



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Distriktssköterskors och sjuksköterskors
erfarenheter om och reflektioner av
arbetsmiljön i kommunaliserad hemsjukvård
En intervjustudie

Anna Andersson & Maria Berglund

2014

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15 hp
Vårdvetenskap
Specialistsjuksköterskeprogrammet - inriktning distriktssköterska
Självständigt arbete/examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde
Handledare: Anna-Greta Mamhidir
Examinator: Annica Ernesäter

Sammanfattning (MB och AA)

Distriktssköterskor och sjuksköterskor arbetar med varierande arbetsuppgifter och inom olika verksamheter bland annat med hemsjukvård. Patientens hem blir en arbetsplats, som på olika sätt kan påverka arbetsmiljön. Syftet med studien var att beskriva erfarenheter om och upplevelser av arbetsmiljön i kommunaliserad hemsjukvård hos distriktssköterskor/sjuksköterskor med kort respektive lång yrkeserfarenhet. En empirisk studie med deskriptiv design och kvalitativ ansats gjordes. Fem deltagare med kort yrkeserfarenhet intervjuades samt sex deltagare med lång yrkeserfarenhet. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet för deltagarna med kort yrkeserfarenhet ledde fram till följande fem kategorier: *faktorer som påverkar arbetsbelastningen, faktorer som påverkar samarbetet, relationer och etiska dilemman, organisatoriska förutsättningar och ledarskap* samt *bristande kommunikation bidrar till minskad patientsäkerhet*. Arbetet upplevdes fysiskt varierande samt att ett ökat antal patienter och tidsbrist ledde till stress. Arbetet upplevdes även glädjefullt med goda relationer till patienter och närstående. Etiska dilemman kunde uppstå vid olika syn på patientens vårdbehov.

I resultatet för deltagarna med lång yrkeserfarenhet framkom fyra kategorier: *att vårda i hemmiljö, faktorer som påverkar kommunikation och samarbete, att kommunalisera hemsjukvården är en omställningsprocess* samt *bristande ledarskap*. Arbetet beskrevs som fysiskt tungt men varierande. Brister vid informationsöverföring medförde att tillgång till viktig patientinformation saknades samt att distriktssköterskorna upplevde sin specialistkompetens underskattad. Slutsatsen är att deltagarna oavsett yrkeserfarenhet upplevde positiva och negativa aspekter på sin arbetsmiljö. Arbetet upplevdes meningsfullt men ökad förståelse och stöd för arbetssituationen från chefer önskades. Vid arbete i hemsjukvård kan det vara svårt att påverka olika faktorer av betydelse för arbetsmiljön eftersom arbetet sker i patienternas hem.

Nyckelord: distriktssköterska, sjuksköterska, arbetsmiljö, kommunaliserad hemsjukvård

Abstract (MB och AA)

District and registered nurses work with various tasks and in different services including home care. The patient's home becomes the nurse's workplace. The aim of the study was to describe district nurses'/registered nurses' perceptions and experiences of the work environment in municipalized home care, among those with short and long professional experience. Descriptive design and qualitative approach was used. Five participants with short and six with long professional experiences were interviewed. The material was analyzed using qualitative content analysis. The results for participants with short work experience led to five categories: *factors influencing workload, factors affecting collaboration, relationships and ethical dilemmas, organizational conditions and leadership, and lack of communication reduce patient safety*. The work was experienced physically diverse increased number of patients and time constraints led to stress. The work also felt joyful with good relationships to patients and families. Ethical dilemmas arose from divergent views of the patient's health care needs.

The results among participants with long professional experience revealed four categories: *nursing in home environment, factors affecting communication and collaboration, to municipalize home care is a conversion process and a lack of leadership*. The work was described as physically demanding but varied. Shortcomings of communication and information meant that important patient information was missing. District nurses felt their specialist competence undervalued. The conclusion is that regardless short or long professional experience, the participants witnessed of positive and negative aspects in their work environment. The work was perceived sensed but increased understanding and support from managers about the work situation was desired. When working in home care, it can be difficult to affect work environment factors of importance because the work is performed in patients' homes.

Keywords: district nurse, nurse, work environment, municipalized home care

Innehållsförteckning (MB och AA)	Sid
Introduktion	1
Definition av hemsjukvård.....	1
Hemsjukvård och arbetsmiljö.....	1
Distriktssköterskans och sjuksköterskans roll och ansvar.....	2
Teoretisk anknytning.....	3
Sjuksköterskans utveckling från novis till expert.....	3
Problemformulering.....	4
Syfte.....	4
Metod	4
Design.....	4
Urvalsmetod och undersökningsgrupp.....	4
Datainsamlingsmetod.....	6
Tillvägagångssätt.....	8
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska överväganden.....	12
Resultat	13
Diskussion	25
Huvudresultat.....	25
Resultatdiskussion.....	26
Metoddiskussion.....	34
Kliniska implikationer.....	38
Förslag till fortsatt forskning.....	38
Slutsats.....	38
Referenser	40

Introduktion (MB och AA)

Definition av hemsjukvård

Distriktssköterskor och sjuksköterskor arbetar med varierande arbetsuppgifter och inom olika verksamheter bland annat med hemsjukvård (1-2). Hemsjukvård definieras enligt Socialstyrelsen som ”hälso-och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden. Åtgärder och insatser ska ha föregåtts av vård och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som i särskilt boende samt daglig verksamhet och dagverksamhet (3). I januari 1992 genomfördes Ädelreformen vilket innebar att landets kommuner fick överta huvudansvaret från landstinget för vård och omsorg av äldre och handikappade. Inom tre år tillkom ytterligare två reformer, vilka var Lagen om särskilt stöd och funktionshinder, LSS, och psykiadelreformen. Grundtanken var att ge ökad närhet och kvalitet samt att ansvar och resurser fördes över till kommunerna från landstinget (4). I juni 2010 beslutade regeringen att tillsätta en nationell samordnare med uppdrag att stödja landsting och kommuner i processen att överföra ansvaret för hemsjukvård från landsting till kommuner (5).

Kommunaliserad hemsjukvård innebär att varje enskild kommun i aktuella län i Mellansverige, där föreliggande studie genomförts, ansvarar för både planerade och oplanerade hemsjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå. För att kommunen ska ta över ansvaret krävs att dessa kriterier måste vara uppfyllda: att insatserna ska räknas som hälso- och sjukvård, insatserna ska ges under minst två veckor, patienten ska vara över 18 år, patienten kan inte ta sig till hälsocentralen samt att insatserna ska föregås av vård- och omsorgsplanering (6).

Hemsjukvård och arbetsmiljö

Att arbeta i hemsjukvård innebär bland annat att distriktssköterskan/sjuksköterskan gör hembesök (1-2). Numera bor allt fler människor i större utsträckning kvar i sitt hem, vilket kan innebära ett ökat behov av vård i hemmet (7). Studier har även visat att fler patienter vårdas i hemmet istället för på sjukhus samt att svårt sjuka patienter skrivs ut tidigare från sjukhuset med behov av mer avancerad vård i hemmet (8-10). Patientens hem blir på så sätt en arbetsplats som på olika sätt kan påverka distriktssköterskans/sjuksköterskans arbetsmiljö (1-2).

Enligt världshälsoorganisationen (WHO) definieras arbetsmiljö som en ”sammanfattande benämning på biologiska, medicinska, fysiologiska, psykologiska, sociala och tekniska faktorer som i arbetssituationen eller i arbetsplatsens omgivning påverkar individen”(11). Enligt arbetsmiljöverkets rapport beskrivs att de som arbetar i hemsjukvård och hemtjänst upplever arbetet meningsfullt men upplever även en fysisk belastning såsom felaktiga arbetsställningar och psykisk stress på grund av tidsbrist. Det kan även innebära svårigheter på grund av begränsade möjligheter att påverka arbetsmiljön i den enskildes hem En fysiskt och psykiskt god arbetsmiljö är ett övergripande krav enligt arbetsmiljölagen (7). Även andra studier rapporterar upplevelser av tidsbrist och att hemmen ofta inte är anpassade för att främja en god arbetsmiljö (10,12). Dessutom beskrivs känslor av otillräcklighet (12) och att stress förekommer på grund av oklara riktlinjer och rutiner och påverkar därmed i hög grad arbetsmiljön negativt (12-15).

Distriktssköterskans och sjuksköterskans roll och ansvar

Enligt distriktssköterskans och sjuksköterskans kompetensbeskrivning kräver arbetet bland annat stor förmåga till självständighet samt ett förhållningssätt byggt på evidensbaserad kunskap. Arbetet ska bygga på ett etiskt och holistisk förhållningssätt. Etiskt förhållningssätt innebär bland annat respekt för patientens integritet, självbestämmande och unikt. Det holistiska förhållningssättet bygger på ett patientcentrerat helhetsperspektiv (1-2). Enligt kompetensbeskrivningen så omfattar distriktssköterskans ansvar även arbete utifrån uppsatta folkhälsomål (1). Arbetet för sjuksköterskan ska även utgå från International Council of Nurses etiska kod som innebär följande fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Koden ses som vägledning att handla i överensstämmelse med sociala värderingar och behov (2).

Att arbeta inom hemsjukvård innebär att distriktssköterskan har en samordnande roll och ett nära samarbete med övriga som är involverade i vården av patienten. För att tillgodose patientens vårdbehov krävs att distriktssköterskan leder och utvecklar omvårdnadsarbetet. Det innebär bland annat att ge utbildning och delegering till hemtjänstpersonal, att ha kontinuerliga kontakter med anhöriga och andra yrkeskategorier samt se till att informationsutbyte sker mellan vårdpersonal inom olika vårdinstanser vid vårdplaneringar av hemsjukvårdsinsatser (1). I studien av Olsen et al (16) framkommer att det finns kommunikationssvårigheter mellan slutenvård och hemsjukvård när det gäller informationsutbytet vid in- och utskrivning av patienter. Kommunikationsvårigheterna

beskrivs vara relaterade till enskilda medarbetare men även till organisationen och anses kunna hota patientsäkerheten vilket kan skapa stress hos distriktssköterskan (16).

Teoretisk anknytning

Laschinger (17) beskriver i en studie där Kanters teori om betydelsen av inflytande i organisationer har tillämpats när det gäller vårdarbetet. Strukturella förutsättningar inom en organisation och i vilken utsträckning anställda har inflytande i organisationer har betydelse för hur de upplever sitt arbete samt i hur stor utsträckning de kan påverka sin arbetssituation. Teorin beskriver att de strukturer som har betydelse för anställdas inflytande är att ha tillgång till *information*, som innebär att ha nödvändiga kunskaper och färdigheter för att utföra arbetet men även kunskap om organisationen som helhet såsom dess målsättningar, tillgång till *stöd* i form av positiv feedback från ledning och kolleger samt att ges möjlighet att arbeta självständigt, tillgång till *resurser*, vilket innebär att ha nödvändigt med utrustning och ekonomi men även tillräckligt med tid för att utföra arbetsuppgifterna. *Möjligheter till utveckling* innebär arbetsförhållanden som möjliggör för individer att avancera och utveckla sina kunskaper och färdigheter inom eller utanför organisationen (18).

Tillgång till dessa strukturella förutsättningar underlättas genom *formella* och *informella* maktsystem, där formella system härleds från aktiviteter som tillåter flexibilitet och hänsynstagande vid beslutsfattande. Informella system syftar på sociala relationer och kommunikation på olika nivåer inom organisationen. Teorin menar vidare att när anställda inte har tillgång till nämnda resurser, stöd, information och möjligheter så upplever de sig maktlösa. Dessa individer känner sig ofta fast i arbetet utan möjlighet att växa och utvecklas och de upplever sig inte delaktiga i beslut som fattas (17). I motsats till detta är individer som upplever hög grad av egenmakt engagerade och motiverade till arbetet och upplever i högre grad tillfredsställelse med arbetet. Ledningen har en viktig roll i att tillhandahålla anställda med dessa förutsättningar för att ge dem möjlighet att utföra sitt arbete på ett meningsfullt sätt (19). Laschinger (20) påvisade i en studie där sjuksköterskor deltog ett signifikant samband mellan graden av egenmakt och deras engagemang i arbetet, men även att en högre grad av egenmakt hade samband med högre nivåer av effektivitet i arbetet.

Sjuksköterskans utveckling från novis till expert

Benner har med utgångspunkt i Dreyfusmodellen beskrivit hur sjuksköterskors förvärvande av färdigheter inom omvårdnad sker genom olika utvecklingsnivåer. Enligt Benner går

sjuusköterskan igenom fem utvecklingsstadier i förvärvandet och utvecklingen av en färdighet. De fem stadierna indelas i följdordningen novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Att utvecklas från novis till expert kräver både teoretisk kunskap men även erfarenhet och är bunden till den kontext inom vilken sjuusköterskan är verksam. Med det menas att en ny klinisk miljö med nya patientgrupper och obekanta rutiner innebär att en tidigare expert kan hamna på en novis nivå på nytt. Enligt Benner genomgår sjuusköterskan de fyra första utvecklingsstadierna inom en fem års period. För att utvecklas till expert krävs mer än fem års yrkeserfarenhet (21).

