

# DELAD VÅRDNAD -

Sjuksköterskors uppfattningar om att vårda äldre med diabetes i  
hemsjukvården

**MARIA ÖVERHOLM-WARGH**

Akademin för hälsa, vård och välfärd  
Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad  
Avancerad nivå  
15 hp  
Utvecklingsarbete i omvårdnad  
VAE 036

*Handledare:* Lena-Karin Gustafsson  
*Examinator:* Margareta Asp

*Datum:* 2015-11-24

## SAMMANFATTNING

Att arbeta som sjuksköterska i den kommunala hemsjukvården och vårda den äldre människan med diabetes kräver ett samarbete med flera vårdgivare inom både kommun och landsting. Den äldre människan med diabetes är ofta multisjuk och polyfarmaci är ett av många hinder i den dagliga vården. **Syfte:** Syftet med denna studie var att beskriva hur sjuksköterskor i hemsjukvården uppfattar vården av den äldre människan med diabetes. **Metod:** Studien var en kvalitativ studie med en induktiv ansats. Datainsamlingen genomfördes genom tio semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor i hemsjukvård. Data har analyserats enligt fenomenografisk analys. **Resultat:** Resultatet har redovisats i sex beskrivningskategorier med fokus på att belysa de skilda uppfattningar som framkommit vid intervjuerna med sjuksköterskorna. De sex beskrivningskategorierna var: Samarbete, Kommunikation, Ansvar, Stöd och struktur, Arbetsituation samt Utbildning. **Slutsats:** Slutsatsen visar att kommunikationen mellan vårdgivarna måste fungera, ett gott samarbete och förståelse för sjuksköterskornas arbete i hemsjukvården är viktigt. Utbildning är viktigt i syfte att stärka personal som arbetar med den äldre människan med diabetes. Ansvar för den äldre människan i hemsjukvården är delat mellan landsting och kommun och det är av största vikt att detta samarbete fungerar.

**Nyckelord:** Diabetes, fenomenografi, hemsjukvård, omvårdnad, sjuksköterskor, äldre.

## ABSTRACT

To work as a nurse in the municipal care and to care for the elderly adults with diabetes acquire cooperation with several caregivers within both municipality and county. The elderly adults with diabetes often have multiple illnesses and polypharmacy is one of many obstacles' in the daily care. **Aim:** The aim of this study was to describe how nurses in the municipal care perceive the care of the elderly adults with diabetes. **Methods:** The study were a qualitative study with an inductive approach. The data sampling were based on ten semi structured interviews with nurses in the municipal care. Data has been analyzed with phenomenografic analysis. **Results:** The result has been described in six categories of description with focus on how to illuminate the variety of aspects that revealed within the interviews with the nurses. The six categories were: Cooperation, Communication, Responsibility, Support and structure, Working situation and Education. **Conclusion:** Findings reveal that communication between caregivers must work, a good cooperation and an understanding for the nurse's work in the municipal care is important. Education is important to strengthen the staff caring for the elderly adult with diabetes. The responsibility for the elderly adult in municipal care is shared between county council and the municipality, it is of most importance that this cooperation operate.

**Keyword:** Caring, diabetes, elderly, home care, nurses, phenomenography,

”Den som är förtjust i praktisk verksamhet utan vetenskaplig grund är som en lots på ett skepp utan roder och kompass och vet aldrig vart han är på väg. Praktik måste alltid grundas på en sund kunskap om teorin” (Leonardo da Vinci, 1452 – 1519)

## INNEHÅLL

<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>2. BAKGRUND .....</b>	<b>1</b>
2.1 Hemsjukvård .....	1
2.2 Åldrandet.....	2
2.3 Diabetes mellitus .....	3
2.4 Den äldre människan med diabetes .....	3
2.5 Den äldre människan med diabetes i hemsjukvården.....	4
2.6 Sjuksköterskan i hemsjukvården .....	5
2.7 Tidigare forskning .....	6
2.7 Teoretisk referensram.....	9
2.8 Problemformulering .....	11
<b>3. SYFTE .....</b>	<b>12</b>
<b>4. METOD .....</b>	<b>12</b>
4.1 Urval .....	13
4.2 Datainsamling.....	14
4.3 Analysmetod .....	15
4.4 Etiska ställningstaganden .....	16
<b>5 RESULTAT .....</b>	<b>18</b>
5.1 Samarbete .....	19
5.1.1 Att samarbetet ser olika ut .....	19
5.1.2 Att samarbetet med hemvårdsgruppen påverkar hur vården av den äldre människan i hemsjukvården fungerar.....	19
5.1.3 Att samarbetet med hemvården fungerar bättre efter omorganisationen.....	20

<b>5.2 Kommunikation .....</b>	<b>20</b>
<b>5.2.1 Att ha en god kommunikation och förståelse från andra vårdgivare för arbetssituationen är viktigt.....</b>	<b>20</b>
<b>5.2.2 Att kommunikationsvägarna har blivit längre.....</b>	<b>22</b>
<b>5.2.3 Att det finns möjlighet till bättre kommunikation .....</b>	<b>23</b>
<b>5.3 Ansvar .....</b>	<b>23</b>
<b>5.3.1 Att diabetesvård var ett större ansvar tidigare än det är i dag.....</b>	<b>23</b>
<b>5.3.2 Att diabetesvården i hemsjukvården är ett större ansvar i dag .....</b>	<b>24</b>
<b>5.3.3 Att diabetesvård är något andra ansvarar för.....</b>	<b>24</b>
<b>5.3.4 Att diabetesvården av den äldre människan i hemsjukvården inte prioriteras av primärvården .....</b>	<b>25</b>
<b>5.4 Stöd och struktur .....</b>	<b>25</b>
<b>5.4.1 Att det finns en bättre struktur av arbetet i dag gällande den äldre människan i hemsjukvården.....</b>	<b>25</b>
<b>5.4.2 Att hemsjukvården skulle fungera bättre med läkarkompetens i organisationen.....</b>	<b>26</b>
<b>5.4.3 Att det finns stödjande strukturer i hemsjukvården, från kollegor och ledning.....</b>	<b>26</b>
<b>5.4.4 Att läkemedelsgenomgångar fungerar som en stödjande process i det dagliga arbetet med den äldre människan med diabetes och polyfarmaci.....</b>	<b>27</b>
<b>5.5 Arbetssituation .....</b>	<b>27</b>
<b>5.5.1 Att det finns många svårlösta arbetssituationer med den äldre människan med diabetes i hemsjukvården.....</b>	<b>27</b>
<b>5.5.2 Att de flesta frågor om den äldre människan och diabetes kommer på jourtid från hemvårdspersonalen.....</b>	<b>28</b>
<b>5.6 Utbildning.....</b>	<b>29</b>
<b>5.6.1 Att det finns goda möjligheter till utbildning .....</b>	<b>29</b>
<b>5.6.2 Att det saknas tid till att förkovra sig i den dagliga planeringen av arbetet.....</b>	<b>29</b>
<b>5.6.3 Att omorganisationen har lett till att uppdatering av diabeteskunskap försämrats .....</b>	<b>30</b>

5.6.4 Att det finns ett behov av utbildning av diabeteskunskap hos hemvårdspersonalen.....	30
<b>6 DISKUSSION .....</b>	<b>31</b>
6.1 Resultatdiskussion .....	31
6.2 Metoddiskussion .....	35
6.3 Etisk diskussion .....	37
6.4 Slutsats .....	37
<b>REFERENSLISTA.....</b>	<b>39</b>
<b>BILAGA I</b>	
<b>BILAGA II</b>	

# 1. INLEDNING

I mitt arbete som distriktssköterska och diabetessköterska har jag erfarit att hemsjukvården kommunaliserats i Södermanland. I de flesta kommuner över hela Sverige har denna omorganisation genomförts med få undantag. Det är nu 23 år sedan hemvårdens övergång till kommunen och 5 år sedan hemsjukvårdens övergång till kommunal regi. När möjligheten att fördjupa sig i ett område uppkom, så som i denna uppsats, föll valet på hemsjukvård av den äldre människan med diabetes. Detta är ett område som intresserar mig mycket i och med mitt dagliga arbete och är ett område som känns angeläget att lyfta fram. Ett flertal gånger i veckan har diabetessköterskor i primärvården och sjuksköterskor i hemsjukvården kontakt avseende den äldre människan med diabetes gällande olika frågeställningar. Många gånger finns oklarheter gällande ordinationer, blodsockervärden, livsstilsrelaterade frågor, compliance till behandling, komplikationer med mera. Jag vill utforska hur sjuksköterskor i dag uppfattar vården av den äldre människan med diabetes i hemsjukvården. Allt fler äldre människor bor hemma allt längre. Därmed vårdar sjuksköterskor i hemsjukvården allt fler människor med avancerade kroniska sjukdomar i hemmet, ett ibland ensamt och komplext arbete. Diabetes är en allvarlig kronisk sjukdom som drabbar allt flera äldre människor. Den äldre människan med diabetes blir allt äldre och riskerar därmed njurpåverkan, hjärt-kärlsjukdomar, ögonkomplikationer, kognitiv svikt med mera. Individuella mål för diabetesvården och den äldre människan är nödvändiga. Att förbättra livskvalitén med god omvårdnad av hemvårdens personal och av sjuksköterskorna i hemsjukvården av den äldre människan med diabetes i hemsjukvården vore en vinst för samhället och den enskilda individen.

## 2. BAKGRUND

Ädelreformen som genomfördes den 1 januari 1992 innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg av äldre och handikappade. Från och med 1 januari 2010 har all hemsjukvård inklusive hembesök överförts från landstinget till kommunen i Södermanland. Hemsjukvården har sedan Ädelreformen genomfördes 1992 blivit alltmer kvalificerad och heltäckande (Vuxennämnden i Eskilstuna, Sörmland/Omsorg-och-hjälp/). Den komplexa situationen att vårda en äldre människa med diabetes och ibland multisjukdom samt polyfarmaci har bidragit till att vårdprogram för de äldre mest sjuka har utarbetats (SKL, 2014). I hemsjukvården jobbar sjuksköterskor dagligen med den äldre mest sjuka människan med diabetes.

### 2.1 Hemsjukvård

Kommunal hemsjukvård är till för den som inte själv kan ta sig till vårdcentral eller annan vårdgivare. Behovet för detta bör vara sammanhängande över tid och insatserna planeras noggrant. Kommunen har ansvar för att erbjuda god hälso- och sjukvård för den som bor i särskilt boende, vistas i dagverksamhet, har hemsjukvård i det egna hemmet eller har behov av rehabilitering (Vuxennämnden i Eskilstuna, Sörmland(Omsorg-och-hjälp/)).



Kommunal hälso- och sjukvård är kopplad till behov av insats av sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast. Ansvar för läkarinsatser, för dessa ansvarar landstinget Sörmland. Vuxennämnden i Eskilstuna har det politiska ansvaret för kommunens hälso- och sjukvård (Vuxennämnden i Eskilstuna, Sörmland/Omsorg-och-hjälp/). Kommunernas verksamhet styrs i stor utsträckning av Kommunallagen (SFS 1991:900) men i Hälso-och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) finns grundläggande regler för all hälso-och sjukvård och bestämmelser om kommunernas ansvar i hälso-och sjukvård. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunernas hälso-och sjukvård (SOSFS 1997:10) har som uppgift att utifrån lagar och regler utarbeta direktiv för den medicinska vården i kommunerna. MAS har också ansvaret för att kvalitetssäkra den sjukvård som ges i kommunerna.

I hemsjukvården arbetar både sjuksköterskor och distriktssköterskor, de har olika utbildning men samma arbetsuppgifter och ansvar i det dagliga arbetet. Arbetet som sjuksköterska och distriktssköterska i kommunens hemsjukvård innefattar ett områdesansvar för de personer som bor i området och är inskrivna i hemsjukvård. Sjuksköterskorna och distriktssköterskorna i hemsjukvården delegerar och samverkar med personalen i hemvården som utför omvårdnadsuppgifter och vissa medicinska uppgifter så som exempelvis kontroll av blodsocker och insulininjektioner. Personalen i hemvårdsgrupperna har varierande utbildning. I hemvården arbetar undersköterskor och sjukvårdsbiträden, men det finns även personal som arbetar i hemvården utan sjukvårdsutbildning (Socialstyrelsen, 2008).

I detta arbete har valts att använda sjuksköterskor som benämning för både de distriktssköterskor och sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvården. I hemsjukvården arbetar distriktssköterskor med förskrivningsrätt som kommer att beskrivas längre fram.

## **2.2 Åldrandet**

De mest sjuka äldre definieras som personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom (Socialstyrelsen, 2011). Den äldre sköra människan med diabetes inskriven i hemsjukvården har ofta nedsatt funktionsförmåga, prestationsförmåga samt nedsatt funktion i kroppens organ. Vissa har även nedsatt psykologisk funktion (SKL, 2014).

Enligt Dehlin, Hagberg, Rundgren, Samuelsson & Sjöbeck (2000) sker åldrandet långsamt och tilltagande och det går inte att undgå åldrandet. Åldrandet leder till slut till döden och blir på så sätt åldrandets slutpunkt. Åldern är ett mått på åldrandet. Åldern kan beskrivas på följande sätt: Kronologisk ålder anger avstånd från födseln men säger inget om en människas funktionsförmåga. Social ålder beskriver funktionen inom de sociala systemen. Psykologisk ålder anger hur en människa kan anpassa sig till olika krav från omgivningen. Här nämns exempelvis intelligens, minne, personlighet och inlärningsförmåga som viktiga komponenter. Biologisk ålder beskriver hur prestationsförmåga eller funktionsförmåga i olika situationer står i relation till livslängden. Den funktion kroppens organ har är ett mått på den biologiska åldern.

