

**Samordningens betydelse för
vård av patienter i hemmet**

En kvalitativ studie av distriktssköterskors
erfarenheter

**Importance of coordination for
patient care at home**

A qualitative study of district nurses'
experience

Examensarbete inom omvårdnad ämnet omvårdnad
Avancerad Nivå 15 Högskolepoäng
Vårtermin År 2010

Djup-Larsson Lisbeth
Eriksson Malin

Handledare: Sundler-Johansson Annelie
Examinator: Kerstin Ternulf

”Livet är kort, konsten lång, rätta tillfallet går snart förbi, erfarenheten är bedräglig, omdömet svårt. Man måste ej blott själv vara beredd att göra vad som bör göras, utan även laga så att den sjuke, hans omgivning och de yttre omständigheterna därvid är behjälpliga”

Hippokrates

SAMMANFATTNING

Titel:	Samordningens betydelse för vård av patienter i hemmet
Institution:	Institutionen för Hälso- och vårdvetenskap, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete 15 hp på avancerad nivå i omvårdnad
Författare:	Djun- Larsson, Lisbeth och Eriksson, Malin
Handledare:	Johansson Sundler, Annelie
Sidor:	26
Månad och år:	februari 2010
Nyckelord:	omvårdnad, hemsjukvård, distriktssköterskans arbete och samordning

Då allt fler patienter vårdas i hemmen krävs att samordningen mellan olika vårdaktörer fungerar för att patienterna ska kunna erbjudas en god och säker omvårdnad. Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att samordna vården för patienter som vårdades i hemmet. En kvalitativ metod användes och som datainsamlingsmetod valdes intervjuer. Sex distriktssköterskor intervjuades i en kommun i Väst Sverige. Studien resulterade i fem teman: skiftande och komplexa vårdbehov som ska samordnas, att samordna utifrån patientens situation och behov, svårigheter att samordna vården när helhetssynen brister, samordningen av patientens medicinska situation kräver närhet till läkare att rådgöra med och tillfredsställelse och nöjdhet för både patienter och distriktssköterskor när samordningen fungerar. Resultatet visade att för att kunna ge en god och säker omvårdnad till patienterna behöver distriktssköterskornas samordning av vården fungera. Beroende på hur samordningen sker mellan olika vårdaktörer, påverkas distriktssköterskornas omvårdnad runt patienten i både positiv och negativ bemärkelse. Studien visar att det behövs förståelse ute i vårdverksamheterna för vikten av en fungerande samordning mellan olika vårdaktörer och dess påverkan på distriktssköterskornas vård av patienter i hemmet. När samordningen inte fungerar drabbar det patienternas omvårdnad, men även distriktssköterskornas arbetssituation.

ABSTRACT

Titel: Importance of coordination for patient care at home

Department: Department of Health Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Author: Djup- Larsson, Lisbeth and Eriksson, Malin

Supervisor: Johansson- Sundler, Annelie

Pages: 26

Month and year: February 2010

Keywords: nursing, home care, district nurses' work and coordination

With an increasing number of patients cared for at home, coordination between different health care actors requires to work in order to offer the patient a good and safe health care. Purpose of this study was to describe the district nurses experiences of coordinating health care for patients cared for at home. A qualitative method was used and as data collection method, interviews were used. Six district nurses from a township in western Sweden were interviewed. The study-results can be assigned to five categories: shifting and complex care to be coordinated; coordination based on the patients needs and situation; difficulties in coordinating health care when the holistic view breaks apart; coordination of a patient's medical situation demands accessibility to a doctor which can be consulted and satisfaction for both patients and district nurses when coordination works. Results showed that in order to provide a good and safe nurse care, the coordination of health care between district nurses has to work. Depending on how the coordination between different care actors happens, the nursing of the district nurses around the patient is affected in both negative and positive directions. The study shows that there is a need of understanding between the different care services to insure the quality of the coordination between different care actors and their effect on district nurses care of patients at home. When the coordination fails it affects not only the care of the patients but also the districts nurses work situation.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<u>INLEDNING</u>	1
<u>Bakgrund</u>	1
<u>Distriktssköterskans omvårdnadsarbete</u>	1
<u>Hemsjukvård</u>	3
<u>Tillgängligheten till vården</u>	5
<u>Problemformulering</u>	5
<u>SYFTE</u>	6
<u>METOD</u>	6
<u>Val av metod</u>	6
<u>Val av informanter</u>	7
<u>Datainsamling</u>	7
<u>Analysprocessen</u>	8
<u>Etiska aspekter</u>	9
<u>RESULTAT</u>	11
<u>Skiftande och komplexa vårdbehov som ska samordnas</u>	12
<u>Att samordna utifrån patientens situation och behov</u>	13
<u>Svårigheter att samordna vården när helhetssynen brister</u>	13
<u>Samordning av patientens medicinska situation kräver närhet till läkare att rådgöra med</u> ..	14
<u>Tillfredställelse och nöjdhet för både patienter och distriktssköterskor när samordningen</u> <u>fungerar</u>	16
<u>RESULTAT SAMMANFATTNING</u>	17
<u>DISKUSSION</u>	18
<u>Metoddiskussion</u>	18
<u>RESULTATDISKUSSION</u>	20
<u>Konklusion</u>	22
<u>REFERENSER</u>	24
<u>Bilaga I</u>	I
<u>Bilaga II</u>	II

INLEDNING

Distriktssköterskor i den kommunala hemsjukvården ansvarar för den omvårdnad som ges till patienter som vårdas i det egna hemmet. Många patienter med livshotande sjukdomar föredrar att få bo kvar hemma omgivna av sina släktingar under den sista tiden i livet (Borgsteede et. al., 2007).

Den vård som idag ges i hemmet har blivit alltmer avancerad, vilket ställer höga krav på kunskap och kompetens hos vårdpersonalen. I ett fåtal kommuner i Sverige finns speciella team som specialiserat sig på avancerad sjukvård i hemmet men långtifrån alla kommuner och landsting kan erbjuda denna form av vård (Beck-Friis & Strang, 2005).

Förutom att kunna ge en god och säker omvårdnad och ansvara för patienternas medicinska säkerhet innebär distriktssköterskornas arbete även att samordna insatser från en rad olika vårdaktörer. Kontakter mellan sjukhus och primärvård behöver fungera vilket inte alltid är så lätt. Att många patienter har flera olika läkare som var och en håller i sina specialistområden kan göra saken än mer komplicerad (Socialstyrelsen, 2005a).

Att ha ett bra kontaktnät inom vården är av stor betydelse för att omvårdnaden av patienter i hemmen skall fungera optimalt. I dag är det i många kommuner svårt med tillgängligheten till bland annat läkare vilket innebär att distriktssköterskornas arbete många gånger försvåras. Detta bekräftas i (Socialstyrelsens, 2005b) granskning av hemsjukvården som konstaterar brister i bland annat läkartillgängligheten. Alla patienter hade heller inte tillgång till sjuksköterska dygnet runt. För patienterna kunde det innebära ökat lidande då tiden för behandlingar och ordinationer dröjde. I vissa fall innebar det att patienter skickades i onödan till sjukhus och jourcentraler då distriktssköterskorna inte kunnat nå läkare för rådgivning. Detta arbete påbörjades i ett intresse för hur distriktssköterskornas möjligheter till samordning kan påverka patienternas omvårdnad.

Bakgrund

Distriktssköterskans omvårdnadsarbete

Hörnstenen för distriktssköterskans arbete är omvårdnad. Omvårdnad innebär att stärka hälsa, förebygga ohälsa och sjukdom, bevara och återställa hälsa, minska lidande samt ge möjlighet till en värdig död (Socialstyrelsen, 2008). I distriktssköterskans uppdrag, så som det beskrivs av Vårdförbundet i samarbete med Riksföreningen för Distriktssköterskor och Familjemedicinska Institutet, står att:

”Omvårdnad utgör grund för distriktssköterskans kunskapsområde och utgångspunkt för arbetet. Omvårdnad innefattar bedömning eller diagnostisering, rådgivning, sjukvårdande behandling samt upp följning av medicinsk och omvårdande behandling. Omvårdnad omfattar också planering, genomförande och uppföljning samt dokumentation av omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. En speciell form av omvårdnad är den palliativa, lindrande, vården som ges till svårt sjuka, ibland döende patienter. Här måste distriktssköterskan uppmärksamma de

fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov som uppstår hos patienter, anhöriga och vårdande personal.” (a.a. s. 3).

Eriksson (2004) beskriver att vårdprocessens kärna utgörs av patient och vårdrelationen. I relationen sker ett möte med hela människan som kropp, själ och ande, där hälsa är optimalt. Hon beskriver vidare människan som en helhet, där det finns ett samspel mellan delarna som också är beroende av varandra.

För distriktssköterskor som ansvarar för omvårdnaden av patienter ökar kraven på kunskap och kompetens. Utvecklingen går snabbt inom den medicinska teknologin. Människor som lider av livshotande sjukdomar har ofta komplexa omvårdnadsbehov, vilket medför ett ökat behov av personal som kan ge avancerad hemsjukvård (Beck- Friis & Strang, 2005). Distriktssköterskans arbete utförs antingen på mottagningen eller vid hembesök, där det är möjligt att ge även svårt sjuka och de med stort omvårdnadsbehov vård i det egna hemmet. Omvårdnad förutsätter kunskap om medicinska behandlingar och metoder, men innebär även ett omfattande samarbete runt andra insatser och med övrig vårdpersonal som medverkar i patientens vård och behandling (Distriktssköterskeförbundet, 2005).

Arbetet som distriktssköterska är komplext. Det innehåller många olika arbetsuppgifter och förmåga till samarbete med olika aktörer, vilket sammanfattas i Socialstyrelsen kompetensbeskrivning för sjuksköterskor. Där är sjuksköterskans huvudsakliga arbetsområden indelade i tre delar (Socialstyrelsen, 2005);

- Omvårdnads teori och praktik
- Forskning, utveckling och utbildning
- Ledarskap

Omvårdnadsteori och praktik kan något förenklat sammanfattas som att sjuksköterskan ska ha utbildning och kunna tillämpa kunskaper inom omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap. Sjuksköterskan ska ha förmåga att bemöta, informera och undervisa patienter, närstående och personal. Appelin, Brobäck och Bertö (2005) skriver att det är viktigt med god kommunikation och information inom vårdteamet för att ge en god omvårdnad. Sjuksköterskan ska även ha förmåga att utföra undersökningar och behandlingar samt arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Sjuksköterskan ska kunna utföra arbetsuppgifterna på ett säkert sätt och av god kvalitet, samt arbeta för en god vårdmiljö. I en studie av Brännström, Ekman, Boman och Strandberg (2007) framkommer att patienterna och anhöriga såg det som särskilt betydelsefullt och förtroendeingivande att distriktssköterskan hade kunskapen att handskas med de medicintekniska apparaturerna som fanns i hemmet och att det var ett gott samarbete i vårdlagen.

