



EXAMENSARBETE

Våren 2011

Sektionen för hälsa och samhälle

Omvårdnad avancerad nivå

DS8151

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete med äldre vårdtagare i hemsjukvården

-en kvalitativ intervjustudie

Författare

Marianne Burman

Handledare

Carina Elgán

Examinator

Agneta Berg

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete med äldre vårdtagare i hemsjukvården

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Marianne Burman

Handledare: Carina Elgán

Examinator: Agneta Berg

Empirisk studie

Datum 20110323

Sammanfattning

Bakgrund: Hälsofrämjande arbete är en del av distriktssköterskans arbetsuppgifter. För att kunna erbjuda detta till äldre vårdtagare i hemsjukvården behövs ökad kunskap om hur distriktssköterskan utför det hälsofrämjande arbetet i sitt praktiska arbete. Syfte: Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskans hälsofrämjande arbete med äldre vårdtagare i hemsjukvården. Metod: Kvalitativa intervjuer genomfördes med åtta distriktssköterskor. Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. Resultat: Resultatet visade att distriktssköterskans hälsofrämjande arbete har tre delar. Först hälsofrämjande omvårdnad av vårdtagaren, med insatser för att förbättra fysisk, psykisk och social hälsa. Sedan hälsofrämjande ledarskap tillsammans med andra berörda yrkeskategorier och slutligen distriktssköterskans hälsofrämjande synsätt, som att se möjligheter och respektera vårdtagarens vilja. Slutsats: Olikheter gällande riktlinjer för arbetet, kan medföra en fokusering på fysisk hälsa på bekostnad av psykisk och social hälsa. Ett väl fungerande samarbete med andra yrkeskategorier är en förutsättning för distriktssköterskans hälsofrämjande arbete. Distriktssköterskan måste respektera vårdtagarens vilja och se vårdtagarens möjligheter för att arbetet ska uppfattas som hälsofrämjande av vårdtagaren.

Nyckelord: Distriktssköterska, Hälsofrämjande arbete, Äldre, Hemsjukvård

District nurse´s health promotion work with elderly caretakers in home health care

A qualitative interview study

Author: Marianne Burman

Supervisor: Carian Elgán

Empirical study

Date 20110323

Abstract

Background: Health promotion is one part of the district nurse´s duties. In order to offer this to elderly caretakers in home health care, there is need for greater understanding of how the district nurse carry out health promotion in practice. Aim: The purpose of this study was to describe the district nurse´s health promotion work with elderly caretakers in home health care. Method: The study was conducted by qualitative interviews with eight district nurses. The material was analyzed by qualitative content analysis. Results: The results showed that the district nurse conducts health promotion work in three areas. First in the health care of the patient with efforts to improve the physical, mental and social health. Second in health promotion leadership together with other relevant professionals. Finally through the district nurses health promotion approach to see the opportunities and respect the caretakers will. Conclusion: Differences existing guidelines for the work may lead to a focus on physical health at the expense of psychological and social health. A well-functioning cooperation with other professionals is a precondition for the district nurse's health promotion. District nurses must respect the caretakers will and see there ability if the work will be perceived as health of the caretaker.

Keywords: District Nurse, Health promotion, Elderly, Home Health Care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	8
METOD	8
<i>Design</i>	8
<i>Kontext</i>	8
<i>Urval</i>	9
<i>Tillvägagångssätt</i>	10
<i>Datainsamlingsmetod</i>	10
<i>Analysmetod</i>	12
<i>Forskningsetiska överväganden</i>	13
RESULTAT	14
<i>Hälsofrämjande omvårdnad</i>	15
Insatser för bättre fysisk hälsa	15
Insatser för bättre psykisk hälsa	16
Insatser för bättre social hälsa	17
<i>Hälsofrämjande ledarskap</i>	18
Handleda personal	19
Samordning.....	19
<i>Hälsofrämjande synsätt</i>	20
Se möjligheter.....	20
Respektera vårdtagarens vilja.....	20
DISKUSSION	22
<i>Metoddiskussion</i>	22
<i>Resultatdiskussion</i>	24
<i>Slutsats</i>	26
REFERENSER	27
Bilaga 1 Intervjuguide	
Bilaga 2 Informationsbrev	
Bilaga 3 Informationsbrev och samtycke	
Bilaga 4 Informationsbrev till enhetschef	

BAKGRUND

Distriktssköterskan har som uppgift att ta initiativ till och vidta åtgärder för att främja den fysiska, psykiska och sociala hälsan för människor i alla åldrar (SFS 1995:5). Enligt Berg (2007) som undersökt förhållandena för sjuksköterskor i allmänhet, innebär hälsofrämjande arbete för sjuksköterskan en balansgång mellan medicinsk vetenskap och det han kallar holistiskt omvårdnad. Trots att sjuksköterskan har en önskan att ge en holistisk vård är det lätt att fokus kommer att läggas på de medicinska behoven (Berg 2007). För att de äldre ska kunna känna trygghet och välbefinnande behövs en vård som genom samarbete tar hänsyn till de behov vårdtagarens har (Gurner & Thorslund 2001). Preventiva åtgärder kommer att bli viktigare i hemsjukvården, då antalet äldre och därmed personer med ökat vårdbehov ökar i samhället. En mer salutogen syn är nödvändig och sjuksköterskorna har en nyckelroll i vården av äldre personer (Hallberg & Kristensson 2004, Toofany 2008). Det är därför viktigt med mer kunskap om sjuksköterskans möjligheter att arbeta hälsofrämjande med äldre i hemsjukvården, för att de äldre på sikt ska få mer välbefinnande och en innehållsrik vardag.

Andelen äldre personer ökar i samhället och många uppnår en hög ålder (Agahi , Lagergren, Thorslund & Wånell 2005, s. 7). I dagsläget uppgår antalet personer, äldre än 65 år i Sverige till ca 17 % det vill säga ca 1,5 miljoner människor och den andelen förväntas öka (Klintefelt 2009). Äldre personer är en heterogen grupp med varierande behov av vård och omsorg. Beroende på var i åldrandeprocessen de befinner sig krävs olika insatser (Dahlin Ivanoff 2007). Enligt Agahi et al. (2005) kan livet delas upp i fyra åldrar, den första före vuxen ålder, sedan yrkesliv och familj, den tredje är som frisk ålderspensionär och den fjärde är den tid då personen blivit beroende och hjälp behövs. Även före fjärde åldern kan det finnas personer som är beroende av hjälp och stöd och i denna studie kommer personer över 65 år att benämnas som äldre. Behovet av distriktssköterskans hälsofrämjande insatser kommer att öka, för att kunna tillgodose de äldres varierande behov.

Allt fler av dessa äldre personer bor kvar i ordinärt, det vill säga eget boende och har svårt att ta sig till primärvårdens mottagningar (Gurner & Thorslund 2001). De personer som av olika anledningar har svårt att ta sig till primärvårdens mottagningar har rätt till

hemsjukvård (Holgersson 2004). Hemsjukvården är reglerad i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) där det anges att landsting eller kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till personer som bor eller vistas i området. I dagsläget har 250 000 personer hemsjukvård i Sverige, av dem är 87 % över 65 år (Socialstyrelsen 2008). Statens offentliga utredningar (SOU 2004:68) definierar hemsjukvård som vård som ges där patienten vistas, i hemmet eller på särskilt boende och vården ska alltid föregås av en planering. Sedan 1992 har kommunen övertagit ansvaret för hemsjukvården. Kommunen ska erbjuda vård i hemmet, dock inte sådan vård som kräver läkarinsatser, den vården är landstingets ansvar (SOU 2004:68). Hemsjukvårdens organisation varierar dock över landet och landstinget kan på vissa orter vara ansvarig för hemsjukvården i ordinärt boende (Socialstyrelsen 2008). I hemsjukvården arbetar distriktssköterskor och allmänsjuksköterskor och ibland även undersköterskor. Oberoende av hur hemsjukvården är organiserad har distriktssköterskan, tillsammans med andra yrkesgrupper, till uppgift att främja hälsan för vårdtagaren.

