

Projekttitel	Dnr
Sjuksköterskans professionella yrkesutövning inom kommunal hemsjukvård	170266

Projektledare
Ingrid Hellström

Innehåll:
1. Inledning 2. Projektets syfte och bakgrund 3. Projektets genomförande 4. Uppnådda resultat 5. Genomförda insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning 6. Publikationer, presentationer och annan spridning inom projektets ram

1. Inledning

Under 2020 bedriver WHO en kampanj för att lyfta sjuksköterske- och barnmorskeyrket. WHO beräknar att 50% av all hälso-och sjukvårdspersonal består av dessa två yrkeskategorier, varav 70 % är kvinnor. Inom kommande decennium behövs ytterligare minst 9 miljoner sjuksköterskor och barnmorskor i världen för att nå uppsatta hälsomål. På WHO:s hemsida (www.who.int) finns bland annat följande beskrivning av sjuksköterskor och barnmorskor:

“Nurses have many roles: they provide and manage personal care and treatment, work with families and communities, and play a central part in public health and controlling disease and infection.”

“Nurses are often the first and sometimes the only health professional that people see and the quality of their initial assessment, care and treatment is vital. They are also part of their local community – sharing its culture, strengths and vulnerabilities – and can shape and deliver effective interventions to meet the needs of patients, families and communities.”

Föreliggande projekt fokuserar på sjuksköterskors yrkesutövning inom kommunal hemsjukvård och vi kan fundera över hur ovanstående texter förhåller sig till den svenska kommunala kontexten? Arbetar sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård med familjer och är de en del av grannskapen? Sjuksköterskeyrket är förknippat med olika föreställningar till exempel om vilken roll hen har inom sjukvårdssystemet, vad yrkesutövningen består av och vad hen gör under en arbetsdag. Som profession, går sjuksköterskeyrket åtminstone att spåra bakåt till 1800-talet och Florence Nightingale. Nightingales bedrifter låg inte enbart i att formulera yrkets innebörder eller att utbilda sjuksköterskor, som professor i statistik låg bedrifterna snarare i hennes statistiska beräkningar kring brist på hygien i relation till dödlighet på fältsjukhusen under Krimkriget (Moberg, 2007). Den då banbrytande kunskapen glöms ofta bort, utan bilden av den självuppoffrande sjuksköterskan, eller sjuksköterskan som sexobjekt lever fortfarande (se t ex Stanley, 2008).

Majoriteten av yrken och professioner påverkas av en ständigt pågående samhällsutveckling. Som ett tankeexperiment kan vi kontrastera med ett helt annat yrke, nämligen kustnära yrkesfiskare. Yrkesfiskare vars huvudsakliga arbete tidigare bestod i, att just fiska, har på senare år, av nödvändighet, utvecklats till entreprenörer och värdar för kustlandskap (Andersson, 2019). Men hur har sjuksköterskeprofessionen utvecklat sin yrkesutövning i förhållande till vad som sker i samhället? Ibland kan vi tillåta oss att tvivla på denna professionella utveckling, men dessa frågor ligger utanför projektets ram. Däremot kan vi konstatera att det pågått och pågår flera stora samhällsförändringar under senare och kommande decennier, vilka påverkar sjuksköterskans yrkesroll inom kommunal hemsjukvård, och som yrket måste förhålla sig till. Den centrala fråga blir då – Vad karaktäriserar yrkesutövningen hos *dagens* sjuksköterska inom kommunal hemsjukvård?

2. Projektets syfte och bakgrund

Syftet med projektet var att utveckla kunskap om sjuksköterskans yrkesutövning inom hemsjukvård som är riktad mot äldre personer. Projektet hade två specifika frågeställningar:

- 1) Hur ser samspelet ut mellan anhöriga, primärvård, sjukhusvård och kommunal äldreomsorg och andra aktörer t.ex. frivilligorganisationer som möter äldre personer som bor i ordinärt boende ur sjuksköterskans professionella perspektiv?
- 2) Hur fördelas ansvar och vård/omsorgsuppgifter mellan de olika aktörerna (anhöriga, vård-/omsorgspersonal, frivilliga) inom vård och omsorg av äldre personer i ordinärt boende ur sjuksköterskans professionella perspektiv?

Projektet har haft två parallella faser; 1) en genomgång av litteratur inom området (se Bakgrund, samt Appendix) och 2) en så kallad skuggningsstudie inom kommunal hemsjukvård (se Uppnådda resultat).

Projektet har, som nämnts ovan, sin bakgrund i den pågående samhällsutvecklingen som på olika sätt påverkar den kommunala sjuksköterskans yrkesutövning. Här kan vi främst nämna; en förändrad åldersstruktur och reformer som genomförts inom hälso-och sjukvården och den kommunala omsorgen under de senaste decennierna. Utöver förändringar på mer konkret samhällsnivå, påverkas sjuksköterskans yrkesutövning av rådande hemmaboendeideologi - äldre personer ges möjlighet, och förväntas, bo allt längre hemma i ordinärt boende (Rostgaard & Szebehely, 2012) och påverkas också av stereotypa synsätt på äldre personer, så

kallade ålderism (*ageism*). En ålderism som även förekommer inom yrket, så kallad *nursing ageism* (Herdman, 2002).

