma patienter så att man har möjlighet att ge rätt information, för det kan vara jättesvårt om man får byta hela tiden. Vi försöker att åstadkomma så hög regelbundenhet som möjlig.*

## **Personcentrerad vård**

### Anpassad omvårdnad

Deltagarna uppgav att det personcentrerade arbetet fanns med genom hela vårdtillfället och inte endast stundvis. De uppgav att arbetet planerades utifrån patienternas önskemål och individuella behov och formulerades utifrån en individuell plan utformad tillsammans med varje enskild patient.

*Det kan vara så enkelt att man vill äta frukost först innan jag går upp och duschar till exempel, fast vi kanske hade tänkt från början att vi duschar henne på en gång. Då lyssnar vi på det och så ändrar vi om och tar någon annan först så att jag tror att det finns med hela tiden.*

### Målformulering

Det nämndes av deltagarna att det vid inskrivningen insamlades information om hur patienten hade det innan vårdtillfället och att det i samband med detta samtal utformades mål med förväntningar på att uppnå samma funktionsnivå som tidigare. Deltagarna frågade samtidigt vad patienten ville uppnå med vårdtillfället och gick igenom dessa förväntningar med hen och bedömde vad som var rimligt att uppfylla.

*Vi tycker självklart att den här patienten ska upp och gå. Det är liksom målet tycker vi, men frågar man patienten så vill inte patienten, utan det enda patienten vill är att få sina naglar målade...det är väldigt frustrerande för oss som medlemmar ur vårdteamet.*

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

I Socialstyrelsens (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det att arbetet ska ske utifrån rådande lagar, förordningar och föreskrifter. Samtidigt visar patientsäkerhetslagen att all personal inom hälso- och sjukvården ska ansvara för att fullgöra sina arbetsuppgifter (SFS, 2010:659, kap. 6, 2 §). Trots att vårdteamet var medveten om deras skyldigheter att arbeta utifrån rådande lagar och föreskrifter upplevde vårdteamet att ingen hade tagit del av den nya lagen. Övergripande hade det inte heller skett något förberedande arbete inför införandet av den nya Patientlagen (SFS, 2014:821) på vårdavdelningarna.

Det redovisade resultatet skulle kanske kunna ha sett annorlunda ut om denna studie hade genomförts vid ett senare tillfälle. Redan i juni 2014 lagstodgades att Patientlagen (SFS, 2014:821) skulle träda i kraft i januari 2015, vilket gav verksamheten åtta månader att förbereda vårdteamet på vårdavdelningarna inför de nya utmaningarna innan denna studie genomfördes. Trots detta var det inte genomgående känt av deltagarna vad den nya lagen innebar för vårdteamet i arbetet med patienterna på vårdavdelningarna. Detta skulle kunna visa på att åtta månader är en för kort tid för en sådan omställning som en ny lag kan medföra. Däremot är Patientlagen (SFS, 2014:821) till viss del en sammanfattning och ett förtydligande av det som tidigare stått skrivet i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) vilket kan tolkas som att det funnits brister i patienternas delaktighet sedan en tid tillbaka på vårdavdelningarna. En möjlig aspekt vid införandet av denna lag var patientgruppens stora omvårdnadsbehov och komplexitet som en möjlig begränsning vid förändring av verksamheten.

Vårdteamet upplevde att de kunde informera patienten individuellt om hälsotillståndet och olika behandlingsalternativ utifrån hans behov och önskemål. Information är en av grundpelarna för god omvårdnad enligt Orem (2001). Patientens rätt till individuell anpassad information regleras i kap. 3, Patientlag (SFS, 2014:821). Denna rätt är speciellt viktig för den aktuella patientgruppen då behovet av information stiger med åldern (Smith & Liles, 2007).

