

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2017:81

Äldre patienters upplevelser av samordnad vårdplanering

Lena Serholt
Helena Svärd



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel: Äldre patienters upplevelser av samordnad vårdplanering

Författare: Lena Serholt och Helena Svärd

Huvudområde: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Sjuksköterskeutbildning GSJUK15v

Handledare: Angela Bångsbo

Examinator: Karin Josefsson

Sammanfattning

Vårdtiderna för äldre patienter på sjukhus har förkortats och detta har fått till följd att allt fler äldre med stora omvårdnadsbehov skrivs ut till det egna hemmet. Flera brister har uppmärksammats när det gäller samordnad vårdplanering för den äldre patienten vid utskrivning från sjukhus till hemmet. En av utmaningarna för den samordnade vårdplaneringen är att ge den äldre patienten en individuellt anpassad hjälp där patientens behov av trygghet och självbestämmande tillgodoses. Syftet med litteraturstudien var att beskriva äldre patienters upplevelser av samordnad vårdplanering. Den litteratur som studerades bestod av nio kvalitativa och en kvantitativ artikel. Resultatet sammanfattades till två centrala teman vilka beskrev äldre patienters upplevelse av *Otrygghet* och hinder för *Självbestämmande*. Underteman som påverkade de äldre patienternas upplevelse av otrygghet och självbestämmande identifierades och beskrev *strukturen* på den samordnade vårdplaneringen, de äldre patienternas *förberedelse* inför samordnad vårdplanering, samt olika slag av *kommunikation* som användes under den samordnade vårdplaneringen. Dessa underteman kunde antingen främja eller hämma de äldre patienternas upplevelse av trygghet och möjlighet till självbestämmande. Risk finns för att den samordnade vårdplaneringen orsakar vårdlidande då äldre patienters livsvärld inte inkluderas och patientperspektivet inte beaktas. Ytterligare forskning om äldre patienters upplevelser i samband med samordnad vårdplanering är angelägen för att kunna säkerställa patientens behov av trygghet och självbestämmande.

Nyckelord: *äldre, utskrivning, samordnad vårdplanering, upplevelser, otrygghet, självbestämmande, litteraturstudie*

Abstract

The length of stay for the elderly patients in hospitals are becoming shorter, and this has led to an increasing number of elderly people with high care needs being discharged to their own home. Several deficiencies have been noted when it comes to discharge planning for the elderly patient when being discharged from hospital to home. One of the challenges for the discharge planning is to provide the elderly patient with an individually adapted plan that satisfies the patient's need for security and self-determination. The aim of the literature study was to describe older patients' experiences in the context of discharge planning. The literature study consisted of nine qualitative and one quantitative article. The result was summarized into two key themes describing older patients' experience of *insecurity* and *self-determination*. Sub themes that affected the elderly patients' experience of *insecurity* and *self-determination* were identified and described the *structure* of discharge planning, the elderly patients' *preparation* for discharge planning, and different types of *communication* used during discharge planning. These subjects could either promote or inhibit the elderly patient's experience of security and self-determination. There is a risk that the discharge planning will cause care suffering when the elderly's lifeworld is not included and the patient perspective is not taken into account. Further research on older patients' experiences in the context of discharge planning is anxious to ensure the patient's need for security and self-determination.

Keywords: *elderly, hospital discharge, discharge planning, experiences, insecurity, self-determination, literature study*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	3
Abstract	4
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Lagar och föreskrifter	1
Samordnad vårdplanering	2
Den äldre patienten	3
Patientperspektivet	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	4
Datainsamling	4
Dataanalys	5
RESULTAT	5
Att vara otrygg	6
Att självbestämmande hindras	7
Att uppleva den samordnade vårdplaneringens struktur	8
Att vara förberedd inför den samordnade vårdplaneringen	8
Att kommunicera under den samordnade vårdplaneringen	9
DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
SLUTSATSER	14
REFERENSER	15
Bilaga 1 Sökhistorik	
Bilaga 2 Artikelöversikt	

INLEDNING

Under verksamhetsförlagd utbildning och även under arbete inom sjukvården har vi mött äldre patienter som drabbats av sjukdom och skador som inneburit stor förändring i deras livssituation. På grund av den förändrade livssituationen blev det nödvändigt med en samordnad vårdplanering inför patientens utskrivning från sjukhuset. När vi har fått närvara vid vårdplaneringar har vi upplevt att patienten inte fått möjlighet att delta i diskussionen som har förts angående deras behov av hjälp och stöd. Den äldre patienten har haft svårt att göra sin röst hörd och framföra sina uppfattningar och önskemål. Vi har upplevt att beslut har fattats över den äldre patientens huvud med besvikelse som följd. Patienter har även beskrivit en känsla av oro, kontrollförlust och även sömnsvårigheter inför den samordnade vårdplaneringen, vilket har påverkat patientens välbefinnande. Vi har också mött patienter som efter vårdplanering och utskrivning snart kommit tillbaka akut till sjukhuset på grund av att de till exempel har fallit eller att hemsituationen blivit ohållbar, vilket kan ses som en form av vårdlidande.

BAKGRUND

Innan Ädelreformen genomfördes i mitten av 1990-talet fanns stora problem med att många slutenvårdsplatser upptogs av äldre patienter som inte längre behövde sjukhusens specialiserade vård. Kommunerna fick betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter som inte kunde skrivas ut från sjukhuset. Detta visade sig vara en drivande anledning för att ordna omsorg i det egna hemmet och särskilt boende och problemet med att slutenvårdsplatser upptogs av medicinskt färdigbehandlade äldre försvann från sjukhusen (Socialstyrelsen 2008). Vårdtiderna för äldre på sjukhus blir idag allt kortare, totalt har medelvårdtiden minskat från 8,7 dagar år 1995 till 5,2 dagar år 2012, samtidigt blir platserna på särskilda boenden för äldre färre och färre (Asplund Johansson, Damell, Jaktlund, & Lycke 2014). Anledningen till detta kan förklaras av att vården har infört nya behandlingsmetoder som innebär kortare vårdtider, men även ökade besparingskrav. Detta har fått till följd att allt fler äldre med stora omvårdnadsbehov skrivs ut till det egna hemmet (Asplund Johansson et al. 2014). Socialstyrelsen (2008) rapporterar flertalet brister när det gäller samordnad vårdplanering för äldre patienter vid utskrivning från sjukhus till hemmet. Till exempel uppgavs att de äldre patienterna önskat få stanna kvar längre på sjukhuset för återhämtning och rehabilitering, patienter som ansökt om att få komma till korttidsboende fick avslag av kommunen, patienter som hade behov av bostadsanpassning eller hjälpmedel kunde bli sittande hemma i väntan på att få dem. Brister kunde förekomma i kommunikationen mellan avlämnande och mottagande enhet, så att hemgångsdatumet missades och ingen mötte upp den äldre patienten i hemmet. Rapporten beskriver vidare att majoriteten av de äldre patienterna var i riskzonen för undernäring på grund av hög ålder och kroniska sjukdomar, trots det fick de inte hjälp att tillgodose sitt näringsbehov. De äldre patienternas självskattade upplevelse av oro och nedstämdhet ökade också efter hemgång.

Lagar och föreskrifter

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:27) säger att "Landstingen och kommunerna skall i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av

patienter och för överföring av information, som t.ex. befintliga planer, mellan vård- och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter från slutenvård till öppenvård och socialtjänst”. Patientlagen (SFS 2014:821) syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning inom hälso- och sjukvårdsverksamhet, samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Där beskrivs bland annat att hälso- och sjukvården, så långt det är möjligt, ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Lagen säger vidare att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses, samt att de olika insatser som görs för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

I Betalningsansvarslagen (SFS 1990:1404) beskrivs att kommunen har betalningsansvaret för patienter som vårdas på sjukhus utan att längre vara i behov av vård inom landstingets sjukhusvård. I lagen finns också bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för patienten som är utskrivningsklar från slutenvård och som kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården eller landstingets öppenvård. En samordnad individuell planering genomförs av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna.