Först och främst måste vi ta hänsyn till den åldersstruktur som finns i vårt samhälle. I år, det vill säga 2020, firar alla personer födda 1940 sin 80-årsdag och andelen äldre- äldre beräknas stiga markant de kommande åren. 2045 beräknas det finnas över en miljon invånare i Sverige som är 80 år eller äldre. Det ska jämföras med dagens ca 507 000 personer som är 80 år eller äldre (SCB, 2017). Att ett samhälle har en förväntad hög medellivslängd ska naturligtvis ses som en framgångsfaktor då det är ett tecken på förbättrade levnadsförhållanden och utvecklade medicinska behandlingar. Men en hög ålder hos en person, ökar också risken för den enskilde att ha flera samtidigt förekommande kroniska sjukdomar, så kallad multi-sjuklighet. Multi-sjuklighet innebär många gånger också hög symtombörda, av smärta, trötthet och en rad andra symtom (Eckerblad, 2015). Dessa sjukdomspanoraman och tillstånd ställer speciella krav på hälso- och sjukvården som av tradition arbetar inom ”stuprör”, det vill säga olika typer av diagnoser behandlas inom specialområden, till exempel diabetes inom endokrinologi och hjärtsvikt inom kardiologi. Äldre personer med multipla diagnoser har svårt att passa denna organisering av sjukvården, då organiseringen också påverkar sjuksköterskans vardag som ska förhålla sig till olika aktörer inom hälso- och sjukvården, och den kommunala omsorgen. Dagens svenska hälso- och sjukvårdssystem kan ur ett internationellt perspektiv beskrivas som sjukhustyngd och uppsplittrad. Hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen utförs av olika aktörer inom 21 regioner och 290 kommuner. Denna uppdelning av ansvar mellan kommun och region kan vara svår att förstå och inte minst navigera inom, både som patient/brukare och som anställd. I utredningen Effektiv vård (Stiernstedt, 2016) görs också bedömningen att Sverige har svårt att möta de demografiska utmaningarna med en åldrande befolkning och primärvårdens förutsättningar för att, i samverkan med t.ex. kommunerna, klara sitt uppdrag.

Ökad ålder, multi-sjuklighet och hög symtombörda ökar också behovet för många personer att få vård i livets slut – palliativ vård - det vill säga när döden närmar sig. Det är vanligt att dela in den palliativa vården i specialiserad respektive allmän palliativ vård (Socialstyrelsen, 2020). Den specialiserade palliativa vården genomförs ofta av multi-professionella team med speciell kunskap inom området, dessutom utgår teamen ofta från sjukhus och har tillgång till medicinteknisk utrustning. Inom allmän palliativ vård bedöms det räcka med grundläggande kunskaper inom området och kan bedrivas inom kommunal vård (Regionalt Cancercentrum, 2016). Tillräckliga kunskaper om vård i livets slut inom kommunal hemsjukvård blir av allt större betydelse då andelen platser på vård- och omsorgsboenden minskat kraftigt i förhållande till andelen äldre de senaste åren (SOU 2017:21). De äldre bor allt kortare tid på vård- och omsorgsboende, drygt hälften avlider inom ett år efter att de flyttat in (Smedbäck et al., 2017). Denna utveckling har fått till följd att fler allt svårare sjuka äldre personer bor hemma vid livets slut, många har behov av kommunal hemsjukvård.

Vården av äldre personer har varit föremål för olika reformer de senaste decennierna. En omfattande reform, Ädelreformen, genomfördes 1992 (Socialstyrelsen, 2006). Den innebar i stora drag att äldre personer i behov av stöd och hjälp skulle få detta tillgodosett i sitt eget hem eller på särskilda boenden. De så kallade Långvårdsklinikerna, vilka drevs utifrån akutvårdsmodellen, lades ned och fokus flyttades till social omsorg. Ädelreformen innebar

förändringar för de professioner som arbetade inom äldreomsorgen. Personalen fick omorientera sig från att ha haft ett mer medicinskt fokus till att ha social omsorg som främsta arbetsuppgift. För legitimerade sjuksköterskor innebar detta att arbetsfältet förändrades då de inte längre var arbetsledare för undersköterskor och vårdbiträden, utan det blev istället enhetschefer som ofta hade bakgrund i social omsorg. Ädelreformen påverkade sjuksköterskans yrkesroll genom att hen behövde ett socialt synsätt för att fullfölja Ädelreformens föresatser. Det ska ställas mot att landets sjuksköterskeutbildningar som ofta utgår från ett sjukhusperspektiv där mer medicinskt inriktad kunskap dominerar (Tunedal & Fagerberg, 2001) Fokus för föreliggande projekt är vad som händer efter Hemsjukvårdsreformen, 2014. Den innebar att ansvaret för hemsjukvården övergick till kommunerna. Reformen ledde bland annat till att sjuksköterskor och distriktsköterskor som tidigare arbetat inom regiondriven primärvård erbjöds anställning med kommunal huvudman.

Med tanke på att det finns allt mer komplexa behov hos äldre personer i ordinärt boende, kan vi nu våga oss på att hävda att pendeln svängt åt andra hållet – anställda inom kommunal vård- och omsorg i hemmet behöver orientera sig mot mer komplexa sjukdomstillstånd och den sociala omsorgen får stå tillbaka då allt fler personer med multi-sjuklighet vårdas i ordinärt boende. Ovanstående reformer, tillsammans med andra förändringar som till exempel medicinteknisk utveckling (monitoreringar av hälsoparametrar, mobil röntgenutrustning etc.) och inte minst bristen på olika personalkategorier, skapat olika typer av ansvarsförskjutning (*task shifting*) till exempel att personal, utan formell utbildning, fått ett större ansvar att dela läkemedel, det vill säga att uppgifter förs över på en lägre utbildad personalgrupp (Jennings et al, 2011; WHO, 2008).