Vårdteamet beskrev att patienterna i många fall var delaktiga i utförandet av sin vård och behandling som det står i kap. 5, Patientlag (SFS, 2014:821) men att de efter given information inte kunde ta ställning till de olika behandlingsalternativen som erbjöds. Det visades således att informationen som gavs till patienterna var tillräcklig för att möjliggöra delaktighet i utförandet av sin vård och behandling. Där det framkom brister var vid ställningstagandet till de olika behandlingsalternativen som erbjöds. Det nämndes att patienterna inte förstod vilka behandlingsmetoder de behövde för tillfrisknande vilket visar på brist i informationsutbytet mellan vårdteamet och patienten, trots vårdteamets upplevelse av patientens förståelse av given information. Det nämndes att den aktuella patientgruppen hade svårt att göra aktiva val angående sin behandling och vårdteamet trodde att det berodde på ovana vid att behöva välja. I enlighet med kap. 4, Patientlag (SFS, 2014:821) ska patienten ges fullgod information för att kunna ge samtycke till behandlingsalternativen och därigenom göra ett informerat val. Vissa av de informationsmetoderna som användes var således inte tillräckliga för att uppnå en del av de krav som ställs i Patientlagen (SFS, 2014:821). Orem (2001) menar att vårdteamet inte ska ta över patientens beslutsfattande förutom vid sjukdomstillstånd där hen är oförmögen till detta, exempelvis vid akut sjukdom eller medvetslöshet. Detta ställs mot vårdteamets.

upplevelser av att de skulle svika patienterna om de inte tog över beslutsfattandet till följd av deras skörhet.

På vårdavdelningarna delades skriftlig information i form av en broschyr ut till patienterna vid inskrivning som omfattade avdelningens rutiner och hållpunkter för dagen. Vårdteamet menade att patienterna inte tog del av den informationen och funderade på om broschyrerna istället skulle anpassas mer individuellt utifrån patientens aktuella sjukdomstillstånd, behandlingsplan och rekommendationer. Grime, Blenkinsopp, Raynor, Pollock och Knapp (2007) menar att patienter inte vill byta ut den muntligt givna informationen mot skriftligt given information. De belyser istället att skriftlig information är ett komplement till muntlig information och används som hjälpmedel vid beslutsfattande, läkemedelsbeslut och vid pågående egenvård. Vårdteamet lyfte även en diskussion om möjligheten att använda standardiserade meningar för att underlätta informationsutbytet. Vårdteamet trodde att det skulle underlätta för patienterna om samtliga personalkategorier använde sig av samma meningar för att förklara liknande tillstånd. Det ställs emot vad som står i Patientlagen (SFS, 2014:821, kap. 3) där informationen som ges till patienterna ska vara anpassad utifrån språklig förståelse, tidigare kunskap och ålder vilket också Orem (2001) poängterar.

Informerat samtycke inhämtades från patienten av samtliga medlemmar ur vårdteamet rörande tillgång till journaltext från annan vårdinrättning och då någon ringde till avdelningen och sökte patienten. Informerat samtycke är således något som vårdteamet inhämtade endast i början av vårdtiden, dock ska informerat samtycke erhållas inför att varje behandling påbörjas (SFS 2014:821). Detta tolkar vi som att deltagarna eventuellt inte kände till hela innebörden av informerat samtycke. När det informerade samtycket inte kunde inhämtas berodde det enligt vårdteamet på att patienterna inte till fullo hade förstått vad det innebar. Pérez-Cárceles, Lorenzo, Luna och Osuna (2007) menar att patienterna över 70 år i vissa fall inte förstod vad informerat samtycke betydde men ändå hade tillräcklig generell förståelse för att fatta egna beslut.

Enligt Knier et al. (2015) samt Orem (2001) är självständighet en viktig del av rehabiliteringen. För att öka självständigheten hos patienterna bör omvårdnadsarbetet utformas personcentrerat vilket enligt vårdteamet gjordes genom hela vårdtillfället med exempelvis individuella planer för varje patient. Det lyftes fram att det vid formuleringen av patienternas omvårdnadsplaner kunde bli konflikt mellan en patients önskemål och vårdteamets förväntningar. Vårdteamet satte ibland högre mål på rehabiliteringen än vad patienten gjorde och det var däri konflikten hamnade. Det nämndes att vårdteamet då klarade av att lägga sina förväntningar åt sidan och ändå utgå från patientens önskemål vilket ökar patientens självständighet enligt Toofany (2007). Det leder till ökad delaktighet när patienten känner kontroll över sin egen vård. Delaktighet genom självkontroll menar Orem (2001) är viktigt vid omvårdnadssituationer, något som kan uppnås med hjälp av vårdteamets uppmuntran och motivation. En anledning enligt Doherty och Doherty (2005) till att patienter upplever saknad av självkontroll är dålig kommunikation inom vårdteamet. Det rör både otillräckligt given information till patienterna och tidsbrist för vårdteamet att stämma av och planera åtgärder för hens utveckling. Detta visades även i resultatet i föreliggande studie där vårdteamet uttryckte en önskan om ett närmare samarbete i teamet för att möjliggöra god omvårdnad i samråd med patienterna.

