



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

## Vård i hemmet av ALMA-teamet

### Närståendes perspektiv

**Johanna Eidborn**  
**Åsa Kindevåg**

2016

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15 hp  
Omvårdnad  
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning vård av äldre  
Självständigt arbete

Handledare: Elisabeth Häggström  
Examinator: Annakarin Olsson

---

## Sammanfattning

*Bakgrund:* Den geriatriska patienten bor i allt större utsträckning i det egna hemmet, trots multisjuklighet, vilket ställer stora krav på sjukvården. Modellen *Comprehensive Geriatric Assessment* innebär helhetsbedömning av den geriatriska patientens behov och multiprofessionellt teamarbete. ALMA-teamet i västra Region Östergötland är ett sådant team som vårdar äldre patienter med komplexa vårdbehov i hemmet.

*Syftet* med studien var att utifrån närståendes erfarenhet och upplevelse beskriva den vård som deras anhöriga fått av ALMA-teamet i ordinärt boende.

*Metoden* som användes var semistrukturerade intervjuer som analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, och totalt intervjuades tolv närstående.

*Resultat:* De närståendes erfarenheter var att ALMA-teamets hembesök gjorde vården mer lättillgänglig för patienterna, samt besparade dem besvärliga resor och långa väntetider i sjukvården. Det kunde vara tryggt att få vara hemma och ha tillgång till avancerad vård i samarbete med kommunal hemsjukvård. Gemensamma besök av ALMA-teamet och Hemsjukvården kunde både upplevas som en trygghet med samlad kompetens eller att det blev rörigt, framförallt med närvarande studenter. Det fanns hos de närstående en önskan om att ALMA-teamet skulle finnas kvar och utökas, både regionalt och nationellt.

*Slutsatsen* är att det upplevdes positivt att vårdas i det egna hemmet och slippa resor och väntetid i sjukvården.

Nyckelord: *Kvalitativ undersökning, Vård i hemmet, Närstående, Personcentrerad omvårdnad och Geriatrisk patient*

## Abstract

An increasing number of geriatric patients in Sweden remain resided in their homes, despite their suffering from multi-morbidity. This poses great challenges to the health care system. One way of evaluating these patients' needs is using the model Comprehensive Geriatric Assessment. Through teamwork and thorough assessment, the patient's many needs may be tended to, socially as well as medically. The ALMA team, operating in the county of Östergötland in Sweden, is a multi-professional team, and by making house calls they are offering an alternative to hospitalization for elderly patients with complex needs.

The aim of this study was to describe the experience of the next-of-kin's as their relatives were tended to by house calls from the ALMA team.

A qualitative method with semi-structured interviews was used. Twelve interviews were conducted and the data was analyzed by qualitative content analysis.

The study showed that house calls from the ALMA team gave the elderly patients easier access to medical care, and relieved them from tiresome trips and extensive waiting at hospital emergency rooms. The opportunity for the patients to remain at home combined with easy access to advanced medical care in collaboration with municipal home care, could generate feelings of security. Next-of-kin also expressed mixed opinions about meeting with the numerous health care staff from the ALMA team as well as the staff from the municipal homecare, at the same consultation. It could be experienced as a privilege getting access to different competencies, but the number of people present at the same time could sometimes be perceived as overwhelming. Next-of-kin suggested that the ALMA team should be expanded both on a regional and national level, letting additional elderly patients benefit from their services.

**Key words:** Qualitative study, home care, next-of-kin, Person Centered Care (PCC) and geriatric patients

# Innehåll

<b>Bakgrund</b> .....	1
Inledning .....	1
Den geriatriska patienten .....	1
Geriatriskt omhändertagande .....	3
Vård i hemmet .....	3
Att vårdas hemma och anhörigvårdare .....	4
Personcentrerad Omvårdnad .....	4
Organisation och samhällsstruktur .....	5
ALMA-teamets historia och uppbyggnad .....	6
<b>Problemformulering</b> .....	7
<b>Syfte</b> .....	7
<b>Metod</b> .....	7
Design .....	7
Urvalsmetod.....	8
Datainsamlingsmetoder.....	8
Tillvägagångssätt .....	9
Dataanalys.....	10
Forskningsetiska överväganden .....	11
<b>Resultat</b> .....	12
Fördelar med ALMA-anslutning .....	12
Tillgänglighet.....	12
Att vårdas hemma .....	13
Trygghet.....	14
Interaktion.....	15
Kommunikation .....	15
Information .....	15
Bemötande .....	16
Förutsättningar för ALMA-teamets verksamhet.....	17
Personalen i ALMA-teamet .....	17
Samarbete över gränser.....	17
ALMA-teamets organisation .....	18
Många deltagare vid hembesök.....	18
Tillfällig anslutning.....	19
Framtidens ALMA-team.....	20
<b>Diskussion</b> .....	21
Huvudresultat .....	21
Resultatdiskussion .....	21
Metoddiskussion .....	26
Kliniska implikationer .....	29
Förslag till fortsatt forskning .....	29
Slutsats.....	30
<b>Referenser</b> .....	31

# Bakgrund

## Inledning

Sett ur ett historiskt perspektiv är det en relativt ny företeelse att vårdas på sjukhus. Sjukvård bedrevs tidigare framförallt på slagfälten då soldater var i behov av vård. På medeltiden började så kallade hospital byggas invid kloster runt om i Europa. Under 1500-talet började sjukvården utvecklas som en vetenskap i framförallt Spanien och Frankrike. Som patient, på de sjukhus som fanns, var risken att få ytterligare sjukdomar stor (1).

*”Men sjukhusen /.../ lämnade mycket i övrigt att önska. Patienter med smittosamma sjukdomar lågo bland övriga sjuka, ja delade bädd med dem, ty det hörde icke till undantagen att 2 å 3 sjuka lågo i samma säng. Nordin (1921) Föreläsningar hållna för Sophiahemmets sjuksköterskeelever VI. Sjuksköterskelära, s 5*

Det var först under senare delen av 1800-talet som de moderna sjukhusen växte fram med utbildad vårdpersonal. Florence Nightingale fick sin utbildning till sjuksköterska i Tyskland, och efter Krimkriget startade hon en sjuksköterskeskola i Storbritannien. Där utbildades den svenska Emmy Rappe som sedan var med och startade den första sjuksköterskeutbildningen i Sverige (1).

De äldre och sjuka vårdades hemma av sina barn, alternativet var fattigstugan. I början av 1900-talet började det byggas så kallade ålderdomshem i Sverige dit äldre kunde flytta när de inte längre klarade sig själva. Under mitten av 1900-talet började hemsamariter hjälpa äldre i hemmet (2). I dag är det kommunens ansvar att den äldre får hjälp i hemmet av hemtjänst eller på ett särskilt boende (SÄBO) för de med stort vårdbehov. Det framgår i Socialtjänstlagen (SoL) att stöd i hemmet för de äldre är det som prioriteras (3). Det är nu på frammarsch med läkarteam som besöker den äldre i hemmet och gör bedömningar på plats (4). I västra Östergötland finns ett mobilt team, ALMA-teamet, som kan ge avancerad sjukvård i hemmet hos de äldre (5).

## Den geriatriska patienten

Befolkningen i världen blir allt äldre (6), så även i Sverige. Trots detta har möjligheten att få en plats på ett äldreboende minskat. Det har lett till att de flesta sköra äldre i Sverige bor i eget boende, trots att de har ett omfattande vård- och omsorgsbehov (7).

Äldre patienter är ofta multisjuka och bräckliga (8, 9) och har en minskad reservkapacitet (10). I en metaanalys gjord av Collard et al. framkom det att multisjuklighet, depression och skörhet är vanligt hos denna patientgrupp som bor i ordinärt boende (11).

Skörhet (engelskans *Frailty*) hos den äldre patienten definieras som ett tillstånd vilket innefattar tre eller flera av följande symtom: ofrivillig viktnedgång, självrapporterad utmattning, svag handstyrka, långsam gång samt låg fysisk aktivitet. Kroniska sjukdomstillstånd och stigande ålder samt skörhet påverkar hälsan negativt (12). Trots detta finns det beskrivet att äldre personer ändå kan uppleva en god livskvalité, enligt en europeisk undersökning av Boeckxstaens et al. (13). Skörheten övergår dock så småningom i en terminal fas där patienten behöver palliativ vård och symtomlindring (14).

Äldre som söker vård har ofta många diffusa symtom som kan härledas från olika sjukdomar (15). Då sjukvården har indelats i olika specialiteter under årens lopp, inte bara i Sverige utan även i Europa (16), händer det att specialistläkarna koncentrerar sig på en eller ett par sjukdomar istället för att se helheten. Detta kan leda till polyfarmaci och därmed stor risk för biverkningar (17).

I Danmark har Strømgaard et al. studerat äldre sjuka patienter och funnit att det bland dem tycks finnas en grupp som varken hör hemma på vårdcentralen eller akutmottagningen. Dessa författare uppmanar till mer forskning om fler alternativ för denna patientgrupp (18). I en svensk studie uttryckte sjuksköterskor på akutmottagningar att det var svårt att ge en god vård till äldre på grund av organisatoriska faktorer och tidsbrist (19). Personer över 80 år har generellt sett längre besökstider på akutmottagningar i Sverige. I snitt är den totala vistelsetiden 35 min längre än för andra grupper, det vill säga 3 h och 25 minuter jämfört med 2 h och 50 minuter (7). För de sköra äldre kan de långa väntetiderna på akutmottagningen vara en belastning både fysiskt (19) och psykiskt (20). Risken för dehydrering, konfusion och trycksår ökar om den äldre patienten inte får adekvata omvårdnadsåtgärder på akutmottagningen (21).

Vårdplatserna på geriatriska kliniker minskar successivt, samtidigt som sjuksköterskor med specialistkunskap inom geriatrik ökar (7). I en doktorsavhandling av Kirsebom framkommer det att om sjuksköterskan inom äldreomsorgen i Sverige har en vidareutbildning eller lång yrkeserfarenhet inom geriatrik kan antalet remitteringar till akutmottagningen minska (22). Fördelningen av geriatriksjuksköterskor är ojämnt fördelad då de flesta arbetar i storstadsregioner eller i närheten av lärosäten. Detsamma gäller tillgången till läkare med specialisering inom geriatrik (7).

I en litteraturoversikt från Europa fann forskarna att när primärvården är väl utbyggd minskar sjukhusinläggningarna för de äldre. Detta förutsätter dock geriatrisk specialistkompetens inom primärvården (13). I Sverige är det primärvården som har det övergripande ansvaret för de äldre patienterna. Trots detta är det brist på sjukvårdspersonal med geriatrikutbildning inom primärvården (23).

## **Geriatriskt omhändertagande**

Kraven på sjukvården blir större då allt fler i Sverige når en hög ålder. Ett sätt att möta detta ökade behov av geriatrisk vård är modellen *Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)*, på svenska kallad ”*Strukturerat omhändertagande av äldre*”. Det är en modell som bygger på ett multiprofessionellt teamarbete runt den äldre patienten med bedömningar samt uppföljningar (21). CGA beskrevs redan 1946 i Storbritannien av Warren (24). Det som är centralt i denna arbetsmodell är att det görs en helhetsbedömning av patienten och inte bara en medicinsk bedömning, vilket en Cochranerapport av Ellis et al. visar (25). Denna modell förespråkas även i en metaanalys (26). När CGA används vid akuta insatser ökar det sannolikheten att patienten är vid liv och bor i eget boende i upp till tolv månader efter sjukhusvistelsen (27). Ytterligare en Cochranerapport visade att ett strukturerat omhändertagande av sköra äldre på sjukhus minskar risken för att de ska drabbas av konfusion. Likaså ökade chanserna att kunna komma hem igen och därtill förbättrades Activities of Daily Living (ADL-förmågan) hos denna patientgrupp (25). En förutsättning för att metoden ska fungera är dock att det geriatriska teamet har ett direkt patientansvar och inte bara en konsultativ roll (21). Å andra sidan visade en metaanalys av Deschodt et al. att geriatriska konsultationsteam kan förbättra överlevnaden för sköra äldre patienter sex till åtta månader efter utskrivning från sjukhuset (28).

## **Vård i hemmet**

Internationellt sett finns det exempel på strukturerat omhändertagande i hemmiljö. I en brittisk studie framkom det att geriatriska team kan förbättra vården för patienten i hemmet (29). I USA har forskare studerat ett multiprofessionellt team som gör hembesök hos äldre och deras uppfattning är att besöken på akutmottagning och i primärvården minskade sedan dessa team introducerades. De föreslår ytterligare studier i ämnet då patienter och närståendes upplevelse inte finns beskrivna (30). Ett sjuksköterskebaserat program för uppföljningar i hemmet har provats i Nederländerna. Sjuksköterskorna hade tillgång till ett multiprofessionellt team, vilket visade sig ge ökat välbefinnande och förbättrad ADL-förmåga hos de sköra äldre (31). Likaså visade en svensk studie att en geriatrisk bedömning på akutmottagningen, i kombination med återkommande uppföljningar av sjuksköterska, kan förbättra livskvalitén för sköra äldre (32). I en studie från Östergötland har ett koncept med geriatriska team utvärderats. Multisjuka äldre över 75 år randomiserades i två grupper. Interventionen innebar att de äldre undersöktes först enligt CGA och fick därefter kontakt med det mobila multiprofessionella teamet. Patienterna erbjöds hembesök eller telefonkontakt utifrån individuellt behov. Resultatet visade att de som fått tillgång till interventionen tenderade att tillbringa kortare tid på sjukhus

och äldreboende och känslan av säkerhet i vården ökade. Denna intervention kostade inte så mycket mer än ordinarie vård (33).