Studier med sjuksköterskan inom svensk kommunal hemsjukvård

Det finns få svenska studier inom kommunal hemsjukvård som är inriktade mot sjuksköterskor (se Appendix). Sökningen i föreliggande projekt resulterade i nio studier, vilka redovisas kort i detta avsnitt. Att det är så pass få är inte förvånande då Hemsjukvårdsreformen genomfördes för sex år sedan, vilket i forskningssammanhang är en kort tid.

Av dessa nio studier kan en studie betraktas vara mer central för föreliggande projekt. Nilsson, Lundgren och Furåker (2009) studerade dagboksanteckningar som förts av sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård. Anteckningarna är en beskrivning av de uppgifter som sjuksköterskor utför i sitt dagliga arbete inom hemsjukvården, främst omvårdnadshandlingar (bedömning av hälsan, omvårdnadsbehandlingar, uppföljningar, läkemedelshantering och undervisning) och administrativa uppgifter (planera, rapportera och dokumentera utförda uppgifter). Studien beskriver erfarenheter av att arbeta inom kommunal hemsjukvård, inte enbart *hur* de upplever det, utan *vad eller vilket* arbete de utför, vilket är av intresse för projektet.

Det har genomförts intressanta studier som fokuserar på kommunal hemsjukvård, och vilka genomfördes efter Ädelreformen 1992. Men det finns ibland en otydlighet hos dessa studier (se tex Bystedt, Eriksson, & Wilde-Larsson; Kihlgren, Fagerberg, Skovdahl, & Kihlgren, 2003) vad gäller val av perspektiv bland kommunalt anställda sjuksköterskor - de som enbart arbetar på vård- och omsorgsboenden eller de som specifikt arbetar inom kommunal hemsjukvård, eller arbetar med en kombination av dessa två kontexter. Inte heller nämns

specifika karaktäristiska på de bostadsområden där sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård arbetar. Det finns dock undantag, till exempel studier av sjuksköterskor i multikulturella områden (Skott & Lundgren, 2009)

Delegering inom kommunal hemsjukvård berör dock både vård- och omsorgsboenden, dagverksamheten och hemtjänsten. Sjuksköterskor uppfattar det som nödvändigt att delegera för att organisationen ska fungera. Men det finns motsägelser då de menar att delegering kan leda till ökad patientsäkerhet, kontinuitet och snabbare behandling för patienten, samtidigt som delegering kan skapa osäkerhet kring vårdkvalitet och funderingar kring om övrig personal verkligen har tillräcklig kunskap (Bystedt et al., 2011). Vad gäller egen självskattade kompetens så påverkas den av tidigare utbildning, ålder, och yrkeserfarenhet, men önskemål om mer utbildning framförs (Karlstedt, Wadensten, Fagerberg, & Pöder, 2015).

Sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård beskriver det som en utmaning att arbeta evidensbaserat både som enskild sjuksköterska och inom organisationen i stort. De verkar uppfatta sig själva isolerade från ny kunskap och det finns önskemål om att bli informerad om nyheter inom området, till exempel genom olika forum. Att de inte själva söker ny kunskap hänvisas till tidsbrist (Gustafsson, Mattsson, Dubbelman, & Snöljung, 2014).

Sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård möter olika aktörer och det är inte alltid som rollerna är tydliga. Denna osäkerhet påverkar sjuksköterskorna på olika sätt. Kommunala sjuksköterskor möter olika vårdkontexter eller vårdorganisationer. På landsbygd och i skärgårdskommuner kan det vara nödvändigt att göra akuta insatser innan räddningstjänst är på plats, här möts då kommunal hemsjukvård och akutsjukvård (Svensson, Fridlund, Wångmar, & Elmqvist, 2016). Det kan alltså vara svårt att hantera olika förväntningar på de insatser sjuksköterskan förväntas utföra.

För att sjuksköterskor ska kunna känna sig trygga, till exempel när de remitterar patienter till akutmottagning (Kihlgren et al., 2003) behöver de känna sig säkra i sin egen professionella roll, lita på den egna kompetensen, ha kunskap om patienten och ha en stödjande omgivning. Sjuksköterskor beskriver att de arbetar för patienternas bästa, men många gånger accepterade inte andra aktörer deras kompetens till exempel när en patient i palliativt skede skrivs ut från sjukhuset blir de inte involverade utan den som engageras kan vara en chef som saknar tillräcklig medicinsk kompetens. Ibland saknar de också nödvändig utrustning (Törnquist, Andersson, & Edberg, 2013). De möter också olika etiska dilemman vid vård av döende personer, vilka kan skapa känslor av maktlöshet, frustration och oro (Karlsson, Roxberg, da Silva, & Berggren, 2010).

3. Projektets genomförande

Projektets sammanhang

Projektet har varit en del av studien *Prediktiv och individualiserad vård för svårt sjuka äldre* vid Linköpings universitet (PI: professor Jan Marcusson). I detta projekt deltog forskare med olika kompetenser bland annat inom arbetsterapi, fysioterapi, medicin och socialt arbete. När frågor uppstått som var kopplade till andra professioner inom kommunal hemsjukvård har dessa diskuterats på gemensamma möten.