Enligt Orem (2001) är närstående en viktig resurs för att öka patientens möjlighet till

egenvård och därigenom delaktighet. Detta kan uppnås genom att närstående bidrar med stöttning och motivation till patienten, vilket även vårdteamet beskrev. Det kunde däremot enligt vårdteamet ha en negativ effekt om de närstående inte delade patientens förväntningar på vården eller inte samarbetade i samma mån som vårdpersonalen för att uppnå hög egenvård hos patienten. I resultatet framkom det att vårdteamets målsättning var att patienten skulle uppnå samma funktionsnivå som innan vårdtillfället. Det är också det övergripande målet för rehabilitering vid en akutgeriatrisk vårdavdelning (Rodríguez et al., 2003). Detta ställs i kontrast mot det Knier et al. (2015) nämner vilket är att personcentrering är en viktig del av omvårdnaden på en akutgeriatrisk vårdavdelning.

Vid målformulering är det vårdteamets uppgift att urskilja, stödja och stärka patientens egna resurser (Ekman & Norberg 2013). Att formulera ett mål där patienten ska uppnå samma funktionsnivå som innan vårdtillfället är därför inte förenligt med kärnan i personcentrerad vård där patientens egna önskemål ska ligga som grund för målformuleringen. Vid utskrivning är det viktigt att omvårdnadsplanens mål har formulerats personcentrerat. Detta minskar risken för ångest och oro hos patienten och närstående vilket skapar en bättre övergång till hemmet och den eventuella vården som kommer bedrivas där (Ulin, Olsson, Wolf & Ekman, 2015).

Resultatet av denna studie visade bland annat på brister i patienternas möjlighet till delaktighet. På grund av etiska skäl redovisades resultatet utan att särskilja klinikerna åt men tydliga skillnader syntes speciellt när det kom till synen på patienterna. De kliniker som tackat ja i studien efterfrågade resultatet vilket möjligen är ett tecken på en vilja att uppmärksamma dessa eventuella brister och att se över möjligheterna till att åtgärda dessa. Resultatet visade inte endast positiva attityder inom rörande område utan även på brister och problem i bedrivandet av omvårdnad som var förenlig med det som skrevs i Patientlagen (SFS, 2014:821). Därför kan slutsatsen i detta arbete användas för att belysa behovet av förändring på många plan och ligga som grund för utvecklingen av den akutgeriatriska vården. Med andra ord kan dessa negativa resultat användas positivt för att öka patientens ställning och för utvecklingen av professionerna.

### **Metoddiskussion**

Valet av metod ska styras av syftet. Metoden som valdes till denna studie var en kvalitativ intervju med anledning att beskriva människors erfarenheter. Detta till skillnad från en kvantitativ metod där intresset läggs vid att räkna upp fenomen (Trost, 2010). Ämnet som i detta arbete beskrevs var nytt och komplext och därav valdes att intervjuerna skulle ske utifrån fokusgrupper. Detta lämpade sig för att studera deltagarnas erfarenheter av ämnet. Deltagarna bestod till viss del av en homogen grupp där alla var en del av ett vårdteam på akutgeriatriska vårdavdelningar. Detta kunde vara en fördel för deltagarna att lättare delge information då alla hade något gemensamt även vid skilda erfarenheter. Fokusgrupperna valdes för att hitta de gemensamma utgångspunkterna deltagarna emellan och ge förståelse för det som är meningsfullt. Vidare ger denna metod en uppfattning om människors relation och association till ämnet och tillåter människors personliga erfarenheter att ställas i kontrast till varandra (Wibeck, 2012).