Problemformulering

Arbetsmiljö definieras omfatta flera faktorer som i arbetssituationen eller i arbetsplatsens omgivning påverkar individen (11). Tidigare internationella studier som belyser distriktssköterskans arbetsmiljö inom hemsjukvård har påvisat problem kopplade till arbetsmiljön (12-16). Det finns endast ett fåtal svenska studier som belyser distriktssköterskans (10,22) och sjuusköterskans (23) arbetsmiljö i hemsjukvården och endast en svensk studie har hittats där längden av yrkeserfarenheten har betydelse för upplevelsen av arbetsmiljön i hemsjukvård (24). Författarna anser att föreliggande studie kan öka kunskapen inom området och därmed bidra till en utveckling inom distriktssköterskans/sjuusköterskans arbete med tanke på att båda kategorier arbetar med hemsjukvård.

Syfte

Syftet med föreliggande studie var att beskriva erfarenheter om och reflektioner av arbetsmiljön i kommunaliserad hemsjukvård hos distriktssköterskor/sjuusköterskor med kort respektive lång yrkeserfarenhet.

Metod

Design

Empirisk studie med deskriptiv design och kvalitativ ansats (25) (MB och AA).

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Deltagare med kort yrkeserfarenhet (MB)

Till föreliggande studie valdes deltagarna ut genom bekvämlighetsurval. Detta innebar att de första fem distriktssköterskor/sjuusköterskor som anmälde sig och överensstämde med

inklusionskriterierna har inkluderats (25). Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara distriktssköterskor/sjuksköterskor med kort yrkeserfarenhet dvs. ha varit yrkesverksam mellan ett till och med fem år. Denna indelning utifrån yrkesverksam ålder valdes med utgångspunkt från Benners modell (21). De skulle även ha en tjänstgöringsgrad på minst 75 % ett år före kommunaliserad hemsjukvård. Tjänstgöringsgraden på minst 75% valdes för att få deltagare med tillräcklig längd på yrkeserfarenheten för att kunna göra de reflektioner som svarade mot studiens syfte. Studien genomfördes i sammanlagt tre län i Mellansverige, fördelat på tre kommuner. En av kommunerna var storstadskommun och övriga två var landsbygdskommuner. Undersökningsgruppen bestod av totalt fem deltagare, varav tre var distriktssköterskor och två var sjuksköterskor. Samtliga deltagare var kvinnor och alla hade en tjänstgöringsgrad på 100 %. Åldern i gruppen varierade mellan 38 och 55 år med en genomsnittsålder på 48,4 år. Deltagarna hade varit yrkesverksamma mellan ett och ett halvt år och fyra och ett halvt år med en genomsnittlig yrkeserfarenhet på 2,7 år. För beskrivning av deltagarnas yrkestitel, ålder, tjänstgöringsgrad samt antal yrkesverksamma år, se tabell 1 nedan.

Tabell 1, beskrivning av studiens deltagare

Yrkestitel	Ålder	Tjänstgöringsgrad i %	Antal yrkesverksamma år
Distriktssköterska	50	100	3
Distriktssköterska	55	100	3
Distriktssköterska	38	100	1 1/2
Sjuksköterska	53	100	4 1/2
Sjuksköterska	46	100	1 1/2

Deltagare med lång yrkeserfarenhet (AA)

Till föreliggande studie användes ett bekvämlighetsurval (25). Inklusionskriterier för att delta i studien var att deltagarna skulle vara distriktssköterska/sjuksköterska och ha lång yrkeserfarenhet, det vill säga ha varit yrkesverksam mer än fem år. Med Benners modell som utgångspunkt inkluderades deltagare som därigenom kunde klassas som experter i yrkesrollen.

De skulle även ha en tjänstgöringsgrad på minst 75 % ett år före kommunaliserad hemsjukvård. Kriteriet med tjänstgöringsgraden valdes för att få deltagare med tillräckligt stor yrkeserfarenhet för att kunna göra de reflektioner som svarade mot studiens syfte.

Studien genomfördes i sammanlagt tre län i Mellansverige fördelat på fyra kommuner, varav den ena var en storstadskommun och övriga var landsbygdskommuner.

Undersökningsgruppen bestod av totalt 6 distriktssköterskor/sjuksköterskor, varav fem var distriktssköterskor och en var sjuksköterska. En av deltagarna var man, övriga var kvinnor.

Åldern varierade från 43 till 62 år med en genomsnittsålder på 52,2 år. De hade varit yrkesverksamma mellan sju och 33 år, med ett genomsnitt på 19,2 år. För beskrivning av yrkestitel, ålder, tjänstgöringsgrad samt antal yrkesverksamma år, se *tabell 1*. Med hänsyn till deltagarnas konfidentialitet kommer inte deltagarnas kön att beskrivas i tabellen och redovisningen avser heller inte den ordning i vilken deltagarna intervjuades.

Tabell 1, Beskrivning av studiens deltagare

Yrkestitel	Ålder	Tjänstgöringsgrad i %	Antal yrkesverksamma år
Distriktssköterska	62	100	33
Distriktssköterska	43	100	7
Sjuksköterska	46	100	20
Distriktssköterska	58	75	24
Distriktssköterska	43	100	7
Distriktssköterska	61	100	24

Datainsamlingsmetod

Deltagare med kort yrkeserfarenhet (MB)

Datainsamlingen utgjordes av intervjuer med semistrukturerad intervjuguide som möjliggjorde att deltagarna kunde berätta fritt utifrån egna upplevelser (25). Intervjuerna genomfördes på deltagarens arbetsplats eller via telefon. Till samtliga intervjuer användes ljudfil på mobiltelefon för inspelning.

En intervjuguide (bilaga 1) utformades av författarna (MB och AA) så att varje intervju skulle genomföras på liknande sätt. Intervjuguiden bestod av bakgrundsfrågor, huvudfrågor och följdfrågor. Bakgrundsfrågorna handlade om ålder, kön, tjänstgöringsgrad, antal

yrkesverksamma år samt om de arbetade som distriktssköterska eller sjuksköterska. Huvudfrågorna utgick från studiens syfte och bestod av frågor angående arbetets innehåll som arbetsrutiner, arbetsbelastning, samarbete mellan olika vårdnivåer samt relationen till patienter och närstående. Exempel på huvudfrågor var: Hur upplever du den fysiska arbetsbelastningen i ditt dagliga arbete? Hur upplever du den psykiska arbetsbelastningen i ditt dagliga arbete? Följdfrågor ställdes efter nedskrivna frågor i intervjuguiden för att få mer uttömmande svar som t.ex. Hur menar du? Kan du berätta mer? Kan du ge exempel? Målet var att utföra samtliga intervjuer på deltagarnas arbetsplats men på grund av tidspress hos deltagarna så var det inte möjligt att genomföra. För att underlätta rekrytering av deltagare gjordes valet att genomföra telefonintervjuer. En testintervju genomfördes vid ett tillfälle för att se hur intervjuguiden var utformad mot syftet av studien. Efter samråd med handledaren inkluderades testintervjun i studiens resultat. Intervjutiden varierade mellan 25 - 56 minuter med ett genomsnitt på 41 minuter efter att varje intervju avrundats till närmaste hel minut. Varje intervju spelades in på en ljudfil i en mobiltelefon. Direkt efter intervjun flyttades ljudfilen över från mobiltelefonen till USB minne och förvarades inlåst av författaren. Inspelat material raderades därefter omgående från mobilen. Materialet transkriberades sedan ordagrant. Intervjuerna genomfördes mellan februari och juni, 2014.

Deltagare med lång yrkeserfarenhet (AA)

Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer. Denna metod väljs när man vill fånga personlig och innehållsrik information och i detta fall gällde det området arbetsmiljö inom kommunaliserad hemsjukvård (25). En intervjuguide med semistrukturerade frågor utformades gemensamt av båda författarna (AA och MB) för att svara mot syftet med studien. Detta säkerställde att samma frågor ställdes till samtliga deltagare. Intervjuguiden bestod av bakgrundsfrågor, huvudfrågor och följdfrågor. Bakgrundsfrågorna avsåg deltagarnas ålder, kön, tjänstgöringsgrad, antal yrkesverksamma år samt om de arbetade som distriktssköterska respektive sjuksköterska. Huvudfrågorna utgick från studiens syfte och bestod av frågor om arbetets innehåll som innefattade arbetsrutiner, arbetsbelastning, samarbete mellan olika vårdnivåer samt relationen till patienter och närstående. Exempel på huvudfrågor var: *Hur upplever du din fysiska arbetsbelastning i ditt dagliga arbete Kan du berätta om hur du upplever att relationen med patienter fungerar i hemsjukvården?* För att få mer uttömmande svar användes följdfrågor som exempelvis: *Hur menar du? Kan du berätta mer?* En provintervju gjordes av författaren för att se om frågorna var relevanta och svarade mot

studiens syfte samt om någon fråga behövde ändras eller tas bort. Efter att handledaren tagit del av provintervjun beslutades i samråd med handledaren att den kunde inkluderas i studien. Till föreliggande studie genomfördes samtliga intervjuer som telefonintervjuer. Ambitionen var att göra samtliga intervjuer på plats, men det visade sig inte vara praktiskt genomförbart på grund av tidspress hos deltagarna. Valet att genomföra telefonintervjuer gjordes för att underlätta rekryteringen av deltagare. Samtliga intervjuer utfördes under april till juni 2014 och tog mellan 22-42 minuter att genomföra. Genomsnittstiden för intervjuerna var 37 minuter. Intervjuerna spelades in med mobiltelefon för att kunna genomföra ordagrann transkribering av texten. Ljudfilerna överfördes sedan via datorn till ett USB-minne och förvarades inlåst av författaren. Därefter raderades inspelat material omedelbart från mobiltelefonen.

Tillvägagångssätt

Deltagare med kort yrkeserfarenhet (MB)

Verksamhetscheferna i fyra kommuner i Mellansverige kontaktades av författarna per telefon för presentation av studien samt förfrågan om tillståndsansökan (bilaga 2) kunde skickas. Två av kommunerna kontaktades av författare MB och övriga två kommuner kontaktades av författare AA. Efter muntligt godkännande skickades tillståndsansökan per post till de berörda verksamhetscheferna. När skriftligt godkännande erhållits skickades ett informationsbrev (bilaga 3) via e-post för att förmedlas via verksamhetschef eller enhetschef till de anställda som uppfyllde inklusionskriterierna och som skulle kunna ingå i studien. I ett informationsbrev gavs information om studiens syfte och upplägg samt att allt deltagande var frivilligt och att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. Det framgick även i brevet att allt material skulle hanteras konfidentiellt. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna kontaktade därefter själv författaren om medverkan i studien via telefon eller e-post. Författaren ringde därefter upp respektive deltagare och bestämde dag och tidpunkt för intervju.

Sex deltagare anmälde sitt intresse att delta i studien varav en inte passade in i inklusionskriterierna eftersom arbetet utfördes enbart på särskilt boende. Det blev räknat som bortfall i studien. Fem deltagare intervjuades varav tre distriktssköterskor och två sjuksköterskor. Intervjuerna av två deltagare skedde på deltagarens arbetsplats i enskilt rum med deltagaren och författaren. Telefonintervjuerna med de övriga tre deltagarna skedde enligt önskemål av deltagarna i deras egna hem var och en för sig och författaren. Författaren till föreliggande studie hade som mål att få åtta deltagare att ingå i studien. För att nå fler

deltagare kontaktades vartefter ytterligare verksamhetschefer i angränsande län på samma tillvägagångssätt som tidigare. Slutligen kom totalt fem deltagare att ingå i studien efter samråd med handledare och examinator.

Deltagare med lång yrkeserfarenhet (AA)

Verksamhetscheferna i fyra kommuner i Mellansverige kontaktades per telefon för presentation av syftet med studien samt förfrågan om tillståndsansökan kunde skickas. I två av kommunerna togs kontakten av författare AA och de två andra kommunerna kontaktades av författare MB. Efter muntligt godkännande skickades skriftlig tillståndsansökan (bilaga 4) per post till de berörda verksamhetscheferna. När skriftligt godkännande erhöles skickades ett informationsbrev (bilaga 5) via e-post för att förmedlas via verksamhetschef eller enhetschef till de anställda som uppfyllde inklusionskriterierna och som skulle kunna ingå i studien. I informationsbrevet gavs information om studiens syfte och upplägg, att allt deltagande var frivilligt samt att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. Även information om att allt material skulle hanteras konfidentiellt framgick i brevet. Totalt kontaktades författaren av sex deltagare från fyra kommuner som ville delta i studien. Telefonkontakt togs med dessa för att bestämma datum och tid för intervju. Till föreliggande studie strävade författaren efter att inkludera åtta deltagare i studien. Efterhand kontaktades ytterligare verksamhetschefer i angränsande län utifrån samma tillvägagångssätt som tidigare för att nå fler deltagare. Då ingen av de tillfrågade verksamhetscheferna gav sitt tillstånd togs beslut i samråd med examinator och handledare att godkänna sex deltagare som underlag i studien.

Dataanalys

Deltagare med kort yrkeserfarenhet (MB)

Materialet från intervjuerna har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (26). Genomförda intervjuer namngavs med en siffra efter den ordning intervjuerna utfördes. Ordagrann transkribering skedde av varje intervju. Efter transkribering läste författaren igenom intervjuerna flera gånger noggrant för att få en känsla av innehållet och helheten. Därefter delades textmaterialet från intervjuerna upp i meningsbärande enheter dvs. stycken och meningar som svarade mot studiens syfte. Meningsbärande enheterna kortades ned utan att förlora innebörden till kondenserade enheter. Varje kondenserad enhet märktes med en kod. Koden beskrev kortfattat innehållet i kondenseringen.

