



FoU SJUHÄRAD  
VÄLFÄRD

# Det måste få ta tid

Metoder och synsätt i patientarbetet  
vid Äldrepsykiatriska teamet, Södra Älvsborgs Sjukhus

---

Lars Rönmark



RAPPORT NR 30, 2013  
ISBN 978-91-85025-26-8

*Redigering*  
PIA MATTZON, FoU SJUHÄRAD VÄLFÄRD

*Tryck*  
RESPONSTRYCK, NOVEMBER 2013

# Det måste få ta tid

Metoder och synsätt i patientarbetet  
vid Äldrepsykiatriska teamet, Södra Älvsborgs Sjukhus

---

FoU Sjuhärad Välfärd | *Slutrapport*

*Författare*

Lars Rönmark

© **Författarna**

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport  
– helt eller delvis – är förbjudet utan medgivande av författarna.



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

FoU Sjuhärad Vårld | Rapport nr 30, 2013

1. Inledning.....	7
2. Presentation av Äldrepsykiatriska teamet .....	9
3. Undersökningens design.....	11
4. Schematisk ärendegång.....	23
5. Fallbeskrivning "Valborg" .....	27
6. Fallbeskrivning "Elsa" .....	37
7. Fallbeskrivning "Arne" .....	45
8. Hembesök som koncept .....	63
Referenser.....	77
Förkortningar .....	78
Bilagor – Intervjuguider för sjuksköterskor, doktor, samordnare och avdelningschef för Äldrepsykiatriska teamet .....	79



# 1. Inledning

## Bakgrund

Psykisk ohälsa bland äldre dödar. Varje år tar cirka 400 människor i åldern 65 år och däröver sitt liv. Tecknen på ett förestående självmord är ofta diffusa och därför lätta att förbigå i vården (Gulmann 2003, s.135). Socialstyrelsen (2012) uppskattar att 12–15 procent av befolkningen över 65 år lider av depression, men bara en tredjedel av behandlingsbar depression upptäcks inom vården (Gulmann 2003, s.134). Förekomsten av depression hos gamla som bor på särskilt boende eller sjukhem beräknas vara 30–40 procent (Gottfries 1997, s.6). Utbredningen av ångestsjukdomar bland personer äldre än 65 år uppskattas till 5–10 procent och psykosjukdomar beräknas drabba 3–4 procent av den äldre befolkningen.

Socialstyrelsen konstaterar att psykiskt sjuka äldre medborgare missgynnas och inte får tillgång till evidensbaserad och adekvat psykiatrisk vård i samma utsträckning som yngre medborgare (Socialstyrelsen 2012, s.7). Socialstyrelsens utredning (2012) konkluderar att kunskapen inom specialistpsykiatri måste ökas liksom att specialistpsykiatri behöver fungera som kunskapsförmedlare till primärvården och de specialiserade somatiska klinikerna.

För att möta äldre multisjukas behov av vård och behandling öppnades 2003 en specialistverksamhet för äldrepsykiatri vid Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås (i försättningen SÄS). Äldrepsykiatriska teamet (ÄP-teamet i fortsättningen) har växt sedan dess och idag finns fem sjuksköterskor och en fast knuten psykiatriker samt sekreteraresurser på deltid. Vid sidan av ÄP-teamet finns sedan 2009 en vårdavdelning för äldre med sex platser vid Vuxenpsykiatriska kliniken på SÄS.

Efter en ansökan om utvecklingsmedel från klinikens verksamhetschef Bengt-Arne Andersson, beviljade Socialstyrelsen medel för en undersökning av ÄP-teamets uppdrag, programteori och arbetsätt. Dessa medel placerades hos FoU Sjuhärad Valfärd, som gav fil. dr. Lars Rönnmark och fil. mag. Lolo Lebedinski i uppdrag att planera och genomföra undersökningen.

## Undersökningens syfte

Vi ser den aktuella undersökningen som en fallstudie, där vi i tre steg undersöker ÄP-teamet, dess patientarbete och dess relationer till vårdgrannar. Studiens undersökningsenhet är ÄP-teamet, dvs. en social enhet med ett visst uppdrag och mandat inbäddad i en större organisation och med aktiviteter på ett särskilt socialt fält med patienter, anhöriga och andra aktörer.

Denna rapport redovisar ÄP-teamet och dess patientarbete från ett personalperspektiv, dvs. ett inifrånperspektiv. Tanken är att i fortsatta undersökningar komplettera med belysning av ÄP-teamet ur patient-/brukarperspektiv och ur vårdgrannars perspektiv, i syfte att få fram en mer heläckande och nyansrik bild av ÄP-teamets arbetssätt och funktioner. Dessa avgränsningar har lett fram till undersökningens syfte att beskriva, analysera och utvärdera uppdrag, programteori och arbetssätt vid äldrepsykiatriska teamet ur personalens perspektiv och i ett handlingsorienterat forskningssamarbete med personalen.

## Rapportens uppläggning

I rapportens kapitel 2 presenteras ÄP-teamet i en översiktlig beskrivning. Kapitel 3 handlar om undersökningsdesign och hur undersökningen har genomförts. Vi ser en tydlig strukturell likhet mellan den kvalitativa fallstudien som forskningsmetod och metodiken i ÄP-teamets patientarbete.

I kapitel 4 beskrivs schematiskt ärendegången vid ÄP-teamet och kopplas till ÄP-teamets programteori.

Kapitel 5–7 presenterar tre fallbeskrivningar. Syftet är att läsaren ska få en inblick i teamets patientarbete. Fallen är presenterade på olika sätt, som bland annat avspeglar variationen i patientarbetet, men också olika tekniska sätt att göra fallbeskrivningar. Fallen är rätt så detaljerade och tanken med det är att ge läsaren tillgång till information för alternativa tolkningar och reflektioner än de som redovisas efter varje fallbeskrivning. Det finns alltså en heuristisk tanke med fallbeskrivningarna.

I kapitel 8 – hembesök som koncept – karaktäriseras och problematiseras ÄP-teamets arbetssätt. Arbetssättet diskuteras i relation till bland annat tid, helhet, relation och patientens vardagsvärld.



## 2. Presentation av Äldrepsykiatriska teamet

Äldrepsykiatriska teamet vid SÄS startade 2003 med uppdraget att arbeta med ”äldre över 70 år som har nyinsjuknat i psykisk ohälsa och har behov av specialistpsykiatriska insatser”. Teamets uppgift är att bistå nyinsjuknade patienter och man vänder sig alltså *inte* till äldre patienter som redan har kontakt med specialistpsykiatri. Man arbetar *inte* heller med demensutredning och demensbehandling, utan detta arbete sker främst i primärvården i enlighet med ett gemensamt, av primärvård och SÄS framtaget, demensvårdprogram.

ÄP-teamets upptagningsområde omfattar tio kommuner i södra Älvsborg: Alingsås, Borås, Bollebygd, Herrljunga, Lerum, Mark, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn och Vårgårda. Området har omkring 300 000 invånare.

Till ÄP-teamet kommer årligen omkring 200 remisser. 70–75 procent av patienterna remitteras av primärvårdsläkare, de allra flesta från offentliga vårdcentraler. Resterande 25–30 procent kommer från sjukhusens psykiatriska och somatiska vårdavdelningar med önskemål om uppföljande kontakt efter ineliggande vård. Remisser kommer även från psykiatriska akutmottagningen. Det finns inget direktförfarande för remittering från hemsjukvården, utan dessa ärenden remitteras via respektive vårdcentralsläkare.

ÄP-teamet består av fem specialistsjuksköterskor i psykiatri, en erfaren psykiater på 40 procent samt en sekreterare på halvtid. En av teamets sjuksköterskor har uppdrag som samordnare på 90 procent och ägnar resterande 10 procent till patientarbete. Avdelningschefen och sekreteraren har sina arbetsplatser i andra lokaler än teamet, och avdelningschefen delar sin chefstid mellan ÄP-teamet och psykiatriska klinikkens akutvårdsmottagning. ÄP-teamets resurser har stärkts väsentligt sedan öppningen 2003, då det fanns tre specialistsjuksköterskor och teamet saknade egen doktor.

Teametsköterskorna har en lång livs- och yrkeserfarenhet. Flera av dem började sin yrkesbana som mentalskötare eller som undersköterskor inom äldreomsorgen, och har vidareutbildat sig till specialistsjuksköterskor inom psykiatrin.

På Vuxenpsykiatriska kliniken finns en vårdavdelning med 6–7 vårdplatser för äldre med psykiatrisk diagnos. ÄP-teamets samordnare leder vårdavdelningens personal i äldrepsykiatriska frågor. Sjuksköterskor från ÄP-teamet deltar vid sittronderna på vårdavdelningen och ger utifrån expertkunskaper råd i patientärenden. Det händer att ÄP-teamet tar över patienten efter avslutad vårdtid på avdelningen, och då finns det redan en kontakt som gör övergången smidig.

Teamet bedriver en omfattande kunskapsspridning kring äldrepsykiatriska frågeställningar. De senaste åren har närmare 2 800 personer informerats om ÄP-teamets arbete och 520 personer har under 2012 utbildats i ämnet depression hos äldre. Under de senaste åren har omkring 2 300 yrkespersoner utbildats i ämnet. En dag i veckan ges telefonrådgivning i äldrepsykiatriska frågor till vårdgrannar. Av årsberättelsen framgår att man 2012 utbildat 523 personer, t.ex. omvårdnadspersonal inom hemsjukvård och hemtjänst, biståndsbedömare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, studerande vid yrkesinriktad gymnasieutbildning, studenter på distriktssjuksköterskeprogrammet samt sjuksköterskestudenter på praktik. Den här uppräknningen visar ett axplock av utbildningar och yrken som också möter äldres psykiska ohälsa, och som ÄP-teamet samarbetar med i patientarbetet. Utbildningsverksamhet är ett sätt att bereda marken för kommande yrkessamarbete.

### 3. Undersökningens design

Med forskningsdesign menas ett metodiskt och systematiskt sätt att ta sig an en forskningsuppgift. ”I dagligt tal är forskningsdesign en logisk plan för hur man ska ta sig från *här* till *där*”, skriver Robert Yin (2007, s. 39). Med ’här’ menas de frågeställningar som riktar in undersökningen, och med ’där’ menas slutsatser och svar.

Här utlovas undersökning av ÄP-teamets uppdrag, programteori och arbetssätt. Tonvikten läggs på arbetssätt och mer specifikt personalens sätt att återge och reflektera kring patientarbetet.

Undersökningens ’där’ är ett kluster av slutsatser som vi drar av insamlade data. Slutsatserna beskriver aspekter av det ÄP-teamet gör och hur teamet reglerar sig och fungerar i sin miljö. Dessa relateras till varandra och bildar en teori om ÄP-teamet. I kapitel 8 kan läsaren ta del av undersökningens ’där’.

#### ÄP-teamets sociala fält

I den här studien söker vi kunskap om ÄP-teamet. ÄP-teamet vänder sig till en specifik målgrupp – äldre över 70 år som nyinsjuknat i psykisk ohälsa och har behov av specialistpsykiatriska insatser. Dess personal har specifik utbildning och man har över åren utvecklat ett arbetssätt med en unik kunskaps- och metodbas och en specifik patientsyn. Yrkespraktiken är inbäddad i en sociokulturell kontext och kringgärdad av sjukvårdens specifika regelverk och organisationers allmänna regelverk och logik.

Det som förefaller vara mest intressant att beskriva och förstå är teamets måluppfyllande aktiviteter, dvs. det direkta och indirekta patientarbetet. Men för att kunna utföra patientarbete behöver teamet ha ett uppdrag och resurser, som man fått genom vuxenpsykiatriska kliniken vid SÄS, och man behöver samarbeta med andra aktörer på ”vård- och omsorgsfältet” samt med patienten och anhöriga.

Begreppet fält är hämtat från sociologen Pierre Bourdieu. Välfärdsstaten är med Bourdieus synsätt sammansatt av ”en räckta relativt autonoma fält, vart och ett med sin specifika logik, sina kamper om positioner och kapital, sina (skrivna och oskrivna) regler... Ett fält är ett område där krafterna bryts – internt men också i förhållande till andra fält”, förklarar

Margaretha Järvinen (2002, s.255). De här vård- och omsorgsfälten innehåller många spänningar, inte minst eftersom det finns flera huvudmän och olika lagstiftningar för organisationer och aktörer. Varje fält har sin speciella doxa, dvs. ”sina egna regler, rutiner och föreställningar om vad som är rätt och fel, normalt och onormalt, naturligt och onaturligt. ... Ett fälts doxa är i vid utsträckning 'docta ignoranta', ett uppfattnings- och värderingssystem som framträder som så naturligt att deltagarna inte längre kan se att systemet är skapat av fältet självt, och att det har tillkommit genom ad hoc-lösningar, kompromisser, och historiska tillfälligheter” (a.a.).

Teoretiskt kan man hålla isär teamets aktiviteter genom att sortera dem efter de sammanhang och sociala fält där de äger rum. Då förefaller följande tre sammanhang vara betydelsefulla för att förstå ÄP-teamets patientarbete, varav det första fokuseras i denna inledande delen av fallstudien.

1. Teamets interna sammanhang: Här tänker vi på personalgrupp, yrkesidentitet, historien man har tillsammans och den kultur man utformat över åren. Kulturen rymmer bland annat ett oundgängligt förråd av kunskaper; både explicita kunskaper som formella behandlings- och sjukvårdskunskaper och arbetsmetoder, och implicita kunskaper i form av livs- och yrkeskunskaper, som bland annat har samlats genom en stor mängd patientmöten och snappats upp på behandlingskonferenser och i andra diskursiva sammanhang. Det senare kan karaktäriseras som *tyst kunskap* (Polanyi, 1967; Ellström, 1992) eller fältets *doxa*.
2. Teamets externa sammanhang: Relationer till aktörer på det sociala fältet där äldres vård och omsorg bedöms och utförs.
3. Patientens sammanhang: Den specifika vardagsvärld där merparten av patientarbetet utförs, patientens bostad och dess omgivning av minnen, tankar, människor, resurser, etc.

Denna korta beskrivning visar att ÄP-teamet är en ytterst komplex undersökningsenhet.

## Upptäckstens väg

Bengt Starrin m.fl. (1991) har på ett enkelt sätt åskådliggjort två vägar i forskningen, *bevisets väg* och *upptäckstens väg*. Bevisets väg kan man anträda om det finns något att bevisa. Att ett läkemedel har mer positiv verkan på symptom än ingen behandling alls, det kan man styrka eller förkasta på bevisets väg. Det vanliga sättet är att ställa upp hypoteser och se om de kan bekräftas eller ej. Här tar man statistiken till hjälp och följer metodreglerna till punkt och pricka. Bevisets väg förutsätter kända egenskaper som ska mätas och jämföras, och kontroll på de intressanta variablerna.

Längs upptäckstens väg kan man vandra för att upptäcka vilka egenskaper som finns i det undersökta fenomenet, eller ta reda på hur saker och ting fungerar och utveckla teorier som förklarar varför. Upptäckstens väg är explorativ och beskrivande. Det finns inga givna metoder och definitiva begrepp att ty sig till, utan forskaren vägleds av nyfikenhet och tar spårhundsbegrepp till hjälp att utveckla frågor. ”Medan definitiva begrepp utgör föreskrifter av vad som skall observeras, utgör spårhundsbegrepp förslag på riktningen av det fortsatta arbetet. Spårhundsbegrepp vägleder oss i sökandeprocessen – de hjälper oss att spåra upp väsentlig problematik” (Starrin m.fl. 1991, s.20). Ett exempel på spårhundsbegrepp i analysen av insamlat material är ”lyssna på patienten”. Det kan man ha i åtanke när man läser fallstudierna och lyssnar igenom intervjuer om patientarbete. Lyssnandet som en del i kommunikationen med patienten. Med lyssnandet får man en speciell infallsvinkel till det empiriska materialet, och nya innebörder uppkommer.

Vi har som sagt valt upptäckstens väg för att undersöka hur ÄP-teamet fungerar i teori och praktik. Det betyder att vi försöker förstå hur ÄP-teamet arbetar med sin målgrupp, vad som är gemensamma drag och variationer i patientarbetet, hur regler och aktörer på det sociala fältet vi här rör oss på spelar in i patientarbetet, liksom de kontexter som det praktiska arbetet utförs i.

## Fallstudien som forskningsmetod

Vi har också tagit hjälp av fallstudien som en strategi på upptäckstens väg. Fallstudien passar studier av sammansatta fenomen, menar Robert Yin (2007) och Sharan Merriam (1994). Fallstudien är lämplig att välja

framför andra forskningsstrategier (experiment, survey, dokumentanalys, historiska studier) i de fall forskningsfrågorna är *hur* och *varför*, i de fall forskaren inte har kontroll över studieobjektet, och i de fall forskningsobjektet existerar i realtid. Yin noterar att fallstudien är en forskningsdesign som i första hand passar i situationer där det inte går att skilja variablerna hos den studerade företeelsen från kontexten eller den omgivande situationen.

Just denna sammanflätning av patientarbete och kontext är utmärkande för ÄP-teamets patientarbete. Personalen formulerar detta i uttrycket "hembesöket som metod" som utmärkande för patientarbetet, och empiriskt finns många hundra exempel på detta förhållande. Det betyder att patientarbetet utförs i en rad olika kontexter som teammedlemmarna inte har kontroll över, till skillnad från den kontroll över patient och kontext som uppnås genom att förlägga yrkespraktiken till den professionelles hemmaplan, till "kliniken". Men just denna skillnad i kontroll över patient och kontext har förmodligen stor betydelse för patientarbetets innehåll och former, och för den professionelles samarbete med patient och nätverk.

När en undersökning, som i detta fall, syftar till att finna och beskriva utmärkande egenskaper hos ett fenomen, är man inne på den kvalitativa forskningsansatsen. En kvalitativ fallstudie definieras av Merriam (1994, s.29) som en "intensiv, helhetsinriktad beskrivning och analys av en enda enhet eller företeelse. Fallstudier är partikularistiska, deskriptiva, heuristiska och förlitar sig i hög grad till induktiva resonemang när man hanterar mångfasetterade informationskällor".

När det gäller komplicerade objekt eller processer så behöver man som regel en kombination av datakällor och analysmetoder. Fallstudien inbjuder till metodtriangulering. I undersökningen har vi använt dokumentanalys, intervjuer, fokusgrupp, fallbeskrivningar (case work/case record), samt forskningssamarbete med undersökningsdeltagarna i undersökningens olika steg.

Robert Stake (1981) har föreslagit att den kunskap som utvecklas i en fallstudie på flera sätt skiljer sig från annan vetenskaplig kunskap. Tre av Stakes punkter citeras nedan av Merriam (1994, s.28):

- Kunskap från fallstudier är mer konkreta och mer i samklang med vår erfarenhet eftersom de är levande, konkreta och direkta snarare än abstrakta och teoretiska.
- Kunskaper från fallstudier är mer kontextuella – vår erfarenhet är i likhet med den kunskap som kan fås från fallstudier grundad i olika kontexter. Denna kunskap kan urskiljas från den abstrakta kunskap och formella kunskap som vi får utifrån andra vetenskapliga metoder.
- Kunskaper från fallstudier blir mer utvecklade genom forskarens tolkning – denne för in sin egen erfarenhet och förståelse i fallstudien, något som leder till generaliseringar när ny information i 'fallet' läggs till äldre information. Stake (1981) menar att dessa generaliseringar utgör en del av den kunskap som fallstudien ger.

### **3.2 Genomförande**

I detta avsnitt görs en kronologisk beskrivning av de olika leden i undersökningen. Vi vill redan här betona att interaktion mellan forskarna och undersökningsdeltagarna varit ett viktigt inslag i kunskapsutvecklingen. I metodbeskrivningen ska vi beskriva vad samarbetet handlat om och hur det har gått till.

#### **Utformning av frågeställningar och upplägg**

Det är inte helt enkelt att åtskilja planering från genomförande i den aktuella undersökningen. Det beror helt enkelt på forskningssamarbetet, på det interaktiva forskningsförfarandet. Redan i de sonderande kontakterna med teamets samordnare, innan ansökan om finansiering, inventerade vi vilka frågor som kunde vara av intresse för teamet och verksamheten att belysa och eventuellt få svar på. Dessa preliminära frågor utvecklades i en workshopliknande träff med hela teamet, förutom doktorn, den 22 augusti 2012. Dialogen med undersökningsdeltagarna ledde alltså fram till frågeställningarna i ansökan som skickades till Socialstyrelsen.