Samordnad vårdplanering

Målet för en samordnad vårdplanering för den äldre patienten är att undvika onödig vistelse på sjukhus, samt möjliggöra en bra överflyttning från landstingets slutenvård till annan vårdform i kommunens omsorg, hälso- och sjukvård eller landstingets primärvård (SOSFS 2005:12). Enligt Bauer, Fitzgerald, Haesler och Manfrin (2009) ska den samordnade vårdplaneringen skapa en brygga mellan vården på sjukhuset till hemmet där den äldre patientens behov efter utskrivningen ska tillgodoses för att upprätthålla eller förbättra den äldre patientens hälsa. Författarna tar vidare upp att den samordnade vårdplaneringen är ett tillfälle där den äldre patienten och eventuella anhöriga inbjuds för att planera framtida vård och omsorg tillsammans med olika professioner, såsom kommunens biståndshandläggare, sjukvårds- och rehabiliteringspersonal från sjukhuset och den kommunala hälso- och sjukvården eller primärvården. Bull och Roberts (2001) beskriver att den samordnade vårdplaneringen ger möjlighet för avlämnande vårdenhet att berätta om insatser och bedömningar som gjorts och på så vis underlätta för mottagande enhet att ta vid. Detta ger förutsättningar för att den äldre patienten och de anhöriga kan uppleva kontinuitet i vårdkedjan. Blomberg och Peterson (2014, s. 184) menar att det är viktigt att visa respekt för den äldre patientens integritet och värdighet under vårdplaneringen, som för de involverade professionerna är en vardaglig och välkänd situation, men för den äldre kan innebära något nytt och främmande.

Enligt Bauer et al. (2009) och Lidén (2014, ss. 151-152) är de äldre patienternas behov ofta komplexa, därför krävs samverkan mellan olika professioner för att få en helhetssyn på patientens samlade behov. Bauer et al. (2009) beskriver vidare att de äldre patienternas behov ofta inte tillgodoses tillfredsställande vid den samordnade vårdplaneringen. En av orsakerna till detta menar författarna vara att de äldre patienterna inte hunnit tillfriskna från sin sjukdom relaterat till de allt kortare vårdtiderna inom slutenvården. Det är vårdgivarens ansvar att den äldre patienten erbjuds rätt stöd och insatser vid utskrivning (SOSFS 2005:12).

Den äldre patienten

Larsson och Rundgren (2010, ss. 81-82) menar att de äldre patienterna, från 65 år och över, intar en särställning inom sjukvården beroende på att de är både äldre och sjuka samtidigt, ofta har fler än en sjukdom och behandlas med flera typer av läkemedel. De är många till antalet och förekommer inom de flesta vårdenheter och behöver ofta en längre vårdtid jämfört med yngre patienter. Socialstyrelsen (2008) visade att en majoritet av de äldre patienterna som kallats till samordnad vårdplanering hade omfattande funktionsnedsättningar och behov av hjälp vid dusch och bad, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens, födointag eller medicinering när de skrevs ut från sjukhus. De flesta av patienterna hade rörelseproblem redan innan den aktuella vårdepisoden och många bodde dessutom i bostäder med begränsad tillgänglighet. Socialstyrelsen (2008) rapporterade också att en fjärdedel av patienterna tyckte att de skulle ha behövt stanna längre på sjukhuset för återhämtning eller rehabilitering.

Patientperspektivet

Patientperspektivet kännetecknas av att det är patienten som är medelpunkten för vårdandet och patienten ses som expert på sig själv (Dahlberg och Segesten 2010, s. 103). Dahlberg (2006) menar att sjukdom och behov av vård påverkar patientens livssituation och gör patienten sårbar och utsatt. Det är därför viktigt med omvårdnad utifrån ett holistiskt perspektiv på patienten där sårbarhet bejakas och självbestämmande bekräftas samt där patienten ses i sin livsvärld. Begreppet livsvärld beskriver den värld i vilken vi lever våra vardagliga liv och är en värld av flera meningssammanhang. Det är den värld som finns inom oss men som även sträcker sig utanför oss (Dahlberg 2006). Enligt Dahlberg (2006) kan livsvärlden ses som världen som den erfars. Livsvärlden är världen vi delar med andra samtidigt som den är unik för varje person. Dahlberg och Ranheim (2012) beskriver att genom att möta patientens livsvärld kan sjuksköterskan förstå hur patienten erfår vårdandet och hur detta påverkar patientens livssammanhang. När sjuksköterskan öppnar upp sitt medvetande och är närvarande i nuet skapas förutsättningar för att patientens livsvärld kan nås.

När den äldre patienten känner att beslut tas utanför deras kontroll kan det innebära ett vårdlidande. Hos Ekeberg (2016, s. 43) beskrivs vårdlidande som ett lidande som uppstår hos patienten när mötet med vårdgivaren ökar lidandet istället för att lindra det. Risk finns också för utövande av paternalism, vilket av Birkler (2007, s. 146) beskrivs som när en person ses som expert och hens ord är lag, ingen annan kan ifrågasätta den personens beslut. Paternalism kan utövas av till exempel en sjuksköterska som tar sig friheten att handla mot patientens vilja utifrån sina egna åsikter att det är det bästa för patienten (Birkler 2007, s. 151). Motsatsen till paternalism är självbestämmande vilket enligt Dahlberg och Segesten (2011, s. 114) innebär att patientens val respekteras och patienten får möjlighet att fatta självständiga beslut över sin egen vård. Det är först när patienten har möjlighet till inflytande och kan påverka och ta ansvar för sin hälsosituation som delaktighet kan upplevas. Författarna beskriver vidare patientens uppfattning av delaktighet som en önskan att bli uppmärksam. Patientens önskan om och ansträngning för att få kontakt med sjuksköterskan kan visa sig på olika sätt. Om dessa ansträngningar inte bejakas uppstår frustration hos patienten där patienten kan uppleva sig hotad och bli våldsam (Dahlberg 2006). Genom öppenhet och följsamhet för patientens livsvärld kan en upplevelse av delaktighet skapas samt svårigheter gå att

uthärda och på så sätt kan vården vårda och stärka istället för att stjälpa (Dahlberg & Segesten 2011, ss. 14-116).

Trygghet är ett viktigt fenomen inom hälso- och sjukvården och Dahlberg & Segesten (2010, ss. 83-84) förklarar begreppet trygghet som en grundläggande känsla nära sammankopplad med självkänslan. Upplevelsen av trygghet är kontextbunden och påverkas av yttre faktorer såsom god miljö, relationer, kunskap och kontroll. Enligt Fagerström (2012, s. 399) är upplevelsen av trygghet en viktig källa till livskraft. För att kunna ge en god och värdig vård och omsorg där den äldre patienten känner trygghet, krävs ett holistiskt patientperspektiv där varje instans i vårdkedjan uppfattar sina insatser som en del i en större helhet (Blomqvist & Petersson 2014, ss. 182-183). Samverkan mellan landsting och kommun ställs ofta på sin spets då den äldre patienten ska skrivas ut från slutenvård till hemmet. En utmaning för framtidens vård är att leverera en integrerad vård och omsorg där den äldre patienten känner delaktighet, värdighet, integritet och trygghet (Blomqvist & Petersson 2014, s. 191).

PROBLEMFORMULERING

Forskning har visat att det finns flera brister när det gäller samordnad vårdplanering och de äldre patienternas situation vid utskrivning från sjukhus till hemmet. Forskning visar också att det är en utmaning för sjukvården och äldreomsorgen att ge de äldre och omsorgsbehövande patienterna en individuellt anpassad hjälp. De äldre patienterna är i en beroendeställning och under den samordnade vårdplaneringen kan det bli tydligt vilken maktposition vårdgivaren har gentemot de äldre patienterna. Patienterna befinner sig redan i en utsatt situation vilket innebär en stor risk för ytterligare lidande. Patienternas inflytande och självbestämmande måste tillvaratas genom att de får ett ökat medinflytande i sin livssituation. Vårdgivaren har en skyldighet att skapa förutsättning för att patienten ska kunna ta självständiga beslut. I annat fall riskeras att paternalism utövas. Det är angeläget att öka kunskapen om patientens upplevelser i samband med samordnad vårdplanering. Genom att vara delaktig i sin vård kan den äldre patienten få inflytande över sin livssituation och känna kontroll över sin kropp, hälsa och ohälsa.

SYFTE

Syftet är att beskriva äldre patienters upplevelser av samordnad vårdplanering.

METOD

Metoden är en litteraturstudie vilket enligt Segesten (2012, s. 100) kan användas då en kartläggning av kunskapsläget inom ett visst område önskas.