Analysprocessen fortsatte genom att koderna jämfördes flera gånger, diskuterades tillsammans med författare AA och handledaren. Därefter granskades noggrant koder utifrån skillnader och likheter. Koder sorterades in efter liknande innehåll och fördelades under 13 olika subkategorier och fem kategorier. Exempel på analysprocessen kan ses i tabell 2.

Tabell 2, exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Subkategori	Kategori
Den psykiska arbetsbelastningen tycker jag är hög. Jag är ganska stressad måste jag säga genom att man har så mycket att göra. Man har så många patienter ...många palliativa.	Den psykiska arbetsbelastningen är hög. Man är stressad genom att det är så mycket att göra. Det är många patienter och många palliativa patienter.	Stressande med många patienter och palliativa patienter	Stress och glädje	Faktorer som påverkar arbetsbelastningen
..Då är det mycket enklare att bemöta när anhöriga bor nära, dom ser själv hur det är, dom får en mer realistisk bild liksom...	Det är enklare att bemöta anhöriga som bor nära. De har en mer realistisk bild av hur läget är.	Enklare att bemöta anhöriga som bor i närheten	Geografiskt avstånd påverkar närståendes önskemål om vårdinsatser	Relationer och etiska dilemman
Patienterna är ofta.. är dom glada när vi kommer, tycker jag. Det är, det är liksom, mycket positivt. Dom vill ju att, alltså dom vet ju när vi ska komma och dom vill ju att vi ska komma.	Patienterna är ofta positiva till våra besök och känner till när vi kommer och de vill att vi ska komma	Patienterna visar uppskattning	Att vårda i hemmet underlättar nära patientrelationer	Relationer och etiska dilemman

Deltagare med lång yrkeserfarenhet (AA)

Materialet från samtliga intervjuer analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (26). Det innebär en förutsättningslös tolkning av texter baserad på människors egna berättelser. Denna analysmetod fokuserar på att beskriva variationer i textmaterial och detta görs genom att identifiera skillnader och likheter i innehållet. Analysprocessens steg kan uttryckas i att antal begrepp och dessa benämns *analysenhet*, vilket avser de intervjuer som transkriberas och analyseras, *domän*, vilket är textinnehåll som berör ett specifikt område och kan sammanfalla med intervjuguidens frågeområden, *meningsenhet*, som består av ord, meningar eller stycken i texten som hör ihop utifrån dess innehåll och sammanhang och svarar mot studiens syfte,

kondensering, vilket innebär att meningsenheterna kortas ner för ett mer centralt innehåll utan att innebörden förloras, *kodning*, där de kondenserade meningsenheterna ytterligare förkortas för att innehållet ska bli tydligare. Koder med liknande innehåll bildar sedan *kategorier*, som i sin tur kan bestå av underkategorier, och svarar på frågan *Vad?* Utifrån kategorierna kan sedan *teman* skapas och utgörs av det underliggande budskapet, ”den röda tråden”, som tolkats ur texten och svarar på frågan *Hur?*

Till föreliggande studie gjordes analysen av intervjuerna i flera steg. Efter transkribering lästes materialet igenom ett flertal gånger för att få en känsla för helheten av innehållet. Därefter togs textstycken och meningar som svarade mot syftet med studien ut och bildade meningsbärande enheter. Genom kondensering förkortades de meningsbärande enheterna ned utan att innebörden förlorades. De kondenserade meningsenheterna benämndes därefter med en kod för att på ett kortfattat sätt tydliggöra innehållet. Därefter gjordes en sortering för att urskilja likheter och skillnader bland koderna, vilket resulterade i totalt 10 subkategorier. Dessa jämfördes avseende innehåll och slutligen kunde fyra olika kategorier urskiljas. Under hela analysprocessen fördes kontinuerligt en diskussion med handledare samt författare MB. För exempel från analysprocessen, se *tabell 2*.

Tabell 2, Exempel från analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Vi är ett bra team så vi hjälper varandra och ställer upp för varandra, jaa vi pratar i lag om man har haft det jobbigt...	Vi är ett bra team som hjälper varandra. Vi pratar med varandra om det är jobbigt	Bra stöd från kolleger	Kollegialt stöd och olika vårdkulturer	Faktorer som påverkar kommunikation och samarbete
... det där är ju inte riktigt, det där är inte så självklart vem som ska ta dom då direkt ifrån sjukhuset, om vi ska ta dom eller om primärvården ska ta dom, det är ju diskussion fortfarande och det är ju, det ena fallet är ju inte det andra likt...	Det kan bli diskussion om det är vi eller primärvården som får ansvar för patienten vid utskrivning. Det diskuteras ständigt	Inte självklart vem som ska ta patientansvaret vid utskrivning till hemmet	Att tolka hemsjukvårdskriterier är svårt	Att kommunalisera hemsjukvården är en omställningsprocess

Forskningsetiska överväganden (MB, AA)

Författarna i föreliggande studie följde kraven som ingår i etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden gällande information, samtycke, konfidentialitet samt om deltagarens säkerhet. Då studien ej riktar sig till patienter har författarna bedömt att tillstånd från Forskningsetiska rådet ej behövs.

Tillstånden (bilaga 2,4) för föreliggande studie hämtades hos aktuella verksamhetschefer där det framgick vilka som var ansvariga för studien. Studiens syfte och hur undersökningen skulle utföras framgick i informationen som lämnades likväl hur den nya kunskapen som framkommer eventuellt skulle kunna användas i framtiden. Verksamhetschefen eller enhetschefen lämnade ut information till distriktssköterskor/sjuksköterskor på respektive arbetsplats som fick informationsbrev (bilaga 3,5) där det stod att deltagandet var frivilligt och att medverkan kunde avbrytas när som helst under studiens gång utan några personliga konsekvenser. Deltagarna i studien fick även inledningsvis i samband med intervjutillfället muntlig information om studiens syfte samt att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas närhelst deltagaren önskade. För att säkerställa deltagarnas konfidentialitet i studien kodades samtliga intervjuer och resultatet presenterades så att ingen enskild deltagare går att identifiera. Insamlad data förvarades inlåst för att garantera att endast de ansvariga för studien kan komma åt materialet, som kommer att förstöras när examensarbetet är godkänt (27).

Resultat

Deltagare med kort yrkeserfarenhet (MB)

Resultatet från intervjuer med distriktssköterskorna/sjuksköterskorna med kort yrkeserfarenhet bygger på deras erfarenheter om och reflektioner av arbetsmiljön i kommunaliserad hemsjukvård. Resultat redovisas utifrån fem kategorier; **Faktorer som påverkar arbetsbelastningen, Faktorer som påverkar samarbetet, Relationer och etiska dilemman, Organisatoriska förutsättningar och ledarskap** samt **Bristande kommunikation bidrar till minskad patientsäkerhet**. Kategoriernas innehåll redovisas utifrån de subkategorier som formats i löpande text och enligt nedanstående tabell. För att tydliggöra resultatet och underlätta för läsaren presenteras citat från intervjuer. I resultatet benämns distriktssköterskor/ sjuksköterskor som deltagare.

Tabell 3: Översiktsbild av kategorier och subkategorier.

Kategorier	Subkategorier
Faktorer som påverkar arbetsbelastningen	Fysiskt varierande arbete
	Stress och glädje
	Ökat antal arbetsuppgifter
Faktorer som påverkar samarbetet	Oförståelse för varandras rutiner
	Professioners samarbete i vården
Relationer och etiska dilemman	Att vårda i hemmet underlättar nära patient relationer
	Geografiskt avstånd påverkar närståendes önskemål om vårdinsatser
	Olika syn på vårdbehov skapar etiska dilemman
Organisatoriska förutsättningar och ledarskap	Oförberedd omorganisation möjliggör skapande av gemensamma arbetsrutiner
	Otydliga hemsjukvårdskriterier skapar osäkerhet
	Betydelsen av att chefen visar förståelse för arbetssituationen och ger stöd
Bristande kommunikation bidrar till minskad patientsäkerhet	Inte samma tillgång till patientinformation som tidigare
	Bristfällig överrapportering

Faktorer som påverkar arbetsbelastningen

Fysiskt varierande arbete

Deltagarna beskrev att den fysiska belastning i arbetet var hanterbar och varierande. Den fysiska belastningen skiftade beroende på vilka vårdinsatser som utfördes hos patienten.

Ibland var det svårt att finna bra arbetsställningar, något som kunde bli mycket påfrestande och leda till ryggproblem. Det gällde till exempel om såromläggningar utfördes knästående bredvid låg sängar.

"Det är arbetsställningen, genom att man är hemma. Vid omläggning och dom har vanlig säng, så får man ryggskott. Ibland vid provtagningen får vi krypa upp i sängen. Då sitter man i sängen och tar prov" (D11)

Det uppgavs att patienter med insatser av hemtjänsten ofta hade det bättre ordnat med hjälpmedel i hemmet än de som bara hade hemsjukvårdsinsatser. Det betonades att det inte alltid gick att skapa bra arbetsställningar i hemmet eftersom hemmet inte är anpassat till patientens vårdbehov.

Stress och glädje

Stress uppstod när de till exempel deltagarna oroades över patienter som hade en demenssjukdom och som bedömdes inte kunde bo hemma längre eftersom de kunde gå ut och förrira bort sig eller skada sig. De upplevde sig mest stressade när de inte kunde ge svårt sjuka patienter vid livets slut den tid och vård de behövde.

"Framför allt när man vårdar svårt sjuka och i livets slut vill man ge dom tid och inte ha bråttom eller stressa. Man vill stanna tills dom är nöjda men det är inte alltid möjligt" (D7)

De ville ha mer tid för varje patient och önskade ett "tak" dvs. ett max antal patienter inskrivna i hemsjukvården att besöka för att minska stressen. Att åka fram och tillbaka mellan flera palliativa patienter vid livets slutskede för att ge många injektioner under en och samma dag beskrevs å ena sidan vara stressigt och det i sin tur gav känslor av hög arbetsbelastning. Å andra sidan upplevdes tacksamhet och glädje över att patienten kunde vara hemma med sina närstående istället för att behöva åka in till sjukhus för vård. Ett annat stressmoment beskrevs vara alla olika telefonsamtal som utfördes under bilresorna mellan patienterna. Det uppgavs ge dem en chans att hinna med alla uppgifter under arbetstiden. Bilresorna beskrevs även som ett sätt att "mentalt städa hjärnan".

Ökat antal arbetsuppgifter

Deltagarna uppgav att de arbetade heltid som tidigare men att antalet arbetsuppgifter hade ökat efter övergången till kommunaliserad hemsjukvård. Ökningen berodde på olika orsaker, bland annat hade de fått nytillkomna arbetsuppgifter som till exempel provtagningar i hemmet. Det var arbetsuppgifter som i den tidigare organisationen hade delegerats till undersköterskor. En annan orsak var det ökade antalet patienter som nu skrevs in i hemsjukvården och det medförde flera hembesök. De ökade antalet arbetsuppgifter bidrog till ökad dokumentation. Förutom journaldokumentation skulle nu även olika datalistor fyllas i som till exempel statistikunderlag till politiker om hur många planerade besök och telefonsamtal som genomfördes per månad under en sex månaders period. Deltagarna upplevde att det var jobbigt att hinna med och komma ihåg att fylla i datalistorna eftersom de på kvällstid arbetade ensamma och täckta alla hemsjukvårdsdistrikten.

Faktorer som påverkar samarbetet

Oförståelse för varandras rutiner

Deltagarna upplevde problem i samarbetet med sjukhuset pga. att de uppgavs sakna förståelse för arbetet i hemsjukvården. Det uppgavs till exempel att patienten kunde komma hem utan läkemedelslista trots att läkemedel skulle delas i dosett när patienten kommit hem. Samarbetet med hälsocentralerna uppgavs fungera allt bättre med tiden, dvs. att ju längre tiden gick så lärde deltagarna och personalen på hälsocentralen att känna varandra. Deltagarna lärde sig efterhand vem de skulle ringa och vart de kunde vända sig för att få tag på olika personal.

"Samarbetet med hälsocentralen kan vara knöligt. Med tiden går det bättre. Man lär känna varandra och man vet vart man ska vända sig" (D10)

Samarbetet mellan olika yrkeskategorier i kommunen beskrevs gå smidigare nu då de arbetade i samma organisation. Det gick till exempel lättare att få tag i hemtjänstens personal då de hade samma telefonväxel och intranät.

Professioners samarbete i vården

Teamet runt patienten beskrevs bestå av distriktssköterskor/sjuksköterskor i den egna arbetsgruppen, palliativa teamet och hemtjänst. I den egna arbetsgruppen fungerade samarbetet bra eftersom de alltid kunde ringa varandra och kände stöd av varandra i olika egna beslut. Samarbete med det palliativa teamet fungerade också bra och deltagarna deltog

palliativa teamets träffar vid inskrivningar av nya patienter. Dessa patienter hade alltid hög prioritet när de hade behov av hjälp.