Sjuksköterskor med vidareutbildning i distriktsvård, distriktssköterskor har i de flesta fall ansvar för vården inom ett geografiskt avgränsat område. Distriktssköterskan ska ha ett hälsofrämjande, för att kunna möta, hjälpa och stödja vårdtagare och deras familjer i olika situationer (Gunnarsson, Gusdal, Jarl, Johansson, Rising, Stender, Törnvall & Östlinder 2008). Distriktssköterskan i hemsjukvården upplevs som trygghetsskapande och punktlig och vårdtagaren upplever att hon tar sig tid (Gurner & Thorslund 2001). På hembesök lär distriktssköterskorna känna både patient och anhöriga och får ta del av deras vardag. På så vis kan distriktssköterskan få en inblick i vårdtagaren liv och livsstil och erbjuda en individuell plan för varje patient (Dick 2006). För att planeringen ska bli individuell är dialogen och ett jämlikt förhållande mellan patient och sköterska viktig (Berg 2007, Richardson 2002). Richardson (2002) menar att distriktssköterskans förmåga att lindra symtom inger förtroende men att det kommer i andra hand efter kontakten mellan distriktssköterska och patient. Ökad kunskap om distriktssköterskans hälsofrämjande arbete behövs för att kunna erbjuda vårdtagaren de hälsofrämjande insatser som det finns behov av.

Hälsa är ett vitt begrepp och det finns flera olika sätt att definiera hälsa. World Health Organizations (WHO) definition av hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom. Hälsa för äldre personer definieras också som en möjlighet att kunna behålla funktionsförmåga och livskvalitet och kunna göra det man vill göra. Hälsöfrämjande arbete innebär olika nivåer och mål för olika individer (Berg 2007, Resnick 2003). WHO (1986) definierar hälsöfrämjande arbete som en verksamhet inriktad på att stärka människors förmåga att ta kontroll över sin hälsa. Prevention är sjukdomsförebyggande och inriktas på att försöka minska beteende som leder till sjukdom hos enskilda individer (Resnick 2000). I distriktssköterskans hälsöfrämjande arbete behövs båda definitionerna för att hänsyn ska tas till vårdtagarens hela situation.

Bergs (2007) och Resnicks (2003) definition av hälsa och hälsöfrämjande arbete utgår från vårdtagarens perspektiv. Folkhälsoinstitutet anger en mer allmänt hållen definition och innefattar insatser som har som mål att förhindra sjukdom. Folkhälsoinstitutet har i sitt arbete med folkhälsa kommit fram till fyra hörnstenar i det hälsöfrämjande arbetet. Dessa hörnstenar är fysisk aktivitet, bra matvanor, social gemenskap/stöd och delaktighet/meningsfullhet/känna sig behövda (Agahi et al. 2005, s. 44). Flera studier visar att fysisk aktivitet är hälsöfrämjande och ger en ökad funktionsförmåga även på äldre dagar (Helbostad, Sletvold & Moe-Nilssen 2004, Adler & Roberts 2006). Bra matvanor är viktigt genom hela livet och grunden läggs ofta i tidig ålder men även kostomläggningar sent i livet har goda hälsoeffekter (Agahi et al. 2005, s. 46). För att förbättra matlust och på så sätt öka näringsintaget för att få mer energi och välbefinnande bör insatser för att minska ensamhet och isolering bland äldre prioriteras (Österman & Gruner 2004, Martin, Kayser-Jones, Stotts, Porter & Sivarajan-Froelicher 2005). Social gemenskap och stöd påverkar hälsan och välbefinnandet positivt, äldre personer som engagerar sig i frivilligt arbete har en högre känsla av välbefinnande (Everard 1999, Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario & Tang 2002). Att kunna fortsätta med hobbies och aktiviteter och att få ta del av naturupplevelser uppges som en stor del i känslan av välbefinnande då det skapar positiva känslor och glädje (Björklund, Sarvimäki & Berg 2008). När det gäller psykisk hälsa är det övergripande målet för patientens välbefinnande att kunna behålla kontrollen, må bra, vara sig själv och vara

självbestämmande (Berg 2007, Björklund et al. 2008). Att känna sig bekräftad, känna hopp och vara intresserad av framtiden, vara engagerad och ha fungerande relationer med sin omgivning ger också en känsla av välbefinnande (Hedelin & Strandmark 2009). Det är möjligt att behålla kraftfullhet och hälsa in till livets slut, både fysiska och psykiska funktionsnedsättningar på grund av ålder kan skjutas upp med hjälp av förändringar i livsstilen (James och Fries 2002). Resnick (2003) menar att första steget i hälsofrämjande arbete bland äldre är information och hjälp att förstå fördelarna med livsstilsförändringar och andra aktiviteter.

I hemsjukvården vårdar distriktssköterskan personer som har svårt att ta sig till primärvårdens mottagningar och många av dem är äldre (Socialstyrelsen 2008). Att arbeta hälsofrämjande är en del av distriktssköterskans arbete i hemsjukvården (Gunnarsson et al. 2008). Det framkommer i flera studier att förändringar i livsstilen och ett innehållsrikt liv kan hjälpa äldre personer att känna välbefinnande. För att kunna erbjuda bästa möjliga hälsofrämjande till vårdtagarna behövs ökad kunskap om hur distriktssköterskan omsätter detta i sitt praktiska arbete.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskans hälsofrämjande arbete med äldre vårdtagare i hemsjukvården.

METOD

Design

Studien var en kvalitativ intervjustudie. Distriktssköterskor intervjuades för att få en djupare beskrivning av deras hälsofrämjande arbetet. Informationen i kvalitativ forskning erhålls med fördel från personer som har förstahandsinformation om ämnet. (Polit & Beck, s. 17). Avsikten var att undersöka och beskriva distriktssköterskornas hälsofrämjande arbete och hur de förhöll sig till det. Kvalitativ beskrivning är ett sätt att beskriva variationerna och betydelsen av ämnet (Polit & Beck 2008, s. 19).

Kontext

Studien har genomförts i två kommuner i Kronobergs län där distriktssköterskor i hemsjukvården har intervjuats. Området där distriktssköterskorna var verksamma

omfattade både i tätort och på landsbygd. Invånarantalet och antalet anställda i hemsjukvården varierar i kommunerna (tabell 1).

Tabell 1. Beskrivning av kommunerna som ingår i studien.

	Kommun 1	Kommun 2
Invånarantal	27 297	18 802
Varav personer äldre än 65 år	5 762 (21,1%)	3 852 (20,5%)
Vårdtagare i hemsjukvården	1 200 (4,4%)	700 (3,7%)
Sjuksköterskor i hemsjukvården	51	44
Varav distriktssköterskor	17	4

I de två kommuner där studien genomförts är kommunen huvudman och hemsjukvården har en egen organisation med en gemensam enhetschef för alla distriktssköterskor och sjuksköterskor. Hemsjukvårdens enhetschef ansvarar för den vård som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Vården som ges enligt socialtjänstlagen (SOL) beslutas av biståndshandläggare och enhetschefen för området ansvarar för utförandet.

Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna i hemsjukvården samarbetar med omvårdnadspersonal och delegerar delar av arbetsinsatserna till dem.

Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna ansvarar för vården av vårdtagarna i ett geografiskt avgränsat område, eller ett specifikt boende och de utgår från ett kontor beläget på ett särskilt boende.

Urval

Ändamålsenligt urval baseras på undersökarens uppfattning om att vissa personer har speciell kunskap om ämnet som ska undersökas (Polit och Beck 2008, s. 343). Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av hälsofrämjande arbete i hemsjukvården. Distriktssköterskan får anses vara den mest lämpliga att beskriva sitt arbete. Därför ansågs ett ändamålsenligt urval lämpligt och författaren valde att tillfråga distriktssköterskor i hemsjukvården i två närliggande kommuner om deltagande i studien. För att inkluderas i studien skulle informanterna vara utbildade distriktssköterskor och ha arbetat i hemsjukvården i minst ett år. I den kommun där endast fyra distriktssköterskor fanns anställda, fanns ett antal sjuksköterskor med

specialistutbildning om äldre. Dessa exkluderades ur studien, då syftet var att beskriva just distriktssköterskans arbete. Samtliga distriktssköterskor som tillfrågades, samtyckte till att medverka i studien. Av distriktssköterskorna som deltog i studien, arbetade en enbart på särskilt boende, två enbart i ordinärt boende och övriga fem arbetade både på särskilt boende och i ordinärt boende. Åldern på de distriktssköterskorna som medverkade i studien var mellan 35 och 59 år, en man och sju kvinnor. Även yrkeserfarenheten som distriktssköterska varierade och den var mellan tre och 32 år. Några av distriktssköterskorna hade tidigare erfarenhet från vårdcentralarbete med distriktssköterskemottagning och barnhälsovård. Några hade arbetat i hemsjukvården hela den yrkesverksamma tiden. Variation i deltagarnas ålder, kön och yrkeserfarenhet innebär att den samlade bilden av distriktssköterskans hälsofrämjande arbete blir bredare (Graneheim & Lundman 2004).