### **Att vårdas hemma och anhörigvårdare**

Hemmet kan definieras som en plats där människan känner trygghet och där det finns möjlighet till autonomi samt att kunna vara sig själv. Likaså kan hemmet vara en plats som förknippas med andra positiva värden och en plats för kärleksfull omvårdnad där familj och vänner finns. Hemmet kan också förknippas med mer negativa erfarenheter som ensamhet, isolering, övergrepp, våld eller svåra barndomsminnen (34).

Patienter har tidigare varit hänvisade till sjukhus och haft små möjligheter att få vård i hemmet. Detta beroende på de krav som tidigare ställdes på sjukrummet, både läge och utförande. Det ansågs vara mer hygieniskt på sjukhusen än i hemmet (35).

*"Rummet bör och ligga fredat från för buller från gata, trappor, portar samt för barnaskrik och musik mm..." Almquist (1921) Föreläsningar hållna för Sophiahemmets sjuksköterskeelever V. Hygien, s 3*

Detta har förändrats och allt fler vårdas idag hemma av anhörigvårdare, som sådan räknas den som regelbundet hjälper, vårdar eller stödjer en närstående (36), det kan vara både barn och vuxna (37). Att bli en så kallad anhörigvårdare kan vara något som sker efter moraliskt övervägande, känslomässig tillgivenhet för den anhörige eller för att situationen kräver det (38). Det finns även beskrivet i litteraturen att anhörigvårdarna bara "glider in" i rollen som vårdare (39).

Begreppet närstående definieras enligt Socialstyrelsens term-bank som en *"person som den enskilde anser sig ha en nära relation till"*(40), vilket inte kräver släktskap. I detta arbete används ordet anhörig om patienten och ordet närstående om de personer som står patienten nära.

Synen på närstående har förändrats över tid, från att ha varit bifigurer i patientens vård (1) till att vara en viktig del i vården runt den äldre patienten (41). Att vårdas hemma kan ge goda förutsättningar att arbeta personcentrerat och se hela människan (42).

### **Personcentrerad Omvårdnad**

I internationella jämförelser är Sverige bland de sämsta vad gäller att ta hänsyn till de äldres individuella behov och värderingar, samt att låta patienten vara delaktig i vården (43).

Personcentrerad omvårdnad (PCO) har vuxit fram inom vården för personer med kognitiv svikt för att förbättra omvårdnaden runt dem (44). Detta arbetssätt har även spridit sig till andra delar av sjukvården (45), inte bara i Sverige utan i stora delar av västvärlden (46). Även World



Health Organization (WHO) har antagit PCO som ett sätt att, i vården världen över, bland annat se till att mänskliga rättigheter tillgodoses (47).

Personcentrerad omvårdnad bygger på tre hörnstenar: partnerskap, patientberättelse samt dokumentation (48). PCO ställer krav på sjukvårdspersonalen att vara professionell och kunna kommunicera med patienten på rätt sätt (46). Patientens egen berättelse är viktig för att kunna lära känna denne (41) och utforma vården på ett optimalt sätt (48). Personcentrerad omvårdnad kan också beskrivas som att se det som finns kvar av patientens personlighet istället för det som har försvunnit. Likaså att i vårdsammanhang se patienten som en helhet och bekräfta och bejaka dennes personlighet (42). När ett personcentrerat arbetssätt används är vårdpersonalens uppgift att främja kontinuitet och normalitet i vardagen (46). Sjukvårdspersonalen bör vara till hjälp, stötta och bekräfta patienten genom att sätta denne i centrum och göra patienten delaktig i utformningen av vården (41). Patienten behöver få känna sig accepterad för den han/hon är och ha makt över sitt eget liv. I en litteraturstudie av Olsson et al. framkom att PCO har positiva effekter både på patienternas mående, men också på mätbara värden såsom hur lång tid patienten tillbringade på sjukhuset och samhällets kostnader (49). Att inkludera de närstående i vården runt patienten är en viktig del i det personcentrerade synsättet (50). Det har visat sig att närstående känner sig mer nöjda och mår bättre när personcentrerad omvårdnad används i praktiken (42). I sin doktorsavhandling skriver Sjögren att när ett personcentrerat arbetssätt finns på arbetsplatsen mår personalen bättre och känner mindre stress, likaså mår patienterna bättre och har högre livskvalité (51). Vård i hemmet har visat sig ge goda möjligheter att arbeta personcentrerat och fokusera på personen och inte sjukdomstillståndet. Patienten ges möjlighet att vara delaktig i beslut om den egna personen (42).

### **Organisation och samhällsstruktur**

Det är i lagrummen som landstingens och kommunernas olika ansvar regleras med avseende vilken vård de ska erbjuda sina invånare (52). I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) framgår det att kommunerna får ansvara för sjukvården upp till och med sjuksköterskenivå (53). I januari 2014 genomfördes den så kallade hemsjukvårdsreformen i Östergötland, där kommunerna fick överta ansvaret för Hemsjukvården även i ordinärt boende (54). I och med detta fick kommunsköterskorna uppdraget att utföra mer avancerad vård, såsom infusioner och transfusioner i både ordinärt boende samt på SÄBO. I en utvärdering som gjorts efter hemsjukvårdsreformen framkommer det att vårdcentralernas läkare har svårt att hinna göra hembesök hos de äldre sköra patienterna (55), vilket också framgår i Kirseboms doktorsavhandling (22).

ALMA-teamet gör medicinska bedömningar i hemmet som alternativ till besök på akutmottagningen och/eller inläggning på sjukhus för äldre patienter. ALMA-teamet utgår från Medicinska Specialistkliniken (MSK) vid Lasarettet i Motala (LiM) (56).

### **ALMA-teamets historia och uppbyggnad**

I november 2011 startade ALMA-teamet i västra Östergötland som ett gemensamt projekt mellan primärvården, kommunerna, sjukhusvården samt REHAB väst. Syftet var att öka möjligheterna till medicinsk bedömning för de patienter som har svårt att ta sig till olika vårdinrättningar. Uppdraget var att göra en helhetsbedömning av patienten i dennes hemmiljö eller på SÄBO. I teamets arbetsuppgifter ingår även att göra så kallade slutenvårdsuppföljningar. Det innebär att en sjuksköterska ringer upp personer över 85 år som varit inlagda på lasarettet och gör en uppföljning av dennes hälsotillstånd och vid behov görs hembesök. Teamet är multiprofessionellt med tillgång till dietist och receptarie vid behov. Arbets- och fysioterapeut tillhandahålls av kommunerna. Sedan 2012 är ALMA-teamet en permanent del av verksamheten vid Medicinska Specialistkliniken på LiM. Namnet ALMA-teamet är bara taget för att symbolisera en äldre patient.

Den typiska ALMA-patienten är en äldre person med komplexa vårdbehov där situationen sviktar i hemmet eller på SÄBO. Målet är att göra en snabb bedömning och sedan koordinera rätt vård med berörd personal inom kommunen eller anhörigvårdare. Det som är unikt med ALMA-teamet är att i princip all vård kan ske i hemmet, även infusioner och transfusioner, liksom undersökning, provtagning och EKG (5), vilket andra liknande team inte alltid kan göra (4). Tillgången till medicinsk teknik kan enligt en studie vara en faktor som bidrar till att undvika onödiga sjukhusinläggningar (57).

ALMA-teamet kan dock vid behov skriva in patienten direkt på en vårdavdelning, utan att denne behöver gå via akutmottagningen. När patienten blir ansluten till ALMA-teamet tar de tillfälligt över hela det medicinska ansvaret och när den akuta svikten är över skrivs patienten tillbaka till primärvården (5). Undantaget är patienter som är brytpunktsbedömda vid vård i livets slut. Läkaransvaret är då kvar hos ALMA-teamet tills patienten har avlidit. ALMA-teamet koordinerar ofta vården med Hemsjukvårdens sjuksköterskor, vilket gör att läkare ordinerar och kommunsjuksköterskan utför de givna ordinationerna (58). Rutinen innebär att det är vårdcentralen eller Hemsjukvården som ska höra av sig till ALMA-teamet med en förfrågan om eventuell anslutning. Det får dock inte vara mer akut än att en läkarbedömning kan vänta några timmar (5). Region Östergötland gör förändringar på Lasarettet i Motala under 2016, och ALMA-teamet kommer att utökas från kontorstid till även till helger och kvällar med läkare

och sjuksköterska (59, 60). Vid regionens övriga sjukhus finns det ALMA-team stationerade på akutmottagningarna där äldre tas om hand och får en bättre vistelse på akutmottagningen (61). Landstingspolitikerna diskuterar nu att införa mobila ALMA-team även i övriga länet då de önskar en mer jämlik vård i hela Region Östergötland (62).

Enligt Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) saknas det studier som belyser närståendes perspektiv vid strukturerat omhändertagande av äldre (63), vilket bekräftas av litteratursökningar i flera databaser, Medline, Cinahl, SocIndex, PsychInfo och Academic Search Elite, med både MESH-termer och fritextsökning.

## **Problemformulering**

ALMA-teamets arbetssätt, då patienten kan få avancerad vård i hemmet, är relativt unikt. De besöker patienten istället för att vederbörande besöker akutmottagningen eller vårdcentralen (5). Till skillnad från andra geriatriska team, som följer patienterna en längre tid (29-31), följer ALMA-teamet patienten intensivt under en period, för att sedan skriva ut dem igen, med undantag för palliation (5). Det finns forskare som studerat hemsjukvård i ett palliativt skede (64), men ALMA-teamets verksamhet är bredare än så (5).

Det finns beskrivet hur en geriatrisk bedömning på akutmottagningen i kombination med uppföljningsbesök av geriatriskt team förbättrar livskvalitén för äldre. Denna intervention nådde endast de som sökte vård på akutmottagningen (32). Syftet med ALMA-teamet är att undvika onödiga besök på akutmottagningen och sjukhusinläggningar (5). Detta är ett nytt arbetssätt och finns inte tidigare beskrivet i litteraturen. ALMA-teamets verksamhet är inte utvärderad på annat sätt än med antal anslutningar och andra så kallade hårddata. Det saknas studier av både patienter och närståendes erfarenheter av ett sådant arbetssätt.

## **Syfte**

Syftet med studien var att utifrån närståendes erfarenhet och upplevelse beskriva den vård som deras anhöriga fått av ALMA-teamet i ordinärt boende.

## **Metod**

### **Design**

Studien har en deskriptiv design med kvalitativ ansats (65).

## Urvalsmetod

Många av de som tidigare varit ALMA-anslutna var multisjuka, sköra eller led av kognitiv svikt. Detta gjorde att de själva inte skulle kunna besvara frågorna och ej heller ge sitt informerade samtycke till deltagande (66). Därför valde författarna att utgå från närståendes perspektiv för att få svar på forskningsfrågan, och urvalsmetoden som användes var ett så kallat strategiskt urval (67). Studien var prospektiv, vilket innebär att data inte fanns tillgänglig vid studiens start (68).

Från den 26:e november 2015 till och med 20:e april 2016 erbjöds närstående, till ALMA-anslutna patienter i ordinärt boende, att delta i studien. Under denna tid var arton patienter med närvarande närstående inskrivna i ALMA-teamets vård. Förfrågningarna fortgick till dess att tolv närstående var intervjuade, dock var målet fjorton intervjuer. Inklusionskriterierna för att få delta i studien var att den närstående skulle vara över arton år och svensktalande. Exklusionskriterier var att inte kunna ge informerat samtycke på grund av exempelvis kognitiv svikt (66), eller att endast kommunsköterskan varit i kontakt med de närstående.

**Bortfall:** När närstående ringdes upp av författarna var det tre som avsåg sig medverkan. Två svarade varken i telefon eller på sms. En närstående hade kognitiv svikt och var för skör för att tillfrågas om deltagande.

Studiens slutliga urval bestod av tolv närstående i åldrarna 44-85 år, varav åtta kvinnor och fyra män. Flertalet var barn till patienterna, men även makar, ingifta och syskon fanns representerade. En del kände inte till ALMA-teamet sedan tidigare, andra hade erfarenhet av flera ALMA-anslutningar. Anledningarna till ALMA-anslutningarna var infektionssjukdomar, hjärtsvikt, avtackling och palliation samt läkemedelsrelaterade problem. Patienternas ålder varierade mellan 74 och 100 år. Initiativ till ALMA-anslutningarna togs av Hemsjukvården men också av olika vårdcentraler samt slutenvårdsuppföljning.