## 2.3 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus är egentligen en grupp sjukdomar som karaktäriseras av högt blodsocker på grund av nedsatt insulinproduktion, försämrade insulineffekt eller bådadera (Lindholm, 2010, WHO, 2006).

Diabetes är en sjukdom som innebär risk för mikrovaskulära komplikationer som retinopathi, nefropathi samt neuropathi. Sjukdomen är också associerad med förkortad förväntad livslängd samt risk för för tidig död i makrovaskulära komplikationer som ischemisk hjärtsjukdom eller stroke. (Sarwar, m.fl. 2010, WHO, 2006). Det finns även samband med nedsatt livskvalité (WHO, 2006).

WHO ([www.who.int/diabetes](http://www.who.int/diabetes)) betraktar diabetes som en världsepidemi och har diabetes som en av de sjukdomar i världen som de arbetar aktivt för att förebygga, minska dess komplikationer och förbättra livskvalitén. Det är den första sjukdomen som inte definieras som en infektionssjukdom som WHO skattar som ett hot mot den globala hälsan. Den ökande andelen diabetiker (typ 2) beror på en åldrande befolkning, minskad motion och ökad fetma (Wild, Roglic, Green, Sicree & King, 2004).

## 2.4 Den äldre människan med diabetes

SKL (2014) rapporterar om att gruppen med äldre diabetiker är mycket varierad, skillnaden mellan kronologisk och biologisk ålder ökar med åren. Riktlinjer för vården av äldre diabetiker måste därför anpassas till individen och inriktas på att skapa en god livskvalité och välbefinnande. I åldersgruppen 75 år och äldre finns ca 130 000 personer med diabetes, de flesta typ 2 diabetes. Av dessa har ca 100 000 personer behandling med tabletter och/eller insulin. Vid typ 1 diabetes är alltid behandlingen insulin på grund av insulinbrist. Ju äldre en människa blir desto större risk att utveckla diabetes. Riskfaktorer förutom åldern är ärftlighet, övervikt eller fetma men även låg eller minskad fysisk aktivitet. Den förväntade livslängden minskar med 3 år för den som insjuknar i diabetes vid 60 – 79 års ålder. Om en människa insjuknar i 80 års åldern påverkas livslängden obetydligt.

SKL (2014) menar att den äldre människan med diabetes har en försämrade njurfunktion och i 80 årsåldern är njurfunktionen halverad hos de flesta. Hos en människa med diabetes förstärks detta ytterligare och högt blodtryck i kombination med diabetes försämrar ytterligare. Avflödes hinder kan också försämra njurfunktionen. Vissa läkemedel bör omprövas regelbundet i de högre åldersgrupperna med hänsyn till njurfunktionen och doserna bör eventuellt reduceras. Gadsby, Galloway, Barker och Sinclair (2012) fann i sin studie att regelbundna läkemedels genomgångar är nödvändiga för den äldre människan för att reducera risker för biverkningar, minska kostnader samt förbättra livskvalitén och hälsan. Ungefär var tredje äldre människa med diabetes har tre eller fler sjukdomar som är kroniska. I en studie av Wu, Lin och Hsiung (2015) har man visat att om en äldre människa har fler än en sjukdom ökar det avsevärt komplexiteten i vården. Enligt SKL (2014) har den äldre människan med diabetes i många fall nedsatt kognitiv funktion, demens, depression, nedsatt rörelseförmåga, urininkontinens, malnutrition och även förlust av muskelmassa. En demensdiagnos är dubbelt så vanligt vid diabetes som för äldre människor utan diabetes.

Detta gör det förstås svårare att sköta sin diabetes, att tolka och upptäcka symtom som högt eller lågt blodsocker. Att hantera sin medicinering kan vara svårt och ibland omöjligt. Svårigheter att följa en diet uppkommer på grund av detta och äldre människor med diabetes kan vara i riskzonen för undernäring på grund av smakförändringar, sväljningsproblem, komplikationer med tänder och funktionsnedsättningar som leder till svårigheter att tillaga måltider. Syn och hörselnedsättning är något som är viktigt att ta hänsyn till när sjuksköterskan utbildar en äldre diabetiker i egenvård exempelvis (SKL, 2014, Kirkman et al., 2012). Några av de stora utmaningarna för diabetesvården är att bevara oberoende, funktionellt status och livskvalité genom livet genom att reducera symtom och börda relaterat till medicinering samtidigt som sjuksköterskan identifierar risker. Hypoglykemi är en riskfylld händelse som ska undvikas i det vardagliga livet. (Sinclair, Dunning & Rodriguez-Marias, 2014).

## **2.5 Den äldre människan med diabetes i hemsjukvården**

Att följa Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2015) kan leda till att den äldre människan med diabetes felbehandlas. Hälso- och sjukvården bör anpassa sina rutiner så att de kan ge god och säker vård till våra mest sjuka äldre. Risken för under-såväl som överbehandling är stor när patienten lider av flera sjukdomar och har flera olika läkemedel (SKL, 2014, Kezerle, Shaley & Barski, 2014). Det saknas dock forskningsunderlag och därmed är kunskapsluckorna stora. Att arbeta med de mest sjuka äldre kräver extra höga krav på erfarenhet, individuella bedömningar av personalen (SKL 2014). Detta bekräftas också av Fullerton m.fl (2014) som i sin systematiserade Cochranestudie funnit att behandlingsmål måste individualiseras till den äldre människan där man tar hänsyn till makrovaskulära komplikationer, progress av sjukdomen såväl som människans livsstil och förmåga att hantera sin sjukdom. Kerzle m.fl (2014) menar att den stora utmaningen är att behandla den äldre människan med diabetes med hänsyn till nedsatt kognitiv förmåga, fysiska funktionshinder, högre risk för hypoglykemi och den höga samsjukligheten som leder till att personen har flera olika mediciner.

Enligt vårdprogrammet utformat av SKL (2014) ska en omvårdnadsplan i hemsjukvården upprättas och finnas dokumenterad samt revideras regelbundet. Högt blodtryck och höga blodfetter bör behandlas enligt evidens då det visat sig att detta bromsar komplikationsutvecklingen vid diabetes (SKL, 2014, UKPDS, 1998). Dock är nyttan hos den äldre människan med diabetes osäker. Hypoglykemier medför ökad risk för hjärtarytmier och plötslig död (Östensson, m.fl. 2014). Ett högt HbA1c medför risk för komplikationer och höga blodsockervärden leder till symtom som törst, trötthet och ökad urinproduktion vilket blir ett onödigt lidande för patienten. Överbehandling av den äldre människan i kommunal hemsjukvård verkar vara vanligare än underbehandling vilket ökar risken för hypoglykemier (Lipska m.fl. 2015; SKL, 2014). I Socialstyrelsens Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer – hur riktlinjerna kan anpassas till mest sjuka äldre särskilda förutsättningar och behov (2014) presenteras viktiga principer för att anpassa rekommenderade åtgärder. En individ- och behovsanpassad behandling förutsätter en helhetsbedömning av patientens tillstånd där fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov inkluderas. Många äldre har komplexa behov på grund av samsjuklighet och skörhet (Rockwood, m.fl. 2005).

Andra aspekter kan vara ensamhet, nedsatt kognitiv förmåga som påverkar deras livssituation. Det är målet med vården som styr behandlingens inriktning. Ibland kan målet vara en förbättring av medicinska värden men ibland fokus på att lindra symtom, främja människans livskvalité. Så långt det är möjligt bör patienten själv delta i beslut om vårdens mål (Socialstyrelsen, 2014). För den äldre mest sjuka behöver man se på nytta och risk vid behandling (Fried, m.fl. 2001). Förmåga att tillgodogöra sig en behandling kan vara en avgörande faktor. Förväntad effekt har betydelse för val av behandling. Man måste också väga in risk för komplikationer och behandlingens syfte skall vara att undvika komplikationer. Man måste ta hänsyn till den biologiska åldern när man värderar risker för behandling. Uppföljning är viktigt för en god och säker vård för den äldre mest sjuka människan. (Socialstyrelsen, 2014, Burson & Moran, 2015).

## 2.6 Sjuksköterskan i hemsjukvården

Sjuksköterskans arbete följer International Council of Nurses [ICN: s] etiska kod. Där de fyra ansvarsområdena är: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande. Yrket som sjuksköterska kräver en förmåga till självständigt arbete, vetenskapligt förhållningssätt och professionellt ansvar. Sjuksköterskans arbete utövas inom många olika verksamhetsområden och vårdformer där arbetsuppgifterna kan vara mycket varierande. Det etiska förhållningssättet är särskilt viktigt och innebär bland annat respekt för patientens unikheter, integritet och autonomi i de skiftande situationer och miljöer som är sjuksköterskans arbetsfält. Exempelvis i patientens hem, där det krävs en specifik balans mellan distans och närhet på ett professionellt sätt för att hantera den situation som det innebär att vistas i patientens hem (Distriktsköterskeföreningen, 2008). Det sistnämnda har även Lindahl, Lidén och Lindblad (2011) funnit i sin studie om vad det innebär att arbeta i den äldre människans hem både fysiskt och psykiskt, samt den balansgång som det innebär för sjuksköterskan i hemsjukvården att vara ansvarsfull, professionell och tillmötesgående för de behov som finns.

Harrefors, Sävenstedt och Axelsson (2009) menar att allt fler äldre vill vårdas i det egna hemmet, de uttrycker en önskan att få vara i nuet och att få bevara de relationer som de har. I WHO:s folkhälsomål i Hälsa 21, Hälsa för alla 2000 - beskrivs sjuksköterskans uppdrag som: Att främja och skydda människors hälsa under hela livet och att arbeta för att minska allvarliga sjukdomar. Sjuksköterskan i hemsjukvården ansvarar för att tillvarata det friska hos patienten, att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov och för att organisera eller delta i teamarbetet kring patienten. Sjuksköterskan leder, prioriterar, fördelar och samordnar omvårdnadsarbetet i teamet. I arbetet ingår också att informera och undervisa patienter eller närstående. Sjuksköterskan utför och medverkar i undersökningar och behandlingar. Sjuksköterskan samverkar även med andra aktörer i vårdkedjan. I sjuksköterskans uppdrag ingår att upptäcka ohälsa och att ordna förebyggande och hälsofrämjande insatser. Uppdraget innebär också att beakta de psykosociala problem som kan bli följderna av sjukdom, funktionshinder och åldrande. Delegering av arbetsuppgifter kan ske via sjuksköterskan i kommunens hälso- och sjukvård. Detta innebär att man även ska utbilda och instruera personalen samt handleda den.

Sjuksköterskan med vidareutbildning till distriktssköterska i hemsjukvården har förskrivningsrätt av vissa läkemedel i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (Socialstyrelsen, 2008). I hemsjukvården ansvarar den områdesansvariga sjuksköterskan för att initiera läkarbesök årligen. Men även för att se till att en vårdplan upprättas. Sjuksköterskan skall även samråda med patient/anhöriga och läkare angående omvårdnadsmålen. Vidare skall sjuksköterskan genomföra fortbildning för omsorgspersonal. Läkaren ansvarar för den medicinska behandlingen samt att samråda med patient/anhöriga och sjuksköterska om behandlingen. Rekommendationen är att all personal som vårdar en person med diabetes inom vårdboende/hemsjukvård minst bör ha kunskaper som kan motsvara en välinformerad patient eller anhörig. Det är viktigt att personalen är insatt i de omvårdnads mål som är uppsatta och behandling (SKL, 2014). Unikt för sjuksköterskan/distriktssköterskan är att den specifika kompetensen grundar sig i omvårdnad och vårdvetenskap, medicinsk vetenskap, beteendevetenskap, pedagogik och ledarskap men även i folkhälsovetenskap (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

## 2.7 Tidigare forskning

I hemsjukvården delegeras arbetsuppgifter från sjuksköterskor till hemvårdens personal dagligen. Bittner och Gavlin (2009) har i sin studie undersökt hur sjuksköterskor använder sig av kritiskt tänkande när de delegerar omvårdnadsuppgifter till hemvårdens personal. Forskarna fann att sjuksköterskorna räknade in patientens mående men samtidigt också kompetensen, erfarenheten och arbetsbördan hos personalen innan de delegerar omvårdnadsuppgifter. Sjuksköterskorna förväntade sig att personalen skulle rapportera signifikanta symtom hos patienten och att de skulle ha hög kunskap. En lyckad delegation var beroende av relationen mellan sjuksköterskan och personalen. Detta innebär att det är viktigt att implementera strategier för att undvika missar vid delegation av omvårdnadsuppgifter men också samverka för goda relationer mellan sjuksköterskor i hemsjukvård och personal i hemvården.

Förutom goda relationer mellan personalgrupperna så har Josefsson funnit i sin studie (2006) att det är angeläget att det finns bra förutsättningar för sjuksköterskorna - som är nyckelpersoner i hemsjukvården- för att kunna tillgodose en god vård av äldre personer. I studien fann Josefsson (2006) hög tidspress bland sjuksköterskorna, högt stöd från arbetskolligor och arbetsledare, det fanns en bred formell kompetens och lång erfarenhet som sjuksköterska, däremot var det få som hade en adekvat specialistutbildning. De flesta sjuksköterskorna hade ingen handledning. Slutsatsen blev därför att det är viktigt att arbetsgivaren utvecklar och ökar sjuksköterskornas kompetens, ökar andelen specialistutbildade sjuksköterskor. Det behövs en bättre organisation där möjlighet till kompetensutveckling finns. Handledning bör erbjudas sjuksköterskorna. Forskning visar att höga krav och lågt inflytande är en riskfaktor för hälsan. Tidspressen i arbetet bör sänkas och inflytande över beslut gällande arbetet bör öka. Sjuksköterskorna är medvetna om sin professionella potential men beskriver sig själva som bibehållen oanvänd kunskap.