En annan intervjumetod än fokusgrupper hade kunnat ge en mer exakt bild av ämnet och lämnat större utrymme för varje enskild deltagare att tala fritt utan att eventuellt känna sig begränsad i ett gruppsammanhang. Som syftet i denna studie är formulerat ville vi beskriva vårdteamets upplevelser som helhet genom en aktiv diskussion vilket därför stod som motivering till valet av intervjumetod.

Det kan vara svårt att analysera kvalitativ data då det inte finns några givna regler för hur analysen ska gå tillväga. Det kan också vara utmanande för författarna att beskriva hur analysen gjordes och att presentera resultatet på ett sätt där validiteten kvarstår. Ytterligare en aspekt är den mängd arbete som krävs av författarna att på en begränsad tid sammanställa data på ett koncist sätt utan att förlora bevisvärdet (Polit & Beck, 2012).

Tre akutgeriatriska vårdavdelningar tillfrågades inför arbetet med denna studie. En av dessa vårdavdelningar tackade nej till att delta. Diskussion skedde om detta bortfall men deltagarantalet var tillräckligt och då ingen skillnad mellan klinikerna gjordes i analysen kunde syftet besvaras. Vid ett av intervjutillfällena kunde inte vårdavdelningen tillgodose en grupp med fyra deltagare vid ett och samma tillfälle. Istället sammanställdes en grupp med tre deltagare och en intervju med en deltagare. Det tillfället där deltagaren var ensam i en gruppintervjuformation diskuterades det om intervjun kunde inkluderas i studien. Deltagaren uppfyllde inklusionskriterierna och gav betydelsefull information för studiens syfte. Intervjuguiden var utformad med diskussionsfrågor som ämnade till gruppdiskussion vilket inte gick att genomföra vid tillfället med den enskilda deltagaren. Vi ansåg att svaren gav tillräcklig information utan gruppdiskussion och inkluderade därför intervjumaterialet i studien. Vid intervjutillfället med tre deltagare uppfylldes önskemålet om gruppdiskussion om än med ett mindre deltagarantal än vår ursprungliga tanke.

Vårdavdelningarna som söktes till denna studie var alla inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Det kunde ha givits ett annat resultat i denna studie om även privatägda akutgeriatriska vårdavdelningar inkluderats i studien då andra ekonomiska förutsättningar kunde råda till skillnad från landstingsägda. Deltagarna till studien var fler i antalet av en personalkategori vilket kan ha styrt diskussionerna mer åt personalgruppens liknande uppfattningar inom yrkesprofessionen. De ämnesområden som lyftes fram hade därför kunnat ha en annan dimension om det blivit större spridning inom vårdteamet. Detta bedömer vi inte har påverkat studiens resultat negativt då diskussionsfrågorna var övergripande nog för att besvara syftet.

Valet av metod besvarade denna studies syfte vilket var att beskriva upplevelser och i detta fall vårdteamets. Ämnet som valdes att studeras är ett nytt område med en ny införd lagtext vilket påverkade metodvalet till den grad att ingen tidigare vetenskaplig litteratur fanns att tillgå om det exakta ämnesområdet. Därför hade inte en litteraturöversikt kunnat genomföras eller gett svar på studiens syfte.

Trovärdighet är förhållandevis svårt att åstadkomma i en kvalitativ studie då exakt noggrannhet kan vara svårt att uppnå (Trost, 2010). I den kvalitativa intervjun finns det ingen strävan att uppnå oföränderlighet i datamaterialet då känslorna hos personerna eftersträvas. I denna studie användes en intervjuguide (Bilaga B) för att säkerställa att alla deltagare fick samma frågor, detta för att stärka studiens trovärdighet med konsekventa frågor (Trost, 2010). En av frågorna fick vid första intervjutillfället ytterligare förklaras för deltagarna och efter detta så förenklades den frågan från första början i de resterande intervjuerna. Dock ansåg vi att detta inte påverkade studiens reliabilitet då innehållet i frågan var den samma vid alla intervjutillfällen. Vid intervjuerna turades författarna om att leda intervjun, ställa frågor och anteckna. Detta kunde leda till olika svar från deltagarna då en viss skillnad i tonfall och kroppsspråk kan skilja sig från person till person. Vid ett tillfälle hade en av författarna en yrkesmässig bekantskap med en deltagare och då togs beslutet att den andra författaren var den som ställde frågorna för att öka objektiviteten i intervjun (Kvale & Brinkmann, 2014). Dock kan det fortfarande ha påverkat deltagarnas