När vi erhållit medel och skulle göra en plan för genomförandet inventerade vi återigen vad personalen ville få kunskap om. Det var den 12 december och avdelningschefen formulerade en central frågeställning som personalen instämde i. Hon sa: ”våra brukare är så nöjda med oss, men

varför är brukarna nöjda? Vad är verksamt i det vi gör?” Det kom flera förslag till varför det är så: tidens betydelse, närvaron, relationens betydelse, kunskapens betydelse, helhetstänkandet, tilltalets och språkbrukets betydelse. Flera av dessa förslag har följts upp i undersökningen och formulerats som frågor i intervjuer och fallbeskrivningar. Många återstår att följa upp. En del av dessa förslag till svar på avdelningschefens frågor har synliggjorts och återkopplats till teamet eller enskilda teammedlemmar för ny prövning. När forskarna bearbetar förslag till förklaringar och återkopplar sina tankar, så tillför det förhoppningsvis en kvalitet som kan leda undersökningen vidare, förklaringarna blir medvetna och explicita, och möjliga att följa upp mer systematiskt och kritiskt.

Ungefär så har det interaktiva momentet spelat in i kunskapsutvecklingen, och därför kan man säga att det inte är helt enkelt att skilja planering och genomförande åt i denna studie.

### **Workshop 1 den 17 januari 2013: Vad ska vi göra tillsammans, hur och varför?**

Workshop 1 syftade till att stämma av syftet med undersökningen och undersökningens former. Ganska snart kom vi in på vad ÄP-teamet gör. Utrustade med blädderblock och whiteboard ägnade vi en eftermiddag åt att inventera ÄP-teamets verksamheter med ledning av följande frågor:

- Vad gör ni under en dag när ni arbetar i teamet?
- Vad kännetecknar ÄP-teamet?
- Hur ska vi samla in fallen och arbeta med dem?

Vi listade förekommande aktiviteter genom att beteckna aktiviteten med det mest passande verbet. Tavlan blev snart fulltecknad av verb som betecknar yrkesaktiviteter. Vi återger här ett axplock av ”aktivitetsverben” (utan inbördes ordning).



Intervjuar	Informerar
Skattar	Aktiverar
Telefonerar	Samverkar
Talar	Följer upp
Lyssnar	Ger råd
Kommunicerar	Mejlar
Skriver	Läser
Inhämtar	Motiverar
Registrerar	Skrattar
Ordinerar	Tröstar
Utbildar	Förklarar
Handleder	Transporterar
Speglar	Kulturbygger
Debriefar	... och så vidare ...

Det framgår av denna uppräknig att många olika aktiviteter hör till ÄP-teamets arbete. Dessa aktiviteter har på olika sätt koppling till patientarbetet, direkta eller indirekta. Vissa aktiviteter har med organisationen att göra, vissa med att hålla yrkesinstrumenten ajour. Andra har med den direkta kontakten med patienten att göra. Man inventerar dem nästan aldrig vid ett och samma tillfälle. Men när verben sammanställdes på det sätt vi gjorde, gav det några tankeställare kring jobbet olika riktningar – sammansatthet, beroenden och sammanhang. Om man frågar vidare kring vissa verb, till exempel ”jag ger råd”, kan en upptäcktsfärd ta sin början och följa frågor som: i vilka sammanhang, i vilket syfte, efter vilken metod, till vem, hur ofta, på vems initiativ, till vilken nytta... osv.

Det framkom ganska tydligt vid denna inventering – vad gör vi? – att hundratals aktiviteter i den dagliga praktiken tas för givna och utförs av bara farten. De är bra exempel på tyst kunskap.

### **Vad är utmärkande för ÄP-teamet?**

Också här kom en mängd förslag på egenskaper, förutsättningar och drivkrafter som på olika sätt bidrog till att kasta ljus över ÄP-teamet. Idéerna fyllde återigen blädderblock och tavla. Vi kunde redan på workshop 1

se hur olika beskrivningar hörde ihop, genom att undersökningssdeltagarna beskrev sin organisation och arbetssätt på fyra nivåer: patientarbete, organisation, grupp och kultur. Denna inventering av förslag till karakteristik av ÄP-teamet sammanställdes i en tankekarta.

### **Personliga intervjuer**

Samtlig personal på ÄP-teamet intervjuades liksom avdelningschefen. Intervjuerna varade omkring en timme, de flesta lite längre. De genomfördes under januari och februari 2013. Forskarna utformade en intervjuguide utifrån syfte och frågeställningar i ansökan, men beaktade även de informationer som framkommit av personalens beskrivningar vid workshop 1. Efter första intervjun nedbringades antalet frågor. Speciella frågor ställdes till doktorn, samordnaren och avdelningschefen. (Se bilagor).

Intervjuerna spelades in samtidigt som intervjuaren förde anteckningar. Anteckningarna plus återlyssnande av vissa sekvenser har sedan använts som stöd i beskrivning och analys av ÄP-teamet. En systematisk bearbetning och analys av intervjuerna har inte fått plats inom undersökningens tidsramar.

### **Insamling och bearbetning av fallbeskrivningar**

I planeringen hade vi tillsammans med samordnaren kommit fram till att arbeta med fallbeskrivningar av patientarbetet. Två erfarna sjuksköterskor på teamet fick i uppgift att välja var sitt fall och intervjuas av forskarna om fallet. Materialet skulle sedan sammanställas av forskarna i en fallbeskrivning. Intressanta teman i dessa fall skulle lyftas fram och diskuteras i hela teamet på workshop 2, och på så vis belysa patientarbetet mer generellt.

Vi arbetade med tre fallbeskrivningar, som vi kallat ”Valborg”, ”Elsa” och ”Arne”. Fallen är givetvis anonymiserade.

*Valborg* var vår första fallbeskrivning. Den är baserad på en berättande intervju med en av teamsköterskorna. Det handlar om en multisyjuk kvinna som de senaste fem åren plågats av återkommande krampanfall och panikattacker. Genom teamet medicinbehandlades Valborg och blev symptomfri vad gäller kramperna. Tanken var att intervjun skulle spelas in, men samtalet kring fallet kom snabbt igång och utvecklades så intressant att band-

spelaren aldrig sattes på. Fallbeskrivningen baseras alltså på anteckningar från intervjun, och det är forskarna som återger berättelsen.

*Elsa* handlar om en multisjuk kvinna som upprepade gånger sökt hjälp och vård för ångest, ett rusande hjärta, andnöd, och andra svårigheter. Hennes sjukdomshistoria började 1997 då hon drabbades av två hjärtinfarkter. Sedan drabbades Elsa av två svåra förluster av kära personer, hon fick diabetes, blev blind på ett öga och bröstcanceropererades. Kroppen var illa ansatt och Elsa hade svårt att röra sig för egen maskin. Under en treårsperiod sökte hon akut vid 78 tillfällen. ÄP-teamet tog hand om ärendet och hittade en okonventionell lösning, en gränsöverskridande lösning kan man säga. Fallet dokumenterades och skrevs av en teamsköterska. Fallbeskrivningen har språkbearbetats och rubriksatts av forskarna. Teamets reflektioner kring fallet kom fram både vid workshop 1, då teamet först berättade om fallet, och vid workshop 2. Forskarna har som avslutning av fallet sammanställt några tankar som uppkommit kring fallet Elsa.

*Arne* baseras på en intervju med en teamsköterska. Det spelades in och transkriberades. Fallet handlar om en ensam man, ogift och utan barn, som flyttar från familjegården till ett äldreboende. Han var deprimerad och hade ett ytterst begränsat utrymme att tänka och ordna för framtiden. Medicinering och så kallade summerande samtal medverkade till att Arne återhämtade sig och fick utrymme att fatta några viktiga beslut i livets slutskede. Fallet bearbetades och redigerades ned i omfattning, men det är ändå en ganska lång berättelse där man ur sjuksköterskans perspektiv kan se hembesöksmetoden i praktiken. Fallet avslutas med sjuksköterskans reflektioner, där kommunikation är ett särskilt viktigt tema.

### **Workshop 2 den 21 mars: Arbete med fallbeskrivningar**

Idén med fallbeskrivningar som en del i undersökningen var att i detalj visa hur ÄP-teamet tar sig an sina patienter och hur patientarbetet bedrivs. I anslutning till fallbeskrivningarna var tanken att forskarna och teamet tillsammans skulle diskutera och klarlägga arbetssättet i enskilda fall, där man kunde avläsa patientarbetet i sitt sammanhang, och utifrån detta analysera olika beståndsdelar i arbetssättet.

Workshop 2 kom att ägnas åt fler saker än fallbeskrivningarna. Bland annat presenterade forskarna förslag till struktur för den färdiga rapporten

och fallbeskrivningarnas plats i den strukturen. En tankekartan från workshop 1 presenterades och diskuterades. Knappt halva tiden ägnades åt fallbeskrivningar. Den kontroll som fallgranskningen syftade till fick nu kompletteras och inhämtas i efterhand från var och en av de sjuksköterskor som berättat om fallen.

### **Workshop 3 den 4 april: Granskning av rapport**

Ett manuskript med alla delar i rapporten skickades ut till teamet för granskning. Rapporten diskuterades och synpunkter fångades upp på workshop 3. Personalen var nöjda med texten, speciellt med fallbeskrivningarna. De kom med flera rättelser och påpekanden. Vi diskuterade det avslutande kapitlet mer ingående, och flera av de betoningar och kopplingar som kom upp vid granskningen har arbetats in i texten. Stora delar av texten skrevs därefter om inför redovisningen till Socialstyrelsen. Med Socialstyrelsens goda minne har därefter rättningar och viss textbearbetning skett i denna slutversion.

### **3.3 Aidentifiering**

Material från fallbeskrivningar och intervjuer har aidentifierats. Det är ett litet antal personer som har blivit intervjuade i undersökningen och de känner varandra väl. Det är därför svårt att få till stånd någon hundra-procentig anonymitet inom den intervjuade gruppen. Det kan också vara så att arbetskamrater och andra på vuxenpsykiatriska kliniken, som relativt sett också är en liten arena, kan komma att känna igen någon eller några av informanterna beroende på yrkesroll eller på hur man har uttalat sig för utvärderingen. Så inte heller där går det att skydda anonymiteten till hundra procent. Men om man kommer utanför dessa kretsar, så torde anonymiteten vara skyddad.

När det gäller de patienter som behandlas i fallbeskrivningarna är alla personuppgifter borttagna eller ändrade, och patienterna har försetts med ett påhittat namn. Denna anonymisering har utförts av den personal som berättat om fallet. Patienterna är alltså anonyma både för oss forskare och för läsaren.

### 3.4 Forskarsamarbetet och forskningssamarbete

Några ord ska även sägas om undersökningens två slag av samarbete: forskningssamarbetet med ÄP-teamet och forskarsamarbetet. I forskarsamarbetet har datainsamling och workshoppar genomförts av Lars Rönmark och Lolo Lebedinski tillsammans, och delvis även analysarbetet. Skrivandet, omskrivandet, inarbetning av teamets synpunkter och slutredigering har gjorts av Rönmark, delvis med textunderlag från Lebedinski.

Forskningssamarbetet med teamet och dess medlemmar är som redan beskrivits inbyggt i undersökningens design. För att komma åt hur verksamheten ser ut ur ett yrkesperspektiv, förutsätts personalens delaktighet och engagemang i undersökningens olika faser. De interaktiva arbetsformerna (Svensson, m.fl. 2002; Hummelvoll 2006) som beskrivits i kapitlet är en följd av perspektivvalet.

Det framgår av avsnittet 3.2 att teammedlemmarna har involverats i undersökningens olika led och haft stora möjligheter till inflytande på utformning av undersökningens syfte och frågeställningar, urval av fall, medverkan i halvstrukturerade intervjuer, påverkan på datainsamling i övrigt och i analys av data. Teammedlemmarna har även läst, kontrollerat och tolkat fallbeskrivningarna liksom läst och givit synpunkter på ett utkast av den slutliga rapporttexten. En rad tankar och synpunkter har arbetats in i den färdiga texten.

ÄP-teamets delaktighet i forskningsarbetet har medfört ett lärande för individen och organisationen. I en av punkterna om fallstudien (avsnitt 3.1) betonar Stake (1981) att forskaren tillför nytt vetande i anslutning till analys och reflektion av fallstudien. Det sker ofta ett lärande när någon utanför ställer frågor kring den internaliserade yrkeskunskapen, den självklara doxan. Den effekten har uppkommit på workshopträffarna.



## 4. Schematisk ärendegång

I det här avsnittet beskrivs ärendegången för antagna remisser. Beskrivningen är schematisk och är ett försök att presentera ÄP-teamets programteori.

### Programteori

Med ÄP-teamets programteori menar vi hur det är tänkt att patientarbetet ska fungera. Programteorin är en abstraherad, teoretisk plan. Vi försöker fånga upp denna programteori genom att beskriva vad som sker i patientflödet från input till output, det som brukar kallas throughput i enkla systemmodeller. Vi tänker här i linje med statsvetaren Evert Vedung som skriver: En programteori ”utgörs av uppfattningarna om vad man ville uppnå med de åtgärder som vidtas samt hur man tänkte sig att med hjälp av åtgärderna kunna förverkliga dessa” (Vedung 1998, s.123-124).

Vedung urskiljer tre delar i en programteori som vi här förenklar en smula: (1) Kausalitet, alltså en hypotes om vad orsakar vad. (2) Görandet, dvs. förhållandet mellan insats och det som ska påverkas av insatsen; (3) Normativitet. Vedung förklarar: ”I likhet med Hoogerwerf men till skillnad från Patton, Bell och andra menar jag att programteorier inte enbart innehåller kausala påståenden utan även normativa moment. En programteori anger vägar att nå något målsatt, dvs. något normativt” (1998, s.124).

Det som här avses är alltså en rationell, abstraherad modell av arbetssättet och funktionen inom vårdsystemet.

### Arbetsflöde i patientarbetet

När en remiss inkommer behandlas den på behandlingskonferensen, där hela teamet ingår. Behandlingskonferensen äger rum varje vecka. Förutom att sortera bland inkommande remisser så är det på behandlingskonferenserna som ÄP-teamets patienter följs upp under behandlingstiden, både när det gäller farmaka och andra insatser såsom samtalsstöd, terapeutiska behandlingar, somatiska provtagningar, etc. Behandlingskonferensen beslutar om vilka insatser som ska göras för varje enskild patient.

När remissen tas upp på behandlingskonferensen ingår patientens

somatiska status i bedömningen. ÄP-teamet kan utnyttja möjligheten att ta del av patientens somatiska journal som ett bidrag till helhetsbilden.



**Figur 1.** Schematisk skiss över Äldrepsykiatriska teamets arbetsflöde avseende inkommande remisser.



Den inkomna remissen kan antas eller avslås. En vanlig anledning till att avslå remissen är att patienten inte tillhör ÄP-teamets målgrupp, till exempel patienter med demenssjukdom. Vid avslag skriver doktorn ett remissvar som innefattar råd för den fortsatta behandlingen av patienten.

Om remissen antas utses en av sjuksköterskorna på teamet till patientens kontaktperson och behandlare under behandlingstiden. Sköterskan kallas ÄPM i figuren ovan.

Den fortsatta arbetsgången följer en bestämd rutin. För att få till stånd en framgångsrik behandling vill man från ÄP-teamets sida möta patienterna ”där de är”. Den ansvariga sköterskan bokar en tid för ett första möte och bedömningsamtal. Detta samtal liksom följande möten mellan ÄP-teamets sjuksköterska och patienten äger rum i patientens hem eller patientens tillfälliga hem, till exempel korttidsboende eller vårdavdelning på sjukhuset.

Vid det första mötet klargörs för patient och anhöriga att teamets insats är tidsbegränsad och att kontakten kommer att avslutas, men med tillägget att tiden inte är uppmätt i förväg, utan att ”det får ta den tid det tar”.

Efter bedömningsamtalet återför sköterskan patientärendet till behandlingskonferensen, som beslutar om vilka insatser som ska göras.

Sköterskan fortsätter att möta och behandla patienten under den tid som behövs. För varje patient byggs ett nätverk, som är unikt för just den aktuella patienten. Här ingår anhöriga och vårdgrannar som patienten ofta redan har kontakt med. Mellan de fysiska mötena är ÄP-sköterskan nåbar på telefon för såväl patienten som nätverkets medlemmar under hela behandlingstiden.

Under behandlingstiden rapporterar sköterskan vid behov till behandlingskonferensen, som beslutar om eventuella ändringar i behandlingen eller i läkemedelsordinationen. Mellan konferenserna konsulteras doktorn vid behov. I vissa fall bokas en patienttid hos doktorn, men vanligtvis agerar ÄP-sköterskan budbärare mellan patient och doktorn. Genom detta förfarande når man fler patienter än vad man annars hade gjort.

Behandlingskonferensen beslutar när patienten är färdigbehandlad. Doktorn skriver ett remissvar till den inremitterande enheten. Remissvaret innehåller ordinationer för den fortsatta behandlingen av patienten.

Man stänger inte dörren helt för den utskrivne patienten, utan låter den stå på glänt. Om behov uppstår, kan patienten själv eller någon i patientens nätverk ta ny kontakt med ÄP-teamet.

### **Hembesök som metod**

Av beskrivningen framgår att ÄP-teamet förlägger patientarbetet till patientens hem. ÄP-teamet använder sig av uttrycket ”hembesöket som metod”, där beteckningen avser ett koncept för arbetssättet, eller med Vedungs ord – vägen att nå patientarbetets målsättning.

Förläggning av patientarbetet till patientens hem motiveras av att personalen får en mer träffande bild av hur patienten har det och hur hon eller han mår när man träffas i hemmiljön. Man ser också vilka resurser som kan finnas i patientens vardagsmiljö, och det har betydelse för hur anhöriga och nätverk kan bidra till patientens återhämtning och tillfrisknande. Det är också lättare att få kontakt med och involvera anhöriga i arbetet kring patienten om de anhöriga redan sitter med runt köksbordet.

Genom hembesöket lär ÄP-teamets personal känna både patienten och de personer som ingår i nätverket runt patienten och kan därför också arbeta med en mängd resurser som vanligtvis inte finns vid en mottagning, till exempel socialt stöd i olika former.

Hembesöket motiveras även av uppgiften att ge ”vård på lika villkor”. För många gamla människor är förflyttningen till mottagningen förknippad med stora svårigheter, ibland i kombination med känsla av utsatthet i mottagningens kliniska miljö och svårigheter att uttrycka sina besvär och önskemål. Hembesöket som metod kan kompensera för dessa svårigheter och göra professionell vård och omsorg tillgänglig för äldre med psykisk sjukdom och sammansatt ohälsosituation.

Förläggningen av yrkespraktiken till patientens vardagsvärld är en hörnsten i programteorin, och medför en rad okonventionella metoder, synsätt, förklaringar till ohälsa och tillfrisknande liksom etiska och vårdideologiska ställningstaganden.

I kapitel 8 förklaras mer ingående patientarbetets orsakssamband liksom förhållandet mellan insats och hur patienten påverkas av insatser. Närmast följer tre fallbeskrivningar som ganska detaljerat beskriver patientarbetet i praktiken.

## 5. Fallbeskrivning "Valborg"

Fallet Valborg illustrerar ärendegången som beskrivits i föregående kapitel. Det är också det fall varifrån rapporten har hämtat sin titel. Tiden är i det här fallet en viktig behandlingsfaktor. Det förekommer i fallbeskrivningen en del förkortningar som förklaras i förkortningslistan på sidan 78.

### Valborgs väg till ÄP

Valborg är född 1923. Hon var patient vid ÄP-teamet under perioden 11/2–24/6 2011, och som brukligt var det en bestämd sköterska som behandlade henne. Valborg kom som remisspatient från vuxenpsykiatrins akutmottagning och hos ÄP-teamet var hon ett nybesök. Ursprungligen sökte Valborg akut på neurologavdelningen för kramper och panikattacker och hennes tillstånd bedömdes sådant att hon blev inlagd. Ansvarig jourläkare på neurologen kallade på psykiatrins akutläkare för konsultation och denne bedömde att Valborgs tillstånd krävde en akutremiss till ÄP-teamet. Av remissen framgår bland annat följande:

88-årig kvinna anamnes av panikattacker, tidigare stroke, medicinerar antidepressiva, men utan effekt. Dosen höjdes av primärvårdsläkaren före inläggningen på neurologen, men ansvarig läkare där satte ut medicinen p.g.a. risk för kramper hos patienten. Det finns också en misstanke om att patienten har ett överbruk av Bensodiazepiner. Patienten kan beskriva ångesttillstånd. Primärvården har inte gett patienten handledning i ångesthantering. Akutremissen till ÄP-teamet förordar hjälp med och handledning i ångesthantering och hembesök. Valborg har inte haft kontakt med psykiatrin tidigare i livet. Inte heller har hon sökt primärvården för psykisk ohälsa.

### Somatisk status

Somatiskt är Valborg en multisjuk kvinna. Hon drabbades 1957 av njursten och opererades. 1975 hade hon en hjärtinfarkt och 1978 drabbades hon av bröstcancer. Valborg har hjärtopererats flera gånger. 2001 amputerades det vänstra benet. Hon har haft lungemboli (propp i lungan) flera gånger. Dessutom har hon KOL och reumatisk värk, som gör henne lite krum. Hon är opererad för gråstarr och har hörapparat i båda öronen.