Datainsamling

Inledningsvis gjordes en osystematisk sökning för att undersöka om vetenskapliga artiklar fanns inom området. Sökning gjordes från Primo via bibliotekets hemsida på Högskolan i Borås samt från databaserna CINAHL och PubMed eftersom de täcker

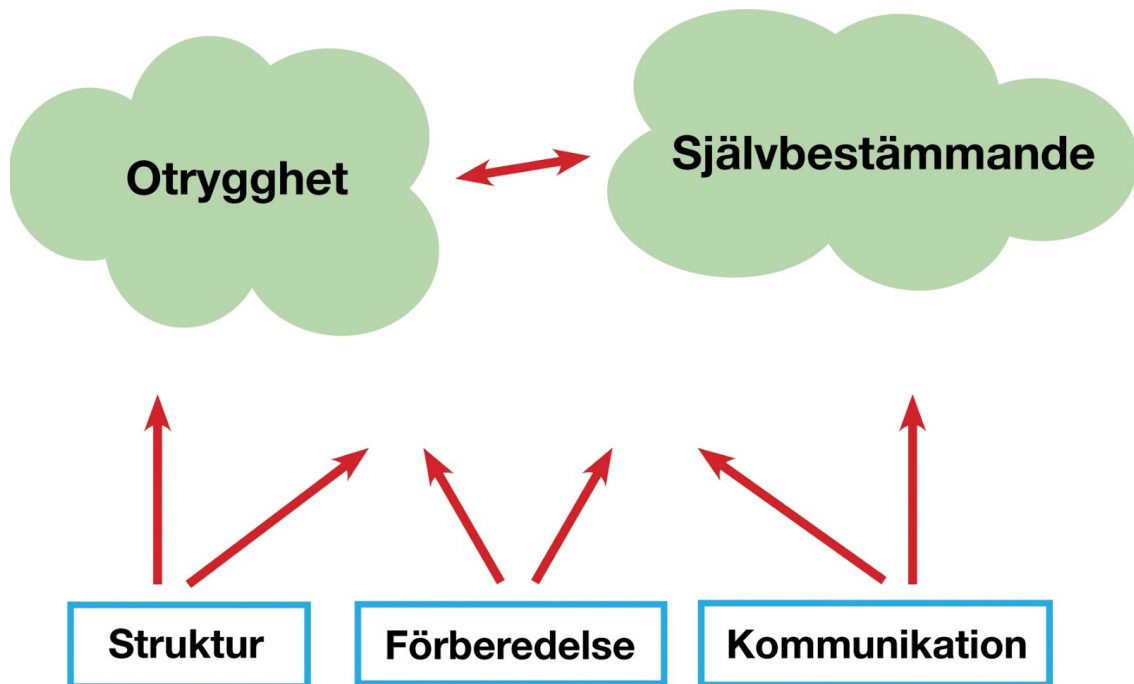
området vårdvetenskap. Empiriska studier, både kvalitativa och kvantitativa, samt litteraturöversikter över valt ämne hittades. Utifrån den osystematiska sökningen valdes följande relevanta sökord ut; discharge planning (utskrivningsplanering), discharge process (utskrivningsprocess), hospital discharge (utskrivning), elderly (äldre), older patient (äldre patient), experience (upplevelse), participation (delaktighet). En systematisk sökning med boolesk sök teknik användes då sökorden kombinerades på olika sätt med hjälp av operatören AND mellan termerna (Östlund 2012, s. 69). Avgränsningar gjordes utifrån; vetenskapligt material - peer reviewed, språk - engelska, samt år - 2001-2017, för att kunna få tillräckligt med material (Se bilaga 1, Sökhistorik). 16 artiklar valdes ut efter att ha läst titeln. Av dessa artiklar exkluderades åtta artiklar efter att ha läst abstract då ämnet inte motsvarade valt syfte. I en sekundär sökning utifrån valda artiklars referenslistor hittades ytterligare två relevanta artiklar. De utvalda artiklarna var tio studier utförda i Sverige, Norge, Danmark och Australien mellan åren 2004 till 2016. Nio av studierna hade kvalitativ ansats och en studie hade kvantitativ ansats (Se bilaga 2, Artikelöversikt). Artiklarnas kvalitet granskades utifrån vald metod i enlighet med Friberg (2012, s. 126) och Olsson och Sörensen (2011, s. 283) vilket visade att artiklarnas innehåll hade en hög vetenskaplig kvalitet.

Dataanalys

Artiklarna lästes igenom av författarna var för sig flera gånger för att få en uppfattning om helheten av dess innehåll. Därefter lades fokus vid varje artikels resultat för att identifiera återkommande teman och underteman (Axelsson 2014, s. 212). Författarna använde sig av färgpennor för att markera de delar i resultaten som ansågs vara relevant för studiens syfte. Därefter diskuterades de fynd som gjorts i artiklarnas resultat för skapa en ny helhet i litteraturstudiens resultat.

RESULTAT

Litteraturstudiens resultat sammanfattades till två centrala teman i enlighet med Axelsson (2014, s. 212). Dessa teman benämndes *Att vara otrygg* och *Att självbestämmande hindras* och beskriver de äldre patienternas upplevelser under samordnad vårdplanering. De äldre patienternas möjlighet till självbestämmande påverkades av upplevelsen av otrygghet och tvärtom. Dessutom identifierades underteman som påverkade patienternas upplevelse av otrygghet och självbestämmande: *Att uppleva den samordnade vårdplaneringens struktur*, *Att vara förberedd inför den samordnade vårdplaneringen* samt *Att kommunicera under den samordnade vårdplaneringen*. Strukturen och kommunikationen under den samordnade vårdplaneringen, samt de äldre patienternas förberedelse inför den samordnade vårdplaneringen, kunde antingen främja eller hämma de äldre patienternas självbestämmande och upplevelse av trygghet (Se figur).



Figur: Äldre patienters upplevelser av samordnad vårdplanering.

Att vara otrygg

Inbjudan till samordnad vårdplanering kunde upplevas som en inbjudan till något oförutsägbart och ingav en känsla av oro, otrygghet och ångest samt sämre välmående hos de äldre patienterna (Lindberg, Hörberg, Persson & Ekeberg 2013). Gabrielsson-Järhult och Nilsen (2016) fann att det viktigaste området som de äldre patienterna ville diskutera under den samordnade vårdplaneringen var hur deras omvårdnadsbehov skulle tillgodoses när de kommit hem. Bekymren gällde främst anpassningar och förändringar som var nödvändiga för att de skulle kunna känna sig trygga och säkra i att hantera livet hemma. Samma författare uppmärksammade även att äldre patienter med utökat vårdbehov kände sig mer otrygga och oroliga över hur livet skulle te sig efter utskrivning från sjukhus än de som var mer friska. Även Rydeman och Törnkvist (2009) fann att de äldre patienter som hade ett större hjälpbehov efterfrågade att få komma till ett korttidsboende eller vård- och omsorgsboende för att deras behov av trygghet skulle tillfredsställas, medan de äldre patienter som tidigare haft hemhjälp eller kände sig trygga i att klara sig hemma själva, ville tillbaka till sitt hem. När de äldre patienterna inte kände sig redo för utskrivning till hemmet, beskrevs anledningen till detta vara att deras individuella behov av hjälpinsatser inte blivit tillgodosedda. Ytterligare en orsak till att de äldre patienterna inte kände sig redo för utskrivning var en ostrukturerad hållning hos de professionella under det samordnade vårdplaneringsmötet. Gabrielsson-Järhult och Nilsen (2016) upptäckte att de äldre patienterna upplevde det svårt att tänka sig hur livet hemma skulle se ut när de fortfarande var inskrivna på sjukhuset. De hade därför svårt att uttrycka vilka behov av stöttning de hade när de skulle skrivas ut till hemmet.