Socialstyrelsen (2005) beskriver att sjuksköterskan även ska arbeta för sin egen personlig och professionell utveckling men även utbilda och handleda studenter och medarbetare. Sjuksköterskan ska också initiera och/eller medverka i forsknings och utbildningsarbete. Sjuksköterskan är arbetsledare för omvårdnadspersonal som innefattar undersköterskor och vårdbiträden. Distriktssköterskan ska även ha förmåga att planera, konsultera, informera och samverka med andra aktörer i vårdkedjan. Praktiskt i omvårdnads arbete kan det innebära kontakter med annan omvårdnadspersonal, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, dietister, läkare anslutna till primär och slutenvård, samt specialistmottagningar. Vidare krävs att helhetssyn och

ett etiskt förhållningssätt skall genomsyra sjuksköterskans arbete. Detta innebär bl.a. att vården skall utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn. Vården ska ges med omsorg och respekt för patientens autonomi, värdighet och integritet samt att sjuksköterskan ska tillvarata arbetslagets och andras kunskaper/erfarenheter och genom team samverkan bidra till en helhetssyn på patienten (a.a.). Förskrivning av läkemedel samt delegering av hälso- och sjukvårduppgifter hör också till distriktssköterskans arbete (SOSFS, 2001:16). Menckel och Viitasara (2000) skriver att vårdtagaren skall ta en aktiv del i omvårdnadsarbetet. Grundläggande för all vård och omsorg är att den sker tillsammans och i samråd med vårdtagaren. Liksom all annan vård ges omvårdnad utifrån vars och ens behov. Varje situation är unik och omvårdnad utformas därför individuellt.

Nilsson (2001) skriver i sin studie att det i omvårdnadsarbete inom hemsjukvård behövs en bred och helst djup kunskap och ett omfattande erfarenhetsbaserat kunnande. Dessutom ses social kompetens och livserfarenhet som en tillgång inom hemsjukvården. Hon skriver vidare att omvårdnads-kunskandet inom hemsjukvården framträder som en förmåga att se vad patienten behöver och att kunna agera i enlighet med de behov patienten har och samspela på dennes villkor. Enligt Nilsson innebär ett helhetsperspektiv att individen ses som en person med livshistoria, en aktuell vård-situation och en framtid. Personalen bör vidare vara speciellt kunnig i de tekniska delarna av omvårdnaden. I Nilssons studie framkommer också att det finns en kompetens inom hemsjukvården som inte används. Hon skriver att en förklaring till detta kan vara att hemsjukvårdens kapacitet och möjligheter inte är kända vare sig av presumtiva patienter eller remitterande institutioner.

Hemsjukvård

Hemsjukvård definieras enligt Socialstyrelsens termbank som ”hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid.” Sjukvård i hemmet är ett alternativ till sjukhusvård/institutionsvård som patienten själv bör kunna välja. Hemsjukvård är en omfattande del av primärvårdens verksamhet (Davidsson, 1998). Hemsjukvården kan rent organisatoriskt skilja sig mellan olika kommuner i Sverige. Hemsjukvård omfattar medicinska insatser, rehabilitering, rehabilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan vårdpersonal med delegering enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14).

År 2008 skrev Stockholms läns landsting en rapport *Basal hemsjukvård för äldre med långvariga vårdbehov – hur kan vården förbättras?* I rapporten konstateras att förändringar i omvärlden har medfört ett ökat behov av hemsjukvård. Nu förtiden är det möjligt att ge en mer komplex och omfattande hälso- och sjukvård i den enskildes hem. Andelen äldre som bor i särskilt boende har minskat samtidigt även antalet platser i slutenvården har minskat, särskilt inom geriatrik och psykiatri. I rapporten står att ” *detta medan möjligheterna att utveckla hemsjukvården och ge en samordnad och därmed trygg vård och omsorg har påverkats negativt av olika i sig positiva förändringar som har skett under de två senaste decennierna, såsom Ädelreformen, husläkarreformen, och införande av särskilda biståndshandläggare.*” (Törnkvist & Wånell, 2008 s. 31). Gurner och Thorslund, (2003) skriver att äldre personer som samtidigt har flera sjukdomar och äldre med funktionsnedsättningar ohjälpligt hamnar i kläm i dagens specialiserade

vård- och omsorgs system. De skriver vidare att mer än var tjugonde person i Sverige är över åttio år och att en mängd olika insatser görs för äldre som har sammansatta vårdbehov, men att det sker utan samordning.

När Ädelreformen infördes 1992 innebar den att kommunerna fick ett samlat ansvar för service, vård och omsorg om äldre och handikappade, inklusive rehabilitering efter sjukhusvistelse. Syftet med Ädelreformen var att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga organisatoriska förutsättningar. I och med reformen fick kommunerna utökat verksamhetsansvar för sjukhem gruppboende, dagverksamhet och hälso- och sjukvårdsansvar i de särskilda boendeformerna upp till läkarnivå verksamheter som landstinget tidigare haft ansvar för (Davidsson, 1998). Husläkarreformen som infördes 1994 innebar att tidigare områdesansvar för distriktsläkarna upphörde vilket var en fördel för valfriheten. Men det försvårade samtidigt tidigare samverkan som byggd på att distriktssköterskan och hemtjänst arbetade inom samma geografiska område. Uppdelningen i biståndshandläggare och enhetschefer inom kommunerna innebar att och det blev två parter att kontakta vid bedömning. Biståndshandläggaren som svarar för myndighetsutövning genom att bedöma behovet av hjälp och enhetschefen som svarar för utförandet via anställd personal (Törnkvist & Wånell, 2008). Sammantaget har flera faktorer bidragit till att försvåra samordningen mellan olika vårdinstanser.

Hemsjukvården är en växande verksamhet. Socialstyrelsen (2008) skriver i sin kartläggning av hemsjukvården i Sverige, att uppskattningsvis ca 250 000 personer får hälso- och sjukvårdsinsatser från hemsjukvården. Idag är 87 % av de som får hemsjukvård över 65 år och de flesta av dem är kvinnor. Vanliga sjukdomar bland dessa patienter är t.ex. cancer, hjärtsvikt, demens och funktionsnedsättningar. Beck- Friis och Strang (2005) skriver att merparten är personer som har mer behov av omvårdnadsinsatser än av riktade sjukvårdsinsatser. Många patienter är multihandikappade men inte svårt sjuka. Den patientgrupp som kräver mest vård är svårt sjuka och döende patienter. Utvecklingen ställer krav på att personal finns tillgänglig dygnet runt och att det finns tillgång till vissa medicintekniska produkter för att kunna utföra de allt mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatserna (a.a.).

Enligt Beck- Friis och Strang (2005) kan vården som ges i hemmet delas in i två grupper. Dels den basala hemsjukvården som bedrivs dagtid och är ledd av distriktssköterska. Uppagningsområdet är litet och den basala hemsjukvården använder sällan avancerade medicin tekniska produkter och bara undantagsvis ges vård till döende patienter. Dels den avancerade hemsjukvården som är läkarledd och tillgänglig dygnet runt, bestående av team med läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och dietist. Där används kvalificerad medicinsk teknologi, upptagningsområdet är ofta stort och där vårdas huvudsakligen palliativa patienter (a.a.).

En förändring som bidragit till att underlätta distriktssköterskornas arbete var när läkemedelshanteringen via Apo-Dos® infördes i hemsjukvården. Detta bidrog även till att öka patientsäkerheten. Apo-Dos® är främst för patienter med regelbunden dosering. Då läkemedlen är förpackade i påsar minskar risken för feldosering. I genomsnitt lägger distriktssköterskan 10-20 min per patient och vecka för att dela dosett manuellt, så tidsvinsten blir stor om patienten har Apo-Dos® . Påsarna levereras var fjortonde dag från apoteket och det är distriktssköterskans ansvar att kontrollera att läkemedelsdoserna stämmer mot läkarens ordination innan påsarna levereras till patienten (Om Apoteket).

Tillgängligheten till vården

Alla människor har rätt till en god och säker vård. Detta anses som självklart och styrs av Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) (SFS 1982:763). Lagen säger att vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen. Kraven som lagen ställer på hälso- och sjukvården är bl. a att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandling samt att den ska vara lätt tillgänglig. Så är inte alltid fallet. Johansson och Engström (2002), skriver att det brister i direktkontakten mellan läkare och patient och att det är svårt för de boende att få hembesök.

Hemsjukvården skall liksom all vård och behandling så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. I en kartläggning från Socialstyrelsens (2008) ingår en enkät som visade att läkarna inte alltid hade möjlighet att göra de hembesök som efterfrågades. Undersökningen visade att för att kunna upprätthålla en god kvalitet och patientsäkerhet dygnet runt, måste tillgängligheten till både sjuksköterskor och läkare förbättras. Enkäten visade att det under jourtid kunde vara en sjuksköterska som ansvarade för uppemot 400 patienter. Enligt Socialstyrelsen (2008) är inte detta förenligt med god vård och kan äventyra patientsäkerheten. Öhman och Söderberg (2004) beskriver i sin artikel betydelsen av att sjuksköterskan är tillgänglig. Genom att vara närvarande har sjuksköterskan lättare för att dela och förstå patientens situation och sjukdom.

När Socialstyrelsen (2005a) presenterade sin lägesrapport Vård och Omsorg om äldre framkom att svårt sjuka äldre människor kräver en organisation som kan ställa upp med planerade och akuta insatser dygnet runt i hemmet. I Socialstyrelsen, (2005a) rapport står ” *antalet hemsjukvårdsbesök av läkare och andra personalkategorier till personer med hemsjukvård ökade 2002-2006*” vidare står att ” *trots att antalet hemsjukvårdsbesök av läkare har ökat så har läkarna inte alltid möjlighet att göra de hemsjukvårdsbesök som efterfrågas*” (s. 116). Ett fåtal kommuner kan erbjuda alla svårt sjuka och döende patienter som behöver stora medicinska insatser den vården via hemsjukvården. Det vanligaste är att valmöjligheten är liten. Socialstyrelsens enkätundersökning (2008) visade bland annat att tillgången till olika undersökningar och behandlingar varierade i landet. Vården ges därmed inte på lika villkor i hela landet (Socialstyrelsen, 2008).