Under 2017 beviljade det så kallade strategiområdet Sjukvård och välfärd, finansierat av Region Östergötland och Linköpings universitet, 300 000 kr för ett pilotprojekt ”Sjuksköterskans roll”. Medlen användes för ansökan till Regional etikprövningsnämnd (beviljad september 2017 Dnr 2017/369–31), rekrytering av projektmedarbetare (doktorander – Odzakovic & Bielsten - på deltid), samt uppstart av projektet genom att kontakta och informera aktuella kommuner, samt inkludering av sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård. 2019 beviljades ytterligare 150 000 kr från samma strategiområde för ett delprojekt som fokuserade på patientsäkerhet inom hemsjukvården, även detta med tydlig koppling till föreliggande projekt.

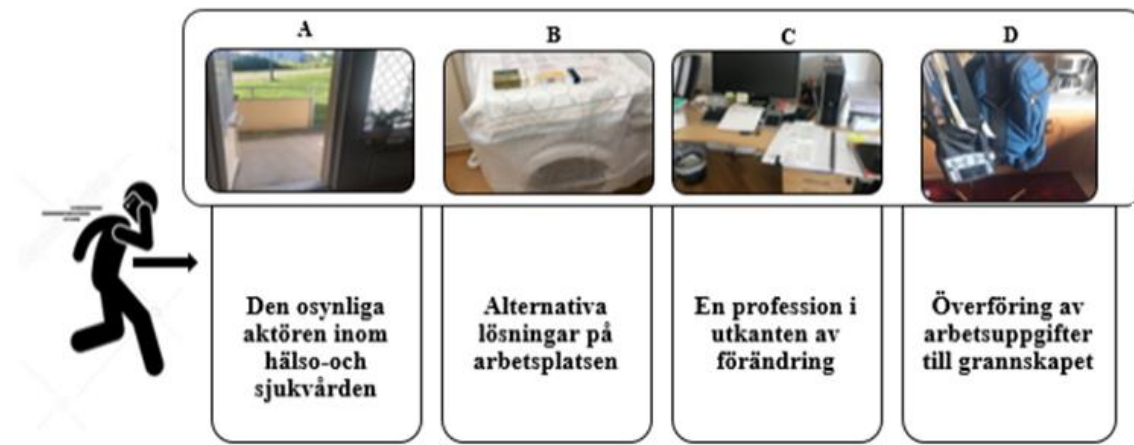
Genomförande

Föreliggande projekt, ”Sjuksköterskans professionella yrkesutövning inom kommunal hemsjukvård”, startade som planerat 2018-01-01. För att svara på projektets syfte användes en mobil kvalitativ metod, så kallad shadowing/skuggning (McDonald, 2005), samt en genomgång av litteratur inom forskningsområdet. Skuggning inom detta projekt innebär att en sjuksköterska inom kommunal hemsjukvård har följts av en forskare under arbetsdagen. Under arbetsdagen ställde forskaren frågor som fokuserade t ex olika arbetsuppgifter, händelser och möten med andra aktörer.

Arton sjuksköterskor/distriktssköterskor har inkluderats och totalt 23 skuggningar har genomförts. Några av sjuksköterskorna har skuggats vid fler tillfällen då ytterligare frågor följts upp. Av de deltagande sjuksköterskorna var 16 kvinnor och två män. Det var en stor spridning vad gäller ålder, arbetslivserfarenhet och antal år inom hemsjukvården. Fältanteckningar har skrivits i samband med varje skuggning, samt vid nästan samtliga tillfällen har olika miljöer och artefakter fotograferats. Sjuksköterskor har skuggats i två mellanstora kommuner, inom tätort och landsbygd, samt inom olika typer av områden med skilda socioekonomiska karaktärer. Samtliga handskrivna fältanteckningar är renskrivna och omfattar ca 300 A4-sidor i datorprogrammet Word. Fältanteckningarna analyserades med tematisk metod (Braun & Clarke, 2006).

4. Uppnådda resultat

Från skuggningarna i hemsjukvården identifierades fyra huvudteman med fokus på sjuksköterskans professionella yrkesutövning inom kommunal hemsjukvård. Dessa fyra huvudteman är följande och presenteras i figur 1 nedan: (A): den osynliga aktören inom hälso- och sjukvården, (B): alternativa lösningar på arbetsplatsen, (C): en profession i utkanten av förändring, och (D): överföring av arbetsuppgifter till grannskapet.



Figur 1 Översikt huvudteman

A. Den osynliga aktören inom hälso-och sjukvården

Under skuggningarna observerades att sjuksköterskorna och specialistsjuksköterskorna kämpade med försummade arbetsplatser. Deras arbetsplatser var ofta belägna i gamla lägenheter på äldreboende eller på hyrda platser som inte var anpassade för en arbetsplats för vårdpersonal. Till exempel gav en före detta lägenhet på ett äldreboende inga indikationer på att det numera var en arbetsplats som tillhörde hälso- och sjukvården (Fig. 1, A).