Josefsson, Åling och Östlin (2011) har i sin studie kunnat visa att ett tillfredsställande arbete i den kommunala äldrevården innefattar intellektuellt stimulerande arbete utan skuld känslor, enligt de sjuksköterskor som deltog. Sjuksköterskorna skattade det mycket viktigt att ha ett fritt och självständigt arbete med möjlighet att påverka vad de ansåg som viktiga beslut. Att ha uppskattande arbeteskollegor samt en rättvis och förstående chef skattades högt. Att känna stolthet över sitt arbete var viktigt för sjuksköterskorna. De två senaste studierena stöder varandras resultat. Kunskap finns om vad som är viktigt för ett gott arbetsklimat. Intressant blir därför att ta del av Haycock Stuart, Jarvis och Daniel (2008) studie där de undersökt sjuksköterskor i hemsjukvårdens tillfredsställelse av sitt arbete, hur de använder sin arbetstid och hur de möter utmaningar. Många sjuksköterskor i studien kände sig överhopade av arbetsbördan och hade liten påverkan på inflödet av patienter. Författarna föreslår bland annat avlastning av administrativa uppgifter för att sjuksköterskorna ska få mer tid till att ge patienterna omvårdnad.

Med den forskning och kunskap som framkommit ovan är det av intresse att ta del av Laschingers (2010) studie där han beskrivit sin empowermentbaserade teori när den tillämpas i vårdarbete. I studien har kunnat påvisas att strukturella förutsättningar och i vilken utsträckning som anställda har inflytande i organisationen har stor betydelse för hur de upplever sitt arbete samt hur de upplever att de kan påverka sin situation. De strukturer som är betydelsefulla enligt teorin är: Information, att ha nödvändiga kunskaper och färdigheter att kunna utföra arbetet men även kunskap om organisationens mål. Stöd, feedback från kollegor och ledning men även möjligheter att kunna arbeta självständigt. Resurser, att ha nödvändig utrustning och en bra ekonomi. Det är även nödvändigt att ha tillräckligt med tid. Det bör finnas möjligheter till utveckling och att det bör finnas sätt för individerna att kunna avancera och utveckla sina kunskaper inom och utanför organisationen. Tillgång till dessa förutsättningar tillkommer genom formella och informella maktsystem. Det formella systemet är aktiviteter som tillåter flexibilitet och hänsyn till beslutsfattande. Informella system härrör från sociala relationer och kommunikation inom organisationen. Enligt teorin så upplever sig de anställda maktlösa när de inte har tillgång till resurser, stöd, information och möjligheter. Om den anställda känner så som beskrivet så riskerar den att känna sig fast i arbetet och ofta inte delaktiga i de beslut som fattas. Som motsats blir individer som upplever hög egenmakt mer engagerade och motiverade och känner en högre grad av tillfredsställelse i arbetet. I en annan studie visar Laschinger (2009) att det finns ett signifikant samband mellan graden av egenmakt och engagemang i arbete bland sjuksköterskor som deltog men även att en högre grad av egenmakt hade samband med högre nivå av effektivitet i arbetet. Allt detta blir viktigt för att få sjuksköterskor som kan prestera och göra ett bra arbete i hemsjukvården. Förutom kompetens och bra arbetsklimat är utbildning viktigt i vården av den äldre människan med diabetes. Josefsson, Sonde och Robins-Wahlin (2005) har i en studie visat att sjuksköterskorna hade en varierad kompetens gällande utbildning. Majoriteten saknar magisterexamen och flera hade inte adekvat specialistutbildning. Sjuksköterskorna hade en önskan att investera mer i kompetensutveckling. I denna studie föreslår författarna att det borde finnas ett kvalitésystem som säkerställer rutiner så att personalen innehar den utbildning, erfarenhet och kompetens som krävs för att möta de professionella utmaningar som uppkommer.

Denna studie är från 2005 och jag har inte hittat någon mer aktuell. Utbildning är viktig för kompetensutvecklingen enligt ovanstående studier och är något som sjuksköterskor efterfrågar. Yacoub, m.fl. (2015) ville i sin studie undersöka hur effektiva utbildningsprogram i diabetes var för legitimerade sjuksköterskor. Författarna undersökte kunskaper innan och efter den endagsutbildning som gavs. De fann en signifikant ökning av den basala kunskapen. Därmed har de kunnat bevisa att det fanns en positiv effekt avseende sjuksköterskors kunskap om diabetes efter utbildningsprogram och de föreslår fortsatt utbildning för praktiserande sjuksköterskor. Detta skulle kunna innebära att även kortare utbildningar vore av nytta för sjuksköterskor som arbetar med den äldre människan med diabetes. På samma tema har Pilhammar-Andersson (2001) visat att sjuksköterskor som deltar i kontinuerlig utbildning, utvecklade en högre grad av professionalism. Sjuksköterskor i hemsjukvården av den äldre människan med diabetes har som tidigare konstaterats en unik position. Detta har beskrivits av Donohue-Porter (2013) genom att sjuksköterskan har en unik position att utveckla empatiska omvårdnadsåtgärder i sitt arbete med diabetiker som utvecklat diabeteskomplikationer. Hon fann att sjuksköterskorna erbjöd ett icke dömande stöd och hjälpte diabetikerna att lösa sina problem. Sjuksköterskorna uppmuntrade och stöttade och de utvecklade empatiska relationerna med patienten och familjen. De kände in komplexiteten i den unika situationen av att handskas med multipla komplikationer av diabetes.

För att kunna föra arbetet framåt och utveckla det behöver sjuksköterskorna använda sig av evidens i den dagliga omvårdnaden av den äldre människan med diabetes. Några som forskat på temat att använda sig av evidens i hemsjukvården är Gustafsson, Mattsson och Dubbelman(2014). De har funnit att sjuksköterskor i hemsjukvården saknar praktiska och stödande strukturer för att kunna använda sig av evidens i omvårdnaden. Författarna fann också att sjuksköterskor gav uttryck för att de inte sökte evidens eller ändrade sitt arbetssätt så kunde de inte heller riskera att göra fel. Det blev uppenbart att det saknas tilltro till den egna kapaciteten att söka och tillämpa evidens i omvårdnaden. För att detta ska bli möjligt är det viktigt att varje sjuksköterska tar personligt ansvar genom att söka och identifiera evidens samt finna sätt att implementera detta i den kliniska omvårdnaden. Det är dock en förutsättning att det finns avsatt tid och verktyg i organisationen så att sjuksköterskorna kan utföra detta. I vården av den äldre människan med diabetes i hemsjukvården är det av största vikt att dokumentationen är korrekt och att den används på rätt sätt för att säkerställa omvårdnadsmålen. Annersten-Gershater, Pilhammar och Alm-Roijer (2011) har i en studie undersökt dokumentationen i den kommunala hemsjukvården avseende diabetesvård. De fann att cirka 60 % av patienterna hade blodsockernivåer och kontroll av metabol status dokumenterad, endast 4 % hade vikt dokumenterad och blodtryck fanns dokumenterat hos 10 %. Pågående fotsår fanns dokumenterade hos 21 %. Patientutbildning samt åtgärder för att motverka fotsår fanns inte dokumenterade. I denna studie poängterar man vikten av att dokumentera dessa fasta parametrar i syfte att förebygga komplikationer hos denna sköra grupp av patienter. Författarna menar att det finns behov av att stärka sjuksköterskornas roll som ledare i hemsjukvården så att de kan ta större ansvar för utbildning av personalen som har delegering på ett strukturerat sätt. Ansvar för detta och att sätta upp mål för organisationen ligger hos ledningen i kommunen.

Annersten-Gerhater, m.fl.(2011) menar att i den sårbara gruppen människor som sjuksköterskorna vårdar i hemsjukvården är dessa oftast oförmögna att klara av sin egenvård själva. Journalen blir därför ett viktigt verktyg, vid delegation och koordination av vården krävs god kommunikation kring målet för vården både när det gäller akuta åtgärder men även komplikationer på sikt. En god dokumentation är avgörande för en hög kvalitet av omvårdnaden och detta leder till högre kvalitet i livet för den äldre människan. Av intresse är när man undersöker uppfattningar om vården av den äldre människan med diabetes i hemsjukvården är att ta reda på hur den äldre människan i hemsjukvården uppfattar och erfar att vara hemsjukvårdspatient. Detta har Holmberg, Valmari och Lundgren (2012) undersökt i sin studie. De har undersökt patienters erfarenheter och uppfattningar om hemsjukvård och hur den äldre människan hanterar och balanserar det dubbla i att vara i behov av vård och ändå bibehålla värdighet och självförtroende. Det visade sig att patienterna utvecklade strategier för att balansera sitt eget privatliv och värdighet trots de omständigheter som uppkommer med den hemsjukvård som de professionella vårdgivarna ger. Patienterna beskrev oberoende, styrka och självförtroende som stärker dem i deras relation med sjuksköterskorna trots att de egentligen är i en beroendesituation.

För att ytterligare fördjupa sig i hur den äldre människan med diabetes uppfattar hemsjukvården har ytterligare en studie inkluderats till detta arbete, denna är skriven av Papaspourou, m.fl., (2015). De har i sin studie undersökt vilket behov av stöd avseende egenvård och vilka rädslor som människor med insulinbehandlad diabetes upplever, detta visade sig vara kopplat till diagnos, behandling, förväntade konsekvenser, prognos samt dagligt liv. Nästan alla patienter uttryckte ett behov av psykologiskt stöd från sjuksköterskor, en sjuksköterska som fanns vid deras sida genom alla stadier av deras sjukdom och som erbjuder information gällande egenvård. Detta stärker också uppfattningen om att sjuksköterskor i hemsjukvården har en unik position i vården av den äldre människan med diabetes. Det finns ingen studie som visar hur sjuksköterskorna i dagens hemsjukvård uppfattar diabetesvården av den äldre människan.

## **2.7 Teoretisk referensram**

I följande kapitel presenteras den teoretiska referensram som ligger som grund för detta arbete. Val av teori grundar sig i en övertygelse om att en kronisk sjukdom som diabetes utlöser stress hos den drabbade människan och hur detta hanteras skiljer sig från människa till människa. Benner och Wrubel(1989) beskriver detta på ett sätt som grundar sig i dessa tankar. Att arbeta med en empowermentbaserad omvårdnad känns tilltalande när sjuksköterskor vårdar människor som lever med en kronisk sjukdom.

Benner och Wrubel (1989) beskriver i sin bok *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness* sin omvårdnadsteori. Centrala begrepp i deras teori är omsorg, person, situation, kontext, stress, bemästrande (coping), sjukdom, symtom, livscykel, hälsa samt främjande av hälsa. Författarna menar att människan ingår i ett nära samspel med omgivningen där omsorg är ett grundläggande begrepp. Omsorg är fundamentalt för allt mänskligt liv vilket också är det grundläggande för yrkesmässig omvårdnad.



Benner och Wrubel (1989) menar att detta är kärnan i omvårdnaden. Omsorg ger människor möjlighet att både ge och ta emot hjälp, mellan dessa skapas tillit. När en människa värnar om en annan människa skapas förutsättningar för att bemästra den situationen exempelvis vid sjukdom. måste utgå från vad som är av betydelse för en person, vad som kan upplevas stressande och vilka möjligheter som finns för att hantera situationen. En människa är en självtolkande person som förhåller sig till den kontext som den befinner sig i under sitt liv. En människa har fyra karaktäristiska egenskaper: Kroppslig intelligens, bakgrundsförståelse, speciella intressen samt att vara placerad i en situation. Dessa utgör vem människan är och hur hen upplever världen och förhåller sig till den. Sjukdom betecknas som ett patologiskt tillstånd på cell-, vävnads- eller organnivå. Ohälsa är människans upplevelse av den förlust eller dysfunktion som uppstår med sådana patologiska tillstånd. Hälsa beskrivs som "en känsla av sammanhang som har sitt ursprung i att tillhöra en sociokulturell gemenskap med en inneboende mening som individen lever ut i form av sina speciella intressen"(s. 159) (Benner & Wrubel, 1989).

Dock föredrar Benner och Wrubel (1989) begreppet välbefinnande före hälsa då de anser att detta speglar människans upplevda hälsa. "Välbefinnande innebär att det råder överensstämmelse mellan individens möjligheter och hans faktiska tillvaro och upplevda mening, och bygger på omsorg och känsla av att vara omhändertagen" (s. 160) (Benner & Wrubel, 1989).

Enligt Benner och Wrubel (1989) befinner sig alltid människan i en situation. Coping är vad personen gör vid en ny och främmande livssituation, exempelvis vid sjukdom. Målet med coping är att återfå meningen med livet. Stress är en upplevd störning av mening vilket kan leda till känsla av hot och förlust vilket kräver ett sorgearbete, en tolkning och skaffa nya färdigheter. Coping är hur personen lär sig att leva och hantera de förändringar som den nya livssituationen tillfört. Bemästring innebär hur personen själv förstår och bedömer sina möjligheter utifrån sin egen sfär. Tiden innebär att vara förankrad i nuet men att kunna se en framtid med sina tidigare erfarenheter i bagaget. Människans liv ses utifrån ett livscykelperspektiv, genom livet ställs människan inför olika situationer. Sjuksköterskans uppgift blir att ge patienten den hjälp som krävs för den nya livssituationen. Syfte och mål ska vara att få den hjälp att leva det liv som personen önskar trots sjukdom, lidande och förlust. Alla hälsofrämjande åtgärder ska baseras på människans egna resurser, sjuksköterskan hjälper människan att finna nya möjligheter genom att omdefiniera situationer eller genom att skapa bemästringsmöjligheter som utvidgar eller kompletterar de som redan existerar. Sjuksköterskan behöver därmed ha en djup förståelse för patientens speciella situation, dennes kulturella kontext och därmed kunna skapa en mening för patienten i den speciella situationen.