"Vi har palliativa teamet. De har vi också bra samarbete med. Vi är med på inskrivningar i palliativa teamet och dom patienterna prioriterar vi alltid först" (D11)

Även samarbetet med hemtjänsten beskrevs fungera bra. Hemtjänstpersonalen beskrevs som stabil då den stannade kvar länge och oftast återkom till patienten. Deltagarna hade å ena sidan möjlighet att träffa och stödja hemtjänsten och att vara två personer vid besöket hos patienten vid behov. Å andra sidan beskrevs att det var snävt tilltaget med personalresurser då de upplevde att det inte fanns något utrymme i den egna arbetsgruppen att vara frånvarande eller bli sjuka. De hade en önskan om att få handleda hemtjänstpersonalen i större utsträckning och arbeta med hälsofrämjande insatser med de äldre till exempel att förebygga och minska risken för undernäring.

Relationer och etiska dilemman

Att vårda i hemmet underlättar nära patient relationer

Deltagarna beskrev relationerna till patienterna som både nära och goda och att de vid vård i hemmet mötte patientens hela situationen något som är annorlunda i förhållande till snabba möten som uppstår på sjukhuset.

"Man träffar hela människan på annat sätt. Man ser hur dom bor, var dom kommer från, deras historia. Man har en mycket närmare relation med patienten här än på sjukhuset. Där är det akut och snabba möten" (D9)

En nära kontakt över en längre period gjorde att de ofta skapades goda relationer, vilket var viktig för att patienten skulle känna sig trygg med att bo hemma. Patienterna var tacksamma över att få hembesök och visade ofta tacksamheten genom att ge en kram.

Geografiskt avstånd påverkar närståendes önskemål om vårdinsatser

Det kunde uppstå svårigheter i bemötandet av närstående som bodde långt borta. De närståendes kunde önska vårdinsatser som deltagarna uppfattade var en kompensation för att de själva inte kunde ge stöd i och med att de bodde långt borta. På grund av sin oro kunde de önska att föräldern fick vara fortsatt inskriven i hemsjukvården trots att patienten var så kallat

färdigbehandlad. Deltagarna betonade att de försökte uppfylla de närståendes önskemål så långt det är möjligt. Men samtidigt uppgavs att hemsjukvården inte hade möjlighet att tillmötesgå alla önskemål.

Olika syn på vårdbehov skapar etiska dilemman

Etiska dilemman uppstod till exempel när en närstående inte längre orkade vårda en svårt sjuk partner hemma men denne ville bo kvar i hemmet. Dilemmat uppstod eftersom de samtidigt skulle ge stöd till både närstående och patient och de ville inte ta någons parti. Ett etiskt dilemma kunde även uppstå då anhörig som bodde långt borta påkallade att patienten behövde ha hjälp med till exempel såromläggning och patienten själv inte ville ha hjälp.

"Det är svårt att besöka en person som inte vill ha hjälp för att någon annan ringer" (D7)

Det kunde uppstå svårigheter med patientrelationen när deltagaren och patienten hade olika syn på vårdbehov som t.ex. patienten hade bensår och behövde hjälp med omläggning men inte ville ta emot hjälp.

Organisatoriska förutsättningar och ledarskap

Oförberedd omorganisation möjliggör skapande av gemensamma arbetsrutiner

Det beskrevs att övergången av hemsjukvården till kommunal regi var dåligt planerad och att rutiner för hur hemsjukvårdens arbete skulle utföras saknades initialt. Denna situation beskrevs trots allt på ett positivt sätt eftersom det innebar deltagarna tillsammans allt eftersom hade byggt upp gemensamma arbetsrutiner.

"Många saker har klarnat allt eftersom när man kommer till en situation. Vi försöker själva skriva ihop hur vi ska göra i olika situationer" (D10)

Otydliga hemsjukvårdskriterier skapar osäkerhet

Deltagarna uppgav att det vid övergången av hemsjukvård till kommunal regi inte fanns tydligt angivna hemsjukvårdskriterier. Detta medförde att de fortsatte att utgå ifrån landstingets regler angående hemsjukvård då ingen egentligen var säker på hur de skulle arbeta. Det innebar till exempel att patienter som själv kunde ta sig till hälsocentralen för provtagning inte fick hjälp av deltagarna med denna uppgift i hemmet. De hade önskat att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) hade anvisat och talat om hur de skulle till exempel inrikta sig till patienter som inte ansågs av deltagarna tillhöra hemsjukvårdens patienter.

"Det finns väldigt många patientgrupper som vi tycker inte är våra patienter. Vi borde ha fått mer hjälp och svar från vår medicinskt ansvarig sköterska, MAS hur vi ska jobba" (D8)

Betydelsen av att chefen visar förståelse för arbetsituationen och ger stöd

Det beskrevs viktigt att chefen visade förståelse för deras arbetsituation och gav stöd i synnerhet när de klagade över hög arbetsbelastning. De kunde vid sådana tillfällen få rådet att stänga av telefonen, vilket kunde upplevas som kränkande. Rådet innebar till exempel att hemtjänsten inte kunde nå dem och det inte kändes bra. Ibland fick de också fungera som arbetsledare, vilket inte upplevdes vara rätt men det kunde ske vid tillfällen när hemtjänstgruppen var utan chef.

"Otur med områdets hemtjänstgrupp som varit chefslös. Risk att man går in där för mycket. Vi är absolut inte några arbetsledare för dem. Det är inte vårt uppdrag" (D9)

Bristande kommunikation bidrar till minskad patientsäkerhet

Inte samma tillgång till patientinformation som tidigare

Kommunerna har ett annat datajournalssystem jämfört med landstinget och det upplevdes vara en nackdel då de ej hade samma tillgång till patientinformation som tidigare, då de hade samma journalssystem som sjukhuset. Deltagarna kunde inte dokumentera första månaden efter övergången till kommunaliserad hemsjukvård då de inte var kunniga i det nya journalsystemet. Vid övergången av hemsjukvård i kommunal regi upplevdes det som en återgång till ett föråldrat arbetssätt. Databaserade tidböcker saknades och de fick istället skriva för hand i almanackor. Efter hand fick de tillgång till datoriserade tidböcker men hanteringen beskrevs inte kvalitetssäkrat och inte helt pålitligt.

"Idag har vi tidbok i datorn. Det finns bättre tidböcker. Dom vi har är inte kvalitetssäkrade. Vi kan tappa patienter. Det är lätt att suddas bort en patient" (D8)

Bristfällig överrapportering

Informationsöverföringen mellan sjukhuset och hemsjukvården hade inte fungerat när det gällde överrapportering av patienter vid utskrivning från sjukhuset. Anledningen ansågs kunna vara att nyanställda sjuksköterskor vid sjukhuset inte hade fått information om hur de skulle överrapportera. Sjuksköterskorna på sjukhuset skulle till exempel både ringa samt faxa läkemedelslistan och epikrisen till hemsjukvården när en patient skrevs hem. Men den rutinen

fungerade inte och det innebar att deltagarna inte alltid fick rapport om att patienten kommit hem. De kunde istället få meddelade via hemtjänsten eller närstående.

"En patient hade varit hemma i fyra dagar innan vi visste det. Då ringde hemtjänst för dom visste. Eller så är det anhöriga som vet att dom kommit hem" (D11)

Kommunikationen med hemtjänst kunde även brista då det kunde ha gått några dagar innan deltagarna fick kännedom om att en patient låg hemma och var sjuk. När hemtjänsten meddelade så kunde patienten ha försämrats mycket och då fanns inte annat att göra än att sända patienten till sjukhuset.

Deltagare med lång yrkeserfarenhet (AA)

Resultatet från intervjuerna med deltagarna med längre erfarenhet ledde fram till fyra kategorier som på olika sätt belyste distriktssköterskors/sjuksköterskors reflektioner av och erfarenheter om arbetsmiljön efter kommunaliserad hemsjukvård; **Att vårda i hemmiljö** bildades av tre subkategorier, **Faktorer som påverkar kommunikation och samarbete** bildades av två subkategorier, **Att kommunalisera hemsjukvården är en omställningsprocess** bildades av tre subkategorier och **Bristande ledarskap** bildades av två subkategorier. En beskrivning av samtliga kategorier och subkategorier redovisas i tabell 3. Resultatet presenteras i löpande text och tydliggörs med citat under respektive subkategori.

Tabell 3, Kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
Att vårda i hemmiljö	Ett fysiskt tungt men omväxlande arbete
	Ett fritt men stressigt arbete
	Att ha en betydelsefull roll i relationen till patienter och närstående
Faktorer som påverkar kommunikation och samarbete	Informationsöverföring och kontakter i vårdkedjan
	Kollegialt stöd och olika vårdkulturer
Att kommunalisera hemsjukvården är en omställningsprocess	Att tolka hemsjukvårdskriterier är svårt
	Nya rutiner och avsaknad av resurser
	Att sträva efter förbättring
Bristande ledarskap	Chefens oförståelse för den nya verksamheten
	Att inte känna uppskattning och delaktighet som specialistutbildad

Att vårda i hemmiljö

Ett fysiskt tungt men omväxlande arbete

Deltagarna beskrev att den fysiska arbetsbelastningen varierade. Det kunde vara kroppsligt tungt på så sätt att det var tunga väskor att bära samt mycket spring upp och ner i trappor. Arbetet på landsbygden kunde innebära långa sträckor av bilkörning till patienterna. Att köra flera mil enkel resa innebar ett statiskt sittande under lång tid, på ibland mycket dåliga vägar. Andra statiska arbetsställningar beskrevs bidra till att arbetet blev påfrestande för kroppen, till exempel att få ont i ryggen av att tvingas stå en längre stund med böjd rygg under arbetsmomentet. Patienters hem var ofta dåligt anpassade för de arbetsuppgifter som skulle utföras och bidrog till att försämra den fysiska arbetsbelastningen. Patienter ville inte alltid ha hjälpmedel som var anpassade för deras behov och situation, enligt deltagarna.

”Ja det kan vara ganska tungt, för att man är hemma hos patienter som inte har anpassad... ja som inte har anpassat för avancerad sjukvård hemma på grund av att dom kanske inte vill ha hjälpmedel. Dom kanske inte vill ha den där höj- och sänkbara sängen...” (deltagare nr 5)

Deltagarna beskrev samtidigt att arbetsställningarna var omväxlande och att det var positivt att både sitta och röra sig om vart annat. Det betonades vara viktigt att ha tillgång till bra hjälpmedel då det bidrar till att underlätta det fysiska arbetet.

Ett fritt men stressigt arbete

Arbetet innebar en frihet att själva kunna styra sin arbetsdag. Samtidigt kunde arbetet upplevas stressigt under vissa perioder. Det kunde gälla om oplanerade händelser inträffade under en och samma dag. Det medförde förutom extra arbetsuppgifter även tankar på hur de skulle hinna med allt det övriga den dagen i och med att de redan hade många inplanerade sysslor. Sådana situationer innebar att arbetet kunde kännas övermäktigt.

Det var särskilt psykiskt påfrestande och stressande med unga patienter i palliativ vård då de engagerade sig känslomässigt i dessa patienter. Många och täta besök skulle göras hos den unga patienten under dagen samtidigt som övriga hembesök skulle hinnas med.

”... du har en palliativ patient som du vet att du ska besöka, ja kanske varannan timme... i några ärenden är det varje timme och så har du kanske... sju åtta andra besök också som du måste göra, så kan man ju känna lite av stress av det” (deltagare nr 4)

Ytterligare en orsak till att deltagarna upplevde stress i arbetet var det ständigt ökande patientunderlaget. Med det menades att det inte fanns någon begränsning för hur många patienter som kan skrivas in i hemsjukvård och att de gör hembesök hos alltfler patienter utan att bli fler personal.

Att ha en betydelsefull roll i relationen till patienter och närstående

Deltagarna upplevde att de hade en mycket god och meningsfull relation till patienterna och att det sällan uppstod problem. Det var viktigt att vara lyhörd, ärlig och rak och inte lämna någon med obesvarade frågor utan istället ta reda på och återkomma med svar. De betonade vikten av att tänka på ett bra bemötande och att visa respekt i patientens hem. Patienterna visade glädje och tacksamhet över hembesöken. Att samma personal ofta återkom på hembesöken var något som de uppskattade. Kontinuiteten skapade en trygghet för patienterna. Att sträva efter en god kontinuitet beskrevs som särskilt viktigt för de svårt sjuka patienterna. Ibland kunde det uppstå etiska dilemman i vården i förhållande till patienten. Det var främst situationer då patient och deltagarna inte delade uppfattningar om vad som var de bästa åtgärderna för patienten. Det kunde handla om patientens ovilja att flytta till annat boende eller att neka läkarvård trots behov. I sådana situationer upplevdes det svårt att inte kunna erbjuda så bra vård som möjligt. En känsla av otillräcklighet beskrevs.

... då är det ju svårt, man räcker inte till, man kan ju inte ge optimal vård ibland i hemmet och så vill dom inte, vill dom inte till sjukhus och då... då kan det ju vara jobbigt (deltagare nr 3)

Deltagarna upplevde att de närstående hade ett stort förtroende för deras kunskap och kompetens. De kunde besvara närståendes många frågor och lotsa dem rätt i vården och närstående var oftast nöjda och tacksamma och uppskattade att det fanns tillgång till ett team av olika yrkeskategorier i vården kring patienten. Att närstående gav stöd och hjälp till patienter som vårdades hemma beskrevs vara viktig. Det var många gånger avgörande för att vård i hemmet skulle vara möjligt.