Hennes sköldkörtel har låg nivå och hon lider av högt blodtryck och höga blodfetter.

### **Social situation och nätverk**

Valborg bor i ordinärt boende och har hemtjänst fyra gånger om dagen. Hemsjukvården är av uppfattningen att Valborg borde ansöka om en annan boendeform, särskilt boende, men Valborg säger att hon vill leva och dö i sin lägenhet. Hon tycker att det räcker med hemtjänsten fyra gånger om dagen.

Valborg har en dotter som är mycket involverad i sin mammas väl och ve, så ÄP-sköterskan identifierade henne som en viktig person att ha med i kontakterna runt Valborg. Utöver dottern så ingår hemtjänsten i nätverket kring Valborg. Det finns även två söner, som bor på annan ort.

### **Första behandlingskonferensen**

Vid den följande behandlingskonferensen vid ÄP-teamet såg man att patienten tidigare hade haft en för hög konsumtion av läkemedlet Sobril. Den ansvarige läkaren på neurologen hade satt ut detta läkemedel, utan att konsultera någon (det finns ingen journalanteckning om någon konsultation). Enligt ÄP-sköterskan kan man inte sätta ut ett läkemedel som Sobril så abrupt eftersom det ofelbart leder till abstinens. Så också hos denna patient. Utan någon medicinering som dämpade den akuta ångesten, skulle det bli tufft för patienten att ta till sig behandling vid hembesök och att lära sig ångesthantering.

En ÄP-sköterska, utbildad i KBT steg 1, fick i uppdrag av behandlingskonferensen att ta sig an Valborg.

### **Ett rop på hjälp från hemtjänsten**

Innan ÄP-sköterskan hann ta kontakt med Valborg ringde en förtvivlad sjuksköterska från kommunens hemsjukvård och bad om hjälp ”här och nu och på en gång”. Valborg var skakig och lufthungrig. Hon hade panik-attacker och krampattacker och var samtidigt ledsen.

Hemtjänstpersonalen vågade inte lämna Valborg ensam, de vågade inte gå därifrån. Det var fredag eftermiddag och lidandet var stort både hos patienten och hos hemtjänstpersonalen som såg på utan att veta vad de skulle göra.

Kommunsjuksköterskan led också av den uppkomna situationen. Hon var på samma gång ansvarig för sin personal och för Valborg samt för de patienter/ biståndstagare som satt i sina hem och väntade på att den kraftigt försenade hemtjänstpersonalen skulle dyka upp. Det var en svår situation, konstaterar ÄP-sköterskan. Hon ringde omedelbart till teamets doktor, som satte in lugnande medel i låg dos. Hemtjänsten ordnade så att läkemedlet nådde Valborg.

Kommunsjuksköterskan krävde på fredagseftermiddagen att ÄP-sköterskan omedelbart skulle komma och lära ut ångestdämpande strategier. Men, påpekar ÄP-sköterskan, det går ju inte bara 'så där'. Man måste bygga en relation innan man kan lära ut några strategier. Kommunsjuksköterskan undrade då om hela hemtjänstteamet skulle kunna få vara med när ÄP-sköterskan lärde Valborg dessa ångestdämpade strategier. Kommunsjuksköterskan resonerade som så att om hennes personal såg hur ÄP-sköterskan gjorde med Valborg, så kunde de lära sig att göra likadant själva. "Men, det är ju inte riktigt så man jobbar", kommenterar ÄP-sköterskan denna förfrågan lite uppgivet.

### **Ett omtumlande första hembesök**

ÄP-sköterskan planerade in och genomförde ett första möte och bedömningsamtale med Valborg, dottern och två personer ur hemtjänstgruppen en vecka efter det att patienten skrivits ut från neurologen. Hemtjänsten trodde att handledningen i ångestdämpning skulle påbörjas vid detta möte, men så var det inte tänkt. ÄP-sköterskan måste göra en egen bedömning av patienten, och ta denna bedömning tillbaka till konferensen, innan hon kan inleda någon behandling. ÄP-sköterskan ger följande bakgrundsinformation om Valborg:

Valborg flyttade in i en lägenhet i ett höghus i en stadsdel i Borås för 60 år sedan när huset var nybyggt och har bott kvar där. Det finns tre vuxna barn i familjen. En dotter i Borås och en son i X-stad och en i N-stad. På väggarna i lägenheten hänger bilder av barn, barnbarn och barnbarnsbarn. Valborg har arbetat på olika poster inom tekoindustrin i hela sitt yrkesverksamma liv. Hon har vävt, städad, etc. Hon är "urboråsare" och skild sedan länge. Dottern säger att mamman alltid har varit enveten och bestämd.

När ÄP-sköterskan kom på sitt första besök låg Valborg nedbäddad i sängen, men hon hade varit uppe en stund tidigare på dagen. Sköterskan hade läst på om Valborgs sjukdomshistoria och berättade för henne att hon hade läst hennes journaler. Men ÄP-sköterskan lät Valborg ta kommandot och hon fick själv berätta sin sjukdomshistoria. Sköterskan noterade att Valborg är ”vaken i huvudet”.

När ÄP-sköterskan ställer frågor till sina patienter under hembesöken, t.ex. när hon frågar om syn och hörsel, så förklarar hon också varför hon ställer frågorna. ÄP-sköterskan har märkt att det ibland kan vara till tröst för patienterna att få veta att det finns fler med liknande problem som de själva har.

ÄP-sköterskan bad Valborg berätta om sina panikattacker. Hemtjänstpersonalen och dottern hjälpte till med berättandet. Valborg berättade att hon haft de här attackerna de senaste fem åren. Under det senaste halvåret hade de blivit kraftigare, och kommit tätare med 4–5 anfall varje dag, och de varade en timme varje gång. Anfallen gjorde henne urlakad och trött.

Valborg har en lång medicinlista. Kommunens sjuksköterska delar medicinen i en dosett, utom psykofarmaka som Valborg har skött själv. Hon tar psykofarmaka för att kunna somna och hon tar en tablett efter varje anfall. Så gången blir: anfall – tablett – anfall – tablett – anfall osv. Valborg plågas svårt av anfallen. De gör henne trött och yr, så trött att hon till slut inte kan se.

Efter en halvtimmes samtal kryper Valborg ihop som en fågelunge i sängen och krampar. Kring henne sitter dottern, kommunsköterskan, hemtjänstpersonal och ÄP-sköterskan och kan inte göra så mycket mer än att följa anfallet tills det upphör. Det var en speciell situation:

*”Där sitter vi som åskådare och jag vet inte riktigt vad som förväntas av mig i situationen, jag känner ju inte patienten ännu. Om jag inte hade haft bakgrundshistorien med mig, så hade jag fått ringa efter ambulans, där och då. Men, nu fick jag se hur anfallet förlöpte. Valborg var kontakbar, jag kunde kommunicera med henne anfallet igenom, jag kunde och jag fick känna på pulsen och jag kunde observera Valborgs tillstånd. Genom små nickningar kunde Valborg bekräfta att jag fick göra det jag gjorde. Hemtjänstpersonal som var där och dottern bekräftade för mig att det var så anfallen brukade gå till”, berättar ÄP-sköterskan.*

Det första besöket hos Valborg varade i två timmar. ”När jag skulle gå, så blev jag tillbakaropad av Valborg som säger: Det var tur att jag fick ett anfall när du var här.” ÄP-sköterskan menar att det alltid är bra att avsätta gott om tid för ett första besök, oavsett vem patienten är. I det här fallet fick ÄP-sköterskan en relation med hemtjänstpersonalen så att säga på köpet.

Valborg vill ha hjälp med att bli av med sina anfall, men säger att hon inte tror att det går att distrahera bort dem. Hon kan tänka sig att prova andra mediciner än dem hon redan har och sköterskan säger ärligt att ”vi på ÄP-teamet inte kan lova att vi kommer att bota dig, men vi kommer att kunna lindra”. ÄP-sköterskan berättar för Valborg om doktorn och hans kompetens. Valborg tycker att det är bra att det finns en riktig doktor att tillgå, och blir införstådd med att det är ÄP-sköterskan som sköter kontakterna med doktorn.

Utöver det som redan framkommit om Valborg ovan, beskriver ÄP-sköterskan henne så här:

*”Valborg är lättpratad och humoristisk. Hon ter sig inte deprimerad och hon har ett relativt gott minne. Hon är positiv till att jag kommer och hon är positiv till vård och behandling. Det är en resurs i sammanhanget att patienten vill medverka.”*

Valborg har också stöd i sina anhöriga, dottern främst. Dottern har en bakgrund inom vården och det, menar ÄP-sköterskan, förenklar kontakten dem emellan, eftersom hon här har att göra med en anhörig som vet hur det fungerar.

### **Andra behandlingskonferensen**

På nästkommande behandlingskonferens diskuterade ÄP-sköterskan Valborg med doktorn och det övriga teamet. Man kom gemensamt fram till bedömningen att det blir svårt att lära den här patienten ångstdämpande strategier. Hon måste få och är berättigad till läkemedel. Doktorn ordinerade och skrev recept på två preparat. Det ena gav snabb lindring. Det andra var ett läkemedel som på sikt skulle ta bort orostopparna hos patienten. Efter avslutad behandlingskonferens ringde ÄP-sköterskan till Valborgs dotter och informerade om den nya ordinationen. Dottern är den som går till apoteket och hämtar ut läkemedel till sin mamma. Vid

det första hembesöket fick ÄP-sköterskan dottern att förstå och acceptera att nya läkemedel ska skötas av hemtjänstens personal. ÄP-sköterskan informerade också kommunens sjuksköterska om den nya ordinationen. Efter samtalets slut faxar ÄP-sköterskan underlaget till henne. Därefter börjar Valborg med de nya medicinerna.

### **Det andra hembesöket**

ÄP-sköterskan bestämde ett återbesök hos patienten efter 14 dagar. Men innan dess ringde både anhöriga och hemtjänstens personal och berättade att doseringen nog var lite för hög, så doktorn fick ställa om den lite. Men detta föranledde inget extra hembesök, utan sköttes på distans.

Vid återbesöket var det bara dottern som var med, förutom Valborg själv. Då ÄP-sköterskan kom satt Valborg uppe i sin rullstol och var påtagligt glad över besöket. Valborg hade inte haft ett enda krampanfall sedan hon fick de nya medicinerna. Hon gav också positiv respons på att hemsjukvården skulle hantera de nya medicinerna och inte hon själv.

”Jag mår bra, jag är krampfri, jag ska bli 100 år”, sade Valborg.

”Vi släpper inte en patient efter 14 dagar”, säger ÄP-sköterskan: ”Vi fortsätter att följa upp.” I Valborgs fall var det bara en av medicinerna som hade hunnit börja verka efter 14 dagar. Den andra tog lite längre tid på sig.

ÄP-sköterskan stämde senare av med hemsjukvården och hemtjänsten. De var glada och tacksamma. ”Nu är det roligt att gå till Valborg.” Tidigare försökte personalen byta bort besök hos Valborg, byta pass med varandra för att slippa gå dit.

### **Summering av kontakter med ÄP-teamet**

Totalt gjordes sex hembesök hos Valborg och dottern var med vid samtliga. Därutöver har ÄP-sköterskan haft sex telefonsamtal med dottern och sju telefonsamtal med hemsjukvården/hemtjänsten. Valborg var uppe för diskussion vid åtta tillfällen på behandlingskonferenser där doktorn deltog. ÄP-sköterskan betonar vikten av att hela tiden återkoppla till doktorn.

När Valborg avslutades som patientärendande hos ÄP-teamet rapporterade man till patientens vårdcentral och man lämnade så att säga tillbaka patienten. Doktorn beskrev för primärvårdsläkaren på vårdcentralen att han trodde att patienten behövde sin medicin för all överskådlig framtid.



## **Så gick det sedan**

Två månader efter att Valborg lämnats tillbaka till primärvården, ringde kommunens sjuksköterska till ÄP-sköterskan och var helt förtvivlad. Då hade primärvårdsläkaren på eget initiativ sänkt doseringen på Valborgs ena tablett med resultatet att Valborg blivit sämre. ÄP-sköterskan kontaktade vårdcentralen och gick in med ett förtydligande vad gällde doseringen på Valborgs mediciner, och den ursprungliga doseringen återställdes.

## **Varför denna oro och ångest?**

De fyra mötena med Valborg, som inte beskrivits ovan, handlade till stor del om att försöka kartlägga vari Valborgs oro bestod och vad som triggade den. Oroskällan var att så många olika personer från hemtjänsten kom till henne och att alla gjorde på olika sätt och ingen gjorde som Valborg själv ville ha det. ”Det stressar mig, och då blir jag irriterad och då kommer oron i kroppen och så kommer anfällen”, berättade Valborg för ÄP-sköterskan.

Via Valborgs dotter fick ÄP-sköterskan kompletterande information om Valborg. I hela sitt liv har hon stressat upp sig när saker inte blivit som planerat eller tänkt. Tillsammans med Valborg och dottern kunde ÄP-sköterskan hitta tre stressorer:

- att det kom så många olika personer från hemtjänsten,
- att hemtjänsten så ofta missade tiderna de lovat komma på (numera, efter insats från ÄP-sköterskan ringer de och berättar för Valborg när de är försenade),
- att alla gör på sitt sätt och inte som Valborg vill.

De mediciner som sattes in syftar till att ta bort stresstopparna, vilket gör att hon kan stå ut även om det är många olika personer som kommer. Men ÄP-sköterskan har fört en dialog med kommunens sjuksköterska om hur Valborg reagerar på variationerna när det gäller omsorgspersonalen och man har lovat att försöka minska gruppen runt henne.

Men den underliggande oron hos Valborg, som ÄP-sköterskan identifierade, handlar om att inte kunna bo kvar hemma. Och det innebär en kontrollförlust för henne och sådana skapar oro. Alla slags förluster skapar

oro, berättar ÄP-sköterskan för oss. Förlust av hörsel och syn skapar också oro hos äldre.

ÄP-sköterskan konstaterar att ångest och oro är vanligt hos multisjuka äldre. Livsvärlden för många gamla består av vård, vare sig de vill eller inte. Och det finns ofta en otillfredsställelse med hur (andra) vårdgivare behandlar dem. Den här generationen är vana vid att klara sig själva.

ÄP-sköterskan avslutar sin fallpresentation med att berätta att om det hade varit ett mera ”normalt” första hembesök hos Valborg, dvs. ett hembesök där bara hon och Valborg träffats utan så många åskådare, så hade hon börjat nysta i hennes barndom och tidigare liv, men med så många åskådare närvarande och med tanke på anfallet, så avstod hon. Man får vara flexibel och anpassa sig efter omständigheterna när man arbetar på ÄP-teamet.

## **Forskarnas reflektioner kring fallet**

Fallet ”Valborg” följer i grunden flödesmodellen i figur 1, men här finns också några saker som vi särskilt vill lyfta fram. Det första är hur ÄP-sköterskan blir förmedlare av kunskap och behov både till kommunsjuksköterskan och till vårdcentralen. Kommunsjuksköterskan får via ÄP-sköterskan kunskap om vad det är som triggar igång Valborgs anfall och vad man kan göra konkret och praktiskt för att mildra dem. Vi tänker på saker som att minska hemtjänstgruppens storlek, att de lite mer försöker lyssna på Valborg hur hon vill få saker utförda i sitt hem och inte minst att hemtjänstpersonalen hör av sig till Valborg och talar om när de blir förse-nade. För vårdcentralens del handlar kunskapsförmedlingen om hur man doserar specifika psykofarmaka till multisjuka äldre. Läkaren på vårdcentralen ändrade helt på eget initiativ specialistläkarens föreskrivna dosering i ett av Valborgs läkemedel, med resultat att hon blev sämre i sin ångest. Där gick ÄP-sköterskan in med ett förtydligande och den ursprungliga dosen återställdes.

Turerna kring läkemedlet visar på ytterligare två intressanta förhållanden. Det första är att den dörr som ÄP-teamet lämnar på glänt för färdigbehandlande patienter och deras nätverk utnyttjades. Det andra är att en medlem i nätverket, kommunsjuksköterskan, tog kontakt med ÄP

när det inte fungerade kring medicinen. Det ligger i och för sig i hennes ansvarsområde att ha uppsikt över Valborgs medicinering, men det hade också kunnat vara så att hon hade kunnat överlåta det samtalet med ÄP-teamet till Valborgs dotter.

Vi kan se att det finns en viktig lärandeprocess för i första hand hemtjänstgruppen och kommunsjuksköterskan i arbetet med Valborg. ÄP-sköterskan tar en undervisande roll gentemot dessa i det att hon förklarar vad som händer med patienten och varför det händer. I Valborgs fall var hemtjänsten en del av det som utlöste ångestattacker, och de lärde sig att genom ett ändrat handlande gentemot Valborg (tillsammans med läkemedel), så kunde ångesten dämpas. Det här är en kunskap som vi hoppas och tror att hemtjänsten kan generalisera så att den blir tillämpbar även på andra vårdtagare.

Fallet Valborg visar också på ett förhållande som vi menar är en styrka hos ÄP-teamet; att man arbetar situationsanpassat. Eftersom ÄP-teamet arbetar utifrån hembesöksmetoden, så vet man aldrig riktigt vad det är man möter när man kommer på sitt första hembesök till en patient. Hos Valborg fanns inte bara dottern, utan hela hemtjänstgruppen var på plats när ÄP-sköterskan kom. Det förhållandet tillsammans med att Valborg gick in i ett kramp- och ångesttillstånd gjorde att ÄP-sköterskan frångick de vanliga rutinerna och avstod från att nysta i Valborgs tidigare liv och barndom.

Tiden slutligen. ”Det måste få ta tid” har vi valt att kalla den här rapporten och fallet med Valborg visar inte bara att det måste få ta tid, utan också att det kan få ta den tid det behöver. Hos Valborg varade ÄP-sköterskans första besök i två timmar och i den holistiska grund arbetet på ÄP-teamet utgår från, så är det både rimligt och nödvändigt att det är så.



## 6. Fallbeskrivning "Elsa"

Huvudpersonen i denna fallbeskrivning heter Elsa, född 1929. Hon är en viljestark person som fortsätter att leva trots alla sjukdomar och svårigheter. Hon har varit patient hos ÄP-teamet i två omgångar: först en kort period 2006 och sedan från juli 2010 till januari 2011. Hon har ofta varit akutpatient i somatiska vården och en ofta krävande patient i hemsjukvården. Fallet belyser den funktionsindelade vårdens oförmåga att samarbeta och få en hel bild av patientens situation. Patientens sjukdomshistoria negligerades. Fallet är sammanställt av en teamsköterska, och med *vi* menas därför ÄP-teamet.

### **Patientens situation och status**

Elsa handskades med svår ångest i kombination med hjärtbesvär, samt en rad andra sjukdomar och funktionsnedsättningar. Hon var vad man brukar säga multisjuk. När Elsa kom till ÄP-teamet vid andra tillfället 2010 beskrevs hennes sociala situation, somatiska status och psykiatriska historia på följande sätt.

### **Social situation**

Patienten bor i en hyresrätt sedan många år tillbaka, två trappor upp utan hiss. Hon har tre barn från ett äktenskap som upplöstes 1969. Hon har flera barnbarn. Hon har god kontakt med barn och barnbarn liksom med några väninnor. Hon tycker om att se på TV, lösa korsord och lyssna på radio. Efter skilsmässan fick hon kontakt med en man och de levde som särbo under ett antal år. De hade tillsammans en husvagn på Västkusten. Elsa tyckte mycket om att vara där. 2006 drabbades särbon av stroke och vistades i efterförloppet mycket hos Elsa. Det har framkommit att hon upplevde denna situation som påfrestande.

Genom hela livet har Elsa haft god kontakt med en syster. Systemen dog hastigt i december 2009. Blott tre veckor senare dog även Elsas särbo. Elsa drabbades alltså under kort tid av två svåra förluster.

### **Somatisk status**

Patienten är som sagt multisjuk. Har angina pectoris, förmaksflimmer och pacemaker. Hon drabbades av två hjärtinfarkter 1997. Hon blev bröst-

canceropererad 2005. Elsa lider av grå starr och grön starr. Hon är blind på höger öga sedan 2010. Hon har diabetes. Hennes kroppsliga rörlighet är begränsad men hon kan gå med hjälp av rollator.

### **Psykiatrisk historia**

Patienten lider sedan barndomen av oro. Hon har haft ångestbesvär sedan skolåldern och har alltid varit nervös. Efter hjärtinfarkterna 1997 lider hon av starka ångestkänslor, dödsångest och ibland panikångest. Även bröstcancerdiagnosen och operationen 2005 har trappat upp hennes oro och ångest. Vid någon kontakt har diagnosen generaliserat ångestsyndrom (GAD) nämnts. När kontakten med psykiatrin inleddes 2003 hade patienten en antidepressiv behandling.

Hennes dokumenterade sjuklighet tog sin början år 1997, då hon insjuknade i hjärtinfarkt vid två tillfällen och vårdades inom den somatiska vården. Hon sökte därefter för besvär hos somatiken vid 27 tillfällen och var därutöver ineliggande vid sju tillfällen fram till 2003.