Tillvägagångssätt

Enhetscheferna för hemsjukvården i två kommuner i Kronobergs län kontaktades, och informerades om studiens syfte. De gav sitt medgivande till att intervjuerna genomfördes med distriktssköterskorna på deras arbetstid i respektive kommun (bilaga 4). I den kommun där endast fyra distriktssköterskor var anställda, tillfrågades de fyra av författaren om deltagande. I den andra kommunen föreslog enhetschefen sex distriktssköterskor som hon trodde skulle vara villiga att delta. Även dessa sex tillfrågades om deltagande av författaren. De tio distriktssköterskorna tillfrågades om deltagande i studien, via telefon. För att samtliga distriktssköterskor skulle få samma information om studien lästes innantill från informationsbrevet (bilaga 2) under telefonsamtalet. Alla tio av de tillfrågade distriktssköterskorna samtyckte till att medverka i studien och tid för intervju bestämdes. Distriktssköterskorna fick vid intervjutillfället skriftlig information om studiens syfte, att det var frivilligt att delta, att de när som helst kunde dra sig ur och att materialet skulle behandlas konfidentiellt så att inte informanternas identitet skulle röjas (bilaga 2). Distriktssköterskorna lämnade före intervjun ett skriftligt informerat samtycke (bilaga 3).

Datainsamlingsmetod

Intervjuerna hölls på distriktssköterskornas arbetsplatser, i avskilda rum som distriktssköterskorna hänvisade till. Det är viktigt att plats för intervjun väljs så att

risken att bli störd under intervjun minskas (Polit & Beck 2008 s 399). Intervjuerna genomfördes september- november 2010. Kvalitativa intervjuer genomfördes och för att säkerställa att ämnet täcktes användes en intervjuguide (bilaga 1) med öppna frågor. En intervjuguide underlättar för intervjuaren att erhålla svar som täcker ämnet samtidigt som informanterna tillåts tala fritt (Polit & Beck 2008, s. 394). Först genomfördes två pilotintervjuer. Det bedömdes att intervjuguiden behövde ändras på grund av att frågorna var så öppna att de ledde samtalet in på hälsofrämjande i allmänhet och inte specifikt för äldre i hemsjukvården. Pilotintervjuerna uteslöts därför ur studien. Därefter genomfördes de resterande åtta intervjuer som sedan bildat resultatet. Intervjuerna inleddes med allmänna frågor om ålder och yrkeserfarenhet. Därefter ställdes den inledande frågan ”Vad är det i ditt dagliga arbete som du ser som hälsofrämjande för äldre?” och sedan ” Vad tycker du är det viktigaste i det hälsofrämjande arbetet?”. Svaren kompletterades med följdfrågor som ”hur menar du?” och ”kan du ge något exempel?”. Målet är att ställa frågor som ger informanterna möjlighet att lämna riklig och detaljerad information om ämnet (Polit & Beck 2008, s. 394). Anteckningar om intressanta uttalanden genomfördes under intervjun för att i ett senare skede i intervjun kunna ställa fler frågor om detta och inte avbryta distriktssköterskorna. Polit & Beck (2008, s. 400) poängterar vikten av att vara en god lyssnare och inte avbryta informanten eller ställa ledande frågor under intervjun. Intervjuerna spelades in på en MP3-spelare för att vara säker på att distriktssköterskornas version av informationen blev sparad. Inspelning genomfördes också för att intervjuaren skulle kunna vara fokuserad och lyssna på vad distriktssköterskorna sade, och kunna ställa relevanta följdfrågor. Polit & Beck (2008, s. 386) rekommenderar inspelning av intervjuer före anteckningar, då anteckningar kan påverka intervjuaren uppmärksamhet under intervjun och att anteckningar efter intervjun kan vara svårare att tyda. Intervjuerna avslutades när alla frågor i intervjuguiden hade tagits upp genom att frågan ”Är det något du vill tillägga eller som du tycker vi glömt att ta upp?” ställdes. Detta för att distriktssköterskorna skulle få möjlighet att tillföra det som de eventuellt kommit att tänka på under intervjun. En sådan avslutande fråga kan ofta leda till en stor mängd information (Polit & Beck 2008, s. 401). Intervjuerna varade mellan 25 och 35 minuter. Det inspelade materialet genomlyssnades direkt efter intervjun för att säkerställa att inspelningen fungerat. Polit & Beck (2008, s. 401) menar att genomlyssning ska ske

direkt efter intervjun för att den ska kunna rekonstrueras så detaljerat som möjligt om det förekommit problem under inspelningen. Intervjuerna transkriberades ordagrant, skratt, hummanden och tystnad togs med för att försöka återskapa stämningen under intervjun. Transkriberingen av det insamlade materialet gjordes samma dag som intervjun genomfördes eller dagen efter, för att intervjuerna skulle vara i färskt minne under transkriptionen. Forskaren måste försäkra sig om att det transkriberade materialet överensstämmer med de genomförda intervjuerna (Polit & Beck 2008, s. 508).

Analysmetod

Det insamlade materialet har analyserats utifrån Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Då alla intervjuer var genomförda och transkriberade, genomlästes det transkriberade materialet flera gånger för att få en förståelse för vad som sagts. Textens innehåll blir inte tydligt förrän forskaren har lärt känna materialet (Polit & Beck (2008, s. 508). Det framkom att distriktssköterskorna talade om hur de förhöll sig till det hälsofrämjande arbetet, de beskrev också sina insatser. Därefter togs meningsbärande enheter ut. Meningsbärande enheter kunde vara enstaka ord, meningar eller delar av stycken som svarade på syftet med studien (tabell 2). De meningsbärande enheterna kondenserades, så att antalet ord minskades utan att förändra innehållet. Det kondenserade materialet reducerades ytterligare genom att det försågs med en kod som beskrev innehållet i texten. Innehållsanalys innebär att framträdande mönster identifieras genom nedbrytning av materialet till mindre enheter (Polit & Beck 2008, s. 517). Koderna jämfördes gällande likheter och olikheter, de bildade grupper som blev till underkategorier. Sedan jämfördes även underkategorierna gällande likheter och olikheter och delades in i tre övergripande kategorier (tabell 2). Både underkategorier och kategorier gavs tämligen konkreta namn som beskrev händelser i distriktssköterskans arbete. När syftet är beskrivande används oftast konkreta kategorier (Polit & Beck 2008, s. 510).

Tabell 2. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Under-kategori	Kategori
Att man finns där så att dom blir trygga i den mån det går	Finns där så dom blir trygga	Ge trygghet	Insatser för bättre psykisk hälsa	Hälsofrämjande omvårdnad
Mot benskörhet, att dom ska vara uppe så mycket som möjligt	Ska vara uppe så mycket som möjligt	Vara fysiskt aktiva	Insatser för bättre fysisk hälsa	
Att dom får göra lite grejer som dom tycker om	Göra det dom tycker om	Bevara intressen	Insatser för bättre social hälsa	
Vi håller ju på hela tiden, det handlar ju om att motivera personalen att jobba mot samma mål	Motivera personalen att jobba mot samma mål	Motivera personal	Handleda personal	Hälsofrämjande ledarskap
Är dom ostadiga får vi kontakta sjukgymnast så att de får ett träningsprogram för balansen	Anlita sjukgymnast för träningsprogram	Kontakta resursperson	Samordning	
Viktigt att man är överens, för om hon inte är med på det, måste man ju veta att det är självbestämmande	Viktigt vara överens, det är ju självbestämmande	Vårdtagaren bestämmer	Respektera vårdtagarens vilja	Hälsofrämjande synsätt
Man har ju olika individer så man måste hela tiden tänka i nya vägar	Olika individer - tänka nya vägar	Vara flexibel	Se möjligheterna	

Forskningsetiska överväganden

Deltagarna i en studie ska inte utsättas för obehag eller skada, genom att hamna i situationer som de inte är förberedda på (Polit & Beck 2008, s. 171).