## Datainsamlingsmetoder

Insamlingen av data skedde genom semistrukturerade intervjuer, vilket innebar att frågorna var öppna och inte behövde ställas i en viss ordning (69). Denna metod tillåter att författaren ställer frågor och följdfrågor utefter hur samtalet löper, så kallat narrativ (70), vilket är vanligt vid kvalitativ forskning (71). Författarna använde en intervjuguide. Texten var stor och lättläst i punktform och samlad på en A4-sida (69), för att intervjuguiden inte skulle störa under intervjun.

De närstående uppmanades att berätta om all sin tidigare erfarenhet av ALMA-teamet. Intervjuerna spelades in med hjälp av applikationen ”*Dictaphone*” på författarnas telefoner

eller I-pads, efter att den närstående gett sitt samtycke här till. Därefter sparades intervjuerna ner på USB-minnen som förvarades oåtkomliga för obehöriga. Två av intervjuerna skedde via telefon, och då användes högtalarfunktionen på telefonen och ”Dictaphone”-applikationen användes på författarnas I-pads. Under telefonintervjuerna satt författarna i enskilt rum och ingen utomstående kunde höra vad som sades. Intervjuerna var mellan 12 och 62 minuter långa (medelvärdet 32 minuter).

Författarna genomförde var sin provintervju i syfte att utröna om frågorna var adekvata, tidsaspekten var relevant samt att den tekniska utrustningen fungerade. Därtill gavs författarna en chans att komma in i rollen som intervjuare (69). Båda provintervjuerna ingår i resultatet av denna studie.

### **Tillvägagångssätt**

Båda författarna har tidigare arbetat inom Hemsjukvården och de har träffat på ALMA-teamet både i ordinärt- och särskild boende. Det gör att de har en förförståelse för teamets arbetssätt och hur rutinerna runt patienterna fungerar.

Innan studien startade skickades en ansökan om ett rådgivande yttrande till det Forskningsetiska Rådet (FER) vid Gävle Högskola. En förfrågan om tillstånd att genomföra studien på Medicinska Specialistkliniken på LiM skickades till verksamhetschefen, som gav sitt godkännande. Allt detta enligt de riktlinjer som finns för examensarbete på Gävle Högskola (72).

Personalen i ALMA-teamet informerades om syftet med studien vid ett informationsmöte 25:e november 2015 på LiM. De fick både skriftlig och muntlig information i form av PM och informationsbrev om vad som förväntades av dem. ALMA-teamet var sedan behjälpliga med att ge muntlig och skriftlig information om studien till närstående till patienterna i ordinärt boende. De närstående som var intresserade av att få mer information om studien lämnade sitt förnamn och telefonnummer till ALMA-teamet. Detta lades i en för ändamålet avsedd låda på ALMA-teamets sjuksköterskeexpedition, där författarna sedan gick och hämtade dessa lappar. ALMA-teamet fick även en lista att fylla i med de anslutna patienternas namn och om de närstående var tillfrågade samt om de tackade ja till kontakt med författarna, eller uteslutits på grund av exempelvis kognitiv svikt. ALMA-teamet har inte information om vilka närstående som ingick i det slutgiltiga urvalet.

Någon av författarna ringde sedan upp den närstående för att ge mer information om studien och svara på eventuella frågor. Om den närstående gav sitt samtycke fick han eller hon bestämma tid och plats för intervjun så att den kunde ske ostört i lugn och trygg miljö (73). Två

av intervjuerna skedde via telefon då de geografiska avstånden var stora. Övriga intervjuer skedde i de närståendes hem förutom två intervjuer som genomfördes på annan plats efter önskemål från de närstående. Intervjuerna transkriberades av författarna, namn och orter togs bort för att behålla konfidentialiteten då dessa uppgifter inte är relevanta för resultatet. Dialektala uttryck ändrades till rikssvenska för att missförstånd inte skulle uppstå och att ingen skulle kunna identifieras av sitt ordval. Vid transkriberingen användes hörlurar så att ingen utomstående skulle höra vad som sades. Allt skriftligt material lagrades på författarnas privata lösenordskyddade datorer.

## **Dataanalys**

Dataanalysen gjordes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (74). Analysen gjordes induktivt, det vill säga utgångspunkten var textens innehåll (75), vilket rekommenderas av Lauri och Kyngäs (2005) citerad i Elo och Kyngäs, när tidigare kunskap om fenomenet är begränsad (76). Det manifesta innehållet analyserades, det vill säga det som är uppenbart i texten (74).

Intervjutexterna lästes individuellt av författarna flera gånger i enlighet med Danielsson (71). I marginalen skrevs då rubriker ner för att beskriva alla aspekter av innehållet (75, 77, 78). Dessa rubriker var sedan till hjälp när texten delades in i meningsbärande enheter, som inte får vara för korta eller långa då det är svårt att gå vidare i tolkningen och viktiga innebörder kan förloras. Den meningsbärande enheten kondenserades och försågs med en etikett, så kallad kod, och all relevant data kodades (74). Författarna kodade texterna var för sig vid minst två olika tillfällen med studiens syfte i fokus (71), innan de slutligen jämförde kodningarna i syfte att nå konsensus.

Vid den gemensamma kodningen gavs intervjuerna olika textfärg då det sedan under kategoriseringen underlättade för författarna att se att varje kategori innehöll material från flera olika intervjuer. Då liknande data inte bör finnas med i två olika kategorier (71, 74) var differentierade textfärger även till hjälp då det underlättade att kunna spåra intervjuerna bakåt. Likaså om tveksamheter uppstod och för att lättare komma ihåg nyanser under intervjuerna.

Varje underkategori namngavs efter dess innehåll; underkategorier med liknande innehåll bildade sedan en huvudkategori (71). Kategoriseringen gjordes först individuellt av författarna, innan de gemensamt diskuterade till dess att konsensus nåddes, vilket förespråkas av Graneheim et al. (74). Denna process pågick under flera veckors tid för att texten skulle hinna mogna och författarna lättare kunna sammanföra data i mer omfattande kategorier (78, 79). Syftet med att sammanställa kategorier är att kunna beskriva själva fenomenet, öka förståelsen

för det studerade samt generera kunskap (80). Exempel på hur analysen av materialet har gått till återfinns i Tabell 1.

**Tabell 1 Analysprocessens steg**

Text	Kondenserad text	Kod	Underkategori	Kategori
...nej men jag hoppas att det får vara kvar och utökas så att säga.	Hoppas ALMA-teamet finns kvar och utökas.	Önskar utökning	Framtidens ALMA-team	Reaktioner på ALMA-teamets organisation
...och det är skönt när man är svårt sjuk. Att inte behöva ut mer i onödan.	Skönt att slippa åka iväg när man är sjuk	Slippa transport	Tillgänglighet	Fördelar med ALMA-anslutning

Representativa citat från intervjuerna stärker trovärdigheten i den färdiga uppsatsen (74) och citat är tagna ur samtliga intervjuer.

### **Forskningsetiska överväganden**

De närstående som blivit tillfrågade om medverkan i denna studie har informerats både skriftligt och muntligt om frivilligheten i att delta, samt att medverkan kan avbrytas när som helst utan ifrågasättande. Då det fanns tid mellan information och eventuellt intervjutillfälle hade de närstående även tid att hinna fundera på sin medverkan (66).

En etisk riskanalys gjordes för att väga nyttan mot riskerna med denna studie (81). De etiska problem som kan uppstå i samband med en studie identifierades och förebyggdes så mycket som möjligt (65). Då en av författarna började arbeta i samma organisation som ALMA-teamet under senhösten 2015 var önskan att de semistrukturerade intervjuerna kunde påbörjas tidigare under hösten, för att undvika att denne fick dubbla roller (66). På så sätt minskade risken för bias till följd en beroendeställning mellan närstående och författare (82).

Enligt International Council of Nurses´ (ICN) etiska kod bör forskning utföras i syfte att förbättra vården för den enskilde (83). Här erbjöds de närstående till ALMA-teamets patienter att vara behjälpliga med att berätta om sin erfarenhet av ALMA-teamet för att finna förbättringsmöjligheter. För en närstående kan det riva upp känslor att berätta om sina erfarenheter, vilket kan innebära en emotionell påfrestning (66). Författarna var därför beredda på att samtalen kunde bli svåra, men också på andra oförutsedda situationer. Vid negativa erfarenheter fanns beredskapen att informera de närstående om att de kan skriva brev eller ringa till kliniken.

Om den närstående hade kognitiv svikt exkluderades denne då personen kunde ha svårt att förstå innebörden i studien och att ge sitt informerade samtycke. Även tidsåtgången måste

beaktas (66). Därför fick de närstående möjlighet att välja när och var intervjun skulle genomföras. Författarna tog också hänsyn till den så kallade intervju-effekten, vilket innebär att den intervjuade ger de svar som den tror att intervjuaren vill ha (66). Författarna har poängterat för de närstående att negativa uppfattningar inte påverkar vården för deras anhöriga och att det istället kan leda till förbättringar.

Författarna måste ta hänsyn till konfidentialiteten (65), vilket i detta fall betyder att allt intervjumaterial förstörs när examensarbetet är godkänt och klart. Citat presenterades så att ingen kan identifieras. Under skrivprocessens gång var det endast den intervjuande författaren som hade tillgång till de inspelade intervjuerna. När dessa transkriberats hade båda författarna, handledare och examinator tillgång till dem, men inga namn eller orter har nämnts i texterna. Detta för att ytterligare förstärka konfidentialiteten för de närstående, att deras namn och åsikter inte ska kunna spåras (66).

## Resultat

Under analysen av intervjuerna utkristalliserades sig fyra huvudkategorier och totalt elva underkategorier. Huvudkategorierna är *Fördelar med ALMA-anslutning*, *Interaktion*, *Förutsättningar för ALMA-teamets verksamhet* samt *ALMA-teamets organisation*. En översikt av huvud- och underkategorier återfinns i Tabell 2.

**Tabell 2 Översikt av huvudkategorier och underkategorier**

<b>Fördelar med ALMA-anslutning</b>	<b>Interaktion</b>	<b>Förutsättningar för ALMA-teamets verksamhet</b>	<b>ALMA-teamets organisation</b>
Tillgänglighet	Kommunikation	Personalen i ALMA-teamet	Många deltagare på hembesöken
Att vårdas hemma	Information	Samarbete över gränser	Tillfällig anslutning
Trygghet	Bemötande		Framtidens ALMA-team

### Fördelar med ALMA-anslutning

Närstående såg flera fördelar med att patienten var ansluten till ALMA-teamet. Dessa presenteras i underkategorierna *Tillgänglighet*, *Att vårdas hemma* samt *Trygghet*.

#### Tillgänglighet

De patienter som varit ALMA-anslutna har varit multisjuka, sköra och äldre vilket medförde svårigheter för dem att ta sig till sjukvården. Att åka till olika vårdinrättningar kunde göra patienten mycket trött, orolig och i värsta fall förvirrad. Närståendes erfarenhet förmedlade



att det var en fördel att ALMA-teamet kom och gjorde hembesök då det besparade patienterna besvärliga resor och väntetider på akutmottagning eller vårdcentral.

*... och sen när man är hänvisad till färdtjänst och så är det ju väldigt omständligt att ta sig till /.../och sen när man ska hem därifrån så får man vänta på transport. Och sen kan det vara att man medicinerar och behöver ha tillgång till toalett och så ska man åka långa svängar för det är många som ska med den där transporten.- Närstående 7*

De närstående värdesatte att ALMA-teamet fanns tillgängligt dygnet runt. För den som redan var ALMA-ansluten upplevdes det lättare och smidigare att få tag på dem än övriga sjukvården. Däremot framkom det att det kunde vara krångligt att bli ansluten till ALMA-teamet om Hemsjukvården nekade den kontakten.

Genom slutenvårdsuppföljning fångade ALMA-teamet upp äldre patienter i behov av vård och gjorde hembesök.

*Det var en vecka efter (att patienten kom hem från sjukhuset) så ringde sköterskan ifrån ALMA-teamet. Och eh jag blev så snopen när XX sa det att det kommer en läkare imorgon till er sa XX och sköterskor och det. Jag tänkte oh vad bra. – Närstående 8*

Vid behov kunde ALMA-teamet remittera vidare till övriga vården för specifika åtgärder, vilket uppskattades. ALMA-teamets koncept med hembesök gav de närstående möjlighet att till viss del styra tiden för besöket så att de lättare kunde närvara, vilket underlättade för dem.

### **Att vårdas hemma**

Närståendes erfarenhet var att ALMA-teamet fick mer tid för patienten i hemmet, då störningsmoment var färre än på sjukhuset eller vårdcentralen. Samtidigt fick de se hur patienten fungerade i sin hemmiljö. Hembesöken uppskattades mycket och ansågs som en bra idé för äldre som bor hemma. Erfarenheten var att hembesöken till och med kunde vara bättre än ett besök på vårdcentralen. ALMA-teamets besök gav patienterna tillgång till en stor del av den vård de annars skulle fått inom slutenvården, vilket värdesattes av de närstående. Erfarenheten var att ALMA-teamet gjorde en grundlig läkarundersökning och gedigen läkemedelsgenomgång.