För patienter som vårdas i hemmet är det en trygghet att lätt kunna få kontakt med distriktssköterska och övrig personal som är delaktig i vården. I en studie av Brännström, et. al. (2007) framkom att patienter och anhöriga känner en trygghet att snabbt kunna få den hjälp de behövde och att de kände igen den som gav hjälpen, de var även viktigt att sjuksköterskan höll det hon lovat och att personal fanns tillgänglig alla dygnets timmar. Det innebär en kränkning av människans värdighet när vården uteblir Eriksson (2004).

Problemformulering

Hemsjukvården befinner sig i ett föränderligt skede med allt fler svårt sjuka och döende patienter som ska vårdas i hemmen (Nilsson, 2001). I flera rapporter där hemsjukvården granskats, konstateras att det råder brist på tillgång till både sjuksköterskor och till läkare, vilket kan leda till

brister i läkemedelshantering, resurser, informationsöverföring liksom kompetensbrist hos personalen (Socialstyrelsen, 2005a, 2005b, 2008., Törnkvist & Wånell, 2008).

För distriktssköterskor som har omvårdnadsansvaret för patienter som vårdas i hemmen ställs allt större krav på kunskap och kompetens, då de patienter som tidigare vårdades inom den slutna vården nu i allt större omfattning ska kunna ges denna vård i det egna hemmet se exempelvis Beck- Friis och Strang, (2005). Då patienterna ofta har komplexa omvårdnadsbehov och snabbt kan försämrats i sitt hälsotillstånd kommer ofta frågeställningar upp under vårdtiden som kräver läkarkonsultation.

En stor del av distriktssköterskans arbete innebär att samordna olika vårdaktörers medverkan i omvårdnaden av patienten (Ponzer, Faresjö & Mogensen, 2009). Vid omvårdnad av svårt sjuka patienter och patienter i livets slutskede är det viktigt att samspelet mellan de olika aktörerna fungerar för att patienten ska känna sig trygg och erbjudas en optimal omvårdnad. Att ha en fungerande läkarkontakt kan vara av stor betydelse och även främja en god omvårdnad. Distriktssköterskornas samordning av patienternas vård i hemmet ställer krav på god förmåga att genomföra och fatta beslut i relation till patientens rådande situation. Frågor fanns om hur distriktssköterskorna samordnar vården inom hemsjukvården och hur det kan påverka patienternas situation. Ett intresse väcktes för att undersöka hur distriktssköterskor upplevde sitt arbete med att samordna vården runt patienterna.

SYFTE

Syftet är att beskriva distriktssjuksköterskans erfarenheter av att samordna vården för patienter som har hemsjukvård.

Följande frågor ställdes:

- Hur sker distriktssköterskornas samordning i det dagliga vårdarbetet?
- Vilken betydelse har samordningen för patienternas vård?

METOD

Val av metod

Utifrån syftet med studien valdes en kvalitativ metod och som datainsamlingsmetod valdes intervjuer. Kvalitativa metoder syftar till att beskriva och förstå människors individuella upplevelser och att försöka fånga dem i sin helhet av dem som har erfarenheter av det fenomen eller den företeelse som studeras (Polit & Beck, 2004).

Vid kvalitativ forskning fokuseras på helheten där sammanhanget har en betydelse och att forskaren strävar efter att skapa en djupare förståelse för ett fenomen/händelse. I ett intervjuamtal ställer forskaren frågor till människor och lyssnar till vad den enskilda människan

har för känslor, erfarenheter och attityder om sin livsvärld. Forskare som använder kvalitativ ansats växlar mellan närhet och distans när objektet betraktas, till skillnad från den kvantitativa ansatsen där forskaren strävar efter att ställa sig utanför och betrakta objektet i miljön. En kvalitativ ansats kännetecknas av att tonvikten läggs på förståelse av den upplevda verkligheten. Intervjuaren samlar kunskap genom att lyssna på människors förhoppningar, farhågor och drömmar (Kvale & Brinkmann, 2009). Författarna beskriver *"Om man vill veta hur människor uppfattar sin värld och sitt liv, varför inte prata med dem?"* (a.a. s. 15).

Den kvalitativa forskningens förståelseform är förenad med alternativ syn på social kunskap, mening, verklighet och sanning. Den rör sig inte längre om att förklara meningsfulla relationer utan att förstå vad människor erfar i mötet med andra människor och hur de erfar sitt liv (Kvale & Brinkmann 2009).

Val av informanter

Studien genomfördes i en kommun i västra Sverige där kommunen efter avtal med landstinget har ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende enligt 18§ andra stycket i HSL. Hemsjukvårdens hälso- och sjukvård leddes av distriktssköterskor som i omvårdnadsarbetet hade hjälp av personal bestående av undersköterskor och vårdbiträden.

Studiens informanter bestod av sex distriktssköterskor med erfarenhet av att samordna vården runt patienter som vårdas i hemmet. Valet av antal informanter styrs av syftet och kvalitén på insamlad data, det finns inga regler för hur stor urvalsgruppen bör vara (Polit & Beck, 2004). Samtliga intervjuade var kvinnor i åldrarna 35- 59 år. Efter sex intervjuer ansåg författarna att tillräckligt material hade insamlats för att uppnå syftet med studien. Kvale och Brinkmann, (2009) skriver att: *"Intervjua så många personer som behövs för att ta reda på det du behöver veta"* (a.a. s 129). Studiens genomförande godkändes av områdeschefen för vård och omsorg i den aktuella kommunen (bilaga I). Författarna utgick från telefonlistor där samtliga 18 anställda distriktssköterskor i kommunen fanns med. De distriktssköterskorna som författarna fick tag på informerades kortfattat om syftet med studien. Till dem som var positiva till att medverka i en intervju bokades tid och plats. Samtidigt skickades också den skriftliga förfrågan om deltagande i en intervjustudie via e-post (bilaga II). I två fall lämnades den skriftliga informationen före intervjun. I samtliga fall genomfördes intervjuerna på distriktssköterskornas arbetsplatser.

Datainsamling

Enligt Polit och Beck (2004) bygger datainsamlingen i kvalitativa studier oftast på intervjuer som ger berättande svar. Intervjuerna genomfördes i enskilda rum på distriktssköterskans respektive arbetsplatser. För få kontinuitet i arbetet med intervjuerna gjordes samtliga intervjuer av en författare (M.E). Intervjuerna spelades in på band och tog mellan 30-60 minuter att genomföra. Efter den första intervjun omarbetades frågorna något och samordningen tydliggjordes. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) behöver intervjuaren noga förbereda och planerar intervjun på förhand för att den ska ge så mycket som möjligt. Det är viktigt att frågorna stimulerar ett positivt samarbete och att den intervjuade känner sig motiverad att svara på frågorna. Intervjuerna inleddes med bakgrundsfrågor gällande distriktssköterskornas antal år inom yrket, var de har

arbetat och hur länge de varit distriktssköterskor. Då intervjuerna i en kvalitativ intervju studie eftersträvar en jag- du relation och för att få en närhet och positiv känsla är det bra med sådana inledande frågor (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjupersonerna ombads att fritt berätta om sina erfarenheter. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är syftet med den kvalitativa forskningsintervjun att förstå ämnen från den levda vardagsvärlden ur den intervjuades eget perspektiv. Samtliga intervjuer inleddes med en huvudfråga: *Kan du beskriva en dag på jobbet?* Som följdfrågor användes följande frågor: *Kan du beskriva samordning runt patienten? Fick det någon betydelse för omvårdnaden?* Intervjuerna drevs framåt av författarna genom att ställa frågor som: *Kan du ge ett exempel? Hur tänkte du då? Kan du beskriva mer?* Intervjuerna avslutades med en fråga om det fanns något mer att tillägga.

Intervjumaterialet transkriberades ordagrant till text så snart som möjligt efter intervjuerna för att sedan analyseras. Vid transkriberingen försöktes i möjligaste mån att hålla fast vid talspråket. Suckar, pausar och hummande skrevs in. Även dialektala uttryck behölls.

Analysprocessen

Den kvalitativa analysen har genomförts enligt Dahlberg (1997). För att data som samlats in ska kunna förstås, beskrivas och användas även av andra än författarna, så måste den bearbetas. Denna bearbetning innebär att all insamlad data, i detta fall intervjutexter som skrevs ut, analyserades och strukturerades. Bearbetningen ska utmynna i en resultatbeskrivning. Dahlberg (1997) beskriver analysprocessen utifrån tre faser. Första delen utgörs av den *bekantgörande fasen* där forskaren läser, de utskrivna intervjuerna som en helhet och får en första förståelse för texten. Andra delen utgörs av den *analyserande fasen* vilken innebär att forskaren med hjälp av kreativ tolkning försöker nå en djupare förståelse. För att kunna göra detta måste texten delas upp i mindre delar, så kallade meningsbärande enheter. Uppmärksamheten riktas mot kvalitativa likheter och skillnader i intervjuerna. I den tredje delen som kallas *beskrivande fasen* återgår forskaren att behandla texten som en helhet. Här sammanställs analys och resultat i en form som forskaren anser lämplig och som på ett bra sätt beskriver det fenomen som studerats.

Den *bekantgörande fasen*: i följande arbete började författarna med att läsa igenom texterna upprepade gånger så snart som intervjuerna hade transkriberats. Detta för att göra texten bekant och för att få en första förståelse av texternas innehåll. Under genomläsningarna gjordes anteckningar i marginalerna och understrykningar om de ämnen som berördes. Efter att båda författarna vid upprepade tillfällen läst igenom samtliga intervjuer, kunde de i samtal med varandra i stora drag beskriva de olika intervjuerna och återge de observationer som de funnit intressanta. Dahlberg (1997) skriver att när forskaren med enkelhet kan beskriva de olika intervjuerna är det dags att gå vidare.

Den *analyserande fasen*: allt eftersom den upprepade läsningen fortskrider blir innehållet av texterna alltmer bekant. Då den insamlade datan framstår som en känd helhet förändras prägeln på läsningen. Nu börjar de olika delarna istället framträda (Dahlgren 1997). Texterna lästes åter igen och vissa mönster upptäcktes. I författarnas strävan att försöka täcka in all text, fann de efter

första genomgången att vissa delar av intervju texterna inte var relevanta för studien. Dessa togs inte med i den fortsatta analysen av texten. Detta bidrog till att göra textmassan mer lätthanterlig. När hela texterna hade gått igenom och skillnader och likheter hade markerats lästes de åter igenom och de texter som hade liknande innehåll slogs samman. Alla meningsbärande enheter med liknande innehåll eller som beskrev liknande innebörder märktes ut i texterna med olika färger. De färgmarkerade meningsenheterna märktes upp med koder som till exempel ordet *ansvar*. Därefter klipptes de texter med samma kod ut och samlades på separata dokument. Författarna läste sedan åter igenom de meningsbärande citaten och sorterade in dem i fem teman.