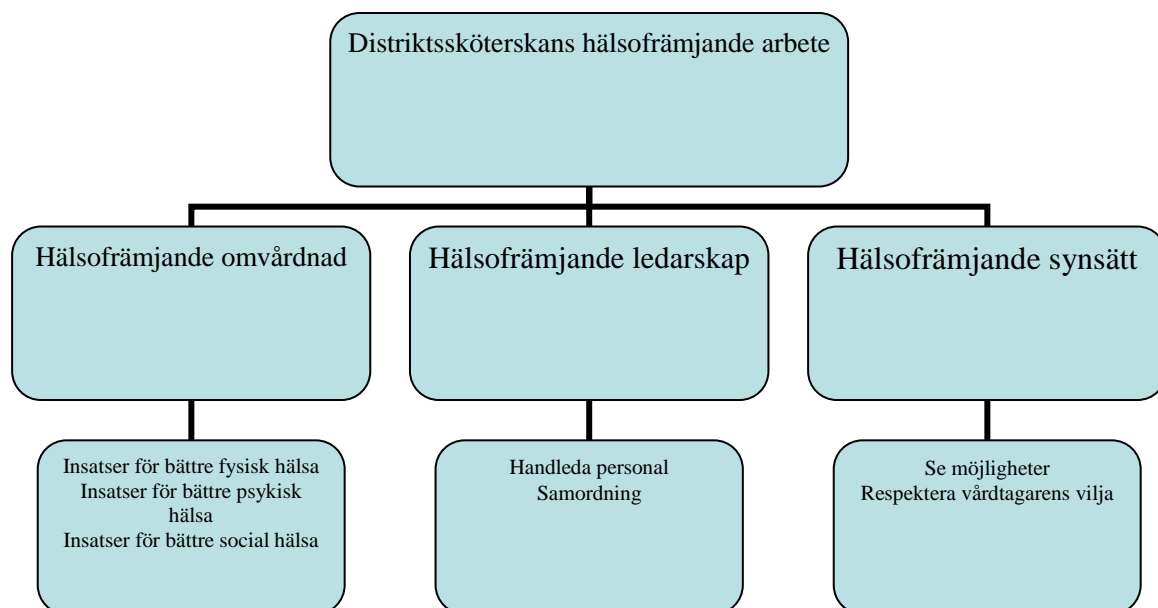
Distriktssköterskorna informerades om studiens syfte, av författaren, först muntligt i telefon när de tillfrågades om deltagande i studien. De fick sedan även skriftlig information i samband med intervjun (bilaga 2). Distriktssköterskorna fick information om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde dra sig ur studien utan någon förklarande orsak och att ge kunde neka att ge information. Informanter i en studie kan ta ansvar för sitt handlande och har rätt till självbestämmande (Polit & Beck 2008, s. 172). Distriktssköterskorna fick också information om att materialet skulle behandlas konfidentiellt, på så vis att endast författaren och handledaren skulle ha tillgång till materialet. Information gavs även om att namn och andra uppgifter som

kunde leda till identifiering av distriktssköterskorna inte skulle uppges i studien.

Distriktssköterskorna har avidentifierats genom att intervjuerna och citaten i resultatdelen har försetts med ett nummer. Informanterna i en studie har rätt att förvänta sig att all information de lämnar behandlas konfidentiellt (Polit & Beck 2008, s. 180). Efter att de läst den skriftliga informationen fick distriktssköterskorna lämna skriftligt informerats samtycke genom att underteckna informations och samtyckebrevet (bilaga 3). Etisk bedömning har gjorts av handledaren.

RESULTAT

Resultatet visade att distriktssköterskans hälsofrämjande arbete i hemsjukvården har tre delar. *Hälsofrämjande omvårdnad* omfattar insatser för bättre fysisk, psykisk och social hälsa för vårdtagaren. *Hälsofrämjande ledarskap* beskriver distriktssköterskans kontakt med andra yrkesgrupper som är representerade i omvårdnaden. *Hälsofrämjande synsätt* beskriver hur distriktssköterskan utförde de hälsofrämjande insatserna gentemot vårdtagaren (figur 1). I resultatet anges citat från informanterna med kursiv stil och en siffra inom parantes anger numret på intervjun.



Figur 1

Hälsofrämjande omvårdnad

Det framkom i studien att distriktssköterskorna i hemsjukvården utförde en mängd insatser och aktiviteter som hade som mål att förbättra hälsan för vårdtagaren. Dessa insatser inriktades på både fysisk, psykisk och social hälsa.

Insatser för bättre fysisk hälsa

Distriktssköterskorna beskrev att insatserna för att förbättra den fysiska hälsan för äldre i hemsjukvården inte skiljer sig från insatser riktade till yngre. Däremot var den fysiska aktiviteten mindre intensiv när det gällde äldre vårdtagare. Distriktssköterskorna beskrev att det handlade om promenader, sittande eller stående gymnastik. Det kunde också vara olika träningsprogram och cykelträning, som vid behov kunde utföras i sängen. Analysen visade att för att behålla den fysik som vårdtagaren hade var det viktigt att vårdtagaren fick göra så mycket som möjligt själv. Distriktssköterskorna beskrev att de måste ta till vara på vårdtagarens förmågor som till exempel att kunna klä på sig själv och även små detaljer som att resa sig upp i sängen själv skulle tillvaratas.

”Det kan vara i det lilla att man bara sitter på en stol och tar på sig skjortan, och att man som vårdare inte tar över en massa och knäpper knappar.”(8).

I resultatet framkom att distriktssköterskorna använde olika mätredskap för att kunna förebygga komplikationer. När det gällde nutritionen var det vikt, längd och Body Mass Index (BMI). Vid behov användes ett uppföljande program, Mini Nutritional Assessment (MNA) som innehöll klagörande frågor om vad som orsakar en eventuell viktminskning. Nortonskalan användes för att förebygga trycksår och det fanns checklistor för fallprevention. I dataprogrammet ”senior alert” sammanställdes de olika värdena för att få en samlad bild av vårdtagarens risker. Stor vikt lades vid kosten, då många äldre hade svårt att nutriera sig av olika anledningar. Distriktssköterskorna i studien försökte se till att alla fick en näringsriktig kost som passade i konsistens, så att vårdtagaren kunde tillgodogöra sig den. Några vårdtagare kunde behöva mellanmål eller näringsdrycker, då ordinerades det av distriktssköterskorna. Distriktssköterskorna beskrev att vårdtagarens aptit blev bättre om de åt tillsammans med andra. Därför erbjöds hjälp att ta sig till matsalen, även till de vårdtagare som bor i ordinärt boende i närheten av servicehusen.

”Man försöker se till att dom får rätt kost och näringsriktig kost och kost som passar var och en så att dom kan tillgodogöra sig den” (5)

I resultatet framkom att distriktssköterskorna vid hembesök, såg över hemmiljön hos vårdtagarna, för att undvika falltrauma. Det innebar att se till att det inte fanns lösa mattor eller sladdar och att belysningen var tillfredsställande. Vid ökad fallrisk erbjöd distriktssköterskorna höftskyddsbyxor, som skulle minska skaderisken vid ett eventuellt fall.

”Om jag kom hem till en 25-åring skulle jag inte gå runt och titta om det fanns sladdar på golvet eller halkmatta eller på belysningen eller hur dom tar sig till toaletten, det brukar jag tänka på hos äldre.” (7).

Distriktssköterskorna beskrev att de behövde göra sig en uppfattning om hur mycket vårdtagaren rörde sig och även hur vårdtagaren nutrierade sig för att kunna förebygga trycksår. Vid behov kunde tryckavlastande madrasser och vändschema ordinerars. Analysen visade att distriktssköterskornas omläggning av sår, som läkte, bidrog till att vårdtagaren mårde bättre. I resultatet framkom att distriktssköterskorna ansvarade för att de basala hygienrutinerna följdes, så att vårdtagaren inte skulle utsättas för smitta. Distriktssköterskorna beskrev också att de erbjöd vaccination mot influensa, och att de genomförde läkemedelsgenomgångar tillsammans med läkare och apotekare för att alla vårdtagare skulle ha rätt medicinering.