"... det är svårt och vara hemma om man inte har anhöriga runt omkring sig. Men det här fanns ju även på landstingstiden så var det ju så då också. Att det är byggt på anhöriga hemma" (deltagare nr 2)

Faktorer som påverkar kommunikation och samarbete

Informationsöverföring och kontakter i vårdkedjan

Samarbete i form av träffar och kontakter rapporterades som viktigt för att vården runt patienten skulle bli så bra möjligt. Samarbetet med hemtjänsten fungerade i huvudsak mycket bra och de hade tätare kontakter med dem nu efter övertagandet i kommunal regi, både genom telefonkontakter men också med personliga träffar. Teamträffarna tillsammans med hemtjänsten upplevdes positiva och gav en möjlighet att delge varandra information och få en helhetsbild av patienterna.

Samarbetet med primärvården beskrevs fungera bra och det var framförallt lätt att nå sjuksköterskorna på hälsocentralerna för att diskutera och tillsammans lösa problem som hade uppstått. Däremot upplevdes det svårare att komma i kontakt med distriktsläkarna. Tidigare hade deltagarna haft tillgång till läkare i samma byggnad och därmed en större möjlighet att snabbt rådgöra med en läkare vid behov. Att inte ha en läkare lika nära tillhands upplevdes svårt och ställde i större utsträckning krav på att de själva gjorde avancerade bedömningar.

De blev också hindrade i sitt dagliga arbete på grund av att de inte hade tillgång till andra vårdgivares journalsystem. De olika journalsystemen medförde att de oftare fick ringa till sjuksköterskor och läkare för att få information om vad som gjorts på vårdcentralen eller sjukhuset. Det hände även ibland att patienter skrevs ut från avdelning utan att deltagarna hade fått någon information innan och det medförde problem när patienten var i behov av omedelbara insatser. Dokumentationen i det elektroniska meddelandesystemet beskrevs vara bristfällig. Detta uppgavs kunna bero på tidsbrist hos sjuksköterskorna på sjukhuset, men även otillräcklig kompetens hos framför allt de mer oerfarna sjuksköterskorna som medförde att de inte hade kunskap om vilken typ av information som behövde framgå i dokumentationen till hemsjukvården. Det fanns avdelningar som inte faxade epikriser eller läkemedelslistor till hemsjukvården med hänvisning till sekretess skäl och det gjorde det omöjligt att planera för att ta emot patienten vid hemgången på ett bra sätt.

Kollegialt stöd och olika vårdkulturer

Vikten av att ha bra kolleger i distrikts- och sjuksköterskegruppen betonades. Som kolleger kunde de ge stöd och hjälpa varandra i stressiga perioder, och de upplevde att de hade mycket goda kolleger. När de vårdade patienter med svårlösta och komplexa problem så fungerade kollegerna som samtalsstöd och de pratade med varandra inom sjuksköterskegruppen. De

rapporterade att de var duktiga att hjälpa varandra med arbetsuppgifter över olika distriktsgränser. Det gjorde att arbetsbelastningen inte blev så påfrestande för en enskild medarbetare. Samtidigt tänkte de på vikten av att behålla kontinuiteten gentemot patienterna.

”... de här svårt sjuka patienterna försöker vi ju ändå ha en kontinuitet och ha samma, att vi samma har hand om dem, men sen om man ser att det är mycket besök så får man ju ta den som är minst viktig, att få det här besöket av just mig idag... så lägger man det på ett annat distrikt, så vi hjälps åt så om det är mycket.” (deltagare nr 5)

Samarbetet inom arbetsgruppen kunde försvåras av att personalen tidigare hade arbetat inom olika vårdformer. Det beskrevs att olika sjuksköterskekulturer möttes. Detta ledde till olika missförstånd i arbetsgruppen utifrån olika erfarenheter och arbetssätt och det uppgavs försvåra samarbetet.

Att kommunalisera hemsjukvården är en omställningsprocess

Att tolka hemsjukvårdskriterier är svårt

Deltagarna upplevde att kriterierna som skulle uppfyllas för att bli inskriven i hemsjukvård ofta var otydliga och svårtolkade. Det var problematiskt både för patienter och närstående att förstå sig på och även svårt för sjuksköterskor på olika vårdnivåer att veta vad som gällde. Det var inte alltid självklart om det skulle bli hemsjukvården eller primärvården som skulle ta över ansvaret för patienter vid utskrivningar från sjukhuset. Deltagarna upplevde att sjuksköterskorna på avdelningarna ofta hade svårt att veta vilken vårdgivare de skulle informera vid utskrivning.

Nya rutiner och avsaknad av resurser

Omorganisationen av hemsjukvården hade inneburit en omställning med nya arbetssätt men att de allt eftersom kommit in i de nya rutinerna. Bland annat fungerade det annorlunda vid beställning av varor samt förskrivning av material till patienterna. Det uppgavs vara viktigt att ha rutiner att arbeta efter. De lokala rutinerna på arbetsplatsen hade de fått utarbeta själva då det saknades vid övertagandet av hemsjukvården i kommunen. Det betonades samtidigt viktigt att kunna anpassa arbetet trots avsaknad av rutiner och göra det bästa efter givna förutsättningar. Att ta fram samt revidera rutiner tog mycket tid, vilket ledde till att det inte alltid gjordes i tillräcklig utsträckning.

Det fanns ett behov hos deltagarna av mer personalresurser för att kunna göra ett bra arbete. De saknade att ha tillgång till mer teknisk utrustning för att underlätta det dagliga arbetet. Sådant som de sett som självklart tidigare. De beskrev att de nu fick vända sig till vårdcentralen för att kontrollera urinprov och andra enklare prover. Tillgången på tjänstebilar var redan från start i den nya organisationen bristfällig. Detta skapade problem eftersom bil var en förutsättning för att göra hembesöken. Ibland fick de låna tjänstebilar från andra yrkeskategorier eller använda sina privata bilar i arbetet.

”Så att det händer då och då att vi får ta egna bilar, när det fattas.” (deltagare nr 2)

Att sträva efter förbättring

Deltagarna upplevde att arbetet i den nya organisationen förbättrades med tiden och att de kontinuerligt förde en dialog med ledningen för att försöka lösa problem som uppstod. Bland annat diskuterades om det skulle vara möjligt att införa särskilda begränsningar för hur många patienter som kunde vara inskrivna in i hemsjukvården vid en viss tidpunkt. En annan möjlighet rapporterades vara att bättre anpassa antalet personal efter hur många patienter som var inskrivna genom att ta fram underlag på hur många sjuksköterskeresurser som ett visst patientantal skulle motsvara.

”... för att just nu så ser jag väl att det kan bli bättre och bättre hela tiden.” (deltagare nr 5)

Bristande ledarskap

Chefens oförståelse för den nya verksamheten

Deltagarna upplevde att chefer till stor del anpassade hemsjukvårdens verksamhet till rutinerna som fungerade på särskilda boenden (Säbo). Det fanns en oförståelse för hur det fungerade i hemsjukvården. Budskapet till deltagarna var att rutiner som fungerade bra på särskilda boenden skulle kunna överföras till hemsjukvården men det upplevdes inte alltid vara möjligt. Det hade varit mera konstruktivt att utarbeta egna rutiner som bättre passade för arbetet ute i hemmen, enligt deltagarna. Att införa andras arbetssätt kändes försvårande och bakåtsträvande.

”... utan det handlade hela tiden, från början när vi klev över redan från dag ett så har det hela tiden pratats om att såhär ser det ut på Säbo och så här ska ni också göra.”

(deltagare nr 6)

Problem kunde uppstå när chefen inte alltid tänkte på vikten av att behålla en god kontinuitet till patienter. Att ersätta för varandra över olika områden kunde medföra ett lidande särskilt för svårt sjuka patienter eftersom distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hade olika erfarenhet och arbetsätt.

Att inte känna uppskattning och delaktighet som specialistutbildad

Det framkom att distriktssköterskorna som arbetar i hemsjukvården inte kände sig tillräckligt uppskattade för den specialistutbildning som de har. De upplevde att kommunen som arbetsgivare inte uppmärksammade att det tillkommit ytterligare en specialistkategori inom hemsjukvården. De påtalade särskilt att de inte fick möjlighet att utnyttja sin kompetens i den utsträckning de hoppades på, till exempel att arbeta mer med förebyggande vård. Att inte ha något att säga till om och inte bli lyssnad på uppgavs kunna leda till att medarbetare ledsnade och slutade.

Diskussion

Huvudresultat

Deltagare med kort yrkeserfarenhet (MB)

Resultatet från deltagarna med kort yrkeserfarenhet visade på flera viktiga aspekter av arbetsmiljön inom kommunaliserad hemsjukvård. Av kategorierna och subkategorierna framgår det bl.a. att arbetsbelastningen var fysiskt tungt men att tyngden varierade beroende på vårdinsatser. Oro över hur personer med demens skulle klara av att bo hemma, ett ökat antal patienter och brist på tid för patienter i ett palliativt skede ledde till stress. Samtidigt upplevdes arbetet glädjefullt och deltagarna möttes av patienters tacksamhet. När samarbetet med andra professioner inte fungerade berodde det bland annat på oförståelse för varandras rutiner. Goda relationer till patienter och närstående vid vård i hemmet betonades och etiska dilemman kunde uppstå vid olika syn på patientens vårdbehov. Vikten av bra ledarskap beskrevs och den oförberedda omorganisationen av hemsjukvård till kommunal regi möjliggjorde att nya rutiner kunde skapas gemensamt av den nya arbetsgruppen. Kommuners och landstingens olika datajournalssystem minskade tillgången på patientinformation jämfört med tidigare, medförde bristande överrapportering mellan sjukhus och hemsjukvård och bidrog till minskad patientsäkerhet.

Deltagare med lång yrkeserfarenhet (AA)

Resultatet i föreliggande studie ledde fram till fyra kategorier som på olika sätt beskrev erfarenheter om och reflektioner av arbetsmiljön i kommunaliserad hemsjukvård hos distriktsköterskor/sjuksköterskor med lång yrkeserfarenhet. I kategorin *Att vårda i hemmiljö* beskrev deltagarna bland annat hur arbetet kunde vara fysiskt tungt samt att omväxlande arbetsställningar upplevdes positivt. Arbetet upplevdes stressigt i perioder och det kunde vara psykiskt påfrestande att vårda unga palliativa patienter. De beskrev relationen till patienterna som god och meningsfull, men att det även kunde uppstå etiska dilemman när patienter motsatte sig vård trots behov. I kategorin *Faktorer som påverkar kommunikation och samarbete* framkom bland annat att teamträffar tillsammans med hemtjänst upplevdes positivt och gav en möjlighet att få en helhetsbild av patienterna. Deltagarna beskrev även brister i dokumentation och informationsöverföring i vårdkedjan som medförde att de saknade tillgång till viktig information om patienterna. Som kolleger hjälptes de åt och stöttade varandra i jobbiga perioder. I kategorin *Att kommunalisera hemsjukvården är en omställningsprocess* framkom till exempel att deltagarna fått utarbeta sina egna rutiner allt eftersom och att de upplevde brist på resurser i form av personal och utrustning. I kategorin *Bristande ledarskap* beskrev deltagarna en oförståelse hos chefer för hur verksamheten i hemsjukvården fungerade men även upplevelser av att inte bli uppskattade för sin specialistkompetens.

Resultatdiskussion

Deltagare med kort yrkeserfarenhet (MB)

Deltagarna i föreliggande studie beskrev att arbetsbelastningen i hemmen skiftade. Hur tung den fysiska belastningen var berodde på vilka vårdinsatser som utfördes hos patienten och vilka hjälpmedel som fanns i hemmet. Såromläggningar som utfördes knästående bredvid låga sängar medförde fysiskt påfrestande arbetsställningar. Sårvård som utförs i hemmet beskrevs av Friman et al som en utmanande arbetsuppgift eftersom distriktsköterskorna måste vara flexibla och lösa de ergonomiska problem som uppstår. Detta rapporterades inte vara så lätt då patienten inte alltid kan röra sig för att hjälpa till vid förflyttningar (28). Deltagarna i föreliggande studie uppgav att det inte alltid var möjligt att skapa bra arbetsställningar i hemmet eftersom hemmet många gånger inte är anpassat efter patientens vårdbehov. Munck beskrev också att distriktsköterskors obekväma arbetsställningar vid palliativ hemsjukvård även orsakade problem att på ett säkert sätt använda medicintekniska produkter (10).

Stress orsakades i föreliggande studie av att deltagarna upplevde oro för att patienter som hade demenssjukdom och om flera patienter samtidigt vårdades i livet slutskede blev det stressigt. Ökat antal vårdinsatser som skulle utföras flera gånger per dag bidrog till stress men samtidigt upplevdes arbetet glädjefullt. Studier bekräftar att distriktssköterskor som vårdar palliativa patienter i hemmet är nöjda i sin centrala vårdande yrkesroll. Trots att de möter många varierande situationer och upplever sig känslomässigt berörda så etablerar de en särskild kontakt med patienten i livets slutskede (22,29). Enligt Mok beskrivs förtroende, omtänksamhet och ömsesidighet som viktiga inslag i relationen mellan sjuksköterskor och patienter i palliativ hemsjukvård (30).