*Första gången så gjorde de en ordentlig undersökning. Läkaren lyssnade på lungorna på NN, tog prover och blodtryck. Undersökte NN ordentligt. Sedan tog XX med sig NN:s läkemedelslista för att gå igenom den ordentligt. – Närstående 10*

Undersökningen kunde inkludera till exempel provtagning, blodtryck och EKG. Därefter ordinerades behandlingar, exempelvis läkemedelsförändringar, infusioner, injektioner och transfusioner. De närstående hade positiv erfarenhet av att tekniken går framåt så större delen av vården kunde utföras i hemmet.

*Det var hur bra som helst! (att få blodtransfusion i hemmet) Det var väl roligt! Då fick vi sitta och prata och dricka kaffe lite sådant där du vet! – Närstående 6*

Enligt de närståendes erfarenhet kunde det kännas tryggt, bättre och mer avslappnat att träffa läkaren hemma i stället för på vårdcentralen och kontakten upplevdes mer intim. Å andra sidan kunde det upplevas som en utsatt situation att möta ALMA-teamet i hemmet. Det framkom även erfarenhet av att det inte var någon skillnad mellan hembesök och besök på vårdcentralen. Trots att flera patienter var svårt sjuka fungerade vården i hemmet. När patienterna fick den hjälp de behövde och förbättrades av ALMA-teamets vård uppskattades detta av de närstående. Erfarenheten var till och med att patienten tillfrisknade snabbare tack vare hemmiljön.

*Det var precis på håret att NN blev inlagd alltså, eh och då hade NN säkert blivit sämre tror jag. Jag tror det. Jag tror NN piggade på sig bättre i och med att NN fick vara i hemmiljön. Det tror jag har jättestor betydelse. – Närstående 1*

## **Trygghet**

De närståendes berättelser speglade många positiva erfarenheter av ALMA-teamet och tryggheten i att patienterna varit anslutna, men även negativa erfarenheter framkom. Det var skönt att läkare och sjuksköterska kom hem, gjorde ett besök och fanns där bakom ryggen på familjen, samt tog tag i saker.

*Det var väldigt bra tyckte jag. Så att en kände sig riktigt trygg att man hade gänget då.  
-Närstående 8*

De närstående hade positiva erfarenheter av att ALMA-teamet tänkte framåt och planerade vården därefter. De hade också positiva erfarenheter av att samma läkare gjorde flera hembesök, vilket skapade kontinuitet. Det framkom även att telefonkontakten med ALMA-teamet kunde upphöra när en specifik medarbetare inte var i tjänst, vilket resulterade i besvikelse. Närstående nämnde att de kände förtroende för ALMA-teamet men också att det kan vara sårbart att inte ha möjlighet att välja läkare i fall den som är i tjänst inte inger något förtroende.

Vetskapen om att kunna kontakta ALMA-teamet vid behov förstärkte tryggheten. Likaså hade de närstående positiva erfarenheter av att ALMA-teamet kom med jämna mellanrum och hade kontroll på patientens hälsotillstånd, då det kan svänga fort. ALMA-teamet hade även telefonkontakt med närstående mellan hembesöken, och när sjuksköterskan lovade att ringa upplevdes det positivt. Vetskapen om att ALMA-teamet kan lägga in en patient direkt på en vårdavdelning skapade en trygghet hos de närstående, om vård i hemmet inte skulle räcka för patientens behov.

## Interaktion

Närstående hade olika erfarenheter av interaktionen med ALMA-teamet, vilka redovisas i underkategorierna; *Kommunikation, Information och Bemötande*.

### Kommunikation

De närståendes erfarenhet var att ALMA-teamet samtalar med dem och patienten på ett sätt som är lätt att förstå, samt tar hänsyn till den äldre patienters unika förutsättningar.

*Jag tycker de hade en bra känsla att hantera äldre måste jag säga. De är medvetna om att de hör dåligt /... / De tog det lugnt och sakligt och pratade igenom så de fick återkoppling med själva frågorna och sådana saker också. - Närstående 12*

Det fanns även erfarenhet av att samtalet ibland bedrevs på fackspråk, men också att ALMA-teamet lyssnade och var pedagogiska. Samtalen var strukturerade och upplevdes som ett vanligt professionellt möte med vården. Hörselnedsättning eller kognitiv svikt var faktorer som kunde göra det svårt för patienten att följa med i samtalet, speciellt om läkaren talade tyst. Svårigheter att hänga med i samtalet kunde, enligt närståendes erfarenhet, leda till att patienten kände sig överkörd. De närstående menade dock att ALMA-teamet försökte få med patienten i både diskussion och beslut.

### Information

De närståendes erfarenhet var att ALMA-teamet gav dem mycket bra och tydlig information och de uppskattade när ALMA-teamet tog sig tid att förklara i lugn och ro. Det kunde röra sig om varför vissa symtom uppkommer eller att beskriva hur medicineringen ska skötas. Bland de närstående fanns erfarenhet av att de fått de provsvar de önskat, samt fått dem förklarade för sig. Erfarenheten fanns också att provsvar inte givits dem, å andra sidan framkom det att ALMA-teamet var snabba på att återkoppla information till närstående och patienten.

*Båda (läkarna) har varit väldigt snabba med att redan samma eftermiddag eller förmiddagen därpå ringa och säga att så här är det. Det här har jag kommit fram till och så här tycker jag att vi ska göra. De för en dialog med mig om det, så jag har bara positiva erfarenheter.  
- Närstående 10*

ALMA-teamets besök gav tillfälle till samtal och att ställa frågor, vilket gav de närstående en bra bild av var patienten befann sig i sjukdomen. De närstående hade positiva erfarenheter av att ALMA-teamet återkopplade vad som sagts under mötet när patienten var för sjuk för att vara med i diskussionen. Ärlighet med prognoser och diagnoser uppskattades av närstående.

*Och ärlighet, det är jätteviktigt förstår du vilket läge det än är så är ju ärligheten ju bäst  
- Närstående 4*

Om patienten försämrades ringde ALMA-teamet upp närstående och informerade om detta. Det uppskattades också att ALMA-teamet informerade om planering och gav information om olika alternativ. Å andra sidan fanns även erfarenheten att återkopplingen varit bristfällig. Det framkom förslag på ett specifikt avslutsbesök från ALMA-teamet när patienten var bättre för återkoppling om vad som gjorts under anslutningen.

### **Bemötande**

Erfarenheten hos de närstående var att ALMA-teamets personal var trevliga och hade ett bra bemötande mot både dem och patienten. Första intrycket uppgavs vara viktigt, och när en läkare var ovillig att göra hembesök upplevdes det negativt. Ett bra bemötande vid telefonkontakt uppskattades av närstående, likaså när en förbättring hos patienten uppmärksammades av sjuksköterskan.

De närståendes erfarenhet var att ALMA-teamet lyssnade på och var lyhörda för vad patient och familj hade för önskemål, samt att de höll vad de lovade. ALMA-teamet lyssnade in närstående och patienters åsikter och tog hänsyn till dessa i vården av patienten. Det fanns konsensus kring målet med vården. Exempel på detta var att respektera patientens önskan att få vårdas i hemmet och inte behöva åka in till sjukhus, samt att inte försöka övertala någon att ta emot hemtjänst mot dennes vilja när det fanns andra alternativ.

*Vi hade ju ett samtal att för att NN ville ju inte ehh åka någon stans. NN vill ju vara hemma då. Och det accepterar de ju så att de gör ju det bästa av det så att det ska gå så bra som möjligt här då. – Närstående 4*

ALMA-teamets attityd kunde vara känslig för patienten. Det framkom att vårdpersonal vid något tillfälle uppfattats som otrevlig och omständlig. Å andra sidan fanns även erfarenheten att ALMA-teamets personal var underbar. Närståendes erfarenhet var att en intimare undersökning riskerade att kränka patienten. Likaså uppgavs det att läkarens bemötande av patienten styr hur relationen dem emellan kommer att fungera. När två läkare diskuterade med varandra i mumlande ton upplevdes det negativt. Däremot upplevdes en diskret attityd hos sjuksköterskan positivt. I de närståendes berättelser framkom dock en besvikelse över att vissa symtom inte togs på allvar, speciellt då det visade sig vara tecken på en allvarlig sjukdom. Å andra sidan fanns det erfarenhet av att hembesöken utgick ifrån patientens behov och dennes önsknings, vilket upplevdes viktigt för de närstående.

*Men då känner man att det är NN som är patient och det är NN som ska vara i centrum och så får vi, om man känner att man behöver fråga om något, så det har ju varit jättebra. - Närstående 7*

Det hände att läkaren pratade med patienten innan mötet om denne var för trött för att delta. Då stämde läkaren av med patienten först och gick igenom det som de skulle samtala om för att

ändå låta denne vara delaktig, vilket uppskattades. De närståendes erfarenhet var att ALMA-teamet såg till patientens säkerhet inför undersökningar.

## **Förutsättningar för ALMA-teamets verksamhet**

I de närståendes berättelser framkom två faktorer som var förutsättningar för ALMA-teamets verksamhet. Dels behöver ALMA-teamet kompetent personal, men då de har en begränsad del i patienternas vård krävs det även ett nära samarbete med såväl närstående som vårdgrannar, till exempel Hemsjukvården och Hemtjänsten. Dessa förutsättningar presenteras i underkategorierna: *Personalen i ALMA-teamet* och *Samarbete över gränser*.

### **Personalen i ALMA-teamet**

Att arbeta hemma hos patienter ställer, enligt de närstående, krav på ALMA-teamet. De måste vara uppfinningsrika vid hembesök hos patienten och kunna anpassa sig till olika personer såväl som varierande miljöer. Närstående uttryckte att det inte alltid kan vara lätt att komma hem till okända patienter. ALMA-teamets personal beskrivs av de närstående som kompetenta och engagerade, samt att de förstår den äldre patientens problematik och sjukdomstillstånd.

*Jag tycker de (läkarna) /.../ har varit så där så de verkligen får kontakt, lyssnar och empatiska och bryr sig och jag får den uppfattningen att de båda har varit väldigt kunniga just på äldrevården och äldre människor och förstår problematik och sjukdomsbilder. – Närstående 10*

Enligt de närståendes erfarenhet var det var skönt att få stöd av klok och kompetent personal med kunskaper som de närstående saknade. ALMA-teamet ingav ett stort förtroende hos närstående och de upplevdes bry sig om äldre patienter och tycka om sitt jobb. ALMA-teamet beskrevs som serviceinriktade och ställde upp när patienterna var försämrade.

*En hör så mycket att de gamla skiter de i och sisådär, men (skrattar)... det här var ju nåt annat. Att de liksom tog hand om 'et och gick in för 't. – Närstående 8*

### **Samarbete över gränser**

Närstående hade positiva erfarenheter av att ALMA-teamet och Hemsjukvården samarbetade med varandra, och att de som arbetar med patienten därmed har tillgång till samma information.

*Jag märker ju att de pratar med varandra, för de vet ju. Det går runt liksom – Närstående 8*

Ofta hjälptes Hemsjukvårdens sjuksköterska och ALMA-teamet åt att informera närstående och patienter, vilket enligt närståendes erfarenhet fungerade bra. Det framkom dock att det kunde hända att ingen informerade de närstående om att ALMA-teamet skulle ansluta

en patient, vilket ledde till att närstående blev överrumplade när ALMA-teamet gjorde hembesök.

För att vården i hemmet skulle fungera var patienten ofta tvungen att få hjälp på andra sätt, närstående kunde då vara en viktig resurs. De månade om att stötta patienterna på olika sätt, till exempel att vårda patienten på heltid eller att stötta vid kommunikation med vården då patienten kunde ha svårt att uppfatta allt själv. Det var viktigt för närstående att patienterna fick föra sin talan själv, men vid behov hjälpte de till och det hände att närstående förklarade för patienten efter besöket vad som diskuterats.

De närstående uppskattade att involveras i diskussionen om vården runt patienten. I berättelserna framkom olika upplevelser av delaktighet i vården. Närstående kunde både känna att de litade på vårdpersonalens kunskaper, och lämnade över det medicinska ansvaret, eller önskan att ha en mer aktiv roll i vården. Ett nära samarbete mellan Hemsjukvården och ALMA-teamet kunde leda till att närstående kände sig exkluderade.

*Som sagt, det här med ALMA-teamet var ju konversation med distriktsköterskan, och det kan jag ju förstå på ett sätt i och med att distriktsköterskan sköter medicinerna. Men jag hade som sagt önskat mer kontakt med mig. – Närstående 2*

En lösning på det kunde vara möjligheten för närstående att samtala med ALMA-teamet i enrum vilket upplevdes vara positivt.