”Läkemedelsgenomgångar för dem med längst läkemedelslista. Då kan man gå igenom vad som kan sättas ut så att de inte äter mediciner i onödan.” (2).

Insatser för bättre psykisk hälsa

I resultatet framkom att vårdtagarens känsla av trygghet hade betydelse för den psykiska hälsan. För att vårdtagaren skulle känna trygghet i relationen med distriktssköterskorna gällde det att distriktssköterskorna fanns tillgängliga vid upprepade tillfällen och kunde svara på frågor. Distriktssköterskorna beskrev att de strävade efter kontinuitet, på så sätt att en särskild distriktssköterska ansvarade för kontakterna med en vårdtagare, och på så

sätt underlättade relationsbildningen. I resultatet framkom att det tog tid att skapa en relation och det kunde krävas ett långt förarbete för att vårdtagaren skulle känna tillit.

”Personen blir trygg och känner att vi har kunskapen och möjligheten att kunna hjälpa och många gånger måste det få ta tid, det är inte skapat på ett tillfälle.” (8).

Distriktssköterskorna i studien betonade att vårdtagaren skulle känna att den hjälp som behövdes, fanns att få. Till exempel tillsyn vid behov eller hjälp att ta sig till någon aktivitet, så att vårdtagaren inte behövde känna osäkerhet. En distriktssköterska menade att allt arbete syftade till att vårdtagaren skulle klara sig själv och på så sätt bli oberoende av vården. I resultatet framkom att det gällde för distriktssköterskorna att bemöta vårdtagaren på ett sådant sätt, att vårdtagarna kände sig värdefulla, blev trygga och vågade anförtro sig åt dem. Distriktssköterskorna beskrev att regelbundna samtal var ett sätt att uppnå detta.

”Vissa personer får man ha regelbundna samtal med, man kanske inte gör så många insatser men man pratar och så.... Det är faktiskt ganska bra.” (1).

En distriktssköterska i studien beskrev humor som ett medel att få vårdtagaren att känna glädje, och att det fick anpassas efter varje enskild individ. Att prata om något som hänt som hade varit roligt, så att vårdtagaren fick skratta gav vårdtagaren ökat välbefinnande. Distriktssköterskorna beskrev att de skulle finnas till hands och stötta vid oro. De vårdtagare som var oroliga, behövde någon som gick tillsammans med dem eller någon som bara fanns där. Genom att ta en orolig vårdtagare med till ett lugnare ställe med mindre stimuli kunde oron minskas.

”Att man tänker sig att man ska gå med dementa till exempel som behöver ut och gå en sväng varje eftermiddag för att de börjar bli oroliga, att de kan komma av sig och bli av med oron.” (6).

Insatser för bättre social hälsa

I resultatet framkom att en del av främjandet av social hälsa för äldre, var att se till att vardagen fungerade. Distriktssköterskorna beskrev att de arbetade tillsammans med

omvårdnadspersonalen, så att vårdtagaren fungerade i vardagen, kunde medverka i aktiviteter och kunde umgås med andra människor. Detta arbete innefattade att hjälpa vårdtagaren att skapa dagliga rutiner för att få struktur på dagen. Någon vårdtagare behövde hjälp att markera vägen till rummet och toaletten så att de hittade.

”Att dom kan sköta sin hygien och äta sin mat, att dom kan umgås med andra, att dom kan vara med i olika samkväm, att dom fungerar som en vanlig människa.” (2).

Distriktssköterskorna beskrev att vårdtagaren erbjöds utevistelse, genom att omvårdnadspersonalen erbjöd att ta med dem på promenader. I resultatet framkom att när vårdtagaren flyttade in på ett särskilt boende, hölls ett inskrivningssamtal och då efterfrågade distriktssköterskorna om det fanns några intressen som vårdtagaren skulle vilja fortsätta med. Det erbjöds även olika former av aktiviteter, som gymnastik, bingo, korsordslösning, tidningsläsning. Det förekom också läsecirkel, där en bok lästes gemensamt och berättarstunder där deltagarna kunde berätta om sina upplevelser och erfarenheter.

”Att man får träffa folk, bara för att man blir gammal ska man ju inte glömmas bort. Man har ju hela livet med sig i bagaget att berätta om och så där.” (5).

Det framkom i studien att flera servicehus hade dagcentraler som erbjöd dagliga aktiviteter. Distriktssköterskorna uppmuntrade vårdtagarna till deltagande och erbjöd vårdtagarna hjälp att ta sig till aktiviteten. Distriktssköterskorna beskrev att om de tog sig tid och drack kaffe tillsammans med vårdtagarna, upplevde de gemenskap med vårdtagarna. Trivsel skapades genom att personal och boende på servicehusen bakade och lagade mat tillsammans, så att vårdtagaren kunde känna doften.

Hälsofrämjande ledarskap

Det framkom i studien att distriktssköterskorna i hemsjukvården har flera kontakter med andra yrkeskategorier när det gäller det hälsofrämjande arbetet. Dessa kontakter innefattar både handledning och stöd till omvårdnadspersonal och samordning av omvårdnadsinsatserna med andra involverade yrkeskategorier.

Handleda personal

I resultatet framkom att i de fall när vårdtagaren inte själv kunde ta ansvar för sin hälsa, det kunde gälla personer som var dementa, behövde omvårdnadspersonalen hjälpa till med besluten. Distriktssköterskorna beskrev att de utbildade och handledde omvårdnadspersonalen, så att all personal arbetade för en ökad hälsa för vårdtagaren. En distriktssköterska beskrev att omvårdnadspersonalen är deras ”ögon” ute i verksamheten och därför var en fungerande dialog mellan distriktssköterska och omvårdnadspersonal viktig. Analysen visade att handledning av personal innefattade utbildning om benledning och provtagning och information om smittspridning och uppföljning av insatsplaner. Distriktssköterskorna beskrev också vikten av att kunna förklara för omvårdnadspersonalen varför det var viktigt att utföra vissa insatser.

”Att kunna förklara och informera framför allt personalen om vikten av liksom... vi är här för patientens nytta liksom och så förklarar man lite om varför man ska hålla igång rörelsen och den biten.” (2).

Samordning

I resultatet framkom att distriktssköterskorna samarbetade med flera andra yrkeskategorier för att kunna bedriva ett hälsofrämjande arbete. Distriktssköterskorna beskrev att de hade en samordnande funktion. För att vårdtagarna skulle få så bra hälsofrämjande vård som möjligt, upprättade distriktssköterskorna tillsammans med övrig personal en insatsplan, med vårdtagarens behov och önskemål. Detta för att all personal som var involverad i omvårdnadsarbetet, arbetade för en ökad hälsa. Det gällde omvårdnadspersonal, enhetschef, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare, apotekare och biståndshandläggare. Distriktssköterskorna beskrev att för att kunna påverka insatserna som gällde intressen, utvistelse med mera, behövde distriktssköterskan samarbeta med biståndshandläggare och enhetschef på området, då det var de som bar ansvaret för dessa insatser. Distriktssköterskorna beskrev att mycket av samordningen genomfördes på regelbundna team-träffar, där de olika yrkeskategorierna var representerade. I de fall när inte berörd yrkeskategori var närvarande på team-träffen, hade distriktssköterskorna ansvar att ta kontakt med den yrkeskategorin det fanns behov av.

”Är dom ostadiga får vi ta kontakt med sjukgymnasten så att de får ett träningsprogram för balansen.” (4).

Hälsofrämjande synsätt

I resultatet framkom hur distriktssköterskorna såg på sina möjligheter att påverka hur det hälsofrämjande arbetet upplevdes av vårdtagaren. Distriktssköterskorna beskrev vikten av att se vårdtagarens möjligheter och vikten av att respektera vårdtagarens vilja.

Se möjligheter

I resultatet framkom att distriktssköterskorna måste vara öppna och flexibla för att kunna arbeta hälsofrämjande. Distriktssköterskorna beskrev att de prövade sig fram, då alla vårdtagare var olika. Distriktssköterskorna beskrev också att det gällde att fokusera på det som fungerade bra och att de försökte förstärka det friska. Distriktssköterskorna strävade efter att vårdtagaren skulle känna hälsa även om de var svårt sjuka.