Arbetsbelastningen hörde enligt deltagarna i föreliggande studie ihop med att antalet arbetsuppgifter hade ökat och tidbristen kändes av. Tidigare delegerade provtagningar som undersköterskorna hade utfört gjordes nu av deltagarna, inskrivna patienter liksom hembesöken i hemsjukvården hade ökat. Följden blev en ökad dokumentation samt att fler administrativa uppgifter än tidigare gjordes. Tønnesen et al. beskrev i studie att distriktssköterskor upplevde brist på tid och känsla av otillräcklighet eftersom de ansåg att arbetet styrdes av administrativa och ekonomiska faktorer snarare än patienternas behov (12). Enligt Laschinger så är tillräckligt med tid att utföra arbetsuppgifter en förutsättning för hur anställda upplever sin arbetssituation (18). En ytterligare studie av Stuart et al har även visat att distriktssköterskor prioriterar i första hand patientarbetet och lägst prioritet har administrativt arbete (31).

Deltagarna i föreliggande studie beskrev att samarbetet med andra professioner påverkades av olika faktorer såsom oförståelse för varandras rutiner mellan sjukhus, hälsocentral och kommun. Det ledde till exempel till att patienter skrevs ut från sjukhus till hemmet utan läkemedelslista. Det är ett vanligt problem att distriktssköterskor/sjuksköterskor ofta saknar nödvändig information som till exempel för att säkerställa läkemedelshanteringen när patienten kommer hem från sjukhuset (16,32).

Samarbetet i teamet runt patienten dvs. den egna arbetsgruppen bestående av distriktssköterskor/sjuksköterskor, palliativa teamet och hemtjänst uppgavs fungera bra. Samarbetet med palliativa teamet och att delta vid deras träffar med inskrivning av patienter hade alltid hög prioritet. Goldschmidt et al beskrev att ett nystartat samarbete mellan palliativt team, allmänläkare och distriktssköterskor i hemsjukvården, en månad efter start hade fördelar

för patienter genom att de fick en ökad tillgänglighet till specialister i palliativ vård och förbättring av symtomhantering (33).

Det uppgavs viktigt att ha goda relationer till patienter och närstående men att och etiska dilemman kunde uppstå. Goda relationer betraktades nödvändiga vid vård i hemmet eftersom vården ofta gavs över en längre tid. Carlson et al. bekräftade att vård i hemmet gav möjlighet att etablera mer långsiktiga relationer till patienter i motsats till korta ytliga möten som kunde upplevas inom sjukhusvård. Carlson et al. beskriver också att omvårdnad i hemmet måste byggas på respekt och helhetssyn (34-35).

I föreliggande studie uppgavs att etiska dilemman i patientrelationer kunde uppstå vid olika syn på vårdbehovet. Enligt Laabs och Ulrich kunde etiska dilemman uppstå när sjuksköterskan hamnade i konflikt med patienten på grund av olika syn på patientens vårdbehov. Patientens vilja måste respekteras samtidigt som sjuksköterskan hade annan åsikt vad som var de medicinskt och omvårdandemässigt bästa insatserna för patienten (36-37). Att patienten nekade behandling var det vanligaste orsaken till att ett etiskt dilemma uppstod (36). I distriktssköterskans och sjuksköterskans kompetensbeskrivningar framgår att arbetet ska byggas på ett etiskt förhållningssätt såsom respekt för patientens integritet, unikheter och självbestämmande (1-2). Studien av Ladd et al. beskrev att etiska dilemman i hemsjukvård kan skilja sig från etiska dilemman som uppstår vid sjukhusvård. Sjuksköterskor i hemsjukvård upplevde att närstående på grund av engagemang inte alltid respekterade patientens önskemål om behandling och därmed uppstod etiska dilemman (38).

Deltagarna i föreliggande studie beskrev att organisatoriska förutsättningar och ledarskapet är viktigt men också att den oförberedda omorganisationen möjliggjorde att nya gemensamma arbetsrutiner kunde byggas upp. Vid omorganisationen presenterades otydliga hemsjukvårdskriterier, något som skapade osäkerhet i arbetsgruppen. Skapandet av säkra rutiner i vården innebär enligt Socialstyrelsen (39) ett aktivt riskförebyggande säkerhetsarbete och bygger på regelbunden uppföljning, analys och återförande av resultat till verksamheten med utgångspunkt från verksamhetens mål. Systematiskt kvalitetsarbete innebär att rutiner byggs upp för till exempel som säkerställer att samarbete, kommunikation och överrapportering inom och mellan verksamheter fungerar bra. Det är vårdgivarens ansvar att det finns ett ledningssystem medan det är ledningens ansvar att tillsammans med medarbetaren skapa en säker vård (39).

Enligt Berland kan patientsäkerheten i hemsjukvården äventyras av bristande ledarskap. Det är viktigt att chefen är insatt i de problem sjuksköterskor har i sitt arbete i hemmen som till exempel brist på uppdatering av rutiner och procedurer samt att hemtjänstpersonal utan utbildning används som vikarier (15). Bristfälligt stöd från chefer kunde vara en orsak till samvetsstress likväl som att inte ha kapacitet att göra så mycket som de ville för patienterna eller att förväntningarna var för höga (40). I föreliggande studie uppgavs det vara en stor skillnad att ha en chef som är insatt och bryr sig om personalens arbete inom hemsjukvården.

I föreliggande studie beskrevs faktorer bristande kommunikation mellan sjukhus och hemsjukvård och som innebar att deltagarna inte hade tillgång till information som tidigare. Det beskrevs även att överrapportering av patientinformationen var bristfällig och som i sin tur bidrog till minskad patientsäkerhet. Deltagarna beskrev att de vid övergången vid omorganisationen var okunniga i det nya datajournalssystemet. Att föra patientjournal är en lagstadgad skyldighet enl. patientdatalagen, informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården samt samverkan vid in och utskrivning av patienter i slutenvård (41-43). Kommunikationssvårigheter mellan hemsjukvård och slutenvård har beskrivits tidigare i studie av Olsen et al vilken visade att kommunikationssvårigheterna var relaterade till enskilda medarbetare och gällde överrapportering vid in- och utskrivning av patienter (16).

Resultatet för deltagarna med kort yrkeserfarenhet visade att Kanters teori enligt Laschinger om anställdas inflytande i arbetet inte tillämpades i tillräcklig utsträckning. Enligt teorin är det viktigt att anställda har tillgång till olika former av information, stöd och resurser för att uppleva att de kan påverka sin arbetssituation (18). Deltagarna upplevde både brist på tid för sitt arbete, otillräcklig information samt ett bristande chefsstöd, vilket kan visa att de inte hade tillräckligt inflytande över sitt arbete.

Deltagare med lång yrkeserfarenhet (AA)

Deltagarna i föreliggande studie upplevde att arbetet i hemsjukvården kunde vara fysiskt tungt genom bland annat tunga lyft, spring i trappor samt statiska arbetsställningar i patienternas hem. I en studie av Kim *et al* (44) framkom att mer än hälften av hemsjukvårdspersonalen uttryckte att arbetet ofta eller alltid var fysiskt tungt och bland de vanligaste orsakerna nämndes lyft, gå i trappor samt att stå i samma position en längre stund. Det fanns även ett signifikant samband mellan fysisk arbetsbelastning och besvär från nacke, skuldror och rygg. Deltagarna i föreliggande studie beskrev även att det var positivt att ha ett fysiskt aktivt

arbete, något som även framkom i Denton *et al* studie (9). Att deltagarna i föreliggande studie uppgav att arbetet var fysiskt tungt kan ha ett samband med deras relativt långa yrkeserfarenhet och att kroppen blir sliten efter många år i yrket. Att de dessutom arbetade i utrymmen som många gånger var trånga och saknade hjälpmedel bidrog troligen också till påfrestningar på kroppen. Enligt SBU:s rapport om arbetsmiljöns betydelse för ryggsador så framkom att de grupper som utvecklar mer ryggsbesvär än andra är bland annat personer som arbetar med manuell hantering (till exempel lyft) eller med böjd eller vriden rygg, personer som arbetar på knä eller huk eller har ett fysiskt ansträngande arbete (45).

Det framkom i föreliggande studie att arbetet kunde upplevas stressigt och deltagarna gav exempel på att det ofta inträffade oplanerade händelser som kunde leda till att arbetet kändes övermäktigt. Känslan av stress kunde också orsakas av att det inte fanns någon begränsning för hur många patienter som kunde skrivas in i hemsjukvården. Andra studier (13,16) har beskrivit hur oförutsedda arbetsuppgifter ledde till känslor av stress och att det var frustrerande att konstant avbrytas i sitt arbete. Ytterligare en studie där sjuksköterskor i hemsjukvård intervjuades påvisade slimmade tidsscheman, vilket medförde att de utträttade sysslor på sin rast för att överhuvudtaget hinna med dessa (12). Att hela tiden behöva planera och hålla sig uppdaterade på all teknisk utrustning som till exempel smärtpumpar som användes i hemsjukvården ledde också till känslor av stress (10).

Laschinger (46) menar att sjuksköterskor löper särskilt stor risk för att drabbas av stress och utbrändhet, relaterat till arbetet som en följd av att de förväntas prestera mer med mindre resurser utan att för den delen försämra vårdkvalitén. I Boswells (47) studie framkom ett signifikant samband mellan tiden som sjuksköterskor hade för att utföra arbetsuppgifter och deras upplevelse av stress, att kvalitén på vården till patienterna hade ett samband med deras upplevelse av stress samt att ökad kompetens minskade den upplevda stressen. Forskning har även visat att en expertsjuksköterska har lätt för att prioritera och en större förmåga att analysera sitt arbete (48). Att deltagarna i föreliggande studie upplevde sitt arbete stressigt, trots sin långa erfarenhet i yrket samt att de i och med det kunde förväntas ha en hög kompetens, kan troligen bero på att de hade alltför lite tid i relation till arbetsuppgifterna de var ålagda att göra.

I föreliggande studie upplevde deltagarna en särskild psykisk påfrestning när de vårdade unga palliativa patienter på grund av det känslomässiga engagemang som det innebar samt att det

ofta krävde täta besök som var svåra att hinna med. Svårigheter med att hantera sitt känslomässiga engagemang bekräftades i Dunne *et al* intervjustudie med distriktssköterskor som vårdade palliativa patienter i hemsjukvård (29). I Karlsson *et al* studie (23) där sjuksköterskor i hemsjukvård intervjuades om att vårda i livets slut framkom det att de upplevde sig ej ha tillräckligt med tid för att vårda patienterna. I likhet med vad som framkom i föreliggande studie så har tidigare forskning beskrivit relationen till patienterna i hemsjukvård som nära och meningsfulla och att patienterna visade tacksamhet (9,22). I enlighet med Antonovskys salutogena modell, känsla av sammanhang (KASAM) är begreppet meningsfullhet liktydigt med upplevelsen av att de svårigheter som en människa ställs inför är värda att engagera sig i och kämpa för (49). Det kan därför antas att deltagarna i föreliggande studie i stor utsträckning lyckades finna detta engagemang i relationen med patienterna trots att deras livssituation många gånger var komplicerad.

Deltagarna i föreliggande studie betonade vikten av att vara lyhörd och ärlig samt att visa respekt i patientens hem. Detta bekräftades i Öhman *et al* studie (22) och där framkom även att distriktssköterskor såg sig som en gäst i patientens hem. I föreliggande studie beskrev deltagarna vidare att när patienter inte delade sjuksköterskans uppfattningar om vårdbehovet kunde det uppstå etiska dilemman som ledde till känslor av att inte räkna till hos sjuksköterskan. Känslor av att inte räkna till har även påvisats i andra studier med både distriktssköterskor och sjuksköterskor i samband med vård i hemmet (14,22).

I föreliggande studie upplevde deltagarna att närstående kände ett stort förtroende för deras kunskap och kompetens och att de ofta var nöjda och visade uppskattning. Att närstående hjälpte till och stöttade patientens vård var ofta avgörande för att vård i hemmet skulle vara möjligt. I en studie (50) där vårdpersonal hade intervjuats i fokusgrupper påvisades i motsats till detta att närstående kunde vara påtryckande om patientens hjälpbehov, vilket i sin tur ledde till upplevelser av ökad arbetsbelastning. I ytterligare en studie där sjuksköterskor i hemsjukvård hade intervjuats omkring vård i livets slut (23) framkom att närstående var ovilliga att låta sjuksköterskan hjälpa patienten, något som inte framkom i föreliggande studie. Det kan i föreliggande studie vara så att deltagarnas långa yrkeserfarenhet bidrog till att närstående kände större förtroende och vågade lämna över ansvar och beslut om vården till dem.

Deltagarna i föreliggande studie beskrev hur teamträffar tillsammans med hemtjänst möjliggjorde att de kunde delge varandra information och på så sätt lättare kunna förstå patientens hela situation. I Flynn *et al* studie framkom (51) att teamträffar bidrog till att olika synpunkter diskuterades och gemensamma beslut kunde tas för att vården skulle bli till bästa möjliga nytta för patienten. I föreliggande studie beskrevs att dokumentationen och informationsöverföringen från slutenvård till hemsjukvård var bristfällig. Det hände till och med att de inte fått information om att en patient blivit utskriven till hemsjukvården och att det då kunde innebära problem med att tillgodose patientens vårdbehov. Det antogs kunna bero på tidsbrist men även på otillräcklig kompetens hos framför allt oerfarna sjuksköterskor inom slutenvården. Flera tidigare studier beskrev brister i dokumentation och överrapportering i samband med utskrivning av patienter från slutenvården till hemsjukvården (15-16,52). Olsen *et al* beskrev att särskilt nyutexaminerade sjuksköterskor var dåligt insatta i hur arbetet i hemsjukvården fungerade och att de därför saknade kunskap om vart och hur information skulle meddelas. Där framkom även att administrativa arbetsuppgifter tog tid från patientarbetet och prioriterades därför inte vid hög arbetsbelastning. Studien bekräftade också att utskrivningar sker utan att hemsjukvården får vetskap om det(16).