svar då det kunde ha minskat deras upplevda möjlighet att fullt uttrycka sina erfarenheter och upplevelser. En aspekt som beaktades var våra egna erfarenheter i det berörda ämnet. Reflektion gjordes över tidigare förkunskaper för att inte låta dessa påverka studiens resultat (Henricson & Billhult, 2012).

Vid intervjusituationer kan det skapas ett maktförhållande där intervjuaren är den som bestämmer över situationen och leder den framåt (Kvale & Brinkmann, 2014). Då det i denna studie användes fokusgrupper istället för enskilda intervjuer så var antalet deltagare, i alla fall förutom ett, fler än intervjuarna och detta kunde leda till att maktobalansen till viss del minskade.

Denna studie var relevant då det var ett utforskat område på grund av att lagen var så pass nyligen införd. Detta gjorde att denna studie låg i framkant. Dessutom skulle den akutgeriatriska vården genomgå en stor förändring och mer fokus lades på att utöka arbetet utifrån ett vårdteam som arbetssätt. Detta var något som användes mer och mer samtidigt som det ledde till ökat patientnära arbete. Det som hade varit önskvärt för att uppnå ett mer överförbart resultat hade varit om materialet varit bredare så att det hade kunnat jämföras på regionalnivå. Intervjuerna genomfördes endast på två kliniker i Stockholmsområdet. Detta var på grund av tidsbristen och de begränsade resurserna för denna studies genomförande. Då vi båda är sjuksköterskestuderande kunde det ha inneburit att vi hade gått in med en färgad bild av arbetet i vårdteamet. Det var lättare för oss att sätta oss in i sjuksköterskans roll än de andra i vårdteamet och detta kunde i sin tur ha påverkat analysen av det insamlade materialet.

### **Slutsats**

I denna studie framkom att det fanns problem med att bedriva omvårdnad förenlig med de krav som ställs i Patientlagen (SFS, 2014:821). Anledningarna som framkom var vårdteamets förutfattade meningar över patientgruppens förmåga att vara delaktig i sin egen vård, tidsbristen för personalen att integrera patienten och närstående i omvårdnaden samt brister i vårdteamets ansvar att arbeta evidensbaserat utifrån rådande lag. Trots denna problematik beskrevs en del positiva strävanden efter att arbeta personcentrerat och utveckla ett nära samarbete i det interprofessionella vårdteamet med patienten i fokus.

### Fortsatta studier

Vi ansåg att det vore relevant att beskriva den aktuella patientgruppens upplevelse av den nya lagen då detta inte framkom i denna studie för att ur en annan vinkel kunna studera hur Patientlag (SFS, 2014:821) i själva verket påverkade patientens ställning.

### Klinisk tillämpbarhet

Då så pass lite tid har passerat sedan Patientlagen (SFS, 2014:821) trädde i kraft finns det ytterst få, om ens några, studier om denna lag och hur den fungerar ute i vården. I denna studie framkom det tydliga exempel på hur den fungerade och inte fungerade relaterat till de tre kapitlen samtycke, delaktighet och information. Att få fram dessa exempel ur verkställandet av lagen kan vara av vikt för att bättre kunna se hur det ska införas i vårdens praktiska arbete.