Den *beskrivande fasen*: innan författarna fortsatte med den beskrivande fasen i analysprocessen lästes materialet igenom och diskussioner gjordes utifrån de olika teman som framkommit. Några mindre justeringar utfördes. En sammanfattning av innebörden av det insamlade intervjumaterialet och resultatet sammanställdes under fem teman. För att illustrera och verifiera de beskrivningar som gjordes i resultatet har citat och berättelser från intervjuerna använts. Författarna ansåg att detta bidrog till att öka trovärdigheten i resultatet. När hela resultatet sammanställts gick författarna igenom beskrivningarna av de olika teman som framkommit för att säkerställa att resultatet stämde med syftet med studien.

Etiska aspekter

I följande studie har författarna så långt som möjligt försökt ta hänsyn till de grundläggande etiska principerna vid humanforskning enligt Helsingforsdeklarationen (2008) Det har inneburit att vi strävat efter att följa:

- Autonomprincipen som omfattar tystnadsplikt. Tystnadsplikten säkerställs bland annat genom att forskningsdata avidentifieras och behandlas konfidentiellt, vilket gör att deltagarnas identitet inte röjs vid redovisning av forskningsresultatet. Principen innefattar också att respektera deltagarnas värdighet, integritet och sårbarhet.
- Godhetsprincipen har tagits i beaktande på så vis att vi hoppas att vår studie ska bidra till att samordningen förenklas för distriktssköterskorna och leder till bättre omvårdnaden för patienten. Studien kommer efter godkännande distribueras till samtliga deltagare så att de får möjlighet att ta del av resultatet.
- Principen att inte skada. Ingen kommer till skada i studien.
- Rättvis principen innebär att alla deltagare i studien behandlas lika.

Vi har följt de etiska riktlinjerna och uppfyllt informationskravet på så vis att vi varit tydliga i vår information till deltagarna om studiens innehåll, syfte och vilka metoder vi använt oss av.

Vi har informerat både skriftligt och muntligt att deltagandet var frivilligt och att de intervjuade när som helst kunde avbryta sin medverkan.

Genom att vi inhämtade tillstånd och samtycke till studien från områdeschefen uppfyller vår studie kravet på samtycke från de som deltar samt godkännande från ansvarig. Kravet på

konfidentiellt har följts och allt material har behandlats konfidentiellt. Under transkriberingen avidentifierades banden så att det inte gick att avslöja informanternas identitet och var de arbetade. Under studien förvarades banden och utskrifterna inlåsta på ett säkert ställe och när uppsatsen är godkänd kommer banden och utskrifterna att förstöras.

I sekretesslagen (SFS 1980:10) sägs det att uppgifter om en enskilds personliga förhållande eller hälsotillstånd inte får avslöjas, om det inte står klart att uppgiften kan avslöjas utan att den enskilde individen eller någon närstående till denna lider men.

RESULTAT

Resultatet av studien redovisas utifrån 5 teman vilka är:

- Skiftande och komplexa vårdbehov som ska samordnas
- Att samordna utifrån patientens situation och behov
- Svårigheter att samordna vården när helhetssynen brister
- Samordningen av patientens medicinska situation kräver närhet till läkare att rådgöra med
- Tillfredsställelse och nöjdhet för både patienter och distriktssköterskor när samordningen fungerar

Skiftande och komplexa vårdbehov som ska samordnas

Många patienter som vårdas i hemmen har komplexa vårdbehov som ställer ökade krav på samordning. Distriktssköterskorna upplever att patienterna skrivs ut allt tidigare från sjukhuset till sitt hem och är då ofta i behov av stora omvårdnadsinsatser. Distriktssköterskornas uppgift blir då att samordna vården till det bästa för patienterna. Då allt fler patienter väljer att få vården i hemmet medför det ökade kontakter för distriktssköterskorna mellan vårdcentraler och sjukhus. När hälsotillståndet kräver ändringar i omvårdnad och medicinering är det distriktssköterskornas uppgift att ta de kontakter som krävs för att säkra en god omvårdnad för patienterna. Ett tillfälle som ger möjlighet till samordning mellan olika vårdaktörer är vid vårdplaneringar som ofta sker i samband med utskrivning av patienterna efter sjukhusvistelse.

Distriktssköterskorna berättar att vid vårdplaneringar ansvarar de i första hand för att patienternas medicinska vård säkras som medicindelning och utförande av ordinationer som t ex injektioner och såromläggningar. Det framkommer att det är vårdpersonalen i hemsjukvårdgruppen som sköter den basala omvårdnaden av patienterna. Samordningen med hemsjukvårdspersonalen sker kontinuerligt under dagen, oftast i samband med att distriktssköterskorna träffar personalen på morgonen innan de gör sina hembesök. Vid dessa möten förhör sig distriktssköterskorna om patienternas hälsotillstånd och kan ge nya ordinationer eller omvårdnadsåtgärder. Även om distriktssköterskornas arbete till stor del består av att sköta kontakter mellan olika vårdaktörer och att utföra medicinska vårdhandlingar som inte kan delegeras till övrig vårdpersonal, så ansvarar de också för att den basala omvårdnaden utförs på ett gott och säkert sätt.

”... det är det medicinska jag ansvarar för. Och det försöker ju jag få så bra som möjligt då, att det blir proffsigt och att patienten är nöjd, det är ju mitt mål, så planerar vi med patienten och anhöriga då, vad patienten har för önskemål, och vad det är de önskar medicinskt utav mig då.”

För att samordna omvårdnaden runt patienterna går en stor del av distriktssköterskornas

arbetsdag åt till att ringa, mejla och faxa. Kontakter kan behövas med vårdcentraler, apotek, läkarsekreterare, mottagningssjuksköterskor och biståndshandläggare för att exempelvis få nya ordinationer, förlänga recept eller boka tider. Distriktssköterskorna upplever att tiden för hembesök blir kortare och att de inte har tid för hembesök mer än till de svårast sjuka.

”... det här med telefonkontakt och det administrativa över huvudtaget, det tar halva dagen ungefär. Det blir ju mindre och mindre med hembesök en får ta de mest sjuka och sånt som bara sjuksköterskan får utföra dom uppgifterna.”

Att samordna utifrån patientens situation och behov

Distriktssköterskorna arbetar utifrån att patienterna sätts i fokus och att deras arbete utgår från patienternas intresse och behov. För många patienter är det betydelsefullt att få vårdas i sina egna hem, där de känner sig trygga och har närhet till sina anhöriga. Det framkommer att distriktssköterskorna ser på samordning som ett sätt att underlätta för patienterna. En distriktssköterska beskriver att det är som att hon försöker förenkla det hela för sina sjuka patienter, som ofta både är trötta och gamla. Distriktssköterskorna berättar att många patienter har svårt att ta till sig vad läkarna säger vid besök eller utskrivningar från sjukhuset. Patienterna har ofta svårt att redogöra för vilka ordinationer och behandlingar de har fått eller ska få. Patienterna framför till distriktssköterskorna att det är en trygghet och avlastning för dem, att ha en distriktssköterska som kan förklara och hjälpa dem och som lyssnar till vad de har att säga.

”Hörde lite med läkaren hur vi skulle fortsätta med henne hemma då, om jag kunde få ordination hemma. Det är alltid så att man försöker att lyssna på den man går till för att se hur den vill ha det. Hon ville ju helst vara hemma. Hon hade ju kommit hem för att hon ville vara hemma. Så då får man utgå från det. Man blir en typ av samordnare, det ska ju bli så bra som möjligt för patienten.”

Distriktssköterskorna poängterar återkommande att de ser sig som gäster i patienternas hem och att de inte kan tvinga på patienterna hjälp, utan det gäller för dem att lyssna in vad patienterna själva vill. Att vara lyhörd för hur patienterna vill ha det och kunna se vilka behov de har är en del av distriktssköterskans arbete. Distriktssköterskorna upplever att de flesta patienterna uppskattar den hjälp som de får från distriktssköterskan och hemvårdgruppen. En del av samordningen är att kunna ge information till anhöriga så även de känner sig trygga.

”Så är det ju också att vi är gäster när vi kommer till dem. Vi kan inte säga att nu måste du ta den här behandlingen, eller nu måste du göra så eller så. Utan det är ju att lyssna in och höra vad man kan göra ... vi försöker ju att utföra vården i hemmet så gott vi kan, så att patienterna och anhöriga känner sig nöjda och trygga... det är alltid så att man försöker att lyssna på den man går till, för att se hur den vill ha det.”

Distriktssköterskorna påpekar att det inte alltid är så att patienterna vill ha den hjälp från distriktssköterskan som de har behov av och har rätt till. Det är då viktigt att känna av och respektera den enskilda individen.

”En del kan det vara svårare att nå och så, vill inte patienten ha den nära relationen så behöver dom ju inte... det är ju deras val.”

Svårigheter att samordna vården när helhetssynen brister

Distriktssköterskorna upplever svårigheter med att samordna vården då helhetssynen på patienterna försvinner. En distriktssköterska berättar att en 80 årig man med multisjukdom hade varit inne på sjukhuset för en operation och därefter blivit förvärrad i sin hjärtsvikt efter hemkomst.

”... vi pratade med läkaren, och då så sa hon, att det inte är mitt bord ni får gå, backa tillbaka till vårdcentralen det är distriktsläkarna.”

Distriktssköterskan tog då istället kontakt med vårdcentralen, berättade om symtomen och bad om att få ta lite kompletterande prover. Proverna togs och svaren skickades både till sjukhuset och till vårdcentralens läkare. En vecka gick, utan något svar och distriktssköterskan tog ny kontakt med sjukhuset och bad då att läkaren skulle kontrollera provsvaren vid ett planerat återbesök.