De äldre patienterna upplevde trygghet under den samordnade vårdplaneringen då de professionella hade förmåga att skapa en trygg och trevlig atmosfär där de äldre patienterna kunde känna sig jämlika med de professionella. Detta var möjligt då de äldre patienterna kände den deltagande personalen från sjukhuset samt när en anhörig medverkade under mötet (Efraimsson, Rasmussen & Sandman 2006). Foss och Hofoss (2010) presenterar i sin studie att 51% av de äldre patienterna tyckte det var viktigt att ha en anhörig med sig när de fick information om utskrivning men att det endast var 22% av dem som hade haft det. Rydeman och Törnkvist (2009) visade att då de äldre patienterna erhållit adekvat information om utskrivning samt om hur deras hjälpbehov skulle tillgodoses hemma, upplevde patienterna sig tillfredsställda, trygga och förberedda för livet hemma. Andreasen, Lund, Aadahl och Sørensen (2015) konstaterade att förutsättningar för förberedelse och trygghet hos de äldre patienterna skapades om datumet för utskrivning från sjukhuset meddelats i god tid. Andreasen et al. (2015) samt Bångsbo, Dunér och Lidén (2014) fann även att en lugn och välstrukturerad vårdplanering och ett gott och väl fungerande samarbete mellan sjukhuset och hemtjänst eller hemsjukvård innebar att de äldre patienterna kände sig redo för hemgång och upplevde trygghet och säkerhet. Tidigare positiva erfarenheter av samordnad vårdplanering där de äldre patienterna upplevt ett respektfullt bemötande ökade också känslan av trygghet och säkerhet i situationen (Lindberg, Hörberg, Persson & Ekeberg 2013).

Att självbestämmande hindras

De äldre patienterna beskrev en längtan och önskan att bli sedda och bekräftade som unika, men sårbara personer i mötet med vården. Den samordnade vårdplaneringen tenderade att lägga fokus på nuet och framtiden, vilket innebar att patienternas livshistoria inte blev tillräckligt synliggjord. Ur ett livsvärldsperspektiv var det därför viktigt att de professionella visade intresse för och skapade möjlighet för de äldre patienterna att berätta sina livshistorier. Då kunde de äldre patienterna uppleva sig som hela och våga ta plats och känna inflytande över sin situation (Lindberg et al. 2013). Men enligt Foss och Hofoss (2010) upplevde över 50% av de äldre patienterna att de inte fått möjlighet att berätta vad de själva tyckte var viktigt att få hjälp med efter utskrivning. Även Reay, Horner och Duggan (2015) beskriver att de äldre patienterna upplevde att deras åsikt angående individuella hjälpbehov inte blev hörd av de professionella. De äldre patienterna uttryckte även att det var viktigt att få möjlighet att påverka vad som diskuterades. Enligt Foss och Hofoss (2010) tyckte över 70% att det var viktigt att ha inflytande över hur praktiska problem i hemmet skulle lösas under den samordnade vårdplaneringen. Men Efraimsson, Rasmussen och Sandman (2006) kom fram till att de äldre patienterna upplevde svårigheter att påverka sin egen situation under samordnad vårdplanering och att de upplevde sig vara i någon annans händer. Flera av de äldre patienterna upplevde möjlighet till självbestämmande när de var i centrum av uppmärksamheten och därmed kunde påverka beslutfattandet. Andra upplevde istället utsatthet då allt fokus var riktad på dem under den samordnade vårdplaneringen och kände obehag över att identifiera sig som handikappade och hjälpbehövande (Efraimsson, Rasmussen & Sandman 2006).

Under den samordnade vårdplaneringen kunde de äldre patienterna ta eller bli tilldelade olika positioner. En position som aktiv person innebar att de äldre patienterna var delaktiga, utövade inflytande och uttryckte sina tankar som en hel person. En position

som passiv patient innebar att de äldre patienterna inte lyckades utnyttja möjligheten att vara delaktig, helhetssyn saknades och diskussioner fördes över de äldre patienternas huvuden (Bångsbo, Dunér och Lidén 2014). Sådana positioneringar saknades om den samordnade vårdplaneringen förlades till hemmet istället för på sjukhus. Berglund, Dunér, Blomberg och Kjellgren (2012) visade att under samordnad vårdplanering i hemmet var strukturen mer informell, de äldre patienternas behov togs upp mer spontant och mer utrymme gavs åt de äldre patienterna att berätta sin livshistoria. Samma författare finner också att samordnad vårdplanering på sjukhus var mer formell till sin struktur och att de äldre patienterna där oftare intog en passiv position samtidigt som kommunikation mellan olika professioner fördes utan att de äldre patienterna var involverade. Efraimsson, Sandman och Rasmussen (2006) belyser faktorer som hämmade de äldre patienternas möjlighet till självbestämmande under den samordnade vårdplaneringen. Exempelvis beskrev de äldre patienterna trötthet och utmattning som ett stort hinder för att delta i samtalet. Då övriga deltagare enbart talade med varandra över huvudet på de äldre patienterna uppstod också svårigheter att delta i konversationen, liksom då de professionella använde ett medicinskt språk. Detta skapade osäkerhet hos de äldre patienterna och en känsla av att inte bli tagen på allvar. I studien av Efraimsson, Rasmussen och Sandman (2006) uppgav de flesta äldre patienterna att de inte haft någon möjlighet till självbestämmande och inflytande över diskussionen under den samordnade vårdplaneringen.

Att uppleva den samordnade vårdplaneringens struktur

Det som påverkade de äldre patienternas möjlighet till självbestämmande och upplevelse av trygghet var bland annat strukturen på den samordnade vårdplaneringen, de äldre patienternas kunskap om samordnad vårdplanering, samt den kommunikation som fördes under det samordnade vårdplaneringsmötet. Efraimsson, Holritz, Hydén & Sandman (2004) beskrev att den samordnade vårdplaneringen hade en tydlig institutionell form där mötet följde en tydlig struktur och en formell ordning. De professionella sågs som experter och styrde strukturen på mötet. Även Berglund et al. (2012) beskrev att den samordnade vårdplaneringen följde en fast struktur och en agenda där varje profession tog upp sina egna områden för diskussion. Den äldre patientens pågående insatser av vård och omsorg i hemmet, samt nya insatser diskuterades för att få en helhetsbild av den äldre patientens behov inför utskrivning. Den tydliga strukturen på mötet gjorde att den äldre patienten upplevde att livsvärlden inte inkluderades i diskussionen och Lindberg et al. (2013) konstaterade att för de äldre patienterna var det viktigt att de professionella visade intresse och skapade utrymme för livsvärlden under den samordnade vårdplaneringen. När de professionella ställde frågor om de äldre patienternas livsvärld upplevde de sig inbjudna att berätta sin livshistoria, men om ingen frågade de äldre patienterna om livsvärlden vågade de inte heller berätta.

Att vara förberedd inför den samordnade vårdplaneringen

För de äldre patienterna var det svårt att vara delaktiga under den samordnade vårdplaneringen eftersom de saknade kunskap om vad som skulle diskuteras och hur mötets struktur fungerade. Enligt Efraimsson, Rasmussen och Sandman (2006) saknade

de flesta äldre patienterna kunskap om hur hälso- och sjukvårdens system såg ut och vad för typ av hjälp som fanns att erhålla, de var inte heller medvetna om att beslut skulle fattas under mötet. Även Efraimsson et al. (2004) beskrev att de äldre patienterna upplevde att de saknade erfarenhet och kunskap om samordnad vårdplanering och detta gjorde att de upplevde situationen som ny och främmande. Upplevelsen av att sakna verktyg att hantera situationen gav de äldre patienterna en känsla av otrygghet och att famla i mörker. Bångsbo, Dunér och Lidén (2014) samt Rydeman & Törnkvist (2009) beskrev att när de äldre patienterna hade tidigare erfarenheter av en samordnad vårdplanering upplevdes situationen mer bekant och patienterna kände sig oftast tryggare. Att vara väl förberedd och veta hur mötet skulle gå till, vilka som skulle delta, vilka ämnen som skulle tas upp och vilken hjälp som fanns att få, men även hur hälso- och sjukvårdens struktur såg ut, underlättade de äldre patienternas självbestämmande och verkade även främjande för upplevelsen av trygghet.

Efraimsson et al. (2004) beskrev den samordnade vårdplaneringen som en demokratisk process där avsikten var att beslut skulle tas i samråd mellan de äldre patienterna och de professionella, men där den institutionella formen hindrade de äldre patienternas upplevelse av deltagande och inflytande. För att kunna få mer inflytande över sin situation anpassade sig de äldre patienterna enligt Efraimsson et al. (2004) till den institutionella strukturen genom olika strategier. En del patienter uttryckte sina önskningar och intressen på formellt språk och anpassade sig till strukturen för att göra sig delaktiga och uppnå en känsla av inflytande och självbestämmande. Andra patienter valde att helt gå emot strukturen genom att öppet visa känslor av vrede och frustration och på så vis bryta den formella kommunikationen för att försöka att påverka sin situation, vilket skapade frustration hos de professionella. Det förekom också att äldre patienter undvek att göra anspråk på viss hjälp eller helt accepterade de professionellas förslag utan ifrågasättande. Enligt Foss och Hofoss (2010) upplevde över 50% av de äldre patienterna att de inte hade möjlighet att prata under mötet.