*Det blev rätt så trevligt och så kunde doktorn och jag gå iväg till köket och prata och utan att NN hörde det och NN satt med en sköterska då och då kunde läkaren och jag prata mer öppet med varandra än vad vi skulle kunna ha gjort om det hade varit på en vårdcentral. – Närstående 3*

När patienten behövde mer hjälp kunde Hemtjänsten vara involverade. Vid hembesök förekom det att ALMA-teamet uppmärksammade nytt eller utökat behov av omvårdnad och kontakt togs då med biståndshandläggare för utökad hemtjänst eller behov av annat boende. Närstående uttryckte att ALMA-teamet borde vara bra ur kommunens perspektiv, då Hemsjukvården får stöttning på läkarnivå och kan få råd vid läkemedelsbehandling.

## **ALMA-teamets organisation**

I denna kategori återfinns synpunkter på ALMA-teamets organisation och hur det enligt närstående skulle kunna förbättras. Detta presenteras i underkategorierna *Många deltagare vid hembesök*, *Tillfällig anslutning* samt *Framtidens ALMA-team*.

### **Många deltagare vid hembesök**

När ALMA-teamet gjorde hembesök närvarade alltid läkare och sjuksköterska och i de flesta fall även Hemsjukvården. Det hände också att AT-läkare, sjuksköterskestudenter, läkarkandidater och biståndshandläggare samt hemtjänst närvarade vid hembesöken. Som flest

var det sju personer, förutom närstående och patient, på ett hembesök. Det kunde upplevas rörigt med mycket folk när patienten ser eller hör dåligt. Åsikten fanns att det borde räcka med en läkare och sjuksköterska på besöken, även om det fanns en förståelse för att en AT-läkare och studenter behöver följa med.

*Det är ju helt ok att vara tre, AT-läkarna måste ju vara med också. Lite grann alltså kan jag tycka att två kan vara bra när man kommer hem till en person. Det kan jag tycka, så ingen otydlig roll som den tredje har som står på sidan och tittar på bara. Eftersom man ändå kommer hem till någon som har... det handlar ju om det här med integritet och så här, också va att man kommer hem i hemmet och det blir en väldig utsatt situation /... / men samtidigt är det väldigt tryggt och bra och få göra det också att man får ta emot i hemmet. – Närstående 9*

Det fanns hos närstående erfarenhet av att när det var för många på hembesöket riskerade det att kränka patientens integritet, men när vårdpersonalen var tydliga med vilken profession de hade underlättade det. Det kunde också upplevas rörigt när många skulle säga sitt. Å andra sidan kunde det också ses som en fördel med flera personer då dessa var mer observanta på varandras beteende. De närståendes erfarenhet var att de accepterade flera på hembesöket när patientens hälsotillstånd så krävde. Likaså uttryckte närstående att det fungerade bra och kändes tryggt med många på hembesöket, och att det var bra med en samlad kompetens när även Hemtjänsten som arbetar närmast patienten närvarade.

*De samlar ju kompetensen så att det, det blev ju inte massa mellanhänder eller en massa information, för alla var ju med alltså och deltog, så det tycker jag var bra. – Närstående 11*

Då personalen hade olika roller vid hembesöken, vissa var mer delaktiga och andra hade en mer lyssnande roll, kunde det fungera bra med flera personer, och vara roligt när det blev fullt i köket. Det upplevdes också positivt när en person som hospiterade med ALMA-teamet frågade om lov att närvara vid besöket.

### **Tillfällig anslutning**

De närstående hade olika uppfattning om hur länge vården från ALMA-teamet borde pågå. Det uttrycktes å ena sidan erfarenheten att anslutningen var lagom lång och att det fanns en vinst i att kunna skrivas ut då det signalerade att patienten förbättrats. Det kunde också vara skönt att slippa springet av ALMA-teamet efter utskrivningen. Å andra sidan framkom det en önskan om längre anslutning och att ALMA-teamet skulle följa upp till dess patienten återhämtat sig bättre. Åsikten framkom också att ALMA-anslutningen gärna kunde ha skett tidigare. Erfarenheten hos de närstående var att det var lättare att ha kontakt med en instans när patienten var multisjuk, istället för att behöva ringa till olika vårdenheter. De hade önskat att det kunde fortsatt så.

*De (ALMA-teamet) lyssnade och pratade så här: "Jaha..." och de tog in det vi sa och allt det här. Och sen helt plötsligt så kändes det som att "ja men, ska inte ni vara här nu? Vad gör vi då?" Alltså för det blev en trygghet i och med att man har fått höra av sig till så många olika i och med att NN har så olika grejer i kroppen och NN har så mycket sjukdomar. – Närstående 5*

I intervjuerna framkom att de närstående kunde önska en mer kontinuerlig kontakt med ALMA-teamet, förslag fanns att en sjuksköterska kunde hålla kontakt en gång per månad med sköra äldre för att den närstående inte själv skulle behöva ringa.

*Om vi inte hade haft distriktsköterskan så skulle en kontakt från ALMA-teamet, eller det behöver ju inte vara en läkare, det kan ju vara en sköterska därifrån som skulle ringa eller till och med kunna komma då någon gång. Kanske en gång i månaden eller någonting sånt, bara för att kolla läget. – Närstående 10*

Eftersom patienten efter ALMA-teamets insats åter skulle tas om hand av primärvården önskade de närstående en överrapportering till vårdcentralen, så de aktivt kunde följa upp patienten vid behov.

### **Framtidens ALMA-team**

I de närståendes berättelser framkom åsikten att ALMA-teamet borde finnas kvar i sin nuvarande form, då det fungerade bra och därför inte behöver förbättras. De närstående var positiva till att använda sig av ALMA-teamet igen, även om tveksamhet fanns till att alla patienter var av samma åsikt.

I intervjuerna gavs förslaget att det borde göras en ekonomisk kalkyl av ALMA-teamets verksamhet. Då det, enligt närståendes uppfattning, går åt färre resurser vid hembesök jämfört med sjukvårdsbesök borde den vinsten kunna finansiera fler tjänster i ALMA-teamet, trots deras restid. Dessutom skulle en utökning av ALMA-teamet spara platser på sjukhuset, enligt närstående.

Då ALMA-teamet tidigare var okänt för många, kom förslaget att information om dem borde finnas mer tillgänglig för allmänheten, så att fler kunde ta del av verksamheten. Däremot var de närstående osäkra på när informationen skulle ges och av vem. De närstående uttryckte ett förtroende för ALMA-teamets arbetssätt och menade att ännu mer vård borde bygga på hembesök. De närstående nämnde en utökning av ALMA-teamets verksamhet som ett förbättringsförslag med flera team och i alla landsting och regioner.

*... så att det verkar som att de jobbar verkligen hårt för att det ska bli, att mer och mer blir anslutna. Och jag menar att det är väl jättebra om alla landsting, eller regioner som det heter idag, kunde göra det. För då slipper man ju den här överbeläggningen på sjukhus och att folk inte kommer dit för att det finns inte platser och... men det är klart, då måste det ju finnas folk som kan jobba hemma med dem. – Närstående 1*



## **Diskussion**

### **Huvudresultat**

Syftet med studien var att utifrån de närståendes erfarenhet och upplevelse beskriva den vård deras anhöriga fått av ALMA-teamet i ordinärt boende. Det framkom att ALMA-teamets hembesök gjorde vården mer tillgänglig och besparade patienterna besvärliga resor och långa väntetider i sjukvården. De närståendes erfarenheter visade att det kunde vara tryggt att få vara hemma och ha tillgång till avancerad vård i samarbete med kommunal hemsjukvård. Gemensamma besök av ALMA-teamet och Hemsjukvården kunde både upplevas som en trygghet, med samlad kompetens, eller att det blev rörigt framförallt när studenter närvarade. Det fanns hos de närstående en önskan om att ALMA-teamet skulle finnas kvar och utökas, både regionalt och nationellt.

### **Resultatdiskussion**

Enligt de närståendes erfarenhet var den största vinsten att vården kunde ske i hemmet. Detta arbetssätt kan ge goda förutsättningar att arbeta personcentrerat (42), vilket även förespråkas av WHO (47). Det fanns hos de närstående erfarenheter av att ALMA-teamet var lyhörda för deras och patienternas önskemål, samt tog hänsyn till dessa i planeringen av vården, vilket värdesattes. Detta kan liknas vid den första av hörnstenarna i Personcentrerad Omvårdnad, det vill säga partnerskap (48), att få vara delaktig i sin egen vård (41). Detta står i kontrast till att Sverige, i internationella jämförelser, är bland de sämsta på att ta hänsyn till de äldres individuella behov och värderingar (43).

De närstående hade även erfarenhet av situationer när de inte tyckte att samarbetet med ALMA-teamet var optimalt och de nämnde att det kunde vara personbundet hur kontakten fungerade. Att vårdpersonal i olika grad adapterar ett personcentrerat arbetssätt visades i en studie av Alharbi et al. Studien visade att ett år efter införandet av PCO på en vårdavdelning arbetade ännu inte all vårdpersonal efter modellen (84). En orsak kan vara att vårdpersonal tror att de arbetar personcentrerat, fast de i själva verket inte gör det (48). Detta belyser vikten av att vårdpersonal reflekterar över sitt eget beteende med utgångspunkt i patientens bästa (85). Ytterligare en anledning till att det personcentrerade arbetssättet fallerar kan vara stress. Tidsbrist kan resultera i att vårdpersonalen inte tar sig tid att lyssna in patienten, utan istället fokuserar på sjukdomen och inte personen (48). Författarna antar att stress möjligen kan vara en faktor som bidrog till att samarbetet mellan ALMA-teamet och den närstående inte fungerade optimalt, då ALMA-teamet emellanåt har en hög arbetsbelastning. Stora geografiska avstånd ger även långa restider. En förutsättning för att personcentrerad omvårdnad ska fungera

är att vården organiseras på ett sätt som möjliggör ett sådant arbetssätt (46). Å andra sidan finns det beskrivet att ett personcentrerat arbetssätt kan minska stressen hos vårdpersonal (51).

I denna studies resultat framkom att de närstående uppskattade att involveras i diskussionen och vården runt patienten, även om det också fanns önskan om att närstående gärna kunde involveras ännu mer. När PCO används är det viktigt att de närstående inkluderas i vården (50). Likaså lyssnade ALMA-teamet på patienterna och uppmanade dem att berätta om sin upplevelse av situationen. Patientens egen berättelse är viktig för att kunna utforma vården på ett optimalt sätt, vilket är PCO:s andra hörnsten, som bör dokumenteras i patientens journal (48). Författarnas erfarenhet som kommunsjuksköterskor är att ALMA-teamet och Hemsjukvården har skilda journalsystem. Hemsjukvården kan via Nationell Patientöversikt (NPÖ) läsa landstingets journal, om patienten godkänner detta, vice versa fungerar inte. För att vården ska fungera optimalt är det viktigt att aktörerna har tillgång till samlad information om patienten (86). Det är ett problem att landsting och kommun har olika journalsystem (22) då informationsöverföring är ett riskområde för att fel begås i vården (87). Det kan även antas vara ett hinder för personcentrerad omvårdnad då dokumentation är PCO:s tredje hörnsten (48).

De närståendes erfarenhet var dock att informationsgången och samarbetet fungerade bra, även med Hemtjänsten när de närvarade vid besöken. Kontakten dem emellan fortgick även mellan hembesöken, framförallt mellan ALMA-teamet och Hemsjukvården. De närståendes erfarenhet var att ALMA-teamet samarbetade med de olika aktörerna och att personal från Hemsjukvården fick tillgång till samma information som ALMA-teamet hade. Erfarenhet från Australiensisk diabetesvård beskriver kommunikation mellan olika vårdinstanser som en viktig faktor i vården av patienter med komplexa behov. Utan den riskerar vården att bli okoordinerad vilket drabbar patienten (88). Anmodan till samordning mellan olika vårdgivare och huvudmän återfinns i både HSL (53) och SoL (3). Vården behöver samordnas och informationsgången säkras när patienten vårdas av olika utförare, enligt Inspektionen för Vård och omsorg (IVO) (89). Författarnas upplevelse är att alla intentioner till samarbete är positiva då sjukvården idag är fragmenterad.

De närståendes erfarenheter i denna studie var att patienterna i många fall var tvungna att höra av sig till olika vårdinstanser på grund av flera kroniska sjukdomar. Därför uppskattades möjligheten till hembesök från ALMA-teamet och tillgängligheten dygnet runt upplevdes positiv. Socialstyrelsen bekräftar att sköra äldre riskerar att "falla mellan stolarna" när olika aktörer inom vården ansvarar för skilda delar i vård och omsorg (90). PCO förespråkar kontinuitet för patienten genom att vården planeras utifrån patientens genuina behov och resurser (41). Flera olika insatsformer ställer stora krav på samordning och kontinuitet (91).

Likaså konstateras det även att en multisjuk äldre patients väg genom vården är svårare då de har flera diagnoser och symptom (92). Enligt IVO kan patientsäkerheten hotas av denna struktur (89). Det kan vara en av anledningarna till att de närstående framförde önskemål om en mer kontinuerlig kontakt med ALMA-teamet, då de hade det övergripande ansvaret för patienten och var mer lättillgängliga än övriga vården. Författarna har förståelse för behovet av endast en vårdkontakt då det kan vara svårt att navigera i dagens specialiserade sjukvård. ALMA-teamet har dessutom intresse för den geriatriska patienten, vilket inte alltid tycks vara fallet i dagens sjukvård. Vård-personalens engagemang och kunskap är viktiga faktorer för ett personcentrerat arbetssätt (46).