”Å nej då, det var fortfarande inte läkarens bord utan hon ansvarade bara för sin operation. Sen fick farbrorn en näsblödning och som vi inte kunde stoppa hemma och det slutade med att han åkte in till vårdcentralen, och då tänkte jag att de borde dom ju se, vi såg ju tecken på att han svikta då känner man, tror man ju att läkare ser symtomen över buken han var tung andad... man hade förhoppning att de tittar på hela farbrorn. Nej då icke sa nicke, hemskickad näsblödning stoppad, hemskickad igen. Jaha då så stod vi, tillslut så stod vi en måndag morgon det här går inte en dag längre alltså, och då hamnar han på akuten och inlagd på sjukhuset.”

Distriktssköterskorna beskriver hur de i sitt arbete ser hela patienten, inte bara en höft eller en näsa. Samtidigt kan det bli olyckligt när inte sjukvården på liknande sätt alltid kan se till hela patientens situation.

Arbetet med att samordna vården till det bästa för patienterna upplevs ibland av distriktssköterskorna som frustrerande då det inte alltid finns ett fungerande samarbete mellan de olika vårdaktörerna inom sjukvården. Distriktssköterskorna upplever att helhetssyn på patienterna ibland saknas vilket kan försvåra distriktssköterskornas omvårdnad av patienterna. I sina arbeten som distriktssköterskor har de möjlighet att träffa patienterna i deras egna hem. Där möter de inte bara patienterna utan också deras anhöriga. Detta innebär att distriktssköterskan kan skapa sig en helhetsbild av omvårdnadsbehovet runt patienten som kanske kan vara svår för personal att se vid besök på vårdcentraler och sjukhus.

Distriktssköterskorna beskriver att målet med deras arbete är att ge en så god omvårdnad till patienten som det är möjligt. De upplever att när samordningen brister mellan olika vårdinstanser och helhetssynen på patienterna försvinner till följd av bland annat dålig kontinuitet hos vårdpersonal, är det svårt att uppfylla kravet på god omvårdnad. Exempel på detta beskrivs i samband med läkarvård vid vårdcentral eller sjukhus, dit patienterna skickades för planerade

besök eller undersökningar. Vid dessa besök hade distriktssköterskorna i flera fall varit i kontakt med mottagningssköterskan eller via omvårdnadsmeddelande bett att den läkaren patienterna träffade även skulle bedöma nytillkomna besvär. Det fungerade inte fullt ut alla gånger, utan patienterna hänvisades vidare till andra vårdinstanser. Detta upplevde distriktssköterskorna kunde leda till ökat lidande för patienterna som då fick söka vård vid ytterligare tillfällen och eventuella behandlingar kunde fördröjas.

”Det är ju systemet runt omkring som ska fungera så att vårdragarna ska få den bästa vården och det förenklar vårt arbete, som ibland kan kännas lite... Skratt... motigt då när man inte når dit man vill. Just det här med helhetssyn om patienten om man säger så.”

En annan distriktssköterska tar upp bristen av helhetssyn inom vården och berättar om en patient som skulle till kirurgimottagningen för planering inför en operation. I samband med detta ville distriktssköterskan att läkaren skulle se på en hudförändring hos patienten.

”Farbron åkte in och dom sa ja, vi får väl se om vi har tid. Jag skrev på omvårdnadsmeddelandet SNÄLLA titta på det. Nä det gjorde man inte, för det hann man inte, då skulle han få sitta ut på akutmottagningen och en läkare på akuten skulle kunna se på det.”

Mannen orkade aldrig vänta kvar på akutmottagningen, för att få hudförändringen bedömd av en läkare. Däremot såg läkaren på kirurgmottagningen att han hade eksem på benet, och ordnade en akut tid på vårdcentralen samma dag. Den anhörig som var med vid det besöket bad att vårdcentralens läkare skulle se på hudförändringen. Men på vårdcentralen fanns det ingen tid för det. Patienten fick åka hem med kortison för sitt ben och distriktssköterskan fick ringa och be om en ny tid till vårdcentralen. Patienten fick tid efter två veckor. Då blev det tillbaka till vårdcentralen igen, vilket resulterar i en remiss till kirurgimottagningen. Där bedömdes det att det inte var något som behövde åtgärdas.

”Man träffar liksom tre läkare nästa då, och ingen kan titta på någonting som man känner att det tar en minut att titta på, och sedan skulle det ju vara ok va. Nä, då ska man iväg, på alla möjliga andra ställen... då tror man inte att det är sant.”

Samordning av patientens medicinska situation kräver närhet till läkare att rådgöra med

Distriktssköterskorna upplever att det är brist på tillgänglighet och tid hos läkarna som gör att samordningen många gånger försvåras. För patienterna innebär det väntetider på ordinationer och behandlingar. För att distriktssköterskorna ska kunna utföra sitt omvårdnadsarbete runt patienterna på bästa sätt, krävs att kontakterna mellan dem och ansvarig läkare fungerar tillfredställande. Ofta kräver patienternas hälsotillstånd läkarrådgivning och ändringar av ordinationer eller behandlingar.

”Hemsjukvården är ju det här med alla läkarkontakter, ingen har tid... att man har någon som följer upp dom, vi jobbar ju med att faxa in, och vi får nästan tacka när dom ringer... skratt. Så fungerar det idag, alla är ju stressade man får ju aldrig något svar.”

Distriktssköterskorna beskriver att samordningen inom vården ibland kan kännas som hopplös. Ordinationer på behandlingar och receptförnyelse upplevs som ett bekymmer när inte samordningen fungerar.

”Läkarna orkar inte bry sig om någon mer sak än sin egen, om man vill ha ett recept förnyat då är det jättenoga vems det är. Det är därför vi får sitta och ringa så många olika personer beroende på vart recepten är utskrivna hela tiden då. Vårdcentralen säger: men det har inte jag skrivit ut, det har kirurgen skrivit ut. Då kan dom inte hjälpa oss... det är så tätt mellan de olika delarna, man kan tro att det är vattentäta skott... ja SÅ hopplöst kan jag säga.”

Distriktssköterskorna upplever att patienterna ibland får vänta på behandling då inte samordningen fungerat tillfredställande mellan läkare, apotek och distriktssköterska. Det kan leda till att det inte finns mediciner att lösa ut på apoteket och patienterna står utan behandling. Distriktssköterskorna får då arbeta med att ordna upp situationen så att patienterna får sina ordinerade läkemedel.

”... en patient kom hem med mycket mediciner fast vi hade önskat att få en Apo-Dos® ordnad innan men det gick inte att ordna och hon orkade inte längre och var så pass dålig. Jag såg direkt att det här måste vi bara ordna så det tog två dagars jobb kan man nästan säga med det. Ringa och ordna och kolla för det var lite oklart med en del ordinationer då kan man säga. Den medicinlistan som var från sjukhuset var väldigt kladdig, man såg inte riktigt vad. Varför hade de inte vänt på sidan och skrivit på nästa sida då hade det blivit lite renare? Det gör... ju så att de inte får den medicin som de egentligen behöver ha.”

En återkommande uppgift som distriktssköterskorna ständigt bevakar och samordnar är att patienterna har de läkemedel de behöver. Står patienterna utan läkemedel kan de behöva uppsöka läkare akut på vårdcentral eller sjukhus. För att hindra att det sker i onödan beskriver distriktssköterskorna att de ständigt bevakar patienternas läkemedel, att Apo-Dos® finns hemma och att förändringar i patienternas ordinationer är aktuella. Med omtanke om patienterna sköter många av distriktssköterskorna detta även om det inte är deras arbetsuppgift att förlänga ordinationerna. Även om det inte är distriktssköterskorna som har ansvaret för den uppgiften hamnar det ändå på deras bord.

”Men om tablettan fattas så... egentligen så skulle jag kunna strunta i det, för det är inte jag som är ordinator... nej, men som sjuksköterska kan jag ju inte bara acceptera att medicinen är borta det kan ju vara en väldigt viktig medicin för patienten. Så många gånger... tar vi nog på oss kanske... mera, den biten mer än vad vi skulle göra.”

”... fast egentligen så är det inte mitt jobb men ändå har man ett ansvar emot sina vårdtagare tycker jag, det är ju ändå så att det är vi som står där när det är leveransdag och oj nu är inte den tablettan med. Vi borde inte behöva ringa till dom flera gånger om och tjata till slut blir man ju ganska så irriterad.”

Distriktssköterskorna upplever även att de tar på sig mer ansvar än de borde när de inte har möjlighet att konsultera eller rådgöra med läkare vid vård av svårt sjuka patienter. De upplever att patienten i större utsträckning hade kunnat stanna kvar i hemmet, om distriktssköterskorna

bara hade fått möjlighet att rådgöra med en läkare. Då distriktssköterskorna vårdade patienter som krävde specialistvård och där patienten inte var knutna till någon patientansvarig läkare, upplevdes det som särskilt svårt att få rådgivning när hälsotillståndet hos patienten försämrades. I vissa fall fick patienterna skickas in till sjukhuset akut.

”... där kan det vara lite knöligare att få tag på en behandlande doktor, ringer man då akuten vet inte dom riktigt vad dom ska svara, så dom kan nog hamna inne ibland, fast man skulle kunna hjälpa dom ute. För då kan det vara en doktor som har jour och som inte känner dom.”

”... svårt ibland att få en akuttid då de är slut helt enkelt på vårdcentralen, slut på tiderna, antingen får man vänta till fem och skicka dem till jourcentralen eller så får man skicka in dom akut till medicin eller kirurgen.”

Det framkommer att distriktssköterskorna hade önskat att de hade någon läkarkontakt liknande den som finns på äldreboendena. De fåtal tillfällen som läkarna hade möjlighet till hembesök hos patienterna, beskrivs av distriktssköterskorna som nästan uteslutande vara i samband med att dödsfall inträffat i hemmet.

Distriktssköterskorna beskriver sitt arbete som ett ensamarbete med mycket ansvar. Det finns tillfällen då distriktssköterskorna uttrycker att det hade känts tryggt att kunna rådgöra med en läkare i situationer då det kan vara svårt att ensam avgöra vad som är det bästa för patienterna.

”... ibland är det inte alltid att de har någon som är patientansvarig läkare fast dom är väldigt svårt sjuka... det är ett stort problem. Det kan ju kännas lite ensamt ibland, när man inte har någon att fråga... man kanske vill ha med sig någon istället för att titta och göra en bedömning, så att det inte är jag som står och säger att nu tror jag att snart kommer den här människan att dö, ska vi sluta och ge mediciner... I dom fallen tycker jag att det är ett problem, då skulle man kunna få en läkarkontakt någon gång i veckan.”