Empowerment kan beskrivas som en process där människor tar kontroll över sina liv. Detta kan relateras till vad Benner och Wrubel (1989) beskriver som coping hur en människa lär sig leva och hanterar de förändringar som exempelvis sjukdom har medfört. Begreppet empowerment baserar sig på uppfattningen att en människa har kapaciteten att göra egna val och är ansvariga för konsekvenserna av sina val. Benner och Wrubel (1989) menar att detta är bemästring och visar på hur en människa själv kan förstå och bedöma sina egna möjligheter utifrån de förutsättningar som den personen har.

Tidigare ansågs att sjuksköterskan skulle lära patienten om sin sjukdom i en slags passiv situation för patienten men nu finns kunskap om att detta inte leder till någon förändring. Sjuksköterskan är expert på sjukdomen men på en mänsklig nivå är både patienten och sjuksköterskan experter på sina egna liv. Nu finns kunskap om att genom att uppmuntra till att beskriva, identifiera och definiera livsstilsförändringar för sig själva leder detta till att människor agerar och tar beslut. Diabetes är en sjukdom som till stor del påverkas av livsstilen. Genom empowerment kan människor till exempel lära sig om sin sjukdom och hälsa så att de själva kan bedöma vad detta skulle innebära för dem. Genom en empowermentbaserad omvårdnad hjälper sjuksköterskan människan att hantera de olika utmaningar som uppkommer och även stöd och hjälp att integrera sjukdomen i sitt liv. Ett personligt engagemang krävs från sjuksköterskan och ett skifte av roller mellan sjuksköterskan och patienten kan ske från expert till novis (Feste & Anderson, 1995; Aujoulat, Hoore & Deccache, 2007).

## **2.8 Problemformulering**

Diabetesvården av de äldre mest sjuka sker i allt större utsträckning i det egna hemmet då allt fler bor hemma allt längre. Många äldre människor med diabetes vårdas i hemsjukvård av sjuksköterskor. Allt sedan omorganisationen från landstingets regi av hemsjukvård till kommunens hemsjukvård finns nu två organisationer runt den äldre människan med diabetes och sjuksköterskorna i hemsjukvården. Tidigare forskning har visat att sjuksköterskorna i hemsjukvården har en pressad arbetssituation, liten möjlighet till kompetensutveckling, litet stöd och uppmuntran till att använda sig av evidensbaserad omvårdnad. Man vet att höga krav i arbetet samt lågt inflytande är en hälsorisk. Det finns även starka bevis för att graden av egenmakt i arbetet medför ett högre engagemang och att hög egenmakt kan leda till högre effektivitet i arbetet.

De nationella riktlinjerna för diabetesvården är generella och kan inte tillämpas för de äldre mest sjuka människorna med diabetes. Den komplexa situationen med multisjukdom hos många äldre gör det svårare att vidta omvårdnadsåtgärd för sjuksköterskorna i hemsjukvården. I den kommunala hemsjukvården finns ingen läkarkompetens i dag, den ansvarar Landstinget Sörmland för och här krävs ett samarbete. Det saknas forskning och kunskap om hur sjuksköterskor i hemsjukvård uppfattar diabetesvården av den äldre människan. Det är därför angeläget att undersöka detta närmare.

Vilka möjligheter och hinder finns? Finns stöd och resurser? Allt fler krav ställs på sjuksköterskan i hemsjukvården då de ställs inför komplexa situationer med multisjuka äldre människor. Hur säkerställs en god och säker diabetesvård för de äldre mest sjuka i hemsjukvården?

### 3. SYFTE

Syftet är att beskriva sjuksköterskors uppfattningar om diabetesvården av den äldre människan i hemsjukvården.

### 4. METOD

I detta arbete har valts en kvalitativ forskningsmetod med en induktiv ansats. Intervjuer av sjuksköterskor har genomförts. Materialet har sedan analyserats enligt fenomenografisk analys.

Polit och Beck (2004) menar att i en kvalitativ undersökning samlas en mängd data in på olika sätt, det finns en flexibilitet och en förmåga att anpassa sig och justera resultatet efter att ny datainsamling skett och ny kunskap har erhållits. Forskaren strävar hela tiden efter en helhet för att få en förståelse av helheten. Med en kvalitativ ansats blir forskaren ett instrument i själva undersökningen. Olsson och Sörensen (2007) menar att en induktiv ansats innebär ett ”inifrån” perspektiv. Forskaren har en nära och öppen relation med informanten. Forskaren strävar hela tiden efter att försöka förstå informanten.

Olsson och Sörensen (2007) menar att i den kvalitativa studien deltar ofta forskaren själv i insamling av data och det råder ett jag- du förhållande där själ möter själ. Här blir också de egna värderingarna och erfarenheterna ett hjälpmedel för forskaren att tolka den information som framkommer i studien. Med en kvalitativ metod fås information om få delar och fokuserar ofta på det som är unikt. Genom språket tar forskaren och informanten del av varandras världar och söker efter en så fullständig bild av hela situationen. En induktiv ansats innebär att förutsättningslöst analysera en text som är baserad på människors berättelse. Polit och Beck (2004) beskriver en induktiv ansats som en process där generella antagande utvecklas genom specifika observationer. Både informanten och forskaren uppfattar sig som lika viktiga för resultatet av studien.

Inom ramen för detta examensarbete har en fenomenografisk ansats valts. Detta betyder att syftet har varit att beskriva människors uppfattningar av företeelser i en verklighet som står i relation till deras uppfattning om själva företeelsen. Inom fenomenografin beskrivs människors uppfattningar av en företeelse och menar att då beskrivs även den kunskap som finns om denna företeelse. Marton (1981) beskriver det som ett första perspektiv där vi strävar efter att beskriva uppfattningar av världen och ett andra perspektiv där vi strävar efter att beskriva människors erfarenheter och varierande uppfattningar av världen. Vid dataanalys har valts att följa Pihl, Fridlund och Mårtenssons (2010) sju steg förenliga med fenomenografisk tradition.

Inom fenomenografin anses att människan är en aktiv person som utgår från sina tidigare kunskaper och erfarenheter när den förstår en företeelse. Människan möter sin omvärld utifrån sin bakgrund med tidigare kunskap och erfarenheter. När en fenomenografisk forskning utförs så försöker forskaren beskriva människors kvalitativt olika uppfattningar av ett fenomen. Erfarenheten är den grund som uppfattningar skapas från och att verkligheten utgår från uppfattningen. Forskaren skiljer på vad något är (enligt första ordningens perspektiv) och vad det uppfattas vara (enligt andra ordningens perspektiv). Vad något uppfattas att vara förändras av betraktarens sätt att se (Olsson & Sörensen, 2007).

Inom fenomenografin är det viktigt att upptäcka de vilka kvalitativt olika sätt som ett fenomen kan uppfattas och förstås. Individuella uppfattningar är mindre intressant och tonvikten läggs på den kollektiva uppfattningen. För att förbättra och utveckla hälso- och sjukvård är det viktigt att identifiera på vilka olika sätt som fenomen uppfattas och förstås av vårdgivare, patienten, institutioner och samhället (Barnard, McCosker & Gerber, 1999). I detta arbete har fenomenet uppfattningar om diabetesvården av den äldre människan studerats.

## 4.1 Urval

Deltagarna valdes ut genom ett strategiskt riktat urval. Ett strategiskt riktat urval används när personerna i en förutbestämd grupp identifierats och valts ut för att generera mycket och varierad kunskap om ett ämne (Gerrish & Lacey, 2006).

Den förutbestämda gruppen var sjuksköterskor som arbetar med hemsjukvård. Ett krav för att delta var att intresse skulle finnas för ämnesområdet. Detta var det viktigaste kriteriet för deltagande i studien. Önskvärt var att få en spridning av erfarenhet i yrket om detta var möjligt och kanske även en spridning av ålder på de deltagande. Studien inleddes med att verksamhetschefen för hemsjukvården i kommunen kontaktades via mail med en förfrågan om tillåtelse att genomföra intervjuer av sjuksköterskor i hemsjukvård samt information om arbetets syfte. När denna gett sin tillåtelse skickade hen ut mail med ett bifogat brev med information om arbetet samt informerats samtycke (bilaga I) till samtliga sjuksköterskor i hemsjukvården. Jag fick sedan svar av fem intresserade via mail varvid ett datum bestämdes för intervjuer. På plats har ytterligare tre informanter spontant erbjudit sitt deltagande, två informanter tillfrågades på plats om de ville delta i studien genom intervjuer. Ålder på de deltagande var mellan 30 – 64 år. Nio kvinnor och en man deltog i studien. Nio distriktssköterskor och en sjuksköterska med erfarenhet av hemsjukvård i 4 – 35 år. Två deltagare hade vidareutbildning i diabetesvård och det metabola syndromet. Tio intervjuer genomfördes av sjuksköterskor i hemsjukvård i en mellanstor svensk stad. Alla deltagande delade samma arbetsplats och hade samma chef. Sjuksköterskorna hade två veckor innan intervjuerna flyttat till en ny lokal för sin arbetsplats. Alla intervjuerna genomfördes på arbetsplatsen förutom två som genomfördes i anslutning till en mäsasom de två deltagande befann sig på för att förbereda.

**Tabell 1: Fakta om informanterna.**

Bakgrunds variabler	n
Kön	
Kvinna	9
Man	1
Ålder	
23-30	1
31-40	3
41-50	3
51-60	2
61-67	1
Erfarenhet som sjuksköterska (år)	
1-2	0
3-5	2
6-10	5
>10	3
Högsta utbildningsnivå	
Distriktssköterska med utbildning diabetes	2
Distriktssköterska	7
Leg. sjuksköterska	1

## 4.2 Datainsamling

Valet av datainsamlingsmetod för detta arbete blev kvalitativa intervjuer. Enligt Polit och Beck (2004) är intervjuer den bästa insamlingsmetoden då intervjuer genererar information med god kvalitet. Att förbereda sig noga är viktigt. Detta innefattar bland annat att ha den centrala frågeställningen uppskriven för att kunna hålla ögonkontakt med deltagaren under intervjun. Annat som kan vara användbart är att använda sig av en checklista med sådant som är viktigt att ha med sig vid intervjuerna. Genom frågor söker forskaren nå kunskap om undersökningspersonens värld och om fenomenet. En intervju är en dialog mellan två personer och det är viktigt att skapa ett bra samarbetsklimat. Intervjupersonen måste få känna sig viktig och få tala till punkt (Olsson & Sörensen, 2007, Polit & Beck, 2004).

Upplysningarna som lämnas måste vara pålitliga och får inte vara påverkade av andra faktorer. Svaren skall ha en giltighet, det vill säga att den intervjuade svarar på det som intervjuaren ställer frågor om. Den kvalitativa forskningsintervjun är ett ämnesinriktat samtal där två människor samtalar om samma ämne som båda har intresse av. I intervjusituationen är det viktigt att som intervjuare inte föra över sina egna tankar (Olsson & Sörensen, 2007). Att deltagaren litar på intervjuaren gör att mer information fås fram, intervjuaren måste vara en god lyssnare (Polit & Beck, 2004).

Vid intervjuer kan felkällor förekomma genom att det inte alltid är lätt att veta vad intervjupersonen svarar på. Eventuellt kan det förekomma underförstådda antaganden som döljs i intervjufrågorna. Att vara neutral men ändå nära och öppen för intervjupersonens budskap. Som intervjuare försöka att så exakt som möjligt fånga vad den intervjuade vill förmedla, vid eventuella förändringar i den intervjuades berättelser kan ibland bero på att denna har kommit till insikt om något som tidigare förmedlats (Olsson & Sörensen, 2007). Intervjufrågorna var semistrukturerade och utgick från syftet ovan. Se intervjuguide (bilaga II). Polit och Beck (2004) menar att följdfrågor ska ställas när detta känns nödvändigt i syfte att få mer information och för att få mer djup i svaren. Som intervjuare bör eftersträvas ett positivt avslut på intervjun. Intervjuaren bör undvika att visa sig positiv eller negativ till det som den intervjuade berättar.

Sista frågan blev om den intervjuade hade något att tillägga eller om det är någon fråga som hon eller han tyckte saknades. Önskemålet var att få sitta ostört i ett rum förslagsvis i anslutning till deltagarnas arbetsplats. Intervjuerna spelades in med mobil. Detta fick de deltagande information om innan intervjusituationen. Materialet från intervjuerna laddades sedan över från mobil till dator, denna fil förvarades inlåst på Mälardalens högskola för att förstöras efter att studien är färdigställd. Bokning av lämpliga lokaler skedde med hänsyn till var deltagarna önskade att intervjuerna skulle ta plats. Valet blev i anslutning till deltagarnas arbetsplats då detta var praktiskt och de snabbt kunde återgå till arbetet efter intervjun.

### **4.3 Analysmetod**

Intervjuerna transkriberades, detta innebar att de skrevs ut exakt som de var i sin helhet med exempelvis eventuella pauser. Numrering av de olika intervjuerna genomfördes och denna siffra följde med under hela analysen och även vid presentationen i resultatet.