De närståendes erfarenheter visade att samarbetet mellan de olika aktörerna kunde göra att det var många närvarande vid hembesöken, framförallt då även studenter och AT-läkare deltog. Det upplevdes mestadels fungera bra, men det fanns hos de närstående även erfarenhet av att det riskerade att bli integritetskränkande för patienten. Forskning visar att patienter ofta är positiva till att studenter närvarar vid besöken, men vid intimare undersökningar kan patienten vara tveksam till detta (93, 94). För att inte kränka patienters integritet ställs det höga krav på vårdpersonalen att kunna kommunicera med patienten (46, 95). Detta är viktigt då patienter inte alltid vågar säga att de önskar samtala med vårdpersonalen i enrum (96), vilket i sin tur ställer stora krav på vårdpersonalens lyhördhet (83). Genom patientens egen berättelse kan vårdpersonalen lära känna honom/henne (50). Det kan antas att ett gott samspel mellan vårdpersonal och patienten ökar chansen att han/hon vågar delge sina tankar och känslor. En god relation med patienten skapar även en grund för delat beslutsfattande som är en viktig del i personcentrerad omvårdnad (46).

De närstående önskade se en utökning av ALMA-teamets arbetssätt både lokalt och nationellt. Det kan antas vara svårt att genomföra då det är brist på både läkare och sjuksköterskor med specialistkompetens inom geriatrik (97). Därför borde det, enligt författarna, anses viktigt att hitta arbetssätt som möjliggör lärande för studenter, samtidigt som patienten får optimal vård och känner sig bekväm med situationen. Det fanns en förståelse, bland de närstående i denna studie, för att studenter och AT-läkare var närvarande vid hembesöken, och det uppskattades när en person som inte tillhörde ALMA-teamet bad om lov att närvara vid besöket. Det bekräftas av Westberg, som i sin avhandling skriver att sannolikheten att studentens närvaro accepteras av patienten ökar om denne informerats om det i förväg (98).

I denna studies resultat framkom att det kunde hända att läkare diskuterade tyst mellan sig, vilket uppfattades negativt. Det finns beskrivet att när fler vårdpersonal närvarade vid

konsultationen, riskerade det att distrahera och flytta fokus från patienten, vilket kan leda till att flera av patientens frågor förblir obesvarade (99). När ett personcentrerat arbetssätt används är det av vikt att vårdpersonal tar patientens upplevelse av situationen på allvar och tar hänsyn till patienters olika värderingar och behov (46). Bristowe et al. föreslår att vårdpersonal bör tränas i hur de kan behålla patienten i centrum, även när de tillsammans närvarar vid en konsultation (99). De närstående uttryckte att fördelen med fler vårdpersonal på hembesöket var att de hade en ökad observans på varandras beteende. Därför kan det antas att om ALMA-teamet är uppmärksamma och behåller fokus på patienten, kan fördelarna med multiprofessionellt samarbete erhållas, samtidigt som ett personcentrerat arbetssätt bibehålls.

Det var vanligt att Hemsjukvården initierade kontakten med ALMA-teamet, vilket upplevdes positivt av de närstående. Å andra sidan fanns det även erfarenhet att det kunde vara krångligt att anslutas till ALMA-teamet om Hemsjukvården och de närstående inte var överens om behovet av anslutning. Erfarenhet fanns också av att ALMA-teamet ibland borde ha kontaktats tidigare. Då närstående inte själva har befogenhet att kontakta ALMA-teamet, enligt gällande rutin (100), ställer det stora krav på kompetens hos Hemsjukvårdens sjuksköterskor att göra bedömningen om eventuellt behov för att få ett optimalt resultat. Enligt Furåker har sjuksköterskan ett extra stort ansvar när patienten vårdas i hemmet. Det ställer stora krav på sjuksköterskans kunskap för att rätt beslut ska fattas (101). Kirseboms avhandling visar att vidareutbildning och lång yrkeserfarenhet inom kommunal hemsjukvård hos sjuksköterskan kan vara faktorer som bidrar till att minska antalet remitteringar till akutmottagningen (102). Hos Karlstedt et al. framkom behovet av utbildning i geriatrik bland svenska kommun-sjuksköterskor, framförallt hos de unga och de som saknade lång arbetslivserfarenhet (103).

Det finns intentioner från politiskt håll att vård, i allt större utsträckning, ska ske i hemmet enligt Statens Offentliga Utredningar (SOU) och Socialstyrelsen (91, 104). I en ny studie från Umeå universitet framkom att det är mer kostnadseffektivt att vårda svårt hjärtsjuka i hemmet i jämförelse med traditionell sjukhusvård (105), vilket kan antas vara fallet även för äldre sköra patienter med stort vårdbehov. Enligt den etiska plattformen för prioriteringar i vården är dock vården som människovärde och vård efter behov högre prioriterade än kostnadseffektivitet, vilket leder till att det inte enbart går att se till ekonomiska faktorer (106).

De närståendes erfarenheter i denna studie visade att patienterna föredrog att vårdas i hemmet, men å andra sidan kan det även finnas de som inte önskar detta av olika anledningar. En viktig del i det personcentrerade arbetssättet är att låta patienten vara delaktig i utformningen av den egna vården (48). Därför är det viktigt att vårdpersonalen, när det är möjligt, tar hänsyn till patientens önsknings. Enligt Socialstyrelsen läggs äldre sköra patienter i ordinärt boende

oftare in på sjukhus än de som bor på äldreboende (7). Det kan antas ha ett samband med att primärvårdens läkare har svårt att hinna göra hembesök (55, 102), vilket leder till att de äldre söker akutmottagning i stället och då hamnar på fel vårdnivå (104). Detta har kritiserats av IVO (89). Å andra sidan har kommunerna enligt lag endast rättighet att bedriva vård upp till och med sjuksköterskenivå (53) då läkare inte får vara anställda i kommunal hemsjukvård (107). Här kan det antas att ALMA-teamet har ett tomrum att fylla då deras organisation bygger på hembesök hos patienten i samarbete med Hemsjukvården. Det kan även förmodas att omvårdnadsinsatser är en förutsättning för att medicinsk vård ska fungera i hemmet. Socialstyrelsens intention är att genom utbildning öka kompetensen i geriatrik hos personal inom primärvård, både landstingsanluten och kommunal (91).

Möjligheten att få vårdas hemma med tillgång till ALMA-teamet kan skapa en känsla av trygghet, enligt de närståendes erfarenhet. Forskning tyder på att många äldre önskar vård i hemmet så långt det är möjligt (108), vilket även prioriteras i SoL (3). Det fanns, hos de närstående, erfarenhet av att patienterna tillfrisknade bättre tack vare att de vårdades i sin hemmiljö. Detta bekräftas i en studie av Mahler et al., där det framkommer att hemmiljö kan vara hälsofrämjande om patientens perspektiv, resurser och unika behov tas i beaktande (109). Det stämmer väl överens med ett djupt förankrat synsätt i personcentrerad omvårdnad; att se individen bakom sjukdomen (50, 110). Ett personcentrerat arbetssätt bör också främja kontinuitet och normalitet i vardagen för patienten (50), vilket kan antas vara lättare i hemmiljö då vardagen fortlöper utan avbrott på grund av sjukhusvistelse.

Å andra sidan kan människor ha andra uppfattningar om hemsjukvård då det kan upplevas integritetskränkande och störa känslan av att vara hemma (109). Åter andra kan förknippa hemmet med trygghet (34, 111) och uppskatta att vårdas hemma (112). De närståendes erfarenheter i denna studie visade att de kunde känna en trygghet i att veta att patienten kunde, om behov uppstod, läggas in på sjukhusavdelning. Människan har sin egen personliga gräns för när vård i hemmet inte längre är önskvärd och faktorer som spelar in kan exempelvis vara stora förluster av fysiska funktioner (113). En rapport från Socialstyrelsen visar att allt färre äldre patienter blir beviljade plats på särskilda boende, även när önskan om sådant finns (91).

De närståendes erfarenheter visade att ALMA-teamet gjorde en bedömning av hela patients situation, och biståndshandläggare kontaktades vid behov av utökad hemtjänst eller särskilt boende. Då ALMA-teamet består av både läkare och sjuksköterska (100), ger det en möjlighet till en multiprofessionell bild av patienten. *Comprehensive Geriatric Assessment* bygger på multiprofessionellt samarbete för att få en helhetsbild av patienten, och inte bara en medicinsk läkarbedömning (21). Att få ett helhetsperspektiv på patienten och dennes situation

stämmer väl överens med ett personcentrerat synsätt (46, 48, 50).

### **Metoddiskussion**

För att få svar på forskningsfrågan valde författarna att göra en studie med deskriptiv design och kvalitativ ansats (65). Studien var prospektiv, det vill säga data fanns inte tillgänglig när studien planerades (68), för att de närståendes erfarenheter skulle ligga nära i tiden. Urvalsmetoden som användes var ett strategiskt urval (67) då endast närstående till ALMA-teamets patienter kunde ge svar på forskningsfrågan. ALMA-teamet har tidigare försökt intervjua patienter om deras erfarenhet av hembesök, men då flertalet av patienterna var för sjuka eller hade kognitiv svikt avbröts detta.

Alla närstående som uppfyllde inklusionskriterierna, sammanlagt sjutton tycken, blev tillfrågade om deltagande. En av dessa ville inte träffas eller att intervjun spelades in, men efter samtycke intervjuades den närstående per telefon och anteckningar fördes, vilket förespråkas av Bryman (73). Denna intervju ingår inte i sammanställningen av resultatet, men informationen som framkom överensstämmer med övriga intervjuer (114).

Kvalitativ forskningsintervju har fokus på mötet mellan, i detta fall, författare och närstående (69). Intervjuerna gav möjlighet för de närstående att beskriva sina erfarenheter av ALMA-teamets vård. Genom att uppmana till berättandet blir författaren medskapande till texten, så kallat narrativ (70). Datainsamling med hjälp av semistrukturerade intervjuer kräver att författarna har kunskap om området som studeras (69). Författarna är väl förtrogna med att arbeta med äldre patienter i hemmiljö, vilket stärker trovärdigheten (65, 115). Författarnas förförståelse för hur ALMA-teamet arbetar finns beskrivet, vilket stärker pålitligheten (115). Likaså har författarna tidigare samarbetat med ALMA-teamet som kommunsjuksköterskor i både ordinärt och särskilt boende. Det medförde att författarna kunde svara på frågor och för närstående förklara skillnader mellan olika vårdaktörer när behov uppstod.

Författarna genomförde var sin provintervju för att se om frågor och tidsaspekten var relevanta samt att den tekniska utrustningen fungerade (69). Tidsaspekten och den tekniska utrustningen var relevanta, men författarna upplevde att de behövde bli bättre på att be om fördjupade svar och att ställa fler följdfrågor (116). Den tekniska utrustningen finns beskriven, vilket det stärker pålitligheten(115).

Enligt Danielsson är det av vikt att författaren har ett neutralt förhållningssätt under intervjun och passar in i situationen. För att intervjusituationerna skulle vara trygga (69), fick de närstående välja var intervjun skulle äga rum, och åtta valde då det egna hemmet. Två närstående valde dock att träffas på annan plats i samband med att vederbörande ändå var på

besök hos patienten. Överförbarheten stärks av att intervjuernas lokalisation finns beskriven (74). Två av intervjuerna skedde via telefon på grund av de geografiska avstånden. Dessa intervjuer kan betraktas som inte helt fullgoda då författarna inte kunde observera och se kroppsspråket på den närstående, vilket sänker pålitligheten och trovärdigheten (65). Å andra sidan visar Sturges et al. att det inte är någon större skillnad om intervjuerna sker via telefon eller personligt möte (117). Ibland kan det till och med vara lättare att prata om svåra ämnen per telefon då anonymiteten spelar in (73).

Under två av intervjuerna var patienten närvarande. Författaren valde då att fokusera på intervjun och ta situationen som den var (69), istället för att avbryta intervjun. Här finns dock en risk att de närstående inte vågade vara helt ärliga i sina svar. Endast den närståendes svar har sedan analyserats och ingår i det slutliga resultatet i studien.

Antal genomförda intervjuer var tolv, dock var målet fjorton stycken. Alla närstående som uppfyllde inklusionskriterierna har under studietiden blivit tillfrågade om medverkan då stor variation är viktigt (118). Både negativa och positiva erfarenheter har framkommit hos de närstående.