### **Sökte akut gång på gång**

2003 sökte Elsa akutvårdcentralen (i forts. AVC) på grund av en oklar "frånvaroattack" och blev medicinerad med anti epileptika. En tid senare sökte hon återigen AVC och nu för panikångest, oro, andnöd och hjärtklappning. Man remitterade henne till psykiatrin. Vid psykiatriska akutmottagningen tolkades patientens ökade oro och ångest som läkemedelsutlösta biverkningar. Patienten fick rådet att sluta med denna medicinering och hänvisades tillbaka till sin sedan många år fasta läkarkontakt vid vårdcentralen.

I februari 2004 sökte Elsa på nytt AVC för att få remiss till psykolog för att tala om sin ångest och oro. Patienten hänvisades till psykiatriska akutmottagningen, där man hjälpte henne att få kontakt med hjärtsjuksköterska vid hennes vårdcentral.

Under 2005 och fram till augusti 2006 hade Elsa ingen kontakt med psykiatrin, men kom akut till AVC vid cirka 50 tillfällen för att få hjälp med ångest, oro, hjärtklappning och andnöd.

På hösten 2006 kom hon till psykiatriska akutmottagningen på remiss från AVC, dit hon först kommit akut på grund av depression och suicid-

tankar. Elsas särbo hade under våren 2006 drabbats av stroke och han hade i efterförloppet varit mycket hemma hos henne. Av detta hade hon känt sig allt mera tyngd, pressad och överbelastad. Antidepressiv medicinering justerades och patienten återremitterades till sin vårdcentral för fortsatt kontakt med psykolog och läkare.

Elsa tog ytterligare några kontakter med AVC för samma besvär som tidigare och hänvisades till psykiatrin, som samtalade med patienten och därefter hänvisade henne tillbaka till den pågående psykologkontakten på vårdcentralen.

Patientens besvär diskuterades senare vid ett samverkansmöte mellan vårdcentralen och psykiatrin. Patientens ångest uppfattades som svårbehandlad. De försök till att via psykologsamtal ge patienten strategier att hantera sin ångest, sågs inte som en framkomlig väg. Konsultläkaren från psykiatrin rekommenderade försök med ett annat läkemedel emot ångest.

Efter ytterligare ett besök hösten 2006 på AVC med efterföljande inläggande vård på medicinsk akutmottagning, blev patienten återigen remitterad till psykiatriska akutmottagningen och därifrån sändes remiss till Äldrepsykiatriska teamet.

### **Patient hos ÄP i oktober 2006**

Elsa kom i oktober 2006 för första gången till ÄP-teamet. Hon berättade att hon mått sämre sedan omkring tre månader tillbaka i samband med att särbon drabbats av stroke under våren samma år. Hon hade svårt att stå ut med sina ångestkänslor och önskade snabbverkande läkemedel. Samtidigt klarade hon inte av de biverkningar som inledningsvis finns vid antidepressiv behandling. Hon hade då använt låg dos av antidepressiva i 7–8 års tid och blivit ordinerad högre dos, men inte klarat av biverkningarna. Därför hade hon slutat med behandlingen.

Patienten var hjälpsökande men hade samtidigt en egen bestämd uppfattning om hur hon ville bli hjälpt. Hon bedömdes vara i behov av långvarig stödjande kontakt samt läkemedelsbehandling mot ångest och depression.

Konsultation gjordes med ansvarig läkare inom primärvården, som menade att många försök till behandling hade gjorts, men att patienten inte fullföljt givna rekommendationer och ordinationer. Beslöt att ÄP-teamet

skulle stödja patienten i ytterligare försök att medicinera med antidepressiva.

Efter hembesök och telefonkontakter bedömdes det inte vara möjligt att enbart med en kort periods samtal kunna stödja patienten, utan hon behövde långtidskontakt i kombination med psykofarmakologisk behandling. Det var något som ÄP-teamet inte kunde erbjuda, eftersom man vid denna tidpunkt saknade en egen psykiatriker. Patienten avslutades i november 2006.

### **Många insatser från många vårdgivare**

Elsa hade under många år haft sin fasta läkarkontakt med en privatpraktiserande läkare. Dessutom fanns hennes patientansvariga läkare inom primärvården och psykologkontakten fanns på vårdcentralen. Psykologen menade att hon inte kunde hjälpa patienten genom samtal. En tid senare slutade psykologen på vårdcentralen och ersattes med en halvtids tjänstgörande psykolog och VC ansåg sig inte ha möjlighet att ta emot patienten.

Efter avslutet i november 2006 återkom patienten till psykiatrin vid ett tillfälle som jourfall, efter att ha sökt akut vid AVC och per telefon några gånger. Hon fick stödjande samtal på detta sätt.

Från november 2006 fram till november 2007 hade Elsa ingen kontakt med psykiatrin. I november 2007 sökte hon själv psykiatrin vid tre tillfällen. Dessutom hänvisades hon av AVC till psykiatrin vid ytterligare ett antal tillfällen.

### **Remiss till ÄP i december 2007**

I december 2007 kom en förnyad remiss till ÄP-teamet efter jourbesök på psykiatriska akutmottagningen. Stöd i läkemedelshanteringen efterfrågades, då patienten medicinerade med ett stort antal olika läkemedel.

Det visade sig i ÄP-teamets kontakt med Elsa att hon hade kontakt med hemvårdssjuksköterska och hemtjänst 2–3 gånger dagligen samt kontakt med psykiatrisjuksköterska vid vårdcentralen. Hon fick sina läkemedel dosdispenserade via ApoDos.

Elsa ställde sig frågande till varför ÄP-teamet hade kontaktat henne. Hon menade att hon för tillfället mätte ganska bra och att hennes besvär



går i skov. Hon sade vidare att hon befann sig inne i en bra period. Läget var lugnt vid uppföljande kontakter och kontakten med patienten avslutades därför.

Under 2008–2009 ringde patienten till psykiatriska akutmottagningen vid ett tillfälle.

### **Ny remiss till ÄP i juli 2010**

I juli 2010 inkom en ny remiss till ÄP-teamet från vårdcentralen, dit Elsa inkommit i ambulans. I remissen efterfrågades stödinsatser och optimering av läkemedelsbehandlingen.

Vid samtal med kommunsjuksköterska framkom att patienten ringde runt till olika sjukvårdsinrättningar: till AVC, psykiatriska akutmottagningen, ÄP-teamet, kommunsjuksköterska, m.fl. Kommunsköterskan uppgav att hon kan bli uppringd tre gånger per timma: ”Ensamheten är olidlig”, säger Elsa då hon ringer. Elsas behov av kontakt förefaller vara omätligt, menade kommunsköterskan, som hade tagit upp med biståndsbedömare om utökade hemtjänstinsatser.

Vid ÄP-teamets hembesök hos Elsa framkom en likartad situation som tidigare. Hon hade ångest av och till, som hon haft sedan barndomen. Hon var vid besöket inte depressiv utan glad och alert. Hon skrattade. Och hon sa: ”Jag vill inte vara ensam.” Hon besökte dagcentral en gång i veckan och hade hemtjänst 2–3 gånger dagligen. Hon önskade utökade insatser från hemtjänsten. Hon önskade även en annan boendeform, men enligt biståndsbedömaren ”var hon för bra” för att beviljas äldreboende. Mellan 2008 och 2010 hade Elsa, enligt egen utsägo, vid tre tillfällen ansökt om annan boendeform men hela tiden fått avslag. Besöket resulterade i att ÄP-teamet tog kontakt med biståndsbedömaren som bekräftade Elsas uppgifter om avslag.

Då patienten bedömdes ha behov av stödjande kontakter i vardagen och en annan boendeform, så lämnades ärendet tillbaka till primärvården i augusti 2010.

### **Många besök på AVC följde**

Under hela hösten 2010 sökte hon vid många tillfällen akut på AVC och ringde även många olika sjukvårdsinstanser. Elsa hade enligt sköter-

skan på hemsjukvården ”omättnliga behov av kontakt”. Elsa fick stöd från primärvården, sjukhuset och hemsjukvården att vid tre tillfällen ansöka om annat boende, men fick hela tiden avslag.

Elsa kom ofta med ambulans till AVC på grund av oro, ångest, hjärtklappning och andningsbesvär. Hon blev även inlagd inom somatiken vid något tillfällen. Vid ett av dessa akuta besök på AVC i november 2010 remitterades patienten återigen till psykiatrin och lades slutligen in på en vårdavdelning för medicinöversyn och suicidprevention samt vårdplanering.

### **Kartläggning av vårdkontakter**

I november 2010 tog sig ÄP-teamet an ärendet utan remiss. Situationen sviktade påtagligt då patienten inte klarade av ett eget boende. Samverkan med Elsas son skedde och han delade uppfattningen att modern behövde ett annat boende. Läkarutlåtande om behov av annat boende skulle skrivas av psykiatrin.

Dagen efter denna planering lades Elsa åter in på sjukhus. Denna gång på grund av andningssvårigheter. Vårdavdelningen kallade till vårdplaneringsmöte. Personal från ÄP-teamet träffade patienten, planeringssjuksköterska, kommunsjuksköterska och biståndshandläggare på vårdavdelningen.

Inför vårdplaneringsmötet efterfrågade ÄP-teamet en sammanställning av antalet vårdkontakter inom primärvård, sjukhus och psykiatri. Kartläggningen visade att patienten själv hade tagit kontakt med eller blivit remitterad till psykiatriska akutmottagningen vid 15–20 tillfällen under åren 2003 till 2010. De flesta besöken och oplanerade telefonsamtalen ägde rum under år 2010. Man kan här påminna om att hennes syster och särbo båda avled kring årsskiftet 2009/2010. Till AVC hade Elsa kommit vid 78 tillfällen under åren 2007 till 2010 och 11 av dessa hade resulterat i remiss till psykiatrin.

Efter kontakt med biståndsbedömaren lovades patienten korttidsplats. I väntan på denna fick hon kvarstanna på vårdavdelningen. Hon fick löfte om att få vara på korttidsplatsen till dess att den permanenta platsen kunde ordnas.

## **Elsa beviljades äldreboende**

Elsa beviljades i november 2010 plats på ett korttidsboende, där hon återhämtade sig. Oron lade sig och ångesten försvann. Hon trivdes på korttidsboendet och fick vara kvar där tills hon i slutet av januari 2011 fick en permanent plats på ett äldreboende. Under sin vistelse på korttidsboendet behövde hon inte vid något enda tillfälle kontakta sjukvården.

Vid ÄP-teamets hembesök i den nya bostaden var Elsa pigg och glad. Hon visade stolt upp sitt nya hem och bjöd på kaffe. Hon hade nära till skämt och skratt, och uppvisade inga tecken på oro eller depressivitet. Hon sade sig var nöjd och trygg i sitt nya boende.

Kontakten med ÄP avslutades i samförstånd i januari 2011. Efter detta har patienten inte sökt akut vård vare sig inom somatiken eller inom psykiatrin. Det är vi väldigt glada för.

## **Forskarnas reflektioner**

### **1. Vilket förfärligt lidande!**

Elsa hade en sammansatt sjukdomshistoria från 1997 fram till 2010: hjärtinfarkter, bröstcanceroperation, diabetes, förlust av syn och rörlighet, förlust av närstående personer, instängdhet i lägenhet och en plågsam ångest. Gång på gång sökte hon hjälp och vård men utan att få någon varaktig lindring. Den kraftfulla sidan av historien är den obändiga styrka hos Elsa som fortsätter att leva under dessa svåra omständigheter. En stark livskraft.

### **2. Vilket onödigt lidande!**

När man läser fallbeskrivningen verkar det som om vårdgivare inte tog hänsyn till sjukdomshistorien och tidigare insatser. Det verkar inte funnits någon av alla vårdansvariga som tog sig tid att läsa i patientjournalen och ta vara på kunskap som finns i det skrivna. Varje gång Elsa kom akut till vårdcentral eller sjukhus bemöttes hon som om det vore första gången hon kom med sina besvär. Allt började om från början. Man tog rutinproverna och skickade hem henne eller remitterade vidare, ofta till psykiatrin. Detta upprepades gång efter annan och ganska snart hade rutinerna blivit till ritual.

Multisjuka patienter behöver multitänkande läkare. Varför fanns det ingen nyfiken doktor som stoppade det rituella beteendet och satte samman patientinformationen till en sammanhållen bild? Är svaret återigen den ansvarslöshet som uppkommer av vårdenheternas budgetstyrning, och de olönsamma multisjuka? Men sett över tid har detta icke-bemötandet av patienten kostat stora summor pengar förutom långvarigt lidande. Talesättet om vårdens Svarte Petter, en patient som man vill att någon annan tar hand om och bekostar har här en verklig förlaga. Systemen i vården med olika organisationer kan göra så här – att patienter faller mellan stolarna.

### **3. Lösning utanför boxen – det gränsöverskridande!**

Under drygt tre år kom Elsa till AVC vid 78 tillfällen, 15–20 gånger hade hon kontakt med psykiatrin och däremellan många telefonsamtal till kommunsköterskan och andra. ÄP-teamet bröt det här mönstret av missriktade vårdinsatser. Teamets resoluta agerande, att efterfråga en sammanställning av alla vårdkontakter, gjorde att Elsas situation blev tydlig för alla involverade.

Då uppstår för första gången en samlad bild av Elsas lidande och hur hon skickas runt i vårdsystemet. Det kunde man konstatera genom att göra en ordentlig genomgång av journalmaterialet. Då framträdde ett mönster av hjälplös ritual i akutundersökningar, som inte hittade källan till patientens lidande. Om man efter alla dessa försök inte kunnat hjälpa patienten genom att rikta blicken mot de symptom som patienten sökt för: ångest, depression, panikattacker och ett skenande hjärta, så riktades blicken nu i riktning mot andra orsaker och förklaringar. Hade det funnits en dörrskylt på AVC för "ensamhet" kanske hon själv klappat på den porten. Av fallbeskrivningen framgår att hon flera gånger förde fram detta till kommunsjuksköterskan och även vid ÄP-teamets hembesök.

När orsaken till lidandet identifieras som ensamhet och isolering, verkar man ha hittat rätt. ÄP-teamet deltog i vårdplaneringsmötet som mötte Elsas behov i den nya förklaringens ljus. Då räckte det med att ordna med ett nytt boende, först ett korttidsboende och sedan fick Elsa komma till ett äldreboende. Det var just vad Elsa ville och själv hade sökt från kommunen. Sedan Elsa flyttade till äldreboendet i januari 2011 har hon aldrig sökt akut vård, vare sig somatisk eller hos psykiatrin.

## 7. Fallbeskrivning "Arne"

I denna fallbeskrivning återger en av teamets sjuksköterskor förloppet i arbetet med patienten Arne. Fallbeskrivningen är återgiven från en inspelad intervju som transkriberats och redigerats. Sjuksköterskan är berättaren och den återges bitvis i jagform.

### Remiss från vårdcentralen

Arne var 88 år gammal när han på hösten 2011 kom till Äldrepsykiatriska teamet på en remiss från sin vårdcentralsdoktor. Han var på nytt deprimerad och väldigt ångestfyllt, och man kom inte vidare med detta på vårdcentralen. Remissen efterfrågade utredning och behandling.

Vi gjorde vår bedömning vid behandlingskonferensen och bestämde oss för ett nybesök, som vi brukar göra i våra ärenden. Syftet med hembesöket är att samla mer information och göra en ny bedömning efter det att vi har träffat patienten. Jag åkte på hembesök hos den här mannen och förberedde mig genom att ta del av information i hans patientjournal.

### Journalanteckningar

Av journalen framgick att detta inte var första gången Arne sökte kontakt med psykiatrin. 2004 kom han på remiss från sin vårdcentral. Då hade han sökt för hjärt-kärlproblem. I efterförloppet drabbades han av nedstämdhet, som man från vårdcentralen inte lyckades bryta. Det fanns mycket ångest med i bilden och han hade en hel del dödstankar. Man hade prövat att behandla honom med olika SSRI-preparat, alltså antidepressiva läkemedel, men lyckades inte behandla depressionen. Just innan Arne remitterades till den psykiatriska öppenvårdsmottagningen i X-stad för en riskbedömning, hade man satt in ett nytt läkemedel. Under de fyra veckor som gick innan Arne fick träffa doktorn på psykiatrimottagningen hade han börjat må bättre av medicinen. Doktorn bedömde att han var på bättringsvägen och kontakten upphörde. På hösten 2011 kom alltså remissen från Arnes doktor.

### Hembesök 1. Gården: utredning

Jag åkte med bilen på hembesök. Det var inte lätt att hitta fram till gården där han bodde vid vägs ände. När jag väl hittade det lilla huset i skogen och

körde in på gårdsplanen, kom han ut och mötte mig med sin kryckkäpp. Han var glad att jag kom.

Arne är en ensamboende, ogift man utan barn, ensam kvar av fem syskon. Han bor kvar i sitt föräldrahem på landet utanför ett mindre samhälle, en liten gård, ett före detta lantbruk som gått i arv i fyra generationer. Arne är lantbrukare och drev sitt jordbruk med djurhållning fram tills han var 73 år gammal. Nu är markerna utarrenderade men han bor kvar i huset. Den tre år äldre systemen bodde tillsammans med Arne på gården ända till hon gick bort 2009.

Huset är helt omodernt, det finns varken vatten eller avlopp. På farstuströgen står en zinkspann med ett rep om handtaget. Med den i handen går han till brunnen och hinkar upp vatten. Huset moderniserades på 1940-talet, medan hans föräldrar fortfarande bodde där. Det är som om tiden stått stilla på gården sedan dess.

Han bjuder mig att stiga in och jag kommer in i en helt orörd miljö. På verandan står träskor och stövlar, och där finns ett litet skafferi. Där innanför köket, husets enda rum såvitt jag ser, med vedspis, en kommod med tvättsfat och kanna, en rakspegel. Ett kylskåp har han också. En blommig vaxduk ligger på köksbordet och pärlspont på väggarna. På sängen ligger katten och sover.

## Samtal

Vi sätter oss vid köksbordet och han berättar att han bor ensam i huset och att han har ett syskonbarn som bor i närheten, hans närmaste anhörig. Han har kontakt med hemtjänst flera gånger varje dag. Han har växelvärd på ett serviceboende, där han bor en vecka i månaden.

Arne är adekvat och välbevarad. Han har goda minnesfunktioner och är lätt att prata med. Jag gör som jag brukar; ber honom berätta hur han har haft det, hur han mår nu och om nedstämdhet är något han har känt tidigare i livet.

Han berättar det jag läst i hans journal om depressionen 2004, och att han lyckades komma ur den med hjälp av läkemedel. ”Jag har börjat må psykiskt sämre det senaste året”, säger han. ”Framför allt det sista halvåret.”

Ett halvår tidigare hade han en lunginflammation och var inlagd på sjukhuset i X-stad. Det hade försämrat läget. ”Det har inte varit bra de

sista två åren sedan min syster gick bort. Jag är väldigt ensam”, tycker han. Arne är en väldigt hjälpsökande person. ”Jag mår inte bra”, säger han, och berättar att han känner sig nedstämd och att han har svår ångest.

”Hur känner du ångesten”, frågar jag.

”En obehagskänsla i mellangärdet som sprider sig upp i bröstet och till huvudet. Och ett tryck över bröstet och andnöd”, beskriver han. Han tycker att det känns väldigt, väldigt jobbigt.

Han är trött och har mycket grubblerier. ”Jag ältar en massa småsaker, och fastnar i sådant man inte borde oroa sig över”, säger han.

Han sover bra men han har tappat sin aptit. Han äter visserligen, men han tycker inte att maten smakar något vidare. Han drar sig undan mer och mer, märker han. Han orkar inte som tidigare att upprätthålla sociala kontakter. När det blir som värst har han tankar på att ta sitt liv, säger han.

”Hur tänker du kring att ta ditt liv”, frågar jag.

Han berättar att han varit jägare i hela sitt liv och att haft vapen hemma. Nu har ett syskonbarn tagit hand om alla vapen, för de har varit oroliga för honom. Han har pratat med syskonbarnen om tankarna på att ta sitt liv. Att han inte har några vapen hemma idag, säger han, skulle inte hindra honom. Han vet att det finns andra sätt. När jag frågar vidare om det, så vill han inte berätta utan han säger lakoniskt: ”Jag vet hur jag ska göra”.

### **Oro för vintern**

Det framkommer tydligt av vårt samtal att han har en önskan att komma till ett äldreboende, där han kan få hjälp att sköta sig och få omvårdnad. Det skulle betyda att han slapp allt praktiskt arbete som hans boende medför. Han är rädd för vintern som snart kommer. Han tror sig inte orka med vedhuggning och eldning för att hålla värmen. Under alla år har han skött detta med att hugga sin ved, bära in för eldning och hålla värmen. Han säger: ”Jag vill bara ha lugn och ro nu!”