Vid fenomenografisk analys av transkriberade intervjuer sker detta i sju steg enligt Pihl, Fridlund och Mårtensson (2010). Steg 1. Att bekanta sig med materialet: intervjuerna lästes igenom noggrant för att bli familjär med texten. Texten lästes flera gånger. Steg 2. Kondensation, sammanställning: De mest signifikanta utsagorna blir utvalda att representera hela dialogen om fenomenet. Hur uppfattar sjuksköterskor i hemsjukvården diabetesvården med den äldre människan? Dessa uppfattningar jämfördes med andra uttalanden från intervjuerna och i relation till hela intervjun. Utsagorna skrevs i tabeller för att få en tydligare överblick över materialet. Vad är det som fokuseras och hur beskrivs det? Steg 3. Jämförelse: Alla signifikanta uttalanden blev jämförda för att identifiera varianter av likheter. De granskades noga och varianter visade sig. Steg 4. Gruppering: Utsagor som uppfattades som karaktäristiskt lika grupperades tillsammans för att få en tydlig förståelse för hur dessa utsagor hör samman och bildar uppfattningar. Utsagorna klipptes sönder och pusslades ihop i grupper.

Steg 5. Artikulera: Försök gjordes för att beskriva essensen i varje grupp av utsagor, att hitta kärnan av likheter. Grupper sattes sedan samman genom analys av interna relationer av uttalanden och strukturella aspekter formades. Uppfattningarna sammanställdes i beskrivningskategorier, de innehåller olika uppfattningar om samma innehåll men är skilda från varandra kvalitativt. Beskrivningskategorier har under arbetets gång vuxit fram och även reviderats flera gånger. Steg 6. Namnge kategorierna: De olika kategorierna namngavs utifrån essensen i uppfattningarna. Steg 7. Kontrastera: Innebär jämförelse mellan beskrivningskategoriernas likheter och olikheter. Varje kategori innehåller olika uppfattning om samma innehåll. Detta kallas för utfallsrummet och är huvudresultatet. De 7 stegen ovan repeterades flera gånger innan analysen var helt klar och tillfredsställande.

#### 4.4 Etiska ställningstaganden

Följande etiska aspekter beaktas i denna studie:

I denna studie används människor som studiedeltagare och då måste forskaren se till att deltagarnas rättigheter skyddas (Polit & Beck, 2004).

Att respektera en annan människa innebär att ta hänsyn till andra människors autonomi och självbestämmande. Det är viktigt som forskare att sträva efter att göra något gott genom att försöka få fram ny och väsentlig information som kan leda till något som möjliggör förbättring, som i detta fall, inom omvårdnadsvetenskapen. Genom att respektera andras integritet och värderingar säkerställs att forskaren inte gör någon skada. Viktigt är också att alla personer skall behandlas lika oavsett ålder, kön och så vidare (Olsson & Sörensen, 2007). Intentionen har hela tiden under arbetet och intervjuerna varit att inte diskriminera eller behandla någon annorlunda utifrån kön, ålder, utbildning och så vidare, det är min absoluta utgångspunkt att så inte har fått ske. Jag har som intervjuare lyssnat aktivt och försökt att inte avbryta samt ställt följdfrågor för att svaren skall få utvecklas och för att informanten ska ha känt sig färdig med sitt svar. Alla svar har respekterats oavsett mina egna värderingar och synpunkter.

Tänkbara deltagare kontaktades skriftligt via mail med information kring studiens syfte och upplägg. Detta gjorde att man som informant inte behövde känna sig tvingad att delta som annars finns en viss risk för om man blir tillfrågad direkt. Några informanter visade intresse för att delta på plats och erbjöd sig spontant att delta, två stycken tillfrågades men gavs utrymme för att tacka nej om de inte ville ställa upp. Informationen som informanterna fick innehöll kontaktuppgifter till ansvarig för studien samt handledare om frågor skulle uppkomma efter intervjun och de fick även information om att deltagandet skedde frivilligt med rätt att avbryta **Fel! Ogiltig hyperlänkreferens**. Vidare inhämtades samtycke till medverkan i studien Detta skall ske när deltagaren aktivt deltar i studien som i detta fall. Samtycket innebär även att den deltagande bestämmer hur länge och under vilka villkor de deltar samt att de kan avbryta sin medverkan utan några negativa följder (Vetenskapsrådet, 2009).

Det är viktigt att de deltagande i studien förstår informationen så de självständigt kan ta ställning till om de ville delta och genom detta uppfylls begriplighetskravet. Både skriftligt och muntligt har syftet förklarats för samtliga informanter. Författaren har strävat efter att på alla sätt inte avslöja deltagarnas identitet genom att inte röja deltagarnas identitet och bakgrund i arbetet genom att inte namnge dem eller röja uppgifter som ålder, kön och så vidare. Personuppgifter och data har förvarats på ett sådant sätt att inte någon utomstående har kunnat ta del av dem. När studien är slutförd så kommer materialet från intervjuerna att förstöras. På så sätt uppfylls konfidentialitetskravet. Den insamlade informationen som fåtts fram i studien kommer inte att användas på annat sätt än för forskningsändamål. Detta för att säkerställa nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2009).



## 5 RESULTAT

Analysen resulterade i sex beskrivningskategorier med skilda uppfattningar som beskrev hur sjuksköterskor uppfattar diabetesvården av den äldre människan i hemsjukvården. De olika uppfattningarna beskrivs under respektive beskrivningskategori.

Detta beskrivs nedan i en tabell och beskrivs sedan i text.

Tabell 2 Sjuksköterskors uppfattning om diabetesvården av den äldre människan i hemsjukvården

Beskrivningskategorier	Uppfattningar/utfallsutrymme
Samarbete	Fokuserar på att ett gott och nära samarbete med primärvården, hemvård samt övriga aktörer är nödvändigt. Uppfattningar som framkommer: -Att samarbetet ser olika ut. -Att samarbetet med hemvårdsgruppen påverkar hur vården av den äldre människan i hemsjukvården fungerar. -Att samarbetet med hemvården fungerar bättre efter omorganisationen.
Kommunikation	Fokuserar på kommunikationen med slutenvården, primärvården samt hemvården. Uppfattningar som framkommer: -Att ha en god kommunikation och förståelse från andra vårdgivare för arbetssituationen är viktigt. -Att kommunikationsvägarna har blivit längre. -Att det finns möjlighet till bättre kommunikation.
Ansvar	Fokuserar på uppfattningar om vem eller vilka som bär ansvaret för vården av den äldre människan med diabetes. Uppfattningar som framkommer: -Att diabetesvård var ett större ansvar tidigare än det är i dag. -Att diabetesvården i hemsjukvården är ett större ansvar i dag. -Att diabetesvård är något andra ansvarar för. -Att diabetesvården av den äldre människan i hemsjukvården inte prioriteras av primärvården.
Stöd och struktur	Fokuserar på hur sjuksköterskorna uppfattar att det finns stöd och struktur i deras dagliga arbete. Uppfattningar som framkommer: -Att det finns en bättre struktur av arbetet i dag gällande den äldre människan i hemsjukvården. -Att hemsjukvården skulle fungera bättre med läkarkompetens i organisationen. -Att det finns stödjande strukturer i hemsjukvården, från kollegor och ledning. -Att läkemedelsgenomgångar fungerar som en stödjande process i det dagliga arbetet med den äldre människan med diabetes och polyfarmaci.
Arbetssituation	Fokuserar på att sjuksköterskorna ställs inför situationer som kan vara svåra att hantera i sitt dagliga arbete med den äldre människan med diabetes. Uppfattningar som framkommer: -Att det finns många svårlösta arbetssituationer med den äldre människan med diabetes i hemsjukvården. -Att de flesta frågor om den äldre människan och diabetes kommer på jourtid från hemvårdspersonalen.
Utbildning	Fokuserar på vilka möjligheter som finns för utbildning samt hur sjuksköterskorna uppfattar möjlighet till att förkovra sig inom diabetes. Uppfattningar som framkommer: -Att det finns goda möjligheter till utbildning. -Att det saknas tid till att förkovra sig i den dagliga planeringen av arbetet. -Att omorganisationen har lett till att uppdatering av diabeteskunskap försämrats. -Att det finns ett behov av utbildning av hemvårdspersonalen när det gäller diabetes.

## 5.1 Samarbete

I den första beskrivningskategorin uttryckte flera av informanterna hur viktigt det nära samarbetet med primärvården är för att kunna genomföra ett tryggt och gott arbete med den äldre människan med diabetes. Samarbete uppfattas vara viktigt för sjuksköterskor i hemsjukvården. Flera informanter berättar om ett samarbete som dagligen påverkar deras arbete på olika sätt. Några vittnar om ett samarbete som fungerar friktionsfritt medan andra berättar om samarbete som inte fungerar fullt ut.

### 5.1.1 Att samarbetet ser olika ut

Det framkom att uppfattningarna grundade sig mycket beroende på vilken vårdcentral som man samarbetade med. ”Jag upplever en bra kontakt med vårdcentralen när jag behöver sedan tror jag att det beror på vilken vårdcentral som man har sina vårdtagare. Vissa funkar bättre än andra”(I:1). Överlag var de allra flesta mycket nöjda med samarbetet med primärvården, dock uttrycker några att det kan vara svårt med läkarkontakten då den varierar på de olika vårdcentralerna. Vissa vårdcentraler har utarbetat rutiner så att det finns en ansvarig hemsjukvårdsläkare medan andra vårdcentraler arbetar på annat sätt genom att ha en ansvarig läkare för den enskilda patienteten. Problem uppstår då om denna läkare slutar eller är ledig då ingen ansvarig läkare finns på vårdcentralen. Det är då samarbetet inte fungerar enligt uppfattningarna hos informanterna.

### 5.1.2 Att samarbetet med hemvårdsgruppen påverkar hur vården av den äldre människan i hemsjukvården fungerar

Samarbetet med hemvårdsgruppen påverkas av hur hemvårdsgruppen fungerar vittnar flera av sjuksköterskorna om. Informanterna uppfattade att om gruppen är liten, van och har erfarenhet fungerar arbetet bättre men om gruppen är stor och det är ett stort flöde av personal så tenderar arbetet att fungera sämre. De flesta informanterna uppfattade att lantdistrikten fungerar bättre medan distrikten i staden har större problem, förklaringen var att personalen på landet oftast hade mer erfarenhet samt att grupperna där inte hade så stort personalflöde.

I och med att de inte bor på boende utan eget ordinärt boende så kommer det ju massor av olika personal, så det händer ju att det blir bortglömt det man har ordinerat. Man märker ju vana, stabila har bra koll och de ringer inte, de vet hur de ska göra (I:1).

Någon berättar om en hemvårdsgrupp där personalen är van och har stor erfarenhet. ”De är ganska rutinerade i stort sett alla som jobbar där och då är det ju inte något större problem”(I:2). Sjuksköterskorna får mycket samtal från hemvårdsgrupperna med frågor om den äldre människan med diabetes speciellt när det är helger. Det arbetar många vikarier under helger och sjuksköterskorna uppfattar då att det framkommer mycket osäkerhet hos personalen. Samarbetet gynnas av om personalen i hemvården känner vårdtagarna detta verkar vara speciellt viktigt när den äldre människan har en sjukdom som diabetes enligt informanterna.

Det känner man ju trygghet inför, särskilt när det kommer till diabetikerna, att det är några få som går till dem. Jourtid är det fler vikarier och de kan inte alltid fråga varandra, de kanske inte törs fråga varandra och då ringer de till oss (I:7).

Detta uppfattade några informanter kom sig av att personalflödet är stort och personalen i hemvårdsgruppen inte känner varandra och inte vågar fråga varandra och då ringer till den ansvariga sjuksköterskan istället vilket ökar arbetsbelastningen för denna. En liten van hemvårdsgrupp som är stabil är till fördel för den äldre människan med diabetes enligt sjuksköterskorna i denna studie, detta underlättar väsentligt arbetet för sjuksköterskorna. Det framkommer en oro och ibland frustration när samarbetet inte fungerar, dock finns många uppfattningar om när samarbetet fungerar utmärkt.

### **5.1.3 Att samarbetet med hemvården fungerar bättre efter omorganisationen**

En av de fördelar som nämndes i och med omorganisationen av hemsjukvården var att närheten och samarbetet med hemvården skulle förbättras. Flera sjuksköterskor uppfattar att det finns en närhet och det numera känns lättare för sjuksköterskor och personal i hemvården att nå varandra. "Samarbetet med hemtjänsten har blivit bättre sedan vi gick över till kommunen det upplever många. Hemtjänsten känner nog att de får mera stöd liksom att man är tillgänglig hela tiden"(I:5). Några sjuksköterskor berättade att tidigare möten som man hade veckovis med hemvårdspersonalen numera inte kändes nödvändiga längre då man har kontakt flera gånger dagligen per telefon avseende problem som dyker upp. Flertalet sjuksköterskor vittnar om vikten av att känna sin personal i hemvårdsgruppen för ett gott samarbete. Många informanter prioriterar att träffa sin hemvårdspersonal för att samarbetet skall löpa bättre i det dagliga arbetet. Här verkar samtliga sjuksköterskor ganska eniga i sina uppfattningar om att en förbättring har skett i och med omorganisationen.

## **5.2 Kommunikation**

Kommunikation mellan vårdgivare när det gäller vården av den äldre människan med diabetes kan vara ett hinder och en möjlighet till god vård när det fungerar. Det framkommer uppfattningar om kommunikation som fungerar bra men att det ibland inte fungerar alls. Vissa sjuksköterskor upplever att det finns en oförståelse för vad hemsjukvård är och vad som är möjligt att utföra i hemmet. Uppfattningar finns också om att kommunikationsvägarna blivit längre efter omorganisationen. Dock finns uppfattningar om att det finns möjlighet till bättre kommunikation numera när personal från hemsjukvården deltar i vårdplaneringarna inför hemgång från det lokala sjukhuset.