Resultatet i föreliggande studie visade att deltagarna betonade vikten av att ha hjälpsamma kolleger i sjuksköterskegruppen. De beskrev hur de hjälpte varandra och gav stöd när arbetsbelastningen var hög, vilket även påvisats av Denton *et al* (9) inom olika yrkesgrupper i hemsjukvård. De fungerade även som samtalsstöd åt varandra när det fanns ett behov för det, något som även framkom i Öhman *et al* (22) studie. I föreliggande studies resultat framkom även att samarbetet inom arbetsgruppen kunde försvåras av att olika sjuksköterskekulturer möttes. Skilda erfarenheter och arbetssätt kunde leda till missförstånd bland personalen. Studier bland sjuksköterskor i inom hälso- och sjukvården har belyst betydelsen av negativt samspel i arbetet såsom konflikter samt att dåligt stöd hos kolleger leder till ökad stress (46).

Deltagarna i föreliggande studie beskrev en avsaknad av arbetsrutiner vid övertagandet av hemsjukvården i kommunal regi och hur de fått utarbeta rutiner allt eftersom. Enligt Berland *et al* (15) framkom det att sjuksköterskorna i hemsjukvård helt saknade rutiner och riktlinjer och om det fanns tillgängligt så var de inte uppdaterade. Detta ansågs innebära ett problem särskilt när ny personal anställdes men även i stressfyllda situationer och det kunde leda till att patientsäkerheten blev hotad. Även om sjuksköterskorna påtalade bristen på uppdaterade rutiner för sin chef så upplevde de att det inte gavs prioritet.

I föreliggande studie uttryckte deltagarna ett behov av mer personal för att underlätta det dagliga arbetet. De saknade även teknisk utrustning som till exempel apparater för enklare provtagning och termometrar i sina arbetslokaler. Studier visade att nedskärningar inom slutenvården ledde till att allt fler svårt sjuka patienter blev inskrivna i hemsjukvård (8-10). Indragningar av personal i hemsjukvården gjorde att färre skulle utföra allt fler arbetsuppgifter (51). Studien av Berland *et al* där norska sjuksköterskor intervjuats i fokusgrupper visade att brist på sjuksköterskor i hemsjukvården gjorde att personal utan adekvat utbildning utförde sjuksköterskors arbetsuppgifter, något som dock inte framkom i föreliggande studie (15). Vården riskerade att bli fokuserad på fysiska och medicinska behov för att vara så kostnadseffektiv som möjligt och styrdes i större utsträckning av ekonomiska snarare än av patienternas vårdbehov. Sjuksköterskorna uttryckte att de tappade den mänskliga aspekten på vården (12).

I resultatet till föreliggande studie beskrev deltagarna att det fanns en oförståelse hos chefer för hur verksamheten i hemsjukvården fungerade samt att chefer förordade arbetssätt som inte alltid var anpassade för vård i hemmen. Laschinger (46) belyser ledarskapets betydelse för att skapa positiva relationer på arbetet. Egenskaper såsom att vara pålitlig och rättvis samt att ledarskapet präglas av relationer närmare än på kontroll uppgavs som viktigt. I en studie av Karlsson *et al* (23) där sjuksköterskor intervjuades om palliativ vård i hemmet framkom att det var svårt att få chefer att förstå hur tidskrävande det kunde vara med vård i livets slut. Deltagarna i föreliggande studie upplevde att de inte blev uppskattade som specialistutbildade distriktssköterskor. Författaren till föreliggande studie har inte kunnat finna studier som stödjer eller motsäger att distriktssköterskor upplever brist på uppskattning för sin kompetens. Deltagarna upplevde att de inte blev lyssnade på av sin arbetsgivare. Att inte ha något att säga till om uppgavs kunna leda till att personal slutade. Conway *et al* har framhållit att expertsjuksköterskors praktiska kunskaper är viktiga och därför är det angeläget att sjuksköterskors inflytande stärks för att främja och vidmakthålla deras expertkunskaper. Ledningen har ett stort ansvar att ge stöd och värdera sin personal (48). Även Flynn *et al* (51) påvisade i sin studie där sjuksköterskor i hemsjukvård intervjuats vikten av att chefen lyssnar på och vårdar personalen eftersom det annars fanns en risk att de sökte annat arbete. I Oudshoorn *et al* studie framkom att sjuksköterskor i hemsjukvården kände sig maktlösa och mycket styrda av arbetsgivaren i sitt arbete (53).

Resultatet för deltagarna med lång yrkeserfarenhet visade att Kanters teori enligt Laschinger om betydelsen av strukturella förutsättningar för hur anställda upplever sitt arbete inte tillämpades i tillräcklig utsträckning. Information, stöd och resurser samt möjligheter att avancera är betydelsefullt för att anställda ska uppleva att de kan påverka sin arbetssituation. (18). Deltagarna beskrev brist på tid och personal, vilket ledde till att arbetet kunde kännas övermäktigt och skapa stress, otillräcklig information angående patienter samt brist på förståelse och stöd från chefer trots att ledningen har ett ansvar att tillgodose detta. Detta kan påvisa brister i deras inflytande över sin arbetssituation.

Metoddiskussion

Deltagare med kort yrkeserfarenhet (MB)

Studiens syfte var att beskriva erfarenheter om och reflektioner av arbetsmiljön i kommunaliserad hemsjukvård hos distriktssköterskor/sjuksköterskor med kort yrkeserfarenhet. För att besvara syftet valdes empirisk studie med deskriptiv design och kvalitativ ansats. Datainsamlingen utgjordes av intervjuer med semistrukturerad intervjuguide som möjliggjorde att deltagarna kunde berätta fritt utifrån egna upplevelser. En intervjuguide användes för att samma frågor skulle ställas till alla deltagare (25) och den bestod av bakgrundsfrågor, huvudfrågor och följdfrågor. Intervjumaterialet har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (26).

Studier analyserade enligt kvalitativ innehållsanalys rekommenderas att granskas utifrån aspekterna trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet för att styrka den kvalitativa forskningens tillförlitlighet (26). Studiens trovärdighet är beroende av hur urvalet skett och hur datainsamlingsmetoden passar för att undersöka det som studien syftar till (26).

Deltagarna valdes ut genom bekvämlighetsurval (25). Bekvämlighetsurval uppges vara ett enkelt sätt att ta fram information men det är inte säkert att de som blir intervjuade är de som kan ge den mest uttömmande informationen (25). Inklusionskriterierna överensstämde väl för de fem distriktssköterskor/sjuksköterskor som deltog. Författaren strävade efter att få åtta deltagare till studien. Det visade sig vara svårt eftersom författaren hade problem med att rekrytera deltagare till studien. Hur många tänkbara deltagare som fått ta del av informationen omkring studien är inte känt för författaren. En deltagare som först sagt ja till att delta i studien valde sedan att tacka nej då det visade sig att deltagarens förutsättningar inte stämde överens med inklusionskriterierna. Förfrågningarna fortsatte men deltagarna i föreliggande

studie förblev fem till antalet. Svårigheter att få deltagare till studien kan därför ses som en svaghet.

Studien genomfördes i sammanlagt tre län i Mellansverige, fördelat på tre kommuner. Samtliga fem deltagare i studien var kvinnor varav tre distriktsköterskor och två sjuksköterskor och de hade en tjänstgöringsgrad på 100 %. Åldern i gruppen varierade mellan 38 och 55 år och de hade varit yrkesverksamma mellan ett och ett halvt år och fyra och ett halvt år. Detta innebär att de som har ingått i studien hade varierande ålder liksom längden av deras yrkeserfarenhet. De var också engagerade i sitt yrke och har delat med sig av sina erfarenheter och upplevelser. Materialet uppfattas som variationsrikt men resultat som har kommit fram kan ha påverkats av att ett bekvämlighets urval användes. Författaren är medveten om att det saknades manliga deltagare i studien vilket även kan ha påverkat resultatet.

En testintervju genomfördes vid ett tillfälle för att se hur intervjuguiden var utformad så att den passade mot syftet av studien. Testintervjun inkluderades i studiens resultat eftersom dess innehåll svarade mot studiens syfte. Intervjuerna i föreliggande studie har gjorts intervjuer både på deltagares arbetsplatser och genom telefonintervjuer. Intervjuerna av de två första deltagarna skedde enligt önskemål av deltagarna på deras arbetsplats i enskilt rum var och en för sig och författaren. Telefonintervjuerna med de övriga tre deltagarna skedde enligt önskemål av dem. Enligt Polit och Beck framstår det som viktigt att intervjuerna sker på de platser och på det sätt deltagarna önskar (25). Vid telefonintervjuerna befann sig deltagarna i sina egna hem. Intervjutiden varierade mellan 25 - 56 minuter med ett genomsnitt på 41 minuter och gav ett innehållsrikt material. Vid intervjuerna som genomfördes på deltagarnas arbetsplats gavs möjligheten att betrakta deltagarens kroppsspråk i samband med intervjun, vilket Polit och Beck beskriver vara möjligt vid en intervju på plats (25). Vid telefonintervjuerna befann sig deltagarna i sitt hem eftersom de uppgav att de kände sig mest avslappnade i hemmet när de skulle intervjuas per telefon. Intervjuerna på plats utfördes ostört på plats förutom att två kortare pauser fick tas och tiden för dessa har exkluderades från intervjutiden.

I resultatpresentationen finns citat från intervjuerna med i löpande text för att styrka trovärdigheten av studien. Det finns även beskrivet i en tabell exempel på hur analysprocessen har gått till samt tabell på studiens deltagare för att ytterligare öka

trovärdigheten. Studiens pålitlighet är beroende av att samma frågor ställs till alla deltagare samt att datainsamlingen har genomförts under en begränsad tidsperiod och stämmer överens med studiens tillvägagångssätt och som inte har hunnits förändrats över tid (26). Intervjuerna i föreliggande studie pågick under cirka tre och en halv månad.

En intervjuguide har använts så att varje intervju skulle genomföras på liknande sätt vilket styrkte studiens pålitlighet (26). De inspelade intervjuerna skrevs ut ordagrant och har bearbetats data analys arbetet. Utifrån studiens syfte har meningsbärande enheter har tagits ut och texten har kondenserats, en indelning i subkategorier och kategorier har gjorts och jämförts utifrån likheter och skillnader. Diskussioner och reflektioner med handledare och deltagare i handledningsgrupp har pågått fortlöpande, vilket ökar både resultatets giltighet och stabilitet.

Överförbarhet i en studie beskriver i vilken omfattning resultatet kan överföras till andra grupper eller sammanhang (25). Studiens överförbarhet värderas av läsaren. För att underlätta överföringen så att andra författare ska kunna genomföra studien behövs en noggrann beskrivning av urvalsmetod, deltagare, datainsamlingsmetod och dataanalys (26). Författaren till föreliggande studie har varit noggrann i beskrivningar av föregående.

Deltagare med lång yrkeserfarenhet (AA)

Inom kvalitativ forskning bedöms en studies trovärdighet utifrån begrepp såsom *giltighet*, *tillförlitlighet* samt *överförbarhet*. Med giltighet menas hur väl urval samt datainsamlingsmetod svarar mot studiens syfte. Tillförlitligheten avser i vilken utsträckning data ändras över tid och inbegriper även forskarens ställningstaganden under analysprocessen. Studiens överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper och sammanhang (26). Syftet med föreliggande studie var att beskriva erfarenheter om och reflektioner av arbetsmiljön i kommunaliserad hemsjukvård hos distriktssköterskor/sjuksköterskor med lång yrkeserfarenhet. Studien hade en deskriptiv design med en kvalitativ ansats. Designen valdes för att få deltagarnas egna upplevelser av det studerade fenomenet. Deltagarna samlades in via ett bekvämlighetsurval. Med denna urvalsmetod nås inte alltid de mest informativa deltagarna, vilket kan ses som en svaghet för studiens giltighet (25). De berörda verksamhetscheferna i de deltagande kommunerna gav sitt godkännande både muntligt och skriftligt, vilket ökar trovärdigheten. Samtliga enhetschefer fick efter verksamhetschefens godkännande ett missivbrev med e-post för att vidarebefordra

till de anställda distriktssköterskorna/sjuksköterskorna. En svaghet för studiens trovärdighet kan ha varit att alla anställda på respektive arbetsplats kanske inte fick missivbrevet skickat till sig via e-post eller att de inte läste det.

Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer då denna metod ansågs lämplig för att svara mot studiens syfte. En provintervju genomfördes för att testa frågornas relevans samt om ändringar behövde göras, vilket ökar studiens giltighet. Intervjuerna genomfördes som telefonintervjuer då det visade sig underlätta rekryteringen av deltagare för att ingå i studien. Enligt Polit & Beck (25) är telefonintervjuer ett möjligt alternativ till en personlig intervju, men har den nackdelen att intervjuaren inte har några visuella referenser såsom kroppsspråk och mimik på deltagaren. Samtidigt kan det antas möjligt att deltagarna i föreliggande studie genom en telefonintervju blev mindre hämmade och hade lättare för att vara uppriktiga i sina berättelser då de inte behövde ha kontakt ansikte-mot-ansikte med studiens författare under intervjun. Det kan antas att de upplevde att konfidentialiteten förstärktes ytterligare i och med denna intervjuform. I Polit & Beck framgår att en intervju bör ske på en ostörd plats (25). Författaren till föreliggande studie hade dock inte möjlighet att kontrollera deltagarnas val av plats där intervjun skulle genomföras mer än att påpeka att det var önskvärt att de valde en plats där de kunde prata ostört. Under en av intervjuerna hördes att deltagaren befann sig utomhus under en kortare stund. Under en annan intervju hördes en röst i bakgrunden som troligen kom från en kollega. Dessa störande moment kan ses som en svaghet för studien.