## REFERENSER

- Aasen, E. M., Kvangarsnes, M., & Heggen, K. (2012). Nurses' perceptions of patient participation in hemodialysis treatment. *Nursing Ethics*, 19(3), 419-430. doi:10.1177/0969733011429015
- Andersson, L., Burman, M., & Skär, L. (2011). Experiences of caretime during hospitalization in a medical ward: older patients' perspective. *Scandinavian journal of caring science*, 25(4):646-52. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00874.x
- Atwal, A., McIntyre, A., & Wiggett, C. (2012). Risks with older adults in acute care settings: UK occupational therapists' and physiotherapists' perceptions of risks associated with discharge and professional practice. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(2), 381-393. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00946.x
- Blewett, L., Johnson, K., McCarthy, T., Lackner, T., & Brandt, B. (2010). Improving geriatric transitional care through inter-professional care teams. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 16(1), 57-63. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.01114.x
- Burr, G. (2001). *Reaktioner och relationer i intensivvård: närståendes behov och sjuksköterskors kännedom om behoven*. Lund: Studentlitteratur.
- Chester, J. G., & Rudolph, J. L. (2011). Vital Signs in Older Patients: Age-Related Changes. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 12(5), 337-343. doi:10.1016/j.jamda.2010.04.009
- Cioffi, J., & Ferguson Am, L. (2009). Team nursing in acute care settings: nurses' experiences. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 33(1), 2-12. doi:10.5172/conu.33.1.2
- Clarke, A., Jane Hanson, E. and Ross, H. (2003), Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 697-706. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00784.x
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (4.uppl, ss. 164-174). Lund: Studentlitteratur.
- Doherty, C., & Doherty, W. (2005). Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences. *Journal Of Nursing Management*, 13(2), 119-127. doi:10.1111/j.1365-2934.2004.00498.x
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2013). *Nya VIPS-boken: välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ekman I. & Norberg A. (2013) Personcentrerad vård – Teori och tillämpning. I M. Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén (red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.



Forssén, A. & Carlstedt, G. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl, ss. 75-93). Lund: Studentlitteratur.

Grime, J., Blenkinsopp, A., Raynor, D., Pollock, K., & Knapp, P. (2007). The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review. *Health Expectations*, 10(3), 286-298.

Hansson, E., Ekman, I., Swedberg, K., Wolf, A., Dudas, K., Ehlers, L. & Olsson, L-E. (2015). Person-centred care for patients with chronic heart failure – a cost-utility analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Advance online publication. doi:10.1177/1474515114567035

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (4.uppl, ss. 129-137). Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Hylén Ranhoff, A. (red.) (2010). *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg och vård till den äldre*. Stockholm: Liber.

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I M Ekman, I. (red.) (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1. uppl. ss. 21-62) Stockholm: Liber.

Kjellström, S.(2012). Forskningsetik. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (4.uppl, ss. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

Knier, S., Stichler, J. F., Ferber, L., & Catterall, K. (2015). Patients' Perceptions of the Quality of Discharge Teaching and Readiness for Discharge. *Rehabilitation Nursing*, 40(1), 30-39. doi:10.1002/rnj.164

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Den kvalitativa forskningsintervjun. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl, ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Maben, J., Adams, M., Peccei, R., Murrells, T., & Robert, G. (2012). 'Poppets and parcels': the links between staff experience of work and acutely ill older peoples' experience of hospital care. *International Journal Of Older People Nursing*, 7(2), 83-94. doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00326.x

O'Hara, R., Mumenthaler, M. S., Davies, H., Cassidy, E. L., Buffum, M., Namburi, S. & Sheikh, J. I. (2002). Cognitive status and behavioral problems in older hospitalized patients. *Ann Gen Hosp Psychiatry*, 1(1), 1. doi:10.1186/1475-2832-1-1

- Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6. ed.) St. Louis, Mo.: Mosby
- Pérez- Cárceles, M. D., Lorenzo, M. D., Luna, A., & Osuna, E. (2007). Elderly patients also have rights. *Journal of Medical Ethics*, 33(12), 712–716. doi:10.1136/jme.2006.018598
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Proposition 2013/14:106. *Patientlag*. Stockholm. Socialdepartementet.
- Rodríguez, C., Kergoat, M., Latour, J., Label, P., & Contandriopoulos, A. (2003). Admission criteria in short-term geriatric assessment units: a Delphi study. *Canadian Journal Of Public Health*, 94(4), 310-314.
- Saltvedt, I., Opdahl, E., Fayers, P., Kaasa, S., & Sletvold, O. (2002). Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 50(5), 792-798. doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50202.x
- Schrems, B. M. (2014). Informed consent, vulnerability and the risks of group-specific attribution. *Nursing Ethics*, 21(7), 829-843. doi:10.1177/0969733013518448
- Şendir, M., Büyükyılmaz, F., & Muşovi, D. (2013). Patients' Discharge Information Needs After Total Hip and Knee Arthroplasty: A Quasi-Qualitative Pilot Study. *Rehabilitation Nursing*, 38(5), 264-271. doi:10.1002/rnj.103
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 18 november, 2014, från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider och patientens väg genom vården – exemplet multisjuka äldre*. (Delrapport juni 2013). Hämtad 28 januari, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19158/2013-6-34.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014). Sjukdomar i slutenvård 1988-2013. *Inpatient diseases in Sweden 1988–2013*. Hämtad 26 november, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19533/2014-9-34.pdf>