### **5.2.1 Att ha en god kommunikation och förståelse från andra vårdgivare för arbetssituationen är viktigt**

Uppfattningar framkommer om att sjuksköterskorna inte får den information som de behöver eller ingen information alls till att de inte blir bemötta med förståelse för den situation som det innebär att vårda äldre människor med diabetes i hemsjukvård och vad det innebär i extra arbete. Dock finns informanter som vittnar om det omvända där kommunikationen fungerar tillfredsställande och att man lärt sig att vara proaktiv och ta reda på information innan exempelvis hemgång från sjukhuset.

Flera sjuksköterskor berättar om att de uppfattar sig trygga med att veta var de ska ringa och hur de ska få den information som de behöver. Här är det en majoritet bland sjuksköterskorna som upplever att de behöver få en bättre förståelse och mer information i god tid än de som upplever att detta fungerar komplikationsfritt. Det förekommer även fortfarande missförstånd gällande skillnaden mellan hemvård och hemsjukvård. ”De likställer hemsjukvården med hemtjänsten när man ringer eller skriver meddelanden. Det är väldigt vanligt”(I:7). Det finns uppfattningar hos sjuksköterskorna om att kommunikationen med slutenvården fungerar tillfredsställande. ”Numera tycker jag de skickar bra med anteckningar, papperna kommer i god tid, tidigare var det så att vi fick tjata och tjata och de kom hem innan vi fått papper men det har blivit bättre”(I:3). Missnöjet med rapporteringar från slutenvården är större än de som har positiva uppfattningar om utskrivningarna, det verkar dock som de som är nöjda aktivt ringer i förväg till sjukhuset och försöker få information innan deras patienter kommer hem vilket ju kräver en hel del arbete.

Vid slutenvård av den äldre människan med diabetes i hemsjukvården så uppfattar flera av sjuksköterskorna att insulindoserna inte alltid är korrekta under vårdtiden på sjukhuset. Sjuksköterskorna uppfattar en fara för patienten och en osäkerhet kring vilka insulindoser som gäller när patienten skrivs ut till hemsjukvården.

Jag upplever också att när en patient åker in och läggs in så har de fått en helt annan dos på sjukhuset för att de är ovetande om den aktuella insulinordinationen. Vid något tillfälle så hade ju patienten fått en helt annan insulinsort som inte stämde (I:5).

De olika dokumentationssystemen är en fara i detta avseende vittnar flera sjuksköterskor om. Sjuksköterskor upplever att det finns en okunskap om vad som är möjligt att utföra i hemsjukvård. Det finns inte insikt i vad som är möjligt att utföra i det ordinära hemmet.

Jag kan tycka att det är bristfälligt och det är kanske för att det kanske är så att man inte vet vad som är möjligt att utföra i hemmet och inte. Man kanske inte kan ta blodsocker åtta gånger per dag som de gör på sjukhuset (I:10).

Någon sjuksköterska uppfattar att ibland blir det diskussion även med den ansvariga bakjoursläkaren avseende vad som är möjligt att utföra i hemsjukvården, sjuksköterskorna uttrycker att de skulle önska en större förståelse för arbetet i hemsjukvården. Uppfattningar framkommer om att det sällan finns någon plan för hur vården av den äldre människan med diabetes skall fortgå i hemmet, vad är rimligt och möjligt.

Många informanter uppfattar en okunskap och oförståelse för arbetet i hemmet hos den äldre människan. Planen för den äldre människan med diabetes på sjukhuset fungerar sällan i det ordinära hemmet när denna inte äter lika regelbundet som hen gjorde på sjukhuset, kanske äter hen en annan kost med mera sötsaker. Det framkommer en oro för vad som skulle kunna hända när den äldre människan med diabetes får samma behandling för sin diabetes i hemmet och plötsligt intar en annan och oregelbunden kost. Många informanter vittnar om att det sällan finns något målvärde för den äldre människan med diabetes när denna skrivs ut till hemsjukvården och detta gör det svårare att veta vad man skall rapportera och sträva emot. Ofta sker utskrivningarna från sjukhuset med kort framförhållning uppfattar flera av informanterna.

### **5.2.2 Att kommunikationsvägarna har blivit längre**

Efter omorganisationen av hemsjukvården uppfattar flera av informanterna att kommunikationsvägarna har blivit längre. Man uppfattar att det finns en svårighet att få den information som man behöver för att vårda den äldre människan med diabetes i hemsjukvården,. Sjuksköterskorna berättar om svårigheter att få den information som de behöver när en patient blivit utskriven från slutenvården.

Nej gud, det kan vara hur som haver, det kan funka ibland om vi har tur och ibland upptäcker man i efterhand, jaha de har ju ändrat ordinationer här men det är ingen som har talat om för oss eller...plötsligt kan ju folk stå hemma...men ingen har kontaktat oss, nej det kan vara problem på hur många sätt som helst (I:2).

Problem uppstår i kommunikationen när man i efterhand skall försöka få information när patienten redan är utskriven och hemma igen.

Ja där får man ligga i., ja man får alltså hoppas att det ska gå bättre, men ibland är det hopplöst för vi får ingen information och så kommer de hem. Då får man ju ringa och säga att man vill ha en sammanfattning av vårdtiden och veta vad som gäller och så här (I:9).

I hemsjukvården har man inte samma dokumentationssystem som i slutenvården och primärvården. Det förekommer fortfarande okunskap om att sjuksköterskorna i hemsjukvården skulle ha tillgång till samma journal som man har inom slutenvården och primärvård.

Man får ringa och tala om att så här och så här, jaha var det så? Vi trodde ni hade BMS så att ni kan titta, men vi har ju inte det. Så vi är väldigt beroende av papper, fax och slutanteckningar (I:4).

Flera informanter vittnar om att man ständigt får söka information från olika vårdgivare för att få den information som man behöver, vissa uppfattar en viss förbättring medan andra inte ser någon förbättring alls avseende denna aspekt. ”Den är väldigt bristfällig på grund av att det stora problemet för oss är att vi inte har BMS. Vi har ingen aning om vad som hänt därinne, vi får aldrig veta förutom en liten slutanteckning” (I:8).

Någon sjuksköterska berättar om rena organisatoriska problem i form av att när en patient är utskriven från sjukhuset och blir inskriven i hemsjukvården har personalen på avdelningen inte längre någon vårdrelation till denna och hänvisar då sjuksköterskan att ringa till respektive mottagning istället. Personalen på avdelningen där patienten vårdats hänvisar till att man inte får gå in i den utskrivna patientens journal, detta hindrar ju förstås sjuksköterskan i hemsjukvårdens arbete som är beroende av informationen. Hinder i kommunikationen är ett problem i det dagliga arbetet tycker flera av sjuksköterskorna. En känsla och uppfattning om att det är en stängd värld för sjuksköterskan i hemsjukvården, där informationen inte når ut till de som behöver den.

### **5.2.3 Att det finns möjlighet till bättre kommunikation**

Uppfattningar framkommer om möjlighet till en bättre kommunikation med slutenvården genom att man numera har en distriktssköterska från hemsjukvården med vid vårdplaneringarna inför hemgång från sjukhuset. ”Numera har vi en person härifrån med vid vårdplaneringarna, det fungerar ju bättre” (I:3). Detta uttrycker många sjuksköterskor som en möjlighet till en bättre plan innan patienten går hem med en representant från hemsjukvården, många uttrycker att så skulle det alltid vara. Här uttrycker sjuksköterskorna ett stort hopp om en möjlighet till att kunna påverka hur utskrivningarna sker. Detta genom att en person med insikt i hur deras arbete fungerar och vad som är rimligt i hemmet numera kan påverka hur utskrivningen sker och vad som är viktigt innan hemskrivningen är färdigställt så långt det är möjligt. Dock kan inte denna person vara med på samtliga vårdplaneringar som det ser ut i nuläget.

## **5.3 Ansvar**

Sjuksköterskorna i hemsjukvården uppfattar det som ett större ansvar för diabetesvården i dag men samtidigt som något som sjuksköterskan hade mer ansvar och kontroll på tidigare. Svåra arbetssituationer framkommer med den äldre människan med demens, psykisk sjukdom, svårigheter att påverka situationen i hemmet. Framkommer även uppfattningar om att diabetesvård är något som andra ansvarar för. Men också en oro för att diabetes i hemsjukvården inte är något som prioriteras av primärvården.

### **5.3.1 Att diabetesvård var ett större ansvar tidigare än det är i dag**

I den tidigare organisationen då landstinget var huvudman för hemsjukvården jobbade de flesta sjuksköterskor och distriktssköterskor med diabetesvård i sitt område. Flera informanter som arbetade med hemsjukvård innan övergången av hemsjukvården till kommunen vittnar om en arbetssituation då man var väl insatt i behandling och mål av de äldre människorna med diabetes i sitt område. Men det finns också uppfattningar om att det numera finns en struktur exempelvis när den äldre människan som får ansvarsövertagande av mediciner och insulin då uppfattas översynen och vården ännu bättre i dag.

När jag jobbade på vårdcentral då hade jag ju samtidigt diabeteskontroller på vårdcentralen då hade man ju liksom ändå hyfsad kontroll på sina diabetiker men å andra sidan hade man inte samma helhetskoll på patienterna totalt sett som man har i dag i kommunen eftersom vi bara jobbar med hemsjukvård och har vi dem inskrivna och de har ansvarsövertagande då har vi nästan sjukhuskoll på dem, dagtid (I:2).

### **5.3.2 Att diabetesvården i hemsjukvården är ett större ansvar i dag**

Varje sjuksköterska i hemsjukvården har ett ansvar att dokumentera vårdplaner på sina vårdtagare, detta är särskilt viktigt när det gäller den äldre människan med diabetes då många arbetsguppfigurer delegeras till hemvården. Det ställer ett högre krav på dokumentationen då andra skall förstå och kunna utläsa vad som gäller för den enskilde individen i olika situationer. Detta vittnar flera av informanterna om att det är ett annat ansvar och ett krav på att dokumentera mer i form av vårdplaner och andra administrativa uppgifter. ”Det är ett annat ansvar. Vi står ju primäransvariga för att det här med insulingivningar och provtagningar efterföljs och så vidare så vi har en annan kontroll och vi har en annan dokumentation än vad vi hade förr”(I:8). En ensamhet gällande ansvaret framkommer och några vittnar om att man inte känner att man har den kompetensen att ta hela ansvaret själv. En uppfattning om att ansvaret ligger mer på den enskilda sjuksköterskan och att det ibland lite orättvist kan uppfattas som ett ansvar som egentligen borde ligga på en läkare. ”Ibland kan man känna att det läggs på en annan och inte på en doktor att ta det här beslutet och då kan man känna att vi har ju inte den kompetensen”(I:10). Några informanter vittnar om att det kan vara svårt att få det beslutet och då uppfattas det ibland som något som den enskilda sjuksköterskan måste ta ställning till själv.

Det är klart att man ibland känner sig ensam, men jag försöker ju ringa och få hjälp av någon vårdcentral, beror på när på dagen det är förstås, då kan man känna sig ensam ute i sitt arbete så är det. Då förlitar de sig väldigt mycket på mig (I:6).

### **5.3.3 Att diabetesvård är något andra ansvarar för**

Några informanter har den bestämda uppfattningen att det är andra som ansvarar för diabetesvården av den äldre människan. ”Det är ju ändå landstinget som har ansvaret och vi går efter deras ordinationer”(I:6). Sjuksköterskorna med denna uppfattning önskar i större utsträckning målvården, vårdplaner där landstinget dokumenterat vilka åtgärder som skall vidtas när det uppstår problem. Detta är något som flera informanter inser är närmast omöjligt då det kan vara svårt att förutse vissa situationer som kan uppstå. Det finns uppfattningar om att man skulle ha en ansvarig diabetessköterska i kommunen för att underlätta vården med den äldre människan med diabetes som lösning. ”Någon av oss kunde vara diabetessköterska.-. specialist. för att kunna göra ändringar, .men det går inte vad jag har förstått så det är bara ni på vårdcentralen som har delegering att göra ändringar”(I:6). Den sista uppfattningen delas inte av majoriteten. Flertalet verkar tycka att den nuvarande situationen med ansvarig diabetessköterska på vårdcentralen är det optimala i nuläget.

### **5.3.4 Att diabetesvården av den äldre människan i hemsjukvården inte prioriteras av primärvården**

Några sjuksköterskor uppfattar det som att diabetesvården i hemsjukvården inte prioriteras av primärvården. Detta framkommer genom att oro framförs hur ofta och vilka som kallas på besök till ordinarie diabetessköterska och läkare inom primärvården. ”Fast man är gammal skall man väl ha kontakt med en diabetessköterska på vårdcentralen? Ja även de som är tablettbehandlade ska väl ha, men det är väl inte alltid, de faller mellan stolarna kan jag känna”(I:4). Man berättar också om att några av hemsjukvårdspatienterna inte vill åka till vårdcentralen på besök och problematiken kring hur man löser detta. Det framkommer olika lösningar mellan de olika vårdcentralerna. Någon sjuksköterska berättar om att hen gör kontrollerna av den äldre människan med diabetes i hemsjukvården och sedan rapporterar till den ansvariga diabetessköterskan. Denna lösning verkar vara ovanlig i nuläget. Ansvaret för den äldre människan med diabetes framstår som oklart, vissa informanter vittnar om att det är delat ansvar, andra om att ansvaret är primärvårdens medan andra känner sig osäkra på om ansvaret är tydligt.

## **5.4 Stöd och struktur**

I denna beskrivningskategori framkommer hur sjuksköterskorna uppfattar stödet och strukturen i arbetet med den äldre människan med diabetes. Strukturen i arbetet uppfattas som mycket bättre än när omorganisationen genomfördes. Sjuksköterskorna uppfattar att organisationen kring den äldre människan med diabetes skulle optimeras med en läkarkompetens i den egna organisationen, några har uppfattningen att sjuksköterskorna skulle få en bättre förståelse för sitt arbete då men att man även uppfattar att vården skulle bli på lika villkor för den äldre människan med diabetes. Stödet från kollegor och ledning uppfattas som gott och viktigt.