Förra vintern var väldigt snörik, påminner han, och han blev isolerad. Med nöd och näppe hade han klarat av att sköta om sig själv och sköta hemmet. Han var beroende av grannar som hjälpte honom med snöröjning, och han var inte van att vara beroende utan ville klara sig själv.

## **Ambivalens**

Det var ett starkt första möte med Arne. Han gav väldigt mycket värme i kontakten kunde jag känna, och han var hjälpsökande. Det fanns en ambivalens hos honom kunde jag märka. Å ena sidan viljan att leva, viljan att få hjälp och att ha önskningar om hur det skulle bli i framtiden. Å andra sidan döden, att inte orka leva och möjlighet att ta sitt liv. Han kunde berätta om båda livsriktningar: om en önskan att komma till ett boende och få hjälp. Samtidigt som han kunde säga: jag har dödstankar, jag har stunder då jag inte vill leva. Det stod litegrann och vägde vilken riktning det skulle ta, tänkte jag.

## **Yrkesrutiner**

Jag gjorde som vi brukar göra vid ett nybesök, en depressionsskattning. En HAD-skattning, Hamilton Anxiety Depression Scale, som vi använder för våra äldre. HAD-skattning och Madras S använder vi mest. Vi tycker att HAD är bra, för man fångar in både depression och ångest i den.

Vidare kollade jag upp vilka kontakter han hade med hemsjukvård och namnet på kommunsjuksköterskan. Jag frågade om jag fick ta kontakt med henne för att få lite kompletterande information, och det fick jag. Jag måste ha detta samtycke för att hämta information från en kollega i hemsjukvården, eftersom vi tillhör olika organisationer. Det är sällan något problem att få medgivande från patienten. Det räcker att få det muntligt och skriva i journalanteckningen att jag har frågat patienten och fått medgivande.

Jag ringde till kommunsköterskan Elsa och fick bekräftat att de var väldigt oroliga för Arne. Han hade även till dem uttryckt suicidtankar. Denna oro hade legat bakom lösningen med växelvård och planer om ett annat boende. Han hade gjort en ansökan till kommunen om ett annat boende och det var på gång att han skulle få det, berättade hon.

## **Besök 2. Borgens äldreboende: ångestbehandling**

Nästa gång jag träffar honom har han kommit till Borgens korttidsboende, där han växelvårdades en vecka i månaden. Katten fick vara kvar på gården med tillsyn. Han var väldigt nöjd med att komma till Borgen.

När jag kom på besök tog jag med mig sjuksköterskan som är ansvarig



på boendet. Jag ville att hon skulle vara med och komplettera med uppgifter. Då framkom det att Arne fått besked om en plats på ett äldreboende i Hestra, en bra bit bort. Han önskade en plats på äldreboendet där han bor. Men det gick inte.

Vid detta tillfälle uppgav Arne att han fortfarande hade svår ångest, och beskrev panikångestinslag som tillkommit. Han fick attacker nästan varje dag. Han var fortfarande väldigt orolig och nedstämd och hjälpsökande. Han hade väldigt svårt att stå ut i sin ångest. ”Vad kan ni göra för att hjälpa mig”, frågade han.

Jag berättade att vår doktor Per-Anders hade sett över hans medicinering och funnit att den var bra när det gäller depressionsbiten. Jag försökte informera honom om hur medicinen verkar och förmedla hoppet om att det kommer att bli bättre med depressionen, men att det tar lite tid. Vi gick igenom det tillsammans. Han var lite uppgiven, och förnekade att han nu hade några suicidtankar. Han sa att han nog skulle känna det starkare om han hade varit hemma. Han tyckte det var skönt att vara på Borgen.

Jag märkte att Arne hade svårt med koncentrationen. Jag fick upprepa frågor och informationer många gånger och säga att det skulle lösa sig med medicineringen och med boendet. Även om det inte kändes bra just nu, så skulle han inte behöva flytta hem igen. Det var liksom grundtanken.

Jag uppfattade att han inte var riktigt nöjd med den anvisade platsen på boendet i Hestra, och att han var ledsen för att inte kunna besöka sitt hem igen, och liksom säga adjö.

### **Lyssna, och lyssna in honom**

När vi träffades på Borgen gav jag honom mycket tid. Jag fick lyssna, lyssna in honom. Jag kände att det var viktigt att ta honom på allvar. Det blev ett möte på närmare två timmar, först tillsammans med sköterskan och sedan var det bara Arne och jag.

Jag känner att det är väldigt viktigt att man lyssnar och tar in det han säger, att man tar det på allvar och förstår att det är betydelsefullt för honom. Samtidigt som jag kan visa hopp genom det jag kan, att medicinerna kommer att ge resultat, att det kommer att bli bättre, men att man måste ge det tid.

När det gäller hans oro för boendet, som jag inte kan påverka, så kan jag

åtminstone lyssna på hans oro och bekräfta hans önskan om att komma till boendet på sin ort. Jag betonade att jag har hört att han ville komma hem för att säga adjö till gården.

Vid träffen gjorde vi en planering. Jag tog med mig kunskapen om hans ökade ångest och pratade med doktorn om bättre ångestlindring. Vi bestämde att jag skulle komma tillbaka och hålla regelbunden kontakt med honom.

### **Besök 3. Borgens äldreboende: ångesthantering**

När jag drygt en vecka senare besöker honom igen på Borgen har han fått besked om att han inte behöver flytta till Hestra, utan han får komma precis dit han vill, till äldreboendet i Holmsjö. Det gör honom väldigt lättad och glad.

Den här gången ventilerar han sina bekymmer om vad som ska hända med gården. Det handlar om hela hans liv, hur han har levt, vilken relation han haft till att bruka marken, sköta djuren och att ingå i sociala sammanhang. Det har haft jättestor betydelse. Livsberättelsen kommer fram undan för undan, men det är inte detta som jag fokuserar på i patientarbetet i detta läge. De här tankarna kommer senare. Det är fortfarande ångesten som jag uppfattar som det viktigaste att hjälpa honom med.

Andra besöket på Borgen handlar främst om hans ångest. ÄP-teamet har redan genom en telefonkontakt justerat medicinfördelning av ångestdämpande medicin, så en uppgift vid besöket är att utvärdera det. Det visar sig att han mår bättre och är mindre plågad av panikångest.

”Det är fortfarande fruktansvärt obehagligt”, säger han. Han blir jätterädd.

### **Besök 4. Äldreboendet i Holmsjö: nyetablering**

Nästa gång jag träffar honom har han flyttat till Ekskogens äldreboende i Holmsjö. Nu har han flyttat hemifrån, till ett nytt hem. Flytten är en stor och omvälvande händelse. Den stora förändringen har jag för ögonen när jag kommer. Jag uppfattar att situationen nu handlar om en nyetablering.

Han är ganska omtumlad av alla förändringar under den senaste tiden. Han har lite svårt att ta till sig att han inte ska flytta mer i sitt liv. Lite vilsen är han. Han vet inte hur det ska bli. Han saknar sitt hem. Han har

inte separerat. Vi pratar mycket om hur han kan förhålla sig till gården, vilka möjligheter han har, och hur han tänker om att komma tillbaka till gården. Jag pratar med personalen om det och de är öppna för att köra honom dit när han vill.

Redan från början pratade Arne och jag med hans kontaktperson om att besöka gården och hon sa: "När du vill Arne, så kan jag ta dig i bilen och så åker vi hem." Då sa han: "Då gör vi det en dag när det bli bra väder."

Ekskogen är ett väldigt fint boende. Det finns en innegård med planteringar och man har hönor som pickar. Personalen har ett ganska tillåtande och individuellt perspektiv i sina kontakter. Under tiden Arne har bott på Ekskogen har han gjort en starroperation. Det är något som också tar på hans krafter, även om han kommer att se bättre efteråt.

Han börjar känna effekt av den antidepressiva behandlingen. Han tycker att han sover lite bättre och är inte lika orolig som tidigare. Ångestbehandlingen har hjälpt sedan han tar medicin mer regelbundet. Vi utvärderar det. Han vet hur medicinen fungerar och är lite tryggare med det. Vi pratar mycket om hur viktigt det är att han får lugn och ro, och att han behöver tid.

Vid mötet på Ekskogen ser jag för första gången att Arne är lite försiktigt hoppfull; han skrattar lite och han ler. Han tar kontakt med mig på ett speciellt sätt när jag kommer och när jag går. Han lägger handen på min kind, och det gör han med en annan värme nu, tycker jag. Han tittar mig i ögonen. Det är en fin farbror. Vi har fin kontakt.

Jag märker att den här farbrorn har väldigt stort behov av att prata. Han har levt ett jätterikt liv med många sociala kontakter. Han har varit en uppskattad auktoritet inom många områden och givit många människor råd och stöd på ett kunnigt sätt; en efterfrågad person. Jag känner att han har mycket han behöver prata om för att ha kvar sitt värde som person, att hålla kvar sin självbild.

I det här läget känner jag att det behandlingsmässiga med depression och ångest löper på, och det utvärderar jag allt eftersom. I den aktuella situationen fokuserar jag på att möta honom i livsförändringen. När han kommit till sitt nya hem gör vi en ny planering, där vi pratar om hur vi ska ha vår kontakt framåt. Vi bestämmer tillsammans att vi ska träffas.

### **Fortsatta besök. Summerande samtal, livsberättelse och uppföljning**

Nästa gång jag kommer har Arne fortfarande jobbigt att finna sig tillrätta. Han hade hoppats finna medboende att prata med. Han har gått runt och bekantat sig med sina nya grannar, men de flesta som bor där har inte så mycket intresse av att prata och umgås. De som bor på somatiska avdelningen är ganska sjuka. Det finns lite besvikelse i att det inte finns grannar att umgås med. Han pratar mycket med personalen, och tycker att det är trevligt med flickorna som arbetar där.

När jag möter honom den här gången känner jag: ”Nu är han där, nu orkar han och nu vill han”. Han pratar lite mer om sig själv som person, vem han är och han befinner sig en situation som han vet förutsättningarna för. Så nu ser jag att det kan vara lämpligt att hjälpa honom med de här summerande samtalen, som vi jobbar med. Det innebär att fråga efter livsberättelsen; vem han är, vad han har gjort i sitt liv och vad som har varit betydelsefullt för honom.

De möten som följde handlade i stor utsträckning om att ge honom möjlighet att formulera en livsberättelse. Jag gav honom mycket tid inom loppet av några samtal och det kom fram en fantastisk livsberättelse. Det är inte alldeles unikt, för de flesta människor har ju en fantastisk historia på olika sätt. Arne var väldigt verbal och kunde berätta på ett målande sätt. Han hade kontakt med sitt känsleregister, så det var mycket intressant att lyssna på honom.

### **Livsberättelsens innehåll**

Arne hade varit en driftig och social man. Han var idrottsintresserad i sin ungdom och utövade flera sporter. Bland annat brottning och han hade gått stora matcher i Göteborg. Han hade varit med om att starta idrottsföreningar i fotboll och bandy och allt vad det var.

Han gick på dans och hade stort umgänge. Sällskapet hade han gjort flera gånger. Att han aldrig gift sig, berättade han, var ett val han gjorde för han ville inte ge avkall på alla sina intressen. Han ville inte bli bunden. Han valde på ett sätt som verkar modernt idag. Han var en social person med mycket kontakter med sina grannar, och som ung man hade han kontakt med den äldre generationen kring hembygdshistoria och sådana saker. Han var mycket intresserad av folket och gårdarna runt omkring.

Jakten och skogen var ett stort intresse. Han var skogsägare som vårdade sin skog omsorgsfullt. Han tog ned sina träd på rätt sätt när det var dags för avverkning. Han var stolt över att skogen hade blivit så fin och bra. Han kände sina marker väl, varje stig och sten och varje stubbe och skogens alla särskilda platser. I 45 år hade han varit jägare, berättade han, och skjutit så och så många älgar och så och så många rådjur. ”Du tror nog att jag skryter”, sa han. ”Men så är det inte. Jag var en duktig jägare.”

Djuren på gården berättade han om. Han hade mjölkkor som betydde jättemycket för honom. ”På sommarkvällarna gick jag ut till korna i hagen och klappade och kramade om dem. Jag hade namn på alla kor”, berättade han. Han fick mycket närhet därifrån och kände ett starkt ansvar för att djuren skulle ha det bra. Även de sista åren då marken var utarrenderad gick han ut i hagarna och pratade med korna.

Fyra syskon hade han, och alla var ju döda nu. Syskonbarn hade han. En systerdotter med barn var närmast för honom. De kom ofta till honom och ville att han skulle berätta och de tyckte att han skulle skriva ned allt han visste.

Vi pratade mycket om dessa saker under våra samtal. Han tyckte det var positivt. Han skrattade mycket och drog roliga historier. När vi pratade om händelser i livet var det många känslor som återkom, hur han upplevt olika skeden och händelser i livet, vad som varit viktigt och ibland avgörande, vilka val han har gjort och saker han ångar att han inte har gjort.

Han var rätt så nöjd med sitt liv. Det fanns inte så mycket han ville ändra på. Han har känt kontroll över livet, att det blivit ungefär som han tänkt sig. Även det sista beslutet kring boendet blev som han ville.

Det var en svår separation att lämna gården och katten fick han också lämna. Katten hade kunnat få följa med till boendet, men Arne gjorde ett val. Katten var 21 år och han visste att den hade börjat kissa lite inomhus. Dessutom fanns redan en katt på Ekskogen och Arne tänkte att katten inte kommer att klara av att flytta. Så han valde att katten skulle få sluta sina dagar.

### **Summerande samtal ger utrymme och mening att leva framåt**

I dessa summerande samtal är jag hans lyssnare. Jag erbjuder honom att berätta och hjälper honom att utveckla viktiga händelser och perioder, och

att känna, tänka och reflektera kring dem. Men dessutom hjälper jag honom att gå vidare här och nu. De summerande samtalen kan vara en del i att få meningsfullhet i det liv han lever på Ekbackens äldreboende och utifrån den person han är idag.

En del i summerande samtal är att hjälpa patienten att hitta det som är viktigt i den aktuella situationen, för att kunna må bra. Arne hade redan tankar kring det här. Han promenerade mycket och försökte gå ut varenda dag med sin rollator. Det uppmuntrade jag honom att göra. Det innebär att han träffar folk som han kan prata med. Han kan gå en liten slinga delvis genom skogen, där han kan titta på träden och fåglarna.

### **Skapa inre bilder**

Vi pratade också mycket om trädgården som finns utanför boendet. Han var lite osäker på vad han kunde göra där, för nu är det vinter och han såg inte riktigt vad han skulle kunna bidra med i trädgården. Men han funderade lite kring det och jag stöttade honom mycket i det. Vi tittade mycket på trädgården även på vintern, och kanske kunde det väcka inre bilder av hur den såg ut fram på vårkanten och att han kunde föreställa sig själv arbeta där litegrann. Vi tittade på hönshuset och pratar om hönorna. Jag försöker få honom intresserad av att ha en uppgift där med all den kompetens han har.

Arne har alltid lagat sin egen mat, och var duktig på det, tycker han. Han gjorde goda omeletter. Det fanns ett litet pentry på rummet och jag stöttade honom att laga mat: ”Stek en omelett inne på rummet då och då.”

### **Vad får en boende göra?**

Han var osäker på vad en boende får göra. Var går gränserna? Det visste inte jag heller, för det kan vara olika på olika boenden. Så jag bjöd in personalen för att reda ut det tillsammans, för jag tyckte att det var viktigt att han skulle fortsätta att ha lite mat i sitt kylskåp och laga mat, knäcka ett ägg i pannan någon gång då och då. Så vi pratade tillsammans med personalen runt det.

Det fanns ingen genomarbetad plan i personalgruppen, så det var nog personbundet vilka gränser och regler som gällde på boendet. Det är alltid så att det varierar i personalen hur man ser på boenden och vad boende får

göra och inte. Jag träffade personalen där vid flera tillfällen. Arne ville det också. Själv tyckte han det var jobbigt att ställa alla frågor kring: vad får jag göra, vad är okej?

När vi samlade personalen såg jag också en möjlighet att plantera det här med livsberättelser hos personalen. Så jag träffade personalgruppen vid tre tillfällen, inte alla samtidigt, men fyra, fem personer varje gång. Jag berättade för personalen hur vi resonerade, vem Arne var, vad jag hade fått berättat för mig, och jag gav dem lite tips om vad de kunde fråga mer om, som kunde vara viktigt för Arne. Då kom det upp igen att han ville komma hem till gården igen, och jag lyfte fram det, för jag tror att det var viktigt för Arne att återvända till sitt hem. Jag tog också upp det här med maten med personalen.

### **Besök på Luciadagen: ömsesidigheten**

Jag besökte honom på Luciadagen. Det var häftigt. Jag knackade på och kom in till honom. Då ser jag att han hade dukat bordet. Han hade dragit sitt lilla sängbord fram till sin säng. Så hade han kokat kaffe. Från systerdottern hade han fått hembakade lussekatter. Han hade förberett för att bjuda mig på kaffe när jag kom på besök.

Det är så symboliskt att han bjuder tillbaka. Vi tar och ger i relationen, eller hur? Det är viktigt att man har den ömsesidigheten. Det var fint att han gjorde det.

Jag är inte rädd att låta patienterna ge mig någonting. Till exempel är lite kroppskontakt ibland inget problem för mig, eller att man ger patienten en kram. Jag vet var jag har mina gränser ändå. Jag bjuder ibland in patienten i mitt liv när jag känner att det är viktigt för att få en balans. Jag frågar dem om familj och barn, och om de frågar mig tillbaka så berättar jag lite för dem. Vad jag vill säga är att man måste bjuda på sig själv för att främja ömsesidigheten. Det här kan man kanske se som ett professionellt gränsöverskridande.

Vid träffen på Lucia hade vi kommit en bit i behandlingen. Jag berättade för honom om depression, varför det blir som det blir, panikångest, varför man reagerar så starkt. Det är kunskaper som jag kan tillföra honom.

Jag återkom till att föra fram bekräftelse och hopp till honom. Det

är viktigt att ge behandlingen tid, och att acceptera att ett depressionstillstånd kan växla litegrann. Han mådde ju klart bättre nu än tidigare. Det kan ha en hälsoeffekt att spegla framsteg jag ser. Till exempel: ”Nu märker jag att idag har du kokat kaffe”. Det är ofta väldigt bra att ge praktiska exempel.

De summerande samtalen löpte på vid hembesöken ungefär en gång i veckan på detta vis. Vi ägnade en stund åt hur han får utlopp för det han tycker är viktigt och behöver, vad han gjorde, vilka kontakter han hade. Vi pratade ofta om gården. När han började må lite bättre kom hans framtidsplaner om gården upp. Han berättade att han hade planer på att skriva över gården till systerdottern. Det kändes att han hade fått lite kraft att ta tag i frågan och tänka kring det på ett annat sätt. Det gjorde honom väldigt lättad, när han började formulera att det var hans vilja att systerdottern skulle ta över gården. Han hade nog tänkt igenom hur det skulle ske, och att det kändes bra att ha gjort det. Och systerdottern var beredd att ta emot gården.

### **Fast samtalstid**

Jag har tagit hjälp av sjuksköterskan Inga på Ekbackens boende. Hon är intresserad av att arbeta med levnadsberättelser. Så hon stöttar upp när jag inte är där. Personalen har märkt att Arne kommer och knackar på och gärna vill komma in och prata. Därför har jag och Inga bestämt att hon avsätter en tid till honom. En fast tid som bara är hans. En stund när hon finns på sitt rum och att han är välkommen dit. Det var också väldigt bra och han fick lite ångestavlastning av det.

### **Besök i februari: influensan försvagar**

I februari drabbades han av influensa. Han blev ordentlig sjuk och febrig. Det tog lång tid innan han återhämtade sig. I den här perioden gick han ned sig igen och blev deppig, och trött förstås, uppgiven och orolig.

När jag träffade honom var det mycket mer ångest igen. Jag gav mycket tid vid besöket, och lyssnade noga till hur han beskrev sin ohälsa. Återigen handlade det om att ta in information och budskap kring det han säger, om nyanser och detaljer som bidrar till förståelse: hur han ser ut, hur han har kammat sig och hur han har klätt sig, hur det ser ut runt omkring honom, vad personalen säger att de har sett och känner, och så vidare.



Hur man uttrycker sig som äldre är också så annorlunda. Arne var bra på att uttrycka sig men det är inte alltid gamla patienter är det. En del ger svar som de tror att jag som sjuksköterska vill höra. Därför är det bra att inte bara lyssna till orden som sägs utan vara öppen för hela kommunikationen för att tyda vad den gamle vill ha sagt. Det gäller de kroppsliga uttrycken men även att mot bakgrund av yrkeserfarenheter hjälpa gamla på traven för att uttrycka sin mening och sina önskningar.