Sjuksköterskorna och specialistsjuksköterskorna uppgav att samhällsmedborgare eller yrkesverksamma på sjukhus och / eller inom primärvård inte kände till deras faktiska funktion inom hälso- och sjukvården. De upplevde att de var osynliggjorda genom att de var placerade i en "svart box" inom hälso- och sjukvården. De beskrev sig själva som att de inte fanns med på kartan över hälso- och sjukvården i Sverige. Sjuksköterskorna förklarade att fokus inom hälso- och sjukvården ligger på slutenvården och primärvården men den kommunala hemsjukvården saknas:

Ibland känns det, säger David, att hemsjukvården inte finns med på kartan över de insatser där vården bedrivs utan att slutenvården tar all den platsen. Vi finns inte med någonstans trots att det är vi som arbetar nära patienterna i hemmet och ser dem i deras "vanliga" hemmiljö. (David, SSK, oktober 2018)

Denna utmaning belyser upplevelserna av att vara anställd i en organisation som är osynlig inom hälso-och sjukvården. Detta kommer sannolikt att ha en långsiktig effekt på sjuksköterskornas och specialistsjuksköterskornas kompetens och ansvar. De kämpade dagligen med gränsdragningen mellan vad som var deras ansvar och slutenvårdens ansvar då de var leverantörer av tjänsterna oavsett om de hade resurser eller inte.

Skiftande gränser mellan patientens hem och sjukhus

Sjuksköterskorna och specialistsjuksköterskorna tog dagligen hand om patienter som hade blivit hemskickade efter några dagar från sjukhuset trots att de inte var medicinskt

färdigbehandlade. Till exempel skickades patienter hem med sår på ryggen eller armar som inte hade läkt. De mötte och vårdade patienter från den psykiatriska kliniken som inte hade någon hjälp när de återvände hem, och patienter som behövde avancerad behandling, såsom hjälp med en trakeostomi (luftstrupen hålls öppen med hjälp av en trakealkanyl) eller central venkateter (kärlkateter där kateterspetsen ligger i en central ven vanligen vid hals/nyckelben), vilka båda är förenade med risk för svåra komplikationer. Det fanns inga tydliga riktlinjer för vem som skulle ta över ansvaret när patienterna kom hem. Sjuksköterskorna och specialistsjuksköterskorna tog på sig rollen som koordinator mellan patienten och sjukhuset för att säkerställa det bästa för patienten.

Det fanns en oklarhet gällande ansvarsfrågan av patienter inom kommunal hemsjukvård. De olika organisationerna tolkade kriterierna för kommunal hemsjukvård på sitt eget sätt, vilket innebar att kommunal hemsjukvård blev en leverantör till andra organisationer. Dessa situationer uppstod ofta på grund av att allmänläkarna som arbetade inom primärvården inte kände till patienternas hemmiljö och/eller deras förmåga att ta sig till vårdcentralen. Därför ville de att den kommunala hemsjukvården skulle titta till patienten, eller att den specialiserade palliativa vården överförde mer av sina uppgifter till den kommunala hemsjukvården.

Att hålla reda på olika informationskällor

Sjuksköterskorna och specialistsjuksköterskorna hade inte bara ansvar för att ta hand om patienter utan de var också tvungna att hålla reda på upp till åtta digitala informationskällor som de var tvungna att logga in med specifika lösenord dagligen. Merparten av kontakten mellan andra organisationer och aktörer skedde digitalt. Kontakten med allmänläkaren eller vård- och omsorgspersonalen inom hemtjänsten skedde ofta genom ett specifikt digitalt program riktat till alla sjukvårdsorganisationer eller via fax eller e-post.

I båda kommunerna hade sjuksköterskorna och specialistsjuksköterskorna ingen tillgång till journalsystemet från regionen (sjukhus eller primärvård). En av deltagarna, Camilla uttryckte sin syn på detta via ett tillfälle då hon skulle dokumentera:

Det faktum att vi inte har samma journalsystem som primärvården och sjukhusen bidrar till mycket mer arbete för oss för att bibehålla patientsäkerheten. (Camilla, SSK, februari 2018)

Olika journalsystem innebar att mycket av arbetstiden gick ut på att ringa eller faxa för att få tillgång till medicinlistor. Det fanns en önskan om att få en medicinsk journal för alla organisationer och färre digitala verktyg för att göra det möjligt för att säkerställa patientsäkerheten.

B. Alternativa lösningar på arbetsplatsen

Under skuggningarna noterades brist på grundläggande hälso- och sjukvårdsmaterial inom den kommunala hemsjukvården. Arbetsplatserna var inte utrustade för att tillhandahålla hälso- och sjukvård eftersom det konstant saknades nödvändig medicinteknisk utrustning för att ta blodprover och det fanns för lite material att tillgå. Det fanns ingen ventilationsanordning vid

blandning och iordningställande av antibiotika eller andra mediciner på någon av de olika enheterna inom den kommunala hemsjukvården. Fig. 1, B illustrerar hur två deltagare, Alma och Amanda, förberedde injektioner på tvättmaskinen i personalbadrummet, eftersom det inte fanns något annat ledigt utrymme för dem att utföra den arbetsuppgiften. Överlag var det en brist på medicinsk utrustning och brist på ändamålsenliga lokaler motsvarande sjuksköterskornas yrkesutövning och ansvar, trots att deras närmaste chefer var medvetna om situationen. Detta observerades tillsammans med Victoria, som visade upp personalens kylskåp i köket där även läkemedel förvarades:

Eftersom vi inte har ett kylskåp för mediciner, har vi löst det själva och placerat dem här i stället där vi har våra matlådor ... (Victoria, SSK, maj 2018)

Dessa typer av alternativa lösningar var vanligt förekommande under skuggningarna, till exempel att ta med en ryggsäck hemifrån för att kunna bära sin arbetsutrustning eller att använda sina privata kontakter på vårdcentralen för att låna medicinsk utrustning för att kunna ta till exempel kapillära blodprov (blodprov i fingret). Material återanvändes för ofta och vid flera tillfällen letade sjuksköterskorna i sina egna ryggsäckar eller kollegornas ryggsäckar efter material för att ta med ut till patienterna. Blodprovsrör ”lånades” ofta från primärvården och två kommunala hemsjukvårdsenheter hade inte tillgång till en maskin för att skriva ut patienternas blodprovsetiketter. En av sjuksköterskorna uppgav att hon var tvungen att använda en vanlig tråd för att hänga upp en påse blod för att ge en blodtransfusion eftersom enheten inte hade ett eget stativ. De flesta saknade anpassat utrymme för att ta kunna ta en kaffepaus tillsammans med sina kollegor; därför tog de kaffepauser i lokaler i grannskapet för att spara på arbetstid.