Efraimsson, Rasmussen & Sandman (2006) beskrev att de äldre patienterna önskade uppleva att de blev tagna på allvar genom att de professionella lyssnade på deras åsikter. Enligt Rydeman och Törnkvist (2009) påverkades de äldre patienternas upplevelse av trygghet, inflytande och självbestämmande av de professionellas skicklighet att förbereda dem inför den samordnade vårdplaneringen. En individanpassad information för de äldre patienternas specifika hälsotillstånd, både muntlig och skriftlig, underlättade förståelsen för situationen, men enligt Foss och Hofoss (2010) upplevde en majoritet av de äldre patienterna att de inte fått tillräcklig information inför den samordnade vårdplaneringen.

Att kommunicera under den samordnade vårdplaneringen

Kommunikationen spelade en betydande roll när det gällde att tillgodose de äldre patienternas självbestämmande och därmed öka upplevelsen av trygghet. Berglund et al. (2012) fann att en samordnad vårdplanering med en trevlig och vänlig atmosfär och ett vardagligt språk bidrog till att ge den äldre patienten utrymme för kommunikation. Samma författare konstaterade också att de olika professionerna tog upp olika problemområden för diskussion. Problem rörande medicinsk karaktär, till exempel sömn och smärta, initierades av sjuksköterskan, problem rörande aktiviteter, till exempel påklädning och dusch, togs upp av fysioterapeuten. De äldre patienterna initierade samtal

om sin livsvärld och sin livshistoria samt existentiella frågor om till exempel meningsfullhet, ensamhet och död. Då den samordnade vårdplaneringen ägde rum i hemmet uppmättes de äldre patienternas utrymme för kommunikation till 40% av tiden jämfört med 20% av tiden vid samordnad vårdplanering på sjukhus (Berglund et al. 2012).

Bångsbo, Dunér och Lidén (2014) visade att då de äldre patienterna blev tilldelade eller själva intog positionen som aktiv person kunde de leda och styra diskussionen. Därmed skapades utrymme för de äldre patienternas livsvärld och de kunde berätta sin livshistoria och framstå som en hel person. De professionella och anhöriga kunde uppmuntra de äldre patienterna till att inta denna position genom att bjuda in till konversation och ställa öppna frågor med möjlighet till reflektion. Även Efraimsson et al. (2004) upptäckte att de äldre patienterna intog eller blev tilldelad olika roller med olika perspektiv, person-rollen med ett livsvärldsperspektiv eller patient-rollen med ett institutionellt perspektiv. I rollen som patient blev kroppen som objekt ett centralt ämne för kommunikationen, den beskrevs och klassificerades med medicinsk terminologi och de professionella gjorde bedömningar av vårdbehovet. Det institutionella perspektivet försvårade för de äldre patienterna att dela med sig av sin livsvärld, då en civiliserad samtalsform och struktur efterfrågades där känslor och personliga frågor utelämnades. Foss och Hofoss (2010) fann i sin undersökning att över hälften av de äldre patienterna upplevde att de inte hade möjlighet att prata under den samordnade vårdplaneringen. Brister i kommunikation mellan den äldre patienten och professionell personal ledde till att de äldre patienternas önskan om självbestämmande inte uppmärksammades. Professionell personal som deltog i den samordnade vårdplaneringen saknade kompetens i att upptäcka denna önskan och missade därmed tillfällen att uppmuntra de äldre patienterna till inflytande och självbestämmande.

Resultatet hos Berglund et al. (2012) beskrev olika strategier för kommunikation som användes av de olika professionerna. Till exempel användes en förhandlande strategi då man försökte få de äldre patienterna att acceptera specifik hjälp. Övertalning användes av både de professionella och de anhöriga då de ville förmå de äldre patienterna att ta emot hjälp. Både anhöriga och de olika professionerna använde en stöttande kommunikationsstrategi för att få de äldre patienterna att vara delaktig i den samordnade vårdplaneringen. Samma författare fann vidare att en del beslut som fattades under den samordnade vårdplaneringen kunde ha så vaga formuleringar att det var otydligt vad som egentligen beslutats och vems ansvaret var. Så kallade icke-beslut uppstod då ämnet eller diskussionen inte ledde till något beslut alls. De flesta icke-beslut rörde ämnen initierade av de äldre patienterna och var relaterade till hälsa, existentiella frågor eller problem med rutiner och begränsningar i vårdorganisationen (Berglund et al. 2012).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Att genomföra en empirisk intervjustudie med äldre patienter kan innebära problem av olika slag. Äldre patienter kan till exempel ha svårt att uttrycka vad de upplever och förståelsen för begrepp såsom delaktighet, inflytande och självbestämmande kan skifta. Att genomföra en empirisk intervjustudie kräver dessutom mycket förberedelser och

tidsramen för uppsatsarbetet var begränsad vilket gjorde att författarna inte ansåg sig ha möjlighet att genomföra en empirisk studie med god kvalitet.

Författarna valde litteraturstudie som metod för att göra en kartläggning över nuvarande kunskapsläge inom området för valt syfte. Enligt Segesten (2012, s. 100) kan en litteraturstudie användas då en kartläggning av kunskapsläget önskas. En svårighet som författarna erfor under arbetet var en begränsad tillgång på litteratur. De studier som träffades på under sökningarna var ofta mer än tio år gamla, flertalet var litteraturoversikter inom området och utgjorde alltså sekundärkällor vilka inte kunde användas på grund av att de i detta sammanhang hade bristande tillförlitlighet. Det fanns även begränsningar att hitta studier som gjorts utanför Norden, vilket kan bero på skillnader i sjukvårdssystem och sociala skyddsnet i samhället. Författarna valde ändå att främst ha med artiklar från Norden eftersom kontexten var central för valt syfte. Resultat från en litteraturstudie med få artiklar som i denna uppsats går inte att generalisera. Däremot kan det gå att känna igen sig i resultatet.

Författarna upplevde att de fick mindre sökträffar än vad förväntat och fick därmed utöka avgränsningen för att få tillräckligt med studier att arbeta med. De artiklar som valdes bort var inte relevanta för syftet. De utvalda artiklarna var främst kvalitativa men en kvantitativ artikel togs med i resultatet. Flera av de valda artiklarna var nära kopplat till valt syfte, andra artiklar hade inte enbart ett patientperspektiv, men delar i studierna kunde användas för att besvara syftet.

Under arbetet gång lades mycket tid på resonemang omkring teman och underteman i litteraturstudiens resultat. Hanteringen av teman och underteman strukturerades för att tydliggöra hur dessa gick in i varandra samt påverkade varandra.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva äldre patienters upplevelser av samordnad vårdplanering. Sammanställningen av resultatet visade att upplevelsen av otrygghet samt hinder för självbestämmande hos de äldre patienterna var de centrala fenomenen under samordnad vårdplanering. Författarna upptäckte att de äldre patienternas upplevelser av otrygghet och möjlighet till självbestämmande påverkades av strukturen på den samordnade vårdplaneringen, kommunikationen mellan de professionella och de äldre patienterna, samt av de äldre patienternas förberedelse inför, eller tidigare erfarenhet av samordnad vårdplanering. Liknande upptäckt har gjorts av Frawley (2016) och Bauer et al. (2009) som visar att en trygg övergång från sjukhuset till hemmet kräver en god struktur på vårdplaneringen och god kommunikation som ger patienten adekvat kunskap. Socialstyrelsen (2011) rapporterar dock att det finns brister i den samordnade vårdplaneringen när det gäller kommunikation, de äldre patienternas delaktighet, kunskapsbrist, riktlinjer och rutiner. Men lyckade framgångsfaktorer beskrivs också, såsom väl förberedda patienter, patientdelaktighet, respekt för patienten och väl strukturerade vårdplaneringsmöten. Forskning (Bauer et al. 2009) har även visat att det finns en direkt korrelation mellan kvalitén på den samordnade vårdplaneringen och återinläggning av patienter till sjukhuset.