Problematiken med att patienter inte formulerar sina tankar, frågor och önskemål fanns med i bilden när Arne kom till boendet. Han visste inte vad han fick göra och vad han inte fick göra. Men han frågade aldrig personalen. Han tyckte inte om maten för den var så salt. Han sa: ”Jag är så bra på att laga mat. Jag skulle kunna laga mat.” Han bad mig aldrig fråga personalen om vad han fick göra, men jag kände att han ville veta. Men han frågade aldrig personalen: ”Får jag laga mat här på rummet?” Jag kände att det fanns oklarheter och då frågade jag honom: ”Skulle du vilja laga lite mat i ditt pentry?” ”Ja, det vill jag”, sa han då: ”Hur ska vi lösa det?” Och jag sa: ”Jag kan prata med personalen om det här: vill du det?”, sa jag. ”Ja, kan du göra det”, sa han.

Det finns många exempel på att det inte räcker att gå på det man hör utan också det man känner utifrån den kunskap man byggt upp om den här personen.

### **Besök i slutet av februari**

Arne återhämtade sig från influensan. Han blev starkare och piggare igen. Då handlade det återigen om att uppmuntra honom till de här avledande aktiviteterna; att förmedla hopp och uppmuntran och ge honom avlastande samtal. Vi pratade mycket om skogen. Vi pratade om att balansen mellan vila och aktivitet också är viktig. Jag uppmuntrade honom att samtala med personal och medboende när det gick, och att fortsätta att prata med sjuksköterskan Inga. De planerade samtalet med henne fortsatte hela tiden.

### **Besök i mars: kontroll och självmedicinering**

Någon gång fram i mars kom det här med självbestämmandet upp igen. Det visade sig att Arne haft en ask med Sobril, som personalen inte vetat

om. Han hade tagit tabletter på eget bevåg. Etiken i det här är svår. Eget ansvar och övertagande av ansvar.

Nu är det regler där man bor, en grundtanke att man vill väl, och att det inte ska hända något – att det kommer någon annan och tar de här tabletterna eller så. Så, sköterskan Inga och jag hade ett samtal med honom, där vi respektfullt försökte få honom att förstå att det är viktigt att sköterskan vet vilken medicin patienten tar. Vi hittade en lösning. Arne fick ta de tabletter han skulle ta och ha dessa på rummet, men att han inte hade hela burken på rummet.

Då förstod jag plötsligt igen att jag missat något; att han har mer ångest än han har berättat för mig och vad jag har känt av att han beskrivit. Så jag tog en ny vända med doktor Per-Anders, som satte in en ny medicin. Det var Arne med på. Och då svarade vi ju an på det. Han förbättrades av det, så i slutet av mars mådde han bättre i sin ångest. Vi kunde öppet och ärlig prata om det som varit, inga konstigheter med det.

Vi träffades ett par gånger till i mars. Han mådde riktigt bra. Vi gjorde en ny depressionsskattning. Han hade kommit igång med ganska bra rutiner med dagliga promenader. Det fungerade bra med samtalskontakten med Inga.

Vid den här tiden hade han bestämt sig kring gården och skrivit ett testamente. Jag har aldrig träffat de anhöriga men de var ofta där och hälsade på och berättade om sina planer för gården.

Vi bestämde om en utglesad kontakt. Så jag träffade honom inte förrän en månad senare.

### **Besök i april: avslutande samtal**

Jag hade ett uppföljande och avslutande samtal med honom i slutet av april. Depressionsmässigt och ångestmässigt mådde han riktigt bra. Han var nöjd. Han hade ingen panikångest. Han kunde ibland känna att han blev orolig, men så pratade vi om hur han kunde göra i sådana situationer, att han kunde ta promenader, att han kunde prata med någon och han märkte att det hjälpte. Han hade lite redskap själv som vi pratade om.

Vi gjorde en slutsats och summering. Han var nöjd, tycker jag. Jag sa som jag alltid säger när jag avslutar patientkontakter: ”Du vet var jag finns. Är det någonting, så ringer du.”

Efteråt hade jag ett par telefonkontakter med sjuksköterskan Inga, lite rådgivning kring hans medicinering och jag fick lite information om hur han mådde och hälsade till honom.

### **Ärendet avslutades i maj**

Vi avslutade kontakten i maj månad 2012. Då hade vi haft kontakt under ett halvår och jag hade varit på hembesök 10–12 gånger från oktober 2011. Det följde några telefonkontakter med Inga men jag gjorde inga fler besök.

Ett halvår senare läste jag Arnes dödsannons i tidningen. Jag vet inte hur det gick till. Troligen tacklade han av och kände sig färdig med livet. Om han mått väldigt dåligt, så hade boendet hört av sig till oss igen, det vet jag.

### **Sjuksköterskans reflektioner**

Fallet Arne är ett bra exempel på ÄP-teamets arbetssätt. Det hände så mycket under det halvår vi hade kontakt med honom. Han genomgick på kort tid två eller tre faser av depressionerna som andra patienter gör under flera år.

Fallet är representativt för hembesöket som metod och de situationer ÄP-teamet hamnar i och de människor vi möter i arbetet. Det framgår att arbetet sker i patientens miljö och sammanhang. Genom summerande samtal och livsberättelse byggs det upp en konkret kunskap om patientens historia och aktuella situation som används i hälsoarbetet. Av fallet framkommer kärnan i patientarbetet. Det handlar väldigt mycket om anknytning, vilken relation man får till personen vid de här mötena.

Arne var en fin människa. Det är lätt för mig att beskriva honom och arbetet vi gjorde tillsammans, för det var en god relation.

### **Slutföra sitt liv**

ÄP-teamets patienter är i slutet av sina liv. Det är en viktig tid. Det gör stor skillnad om man samtidigt är deprimerad, för man har inga marginaler. Hur bra den äldre mår och vilka resurser den gamle kommer åt, påverkar förmågan att ta tag i slutförandet av sitt liv: mötena, relationerna, det praktiska, avskeden. Hur den gamla människan klarar den sista livsperioden påverkar också starkt människor omkring.

ÄP-teamets doktor Per-Anders har sagt: ”Om vi kan göra någonting som kan förlänga livet och att det blir ett bra sista halvår, så är det mycket värt.” Det tycker jag att vi åstadkom i arbetet med Arne. Genom ångest-behandlingen och summerande samtal återfick han kontrollen över det sista halvåret. Till exempel fick han tillräcklig styrka att bestämma över gårdens framtid.

### **Synliggöra patientens resurser**

Jag känner jättestor respekt för de människor jag möter i mitt arbete. De har levt ett helt liv, och har haft lösningar på sina problem under ett helt liv. Jag kan ju inte komma och säga vad de ska göra, utan jag får lyssna in och försöka hitta nycklarna till hur de har gjort innan, vad som kan vara verksamt just för den här personen. Det tekniska med läkemedel kan jag ju själv men när det gäller samtalen och relationen till patienten, då är det ett samspel hela tiden. Så ser jag det.

Arne var en hel människa, en frisk människa som hade levt ett friskt liv och jag kom in i rätt tid. Jag hade redskap att hjälpa honom en bit på vägen att kunna slutföra sitt liv och han var öppen nog att ta emot de här redskapen och kunna använda dem.

ÄP-teamet arbetar med personer som nyinsjuknat i psykisk sjukdom men som har en stor livserfarenhet att falla tillbaka på. När patienter kommer till vårt team gäller det att lyfta fram kunskaper och strategier som de redan kan och som har fungerat tidigare i livet. En människa som är yngre men som varit sjuk under sitt liv, kanske inte har byggt upp sin referensram eller redskapslåda. Hon kan ha det betydligt svårare. Det handlar om respekten för och förförståelsen om människor som har levt ett långt liv.

Här kommer summerande samtal med i bilden. I fallet ser vi att de summerande samtalen inte bara är riktade mot olika delar av livshistorien, utan samtalen är också riktade mot nuet och framtiden. Det var intressant att se hur Arne behövde ordning och kontroll över den nya situationen på boendet för att få utrymme att tänka kring framtiden kring gården. Det framstår också av fallet hur man som professionell måste förhålla sig till patientens kommunikationsstil, och bistå honom eller henne att formulera tankar, känslor och önskemål.

## Tid och tajming

I början var det ganska tätt mellan hembesöken, en gång i veckan fram till han kom till boendet. Det var lite tätare kontakt när han mådde sämre. Sammantaget blev det 10–12 besök plus telefonkontakter däremellan.

Det gäller att komma vid rätt tillfälle. Vi avkräver patienten så mycket när de mår dåligt. Vi måste få ganska mycket information för att kunna få fram en bild och för att skriva journal. Det måste vara jättejobbigt för patienten när vi frågar efter information när det gäller de mer tekniska delarna av patientarbetet. De andra delarna där vi med samtal arbetar framtidsinriktat får komma lite senare. Det är bättre att resurserna kommer fram när förutsättningarna är bättre.

## Gamla som står tillbaka

Jag har mött gamla som har svårt att formulera önskningskrav och att ställa krav. De viker hellre av eller står tillbaka när de inte får gehör. När jag märker att de står tillbaka kan det vara bra att komma med ett förslag som siktar in sig på det jag tror de vill formulera, men som de inte kan eller törs formulera. Då kan jag komma med ett förslag: ”Jag tycker att det vore bra att du...”. Då kan patienten få lite hjälp på traven och det blir lättare att säga ja. Det är inte alltid det patienten säger som är det patienten vill och behöver, utan man får känna och fråga på ett annat sätt.

När jag på detta vis försöker få fram vad patienten vill och behöver i sin livssituation har jag förstås god hjälp av min erfarenhet av att ha träffat så många gamla människor i samma situation. Det är mot bakgrund av denna kunskap som jag kan få idéer kring vad den gamle vill formulera. Och att jag har träffat Arne ger mig förstås ett stort förråd av konkret vetande om hur han tänker och känner, vilka vanor han har, vad han har svårt med, vad han skattar högt, osv.

I vissa situationer känns det som om orden inte hänger ihop med vad patienten tycker och vill. När han säger: ”Det är bra så här”, kan jag känna: Nej, det är inte riktigt bra. Det är något som saknas här. Han vill nog någonting annat eller mer. Jag kan se det i mimiken, i blicken, eller hur han rör sig, hur han reagerar när jag ställer frågor eller när jag pratar, om han hajar till för någonting som jag säger, så kan det vara ett tecken: ”Är det någonting i det här han egentligen skulle behöva eller vilja?” Det handlar mycket om kroppsspråk.



## 8. Hembesök som koncept

### Bistå en utsatt patientgrupp

Det finns hos personalen ett starkt patos för den patientgrupp man arbetar med. Man har kunskap om vilket svårt lidande som finns bland multisjuka människor, och om de svårigheter som uppstår när dessa patienter inte blir bemötta utifrån sin sammansatta livs- och hälsosituation av en funktions- uppdelad och enfråge-orienterad vård.

Den målgrupp man arbetar med har kommit till slutet av livsloppet. Förhoppningar om att hälsan ska återvända och att man en vacker dag är pigg och nyter, tunnas ut allt mer. Den realistiska ambitionen är i de flesta fall inte att bota utan att lindra, och göra återstoden av livet så drägligt och gott som det går.

En annan egenskap hos patientgruppen är att personerna har nyinsjuknat i psykisk sjukdom, vanligtvis depression. Teamet har byggt upp en gedigen kunskap om ångest och depressionsbehandling, liksom en unik metodik att erbjuda behandling i samarbete med patienterna, anhöriga och vårdgrannar.

De äldre multisjuka med psykisk ohälsa är en ringaktad patientgrupp i vård- och omsorgssystemet, som vårdgivare helst verkar vilja att någon annan tar hand om. Fallet Elsa är ett visserligen ett extremt, men tydligt exempel på vårdsystemets Svarte Petter. En stor andel av kostnaderna i det aktuella exemplet har uppkommit av dysfunktion i vårdsystemet självt; när patienten inte får rätt hjälp och bemötande.

Synen på patienternas mångsidiga behov liksom överblick över vård- och omsorgsfältens resurser är en del av den holism som praktiseras vid ÄP-teamet.

### Holism

ÄP-teamets sjuksköterskor har förstås den somatiska kunskapsbasen att tillgå men dessutom har alla psykiatrisk specialistutbildning. Tre av dem har även grundläggande terapeutisk utbildning. Dessa tre kunskapsområden kommer till användning i patientarbetet. Man måste kunna sortera och skilja ut vad som beror på ”kroppen och vad som beror på själen”. Hur man tänker kring yrsel är ett bra exempel. Yrsel är en van-

lig åkomma bland äldre. Här gäller det att inte dra förhastade slutsatser. Yrseln kanske inte beror på ångest, utan kan ha sin grund i hjärtproblem eller någon annan somatisk förklaring.

### **Människan formas av sin bakgrund**

Det holistiska synsättet ligger så att säga ”inbakat i hela paketet”, som samordnaren förklarade. Det betyder att personal på teamet måste se på och förstå människan utifrån många aspekter. Man kan inte bara se till det somatiska eller psykiatriska tillståndet eller diagnosen.

Teamets behandlingsfilosofi beaktar att varje människa är formad av sin bakgrund och livshistoria. En teamsköterska använde måttbandsmetaforen för att beskriva ett förhållningssätt som präglar verksamheten och sa: Om en människas liv är som ett måttband på 100 cm och jag möter den människan när det har gått 80 cm, så kan jag inte bara bry mig om de 20 centimetrarna som återstår, för det viktigaste i den människans liv har kanske redan hänt på någon av de 79 centimetrarna som hänt före vårt möte.

### **Patientens vardagsmiljö**

Holismen på ÄP-teamet förefaller vara vidare än att kropp och själ hör ihop och interagerar. Personalen betonar det oväntade momentet i arbetsättet: När man kommer över tröskeln i patientens hem ”då vet man aldrig vad som väntar”. ÄP-teamet arbetar i patienternas vardagsmiljö, som breddar holismen till att innefatta platsen där den gamle lever; det fysiska rummet och det sociokulturella sammanhang som försörjer patienten med mening och sammanhang. Denna förläggning av patientarbetet till patientens vardagsvärld har man lyft fram som kännetecknande för ÄP-teamets praxis genom uttrycket ”hembesök som metod”. ÄP-teamets sjuksköterskor ingår vid hembesöken i patientens livsmiljö, med allt vad som där rör sig kring en människa. Det blir nu inte bara kroppen och psyket som sköterskan ska svara på, utan även tillvaron i den sociala och existentiella situation som den gamle befinner sig i.

I denna situation kan en rad oväntade uppgifter uppkomma, som ÄP-sköterskan utför just därför att det behövs och därför att det vore oetiskt att låta bli. Exempelvis kan man ta in posten, gå ut med soporna om de står och luktar, prata ett par ord med grannar, kanske köra den gamle till



affären och samtidigt sätta henne i förbindelse med kända personer. Personalen berättar att man gör sådana här småsaker, som kan synas går utanför sjuksköterskeyrkets uppgifter, men som mellanmänniskt kan betyda mycket för den gamle. Det finns inget påbud att utföra sådana sysslor, så de utförs inom den etiska hållning som kallas medmänsklighet. Sådana små omsorgshandlingar kan dock få mycket stor betydelse, eftersom de bidrar till att bygga relationer mellan patient och personal, och tillför tillit i behandlingsarbetet.

”Vi tar ansvar för det patienten visar oss”, säger en sjuksköterska på ÄP-teamet. Det innebär att man avbördar den ansatte patienten så gott det går. Det är en patientgrupp som aldrig kommer att bli friska, men ”man kan alltid gör någonting”, som doktorn säger. Ansvar för det patienten visar leder i många fall till att patienten lotsas till rätt plats i vård- och omsorgssystemet. Vid många tillfällen har ÄP-teamet sammankallat till vårdplanering, utifrån ”det patienten visat oss”. Fallet Elsa är ett exempel på det. Hon pekade flera gånger på sin rädsla för ensamheten.

### **Tre dimensioner i summerande samtal**

En annan del av det holistiska bemötandet gäller erbjudandet om summerande samtal. Det är en holism som grenar ut sig i personens livshistoria och som förser ÄP-teamet med konkret kunskap om patienten och inblick i hennes resurser.

I fallet Arne kunde vi se ett exempel på hur summerande samtal sträcker ut sig i olika riktningar. Det man först tänker på är det bakåtriktade samtalet, livsberättelsen, där patienten formulerar och värderar sin livsgärning och händelser i det förgångna. Det holistiska patientarbetet får här en *historisk* dimension, och sträcker sig tillbaka över patientens livshistoria. I bästa fall skapar livsberättelse mening och ordning hos livshändelser, livet förpackas av berättaren i livsberättelsen. Berättandet och berättelsen har flera innebörder för den gamla människan (jfr. Jeppson Grassman & Hydén, 2005; Öberg, 2002; Tornstam, 2010).

För ÄP-teamet kan lyssnandet på livsberättelser uppenbara resurser av olika slag hos patienten, som denne inte själv ser. I fallet med Arne kan vi se hur ångest och depression hindrade honom från att komma i kontakt med sina resurser, önskningar och hälsofrämjande tankar. Livsberättelsen

blev en vändning. I berättandet vaskade Arne fram önskemål och resurser, som sedan kunde växlas in i praktiskt görande: exempelvis egen matlagning, promenadvägen, skötsel av boendets trädgård och hönsgård. Därför kan man säga att den personal som lär känna den gamle genom att lyssna till hans eller hennes livsberättelse, också kan bistå den gamle med att komma i kontakt med dagliga sysslor som skänker glädje och mening, och bidra till att upprätthålla personens identitet och självrespekt. Summerande samtal kan alltså även ha betydelse för hur det *dagliga livet* utformas.

Summerande samtal har även en *framåtriktad* innebörd, vilket också framkommer i fallet Arne. När livsberättelsen lägger livsgärningen tillrätta, sker samtidigt en identifiering och en sortering av de händelser som väcker berättarens uppmärksamhet. De aktualiseras ibland som uppgifter som ligger framför den gamle. De summerande samtalen bidrog till att Arne fick ordning i sitt förflutna och fann sig tryggare tillrätta på boendet; det uppstod därmed ett handlings- och tankeutrymme att ta sig an frågan om gårdens framtid. Personalen lyssnade och gav honom stöd och uppmuntran att göra bokslut över livet. Säkerligen har det uppkomna handlingsutrymmet även med medicineringen att göra.

Den holism ÄP-teamet vägleds av innebär alltså att man lär känna patientens liv och historia. Det är troligt att många patienter förbättrar hälsa och välbefinnande när de får uppmärksamhet på sin livshistoria. Det är också troligt att summerande samtal inte bara har positiva hälsoeffekter utan också kan tillföra kvalitet på emotionella, sociala och existentiella sidor av livet. En sådan tanke är värd att undersöka.

Det helhetstänkande som praktiseras vid ÄP-teamet utgår ifrån det vardagssammanhang som patienten lever i och ifrån människans samsamhet. Observation och lyssnande blir viktiga metoder i att få kunskap om patientens värld och lidande. Det som förefaller vara okonventionella och gränsöverskridande metoder sedda ur ett vårdperspektiv, kanske är helt naturliga sedda ur patientens synvinkel.

### **Tid och intoning**

ÄP-teamet är en besynnerlig enhet i vård- och omsorgslandskapet. Man tar sig god tid för sina patienter och patienterna är märkbart nöjda med den hjälp man får. Ett första hembesök varar minst en timme, och sedan

ger man patienten den tid och uppmärksamhet den behöver. Man är noga med utredning och man är noga med uppföljning av insatser.

Samtliga i teamet betonar tiden som en viktig faktor i arbetet. ”Vi har den här tiden och vi hinner lyfta blicken”, säger en av sköterskorna. En annan säger: ”Det är en sådan tillfredsställelse att man har den här tiden. Vi är dessutom en liten grupp, så vi kan sätta oss ned och resonera och reflektera kring patientarbetet. Då är det flera huvuden som tänker. Vi måste göra det för att komma vidare.”

Det behövs en viss tid för att det ska bli ett *möte* med patienten. Bodil Jönsson (1999) talar i ”Tio tankar om tid” om ställtider mellan uppgifter. ÄP-sköterskan behöver ställtid, och patienten behöver ställtid. Det behövs tid för patienten att se och rikta sin uppmärksamhet mot hjälparen, ställa om tankebanorna så att de lyser upp hälsosituationen och sjukdomsberättelsen och göra sig beredd att möta ÄP-sköterskan som kommer till hennes hem. Det är en ganska krävande uppgift för en patient att tona in på sjuksköterskan i den ofta kaotiska situation som föranleder hembesöket från ÄP-teamet.

Vi ska betänka att ÄP-teamets intervention ofta har föregåtts av, och ibland är föranledd av, vård- och omsorgsmisslyckanden. ÄP-teamet kommer in i ett sent skede när ordinarie resurser inte räcker till. Inte sällan har patienten med sig en negativ erfarenhet av vård och omsorg, av att varken ha blivit sedd, förstådd eller bemött. Hos patienten kan det även finnas en mur av skam och misstänksamhet som hindrar ett möte.