”Det gäller att fånga upp det positiva och inte fokusera på det sjuka. Om någon är jättesjuk kan man ju inte komma och säga –hur är det med dej din stackare.” (1).

Analysen visade att distriktssköterskornas målsättning var att vårdtagaren skulle må så bra som möjligt i alla situationer. Det var sällan distriktssköterskorna kunde se att någon enskild insats påverkade hälsan, det behövdes ofta flera olika insatser på flera olika områden för att hälsan skulle öka. Distriktssköterskorna beskrev att de såg till varje enskild vårdtagares problem och möjligheter, för att kunna hjälpa dem på bästa sätt.

”Det gäller ju att ha en helhetssyn och se vad är denna personens problem och hur ska man kunna hjälpa dem på bästa sätt?” (3).

Respektera vårdtagarens vilja

I resultatet framkom att vårdtagaren skulle vara motiverad till insatsen om det hälsofrämjande arbetet skulle få effekt. Distriktssköterskorna beskrev att det bästa sättet att motivera var genom information som anpassades till vårdtagaren. Informationen skulle vara uppmuntrande och fick inte innehålla pekpinningar. Distriktssköterskorna

försökte informera och motivera vårdtagaren till en hälsosam livsstil, men kunde inte alltid påverka vårdtagarens inställning. Distriktssköterskorna gav råd angående nyttigare mat, olika sätt för vårdtagaren att agera för att få bättre sömn. Distriktssköterskorna försökte också motivera vårdtagarna till mer aktivitet.

”Man måste ju ha den som man ska hjälpa är med på samma ide och linje för annars så fungerar det ju inte och då blir det ju inte bra” (7).

Distriktssköterskorna beskrev att de måste respektera vårdtagarens rätt till självbestämmande. Det var viktigt att tillsammans med vårdtagaren komma överens om målen för arbetet. Distriktssköterskorna måste respektera vårdtagarens vilja antingen det innebar att vårdtagaren ville ha mycket hjälp eller att vårdtagaren ville klara så mycket som möjligt själv.

”Målen sätter jag tillsammans med patienten och det får anpassas efter patienten, alltså jag kan tänka i huvudet så här att det hade ju varit jättebra om vi fått linda benet, men går inte patienten med på det så är det ju precis kört.” (8).

I resultatet framkom att vårdtagaren skulle känna att de kunde påverka sin situation och att hälsofrämjande skulle vara lite mer frivilligt för äldre personer. Distriktssköterskorna beskrev att de inte försökte påverka de äldre vårdtagarna, i lika hög grad som när det gäller yngre vårdtagare. Distriktssköterskorna menade att de äldre inte hade så lång tid kvar att utveckla eventuella komplikationer av till exempel högt blodsocker och rökning. Distriktssköterskorna beskrev att det fanns högre tolerans med de olika mätvärdena och riktlinjerna, och att de inte var så strikta i kosthållningen vid diabetes. Distriktssköterskorna beskrev att de tänkte på vårdtagarens bästa och inte lade in sina egna värderingar.

”För oss blir det ju hälsofrämjande, för då mår vi ju jättebra, om hon går ner två kilo i vikt och om hon cyklar på sin cykel och så... så är vi ju jättenöjda men hon kanske inte är nöjd. Hon tycker kanske bara att vi är jobbiga.” (1).

DISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskans hälsofrämjande arbete med äldre vårdtagare i hemsjukvården. Studien genomfördes genom att åtta kvalitativa intervjuer gjordes med distriktssköterskor och materialet analyserades utifrån Graneheim & Lundmans (2004) innehållsanalys. I resultatet framkom bland annat att distriktssköterskorna poängterade vikten av att respektera vårdtagarens vilja. De beskrev också att det hälsofrämjande arbetet innefattade insatser för att förbättra både fysisk, psykisk och social hälsa. Insatserna inriktades både på faktorer som bibehåller och förbättrar hälsa och insatser för att förhindra komplikationer.

Metoddiskussion

För att få en varierad beskrivning och inte enbart en uppräkningslista av olika insatser, valdes kvalitativ intervju som datainsamlingsmetod. Intervjuerna med distriktssköterskorna gav en varierad beskrivning av deras arbete. En kvalitativ studie kan bedömas utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman 2004).

Att distriktssköterskor valdes för intervjuer anses av författaren som en förutsättning att uppnå syftet med studien, då syftet var att beskriva deras arbete. För att inkluderas i studien skulle informanterna vara utbildade distriktssköterskor och ha arbetat minst ett år i hemsjukvården. Sjuksköterskor med annan specialistutbildning exkluderades, det fanns en risk att de sjuksköterskorna med annan specialistutbildning hade en annan syn på hälsofrämjande arbete än distriktssköterskor. Alla tillfrågade distriktssköterskor valde att delta i studien. Det faktum att de blev tillfrågade per telefon kan ha påverkat deltagandet. Det kan vara svårare att välja att inte delta, i direktkontakt än via ett informationsbrev. Distriktssköterskorna kan ha känt sig tvingade att delta, men det fanns inga tecken på ovilja att delta vid intervjutillfällena. Studien genomfördes i två kommuner som båda erbjuder hemsjukvård i tätort och på landbygd. Detta tillsammans med att distriktssköterskorna i studien hade olika ålder och arbetserfarenhet ökar möjligheten till variation i svaren och ger studien ökad trovärdighet (Graneheim & Lundman 2004). I båda kommunerna gav enhetschefen tillåtelse att intervjuerna hölls på distriktssköterskornas arbetstid, det kan ha påverkat viljan att delta i studien, då distriktssköterskorna inte behövde avsätta tid på sin fritid. Informationsbrevet lästes

innantill under telefonsamtalet för att alla distriktssköterskor skulle få samma information om studien och på sått vara förberedda inför intervjuerna på liknade sätt.

Intervjuerna utfördes i avskilt rum som informanterna valt, det minskade risken att de skulle bli störda under intervjun och på så vis kunde de koncentrera sig på frågorna och ge innehållsrika svar. En intervjuguide användes som stöd vid intervjuerna för att alla distriktssköterskorna skulle få samma utgångsfrågor och intervjuaren lättare skulle hålla samtalet kvar vid ämnet. Detta för att öka pålitligheten för studien (Polit & Beck 2008, s. 394, Graneheim & Lundman 2004). Intervjuerna inleddes med allmänna frågor, som namn och yrkeserfarenhet, för att skapa ett avslappnat klimat inför intervjun. Det är lättare för informanterna att dela med sig av sina erfarenheter om de är avslappnade och känner att de kan lita på intervjuaren (Polit & Beck 2008, s. 400). Följdfrågorna och anteckningarna som gjordes under intervjun ledde till att intervjuerna gav varierande beskrivningar av ämnet. Det bidrog till att kunna ge en bredare beskrivning av resultatet. För att underlätta fokuseringen på samtalet under intervjun och för att inga uttalanden skulle gå förlorade spelades intervjuerna in på MP3-spelare. Informanterna kan känna det obehagligt att intervjun spelas in (Polit & Beck 2008, s. 400).

Distriktssköterskorna i studien sade först att det kändes konstigt att intervjuerna spelades in, men efter några minuter fanns inga tecken på att de stördes av inspelandet. Intervjuerna varade i 25 till 35 minuter, det kan ha påverkats av att författarens ovana att intervjua. Om fler följdfrågor ställts, kunde kanske resultatet blivit mer detaljerat. Intervjuerna genomlyssnades före transkriberingen, för att få en uppfattning om vad som sagts. Detta gör transkriberingen lättare att utföra på ett exakt sätt (Polit & Beck 2008, s. 508). Med en exakt transkribering som tar med tystnader och skratt, upplevde författaren det lättare att minnas intervjun och på så sätt lättare kunna identifiera de delar som svarade mot syftet.