C. En profession utkanten av förändring

Sjuksköterskornas och specialistsjuksköterskornas professionella yrkesutövning inom kommunala hemsjukvården håller på att förändras. De utförde allt mer av andras arbetsuppgifter och de förväntade sig också att göra det (Fig. 1C, ett skrivbord fyllt av väntade arbetsuppgifter). Under skuggningarna var undersköterskorna närvarande och de hade tagit över allt mer av sjuksköterskornas arbetsuppgifter som till exempel att ge sondmat eller att dela läkemedel. Undersköterskorna ansvarade även för beställning av material för sårbehandling vilket ledde till att sjuksköterskorna och specialistsjuksköterskorna var tvungna att be undersköterskorna om lov ibland för att beställa ett specifikt förbandsmaterial. Det uppkom ofta upp till diskussion att undersköterskorna ville ha mer ansvar och delegering av avancerade arbetsuppgifter.

Deltagarna i projektet ifrågasatte sin egen profession som sjuksköterska och specialistsjuksköterska:

Jag vet verkligen inte om det är någon skillnad mellan oss och distriktssköterskor. Vi gör samma saker här inom den kommunala hemsjukvården. (Karin, SSK, mars 2018)

Min roll som distriktssjuksköterska har inte förändrats, men jag utför samma uppgifter som en sjuksköterska här. Många vet inte skillnaden mellan oss. Jag får många frågor från mina kollegor, men jag vet inte om de ser mig som distriktssköterska. (Rosa, distriktssköterska, april 2018)

Deltagarna blev på något sätt nedgraderade, utifrån sin yrkeskompetens, och det var få som uppskattade den pågående utvecklingen.

Inga gränser för vårt uppdrag

Förutom att vara en ledare för den kommunala hemsjukvården, hjälpte deltagarna patienter med grundläggande omvårdnadsuppgifter, till exempel att byta lakan. Det fanns inga gränser för vilka uppdrag de utförde för patienterna. Cheferna fanns i bakgrunden eller inte alls närvarande när de svåra besluten skulle tas. Sjuksköterskorna och specialistsjuksköterskorna var också tvungna att regelbundet köra till en bilvätt samt se till att däcken blev bytta två gånger om året, vilket observerades under skuggningarna i samband med att en av deltagarna ställde sig frågande till om deras yrkesutövning verkligen inkluderade bilvätt.

D. Överföring av arbetsuppgifter till grannskapet

Under skuggningar framkom det tydligt att karaktären på det område man arbetar i spelar roll. I områden med låg social och ekonomisk status utförde sjuksköterskorna i större utsträckning arbetsuppgifter som inte ingick i deras professionella yrkesutövning. De hjälpte till med t.ex. de vardagliga uppgifterna, som till exempel med dusch. Det var tydligt under skuggningarna att många av uppgifterna från sjuksköterskorna och specialistsjuksköterskorna hade förflyttats till grannarna och/eller familjer. Grannarna hjälpte till exempel med att ringa till olika vårdinsatser eller bad sjuksköterskorna och specialistsjuksköterskorna om råd gällande medicinering. De hjälpte till med medicinering och de nödvändiga uppgifterna i vardagen. Under skuggningen beskrev en av deltagarna, Zahra, som arbetade främst på landsbygden, hur grannarna och familjerna hjälpte varandra mer här ute på landsbygden än inne i stadskärnan:

Här ute på landsbygden hjälper familjerna och/eller grannarna vanligtvis till om patienterna inte kan gå ut för att själva köpa sina mediciner från apoteket, så det skiljer sig från staden. (Zahra, SN, maj 2018)

Grannarnas insats värderades högt bland sjuksköterskorna och specialistsjuksköterskorna då de ofta hade skuld känslor över att de hade så ont om tid och var stressade för att hinna till nästa patient. I andra situationer hjälpte familjerna till med hantering av infusionspumpar, se fig. 1, D. I förortsområden var barnen ofta närvarande, eftersom deras föräldrar ofta inte kunde kommunicera på svenska och behövde en översättare. Denna överföring av arbetsuppgifter till grannskapet ledde till att sjuksköterskorna och specialistsjuksköterskorna blev en del av grannskapet där hälso-och sjukvården och omsorgen ägde rum dygnet runt.