Är det här som uttrycket ”hjälsökande” får sin innebörd? Både i fallet Elsa och i fallet Arne beskrivs patienten som hjälpsökande. Betecknar ordet att patienten har öppnat en kanal till vårdgivaren och är beredd att ta emot hjälp från vårdgivaren? Här kan man vända på perspektivet. Troligen pågår motsvarande aktivitet hos patienten när han eller hon ska bedöma om vårdgivaren verkligen är ”hjälpgivande”.

Möjligen kan man se bedömningen av den professionelles hjälpgivande kapacitet som en del i patientens ställtid och som en värdering av vårdrelationen. För en gammal människa med stor sjukdomsbelastning tar tankar tid. Ofta är det stora erfarenhetsmängder som ingår i tänkandet hos patienten i den vårdsituation som uppstår när ÄP-teamet påbörjar patientarbetet.

Tankar tar tid, skriver Bodil Jönsson. Dessa tankar torde behöva mycket tid.

Hur skapas då kontakten där patienten kan inleda undersökningen om hon kan lita på ÄP-sjuksköterskan, om sköterskan är en hjälpgivare? Utan den kontakten kan ingen relation komma tillstånd och därmed inget samarbete. Därför har personalen gång på gång återkommit till vikten av relationsbyggande, både med patient, anhöriga och vårdgrannar. En av sjuksköterskorna berättar konkret hur hon kan göra när hon kommer på hembesök hos en ny patient:

*”Det är lättare att börja samtala när man är i någons hem. Det finns så mycket man kan utgå ifrån, kanske jag ser en massa broderade dukar och då kan jag fråga om patienten fortfarande håller på med broderi. Det är så mycket man kan spinna på när man skapar kontakt, att börja med något neutralt, som känns lite gott. Så brukar jag börja när jag skapar kontakt. Det är ämnen som patienten har lätt att berätta om och blir lite glad av. Har man inget annat så är barn och barnbarn alltid glädjeämne för alla att prata om.”*

### **Patientarbete i jämförelse med ”vanlig” sjukvård**

Det som är utmärkande för sjuksköterskearbetet på ÄP-teamet är att man jämfört med en ”vanlig” mottagning har färre patienter under en längre tid och i andra skeden av patientens liv. På en vanlig mottagning är det mer rusch och en snabbare genomströmning på patienter än vad man har på ÄP-teamet.

En annan skillnad är att man involverar anhöriga i vården på ett mer omfattande och ingripande sätt än vad som är vanligt. När en patient ”tas om hand” av teamet, finns de anhöriga med direkt vid köksbordet. Det faller sig naturligt och är en följd av att man arbetar med hembesöksmetoden. Om man t.ex. jämför med vanlig, traditionell vård, så handlar det där mer om den enskilde, identifierade patienten, medan anhöriga ses mer som gäster eller tillfälliga inhoppare. I ÄP-teamets behandling görs anhöriga till en viktig del i patientens vård och återhämtning.

Att patientarbetet i så hög utsträckning utförs i patientens vardagsmiljö, innebär att patienten har en ganska hög kontroll över ÄP-teamets insatser,

jämfört med patientkontrollen inne på kliniken. Det kan vara en del av förklaringarna till uttrycket: ”Vi hjälper på patientens villkor”.

Även uppgiften att företräda patienter och patientgruppen i vården och behandlingssystemet, det man i Storbritannien kallar advocacy, skiljer ÄP-sköterskan från kollegor på mottagningar. På ÄP-teamet kallar man detta förmedling och det betyder att man lotsar och slussar patienter till rätt instans i vården. Att få denna assistans är viktigt inte minst för patienter som insjuknat i depression, och som därmed har en minskad handlingsförmåga, och som förutom anpassad vård behöver tillskott av motivation och hopp.

I förmedlingsarbetet är det viktigt att ÄP-teamet väl känner till vård- och behandlingsfälten, och de resurser som kan passa den multisyka patienten. Det är en styrka att ha ett personligt yrkesnätverk som kan aktiveras vid behov, och besitta konkret kunskap om vem som har ansvar för vad, vad som är möjligt att kräva och vad som är rimligt att kräva av andra organisationer. I omvärldskunskapen ingår därför kunskap om andra människors yrkeskunskaper såväl inom den egna organisationen som utanför den, bland de vårdgrannar och andra organisationer som berör patientens tillvaro, såsom exempelvis Blå stjärnan, städfirmor, juridiskt ombud. ÄP-teamet arbetar gränsöverskridande och kanske tänjer man också på gränserna ibland.

Teammedlemmarna berättar att samarbetet med kommunsköterskor och andra ofta är positivt. Från teamets sida är man mycket tacksam för att det finns flera hjälpare runt patienten, och man har lärt sig att uppskatta att hjälpare kan ha olika infallsvinklar och bidra med olika resurser till patienten. Fallbeskrivningarna ger exempel på vilka som kan ingå i samarbete runt en multisyk patient och rimligen finns vinster hos andra vårdgivare i att finna en hållbar lösning för patientens situation.

### **Ensamarbete i samverkan**

Teamsköterskan har både ett ensamarbete och ett mångsamarbete. Visserligen arbetar ÄP-sköterskan med många olika personer i patientarbetet, som vi sett i fallbeskrivningarna. En av kännetecknen är just att samarbeta med alla som kan tillföra resurser. Detta behandlingsarrangemang är alltid unikt och konstruerat just för den aktuella patienten. Här kommer

ensamarbetet in. Det är aldrig två eller fler ÄP-sköterskor i samma ärende. ÄP-sköterskan navigerar ensam sin roll i patientarbetet. Sköterskan är heller inte utbytbar i patientarbetet, eftersom det bygger på så specifik och omfattande information om patienten och resurser kring henne.

Arbetet emellan behandlingskonferenserna är alltså till stor del ett ensamarbete. När man är ute på sina hembesök, har man ingen kollega med sig, som man kan rådfråga där och då, så man måste kunna fatta egna beslut och göra egna bedömningar på plats. Arbetet har alltså hög diskretion, i en särskild betydelse som vi återkommer till. Det kräver en både yrkesmässig erfarenhet och mognad samt livserfarenhet.

### **Hög diskretion – självständighet**

Diskretion betyder hänsyn, finkänslighet, takt. Det är givetvis något som krävs för att tona in och få kontakt med en patient, en anhörig eller en vårdgranne. Men i det här avsnittet använder vi begreppet diskretion i en annan betydelse. Diskretion i yrkesutövning handlar om hur beslutsfattande går till. Joel Handler (1992, s.276) skriver att diskretion innebär att det finns val att träffa i beslutssituationer, till skillnad från beslut som följer av en strikt regeltillämpning: ”Basically, it [discretion] involves the existence of choice, as contrasted with decisions dictated by rules”.

I fallbeskrivningarna kan vi se att ÄP-sköterskan gjort en mängd val i patientarbetet, och att hon står där ganska ensam i bedömning och beslut. Vid köksbordet i Arnes kök (se kapitel 7) finns ingen metodbok eller manual att bläddra i för att komma fram till vad man ska säga och göra. Sjuksköterskan är här sin egen metodbok, och träffar val och beslutar kring en rad frågor som rör patientarbetet. I sköterskans självständighet ligger diskretionen. Och den är som redan antytts hög. ÄP-sköterskan måste själv bedöma situationen och fatta en rad omedelbara beslut. Visserligen kan detta senare stämmas av med kollegor och vid behandlingskonferensen, men där ute på hembesöket fattas en rad beslut av ÄP-sköterskan som intervenerar och delvis styr patientärendet.

”Det finns inga vanliga människor, bara unika människor”, säger doktorn. Därför blir också varje uppsättning information om patienten unik, med en unik sjukdomshistoria, en livshistoria och ett unikt livssammanhang. ÄP-sköterskan måste på plats undersöka konkreta förhållanden hos

patienten, fatta beslut och inleda behandlingen. Det är en undersökning som har stora likheter med forskningens kvalitativa fallstudie (jfr. kapitel 3).

### **Erfarenhet som resurs i tolkning**

För att förstå patienten i dennes sammanhang är det en klar fördel om sjuksköterskan på teamet har tillgång till yrkeserfarenhet och livserfarenhet. Gärna stor och varierad. ÄP-teamets sköterskor har alla förvärvat djup och bred erfarenhet från flera vårdande yrken och känner vård- och omsorgsfältets praktiker mycket väl, både ur patienternas synvinkel och yrkespersonalens synvinkel. De förfogar även över viktig spetskompetens som specialistsköterskor i psykiatri och psykoterapeutisk vidareutbildning. Som människor i världen har de över åren förvärvat sig en omfattande livserfarenhet och social kompetens, som när det passar sig kan strömma in som en viktig resurs i patientarbetet.

Det här erfarenhetsförrådet är vanligen tyst och överksam, men kan kopplas på när det behövs i patientarbetet. På hembesöket aktiveras dessa kunskaper. Man kan se det som matchning av den aktuella patienten, situationen och lösningsförslag med sköterskans vetandeförråd av tidigare erfarenheter. Det sker blixtnabbt. Här jämförs den information man ser och hör med andra liknande situationer och liknande sjukdomstillstånd, och så vidare, och det växer fram en bild – och sköterskan får idéer kring hur saker och ting hänger ihop.

Vikten av livs- och yrkeserfarenhet har med arbetets karaktär att göra. Om man arbetade med en standardpatient som söker för en bestämd åkomma, så kunde man konsultera metodboken och göra det föreskrivna fortast möjligt – en yrkesuppgift med låg diskretion. Nu är det ju inte så med gamla, multisjuka människor.

Med detta menas hög diskretion i ÄP-teamets patientarbete. Livs- och yrkeserfarenhet är en tillgång i det individuella bemötandet. När ÄP-sköterskan kommer till patienten i dennes värld finns det ingen metodbok i världen som kan föreskriva vad som ska göras. Sköterskan läser situationen och patienten, och försöker bygga upp en bild av vad det hela handlar om. I denna matchning används erfarenhetsförrådet intensivt, och automatiskt.

Men det räcker inte med erfarenhet i sig. Den måste kunna göras använ-

dbar i patientarbetet. ÄP-sköterskan måste klara av att jobba i dessa ofta kaotiska situationer hon möter och det betyder att bära med sig tryggheten ut till patientens miljö, ha modet att möta det oväntade och vara nyfiken på det unika hos människan. Hur man handskas med erfarenheten handlar därför i stor utsträckning om egenskaper som kreativitet, självständighet, uppfinningsrikedom och flexibilitet. På våra workshops har vi flera gånger diskuterat vikten av livs- och yrkeserfarenhet i patientarbetet, men troligen kan även en rätt så nytexaminerad sköterska klara patientarbetet på ÄP-teamet om han eller hon kan bära kapacitet och trygghet inom sig och vara lyhörd och nyfiken i mötet med patienten.

### **Organisation och gemenskap**

Ett patientarbete med gamla, svårt sjuka människor som bedrivs i ett samarbetsförfarande i patientens vardagsmiljö, kräver en flexibel och stödjande organisation. Det är väldigt intressant att se hur man organiserar verksamheten i syfte att ge maximalt stöd till patientarbetet. Personalen är mycket nöjda över hur organisationen fungerar.

En första förutsättning för det infrias genom det stabila stöd som finns för ÄP-teamet på SÄS. Verksamhetschefen har främjat satsningen på äldrepsykiatri och gruppen multisjuka äldre. Teamet psykiatriker har från läkarhåll varit drivande i utvecklingsarbetet och ÄP-teamets tillkomst. Teamets avdelningschef månar om verksamheten och vikten av att ÄP-teamet fortsätter att utveckla sin egen organisatoriska form. Det finns alltså betydande stöd för ÄP-verksamheten både från sjukhusledning och från läkarhåll.

ÄP-teamet har en relativt självständig ställning på sjukhusets Vuxenpsykiatriska klinik. Det har förstås med arbetssättet att göra. Man kan säga att teamet tar med sig yrkeskunskapen ut i vardagsvärlden, och placerar den i patientens miljö. För att klara detta behöver man en organisering som stöder det arbete man utför utanför sjukhuset. Organisationen ska stödja ett patientarbete som organiseras på nytt för varje remiss och ser olika ut för varje patient. Organisationen ska hantera olikhet. Samordnarens roll och funktioner är utmärkande för teamets organisation.

Chris Argyris har påpekat att det finns tre kärnområden för en organisation att hålla ordning på: (1) nå målen; (2) bibehålla det interna syste-



met; (3) anpassning till den yttre miljön. Samordnaren har en nyckelroll både när det gäller interna relationer och externa relationer till omgivningen, och vi kan se att dessa båda syftar till att skapa så gynnsamma förutsättningar för den måluppfyllande aktiviteten som möjligt.

”Jag ser mig som olja i maskineriet, och jag tar hand om gruset som kommer in i maskineriet”, beskriver samordnaren sin uppgift. Det är en beskrivning som teamets psykiater tycker passar in även på hans funktion i teamet, men preciserar att han ser som sin uppgift att serva sjuksköterskorna som är ute på fältet och vara närvarande och tillgänglig när det behövs.

Samordnaren är ÄP-organisationens gate keeper, dess grindvakt. ÄP-teamet är en arbetsplats inom vården, och det innebär att man tillhör flera regel- och informationssystem.

Man har ordnat det så vist att samordnaren sköter det mesta av informations- och uppgiftsflödet med kliniken och med omvärlden. Det rör sig om budgetarbete, resultatrapporter, semesterlistor, interna och externa utbildningsinsatser, information till vårdgrannar och i samhället, leasingbilar, datorer, kontakter med Socialstyrelsen och högskolan. Allt det där som en modern offentlig vårdorganisation måste göra, men som ofta stjälar tid från måluppfyllande aktiviteter och som ovana medarbetare måste ägna mycket tid och som ofta medför frustration för att göra. Det mesta av detta tar samordnaren hand om, och det är personalen mycket tacksamma över. ”Vi får arbetsro att arbeta med våra patienter”, säger en sköterska på teamet.

I rollen som förmedlare av information sker en omfattande sortering, så att bara den relevanta informationen behöver gå vidare till teammedlemmarna. De slipper värja sig mot det informationsöverskott som finns i dagens arbetsliv. Det sköter samordnaren. ”Vi splittras inte sönder av allting”, säger en ÄP-sköterska om detta.

Internt ser samordnaren till att allt praktiskt och administrativt flyter på, och att teamet får tillskott av kunskaper och inspiration. ”Jag ser som min uppgift att vårda vårdarna”, säger samordnaren med ett leende. ”En spindel i nätet som alltid är på plats”, säger en sköterska om samordnaren. Det ska framhållas att samordnaren har egen mångårig erfarenhet av arbete med patientgruppen och är väl insatt i hembesöket som koncept för team-

ets arbete. Samordnaren har fortfarande kontakt med det praktiska patientarbetet om än i begränsad omfattning.

Teamets sjuksköterskor är väldigt glada åt den här uppgiftsfördelningen. De kan helt och hållet ägna sig åt patientarbete, och känner att de får ett väldigt bra stöd för det eftersom samordnaren ser till att allt fungerar på hemmaplan.

### **Gemenskap och socialt stöd**

I allmänhet åker ÄP-personalen ensam på hembesök. Varje ärende är unikt och föder fram nya samarbetspartners, ofta personer som redan är kopplade till patienten. Det är så långt ifrån ett rutinarbete man kan tänka sig. När man arbetar med gamla, svårt sjuka personer möter man ofta ett stort lidande, förtvivlan och projektioner, som kan bli psykiskt belastande för ÄP-sköterskan. Kollegerna och teamet har en stor betydelse för enskilda ÄP-medlemmar att hantera dessa tre förhållanden – ensamarbetet, det unika i patientarbetet och psykisk belastning.

ÄP-sköterskorna har i intervjuerna betonat behovet av stöd från arbetsgruppen och av att identifiera sig med sin arbetsgrupp. Det förefaller vara två viktiga sociala sammanhang där man kan bekräfta gemensamma kunskaper och stärka identiteten som ÄP-personal: behandlingskonferensen och den informella morgonträffen.

Teamet samlas varje morgon, dricker kaffe och stämmer av arbetsdagen. Det är flera aktiviteter som pågår formellt och informellt. Alla i personalen har påpekat hur viktigt det är att söka stöd hos kollegor och att det alltid finns någon man kan vända sig till. När det gäller morgonträffen har personalen nämnt tre aktiviteter: spegla, rena och debriefa.

Spegla innebär att man kan berätta om sitt dilemma eller sin plan kring ett patientärende, och att kollegan först lyssnar så man får formulera sig, och sedan återkopplar på olika sätt. Det här är ett sätt att få vägledning i arbetet samtidigt som man håller kunskapsbasen aktuell och på en medveten nivå.

Rena betyder att man i samtal med kollegor kan göra sig av med oönskade tankar och känslor, som man kan plocka upp i arbetet med svårt sjuka människor och deras anhöriga. Att rena sig är i det här fallet en slags dialys av det terapeutiska materialet som ÄP-personal tar hand om. Eller

omvänt: som patienter, anhöriga eller vårdgrannar har dumpat på personalen. En rening sker även i den formella handledningen som sker var tredje vecka.

Debriefa innebär att man systematiskt berättar om påfrestande yrkes-situationer; man hanterar händelsen i syfte att minska påföljande stress-reaktioner. Det ligger nära funktionen ”rena”.

Det har i intervjuerna framgått att man hyser stort förtroende för kollegorna och att man alltid kan vända sig till någon när man vill prata. Och man behöver prata om arbetet, metoderna och om patienterna med varandra.

Behandlingskonferensen en gång i veckan är det andra viktiga sammanhanget för gruppen. Här bekräftas och förändras den kunskaps- och metodbas som man förfogar över tillsammans och här prövas patient-synen. Vid ärendegenomgång byggs ett gemensamt vetande upp. Man har många gånger lyft fram vikten av att ha en egen doktor som tillhör teamet, och detta bekräftas vid varje behandlingskonferens.

Men viktigast av allt när det gäller stöd och bekräftelse är de spontana träffarna som sker. ”Vi är så nära varandra i teamet. Vi är en liten grupp. Man ser på varandra om det har hänt något”, säger en av sköterskorna. En annan säger: ”Dörrarna står nästan alltid öppna. Man bara går in och frågar: har du tid?” Så det finns en social gemenskap som är stödjande i jobbet, men även om det uppstår glädje eller svårigheter i livet utanför jobbet. ”Vi trivs med varandra”, säger doktorn.

Till sist humor och delad glädje. Det är en skön stämning på ÄP-teamet. Professionell och avspänd. Teammedlemmarna tycker om varandra och varandras sällskap. ”Vi skrattar mycket och har roligt på jobbet”, säger en teamsköterska.

## Åtta punkter i arbetssättet

**Tid** – det finns tid för att ta kontakt, utveckla relation och lära känna patienten och patientens situation.

**Tid** – det finns tid för att bygga ett nätverk kring personen och involvera alla som kan bidra till patientens omsorg och hälsa.

**Tid** – det finns tid för att reflektera kring patientarbetet och lära av varandra i teamet.

**Helhetssyn** – vecklar ut sig i olika riktningar och samspekar: kropp, själ, liv, existens och historia.

**Kunskap** – tillämpar livs- och yrkeskunskap i patientens vardagssituation och har modet att möta det man möter.

**Inställning** – nyfikenhet, närvaro och uppmärksamhet riktad mot vad patienten behöver.

**Organisation** – en liten och överblickbar organisation som riktar uppmärksamheten mot patientarbetet.

**Nyfikenhetskultur och gemenskap** – försörjer deltagarna med kunskaper och flera former av socialt stöd: praktisk hjälp, kunskapsstöd, emotionellt stöd liksom uppskattning och återkoppling.

## Referenser

- Ellström, P-E. (1992). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet: problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Publica
- Gottfries, C. G. (1997). *Diagnostiken kan förbättras vid depression hos äldre*. Göteborg: Origo AB.
- Gulmann, N. C. (2003). *Gerontopsykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Handler, J. (1992). Dependency and discretion. In Y. Hasenfeld (ed.) *Human service as complex organisations*, p. 276-296. Newbury Park, Calif.: Sage.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human Service Organization*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Hummelvoll, J.K. (2006). Handlingsorientert forskningssamarbeid – teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 8 (1), 17-30.
- Jeppsson Grassman, E. & Hydén, L-C. (2005). *Kropp, livslopp och åldrande*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Järvinen, M. (2002) Hjälpens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system. I A. Meeuwisse & H. Swärd (red.) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Jönsson, B. (1999). *Tio tankar om tid*. Stockholm: Brombergs.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Merriam, S. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Polanyi, M. (1967). *The Tacit Dimension*. London: Routledge.
- Socialstyrelsen (2008). *Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*.
- Socialstyrelsen (2012). *Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd*.