Det insamlade materialet har analyserats efter Graneheim & Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Författaren och handledaren läste de transkriberade texterna var för sig. Genom hela analysprocessen diskuterades förfarandet med handledaren. Att söka överensstämmelse från andra, ökar resultatets trovärdighet (Graneheim & Lundman 2004). Utförlig beskrivning av analysprocessen och exempel på

meningsbärande enheter, kondensering, koder och kategorier har gjorts i metoddelen för att öka trovärdigheten. Resultatet verifieras genom att citat används som förklaring till texten (Polit & Beck 2008, s. 700, Graneheim & Lundman 2004). Överförbarheten av studiens resultat kan ha påverkats av att organisationen i hemsjukvården skiljer sig åt över landet. I de två kommuner där studien genomfördes ansvarar kommunen för hemsjukvården, både på särskilt boende och i ordinärt boende. Det kan ge ett närmare samarbete med andra yrkeskategorier, som enhetschef för området och omvårdnadspersonal, då kommunen ansvarar för även deras verksamhet.

Resultatdiskussion

Respekt för vårdtagarens vilja är en förutsättning för att distriktssköterskans arbete i hemsjukvården ska uppfattas som hälsofrämjande av vårdtagaren. I flera av intervjuerna anger distriktssköterskorna att de har ett synsätt som tar hänsyn till vårdtagarens självbestämmande. De beskriver att de måste anpassa insatserna efter vårdtagarens önskemål och inte lägga sina egna värderingar i arbetet. Att självbestämmande har betydelse för hur hälsan uppfattas, har uppmärksammats i tidigare forskning, till exempel Berg (2007) beskriver hälsa för äldre personer som att kunna göra det man vill. Även Björklund, Sarvimäki & Berg (2008) visar att vårdtagarens självbestämmande och känsla av kontroll ger ett ökat välbefinnande. Vårdtagarens behov av självbestämmande och kontroll kan kopplas till Antonovskys (1991, s. 38-40) känsla av sammanhang (KASAM), som han beskriver som en förutsättning för att uppleva hälsa, och innefattar tre komponenter. Begriplighet syftar på om olika stimuli uppfattas som gripbara. Hanterbarhet syftar på upplevelsen av de egna resursernas möjlighet att hantera olika stimuli. Meningsfullhet syftar på i vilken utsträckning livet har en innebörd. För att vårdtagaren i hemsjukvården ska känna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet behöver distriktssköterskan se varje vårdtagare som en individ och tillsammans med vårdtagaren upprätta målen med det hälsofrämjande arbetet. Det vill säga att distriktssköterskan måste anpassa insatserna efter varje individs förutsättningar och personliga önskemål.

Det hälsofrämjande arbetet i hemsjukvården innefattar insatser för att förbättra fysisk, psykisk och social hälsa. I denna studie beskriver distriktssköterskorna hur de med hjälp av checklistor och mätvärden arbetar för att förbättra den fysiska hälsan. De beskriver

hur de bemöter vårdtagaren, för att skapa trygghet och minska oro genom regelbundna samtal över tid för att öka den psykiska hälsan. När det gäller social hälsa ser distriktssköterskan till att vardagen fungerar för vårdtagaren, att gemenskap erbjuds och att man försöker bevara vårdtagarens intressen. Tidigare forskning från flera delar av västvärlden visar att alla insatser, oavsett om de är inriktade på fysisk, psykisk eller social hälsa har betydelse för att vårdtagaren ska uppleva hälsa (James & Fries 2002, Helbostad et al. 2004, Adler & Roberts 2006, Östermalm & Gruner 2004, Martin et al. 2005, Everard 1999, Morrow-Howell et al. 2002, Björklund et al. 2008, Berg 2007). Bristen på riktlinjer när det gäller den psykiska och sociala hälsan i förhållande till väl utarbetade riktlinjer och en mängd mätredskap för att främja den fysiska hälsan, ökar risken att distriktssköterskan fokuserar mest på de fysiska behoven i sitt hälsofrämjande arbete. Denna risk styrks av tidigare forskning (Berg 2007, Hallberg & Kristensson 2004, Toofany 2008, Gurner & Thorslund 2001). En fokusering på de fysiska behoven på bekostnad av de psykiska och sociala, kan medföra brist på meningsfull sysselsättning för vårdtagaren. Utan riktlinjer i detta arbete blir det en fråga om varje distriktssköterskas personliga egenskaper och synsätt och inte en rättighet för alla vårdtagare. Ett utarbetande av riktlinjer, även när det gäller psykisk och social hälsa skulle underlätta för distriktssköterskan att ta hänsyn till alla delarna av det hälsofrämjande arbetet.

När hälsan ska främjas behöver insatserna utgå från både de faktorer som är en förutsättning för bibehållen hälsa och på att förhindra komplikationer som leder till sjukdom. I denna studie beskriver distriktssköterskorna vikten av att se vårdtagarens möjligheter genom att fokusera på det som fungerar bra och att det ofta behövs insatser på flera olika områden för att hälsan ska öka. De beskriver också hur de försöker förebygga komplikationer genom att erbjuda alla vårdtagare rätt kost, öka den fysiska aktiviteten och förebygga fall och trycksår. Tidigare forskning visar att både faktorer som stärker hälsan och förebygger komplikationer ökar funktionsförmågan och välbefinnandet för vårdtagaren (Agahi et al. 2005, Östermalm & Gruner 2004, Björklund et al. 2008). Resultatet är inte unikt för svensk hemsjukvård. Även studier från övriga västvärlden (James & Fries 2002, Helbostad et al. 2004, Adler & Roberts 2006, Martin et al. 2005, Everard 1999, Morrow-Howell et al. 2002, Berg 2007) anger

liknande resultat. Antonovsky (1991, s. 26-30) benämner ett arbetssätt som inriktar sig på att förebygga specifika sjukdomar hos högriskgrupper som patogent. Salutogent synsätt förklaras som ett sätt att försöka se de faktorer som genererar ett gynnsamt resultat och som tar hänsyn till personens känsla av sammanhang (KASAM). Ett salutogent synsätt innebär ofta att flera olika faktorer sätter igång rörelsen mot det friska (Antonovsky 1991, s.26-30). För att på ett salutogent sätt involvera alla de faktorer som bidrar till hälsa krävs ett fungerande samarbete mellan distriktssköterska och övrig personal. Tidigare forskning visar att när många olika yrkesgrupper är involverade i arbetet med att främja hälsa på olika sätt, kan det ibland leda till en otydlighet i möjlighet och ansvar för respektive yrkesgrupp, men att distriktssköterskan har en central roll i arbetet (Toofany 2008, Matthews et al. 2004). En utveckling av samarbetet, på så sätt att alla yrkeskategorier blir medvetna om vikten av arbetet med vårdtagarnas möjligheter i stället för enbart inriktning att motverka komplikationer, skulle på sikt kunna öka upplevelsen av hälsa för vårdtagaren. Genom omdefiniering av målen för verksamheten från vårdande till rehabiliterande kan på sikt en ökning av både vårdpersonals och vårdtagares KASAM förväntas öka (Antonovsky 1991, s. 158). Det vore därför önskvärt att samarbetet mellan de involverade yrkesgrupperna mer skulle inriktas på ett gemensamt salutogent synsätt.

Slutsats

Studiens resultat visar att distriktssköterskas hälsofrämjande arbete har tre delar, omvårdnad, ledarskap och synsätt. Den hälsofrämjande omvårdnaden av vårdtagaren, innefattar insatser för att förbättra fysisk, psykisk och social hälsa. Ett väl fungerande samarbete med andra yrkeskategorier är en förutsättning för distriktssköterskans hälsofrämjande arbete. Distriktssköterskan måste respektera vårdtagarens vilja och se vårdtagarens möjligheter för att arbetet ska uppfattas som hälsofrämjande av vårdtagaren. Resultatet kan ligga till grund för att främja utveckling av riktlinjer när det gäller hälsofrämjande arbete hemsjukvården

REFERENSER

- Adler, P. A. & Roberts, B. L. (2006). The use of Tai Chi to improve health in older adults. *Orthopedric Nursing*, vol. 25:2, ss. 122-6.
- Agahi, N. , Lagergren, M. , Thorslund, M. & Wånell, S-E. (2005). *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*, R 2005:6. Ödeshög: Danagårds grafiska.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Berg, G. V. (2007). *Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse- og et holistisk- eksistensielt sykepleieperspektiv*. Diss. Gjøvik University College, Norge 2007. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Björklund, M. , Sarvimäki, A. & Berg, A. (2008). Health promotion and empowerment from the perspective of individuals living with head and neck cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 12, ss. 26-34.
- Dahlin-Ivanoff, S. (2007). *Forskning om äldre, äldres vård, äldres vård och omsorg*. (Elektronisk). Stockholm: Vårdalinstitutet. Tillgänglig: <http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1243/1831/8766.pdf?objectId=12994> (20110214).
- Dick, K. (2006). An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders. *Journal of the American Acedemy of Nurse Practitioners*, vol. 18, ss. 325-334.
- Everard, K. M. (1999). The relationship Between Reasons for Activity and Older Adult Well-Being. *Journal of Applied Gerontology*, vol. 18:3, ss. 325-340.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, vol. 24, ss. 105-112.