”... hade känts bra att kunna stämna av med någon doktor ibland, för man tycker att man får ta väldigt mycket egna beslut med vad man ska göra med dem när dom blir sämre, dom som alltså inte har någon känd läkarkontakt, när dom blir dåliga tycker man. Oväntade dödsfall åker de ju alltid ut på men det är..., jag har haft en doktor på besök tre gånger under mina 25 år i kommunen.”

Tillfredställelse och nöjdhet för både patienter och distriktssköterskor när samordningen fungerar

Positiva upplevelser vid samordning beskrivs av distriktssköterskorna när de känner trivsel i sitt arbete. Arbetet med samordningen upplevs som givande när alla kontakter med samtliga inblandade vårdaktörer fungerar. Då kan distriktssköterskorna känna att de gör ett bra jobb och får i de flesta fall då också uppskattning från patienter och anhöriga.

”... när man känner att man gjort allt man kunnat för att det ska bli bra för den gamle och dom är nöjda... ja då känns det riktigt bra och man är stolt över sitt arbete.”

I intervjuerna framkom att distriktssköterskorna ser sig själva som detektiver i sin roll som samordnare. De får många gånger söka information från flera olika vårdaktörer för att kunna ge patienterna den vård de behöver. Andra sätt att beskriva arbetet med samordning var som ”spindeln i nätet” och att de ser sig själva som konsulter. Distriktssköterskorna upplever att deras arbete med samordning sällan är ett problem i kontakterna med patienterna. En distriktssköterska berättar att hon för det mesta tycker att det är positivt att vara mitt i, och att hon inte har ont av att ta kontakter och ringa. Hon upplever sitt arbete som lärorikt och ser det som en förmån att arbeta som distriktssköterska.

”Patienterna är aldrig några problem kan jag säga, jag har aldrig träffat någon patient i hemsjukvården som har varit otrevlig eller någonting, de är jättepositiva och glada att man kommer, förnöjda och ja och sen så kanske en del... alla har olika sätt.”

Distriktssköterskornas samordning runt patienter som har öppen retur till länssjukvård och hos de patienter som har en etablerad kontakt med specialistmottagningar på sjukhuset upplevs som särskilt välfungerande. Även om distriktssköterskorna inte har direkt kontakt med läkare, finns här sköterskor som förmedlar den information som rör patienterna direkt till distriktssköterskorna. För patienterna innebär det snabbare beslut om behandling och snabbt insatta åtgärder. Det besparar även patienterna sjukresor och läkarbesök.

Det utökade samarbetet som finns i kommunen mellan distriktssköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter upplevdes positivt. För distriktssköterskorna innebär det att de avlastas från arbetsuppgifter som de haft tidigare. Arbetsterapeuterna skriver ut hjälpmedel och förmedlar även transporten till hemmet, något som distriktssköterskorna tidigare ansvarat för. Sjukgymnasterna gör hembesök och besparar patienterna resor. Distriktssköterskorna upplever att denna samordning mellan olika vårdresurser är till nytta både för patienterna och för de inblandade vårdaktörerna.

”Samarbetet med sjukgymnaster och arbetsterapeuter tycker jag är väldigt bra, det gör att de liksom får träning snabbt och sparar tid för tjejerna i gruppen ... jag tror det lönar sig.”

På många sätt lönar sig en väl fungerande samordning såväl för distriktssköterskorna som patienterna.

RESULTAT SAMMANFATTNING

Distriktssköterskornas samordning är ett viktigt led i patienternas hemsjukvård. För att kunna ge en god och säker omvårdnad till patienterna behöver distriktssköterskornas samordning av vården fungera. Beroende på hur samordningen sker mellan olika vårdaktörer påverkas distriktssköterskornas omvårdnad runt patienterna i både positiv och negativ bemärkelse. Distriktssköterskorna arbetar utifrån att patienterna sätts i fokus och att arbetet sker utifrån patienternas intresse och behov. Distriktssköterskorna beskriver samordningen som central för omvårdnaden hos patienterna som vårdas i hemmen, och att de som distriktssköterskor har en helhetssyn runt patienten. Distriktssköterskornas arbete i hemsjukvården beskrivs som ett ansvarsfullt ensamarbete som ställer stora krav på kompetens. Att samordna vården runt patienterna tar en stor del av distriktssköterskornas arbetstid. För patienterna kan det innebära att

det är de svårast sjuka som prioriteras då tiden inte räcker till. Distriktssköterskorna upplever att de får ta ansvar både för patienternas omvårdnad och medicinska säkerhet då det inte alltid finns möjligheter att rådgöra med en läkare då tillgängligheten brister. Att samordningen mellan olika vårdgivare och distriktssköterskor inte fungerar tillfredställande bidrar till att omvårdnadsarbete runt patienterna försvåras. Just samordningen har betydelse för patienternas omvårdnad. När samordningen inte fungerar är det en källa till frustration. En väl fungerande samordning är istället en källa till tillfredsställelse både för patienter och för distriktssköterskor.

DISKUSSION

Diskussionen presenteras i två delar, metoddiskussionen och resultatdiskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskornas erfarenheter av samordningens betydelse för vården av patienter i hemmet. För att kunna undersöka detta valdes en kvalitativ metod. Efter att ha studerat olika kvalitativa metoder, bestämde vi oss för att använda den kvalitativa forskningsintervjun (Kvale & Brinkmann 2009). Denna kvalitativa metod hade använts av båda författare i tidigare arbeten och ansågs som lämplig att använda och svarade bra utifrån syftet till vår kvalitativa studie. Den kvalitativa metoden syftar till att förstå vad människor erfar i mötet med andra människor och hur de erfar sina liv (Kvale & Brinkmann 2009). Vi ville veta hur distriktssköterskor i kommunen upplevde samordningen runt patienten och för att undersöka det valdes en kvalitativ forskningsintervju där författarna genom intervjuer vänder sig till människor för att ta del av deras upplevelser och tolkningar av verkligheten.

Vårt arbete med studien påbörjades genom att en av författarna tog kontakt med chefen för vård och omsorg i en kommun i Väst Sverige. Vid det personliga mötet informerades om bakgrunden till studien och vilket syftet var. Den skriftliga förfrågan (bilaga 1) skickades via internpost, och återsändes med ett skriftlig godkännande till studien. En av författarna (L,D) hade erfarenhet från arbete som sjuksköterska och kännedom om distriktssköterskorna och den kommun där studien genomfördes. De distriktssköterskor som svarade när författaren ringde upp var alla positiva till att medverka i studien. Troligtvis bidrog den positiva responsen av att författaren (L,D) hade kännedom om distriktssköterskorna sedan tidigare. Därefter genomfördes själva intervjuerna av den andra författaren (M,E) som inte hade någon tidigare anknytning till hemsjukvården i den aktuella kommunen. Detta beslut togs för att inte författarnas förförståelse eller tidigare kännedom om personerna allt för mycket skulle kunna inverka på intervjuerna eller studiens resultat. Ytterligare en anledning till valet var att bibehålla en kontinuitet i intervju arbetet då vi ansåg att två olika intervjuare kunde ha en påverkan på intervjuernas resultat.

Efter första intervjun skrevs denna ut och lästes av handledare och författare. Efter gemensam diskussion och kritisk granskning utvecklades den fortsatta datainsamlingen och genomförandet av intervjuerna. Efter den sjätte intervjun kände vi att tillräckligt material hade insamlats och vi beslöt då att avsluta intervjuerna. Kvale och Brinkmann (2009) menar att ett allt för stort datamaterial kan medföra en risk för att forskaren kan drunkna i för mycket material. Samtliga

intervjuer genomfördes på respektive distriktssköterskas arbetsrum. Valet av intervjuplats bedömdes som praktiskt då intervjupersonerna intervjuades under deras arbetstid och då hade lättare för att kunna återgå till sitt arbete efter intervjun. Vi tror att det kan ha bidragit till mer öppna och avslappnade intervjuer. Informanterna fick då också lägga mindre tid och slapp åka från sina arbeten för att medverka i intervjuerna. Känslan av att befinna sig på hemmaplan gjorde att de kunde slappna av.

Vid första intervjun användes en bandspelare med ett 30 minuters band, då vi i förväg trodde att den tiden skulle vara tillräcklig för intervjuerna. Det visades sig att 30 minuter inte var tillräckligt och när bandet tog slut fick intervjuaren vända på bandet för att fortsätta intervjun. Till andra intervjun införskaffades band som var 45 minuter långa. Då inte bandet behövde vändas flöt intervjun på lättare. Flera av de intervjuade gav långa och detaljrika beskrivningar om sin arbetssituation. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är det just sådana berättelser från vardagliga situationer som söks vid denna typ av intervjuer. Lärdom togs av att intervjuaren och den intervjuade satt nära bandspelaren för att få bästa tänkbara ljudkvalitet, vilket var viktigt när banden avlyssnades och transkriberingarna gjordes. Den författare som genomfört intervjuerna var också den som transkriberade. Vid utskrifterna visade det sig värdefullt att hon då hade den nyligen genomförda intervjun i färskt minne, vilket bidrog till att återgivningen blev så ordagrann som möjligt. Svårighet uppkom vid transkriberingen när det ibland var svårt att återge vissa dialektala uttal i text.

Intervjumaterialet analyserades efter Dahlgren (1997). Enligt henne fokuserar den kvalitativa analysen på tolkning av data som består av intervjuer, skrivna berättelser eller observationer som vanligtvis resulterar i en text, i en eller annan form. Texten analyseras för att slutligen sammanställas i ett resultat. Efter att texterna transkriberats lästes samtliga intervjuer av båda författarna. Sammanställningen av resultatet, bearbetningen och analysen upplevdes av båda författarna som den mest arbetskrävande delen av arbetet. Under tiden som arbetet pågick fördes diskussioner mellan författarna om återkommande teman, skillnader och likheter i materialet. För att inte styras av vår egen förförståelse pendlade författarna gång på gång tillbaka till syftet i studien. Teman som framkom prövades mot syftet och frågeställning. När resultatet sammanställdes fick två arbetskollegor till författarna läsa igenom analysen samt resultatet och komma med synpunkter. Vidare har analys och resultat diskuterats vid ett flertal gånger med handledare. Dahlberg (1997) skriver att inom forskningsansatser där en företeelse beskrivs i perspektiv av hur den erfars, finns inga självklara regler för hur validiteten skall prövas. Även Kvale och Brinkmann (2009) påtalar otillräcklighet i frågan om validitetsfrågor inom den kvalitativa forskningen då forskningsresultats giltighet diskuteras. Båda ovanstående författare anser att för att säkra den kvalitativa forskningens resultat är det av stor vikt att noggrant beskriva den vetenskapliga metoden och analysen. Detta bidrar både till att öka validiteten, som är ett mått på en vetenskaplig undersöknings giltighet samt för att öka reliabiliteten som är ett mått på tillförlitlighet och säkerhet hos metoden. Detta kan också säkra att resultatet inte är slumpmässigt. Vi har strävat efter att grundligt beskriva metod och analys så att läsaren ska kunna följa studiens genomförande och bedöma vår studies giltighet. För att stärka resultatet har vi medvetet valt att använda flera citat och berättelser för att illustrera hur olika betydelser uttrycks i intervjuerna. Vi anser att trovärdigheten i resultatet stärks då det verifieras i utsagorna från intervjuerna.