I studiens resultat återkommer upplevelsen av otrygghet hos de äldre patienterna beroende på hur den samordnade vårdplaneringen var strukturerad. Enligt Socialstyrelsen

(SOF 2005:27) ska kommuner och landsting i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter. Rutinerna ska vara enhetligt utformade inom ett län eller en region. Detta innebär att det kan finnas olika rutiner i olika landsting. Genom studiens resultat upptäckte författarna att strukturen både kan hämma och främja de äldre patienternas upplevelse av trygghet och möjlighet till självbestämmande. De äldre patienternas möjlighet till inflytande och självbestämmande har förstärkts med Patientlagen (SFS 2014:821) som syftar till att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården och främja patientens inflytande och självbestämmande i sin vård. Lagen säger bland annat att hälso- och sjukvården ska utformas och genomföras i samråd med patienten och att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Studiens resultat visade dessvärre att en alltför byråkratisk och formell struktur på den samordnade vårdplaneringen hindrade de äldre patienternas möjlighet att känna trygghet, uppleva delaktighet och utöva självbestämmande. Detta kan anses vara ett stort problem. Genom att försvåra patientens möjlighet till delaktighet och självbestämmande frångår de professionella Patientlagen på de äldre patienternas bekostnad. Författarna finner att strukturen på den samordnade vårdplaneringen mest tycks vara anpassad till de professionellas behov av säker överföring av information angående patienten mellan instanser i vårdkedjan. Även Lindström (2011) visar att de professionella anser att det viktigaste med en samordnad vårdplanering är att säkerställa vårdkedjan. I resultatet synliggörs att strukturen på den samordnade vårdplaneringen tappar bort patientperspektivet och att patientens livsvärld inte uppmärksammas. Enligt Andreassen et al. (2015) samt Bångsbo, Dunér och Lidén (2014) kände sig de äldre patienterna redo för hemgång från sjukhuset när en lugn och välstrukturerad vårdplanering utförts och när det fanns ett väl fungerande samarbete mellan sjukhuset och hemtjänst eller hemsjukvård. Detta visar att de äldre patienterna upplevde trygghet inför hemgång när sjukvårdens olika instanser har ett välfungerande samarbete och patienten är väl förberedd.

De äldre patienternas möjlighet till självbestämmande påverkades enligt Bångsbo, Dunér och Lidén (2014) av hur de inkluderades i mötet. Studiens resultat visar att då de äldre patienterna inte inkluderades i mötet fördes diskussioner över patientens huvud. Författarna anser att då de äldre patienterna upplever att de inte kan påverka beslutfattandet skapas ett vårdlidande. Enligt Ekeberg (2016, s. 43) uppstår ett vårdlidande hos patienten när mötet med vårdgivaren ökar lidandet istället för att lindra det. Ytterligare ett hinder för den äldre patientens möjlighet till inflytande och delaktighet uppstod då de professionella använde ett medicinskt språk som de äldre patienterna inte förstod (Efraimsson, Sandman & Rasmussen 2006). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) ska sjuksköterskan kommunicera med patienten på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt för att stötta patienten i vården. I studiens resultat finner författarna att de olika professionerna i den samordnade vårdplaneringen behövde utveckla sin kompetens i att tillvarata de äldre patienternas önskan om självbestämmande och uppmuntra till kommunikation. Det krävs förmåga av sjuksköterskan att kunna bjuda in de äldre patienterna i samtalet för att de ska kunna bli mer delaktiga i den samordnade vårdplaneringen (Efraimsson, Sandman & Rasmussen 2006). I enlighet med patientperspektivet ska de äldre patienterna ses som experter på sig själva och därmed bör de äldre patienternas beslut respekteras. När de äldre patienterna inte kan påverka sin livssituation och beslut tas utanför deras kontroll kan ett vårdlidande uppstå, ett vårdlidande är alltid ett onödigt lidande.

För att kunna bli förstådd som en hel människa och uppleva trygghet behöver livsvärlden bli synlig. De äldre patienterna behöver därför få möjlighet att berätta sin livshistoria under den samordnade vårdplaneringen (Lindberg et al. 2013; Efraimsson et al. 2006; Berglund et al. 2012). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) ska sjuksköterskan stödja patienten och skapa möjlighet för patienten att uppleva välbefinnande. Enligt International Council of Nurses (2014, s. 3) ligger det i vårdandets natur att bland annat respektera rätten till värdighet och rätten till att behandlas med respekt oavsett ålder. De professionella behöver därför ge de äldre patienterna möjlighet att dela med sig av sin livsvärld genom att ställa frågor om den (Lindberg et al. 2013). Därmed ökar möjligheten att förhindra att de vårdvetenskapliga värderingarna krockar med en verklighet där tidspress och besparingskrav ofta sätter agendan. Genom ett holistiskt synsätt och utrymme för de äldre patienternas livsvärld kan hälsa och välmående främjas och sjukdom och lidande lindras.

Det är angeläget att den samordnade vårdplaneringen ger de äldre patienterna en individuellt anpassad hjälp på ett sätt som är hållbart, både med tanke på samhällsutveckling men framförallt med tanke på vårdvetenskapliga värderingar. Författarna ser därför ett behov av ytterligare vårdvetenskaplig forskning om de äldre patienternas upplevelser i samband med samordnad vårdplanering. Detta med anledning av att mycket av forskningen som finns inom området är mer än 10 år gammal samt att nya lagar och riktlinjer som stärker patientens rättigheter har uppkommit de senaste åren. Samordnad vårdplanering ser dessutom ut på många olika sätt beroende på hur kommuner och landsting har utarbetat sina rutiner kring vårdplanering och informationsöverföring. Det kan finnas särskilda vårdplaneringsteam från sjukhusen eller äldresamordnare från kommunerna med speciell kompetens att medverka vid den samordnade vårdplaneringen. Även ny teknik, till exempel videokonferenser som ersätter det fysiska mötet, kan användas vid den samordnade vårdplaneringen. Att beskriva den äldre patientens upplevelser i samband med samordnad vårdplanering utifrån dessa perspektiv kan bidra till att utforska vilken modell och struktur för samordnad vårdplanering som bäst främjar de äldre patienternas behov av trygghet och självbestämmande.

SLUTSATSER

För äldre patienter är upplevelsen av trygghet och möjlighet till självbestämmande centrala behov som behöver tillgodoses i den samordnade vårdplaneringsprocessen. Om de äldre patienterna känner sig trygga och säkra ökar möjligheten till självbestämmande och upplevelsen av delaktighet. Kunskap hos de äldre patienterna i form av adekvat information och förberedelse inför den samordnade vårdplaneringen är av betydelse för deras upplevelse av trygghet. Struktur och kommunikation vid en samordnad vårdplanering har betydelse för om livsvärlden kan ges utrymme och om de äldre patienterna kan uppleva sig ha inflytande och självbestämmande eller inte. För sjuksköterskan är det nödvändigt att ha kunskap om de äldre patienternas komplexitet och sårbarhet i vården, samt om hur struktur, kommunikation och kunskap i samband med samordnad vårdplanering påverkar de äldre patienternas upplevelse av trygghet och möjlighet till självbestämmande. Med sådan kunskap och medvetenhet ökar möjligheterna att främja hälsa och förhindra lidande hos de äldre patienterna.

REFERENSER

Andreasen, J., Lund, H., Aadahl, M. & Sørensen, E.E. (2015). The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *Qualitative Studies on Health and Well-being*. 10(1), 1-11.
doi: 10.3402/qhw.v10.27370

Asplund Johansson, S., Damell, C., Jaktlund, Å. & Lycke, A. (2014). Utskrivningsklara patienter. Rapport. Sveriges Läkarförbund. Stockholm.
https://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/Utskrivningsklara_rapport.pdf
[2017-10-27]

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. ss. 203-219.

Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E. & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), ss. 2539–2546.
doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x

Berglund, H., Dunér, A., Blomberg, S. & Kjellgren, K. (2012). Care planning at home: a way to increase the influence of older people? *International Journal of Integrated Care*, 12 e134
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601533/pdf/ijic2012-2012134.pdf>
[2017-10-27]

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad - Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Blomqvist, K. & Petersson, P. (2014). Vårdkedjans aktörer och organisering. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (red.) *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur. ss.167-194.