### **5.4.1 Att det finns en bättre struktur av arbetet i dag gällande den äldre människan i hemsjukvården**

Sjuksköterskorna i hemsjukvården har arbetat hårt för att strukturera upp sitt arbete kring den äldre människan med diabetes. De arbetar med att varje person skall ha en vårdplan där man kan utläsa målvärden och så vidare. Detta för att säkerställa arbetet på jourtid då det kan vara kollegor som inte känner patienten i tjänst.

Vi håller på att styra upp det mer och mer, man vill att det ska vara säkrat runt varje vårdtagare i och med att vi inte har läkare och att man verkligen har en bra plan på varje vårdtagare och att man kan läsa det enkelt, hitta i journalen (I:1).

Sjuksköterskorna uttrycker uppfattningar om att deras hårda arbete har gett resultat och verkar känna stolthet över detta. Flera av informanterna som varit med om övergången från landsting till kommunaliseringen av hemsjukvården vittnar om att man uppfattar en stor skillnad.



#### **5.4.2 Att hemsjukvården skulle fungera bättre med läkarkompetens i organisationen**

Landstinget ansvarar för läkarkompetensen i dag och det framkommer uppfattningar om att det finns en oförståelse och en okunskap från flertalet av läkarna i slutenvården och primärvården avseende hemsjukvård. Sjuksköterskorna saknar en läkare som är anställd av kommunen med god insikt i hemsjukvård. Flera uttrycker det som ett stöd för sjuksköterskorna i deras arbete men det finns också de som ser det som en möjlighet till att även att den äldre människan med diabetes i hemsjukvården får samma vård oavsett vilken vårdcentral som de är listade på. ”En doktor hos oss tror jag som tar hand om alla hemsjukvårdspatienter, så att det blir samma möjlighet för alla”(I:10).

Stödet för sjuksköterskorna i hemsjukvården finns i primärvårdens personal, det mobila närvårdsteamet men även i kollegorna vittnar informanterna om. ”Jag tar kontakt med vårdcentralens doktor och diskuterar hur man skall göra eller så tar jag dit mobila närvårdsteamet”(I:6). Sjuksköterskorna använder sig av läkarkompetensen i primärvården och i det mobila närvårdsteamet för att lösa de problem som uppstår. Någon vittnar om att det finns en stor fördel på de vårdcentraler där man utsett en ansvarig hemsjukvårdsläkare. Sjuksköterskorna uppfattar att det finns gott hopp om att när det samarbetet fått fortgå så kommer denna läkare ha en god förståelse och insikt i hur hemsjukvård fungerar. För de sjuksköterskor som inte arbetar emot en vårdcentral som har den lösningen är det svårt att uttala sig säkert om hur det skulle vara men majoriteten verkar tro att den lösningen är ett bra alternativ.

#### **5.4.3 Att det finns stödjande strukturer i hemsjukvården, från kollegor och ledning**

Att arbeta i hemsjukvården som sjuksköterska kan vara ensamt och det är av högsta vikt att hitta stödjande strukturer i form av kollegor och nätverk för att arbetet skall fungera. Ett nära samarbete där man delar erfarenheter är av största vikt för att den enskilda sjuksköterskan inte skall uppleva arbetet för tungt och svårarbetat. Här fyller ledningen en viktig funktion genom att vara lyhörd och skapa möjligheter för att dessa strukturer skall fungera.

Det är ett ganska ensamt jobb att jobba i hemsjukvården så är det. Och är det någonting som man vill ha hjälp med så är det vårdcentralen eller mobila närvårdsteamet om det är någonting” ”Sedan har man ju alltid kollegor att bolla med så ja, nej det är ensamt. Men ibland om jag känner att det här grejar inte jag så åker vi två och två, det är inga problem (I:4).

Närheten till kollegorna genom att man delar lokal verkar vara en trygghet för samarbetet för sjuksköterskorna i hemsjukvården. Gemensamma arbetsplatsträffar regelbundet fyller en viktig funktion.

#### **5.4.4 Att läkemedelsgenomgångar fungerar som en stödjande process i det dagliga arbetet med den äldre människan med diabetes och polyfarmaci.**

Som stöd och struktur för att utföra ett bra och säkert arbete med multisjuka äldre människor med diabetes nämner några informanter att genomföra läkemedelsgenomgångar regelbundet som ett bra stöd och verktyg. ”Det är läkemedelsgenomgångar som gäller, det är oerhört viktigt, kul att hålla på med”(I:3). Någon sjuksköterska uppfattar detta som bland det viktigaste i hens arbete att se till att dessa blir genomförda och därigenom känner sig både hen, personalen och patienten trygg. Stöd och struktur i form av vårdplaner vittnar många sjuksköterskor är en trygghet att arbeta med, men det finns även uppfattning om att jobba utan att använda sig av journal och vårdplaner i vissa fall för att bilda sig en egen uppfattning och därmed inte påverkas av andras uppfattningar i sin egen bedömning.

### **5.5 Arbetssituation**

Denna beskrivningskategori fokuserar på hur sjuksköterskor uppfattar sin arbetssituation med den äldre människan med diabetes. Uppfattningar framkommer om svårlösta arbetssituationer med multisjuka äldre människor. Ibland uppfattas svårigheter att diskutera dessa situationer med andra vårdgivare men i vissa fall fungerar detta alldeles utmärkt. Jourtid uppkommer många frågor från hemvårdspersonalen om den äldre människan med diabetes. Detta uppfattas av sjuksköterskorna som svåra situationer ibland. Men det finns också sjuksköterskor som känner sig trygga i situationen men ändå kan uppfatta att det finns en stor osäkerhet hos hemvårdspersonalen.

#### **5.5.1 Att det finns många svårlösta arbetssituationer med den äldre människan med diabetes i hemsjukvården**

Att arbeta i hemsjukvård går inte att jämföra med någon annan vårdssituation, det krävs ett specifikt förhållningssätt att vårda den äldre människan med diabetes i hemmet, att ta hänsyn till den äldre människans integritet och självbestämmande är mycket viktigt. Men ibland ställs sjuksköterskan inför situationer där man står handfallen inför den unika situation som uppstått. Och ibland måste sjuksköterskan kanske göra ett val som inte känns rätt men uppfattas som den bästa utifrån situationen just då.

Det är jättesvårt att hantera för hur ska jag tänka kring hens diabetes, hur viktigt är det att hen ligger terapeutiskt för att hen väljer ju att dricka sprit varje dag. Hur mycket ska jag vända ut och in på mig för att hen ska ligga på en terapeutisk bra ..ja psykisk sjukdom och demens vilket ju är jättesvårt, det är ju svårt och det måste man ju hantera individuellt varje gång (I:2).

Flera informanter berättar om arbetssituationer som de inte kan påverka fullt ut, den äldre människans rätt att leva som den vill i det egna boendet, en frustration att inte kunna nå fram alltid på grund av missbruk, demens samt psykisk sjukdom. Sjuksköterskorna uttalar en respekt för den äldre människans rätt att bestämma i sitt hem men i de fall man ser att besluten för med sig ohälsa leder detta till frustration över att inte kunna hjälpa. Några informanter berättar om svårigheten att kunna diskutera dessa fall med andra vårdgivare men det finns också de som berättar om fasta läkarkontakter där det fungerar mycket tillfredsställande trots svår livssituation för den äldre människan.

### **5.5.2 Att de flesta frågor om den äldre människan och diabetes kommer på jourtid från hemvårdspersonalen**

Under jourtid arbetar sjuksköterskan i hemsjukvården helt ensam i hela kommunen, detta sker kvällstid, helger samt röda dagar. Flera informanter uppfattar att många svåra frågor om den äldre människan med diabetes kommer under jourtid. ”Jag kan nästan uppleva att de flesta frågorna om blodsockervården kommer när vi har jour”(I:1). Detta försvåras av att jourtid är sjuksköterskan ensam i hela stadens hemsjukvård och många gånger känner sjuksköterskan inte till patienten som hemvården ringer om. Situationer som tas upp av informanterna är exempelvis dementa äldre människor som vägrar äta, ta blodsocker trots att de har insulinbehandling. Många informanter berättar om situationer som kan vara svåra som de måste ta ställning till ensamma jourtider. Sjuksköterskorna berättar om en osäkerhet som de upplever hos personalen i hemvården avseende just diabetes hos den äldre människan, trots att man gjort upp vårdplaner med målvärden får de många samtal om blodsockervården om de är normala eller behöver åtgärdas. ”När jag är på jour då kommer det upp, den här osäkerheten hos personalen, de ringer och frågar för att få bekräftelse”(I:3). Några sjuksköterskor nämner avsaknad av utbildning hos hemvårdspersonalen som orsak till att de ringer ofta om blodsockervården och frågor kring den äldre människan med diabetes. ”Det är mycket osäkerhet. Många har ju delegering men en del har ju inte utbildning och de är inte heller undersköterskor heller, det är tufft ibland”(I:4).

Någon uppfattar osäkerheten från personalen men känner sig ganska trygg i situationen. ”Nu blir det den som jobbar på jouden som får ta det och det känner jag mig ganska trygg med men jag kan tänka mig att det kan vara jobbigt”(I:9). Det finns alltså en osäkerhet hos de allra flesta sjuksköterskorna när dessa frågor kommer, det baserar sig oftast på att de inte har personlig kännedom om patienten som hemvårdens personal ringer om, de känner inte heller hemvårdspersonalen. Uppfattningar om att känna sig osäker i arbetssituationen till att känna sig säker och trygg finns i sjuksköterskornas vittnesmål.

Alla vittnar om att det uppkommer många frågor kring diabetes och insulinfrågor på jourtid och att det är en arbetssituation som man inte är tillfreds med.

## 5.6 Utbildning

I denna beskrivningskategori framkommer hur sjuksköterskorna uppfattar möjligheten till utbildning och att kunna förkovra sig inom diabetesvård. Goda möjligheter till utbildning är den generellt gällande uppfattningen, här framkommer dock uppfattningar om att det är utbildningar som ibland saknar relevans till verkligheten, några uppfattar att utbildning i diabetes inte prioriteras, vissa utbildningsområden återkommer ofta. Tidsbrist är ett av skälen till att sjuksköterskorna inte hinner förkovra sig under arbetstid, dock uppfattar sjuksköterskorna att det finns stöd från ledningen i att göra detta. En uppfattning som framkommer är att i och med omorganisationen uppdateras sjuksköterskorna i hemsjukvården inte i diabeteskunskap som tidigare. Sjuksköterskorna uppfattar att det finns ett behov av utbildning i diabetes hos hemvårdspersonalen.

### **5.6.1 Att det finns goda möjligheter till utbildning**

Alla sjuksköterskor uppfattar att de har mycket goda möjligheter att utbilda sig generellt. Många uppfattar att det är en av de stora fördelarna med att numera arbeta för kommunen som arbetsgivare sjuksköterskorna ser här en stor förändring till det positiva. ”Det är så mycket utbildningar hela tiden och möten inom kommunen, vi får ju väldigt mycket, de är generösa när det gäller utbildningar, vidareutbildningar och så tycker jag”(I:4). Men det framkommer också fram uppfattningar om att diabetes inte är ett område som prioriteras samt att viss utbildning saknar relevans till verkligheten det förstnämnda nämns främst hos de yngre sjuksköterskorna, det senare hos de sjuksköterskor som har jobbat längst inom hemsjukvården.

Vi får ingenting om diabetes, jag tror att då får vi söka högskolan, men det kan ju inte hur många som helst gå på, jag kan tycka att sår prioriteras mer fast det är diabetes som vi råkar ut för mer och de situationerna som är krångligare. Vi har ju många diabetiker (I:10).

Några informanter som arbetat länge inom hemsjukvården uppfattar att utbildningarna återkommer. ”En del av utbildningarna tycker man att man har gått, det blir så hela tiden, man är mätt på det där, det kommer nya rön hela tiden, rätt vad det är är man tillbaka på ruta ett”(I:8). Utbildningarna är oftast obligatoriska och det innebär att sjuksköterskorna förväntas delta i de utbildningar som bokas in. Vissa har uppfattningen att detta är bra medan andra anser att detta inte är optimalt då man borde kunna få välja att avstå om man anser att detta inte skulle tillföra något kunskapsmässigt.

### **5.6.2 Att det saknas tid till att förkovra sig i den dagliga planeringen av arbetet**

Tidsbrist är något som nästan alla sjuksköterskor uppfattar som skälet till att de inte hinner förkovra sig i diabeteskunskap i den utsträckning man önskar, andra saker måste prioriteras dock uppfattar samtliga att stödet från ledningen finns i grunden.

Detta är dock något som inte är schemalagt utan som man förväntas planera in själva i sin tidbok i så fall. "När man väl har lite tid över så kanske någon är sjuk och då skall man täcka där och så. Det är sällan man har någon tid över egentligen. Det är så mycket administration som ligger på hög också"(I:4). Administration som tynger sjuksköterskorna och belastar dem i deras arbete nämns av samtliga. Det framkommer uppfattningar om att det är ett egenansvar att förkovra sig trots tidsbristen. Någon berättar att hen förkovrar sig på fritiden då tiden inte räcker till på arbetet till detta.

### **5.6.3 Att omorganisationen har lett till att uppdatering av diabeteskunskap försämrats**

Uppfattningar framkommer om att vissa av sjuksköterskorna i hemsjukvården uppfattar att de inte får samma uppdateringar inom diabetesvård när man arbetar i kommunens regi.