4. Genomförda insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning

Projektteamet, som träffats ca 1 g/månad under 2018–2019 har bestått av:

- ❖ Ingrid Hellström, professor, Ersta Sköndal Bräcke högskola & Linköpings universitet
- ❖ Agneta Kullberg, Med. Dr. Linköpings universitet
- ❖ Elzana Odzakovic, Med. Dr. Linköpings universitet (doktorand i projektet, disputerade 7 februari 2020) <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1381235/FULLTEXT01.pdf>
- ❖ Therése Bielsten, doktorand Linköpings universitet (planerad disputation 3 april 2020)

Slutresultatet från projektet har förmedlats till hemsjukvårdens organisation via informationsföreläsningar i de två mellanstora kommunerna som deltog i projektet. De kommer, förhoppningsvis, i sin tur att omvandla resultatet till praktisk användning i deras organisation. Resultatet av projektet har även förmedlats via media och andra informationskanaler för att få en bredare spridning av resultatet till andra kommuner och en bredare publik. Samtliga projektmedarbetare har sina tjänster på olika lärosäten där resultaten kan förmedlas till blivande sjuksköterskor inom relevanta utbildningsmoment. De insamlade fältanteckningarna genererade omfattande data och fler vetenskapliga publikationer planeras.

5. Publikationer, presentationer och annan spridning inom projektets ram

Publikationer

Vetenskaplig artikel under granskning inskickad till *Qualitative Health Research*: Odzakovic, E., Kullberg, A., Bielsten T., Marcusson, J., & Hellström, I. Task shifting in municipal homecare from the perspectives of registered and specialist nurses in Sweden: a qualitative study using shadowing.

Presentationer

<i>Datum</i>	<i>Aktivitet</i>
2018-11-05	Dagens Medicin Agendas seminarium - <i>Specialistsjuksköterska i hemmet</i> , Stockholm (presentation Ingrid Hellström)
2019-03-26	Dagens Medicin Agendas seminarium – <i>Kommunal sjukvård 2019</i> , Stockholm (presentation Ingrid Hellström)
2020-03-10	Hemsjukvården Norrköping Elzana Odzakovic

Annand spridning inom projektets ram

<i>Datum</i>	<i>Aktivitet</i>
2018–2019	Presentationer vid stormöten inom forskningsprogrammet Prediktiv och individualiserad vård för svårt sjuka äldre ca 2 ggr/år
2018 (feb)	Sunt Arbetsliv
2018 (nov)	Dagens Medicins blogg Två informationsträffar har genomförts i respektive kommun om slutresultat av projektet. Eventuellt planeras ytterligare informationsträffar för bland annat kommunledningen i en av kommunerna som har deltagit i projektet. Elzana Odzakovic.
2020-02-19	Dagens medicin (nr: 8–9). Titeln: Kommunala sjuksköterskor vill in i strålkastarljuset. Elzana Odzakovic
2020-02-25	Kommunal Hälsa. Hemsjukvårdens arbetsuppgifter överraskade distriktssjuksköterska. Elzana Odzakovic.
2020-04-03	Kommande artikel i Omvårdnadsmagasinet. <i>Neighbourhood nursing</i> Elzana Odzakovic

Referenser

- Andersson, M. (2019). *Kustnära yrkesfiske i förändring: Från mångsysslare till entreprenör*. Lund University.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research Psychology*, 3(2), 77–101.
- Bystedt, M., Eriksson, M., & Wilde-Larsson, B. (2011). Delegation within municipal health care. *J Nurs Manag*, 19(4), 534-541. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01202.x
- Eckerblad, J. (2015). *Symptom burden among people with chronic disease* (PhD dissertation). Linköping University Electronic Press, Linköping. <https://doi.org/10.3384/diss.diva-122742>
- Gustafsson, L.-K., Mattsson, K., Dubbelman, K., & Snöljung, Å. (2014). Aspects of nursing with evidence-base when nursing frail older adults a phenomenographic analysis of interviews with nurses in municipal care. In (Vol. 28:4, s. 793-801): *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Wiley-Blackwell.
- Herdman, E. (2002). Challenging the discourses of nursing ageism. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 105–114.
- Jennings, L., Yebadokpo, A.S., Affo, J., Agbogbe, M., & Tankoano, A. (2011). Task shifting in maternal and newborn care: a non-inferiority study examining delegation of antenatal counseling to lay nurse aides supported by job aids in Benin. *Implementation Science*, 6:2 <http://www.implementationscience.com/content/6/1/2>
- Karlsson, M., Roxberg, A., da Silva, A. B., & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *Int J Palliat Nurs*, 16(5), 224-231. doi:10.12968/ijpn.2010.16.5.48143
- Karlstedt, M., Wadensten, B., Fagerberg, I., & Pöder, U. (2015). Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 307-316. doi:10.1111/scs.12164
- Kihlgren, A. L., Fagerberg, I., Skovdahl, K., & Kihlgren, M. (2003). Referrals from home care to emergency hospital care: basis for decisions. *Journal of Clinical Nursing* (Wiley-Blackwell), 12(1), 28-36. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00682.x
- MacDonald, S. (2005). Studying actions in context: a qualitative shadowing method for organizational research. *Qualitative Research*, 5, 455-473.
- Moberg, Å. (2007). *Hon var ingen Florence Nightingale. Människan bakom myten*. Natur och Kultur. Stockholm.