RESULTATDISKUSSION

Studiens syfte var att beskriva distriktssköterskornas erfarenheter av att samordna vården runt patienter som vårdas i hemmet. Resultatet belyser det komplexa arbetet som samordningen kan innebära för distriktssköterskor i deras vardag och hur samordningen påverkar patientens omvårdnad. Nedan diskuteras resultaten utifrån de fem teman som framkommit i resultatet.

Flera studier konstaterar att det är viktigt att kommunikationen och informationen inom vårdteamet fungerar för att ge patienten en god omvårdnad (Radwin, 2000, Brooks, 1999, och Schröder, Ahlström & Wilde, 2006). Det upplevs av patienten som särskilt förtroende ingivande och betydelsefullt att det är ett gott samarbete mellan vårdaktörerna (Appelin et.al., 2005, & Brännström, et.al., 2007). Även en studie av Moore (2002) beskriver sjuksköterskans samordnande roll med att koordinera genom att ta kontakt med olika vårdgivare och upprätta förbindelser. Enligt Gurner och Thorslund (2003) finns allt fler multisjuka och en mängd olika insatser görs för äldre som har sammansatta behov, men det sker utan samordning. Resultatet visar att allt mer av distriktssköterskornas tid går åt till att samordna kontakterna mellan olika vårdaktörer då patienternas hälsotillstånd varierar och kräver nytt ställningstagande gällande ordinationer och behandlingar. De patienter som tidigare varit inneliggande på sjukhus finns idag i allt högre grad i hemmet och har behov av alltmer kvalificerade sjukvårduppgifter som det åligger distriktssköterskan att utföra (Socialstyrelsen, 2005a). Detta kan innebära ett ökat behov för distriktssköterskorna av närhet till andra vårdaktörer att rådgöra med, såsom läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut. Studiens resultat visar att distriktssköterskorna upplever att den basala omvårdnaden sköts av vårdpersonalen i hemsjukvårdgruppen och att de själva ägnar stor del av sin arbetstid till att samordna vården runt patienten. Det kan också innebära ett visst medicinskt ansvar för medicinska uppgifterna som inte går att delegera till exempel injektioner, avancerade såromläggningar och medicindelning. Distriktssköterskorna upplever att antalet patienter med komplexa vårdbehov ökar. Dessa behöver ofta prioriteras av distriktssköterskorna vilket kan leda till att tiden för hembesök minskar för patienter med mindre medicinska omvårdnadsbehov. Anmärkningsvärt i resultatet är att samordningen mellan distriktssköterskorna och vårdpersonalen inte togs upp i större utsträckning under intervjuerna, troligen beror detta på att de dagliga kontakterna mellan distriktssköterskorna och personalen förenklar samordningen och bidrar till trygghet och kontinuitet inom vårdteamet. I resultatet framkommer att distriktssköterskorna arbetar med samordningen för att gynna patienten på bästa sätt och att de samordnar utifrån patientens situation och behov. Andershed och Ternestedt (2001) skriver om betydelsen av att patienten vårdas i en miljö som fokuserar på patientens välbefinnande och som respekterar individen och som även ser till att individen blir sedd och igenkänd. I resultatet beskriver distriktssköterskorna att de vill underlätta och förenkla för sina patienter genom att samordna vården mellan olika vårdaktörer. Att sätta patienten i fokus återkommer som en röd tråd genom alla intervjuerna. En distriktssköterska uttryckte patientens betydelse för samordningen genom att säga: *”utan patienter finns inget behov av samordning det är alltid utifrån patientens bästa som samordningen sker”*. Även Nilsson (2001) beskriver vikten av att tillfredställa kraven på närhet, kontinuitet, tillgänglighet, medicinsk kvalitet och säkerhet för patienten. Att distriktssköterskan arbetar i patienternas egna hem ställer krav på lyhördhet och av att kunna känna av hur patienterna vill ha det. Distriktssköterskorna berättar att de är väl medvetna om att de är gäster i patienternas hem och att det för dem viktigt att kunna läsa av vad

patienterna och eventuella anhöriga har för behov och vilken hjälp de vill ha. Liknande resultat beskrivs av (Brännström et. al., 2005, Thorsteinsson, 2002 & Appelin, 2002) som menar att relationen mellan anhöriga och patienter är viktig och att det var betydelsefullt att samarbetet mellan dem och vårdteamet fungerade tillfredställande.

Studiens resultat visar även att distriktssköterskorna upplever att helhetssynen på patienten kan brista i kontakter med primär och länssjukvård. För distriktssköterskorna är helhetssynen ett grundläggande begrepp inom omvårdnad ett antal studier har betonat vikten av att se till hela patienten, (Nilsson, 2001, Thorsteinsson, 2002, Eriksson, 1994 & Brännström et. al., 2007). Brister i samordningen kan innebära att patienter skickas fram och tillbaka mellan olika vårdgivare på grund av olika medicinska specialister, där endast vissa delar kan bedömas av läkare. För distriktssköterskorna försvårar det samordningen runt patienten och det kan ta onödiga resurser i anspråk då extra tid får läggas på att ringa eller, faxa för att ordna med ytterligare tider för bedömning och rådgivning med annan läkare. Tid som annars kunde ha lagts på omvårdnad av patienterna. För patienterna kan det också innebära flera resor, ökade kostnader och längre väntan på behandling. Bowers, Lauring och Jacobson, (2000) skriver att största anledningen till sjuksköterskors frustration var tidsbrist, vilket leder till svårigheter med att slutföra uppgifter och minskar möjligheten att spendera tid hos patienterna. Enligt HSL ska vården vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, samt att den ska vara lätt tillgänglig, enligt vår studie ser det inte så ut i verkligheten.

I resultatet framkommer att samordning av patienternas medicinska situation kräver närhet till läkare att rådgöra med. Distriktssköterskorna berättar att de upplever en stor frustration när inte samordningen fungerar i kontakterna med läkare. Johansson och Engström (2002) beskriver i sin artikel bristerna i de medicinska insatserna i äldreomsorgen. Det framkommer i artikeln att det brister i direktkontakten mellan läkare och patienter och svårigheter för de boendena att få hembesök. I artikeln beskriver de att läkarna har bristande möjligheter till konsultationer med andra personalgrupper som läkar medverkan vid individuell vårdplanering och rehabilitering samt läkarledd handledning. I resultatet berättar distriktssköterskorna att de ibland hade varit i behov av att läkare kom ut på hembesök i större utsträckning än vad som sker idag. Då patienter i allt större omfattning väljer att vårdas till livets slut i hemmet anser distriktssköterskorna att de har ett stort ansvar och att de ibland känner sig ensamma. De upplever att de som distriktssköterskor får ta ställning till beslut om behandling när patienternas tillstånd försämras och att de då skulle känt ett stort stöd och trygghet i av att ha en nära kontakt med patient ansvarig läkare. I Appelin et.al., (2005) beskriver distriktssköterskorna vikten av att kunna rådfråga en expert samt att ha tillgång till professionell kompetens.

I resultatet framkommer att distriktssköterskorna har problem med att få tag på läkare för förlängningar av Apo-Doser® och recept. När Apo-Dos® infördes bidrog det till att öka patientsäkerheten och sparade tid för distriktssköterskorna. Men resultatet visar att införandet av Apo-Dos® även medförde merarbete för distriktssköterskorna (Om Apoteket). I resultatet beskriver distriktssköterskorna hur de bevakar att patienternas recept förlängs för att patienterna inte ska stå utan mediciner om läkemedelsordinationen gått ut. Distriktssköterskorna berättar att de tar på sig ett ansvar som egentligen inte hör till deras arbetsuppgift då det gäller förlängningar av apodoser och recept. Enligt HSL är det läkaren som har det övergripande ansvaret för enskildas vård och behandling. Läkaren har ansvaret för att patienterna undersöks, diagnostiseras och får den medicinska vård och behandling som tillståndet kräver. Enligt HSL ska läkaren även vägleda patienten och samordna behoven av kontakter med övrig hälso- och sjukvård. I resultatet

beskriver distriktssköterskorna att dålig tillgängligheten till läkare leder till att distriktssköterskorna upplever en känsla av hopplöshet och framförallt frustration i sina försök att samordna vården. Distriktssköterskorna upplever att det är samordningen mellan dem själva, personal på vårdcentraler och sjukhus som fallerar och att det för patienterna kan innebära fördröjning av behandling och ökat lidande för patienterna. Brännström et.al., (2007) visar på vikten av att patienterna känner en trygghet i att snabbt kunna få hjälp och att det var kontinuitet bland vårdpersonal. Distriktssköterskorna upplever att en ökad tillgänglighet till läkare hade kunnat bidra till att patienten kunnat stanna kvar och vårdas i sitt hem i en större utsträckning än vad som sker idag. Resultatet stöds av Socialstyrelsens lägesrapport (2005a) som visade att läkare inte alltid hade möjlighet att göra de hembesök som efterfrågades.