Datainsamlingen pågick under fem månader, vilket gör att författarna har haft god tid att fördjupa sina kunskaper om det fenomen som studerats, vilket enligt Polit et al. stärker trovärdigheten. En längre tidsperiod kan bekräfta samstämmigheten mellan de närståendes erfarenheter, så kallad tidstriangulering, vilket stärker både trovärdigheten och pålitligheten (65). Under transkriberingen uppmärksammade författarna att intervjufrågorna kunde förbättras, vilket gjordes i enlighet med Lantz rekommendation (116), detta stärker trovärdigheten (65). Två olika intervjuare kunde innebära att olika följdfrågor ställdes, men å andra sidan kan svaren få en större variation (70). Författarna har inte återkopplat de enskilda intervjuerna till de närstående för godkännande, vilket sänker trovärdigheten (65). Dock har de närstående erbjudits att ta del av det slutgiltiga resultatet när studien är klar (69).

Författarna genomförde hälften av intervjuerna var och transkriberade dem, vilket stärker pålitligheten (115). Transkriberingen skedde oftast samma dag som intervjun och i undantagsfall någon dag senare, vilket gör att författaren lättare kunde komma ihåg den närståendes kroppsspråk (69). Likaså antecknade författaren i direkt anslutning till intervjun sina känslor, funderingar och upplevelser, vilket stärker pålitligheten och överförbarheten (65).

Transkriberingen av intervjuerna beräknas ha tagit cirka 60 timmar, vilket är en tidsfaktor som spelar in. Dock pågick insamlingen av intervjuerna under fem månaders tid, och bekräftelsebarheten stärks av att tidsperioden är angiven (115). För att förvissa sig om konfidentialiteten har författarna varit noga med att ingen utomstående skulle kunna höra

intervjuerna eller läsa det transkriberade materialet (66). Författarna har undvikit att få dubbla roller, det vill säga har inte träffat patienter eller närstående i egenskap av sjuksköterska, enbart i rollen som författare. Detta minskar risken för bias (82). De närståendes demografi finns redovisad, och författarna har därtill en uppfattning om deras bakgrund, så kallad triangulering, vilket stärker trovärdigheten och bekräftelsebarheten (115), pålitligheten (65) samt överförbarheten (74).

Kvalitativ innehållsanalys användes för att beskriva närståendes erfarenheter av ALMA-teamets arbetssätt (79, 119) samt finna ny kunskap enligt Krippendorff (1980) citerad i Elo och Kyngäs då detta tidigare inte finns beskrivet (76). Analysprocessen är detaljerat beskriven, vilket stärker överförbarheten (74), trovärdigheten (65) samt bekräftelsebarheten (115). Trovärdigheten stärks också av att all relevant data i studien kodades (74). Detta är författarnas första stora gemensamma arbete med kvalitativ innehållsanalys av eget intervjumaterial, vilket kan göra att pålitligheten har påverkas negativt (115) då författarna inte tidigare har gjort liknande intervjuer och analyserat sådant material. Å andra sidan har författarna lång erfarenhet att samtala med patienter för att ta anamnes och hälsosituation.

Huvudkategorier och underkategorier skapades först separat av författarna för att sedan diskuteras till dess konsensus nåddes (74), vilket stärker både trovärdigheten, pålitligheten samt bekräftelsebarheten (65). Likaså stärks trovärdigheten av att handledaren har gett synpunkter under analysarbetet (70). När data samlas in och tolkas av två olika författare kallas detta för forskartriangulering, vilket kan minska risken för bias (65). Å andra sidan kan subjektiva tolkningar av olika forskare innebära att resultatet är giltigt, trots att meningsskiljaktigheter råder (120).

Graneheim et al. påpekar att meningsenheterna inte bör vara för korta eller långa då det kan vara svårt att analysera dem (74). Författarna upptäckte efter att ha kodat och analyserat hälften av intervjuerna att just detta skett. Därför valde författarna att börja om med kodning och analysprocess från början för att vara säkra på att få ett resultat som överensstämde med materialet. Under analysprocessen har varje steg i kodning- och analysarbetet sparats så att författarna hela tiden har haft tillgång till rådata och tankestegen kan följas bakåt, vilket stärker trovärdigheten (65).

Trovärdigheten påverkas av hur väl kategorierna täcker in all data (74). Författarna har flyttat och omgrupperat huvudkategorier och underkategorier ett flertal gånger under analysprocessen för att all data ska inkluderas samt spegla studiens syfte. Detta ökar pålitligheten enligt Kyngäs och Vahanen (1999) citerad i Elo och Kyngäs (76).

Citat stärker trovärdigheten i texten (121, 122) och samtliga intervjuer finns



representerade med citat i resultatet, men de är inte numrerade i kronologisk ordning, för att ytterligare förstärka konfidentialiteten .

### **Kliniska implikationer**

De närståendes erfarenhet var att ALMA-teamets besök besparade patienten krångliga transporter och väntetider då sjukvården kunde ske i hemmet. Arbetssättet med hembesök skulle därför kunna fungera som inspiration för andra regioner i arbetet med att göra vården mer tillgänglig för äldre sköra patienter. Förutsättningarna ser dock olika ut i landet, varför lösningar kan kräva anpassning till den lokala verksamheten.

Fördelen med att ALMA-teamet och Hemsjukvården närvarade samtidigt vid hembesöken var att en helhetsbedömning av patienten kunde göras på plats. Nackdelen kunde dock vara att det blev för många deltagare på hembesöken, framförallt då studenter närvarade. Kommunikation mellan ALMA-teamet och deras samarbetspartners före hembesök skulle kunna förhindra att flera studenter närvarar vid samma tillfälle. Vårdpersonal kan behöva utarbeta strategier för att behålla patienten i centrum, även när flera medlemmar i vårdteamet träffar patienten samtidigt. De närståendes erfarenhet visade att när patient och närstående tillfrågades i förväg om hospiterande personal fick närvara vid besöket sågs det positivt.

### **Förslag till fortsatt forskning**

ALMA-teamet är en relativt ny verksamhet som inte tidigare har utvärderats, varför det är viktigt med ytterligare studier av fler aspekter på vårdformen. Ett område som bör ingå i kommande forskning är patientens egen upplevelse av att vårdas i hemmet. Ytterligare ett område som skulle kunna bidra med intressant information är om det finns patienter som föredrar sjukhusvård framför vård i det egna hemmet, samt anledningarna till detta. Då utvecklingen tycks gå mot att allt större del av vården utförs i hemmet bör det anses viktigt att studera eventuella kontraindikationer för just detta. Då det finns ett framtida ökat behov av geriatrisk vård behöver den ekonomiska aspekten på vård i hemmet studeras närmare.

Hemsjukvårdens uppfattning om ALMA-teamet bör studeras då det skulle kunna belysa aspekter som påverkar samarbetet mellan flera aktörer kring patienten. Likaså finns det behov av forskning på patientens upplevelse av att träffa flera medlemmar ut vårdteamet, inklusive studenter, vid samma tillfälle. Forskning i syfte att finna strategier för att behålla ett personcentrerat arbetssätt med patienten i centrum, trots att flera representanter ur vårdteamet träffar denne samtidigt, borde vara indicerat.

## **Slutsats**

De närståendes erfarenheter var att ALMA-teamets hembesök gjorde vården mer tillgänglig för patienterna och besparade dem besvärliga resor och långa väntetider i sjukvården. Gemensamma besök av ALMA-teamet och Hemsjukvården kunde upplevas både som en trygghet med samlad kompetens eller att det blev rörigt, framförallt med närvarande studenter. Erfarenheter visade att det kunde vara tryggt att få vara hemma och ha tillgång till avancerad vård i samarbete med kommunal hemsjukvård. Genom en medveten strävan att övervinna eventuella hinder, även på organisatorisk nivå, ger ALMA-teamets arbetssätt goda förutsättningar för personcentrerad vård. Det fanns hos de närstående en önskan om att ALMA-teamet skulle finnas kvar och utökas, både regionalt och nationellt.

## Referenser

1. Nordin W. Föreläsningar hållna för Sophiahemets sjuksköterskeelver VI Sjuksköterskelära. 6:e upplagan ed. Stockholm: P. A. Nordstedt & Söners förlag; 1921.
2. Kristensson K. Var det bättre förr?  
<http://www.nordiskamuseet.se/utställningar/gamlingar>; Nordiska Museet; 2014
3. SFS2001:453. Socialtjänstlagen. [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/); Sveriges riksdag.
4. Johnson M. Mobila äldreakuten i Uppsala rycker ut - och spar pengar. Läkartidningen. 2015(112).
5. Gustavsson E-L, Waller A. ALMA-team - arbetsrutiner (NSV)  
<http://www2.lio.se/Startsida/PM-medicinska-o-vardadm/PM-dokument/Primarvarden-NSV/ALMA-team---arbetsrutiner/>; Region Östergötland; 2016
6. World-Health-Organization. Aging and Health  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/2015>
7. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst  
[www.Socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19747/2015-2-51.pdf](http://www.Socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19747/2015-2-51.pdf); Socialstyrelsen; 2015
8. Hubbard RE, Andrew MK, Fallah N, Rockwood K. Comparison of the prognostic importance of diagnosed diabetes, co-morbidity and frailty in older people. Diabetic Medicine. 2010;27(5):603-6.
9. Marengoni A, Rizzuto D, Wang H, Winblad B, Fratiglioni L. Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. Journal of the American Geriatrics Society. 2009;57(2):225-30 6p.
10. Strandberg TE, Pitkälä KH. Frailty in elderly people. Lancet. 2007;369 North American Edition(9570):1328-9 2p.
11. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. Journal of the American Geriatrics Society. 2012;60(8):1487-92 6p.
12. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journal of Gerontology. 2001;56(3):146-56.
13. Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: Position Paper of the European Forum for Primary Care. Quality in Primary Care. 2011;19(6):369-89 21p.

14. Boockvar KS, Meier DE. Palliative care for frail older adults: 'there are things I can't do anymore that I wish I could . . . '. JAMA: Journal of the American Medical Association. 2006;296(18):2245-53 9p.
15. Spichiger E, Müller-Fröhlich C, Denhaerynck K, Stoll H, Hantikainen V, Dodd M. Symptom prevalence and changes of symptoms over ten days in hospitalized patients with advanced cancer: a descriptive study. European Journal of Oncology Nursing. 2011;95-102.
16. Edwards. Improving hospitals and health services delivery - A report on the priorities for strengthening the hospital and health services delivery in the WHO European Region  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/167569/Improving-hospitals-report-FINAL-B.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/167569/Improving-hospitals-report-FINAL-B.pdf)2012
17. De Paepe P, Petrovic M, Outtier L, Van Maele G, Buylaert W. Drug interactions and adverse drug reactions in the older patients admitted to the emergency department. Acta Clinica Belgica. 2013;68(1):15-21.
18. Strømgaard S, Rasmussen SW, Schmidt TA. Brief hospitalizations of elderly patients: a retrospective, observational study. Scandinavian Journal Of Trauma, Resuscitation And Emergency Medicine. 2014;22:17-.
19. Kihlgren AL, Nilsson M, Skovdahl K, Palmblad B, Wimo A. Older patients awaiting emergency department treatment. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2004;18(2):169-76.
20. Olofsson P, Carlström ED, Bäck-Pettersson S. During and beyond the triage encounter: Chronically ill elderly patients' experiences throughout their emergency department attendances. International Emergency Nursing. 2012;20(4):207-13 7p.
21. Statens Beredning för medicinsk Utvärdering. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus - med fokus på sköra äldre  
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Omhändertagande-av-aldre-som-inkommer-akut-till-sjukhus--med-fokus-pa-skora-aldre/2013>
22. Kirsebom M. Mind the gap - Organizational factors related to transfers of older people between nursing homes and hospital care: Uppsala; 2015.
23. Socialstyrelsen. Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre - Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19292/2013-12-18.pdf>; Socialstyrelsen; 2013
24. Warren M. Care of the chronic aged sick. Lancet. 1946;1:841-3.
25. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(7).

26. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition)*. 2011;343(7832):1034-.
27. Statens Beredning för medicinsk Utvärdering. Organisering av vård och omsorg för de mest sjuka äldre – en kartläggning av översikter. In: utvärdering Sbf som, editor. [http://www.sbu.se/SoS\\_20123132012](http://www.sbu.se/SoS_20123132012).
28. Deschodt M, Flamaing J, Haentjens P, Boonen S, Milisen K. Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*. 2013;11(1):1-13.
29. Oh KM, Warnes AM, Bath P. Effectiveness of a rapid response service for frail older people. *Nursing Older People*. 2009;21(5):25-32.
30. Beck RA, Arizmendi A, Purnell C, Fultz BA, Callahan CM. House Calls for Seniors: Building and Sustaining a Model of Care for Homebound Seniors. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(6):1103-9.
31. Melis RJF, van Eijken MIJ, Teerenstra S, van Achterberg T, Parker SG, Borm GF, et al. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*. 2008;63A(3):283-90.
32. Berglund H, Hasson H, Kjellgren K, Wilhelmson K. Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled study. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(7/8):1079-90.
33. Ekdahl AW, Wirehn A-B, Alwin J, Jaarsma T, Unosson M, Husberg M, et al. Costs and Effects of an Ambulatory Geriatric Unit (the AGE-FIT Study): A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16(6):497-503 7p.
34. Öhlander M, editor. Vårdighet och demens: en analys av identitetsvärdighet och värdighetsarbete i ett gruppboende. 1:1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2010.
35. Almquist E. Föreläsningar hållna för Sophiahemmets Sjuksköterskeelever V Hygien. 6:e upplagan ed. Stockholm: P. A. Nordstedt & Söners Förlag; 1921.
36. Socialstyrelsen. Anhöriga som ger omsorg åt närstående - Omfattning och konsekvenser. Stockholm; 2012.
37. Socialstyrelsen. Anhörigstöd - Information till anhörig, -brukar och patientorganisationer <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19596/2014-11-14.pdf>2014

38. Dunér A. Motives, experiences and strategies of next of kin helping older relatives in the Swedish welfare context: A qualitative study. *International Journal of Social Welfare*. 2010;19(1):54-62.
39. Ekman S-L, Eriksdotter-Jönhagen M, Fratiglioni L, Graff C, Jansson W, Kivipelto M, et al. *Alzheimer*. Stockholm: Karolinska Institutet University press; 2011.
40. Socialstyrelsen. Termbank <http://termbank.socialstyrelsen.se/?fTerm=a2016>
41. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R. Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(17/18):2611-8.
42. Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*. 2008;7(4):362-7.
43. Myndigheten för Vårdanalys. Vården ur patienternas perspektiv - Jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder. <http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2014/2014-11-V%c3%a5rden%20ur%20patienternas%20perspektiv.pdf>: Myndigheten för vårdanalys; 2014
44. Kitwood T. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press; 1997.
45. Svensk Sjuksköterskeförening s. Personcentrerad vård [http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80\\_26nov\\_OM%20Personcetrerad.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OM%20Personcetrerad.pdf): Svensk sjuksköterskeförening; 2010
46. McCormack B, Borg M, Cardiff S, Dewing J, Jacobs G, Janes N, et al. Person-centredness - the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*. 2015;5:1-15.
47. World-Health-Organization. *People-Centred Health Care - A Policy Framework* [http://www.wpro.who.int/health\\_services/people\\_at\\_the\\_centre\\_of\\_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf2007](http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf2007)
48. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011;10(4):248-51.
49. Olsson L-E, Jakobsson Ung E, Swedberg K, Ekman I. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(3/4):456-65.

50. Ruggiano N, Edvardsson D. Person-Centeredness in Home- and Community-Based Long-Term Care: Current Challenges and New Directions. *Social Work in Health Care*. 2013;52(9):846-61.
51. Sjögren K. Personcentrerad vård i särskilda boenden för äldre. Umeå: Umeå Universitet; 2013.
52. Bäck H, Erlingsson G, Larsson T. Den svenska politiken - Struktur, processer och resultat. 4:1 ed. Stockholm: Liber; 2015.
53. SFS1982:763. Hälsa- och sjukvårdslag (1982:763). <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm>: Sveriges Riksdag.
54. Ohlson U. Hemsjukvårdsreformen <http://www.regionostergotland.se/Halsa-och-varld/Fakta-och-rad/Hemsjukvardsreformen/>: Region Östergötland; 2015
55. Törnvall E, Yngman-Uhlin P, Andersson A, Larsson B. Vårdpersonalens erfarenheter av hemsjukvårdsreformen i Östergötland. In: Östergötland R, editor. 2015:9: FoU-enheten Region Östergötland; 2015.
56. Sörbin K. Medicinska Specialistkliniken <http://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Verksamheter/Narsjukvarden-i-vastra-Ostergotland/Medicinska-specialistkliniken-i-Motala/#>: Region Östergötland; 2015
57. Lamb G, Tappen R, Diaz S, Herndon L, Ouslander JG. Avoidability of Hospital Transfers of Nursing Home Residents: Perspectives of Frontline Staff. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(9):1665-72.
58. Motala\_kommun. Hemsjukvård <http://www.motala.se/Invanare/Stod-och-omsorg/Hemsjukvard/2015>
59. Petersson S. Måste få in folk snabbare. *Motala och Vadstena Tidning*. 2015.
60. Carlqvist M. 6 miljoner kronor till mobila ALMA-teamet vid Lasarettet i Motala <http://www.regionostergotland.se/Nyhetsarkiv/Nyheter-2015/6-miljoner-kronor-till-mobila-ALMA-teamet-vid-Lasarettet-i-Motala/2015>
61. Westin J. Alma-teamen ser till att de äldre akutpatienterna får rätt omvårdnad <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2012/maj/alma-teamen-ser-till-att-de-aldre-akutpatienterna-far-ratt-omvardnad/>: Vårdfokus; 2012
62. Sjöstrand F, Käcker L. Inrätta mobila ALMA-team i hela länet för en mer jämlik vård <http://www.regionostergotland.se/Demokrati-och-insyn/Politisk-styrning/Majoritet-och-opposition/Politisk-opposition/Pressmeddelanden-fran-oppositionen/Inratta-mobila-ALMA-team-i-hela-lanet-for-en-mer-jamlik-varld/2015>
63. SBU SBfmu. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus - med fokus på sköra äldre <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Omhandertagande-av-aldre-som-inkommer-akut-till-sjukhus--med-fokus-pa-skora-aldre/2013> [

64. Guerriere DN, Zagorski B, Coyte PC. Family caregiver satisfaction with home-based nursing and physician care over the palliative care trajectory: Results from a longitudinal survey questionnaire. *Palliative Medicine*. 2013;27(7):632-8.
65. Polit DF, Tatano-Beck C. *Essentials of nursing research - appraising evidence for nursing practice*. 4th edition ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2014.
66. Kjellström S, editor. *Forskningsetik*. 1:1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2012.
67. Henricson M, Billhult A, editors. *Kvalitativ design*. 1:1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2012.
68. Billhult A, Gunnarsson R, editors. *Kvantitativ studiedesign och stickprov*. 1:1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2012.
69. Danielsson E, editor. *Kvalitativ forskningsintervju*. 1:1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2012.
70. Lundman B, Hällgren Graneheim U, editors. *Kvalitativ innehållsanalys*. 2:1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2012.
71. Danielsson E, editor. *Kvalitativ innehållsanalys*. 1:1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2012.
72. Högskola FrG. Forskningsetiska rådet  
<http://www.hig.se/Ext/Sv/Forskning/Forskningsorganisation-kontaktuppgifter/Forskningsetiska-radet.html>; Gävle Högskola; 2015
73. Bryman A. *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2:6 ed. Stockholm: Liber AB; 2014.
74. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
75. Hsieh HF, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15:1277-88.
76. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(1):107-15 9p.
77. Burnard P. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*. 1996;16:278-81.
78. Burnard P. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*. 1991;11:461-6.
79. Downe-Wamboldt B. Content analysis: method, applications and issues. *Health Care for Women International*. 1992;13:313-21.



80. Cavanagh D. Content analysis: concepts, methods and applications. Nurse Researcher. 1997;4:5-16.
81. Hermerén G. Kunskapens pris. Stockholm: Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet; 1996.
82. Billhult A, Gunnarsson R, editors. Analytisk statistik. 1:1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2012.
83. sjuksköterskeförening S. ICN:s Etiska kod [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf); Svensk sjuksköterskeförening; 2014
84. Alharbi TSJ, Carlström E, Ekman I, Jarneborn A, Olsson L-E. Experiences of person-centred care - patients' perceptions: qualitative study. BMC Nursing. 2014;13:28-.
85. Bie K. Reflektionshandboken. 1:4 ed. Malmö: Gleerups Utbildning AB; 2009.
86. Sävenstedt S, Florin J, editors. Informations- och kommunikationsteknik. 1:2 ed. Lund: Studentlitteratur; 2013.
87. Öhrn A, editor. Säker vård. 1:1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2013.
88. Maneze D, Dennis S, Huei-Yang C, Taggart J, Vagholkar S, Bunker J, et al. Multidisciplinary care: experience of patients with complex needs. Australian Journal of Primary Health. 2014;20(1):20-6.
89. IVO. Äldre efterfrågar kontinuitet-Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre- slutrapport 2013 <http://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/aldre-efterfragar-kontinuitet---nationell-tillsyn-av-var-d-och-omsorg-om-aldre--slutrapport-2013/2013>
90. Socialstyrelsen. Att ta fram ett vård och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre- stöd för vård-och omsorgsgivare, kommuner, landsting och regioner <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18841/2012-10-2.pdf>; Socialstyrelsen; 2012
91. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre - lägesrapport 2016 <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20088/2016-2-29.pdf2016>
92. Socialstyrelsen. Väntetider och patientens väg genom vården – exempel multisjuka äldre Delrapport juni 2013 <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19158/2013-6-34.pdf2013>

93. Choudhury TR, Moosa AA, Cushing A, Bestwick J. Patients' attitudes towards the presence of medical students during consultations. *Medical Teacher*. 2006;28(7):198-203.
94. McLachlan E, King N, Wenger E, Dornan T. Phenomenological analysis of patient experiences of medical student teaching encounters. *Medical Education*. 2012;46(10):963-73 11p.
95. Tabloski PA. *Gerontological Nursing*. Third ed. Upper Saddle River, New Jersey 07458: Pearson Education Inc.; 2014.
96. Price R, Spencer J, Walker J. Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations? *Medical Education*. 2008;42(4):374-81.
97. Socialstyrelsen. Ökat behov av sjuksköterskor och specialistläkare <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2015februari/okatbehovavsjukskoterskoro-chspecialistlakare2015>
98. Westberg K. *Informed consent and clinical training of medical students - empirical studies of the effects of informing patients in advance*. Umeå: Umeå Universitet; 2005.
99. Bristowe K, Patrick PL. Do too many cooks spoil the broth? The effect of observers on doctor-patient interaction. *Medical Education*. 2012;46(8):785-94 10p.
100. Gustavsson E-L, Waller A-L. ALMA-team - Arbetsrutiner för primärvårdens distriktsläkare samt kommunsjuksköterskor <http://vardgivarwebb.lio.se/PM-medicinska-o-vardadm/PM-dokument/Primarvarden-NSV/ALMA-team---arbetsrutiner/>; Närsjukvården i västra Östergötland; 2014
101. Furåker C. Registered nurses' views on competencies in home care. *Home Health Care Management & Practice*. 2012;24(5):221-7.
102. Kirsebom M. Mind the gap- organizational factors related to transfers of older people between nursing homes and hospital care. <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:843829/FULLTEXT01.pdf>; Uppsala; 2015.
103. Karlstedt M, Wadensten B, Fagerberg I, Pöder U. Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015;29(2):307-16.
104. Statens Offentliga Utredningar. *Effektiv vård - Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. In: Riskdag S, editor. <https://data.riksdagen.se/fil/83B0EB25-6252-468A-907F-A84E9BA613D12016:2>.

105. Sahlen K-G, Boman K, Brännström M. A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: Based on a randomized controlled trial. *Palliative Medicine*. 2016;30(3):296-302 7p.
106. Riksrevisionen. Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården [http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/560/RiR\\_2004\\_9.pdf](http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/560/RiR_2004_9.pdf): Riksrevisionen; 2004
107. Statens Offentliga Utredningar. Kommunliserad hemsjukvård. <http://www.regeringen.se/contentassets/1bb6a8565d0c40959035a1fa8106ef7b/kommunaliserad-hemsjukvard-sou-2011552011:55>.
108. Socialstyrelsen. Allt färre sjuka äldre bor på äldreboende <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2015februari/alltfarresjukaaldreborpaaldreboende2015>
109. Mahler M, Sarvimäki A, Clancy A, Stenbock-Hult B, Simonsen N, Liveng A, et al. Home as a health promotion setting for older adults. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014;42(15):36-40 5p.
110. Edvardsson D, Varraihon P, Edvardsson K. Promoting Person-Centredness in Long-Term Care An Exploratory Study. *Journal of Gerontological Nursing*. 2014;40:46-53.
111. Dahlin-Ivanoff S, Haak M, Fänge A, Iwarsson S. The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2007;14(1):25-32 8p.
112. Söderberg A, Karlsson MR, Löfvenmark C. Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjärtsvikt som får avancerad sjukvård i hemmet...Experience of security and insecurity among patients with heart failure in advanced home care. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2015:203-9 7p.
113. Harrefors C, Sävenstedt S, Axelsson K. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: An interview study with healthy elderly couples in northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(2):353-60.
114. Ejlertsson G. Statistik för hälsovetenskaperna. 2:2 ed. Lund: Studentlitteratur; 2012.
115. Wallengren C, Henricsson M, editors. Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. 1:1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2012.
116. Lantz A. Intervjumetodik. 3:1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2013.
117. Sturges J, Hanrahan K. Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing: a Research Note. *Qualitative Research*. 2004;4(1):107-18.
118. Yin R. Kvalitativ forskning från start till mål. 1:1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2013.

119. Sandelowski M. Qualitative analysis: what it is and how to begin? *Research in Nursing & Health*. 1995;18:371-5.
120. Sandelowski M. Focus on qualitative methods. The call to experts in qualitative research. *Research in Nursing & Health*. 1998;21(5):467-71.
121. Sandelowski M. Theory unmasked: the uses and guises of theory in qualitative research. *Research in Nursing & Health*. 1993;16:213-8.
122. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park: Sage Publications; 1990.