Bull, M. & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*. 35(4), ss. 571-581. Doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01873.x

Bångsbo, A., Dunér, A. & Lidén, E. (2014). Patient participation in discharge planning conference. *International Journal of Integrated Care*, 14, ss. 1-11 (E030)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4236306/>

Dahlberg, K. (2006). The essence of essence - The search for meaning structures in phenomenological analysis of lifeworld phenomena. *International Journal of Qualitative Studies of Health and Well-being*. 1, ss. 11-16.
doi.org/10.1080/17482620500478405

Dahlberg, K. & Ranheim, A. (2012). Expanded awareness as a way to meet the challenges in care that is economically driven and focused on illness. *A Nordic Perspective*. 4(4), ss. 20-23.

<https://doaj.org/article/1a745d6c96bd42c6aeae02c66fa4a1>

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande - I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Efrainsson, E., Sandman, P-O. & Holritz Rasmussen, B. (2006). "They were talking about me" - elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), ss. 68-78.

[doi/10.1111/j.1471-6712.2006.00382.x/full](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00382.x/full)

Efrainsson, E., Sandman, P-O., Hydén, L-C. & Holritz Rasmussen, B. (2006). How to get one's voice heard: the problems of the discharge planning conference. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), ss. 646-655.

[doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03771.x/full](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03771.x/full)

Fagerberg, L. (2012). Livskraft och livshållning. I Bergbom, I & Wiklund, L. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: studentlitteratur. ss. 392-404.

Foss, C. & Hofoss, D. (2010). Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Education and Councelling*. 85(1), ss. 68-73.

[http://www.sciencedirect.com/lib.costello.pub/hb.se/science/article/pii/S073839911000546X?via%3Dihub](http://www.sciencedirect.com/lib/costello/pub/hb.se/science/article/pii/S073839911000546X?via%3Dihub)

Frawley, S. (2016). Enhancing Patient Safety: A Novel Approach to Teaching Key Principles of Safe Hospital Discharge. *Nursing Research*. 65(2), ss. 84-85.

Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gabrielsson-Järhult, F. & Nilsen, P. (2015). On the threshold: older people's concerns about needs after discharge from hospital. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 30(1), ss. 135-144. [doi/10.1111/scs.12231/full](https://doi.org/10.1111/scs.12231/full)

Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Lidén, E. (2014). Omvårdnadens institutionella inramning. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (red.) *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur. ss.135-165.

Lindberg, E., Hörberg, U., Persson, E. & Ekeberg, M. (2013). "It made me feel human" - a phenomenological study of older patients' experiences of participating in team meeting. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*. 8, ss. 1-10. [doi/full/10.3402/qhw.v8i0.20714](https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20714)

Lindström, E. (2011). *Samordnad vårdplanering - varför fungerar det inte alltid?* Stockholm: FoU Seniorium.

[http://www.fouvalfard.se/\\$2/2011-samordnad-varldplanering.pdf](http://www.fouvalfard.se/$2/2011-samordnad-varldplanering.pdf) [2017-10-27]

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Reay, P.A., Horner, B. & Duggan, R. (2015). The patient's experience of early discharge following total hip replacement. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 19(3), ss. 131-139.

https://ac-els-cdn-com.lib.costello.pub.hb.se/S1878124115000040/1-s2.0-S1878124115000040-main.pdf?_tid=242a570e-be13-11e7-9565-0000aacb361&acdnat=1509437688_2e95c9207f2c05c832f505735b319ed2

Rydeman, I.B. & Törnkvist, L. (2009). Getting prepared for life at home in the discharge process - from the perspective of the older persons and their relatives. *International Journal of Older People Nursing*, 5(4), ss. 254-264.

[doi/10.1111/j.1748-3743.2009.00190.x/full](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00190.x/full)

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 1990:1404 *Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso och sjukvård*.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19901404-om-kommunernas-betalningsansvar_sfs-1990-1404 [2017-10-27]

SFS 2014:821 *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2008). *Kallelse till samordnad vårdplanering - hur gick det sedan?* Rapport. Artikelnummer 2008-126-19. Stockholm.

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8762/2008-126-19_200812619.pdf [2017-10-27]

SOSFS 2005:12. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen.

http://plus.rjl.se/info_files/infosida39803/SOSFS_2005_12.pdf [2017-10-27]

SOSFS 2005:27. Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-27> [2017-10-27]

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf [2017-10-27]

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Tio punkter för en god och säker hemsjukvård för äldre personer*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Östlund. L. (2012). Informationssökning. I Friberg. F. (red.) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur. ss. 57-79.

Bilaga 1 Sökhistorik

Datum	Sökord	Sökmotor	Filter	Träffar	Relevant titel	Valda artiklar
20171016	Discharge process older patient experience participation	CINAHL	2009-2017	2	1	Elderly person's experience of participation in hospital discharge process.
20171016	Discharge planning older patient experience participation	CINAHL	2009-2017	3	0	0
20171016	Discharge process older patient experience	Pubmed	10 år	30	2	0
20171016	Discharge process older patient, patient experience	Primo	2001-2017, är exakt, vetenskapligt material	12	3	1: "It made me feel human"- a phenomenological study of older patients' experience of participation in a team meeting. 2: Getting prepared for life at home in the discharge process - from the perspective of the older person and there relatives. 3: The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from hospital.
20171016	Hospital discharge patient participation frail	Pubmed	10 år, clinical trial	26	2	0

2017101 7	Discharge planning elder, participation	Pubmed	10 år	2	1	On the threshold: older person's concerns about needs after discharge from hospital.
2017101 7	Hospital discharge patient participation older person	Pubmed	10 år, clinical trial	11	2	0
2017101 7	Hospital discharge patient participation older person	CINAHL	2003-2017, engelska	30	1	0
2017101 8	Hospital discharge frail, patient participation	Primo	vetenskapligt material, 2010-2017	59	2	Patient participation in discharge planning conference
2017101 8	hospital discharge elderly patient experience participation	CINAHL	2007-2017	7	2	1: The patient's experience of early discharge following total hip replacement. 2: "They were talking about me" - elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference.

Bilaga 2 Artikelöversikt

Artikel nr 1

Titel Författare Tidskrift Årtal Land	The experience of daily life of acute admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital Andreasen, J., Lund, H. Aadahl, M. & Sørensen, E.E. Qualitative Studies on Health and Well-being 2015 Danmark
Syfte	Undersöka hur sköra äldre personer upplever det dagliga livet en vecka efter utskrivning från akut inläggning på sjukhus
Metod	Kvalitativa deskriptiva intervjuer
Urval	Sju män och sju kvinnor, 69-93 år gamla, med i medeltal 16 dagars vistelse på sjukhus på grund av varierande diagnoser Exklusionskriterier: patienter med demens, patienter med dödlig sjukdom
Resultat	Fyra huvudkategorier av vikt för den sköra äldre personens upplevelser i det dagliga livet: Systemet - övergången från sjukhus till hemmet, trubbel med hemsjukvård, mediciner m.m. Behålla ett socialt liv - relationer och förluster i relation till fysiska och psykiska utmaningar i det dagliga livet Vara i vardagen - humör och sinnesstämning i det dagliga livet, kämpigt, fridfullt, meningsfullt Hantera vardagen - fokus på hälsa, stress över begränsningar av förmågor och oro över att bli sämre

Artikel nr 2

Titel Författare Tidskrift Årtal Land	Care planning at home: a way to increase the influence of older people? Berglund, H., Dunér, A., Blomberg, S. & Kjellgren, K. International Journal of Integrated Care 2012 Sverige
Syfte	Undersöka äldre personers inflytande i VPL-möten i hemmet och på sjukhus
Metod	Kvalitativ innehållsanalys av 19 inspelade VPL-möten

Urval	Män och kvinnor mellan 65-80 års ålder med minst en kronisk sjukdom och behov av hjälp med ADL efter utskrivning från sjukhus Exklusionskriterier: patienter med svår akut sjukdom, patienter med svår kognitiv nedsättning/demens, patienter med palliativ vård
Resultat	Agenda - VPL hemma/sjukhus Kommunikation - VPL hemma/sjukhus Strategier - VPL hemma/sjukhus