Resultatet visar att distriktssköterskorna uppfattar arbetet som stimulerande och positivt när samordningen fungerar. Arbetet som distriktssköterska innebär en rad olika arbetsuppgifter där samordningen är en del, beskrivs i kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005). Där står att Distriktssköterskan är arbetsledare för omvårdnadspersonal och ska planera, konsultera, informera samt samverka med andra aktörer i vårdkedjan. Resultatet visar ett tydligt samband på att ett väl fungerande samarbete mellan vårdaktörer leder till en ökad trygghet för både patienter och distriktssköterskor. Det bekräftas i Beck- Friis och Strang (2005) som beskriver i sin studie hur lättillgänglighet och kontinuitet till vårdpersonal är en förutsättning för att skapa god omvårdnad runt patienten. Det framkommer att distriktssköterskorna värdesätter det samarbetet som finns mellan dem själva och framförallt specialistmottagningar där de har en patient ansvarig läkare som är enkel att komma i kontakt med. Kontakterna bestod kanske inte alltid i ett samtal med läkaren utan oftast var det via mottagningarnas sjuksköterskor som kontakterna förmedlades men de upplevdes av distriktssköterskorna som snabba beslutsvägar och att de fick den information som de efterfrågade. För patienterna innebar de att de fick snabbt insatt behandling och svar på sina eventuella frågor. Det bidrog även till att patienterna kunde vårdas hemma under lång tid och även till livets slut om patienten så önskade. Tidigare studier har visat att patienter som vårdas i hemmet upplever detta som positivt och att de mår bättre. Peter och Sellick (2006) skriver i sin artikel att patienter som väljer att vårdas hemma har bättre livskvalité, färre depressioner om de jämförs med ineliggande patienter samt att de har färre symtom. Distriktssköterskorna är betydelsefulla inom hemsjukvården. När patienternas behov av vård blir alltmer komplexa behöver vården runt patienterna många gånger samordnas för att fungera väl. Samordningen är betydelsefull för att de patienter som vårdas i hemmet ska få en god och säker vård.

Konklusion

En fungerande samordning är till fördel för såväl patienterna som för distriktssköterskorna inom hemsjukvården. I resultatet beskrivs distriktssköterskornas arbete med samordningen och dess betydelse för hur vården påverkas för patienten. Flera studier behövs för att också se hur denna vård kan se ut också på andra orter runt om i Sverige. I tidigare forskning beskrivs problem med tillgänglighet till vården, men det tycks som om lite förändrats och att det inom vården behövs förändringar. Forskning visar på att allt fler kommer att vårdas i hemmen och att omvårdnadsbehovet förändras då det i framtiden kommer finnas fler patienter som är i behov av alltmer avancerad sjukvård i hemmen. Detta kan innebära att kraven på fungerande samordning

kommer att ökas ytterligare för distriktssköterskorna, såväl mellan dem själva, patienterna som i relation till övriga vårdaktörer för att säkra vården runt patienten. Samordningen inom hemsjukvården kan förbättras. En mer välfungerande hemsjukvård kan frigöra tid och öka distriktssköterskornas närvaro i den patientnära vården. Samordningen tar idag mycket av distriktssköterskornas tid i anspråk. Kunde den tiden bli mer effektiv med välfungerande kontaktnät till olika vårdinrättningar, skulle mer av distriktssköterskans tid troligen kunna ägnas till patienterna.

REFERENSER

- Andershed B. & Ternestedt, B-M. (2001). Development of a theoretical framework describing relatives involvement in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 544-562.
- Appelin, G., Brobäck, G. & Bertö, C. (2005). A comprehensive picture of palliative care at home from the people involved. *European Journal of Oncology Nursing*, 9 (4), 315-324.
- Beck-Friis, B. & Strang, P. (2005). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.
- Borgsteede, S., Deliens, L., Beentjes, B., Schellevis, F., Stalman, W. Van Eijk, J. & Van der Wal, G. (2007). Symptoms in patient receiving palliative care: A study on patient-physician encounters in general practice. *Palliative Medicine*, 21, 417-423.
- Bowers, B., Luring, C. & Jacobsson, N. (2000). How nurses manage time and work in long-term care. *Journal of nursing management*, 13: 282-285.
- Brooks, N. (1999). Patients' perspective of quality of care in a high-dependency unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15, 324-337.
- Brännström, M., Ekman, I., Boman, K. & Strandberg, G. (2007). Being a close relative of a person with severe, chronic heart failure in palliative advanced home care - a comfort but also a strain. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 338-344.
- Davidsson, J. (1998). *Primärvård - en vårdnivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.
- Eriksson, K. (2004). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Gurner, U., Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre: Om nödvändigheten av samordning* Stockholm: Natur och Kultur.
- Helsingforsdeklarationen. (2008). *World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad från WWW <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/inde.html>
- Johansson, L. & Engström, B. (2002). Läkarsatser i äldreomsorgen - en kartläggning. *Läkartidningen*, 2002, nr 28-29, volym 99, 3043-44.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Menkel, E. & Viitasara, E. (2000). *Utsatt för hot och våld i vård och omsorg*. Helsingborg: Bodtryck.

Moore, S. (2002). A survey of nurse specialists working with patients with lung cancer. *European journal of Oncology Nursing*, 6(3), 169-175.

Nilsson, A. (2001). Omvårdnads kompetens inom hemsjukvård- en deskriptiv studie. Akademisk avhandling. Acta Universitatis Gothoburgensis 152:2001. Göteborg.

Om Apoteket. (2009). Hämtad från WWW. 2009-11-15.

www.apoteketfarmaci.se/Tjanster/service.aspx?UniqueId=7b0062dc-903b-47a2-b59c-f45833836e00

Peters, L. & Sellick, K. (2006). Quality of life cancer patients receiving in patient and home based palliative care. *Journal of advanced Nursing* 53(5), 524-533.

Polit, D. F. & Beck, C.T. (2004). (7 th. Ed.). *Nursing Research- principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ponzer, S., Farensjö, T. & Mogensen, E. (2009). Framtidens vård kräver interprofessionellt samarbete. *Läkartidningen*, 106 (13), 929-931.

Radwin, L. (2000). Oncology Patients' Perception of Quality Nursing Care. *Reserch in nursing & Health*, 23, 179-190.

Riksföreningen för distriktssköterskan, familjemedicinska institutet, vårdförbundet. Distriktssköterskans uppdrag. Citerad 2009-07-20.

<http://www.vardforbundet.se/templates/VFArticlePage4.aspx?id=13342>

Schröder, A., Ahlström, G. & Wilde, B. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 93-102.

SFS 1980:100. *Sekretesslagen*. Socialstyrelsens författningssamling: Stockholm.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Socialstyrelsens författningssamling: Stockholm.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005a). *Vård och omsorg om äldre*. Lägesrapport. Hämtad från WWW 2009-08-23. <http://www.socialstyrelsen.se>.

Socialstyrelsen. (2005b). *Borta bra men hemma bäst? En nationell granskning av hemsjukvården i Sverige*. Hämtad från WWW 2009-08-23, <http://www.socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring*. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikator. Hämtad från WWW 2009-08-23, <http://www.socialstyrelsen.se>

SOSFS 2001:16. *Om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel*. Socialstyrelsen. Stockholm.

SOSFS 1997:14 *Om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Socialstyrelsen. Stockholm.

Thorsteinsson, L. (2002). The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illness: the magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 32-40.

Törnkvist, L. & Wånell, S-E. (2008). Fokusrapport. *Basal hemsjukvård för äldre personer med långvariga vårdbehov - hur kan vården förbättras?* Stockholms läns landsting.

Öhman, M. & Söderberg, S. (2004). District nursing – sharing an understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. *Journal of Clinical Nursing* 13, 858-866.

Bilaga I

XXXXXXXXX den 9 september 2009

Till Områdeschef för Vård och Omsorg

Vi heter Malin Eriksson och Lisbeth Djup Larsson och arbetar som sjuksköterskor. Nu läser vi distriktssköterskeprogrammet 75 hp, på Högskolan i Skövde. Under Ht-09 ska vi skriva ett examensarbete inom omvårdnad och vi har valt att göra en D-uppsats. Då studien kommer att grundas på intervjuer med distriktssjuksköterskor behöver vi din tillåtelse för att kunna genomföra vårt arbete

Syftet är att beskriva distriktssjuksköterskans erfarenheter av att samordna omvårdnad och avancerad sjukvård i hemmet.

Studien kommer att genomföras enligt följande. Vi kommer att intervjua 6 stycken distriktssköterskor som har erfarenhet av att vårda patienter i hemmet. Intervjuerna kommer att ske på respektive distriktssköterskas arbetsplats och beräknas ta ca 30-60 min.

Intervjun kommer att bandas för att sedan transkriberas av oss. Att delta i intervjun är helt frivilligt. All data behandlas konfidentiellt och kommer att registreras i avidentifierad form. Detta innebär att de som intervjuas inte kan identifieras efteråt. När examensarbetet är genomfört kommer allt material att makuleras.

Områdeschef _____ Ort/datum _____

Handledare Annelie Johansson Sundler: Universitetslektor i omvårdnad PhD

Inst. För vård och natur, Högskolan i Skövde. 0500-448411

annelie.johansson.sundler@his.se

_____ Ort/datum _____

Med vänliga hälsningar

Malin Eriksson & Lisbeth Djup Larsson

E-mail lisbeth.djup-larsson@lidkoping.se

E-mail malinskola@telia.com

Bilaga II

Till
Distriktssjuksköterskor i en västsvensk kommunen

Förfrågan om deltagande i en intervjustudie

Vi heter Malin Eriksson och Lisbeth Djup Larsson och arbetar som sjuksköterskor. Nu läser vi distriktssköterska programmet 75 hp, på Högskolan i Skövde. Under Ht-09 ska vi skriva ett examensarbete inom omvårdnad och vi har valt att göra en D-uppsats. Då studien kommer att grundas på intervjuer med distriktssjuksköterskor behöver vi din medverkan för att kunna genomföra vårt arbete.

Syftet är att beskriva distriktssjuksköterskans erfarenheter av att samordna omvårdnad och avancerad sjukvård i hemmet.

Vår förhoppning är att kunna genomföra intervjuer med 6 stycken distriktssköterskor som har erfarenhet av att vårda patienter i hemmet. Ditt deltagande är mycket viktigt för att vi skall kunna ge svar på de frågeställningar som tas upp i vår studie.

Intervjuerna kommer att bandas och materialet kommer sedan att transkriberas/ dvs. skrivas av ordagrant av oss. Intervjun kommer att ta ca 30-40 min, och vi kommer att komma ut till era arbetsplatser. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt. Vilket innebär att det som framkommer inte kan hänföras till namn eller kommun på de intervjuade personerna.

Deltagandet är frivilligt och intervjun kan avbrytas om så önskas.

Vi kommer att kontakta dig per telefon de närmaste dagarna för att fråga om du kan medverka i vår studie.

Områdeschef har gett sitt medgivande till studien.

Med vänliga hälsningar:

Malin Eriksson & Lisbeth Djup Larsson

E-mail lisbeth.djup-larsson@lidkoping.se

E-mail malinskola@telia.com

Handledare är Annelie Johansson Sundler: Universitetslektor i omvårdnad PhD.
Inst. För vård och natur högskolan i Skövde. 0500-448411
annelie.johansson.sundler@his.se