Gunnarsson, E. , Gusdal, A. , Jarl, E. , Johansson, I., Rising, I. , Stender, I. , Törnvall, E. & Östlinder, G. (2008). *Kompetensbeskrivning- Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen-distriktssköterska*. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf> (20110214).

Gurner, U. & Thorslund, M. (2001). Helhetssyn behövs i vården av multiviktande äldre. *Läkartidningen*, vol. 98, ss. 2596-2602.

Hallberg, I.R. & Kristensson, J. (2004). Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 13:6B, ss. 112-120.

Hedelin, B. & Strandmark, M. (2009). The Meaning of Mental Health from Elderly Women's perspectives: A Basic for Health Promotion. *Perspectives in psychiatric Care*, vol. 37:1, ss. 7-14.

Helbostad, J.L. , Sletvold, O. & Moe-Nilssen, R. (2004). Effects of home exercises and group training on functional abilities in home-dwelling older persons with mobility and balance problems. A randomized study. *Aging Clinical and experimental research*, vol. 16:2, ss. 113-121.

Holgersson, B. (2004). *Sammanhållen hemvård*. (Elektronisk). Statens offentliga utredningar 2004:68. Tillgänglig: <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/02/65/84/87780bb5.pdf> (20100501).

James, F. & Fries, M.D. (2002). Ageing, natural death, and the compression of morbidity. *Bulletin of the World Health organization*, vol. 80:3.

Klintefelt, A. (2009). *Befolkning efter ålder och kön*. (Elektronisk). Statistiska centralbyrån. Tillgänglig:
http://www.scb.statistik./BE/BE0701/2000102/BE51ST0303_5.pdf. (2010-03-23).

Martin, C.T. , Kayser-Jones, J. , Stotts, N.A. , Porter, C. & Sivarajan-Froelicher, E. (2005). Factors Contributing to Low Weight in Community-Living Older Adults. *Journal of the American Academt of Nurse Practitioner*, vol. 17:10, ss. 425-431.

Morrow- Howell, N. , Hinterlong, J. , Rozario, P. A. & Tang, F. (2002). Effects of Volunteering on the Well-Being of Older Adults. *The Journal of Gerontology, serie B*, vol. 58:3, ss. 137-145.

Polit, D. F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research- generating and assessing evidence for nursing practice. Eight edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins/ Wolters Kluwer business.

Resnick, B. (2000). Health Promotion Practices of the Older Adult. *Public Health Nursing*, vol. 17:3, ss. 160-168.

Resnick, B. (2003). Health promotion practices of older adults: testing an individual approach. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 12, ss. 46-55.

Richardson, Jane. (2002). Healt promotion in palliativ care: the patients´ perception of therapeutic interaction with the palliative nurse in the primary care setting. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 40:4, ss. 432-440.

Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvården i förändring - En kartläggning av hemsjukvården i Sverige*. (Elektronisk).
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-59> (20110214).

Toofany, S. (2008). How to promote a healthier tomorrow. *Nursing older people*, vol. 20:2, ss. 17- 20.

Östermalm, J. & Gruner, U. (2004). *Doften av stekt falukorv. En beskrivning av hur "insatsen" mat är organiserad i öppen hemtjänst för äldre som inte längre kan laga sin mat.* R 2004:5. Stockholm: Stiftelsen Stockholm läns Äldre centrum.

INTERVJUGUIDE

Namn.....Ålder.....
Arbetsområde.....
År i yrket.....Tidigare arbetsplatser.....

1. Du har jobbat i ... år i hemsjukvården. Vad är det i ditt dagliga arbete som du ser som hälsofrämjande för de äldre?

- a. Kan du ge något exempel?
2. Vad tycker du är viktigast i det hälsofrämjande arbetet?
3. Kan du beskriva en situation där det blir bra?
4. Kan du beskriva en situation där det fungerat mindre bra?
5. Vad tror du utgjorde skillnaden?
6. Möjligheter?
7. Behöver man tänka på något särskilt vid hälsofrämjande bland äldre personer?
8. Vem bär ansvaret för ett lyckat resultat?

Informationsbrev

Inom ramen för utbildningen genomför jag en studie på 15 högskolepoäng på avancerad nivå, där jag vill beskriva distriktssköterskans hälsofrämjande arbete i hemsjukvården.

Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans hälsofrämjande arbete med äldre i hemsjukvården.

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att ange någon orsak eller att det kommer att medföra några konsekvenser. Dina uppgifter kommer att vara konfidentiella och materialet kommer att förvaras så att inga obehöriga kommer att ha tillgång till det.

Studien kommer att genomföras i två olika kommuner och åtta till tio distriktssköterskor kommer att intervjuas, för att få en djupare kunskap om det hälsofrämjande arbetet bland äldre vårdtagare i hemsjukvården. Intervjuerna kommer att spelas in på band och sedan sammanställas. Intervjuerna kommer att genomföras under hösten 2010 och studien beräknas vara klar och presenteras i mars 2011.

Studerande
Marianne Burman
Sjuksköterska
Tel 0476-22384
070-5223840

Handledare
Carina Elgan
Universitetslektor
Kristianstads högskola
Tel 044-208557

Informationsbrev och Samtycke/medgivande

Inom ramen för utbildningen genomför jag nu en studie på 15 högskolepoäng på avancerad nivå, där jag vill beskriva distriktssköterskans hälsofrämjande arbete i hemsjukvården. Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans hälsofrämjande arbete med äldre i hemsjukvården.

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att ange någon orsak eller att det kommer att medföra några konsekvenser. Dina uppgifter kommer att vara konfidentiella och materialet kommer att förvaras så att inga obehöriga kommer att ha tillgång till det.

Studien kommer att genomföras i två olika kommuner och åtta till tio distriktssköterskor kommer att intervjuas, för att få en djupare kunskap om det hälsofrämjande arbetet bland äldre vårdtagare i hemsjukvården. Intervjuerna kommer att spelas in på band och sedan sammanställas. Intervjuerna kommer att genomföras under hösten 2010 och studien beräknas vara klar och redovisa i mars 2011.

Jag har tagit del av informationen om studien angående distriktssköterskans arbete i hemsjukvården. Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min handling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band. Härmed ger jag mitt samtycke till att medverka i studien.

Ort Datum

.....

Underskrift

.....
Namnförtydligande

.....

Informationsbrev till enhetschef

Inom ramen för utbildningen genomför jag en studie på 15 högskolepoäng på avancerad nivå, där jag vill beskriva distriktssköterskans hälsofrämjande arbete i hemsjukvården. Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans hälsofrämjande arbete i hemsjukvården.

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att ange någon orsak eller att det kommer att medföra några konsekvenser. Dina uppgifter kommer att vara konfidentiella och materialet kommer att förvaras så att inga obehöriga kommer att ha tillgång till det.

Studien kommer att genomföras i två olika kommuner och åtta till tio distriktssköterskor kommer att intervjuas, för att få en djupare kunskap om det hälsofrämjande arbetet bland äldre vårdtagare i hemsjukvården. Intervjuerna kommer att spelas in på band och sedan sammanställas. Intervjuerna kommer att genomföras under hösten 2010 och studien beräknas vara klar och presenteras i mars 2011.

Studierande
Marianne Burman
Sjuksköterska
Tel 0476-22384
070-5223840

Handledare
Carina Elgan
Universitetslektor
Kristianstads högskola
Tel 044-208557

Jag ger min tillåtelse att intervjuerna hålls i Alvesta/Ljungby kommun

Ort och datum

.....

Namnunderskrift

.....

Namnförtydligande

.....