- Nilsson, K., Lundgren, S., & Furåker, C. (2009). Registered nurses' everyday activities in municipal health care: A study of diaries. *International Journal of Nursing Practice* (Wiley-Blackwell), 15(6), 543-552. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01777.x
- Rostgaard, T., & Szebehely, M. (2012). Changing policies, changing patterns of care: Danish and Swedish home care at the crossroads. *European Journal of Ageing*, 9(2), 101–109. doi: 10.1007/s10433-011-0209-1.
- Regionalt Cancercentrum. (2016). Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2016. Retrieved from Stockholm: https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf
- SCB (2017) Sveriges framtida befolkning 2017–2060. Hämtad 2017-08-14. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar>
- Skott, C., & Lundgren, S. M. (2009). Complexity and contradiction: home care in a multicultural area. *Nurs Inq*, 16(3), 223-231. doi:10.1111/j.1440-1800.2009.00454.x
- Smedbäck, J., Öhlén, J., Årestedt, K., Alvariza, A., Fürst, C.-J., & Håkanson, C. (2017). Palliative care during the final week of life of older people in nursing homes: A register-based study. *Palliat Support Care*, 15(4), 417-424. doi:10.1017/S1478951516000948
- Socialstyrelsen. (2006). Ädelreformen: Slutrapport.
- Socialstyrelsen. (2020). Socialstyrelsens termbank. Retrieved from <https://termbank.socialstyrelsen.se/>
- SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Del 2.
- Stanley, D. J. (2008). Celluloid angels: a research study of nurses in feature films 1900–2007. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 84–95.
- Stiernstedt, G. (2016). Effektiv vård SOU 2016:2, Statens Offentliga Utredningar.
- Svensson, A., Fridlund, B., Wångmar, E., & Elmqvist, C. (2016). Home healthcare nurses' experiences of being on stand by as a first responder in a 'While Waiting For the Ambulance' assignment. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(4), 184-191. doi:10.1177/2057158516637236
- Tunedal, U., & Fagerberg, I. (2001). The challenge of being a nurse in community eldercare. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 21(2), 27-32.
- Törnquist, A., Andersson, M., & Edberg, A.-K. (2013). In search of legitimacy - registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 651-658. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x

WHO (2008). Task shifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams: Global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization.

Appendix

Litteratursökning

Typ: Olika typer av publikationer i vetenskapliga tidskrifter, av myndigheter med flera, även så kallad grå litteratur.

Tid: Ingen tidsbegränsning

Språk: svenska eller engelska.

Geografi: I sökningarna gjordes inga geografiska begränsningar.

Sökningarna i åtta databaser (Cinahl, Web of Science, AGELINE, ASSIA, PubMed, Nursing and Allied, SwePub och Libris) resulterade i totalt 2196 träffar (exempel på sökstrategi, se nedan). Det slutliga urvalet av studier/texter genomfördes i flera steg (läsning av titel, abstrakt och slutligen studien som helhet). Urvalet styrdes utifrån projektets syfte och frågeställningar. Inklusionskriterier var att artikeln, åtminstone delvis, skulle beröra sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård i Sverige. Artiklar exkluderas bland annat av följande orsaker; fokus på specifika diagnoser, studier ur patient- eller ur annan personalkategori perspektiv, studier över yrket i allmänhet, enbart ur distriktsköterskans perspektiv eller med sjukhuskontext. Det slutliga urvalet hamnade på nio studier vilka redovisats i korthet i rapporten.

Kommentar till litteratursökningen

Den aktuella litteratursökningen gjordes under september 2019 i samarbete med biblioteket vid Ersta Sköndal Bräcke högskola för att erhålla så relevanta träffar som möjligt. Sökningen hade ingen tidsbegränsning. Det hade varit möjligt att begränsa tiden till efter Hemsjukvårdsreformens införande 2014, men antalet träffas skulle då ha blivit mycket lågt. Vi valde att inte begränsa till enbart Sverige i litteratursökningarna för att få en bild av internationell forskning som vi skulle kunna dra nytta av i projektet som helhet.

Som nämnts ovan i samband med urval av artiklar, har enbart studier från Sverige, som är ett höginkomstland, inkluderats. Det innebär att till exempel studier som genomförts med fokus sjuksköterskor och ”*task shifting*” från den afrikanska kontinenten, i samband med exempelvis mental ohälsa eller vård av personer med HIV har exkluderats i denna rapport.

Det bör också nämnas att det förekommer en sammanblandning av det arbete som genomförs inom kommunal hemsjukvård och den relativt väl beskrivna rollen som distriktsköterska, vilken utgår från primärvården eller sjuksköterskor inom olika mobila team som har sin bas inom slutenvården. Det finns dock flera lärdomar att dra från dessa studier, samt internationella studier inom liknande kontexter. Med tanke på att Sverige har 290 självstyrande kommuner, kan svenska studier skilja sig beroende på var de är genomförda, inte enbart vad gäller kommunens organisation utan också vad gäller till exempel kommunens åldersstruktur och ekonomiska situation. Dessa aspekter bör tas i beaktande. Föreliggande projekt har valt en skarp avgränsning där enbart svenska studier inkluderats som berör sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård.

Exempel på sökstrategi i PubMed

Använda söksträngar i PubMed 2019-09-23

Nr	Söksträng	Antal träffar	Kommentar
#1	("Home Health Nursing"[Mesh]) OR "Community Health Nursing"[Mesh]) OR "Delivery of Health Care"[Mesh] OR "home health care")	1047151	
Sökblock 2:			
#2	((("Professional Role"[Mesh]) OR "Professional Practice"[Mesh]) OR "Nurse's Role"[Mesh])) OR (Teamwork OR taskshifting OR "task shifting" OR task-shifting)	328608	
Sökblock 3:			
#3	"Sweden"[Mesh] OR Sweden OR Swedish	391112	
Kombination av sökblocken:			
#4	#1 And 2# AND #3	1858	
Filter			
#5	Journal categories: Nursing journals	722	