Artikel nr 3

Titel	Patient participation in discharge planning conference.
Författare	Bångsbo, A., Dunér, A. & Lidén, E.
Tidskrift	International Journal of Integrated Care
Årtal	2014
Land	Sverige
Syfte	Belysa äldre patienters deltagande i VPL - konferenser, med fokus på sköra äldre personer
Metod	Kvalitativ innehållsanalys och analys av diskurser
Urval	Fallstudier av VPL- konferenser med 4 män och 9 kvinnor, 77-89 år gamla och med minst två hälsorelaterade problem, 40 intervjuer med vårdpersonal Exklusionskriterier: patienter med kommunikationssvårigheter, patienter med kognitiv nedsättning, patienter med hörselsvårigheter
Resultat	Fyra positioner av den äldre patientens deltagande under VPL-konferensen, rörande patientens nivå av aktivitet och framställning som "hel" eller "reducerad" Aktiv person - Aktiv patient Passiv person - Passiv patient

Artikel nr 4

Titel	"They were talking about me" - elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference
Författare	Efraimsson, E., Sandman, P-O., & Holritz Rasmussen, B.
Tidskrift	Scandinavian Journal of Caring Science
Årtal	2006
Land	Sverige

Syfte	Beskriva äldre kvinnors upplevelse av att delta i en VPL-konferens inför utskrivning från sjukhus
Metod	Kvalitativ, livsvärldsfenomenologisk ansats, intervjustudie med kvalitativ innehållsanalys
Urval	7 kvinnor, 70 år eller äldre, inskrivna till sjukhus från hemmet Exklusionskriterier: patienter med kommunikationssvårigheter
Resultat	Fyra teman som återspeglar de äldre kvinnornas upplevelse av att delta i en VPL-konferens Vara ansluten/en del av - bli tagen på allvar, känna sig trygg och säker, trevlig atmosfär Vara i centrum - bekräftelse och uppmärksamhet, tacksamhet - exponering, beroende och handikapp, hjälplöshet och sorg Känna sig utanför - svårt att delta i konversationen, befinna sig i händerna på andra, trötthet Vara oförberedd - okunskap om vårdssystemet, vårdkedjan, syftet med VPL, okunskap om deltagarna i VPL, obekvämt inför främmande människor

Artikel nr 5

Titel Författare Tidskrift Årtal Land	How to get one's voice heard: the problems of the discharge planning conference Efraimsson, E., Sandman, P-O., Hydén, L-C. & Holritz Rasmussen, B. Journal of Advanced Nursing 2006 Sverige
Syfte	Beskriva hur patienter, anhöriga och sjukvårdspersonal handskas med problem och ansvar som framkommer i VPL-konferensen
Metod	Kvalitativ diskursanalys av video-inspelade VPL-konferenser
Urval	8 kvinnliga patienter, 72-89 år gamla, 8 anhöriga, 23 sjukvårdspersonal Exklusionskriterier: patienter med kommunikationssvårigheter
Resultat	Deltagarna i VPL-konferensen iklädde sig olika roller under mötet och agerade utifrån dessa. Två kategorier kunde ses - kolliderande roller och perspektiv - inför den institutionella ramen

Artikel nr 6

Titel	Elderly person's experiences of participation in hospital discharge process
Författare	Foss, C. & Hofoss, D.
Tidskrift	Patient Education and Counseling
Årtal	2011
Land	Norge
Syfte	Beskriva äldre sjukhuspatienters utskrivningsupplevelser rörande deltagandet i VPL-möte
Metod	Kvantitativ undersökning med hjälp av frågeformulärsbaserade intervjuer
Urval	254 patienter, både män och kvinnor, 80 år eller äldre som blivit utskrivna från sjukhus Exklusionskriterier: patienter med kognitiv nedsättning
Resultat	Ingen signifikant korrelation mellan patienternas önskan att delta och möjligheten att dela med sig av sina önskemål

Artikel nr 7

Titel	On the threshold: older people's concerns about needs after discharge from hospital.
Författare	Gabrielsson - Järhult, F. & Nilsen, P.
Tidskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Årtal	2015
Land	Sverige
Syfte	Upptäcka äldre personers oro/bekymmer rörande sitt behov av hjälp uttryckt under VPL-möte på sjukhus
Metod	Kvalitativ innehållsanalys, explorativa observationer
Urval	27 VPL-möten med män och kvinnor, 65 år eller äldre, med olika medicinska diagnoser Exklusionskriterier: patienter med demens, patienter med palliativ vård, patienter med grav hörselnedsättning

Resultat	<p>Bekymmer över:</p> <p>Trygg livssituation</p> <ul style="list-style-type: none"> - tillbaka till hemmet eller boende - anpassning av miljön - ekonomiska aspekter <p>Behov av vård och stöd</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADL - avlastning av anhöriga - utökat stöd dygnet runt <p>Inflytande och oberoende</p> <ul style="list-style-type: none"> - bli sedd som en fullvärdig deltagare - bli behandlad med respekt - kunna vara så oberoende som möjligt
-----------------	--

Artikel nr 8

<p>Titel</p> <p>Författare</p> <p>Tidskrift</p> <p>Årtal</p> <p>Land</p>	<p>”It made me feel human” - a phenomenological study of older patients’ experiences of participating in team meeting.</p> <p>Lindberg, E., Hörberg, U., Persson, E. & Ekeberg, M.</p> <p>International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being</p> <p>2013</p> <p>Sverige</p>
Syfte	Beskriva vårdandet , upplevt av den äldre patienten, på en geriatrisk avdelning, med särskilt fokus på teammöte
Metod	Kvalitativ fenomenologisk ansats, deskriptiva observationer, intervjuer
Urval	Tre män och tolv kvinnor, 74-94 år gamla, inlagda på sjukhus på grund av akut somatisk sjukdom Exklusionskriterier: patienter med försämrad förmåga att fatta beslut på grund av t.ex. demens, fatigue eller sjukdom
Resultat	<p>Sårbarhet begränsar livet</p> <p>Livet överlämnas i andras händer</p> <p>Livet är en helhet</p> <p>Utrymme för existens</p>

Artikel nr 9

Titel	The patient's experience of early discharge following total hip replacement
Författare	Reay, P.A., Horner, B. & Duggan, R.
Tidskrift	International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing
Årtal	2015
Land	Australien
Syfte	Beskriva äldre patienters upplevelse av utskrivning efter höftledsoperation
Metod	Kvalitativa semi-strukturerade intervjuer, analyserade med fenomenologisk ansats
Urval	Fyra män och sex kvinnor, över 65 år
Resultat	<p>Fyra huvudteman beskrivande deltagarnas upplevelse av utskrivning:</p> <p>Otillräcklig bedömning av lämpligt anpassad hjälp utifrån personliga behov - känsla av att bli försummad av vårdpersonalen och inte få den hjälp man behöver</p> <p>Hantera den fysiska och mobila begränsningen - att anpassa sig och utveckla nya färdigheter för att klara sin vardag</p> <p>Frustration - uppleva begränsad rörlighet, vara beroende av andra, vara en börda för familjen, vara isolerad från vanliga aktiviteter</p> <p>Begränsad social aktivitet - inte kunna delta i de aktiviteter man vanligen brukar delta i</p>

Artikel nr 10

Titel	Getting prepared for life at home in the discharge process - from the perspective of the older persons and their relatives
Författare	Rydeman, I.B. & Törnkvist, L.
Tidskrift	International Journal of Older People Nursing
Årtal	2009
Land	Sverige
Syfte	Undersöka hur äldre personer i behov av hemsjukvård och deras anhöriga, upplever VPL-processen samt utveckla en modell som förklarar upplevelsen
Metod	Kvalitativ, semi-strukturerade intervjuer, analyserade i enlighet med Grounded Theory

Urval	26 personer, både män och kvinnor, 65 år och äldre som blivit utskrivna från sjukhus och fått hemsjukvård, samt deras anhöriga Exklusionskriterier: patienter med kognitiv nedsättning, patienter med svår sjukdom
Resultat	Olika faktorer avgörande den äldre personens och anhörigas upplevelse av känna sig förberedd respektive oförberedd för livet hemma vid utskrivning Trygghet - i fråga om hälsostatus, ADL, vetskap om vart man vänder sig vid problem Personalens guidande hållning - tillräcklig vårdkompetens, förmåga att individualisera, förmåga att planera för hemgång