Det fanns en stor variation bland deltagarna i undersökningsgruppen. De var mellan 43 till 62 år och yrkeserfarenheten varierade mellan sju och 33 år. En av deltagarna var man. De kom från totalt fyra olika kommuner, både storstadskommun och landsbygdskommun, i tre län. Att endast sex deltagare ingick i studien kan ha varit en svaghet för studien. Trots detta så var intervjuerna innehållsrika och tillsammans med det faktum att sammansättningen av deltagare var mycket varierande så anses studiens giltighet ändå kunna stärkas. För att ytterligare stärka studiens giltighet och tillförlitlighet har författaren till föreliggande studie kontinuerligt diskuterat meningsbärande enheter, kondensering, koder, subkategorier och kategorier under analysprocessen tillsammans med handledare samt medförfattare MB vid handledningstillfällena för att få synpunkter. Även citat samt tabeller har även använts för att tydliggöra resultatet (26).

En intervjuguide med semistrukturerade frågor utformades gemensamt av båda författarna för att svara mot syftet med studien. Detta säkerställde att samma frågor ställdes till samtliga deltagare och stärkte därmed studiens tillförlitlighet (26). Datainsamlingen genomfördes under tre månader, vilket författaren anser vara en tillräckligt begränsad tid för att datainsamlingen ska vara överensstämmande och inte ha förändrats i någon större utsträckning. Även detta stärkte tillförlitligheten i studien.

Det är upp till varje läsare av en studie att bedöma resultatets överförbarhet till andra sammanhang. Författaren till föreliggande studie har försökt underlätta detta genom att ge en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling samt analysprocessen. Att använda citat för att förtydliga resultatet stärker även det studiens överförbarhet (26). Det är möjligt att det låga deltagarantalet innebär en svaghet för överförbarheten till andra grupper.

Kliniska implikationer för omvårdnad (MB och AA)

Denna studie kan användas som ett diskussionsunderlag för distriktssköterskor och sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvård samt deras verksamhetschefer i avseende att förbättra arbetsmiljön. Det är viktigt att distriktssköterskor och sjuksköterskor får större möjlighet att påverka sin arbetssituation då resultatet påvisat att det finns brister i inflytandet. Studien kan även användas för att förbättra informationsöverföring mellan hemsjukvård och slutenvård för att förenkla arbetet och på så sätt bidra till en bättre arbetsmiljö.

Förslag till fortsatt forskning (MB och AA)

Ytterligare svenska kvalitativa studier om distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter och reflektioner av arbetsmiljön i kommunaliserad hemsjukvård behöver utföras eftersom det endast finns ett fåtal studier som belyser detta. Detta kan förslagsvis ske om ett år eftersom det tar tid att genomföra en organisationsförändring samt att upplevelser förändras med tiden. Ett annat förslag är att ur ett patientperspektiv genomföra en kvalitativ studie om erfarenheter och upplevelser av att bli vårdad av distriktssköterskor och sjuksköterskor i hemmiljö.

Slutsats (MB och AA)

Studien har visat att reflektioner av arbetsmiljön i hemsjukvård beskrevs på ett liknande sätt hos deltagarna oberoende av kort eller lång yrkeserfarenhet. Arbetsbelastningen beskrevs som

fysiskt och psykiskt tung men varierande. Ett ökat antal patienter och tidsbrist bidrog till upplevelser av stress, även etiska dilemman kunde uppstå. Arbetet upplevdes ändå som menings- och glädjefullt. Kommunaliseringen av hemsjukvården innebar en omställningsprocess där tydligare arbetsrutiner och patientrelaterad tid efterfrågades. De önskade ökad förståelse och stöd för sin arbetssituation från chefer samt att specialistkompetens som distriktssköterska borde tas tillvara i större utsträckning. Distriktssköterskor och sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvård kan ha svårt att påverka olika faktorer som har betydelse för deras arbetsmiljö eftersom arbetet sker i patienternas hem.

Referenser

1. Distriktssköterskeföreningen.se [internet]. Distriktssköterskeföreningen i Sverige [updated 2009; cited 2014 Oct 14] Available from:
<http://www.distriktsskoterska.se/dokument.php?cat=1&id=1>
2. Socialstyrelsen.se [internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [updated 2005; cited Oct 14] Available from:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
3. Socialstyrelsen.se [internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [updated 2013; cited 2014 Oct 16] Available from:
<http://socialstyrelsen.item.se/showterm.php?fTid=743>
4. Lindencrona C. Hemsjukvård. Stockholm: Liber AB, 2003. p. 20.
5. Regeringen.se [internet]. Stockholm: Regeringen [updated 2011 Jun 28; cited 2014 Oct 16] Available from:
<http://www.regeringen.se/sb/d/107/a/136/action/search/type/simple?query=hemsjukv%E5rd&x=11&y=0>
6. Lg.se [internet]. Gävle: Region Gävleborg [updated 2013 Jan 03; cited 2014 Oct 06] Available from:
http://www.lg.se/Global/Jobba_med_oss/vardgivarportalen/halsoval/dokument_och_rutiner/Allmant_medicinskt/Hemsjukvard/Avtal_hemsjukv%c3%a5rd.pdf
7. Arbetsmiljöverket.se [internet]. Stockholm: Arbetsmiljöverket. AFS 1990:18 [updated 2013; cited 2014 Oct 15] Available from:
http://www.av.se/dokument/afs/AFS1990_18.pdf
8. Brulin C, Winkvist A, Langendoen S. Stress from working conditions among home care personnel with musculoskeletal symptoms. J.Adv.Nurs. 2000;31(1):181-189.
9. Denton M, Zeytinoglu I, Davies S. Working in clients' homes: the impact on the mental health and well-being of visiting home care workers. Home Health Care Serv. Q. 2002;21(1):1-27.
10. Munck B, Fridlund B, Mårtensson J. District nurses' conceptions of medical technology in palliative homecare. J Nurs Manage. 2011 Oct;19(7):845-854.
11. Partsradet.se/4011 [internet]. Partsrådet [updated 2014 Mar; cited 2014 Oct 02]. Available from:

http://www.partsradet.se/wp-content/uploads/2014/03/Arbetsmiljofragornas-utveckling_2012-06-17.pdf

12. Tønnessen S, Nortvedt P, Førde R. Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nurs Ethics*. 2011 May;18(3):386-396.
13. Samia L, Ellenbecker C, Friedman D, Dick K. Home Care Nurses' Experience of Job Stress and Considerations for the Work Environment. *Home Health Care Serv.Q.* 2012 July;31(3):243-265.
14. Sohini Fjelltun A-M, Henriksen N, Norberg A, Gilje F, Normann HK. Nurses' and carers' appraisals of workload in care of frail elderly awaiting nursing home placement. *Scand J Caring Sci* 2009; 23:57-66.
15. Berland A, Holm A, Gundersen D, Bentsen S. Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *J Nurs Manage*. 2012 Sep;20(6):794-801.
16. Olsen RM, Østnor BH, Enmarker I, Hellzén O. Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. *J Clin Nurs* 2013; 22:2964-73.
17. Spence Laschinger H, Gilbert S, Smith L, Leslie K. Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care. *J Nurs Manage*. 2010;18(1):4-13.
18. Almost J, Laschinger H. Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *J. Am. Acad.Nurse. Pract.* 2002 Sep;14(9):408-420.
19. Laschinger H, Finegan J. Using empowerment to build trust and respect in the workplace: a strategy for addressing the nursing shortage. *Nurs. Econ.* 2005 Jan-Feb;23(1):6-13.
20. Spence Laschinger H, Wilk P, Cho J, Greco P. Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: does experience matter?. *J Nurs Manage*. 2009 July;17(5):636-646.
21. Benner P. *From Novice to Expert*. San Fransisco: Addison –Wesley Publishing Company, Inc, 1984.
22. Öhman M, Söderberg S. District nursing -- sharing an understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. *J.Clin.Nurs*. 2004 Oct;13(7):858-866.

23. Karlsson M, Karlsson C, Barbosa da Silva A, Berggren I, Söderlund M. Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. *Scand. J.Caring.Sci.* 2013 Dec;27(4):831-838.
24. Bergdahl E, Wikström B, Andershed B. Esthetic abilities: a way to describe abilities of expert nurses in palliative home care. *J. Clin. Nurs.* 2007 Apr;16(4):752-760.
25. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia: Woters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today* 2004; 24:105-12.
27. Codex.vr.se [internet]. Uppsala: Centrum för forskning & bioetik [updated 2014 Oct 11; cited 2014 Oct 16] Available from: <http://www.codex.vr.se/>
28. Friman A, Klang B, Ebbeskog B. Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scand. J. Caring Sci.* 2011 Sep; 25(3): 426-434.
29. Dunne K, Sullivan K, Kernohan G. Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *J. Adv. Nurs.* 2005; 50(4): 372-380.
30. Mok E, Pui Chi C. Nurse–patient relationships in palliative care. *J. Adv. Nurs.* 2004; 48(5): 475-483.
31. Stuart E, Jarvis A, Daniel K. A ward without walls? District nurses' perceptions of their workload management priorities and job satisfaction. *J. Clin.Nurs.* 2008; 17(22): 3012-3020.
32. Rydeman I, Törnkvist L. The patient's vulnerability, dependence and exposed situation in the discharge process: experiences of district nurses, geriatric nurses and social workers. *J. Clin.Nurs.* 2006; 15(10): 1299-1307.
33. Goldschmidt D, Groenvold M, Johnsen A, Strömgren A, Krasnik A, Schmidt L. Cooperating with a palliative home-care team: expectations and evaluations of GPs and district nurses. *Palliat.Med.* 2005;19(3): 241-250.
34. Carlson E, Rängård M, Bolmsjö I, Bengtsson M. Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: A focus group study. *Int.J.Nurs.Stud.* 2014;51(5):761-7.
35. McGarry J. The essence of 'community' within community nursing: a district nursing perspective. *Health Soc. Care Community.* 2003; 11(5): 423-430.

36. Laabs C. Moral problems and distress among nurse practitioners in primary care. *J.Am.Acad.Nurse. Pract.*2005;17(2): 76-84.
37. Ulrich C, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Grady C, et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J.Adv. Nurs.*2010; 66(11): 2510-2519.
38. Ladd R, Pasquerella L, Smith S. What to Do When the End Is Near: Ethical Issues in Home Health Care Nursing. *Public Health Nurs.*2000; 17(2): 103-110.
39. Socialstyrelsen.se[internet]. Stockholm: Socialstyrelsen, SOSFS 2011:9 [updated 2013; cited 2014 Oct 15]. Available from:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-38/>
40. Glasberg A-L, Eriksson S, Norberg A. Factors associated with 'stress of conscience' in healthcare. *Scand J Caring Sci*; 2008; 22; 249–258
41. Riksdagen.se [internet]. Stockholm: Socialdepartementet. SFS 2008:355 [updated 2014 May 21; cited 2014 Oct 15]. Available from:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/
42. Socialstyrelsen.se [internet]. Stockholm: Socialstyrelsen, SOSFS 2008:14 [updated 2013; cited 2014 Oct 15]. Available from:
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14>
43. Socialstyrelsen.se [internet]. Stockholm: Socialstyrelsen, SOSFS 2005:27 [updated 2013; cited 2014 Oct 15]. Available from:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-10-27>
44. Kim I, Geiger-Brown J, Trinkoff A, Muntaner C. Physically demanding workloads and the risks of musculoskeletal disorders in homecare workers in the USA. *Health Soc. Care Community*. 2010 Sep;18(5):445-455.
45. Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem [internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utredning; 2014 [cited 2014 Oct 14]. Available from:
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Arbetsmiljons-betydelse-for-ryggproblem/>
46. Laschinger H. Positive Working Relationships Matter for Better Nurse and Patient Outcomes Editorial. *J. Nurs.Manage.*2010 Nov;18(8):875-877.
47. Boswell C. Work stress and job satisfaction for the community health nurse. *J. Community Health Nurs*. 1992 Dec;9(4):221-227.
48. Conway J. Evolution of the species "expert nurse". An examination of the practical knowledge held by expert nurses. *J. Clin.Nurs.*1998;7(1):75-82.

49. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur, 2005
50. Vik K, Eide A. The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care. *Scand. J.Caring Sci.*2012 Sep;26(3):528-536.
51. Flynn L, Deatrck J. Health policy and systems. Home care nurses' descriptions of important agency attributes. *J. Nurs.Scholarsh.* 2003 Dec;35(4):385-390.
52. Edgren L, Lagercrantz K, Övretveit J. Inter-agency cooperation and discharge planning for older people in South Sweden. *Vård I Norden.* 2005 June;25(2):53-58.
53. Oudshoorn A, Ward-Griffin C, McWilliam C. Client-nurse relationships in home-based palliative care: a critical analysis of power relations. *J. Clin.Nurs.*2007 Aug;16(8):1435-1443.