Stockholms läns landsting. (2013). *Fler äldre ska få komma med ambulans direkt geriatrisk vård*. Hämtad 22 januari, 2015, från <http://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2013/02/flu-aldre-ska-fa-komma-med-ambulans-direkt-geriatrisk-varld/>

Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal Of Clinical Nursing*, 16(4), 662-671. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x

Stonehouse, D. (2013). Support workers: key members of the multidisciplinary team. *British Journal Of Healthcare Assistants*, 7(10), 512-514.

Tenggren Durkan, J. (2013). *GPCC språkligt banbrytande; 1:a användningen av könsneutrala pronomenet hen i lärobok*. Hämtad 6 mars, 2015, från <http://gpcc.gu.se/aktuellt/fulltext/gpcc-sprakligt-banbrytande--1-a-anvandningen-av-konsneutrala-pronomenet-hen-i-larobok.cid1190662>

Toofany, S. (2007). Empowering older people. *Nursing Older People*, 19(2), 12-14.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ulin, K., Olsson, L. E., Wolf, A. & Ekman, I. (2015). Person-centred care - An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Advance online publication. doi:10.1177/1474515115569945

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet

Wibeck, V., (2014). Fokusgrupper. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (4.uppl, ss. 193-212). Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 20 november 2014, från: [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])

Stockholm 2015-01-16

Till verksamhetschef

XXXXXX

XXXXXX

Vi heter Amanda Hallgren och Hanna Nilsson och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola och ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör vårdteamets upplevelser av patientens ställning inom akutgeriatrisk vård i samband med införandet av Patientlag (SFS 2014:821) (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggnig). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra intervjuer vid XX. Om Du godkänner att studien genomförs vid XX, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid XX är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

---

Amanda Hallgren

XXXXXXXXXXXX

---

Hanna Nilsson

XXXXXXXXXXXX

Handledare

---

Fil. Dr. Louise Eulau  
Tel: 08-406 28 57  
[Louise.Eulau@shh.se](mailto:Louise.Eulau@shh.se)

## Sammanfattning av arbetets upplägg och innehåll

### Titel:

”Vårdteamets upplevelser av patientens ställning inom akutgeriatrisk vård i samband med införandet av Patientlag (SFS 2014:821) – en intervjustudie”

### Problemområdet:

Den 1 januari 2015 trädde Patientlag (SFS 2014:821) i kraft. Målet med den nya lagen är att öka patientens ställning samt att främja patienters självbestämmande, integritet och delaktighet i sin egen vård. Detta är också några av grundstenarna i personcentrerad omvårdnad. I och med denna lag ställs nya krav på medlemmarna i vårdteamet i form av patientundervisning och hur man integrerar patienten i sin egen vård.

Patientgruppen som vi valt att studera är äldre som är en relativt svårbehandlad grupp, de löper större risk för komplikationer och kräver en mer avancerad vård. Detta visar på vikten av en bra individanpassad geriatrisk vård.

Frågan är, hur upplever vårdteamet på geriatriska avdelningar sina möjligheter att bedriva en vård som möter upp de krav på patientens samtycke och delaktighet som är förenlig med Patientlag (2014:821)?

### Syfte:

Syftet med denna studie är att beskriva vårdteamets upplevda möjlighet att inom akutgeriatriska vårdavdelningar bedriva en vård förenlig med de krav på patientens samtycke och delaktighet som ges med Patientlag (2014:821).