- Svensson, L., Brulin, G., Ellström, P-E., & Widegren, Ö. (red.) (2002). *Interaktiv Forskning – för utveckling av teori och praktik*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Starrin, B., Larsson, G., Dahlgren, L., & Styrborn, S. (1991). *Från upptäckt till presentation*. Lund: Studentlitteratur.
- Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken. Ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Norstedts.
- Tornstam, L. (2010). *Åldrandet socialpsykologi*. Stockholm: Norstedts.
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Weiss, C. (1998). Have we learned anything new about the use of evaluation? *American Journal of Evaluation*, 19, 1, 25-33.
- Yin, R. (2007). *Fallstudier. Design och genomförande*. Malmö: Liber.
- Öberg, P. (2002). *Livet som berättelse. Om biografi och åldrande*. Akademisk avhandling vid Sociologiska Institutionen, Uppsala Universitet.

## Förkortningar

**AKM:** Akutvårdsmottagning

**Doktorn:** Överläkare på psykiatriska kliniken och den specialistläkare som ingår i Äldrepsykiatriska teamet. Doktor är äldrepsykiatriska teamets egen benämning på sin specialistläkare.

**Kliniken:** Vuxenpsykiatriska kliniken vid Södra Älvsborgs sjukhus.

**PAL:** Patientansvarig läkare.

**PV:** Primärvården.

**Ssk, ssk:** Sjuksköterska.

**SÄS:** Södra Älvsborgs Sjukhus.

**VC:** Vårdcentral.

**VEC:** Vårdenhetschef

**ÄP:** Äldrepsykiatriska teamet.

**ÄPM:** Används för personer som arbetar/ingår i det äldrepsykiatriska temat, oavsett befattning/funktion.

# Bilagor. Intervjuguider

## Bilaga 1. Intervjuguide för sjuksköterskor vid ÄP-teamet

### Bakgrund

Vilken är din utbildning?

Berätta om dina yrkeserfarenheter?

Hur länge har du arbetat på Äldrepsykiatriska teamet?

Varför sökte du dig till ÄP?

Vad är det utmärkande med att vara sjuksköterska på ÄP i jämförelse med andra sjuksköterskejobb du har prövat på?

Är det någon särskild kompetens som behövs i arbetet vid ÄP?

### Patientperspektiv och patientgrupp

Hur vill du beskriva patientgruppen som ÄP vänder sig till?

Vad betyder det att ha ett patientperspektiv när du arbetar?

Hur ser det här patientperspektivet ut?

Vad går patientarbetet ut på? Vad gör du? Hur kategoriserar du?

Hur avslutas och överlämnas patienten?

Vid träffen i januari framkom att patientarbetet vid ÄP vägleds av en holistisk syn på människan: Vad betyder det att ha en holistisk/humanistisk approach för dig? Vad betyder det för ÄP:s arbetssätt?

Käthy Eriksson har utformat en arbetsguide – **Ansa, leka, lära**. Är det en guide du använder? Vad betyder den i så fall för dig och hur använder du den? Om inte, hur ser din guidning ut?

Vilka patienter, om några, i ÄP:s målgrupp är ”lätta” att arbeta med och hjälpa? Vilka är ”svåra” att arbeta med och hjälpa?

Hur tänker du kring att lyckas och misslyckas i patientarbetet?

Vi vill veta lite mer hur du tänker kring arbetssättet: På träffen i januari sa en i teamet:

*”Vi får tidsmöjlighet att vara mänsklig/medmänsklig, till exempel att hinna lotsa patienten vidare i systemet. Organisationen tillåter det på grund*

*av teamets ställning. Vi driver ärenden aktivt, följer med, stångar så att patienten får sina behov tillgodosedda vis-à-vis primärvården och kommunerna.”*

Kan du spinna vidare på någon tråd i detta?

Hur tänker du kring patientens medverkan i vård och behandling?

Har arbetssättet förändrat under den tid du arbetat på ÄP? I så fall hur?

Anser du dig ha de resurser du behöver för att utföra ditt arbete? Är det något du saknar?

### **Relation och relationsbyggande**

Vad betyder relationsbyggandet för ÄP?

Vad betyder relationsbyggande för din professionella verksamhet?

Hur gör du när du bygger relationer i ditt arbete? Med vem? Varför?

Sker ett specifikt relationsbyggande inför varje ärende eller är användning av upparbetade relationer en del i arbetssättet?

### **SWOT-analys (om det finns tid)**

Som avslutning av den här intervjun vill vi att du gör en enkel SWOT-analys. Strengths, Weaknesses, Opportunities; Threats. Vi är intresserade av att höra hur du tänker kring detta både när det gäller ÄP:s inre förhållanden och i omvärlden där ÄP verkar.

Vilka är enligt din mening ÄP Styrkor respektive Svagheter.

Vilka möjligheter och vilka hot finns det?

### **Vad har vi glömt att fråga om**

Nu har vi berört flera aspekter av ÄP:s arbete. Finns det något förhållande av betydelse som vi har förbigått i intervjun?

Är det något som du vill lägga till eller gå tillbaka till?

Tack för din medverkan!



## Bilaga 2. Intervjuguide för doktorn på ÄP-teamet

### Bakgrund

Utbildning, yrkeserfarenheter. Hur länge på ÄP? Varför sökte du dig till ÄP?

Vilka är dina viktigaste arbetsuppgifter ÄP? I vilken omfattning? Har du andra uppgifter på kliniken förutom din koppling till ÄP? Jämför ditt jobb vid ÄP med andra jobb du har haft som psykiatriker.

### Patientarbetet

Hur tänker du kring hembesök som metod i patientarbetet? Vid träffen i januari framkom att patientarbetet vid ÄP vägleds av en holistisk syn på människan: Vad betyder det att ha en holistiskt/humanistisk approach för dig?

### Doktors relation till teamet

Vilken är din roll i teamets patientarbete? Vi har uppfattat att du inte själv träffar remisspatienter utan möter dem via information som du får från medarbetarna i teamet. Har vi förstått rätt? Hur har denna arbetsmodell uppstått. Har den några fördelar, nackdelar? Det verkar finnas en stark tillit mellan personal och dig som läkare. Hur har denna tillit uppstått, är det något som du medvetet arbetat med, hur och varför? När du arbetar med teamet som transformator för de budskap som går mellan patienterna och dig och omvänt. Hur kan du veta att dina ordinationer når fram till patienterna och att de arbetssätt du föreskriver också blir genomförda? Vilken feedback får du från patientarbetet? Vad vill du framhäva som verksamt i teamets patientarbete? Hur tänker du kring patienternas medverkan och inflytande i vårdbesluten?

### Reflektioner kring ÄP:s metoder

Vid fokusgruppsmötet i januari vad det någon som sa:

*”Vår ålder, vår livserfarenhet gör något i patientmötet. Ofta hör vi i tele-*

*fonen att de säger 'Jag hör på dig att du inte är 20 år'. Nyutexaminerade kan nog inte jobba här. Vår egen ålder och erfarenhet ger trovärdighet i mötet med patienterna."*

Hur tänker du kring detta?

### **ÄP och kliniken**

Personalen sa på träffen i januari när du hade gått ifrån en stund:

*"Vi har en behändig doktor som vågar fatta beslut, stötta oss."*

*"Han värnar oss, 'tar front' mot klinikledningen."*

*"Vi har arbetsro, vi har friare ramar än vad andra enheter har. Vi arbetar under eget ansvar."*

Hur tänker du kring dessa påståenden? Känner du igen dig? Vad syftar de på?

### **Vad har vi glömt att fråga om**

Nu har vi berört flera aspekter av ÄP:s arbete. Finns det något förhållande av betydelse som vi har förbigått i intervjun? Är det något som du vill lägga till eller gå tillbaka till?

//Tack för din medverkan!

## **Bilaga 3. Intervjuguide för samordnaren ÄP-teamet**

### **Bakgrund**

Vilken är din utbildning, dina yrkeserfarenheter? Hur länge har du arbetat på ÄP? Varför sökte du dig till ÄP?

Vad är det utmärkande med att vara sjuksköterska på ÄP i jämförelse med andra sjuksköterskejobb du har provat på?

För många år sedan tog du initiativ till det vi idag känner som ÄP? Berätta om tillblivelsen? Om tiden och vad du ville lösa med

### **Hur märks det holistiska synsättet i umgänget med vårdgrannar**

Hur märks det holistiska perspektivet i umgänget med hemsjukvård och hemtjänst (biståndsbedömare)

Hur märks det holistiska perspektivet i överlämning av primärvård.

### **Intern omvärld – relation till kliniken och SÄS**

*”Vi har arbetsro, vi har friare ramar än vad andra enheter har. Vi arbetar under eget ansvar, det gör att vi utvecklas! Det är en fördel gentemot hur andra har det.”*

Kommentera!

### **Extern omvärld – samarbetsparter**

Hur pass kända är ÄP i primärvården och hos andra vårdgivare?

Hur ser remissflödet från primärvården ut?

Hur arbetar ni med information mot primärvården?

Hur arbetar ni med information mot andra vårdgivare?

Hur pass känt är ÄP i samhället i övrigt?

Hur informerar ni om er patientgrupp i samhället?

### **Hembesök som metod**

Hembesöksmetoden – även om patienten är inlagd på vårdavdelningen – specifik avdelning för äldre.

Vad har vi glömt att fråga om?

Tack för din medverkan!

## **Bilaga 4. Intervjuguide för avdelningschefen**

### **Bakgrund och befattning**

Du är chef både för vuxenpsykiatriska akutmottagningen och för äldrepsykiatrisk teamet.

Vilken är din utbildning, dina yrkeserfarenheter?

Hur länge har du varit chef för ÄP? Varför sökte du dig till ÄP?

Har du även arbetat som sjuksköterska? Vad är det utmärkande med att vara sjuksköterska på ÄP i jämförelse med andra sjuksköterskejobb?

Är det någon särskild kompetens som behövs just i ÄP-jobbet?

### **ÄP:s organisation**

Vilka är avdelningschefens uppgifter?

Kan du jämföra avdelningschefskapet på ÄP med andra delar, t ex AKV?

### **Intern omvärld – relation till kliniken och SÄS**

En i AP-teamet er sa på träffen i januari:

*”Vi har arbetsro, vi har friare ramar än vad andra enheter har. Vi arbetar under eget ansvar, det gör att vi utvecklas! Det är en fördel gentemot hur andra har det.”*

Kommentera!

### **Extern omvärld – samarbetsparter**

Hur pass kända är ÄP i primärvården och hos andra vårdgivare?

Hur pass känt är ÄP i samhället i övrigt?

Hur informerar ni om er patientgrupp i samhället?

### **Patientarbetet**

Hur tänker du kring hembesök som metod i patientarbetet?

Vid träffen i januari framkom att patientarbetet vid ÄP vägleds av en holistisk syn på människan: Vad betyder det att ha en holistiskt/humanistisk approach för dig?

### **Drivkrafter och stöd i arbetet**

Personalen arbetar med svårt sjuka, multisyka äldre människor, och vi

antar att man påverkas av patientens lidande och svårigheter på ett negativt sätt.

Hur håller sig personalen frisk? Återhämtning?

Hur behåller man nyfikenheten? Arbetsglädjen? Varifrån hämtas kraft i arbetet?

### **SWOT-analys**

Som avslutning av den här intervjun vill vi att du gör en enkel SWOT-analys. Strengths, Weaknesses, Opportunities; Threats. Vi är intresserade av att höra hur du tänker kring detta både när det gäller ÄP:s inre förhållanden och i omvärlden där ÄP verkar.

Vilka är enligt din mening ÄP:s styrkor respektive svagheter?

Vilka möjligheter och vilka hot finns det?

### **Framgångsfaktorer**

Vilka framgångsfaktorer vill du framhålla? // Tack för din medverkan!



## Tidigare utgivna rapporter från FoU Sjuhärad Vålfärd/ÄldreVäst Sjuhärad

### Rapporter:

- Esbjörnson, S., Hagqvist, A. (2013). *Individuell plan enligt SoL och HSL. Till nytta för brukarna?* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Bjerke, U., Frändin, K. (2013). *Formkontroll för äldre. En randomiserad, kontrollerad studie.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Hörder, H., Frändin, K. (2012). *Betydelsen av en intervention med fysisk träning för inaktiva äldre. Delrapport från projektet Formkontroll för äldre.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Bångsbo, A., Lidén, E. (2012). *Tvärprofessionell samverkan för patienters/brukares delaktighet i vård- och omsorgsplanering.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Lebedinski, L. (2011). *KomBas-projektet Kompetensutveckling för baspersonal – slutrapport från utvärderingen av projektet.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Lebedinski, L. (2011). *Uppföljning av de lokala Psykiatriråden i Sjuhärad/ Södra Älvsborg 2011.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Beijer, E., Eriksson, B. G. (red), Greene C. J., Jess K., Karlsson Vestman, O., Karlsson, P-Å. (red) & Niklasson, L. (2011). *Verkstäder för utvärdering i välfärdsverksamheter – erfarenheter från några svenska FoU-enheter och högskolor.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Elm, M. (2010). *LÄR UT – Bättre läkemedelshantering för äldre.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M. (2009). *Attitydförändring och nya arbetsformer för social dokumentation. En utvärdering av ett projekt inom äldreomsorgen i sju kommuner.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

- Rönmark, L. (2008). *Rollen som brukarsamordare i psykiatrin*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Lebedinski, L. (2008). *Miltonprojektet: Integrerad Psykiatri Dubbeldiagnoser – en utvärdering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Lebedinski, L. (2008). *Miltonprojektet: SamKom – en utvärdering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Esbjörnson, S., Björkman, I., Henriksson, A., Lidskog, R., Sjören, M., Wessbo, G. & Karlsson, P-Å. (2008). *Så tycker brukarna om äldreomsorgen i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo 2008 jämfört med 2004*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Källman, U. (2008). *Virtuellt Sårcentrum – ett koncept för kunskapsspridning. Slutrapport Virtuellt Sårcentrum*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Nordström, M. & Redberg, P. (2007). *Livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Hanson, E., Magnusson, L., Winqvist, I. & Sennemark, E. (2006). *Meningsfull vardag i särskilt boende i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M. (2006). *Nulägesbeskrivning av projektet Social dokumentation. Våren 2006*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Höglund, E. (2006). *FoU-projektet Social dokumentation. Redogörelse för arbetet 2004–2005*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Karlsson, P-Å., Nordström, M., Niemi, M. & Redberg, P. (2005). *Vad gör de som hjälper gamla i hemmet? En studie om samverkan och kompetens inom äldreomsorgen*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.



- Ehrnlund, L., Essedahl, L., Süvari, K. & Karlsson, P-Å. (2005). *Nå, blir det bättre om vi samverkar? Slutrapport från utvärderingen av Samrehab i Mark-Svenljunga*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Karlsson, P-Å., Höglund, E. et al. (2005). *Brukare om sin äldreomsorg – i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Sennemark, E., Hanson, E. & Magnusson, L. (2005). *Jag har ju barnen som kommer... Äldres hälsa och levnadsvillkor; en intervjuundersökning med vård- och omsorgsberoende i Sjuhäradabygden*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Brovall, C., Hanson, E., Magnusson, L, et al. (2004). *Mål och policy vid palliativ vård och vård i livets slutskede för äldre och deras närstående i Tranemo – Ett gemensamt synsätt*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Johnsson, L. (2003). *Handledning av biståndsbedömare*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Nilsson, M. & Magnusson, L. (2002). Publ. 2003. *Hälsa och livssituation i relation till fallolyckor bland äldre personer i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Andersson, B-A., Hanson, E., Magnusson, L., Lidskog, R. & Holm, K. (2002). *Informationscentrum för äldre och närstående i Sjuhärad. Slutrapport till Socialdepartementet 2002-09-25*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Källman, U. & Andersson, B-A. (2002). *Virtuellt sårvårdscentrum i södra Älvsborg – Kartläggning av förutsättningarna för en etablering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Ingemansson, M., Nilsson, M. & Sonn, U. (2002). *Rehabilitering för äldre – guide vid val av mätinstrument*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

## Arbetsrapporter och delrapporter:

Winqvist, M., Magnusson, L., Bergström, I., Beyhammar, K., Eriksson, B., Follin, A., Forsgren, A., Forsman Björkman, C., Göransson, M., Göransson, S., Höglund, E., Larsson, A-C., Lerman, B., Mannefred, C., Takter, M., Talman, L., Tomazic, D., Wesser, E. & Hanson E. (2013).

*Stöd till anhöriga – erfarenheter från åtta kommuner 2010–2012.*

Andersson, E. & Hultin, M. (2013). *Forskning och utveckling i samverkan? En extern utvärdering av FoU Sjuhärad Vålfärd.*

Carlén, M., Esbjörnson, S. & Löfström, M. (2013). *Utvärdering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg – Delrapport 1.*

Lebedinski, L. (2013). *Dialektisk beteendeterapi som arbetsplatsverktyg. Utvärdering av DBT-färdighetsträning för ett team vid vårdavdelning 3 på Vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus.*

Beijer, E., Eriksson, B. G., (red), Gustafsson, M., Hagqvist, A., Hansson, M., Karlsson, P-Å., (red), Käcker, P., Larsson K., Mensas L., Niklasson L. & Palm, L. (2012). *Handbok för utvärderingsverkstäder.*

Mannefred, C. (2012). *Utveckling av stödet till anhöriga i Borås Stad 2010–2011.*

Lebedinski, L. (2012). *Utvärdering av Närvårdskansliets geografiska lokalisering och organisatoriska placering.*

Aasmundsen, W., Flodman, H. (2012). *Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder – en studie av neuropsykologers metoder.*

Lebedinski, L. (2012). *Utvärdering av projektet Vita villan i Tranemo kommun. Ett projekt finansierat av Europeiska socialfonden, programområde 2, ökat arbetskraftsutbud.*

Ehlersson C., Hjort E., Karlsson M., Rönmark L. (red) & Tenefors J-E. (2011). *Enhetschefer undersöker sin roll – ett FoU-projekt i Sjuhärad.*

- Craaford, J. Glemne, M., & Nygren, L. (2011). *Protesförsörjning av benamputerade i Sjuhäradsbygden*. Studie 1 – Faktorer som påverkar den fysiska förmågan och protesförsörjning, samt resultaten av dessa faktorer hos benamputerade på Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås
- Borgvall, L. & Svegelius, E. (2010). *Möten över gränser – Trädgårdsrummet som en möjlig mötesplats*.
- Bångsbo, A. & Lidén, E. (2010). *Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten – Delrapport i projektet Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet*.
- Esbjörnson, S. (2010). *LOV i Sjuhärad. En förstudie om kundval*.
- Lidén, E. (2009). *Vård- och omsorgsplaneringsmötet – erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Social dokumentation inom äldreomsorgen (2009)*. Kortversion av två projektrapporter.
- Höglund, E. & Hallberg, M. (2009) *FoU-projektet Social dokumentation – en redogörelse för arbetet 2006–2008*.
- Andersson, E-L. (2009). *Vad gör tidigare medarbetare vid ÄldreVäst Sjuhärad nu och vad betydde uppdraget för dem?*
- Andersson, E-L. & Alth, C. (2009). *Uppföljning av Informationsarbetet vid ÄldreVäst Sjuhärad*.
- Redberg, P. (2008) *Arbetsterapeuters och Sjukgymnasters syn på projekt HemRehabs inledningsskede*.
- Danung, C. & Salomonsson, S-B. – med forskarstöd av Rönmark, L. (2008). *BRASS – BRukare och personliga ASSistenter i samverkan*.

# FoU Sjuhärad Välfärd

FoU Sjuhärad Välfärd är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom välfärdsområdet och behovsgrupperna äldre, funktionshindrade, barn och unga, människor med beroendeproblematik, familjer i utsatta situationer samt socioekonomiskt utsatta grupper. Huvudmålet för verksamheten är att bidra till ökad samverkan mellan huvudmännen och ökad vård- och omsorgskvalitet för behovsgrupperna genom att:

- genomföra utvecklings- och forskningsprojekt tillsammans med verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
- stärka och utveckla samverkansformer mellan verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
- förnya och utveckla arbetsmetoder och verksamhetsformer,
- sprida erfarenheter och resultat från forskning och utveckling samt
- medverka till kunskapsbaserat arbetssätt.

Ägarpartners är kommunerna i Sjuhäradsområdet, Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås. Flera frivilligorganisationer samt studieförbund stödjer även verksamheten.

FoU Sjuhärad Välfärd administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler. Läs mer om FoU Sjuhärad Välfärd på webbplatsen [www.fous.se](http://www.fous.se) – där finns även möjlighet att beställa tidigare utgivna rapporter.



BOLLEBYGDS  
KOMMUN



BORÅS STAD



HERRLJUNGA KOMMUN



HÖGSKOLAN I BORÅS

UTBILDNING FÖR PROFESSION



Mark



SVENLJUNGA  
KOMMUN



TRANEMO  
KOMMUN



ULRICEHAMNS  
KOMMUN



Vårgårda kommun



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

**Besöksadress:** Högskolan i Borås, Allégatan 1

**Postadress:** Högskolan i Borås, FoU Sjuhärad Välfärd, 501 90 Borås

**Telefon:** 033-435 40 00

**E-post:** [fous@hb.se](mailto:fous@hb.se)

**Webb:** [www.fous.se](http://www.fous.se)