### Metod:

I detta arbete används en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerad struktur. Metoden är relaterat till att intervjua som insamlingsmetod för data är lämplig om man vill beskriva och förstå situationer. Det är viktigt för att kunna skildra vårdteamets upplevda situation och eventuellt ta reda på vad som saknas för att bedriva personcentrerad omvårdnad. Det väsentligaste inom kvalitativ forskning är att få ta del av personers känslor och upplevelser och det är det som författarna vill få fram med denna uppsats. Till detta arbete används ett syftesstyrt urval inom aktuella yrkeskategorier för att skapa variation och säkerställa pålitligheten. Intervjuerna ska genomföras med sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter verksamma vid en av tre geriatriska klinikerna inom Stockholm vilka är XX, XX och XX.

Tidsintervallet för detta arbete är vecka 4-11 2015.

Jag godkänner härmed att Amanda Hallgren och Hanna Nilsson får utföra studien  
”Vårdteamets upplevelser av patientens ställning inom akutgeriatrisk vård i samband med  
införandet av Patientlag (SFS 2014:821)”

---

Ort, datum

---

Namnteckning, Verksamhetschef

---

Namnförtydligande

### Intervjuguide

Vi heter Amanda och Hanna och vi läser sjuksköterskeprogrammet på Sophiahemmet högskola termin 5. Vi håller just nu på att skriva vår kandidatuppsats i omvårdnadsvetenskap.

Den här intervjun kommer inte ta längre än en halvtimme. Och vi ser gärna att dessa frågor vi ställer kommer leda till diskussion.

Vi kommer spela in denna intervju, transkribera senare idag och sedan kommer ljudfilen att raderas. I det färdiga arbetet kommer man inte kunna spåra resultatet till någon av er. I arbetet kommer ni endast nämnas som en medlem i vårdteamet. Vi kommer i arbetet inte heller nämna vilken avdelning eller sjukhus som intervjun skett på, endast att det är en geriatrisk vårdavdelning.

Om ni känner er obekväma med att svara på någon av frågorna så går det bra att avstå.

Den 1 januari 2015 trädde Patientlag (SFS 2014:821) i kraft. Målet med den nya lagen är att öka patientens ställning samt att främja patienters självbestämmande, integritet och delaktighet i sin egen vård. Detta är också några av grundstenarna i personcentrerad omvårdnad (Edvardsson, 2010). I och med denna lag ställs nya krav på sjukvårdspersonalen i form av information, patientundervisning och hur man integrerar patienten i sin egen vård.

Patientgruppen som vi valt att studera är multisjuka äldre som är en relativt svårbehandlad grupp, då de löper större risk för komplikationer och kräver en mer avancerad vård. Detta visar på vikten av en bra individanpassad akutgeriatrisk vård (Kirkevold, Brodtkorb & Hysten Ranhoff, 2010). Vi har valt att utesluta patienter med demenssjukdom eller konfusionstillstånd.

Syfte: Syftet med denna studie är att beskriva vårdteamets upplevda möjlighet att inom akutgeriatriska vårdavdelningar bedriva en vård förenlig med de krav på information, samtycke och delaktighet som styrks med Patientlag (2014:821).

Får vi kontakta Er om vi efter denna intervju behöver komplettera med några extra frågor?

Har ni några frågor?

Frågeområden:

- Lagen har funnits i tryck sedan juli 2014, hur har det förberedande arbetet sett ut på avdelningen?
- Vilken möjlighet ges patienterna till självbestämmande och delaktighet i sin vård?
- Ge exempel på individuellt anpassad omvårdnad som äger rum på avdelningen?
- Vilka möjligheter har ni att ge individuellt anpassad information till patienten?
- Hur upplever ni arbetet kring information, samtycke och delaktighet relaterat till det som står i den nya patientlagen?
- Har ni förslag till eventuella förbättringar som kan göras på avdelningen?

Följdfrågor:

Hur menar ni?

Vad tror ni att det beror på?

Kan du/ni ge exempel?

Hur gör ni det?

## Referenser

Edvardsson, D. (red.) (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (1. uppl.)  
Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Hylén Ranhoff, A. (red.) (2010). *Geriatrisk omvårdnad:  
god omsorg och vård till den äldre*. Stockholm: Liber.

SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Riksdagen.