Jag tycker att det är mycket administrativt, skulle jag säga. Jag har inte varit ute på min mail på flera dagar, jag orkar inte, jag hinner inte man måste ju göra det man ska göra, man måste jobba med sjukvården. Kommunen kan jag uppleva ibland, inte är - det är lite nytt med sjukvård för dem (I:9).

Det finns uppfattningar om att sjuksköterskor i hemsjukvården inte hänger med i utvecklingen av vad som händer inom diabetesområdet avseende nya insulinsorter, tabletter som tillkommit. Patienterna kommer hem med mediciner som sjuksköterskorna inte känner till. Det uttrycks en avsaknad av detta och många vittnar om att de tror att det beror på att de är anställda av kommunen istället för landstinget. Ett fåtal sjuksköterskor får uppdateringar avseende diabetesvård, detta framkommer vid intervjuerna genom att dessa har regelbundna träffar med länets diabetessamordnare via möten, detta grundar sig på att dessa sjuksköterskor tidigare arbetat med diabetesvård när hemsjukvården tillhörde primärvården.

### **5.6.4 Att det finns ett behov av utbildning av diabeteskunskap hos hemvårdspersonalen**

Genomgående hos samtliga sjuksköterskor finns uppfattningar om att hemvårdspersonalen som man samarbetar med skulle vara i behov av mer utbildning inom diabetesvård. Sjuksköterskorna har regelbundna delegeringar till sin hemvårdspersonal, dessa tillfällen ses som en tillfällighet att ta upp sådant som inte fungerar.

Sedan har vi ju delegering varje år. Vartannat år muntligt och vartannat år skriftligt och vid de tillfällena så får vi se till att ta upp saker och ting som inte fungerar riktigt. Sedan har vi haft lite utbildning för dem också bland annat inom diabetesvård (I:5).

Samma frågor som används i dag vid delegering till hemvårdspersonalen användes även för 5 år sedan, vem som uppdaterar dessa är oklart.

## 6 DISKUSSION

Fokus har varit att beskriva skilda uppfattningar av ett fenomen som i detta arbete är uppfattningar om diabetesvården av den äldre människan i hemsjukvården. Analysen resulterade i 6 beskrivningskategorier med kvalitativt skilda uppfattningar om hur sjuksköterskor i hemsjukvården uppfattar vården av den äldre människan med diabetes. Dessa kommer att beskrivas nedan närmare och jämföras med tidigare forskning, teoretisk referensram samt vad detta arbete utmynnar i.

### 6.1 Resultatdiskussion

I detta arbete vittnar informanterna om att de önskar och uppfattar ett bra samarbete kring den äldre människan med diabetes med personalen i primärvården, men att det ser olika ut mellan de olika vårdcentralernas rutiner vilket inte gynnar samarbetet och till slut även påverkar den äldre människan. Sjuksköterskor i hemsjukvård arbetar i den äldre människans hem, det kräver ett specifikt förhållningssätt. Informanterna vittnar om att det ibland inte finns förståelse för den specifika situationen som det innebär att vårda den äldre människan med diabetes i hemmet. Exempelvis kan orimliga ordinationer ställas som inte går att utföra i hemmet. Några informanter upplever att kommunikationsvägarna blivit längre efter att omorganisationen genomförts. Dock har sjuksköterskorna numera en sjuksköterska i vårdplaneringsteamet på sjukhuset som deltar i vårdplaneringar innan den äldre människan skrivs ut till hemsjukvård, detta ser sjuksköterskorna som en stor fördel. Josefsson har i sin studie (2006) visat på att det är angeläget att det finns bra förutsättningar för sjuksköterskorna i hemsjukvården att kunna tillgodose en god vård av äldre människor. Benner och Wrubel (1989) menar att omsorg är fundamentalt och att detta är grundläggande för yrkesmässig omvårdnad. När en människa får och ger omsorg skapas tillit och då skapas också förutsättningar för att bemästra den situation som uppstått exempelvis sjukdom. När förutsättningarna finns för att sjuksköterskorna i hemsjukvården ska kunna ge en god omvårdnad till den äldre människan med diabetes i hemsjukvården skapas förutsättningar för den äldre människan att kunna bemästra sin livssituation (Josefsson, 2006, Benner & Wrubel, 1989). Sjuksköterskorna i hemsjukvården samarbetar nära med hemvårdsgrupperna som ser olika ut. Vissa grupper är stora och har ett stort personalflöde och vissa grupper är mindre och har ett mindre personalflöde. Informanterna vittnar om att det senare fungerar bättre och ger en större trygghet för den äldre människan.

Bittner och Gavlin (2009) har visat i sin studie om hur sjuksköterskor använder sig av kritiskt tänkande när de delegerar omvårdnadsuppgifter att relationen mellan sjuksköterskan och personalen blir avgörande för en lyckad delegation. I föreliggande arbete finns uppfattningar om att samarbetet med hemvårdsgrupperna har gynnats av omorganisationen då sjuksköterskorna är mer tillgängliga nu än när hemsjukvården bedrevs i landstingets regi. Kanske har de fått en bättre relation sinsemellan? Detta är förstås en bra utveckling och en god konsekvens av omorganisationen.

Sjuksköterskans uppdrag att främja och skydda människors hälsa under hela livet och att arbeta för att minska allvarliga sjukdomar beskrivs i WHO:s folkhälsomål i Hälsa 21. I sjuksköterskan i hemsjukvårdens uppdrag ingår att tillvarata det friska hos människan, tillgodose basala och specifika omvårdnadsbehov. Att leda och organisera och delta i omvårdnadsarbetet kring den äldre människan. Benner och Wrubel (1989) använder sig av begreppet välbefinnande före hälsa då de anser att det speglar människans upplevda hälsa. De menar att ett välbefinnande infinner sig när det råder en överensstämmelse mellan en människas möjligheter, den faktiska tillvaron och upplevda mening, detta bygger på en omsorg och känslan av att vara omhändertagen. Allt detta gör sjuksköterskan i hemsjukvården dagligen, att ge omvårdnad och omsorg till den äldre människan med diabetes i hemsjukvården leder till ett välbefinnande där den äldre kan känna att hen har möjligheter och upplever meningsfullhet trots sjukdom. Målet för omvårdnaden blir att hjälpa människan att leva det liv som hen önskar trots sjukdom.

Informanterna uppfattar att de har ett större ansvar för den äldre människan med diabetes i dag än tidigare, några anser att de hade mer kontroll och ansvar tidigare. I innevarande studie framkommer också uppfattningar om att diabetesvården av den äldre människan är något som andra ansvarar för. Det finns en oro som framkommer att diabetesvården av den äldre människan i hemsjukvården inte prioriteras av primärvården. Benner och Wrubel (1989) menar att syfte och mål ska vara att ge den hjälp att kunna leva det liv som människan önskar trots sjukdom, lidande och förlust. Alla hälsofrämjande åtgärder bör baseras på människans egna resurser, sjuksköterskan måste därför ha en djup förståelse för människans speciella situation. Ansvaret för den äldre människan med diabetes är delat mellan kommun och landsting vilket försvårar vården, bland annat har man olika journaler och inte möjlighet att läsa varandras dokumentation. Risker framkommer speciellt när den äldre människan med diabetes skrivs ut från slutenvården till öppenvården och hemsjukvården. Det finns en fara i det delade ansvaret genom att det är oklart vem eller vilka som ska tillgodose den äldre människans bästa och att målet att ge den hjälp som behövs för att få leva det liv som den äldre människan önskar riskerar blir sekundärt.

I föreliggande arbete framkommer att sjuksköterskorna jobbat hårt för att strukturera arbetet och vårdplanerna kring de äldre människorna med diabetes som vårdas i hemsjukvården. Man finner en stolthet i att detta arbete fortskrider. Många informanter vittnar om ett gott och nära samarbete med kollegorna när svåra situationer dyker upp, en trygghet i att öppet kunna delge varandra sina erfarenheter. Det finns även många uppfattningar om att stöd finns från ledning i att förkovra sig och man känner ett stöd i att man får planera och lägga upp sin arbetstid på ett fritt sätt. Detta har Josefsson, Åling och Östlin (2011) intygat i sin studie att sjuksköterskor skattar högt att ha uppskattande kollegor samt en rättvis och förstående chef, att känna stolthet över sitt arbete är viktigt.

Informanterna i detta arbete uppfattar att man har stöd från ledning i att förkovra sig men finner inte själva tiden och utrymmet för att göra det i den utstäckning som man skulle vilja, andra arbetsuppgifter prioriteras. Gustafsson, Mattsson och Dubbelman (2014) menar i sin studie att det måste finnas förutsättningar och avsatt tid och verktyg i organisationen så att sjuksköterskorna kan söka evidens och använda sig av den i omvårdnaden. Stödet från ledningen verkar finnas men inget konkret händer i form av avsatt tid där ledning visar på hur viktigt detta område verkligen är för att säkerställa att evidensbaserad omvårdnad utförs. Flera av sjuksköterskorna uppfattar att de inte är uppdaterade vad gäller ny diabeteskunskap, exempelvis nya vårdprogram för äldre och diabetes. Haycock, Stuart, Jarvis och Daniel (2008) föreslår i sin studie att sjuksköterskorna bör avlastas avseende sina administrativa uppgifter för att få mer tid att ge patienterna omvårdnad. Detta skulle kunna vara en möjlighet till mer tid, kan sjuksköterskorna i hemsjukvården avlastas vad det gäller de administrativa uppgifterna, kanske finns det annan personal som skulle kunna utföra vissa av dessa arbetsuppgifter.

Det finns goda möjligheter till utbildning för sjuksköterskor i hemsjukvården det framkommer i innevarande studie. Pilhammar-Andersson(2001) menar att utbilda sig och delta i kontinuerlig utbildning utvecklar en högre grad av professionalism. Dock framkommer uppfattningar hos några informanter om att vissa utbildningar kan sakna relevans till verkligheten och att vissa utbildningar prioriteras framför andra, exempelvis många utbildningar om sår och få eller inga utbildningar om diabetes som i många fall är ett område som det finns många frågeställningar om och som sjuksköterskorna känner större osäkerhet kring. Hos några informanter uppfattar man att omorganisationen har medfört att det är svårare att uppdateras när det gäller just diabetesområdet. Att fortlöpande utbilda sig är alltså viktigt och nödvändigt för att bibehålla och utveckla den professionella kompetensen. Dock uppkommer frågan vem som avgör vilka utbildningar som är relevanta för sjuksköterskorna i hemsjukvården.

I föreliggande arbete framkommer uppfattningar om en stor osäkerhet med upprepade frågeställningar kring den äldre människan med diabetes från personalen i hemvårdsgrupperna. Det framkommer också uppfattningar om att det kan vara ensamt att arbeta under jourtid kvällar och helger då sjuksköterskorna alltid arbetar ensamma i hela kommunen. Vidare framkommer frågeställningar som kan vara svåra att ta ställning till, man finner till viss del stöd i bakjournalsläkare på jourtid och under dagtid mobila närvårdsteamet, primärvårdens personal samt varandra. Dock framkommer uppfattningar om avsaknad av en egen läkare i kommunens regi i hemsjukvården som skulle ha en bättre förståelse för sjuksköterskornas arbete i hemsjukvård men även för att säkerställa en rättvis vård för alla som är inskrivna i hemsjukvården. Annersten-Gershater, m.fl. (2011) fann i sin studie att det finns behov av att stärka sjuksköterskornas roll som ledare i hemsjukvården.

Att arbeta med den äldre människan i hemsjukvården är en komplex situation. Wu, Lin och Hsiung (2015) har visat att om en äldre människa har fler än en sjukdom ökar avsevärt komplexiteten i vården. Den äldre människan med diabetes har ofta flera olika sjukdomar. Att kunna tolka och upptäcka symtom som högt eller lågt blodsocker blir mycket svårare, att hantera medicinering kan ibland vara omöjligt. Detta kräver att personalen som vårdar dessa äldre människor har erfarenhet och en gedigen utbildning.



Enligt Benner och Wrubel (1989) befinner sig alltid en människa i en situation. Coping är vad den människan gör vid en okänd livssituation, exempelvis sjukdom, målet är att återfå meningen med livet. Sjuksköterskan i hemsjukvården kan försöka hjälpa den äldre människan med diabetes med vad som krävs för den nya livssituationen. Att kunna hjälpa den äldre människan med detta blir det primära i omvårdnaden i hemsjukvården. Att utgå från varje människas unika situation och bedöma hur denna människa kan bemästra sin situation genom att försöka förstå hur personen förstår och bedömer sina möjligheter utifrån sin egen sfär är viktigt. Detta kräver förstås tid för sjuksköterskorna i hemsjukvården, förutom adekvat utbildning och erfarenhet som nämnts ovan.

Laschinger (2010) har studerat hur hans empowermentbaserade teori fungerar i vårdarbete. Här visas hur viktigt det är att de anställda har inflytande över organisationen, att känna att man har möjlighet att påverka sin situation. Stöd, feedback från kollegor och ledning och möjligheter att kunna arbeta självständigt. Informanterna i detta arbete vittnar om att de kan lägga upp sitt arbete ganska fritt men de kan inte fullt ut påverka sin arbetssituation speciellt vid utskrivningar från slutenvården av den äldre människan, här framkommer oförståelse, okunskap vid överrapporteringen om den ens sker till rätt instans. De arbetssituationer som sjuksköterskorna inte kan påverka leder till frustration och det är viktigt att ta detta på allvar och arbeta för att få till stånd en förändring genom ett förbättrat samarbete och kommunikation mellan landsting och kommun.

Informanterna i detta arbete uppfattar att tiden är bristfällig men att man mycket fritt kan disponera sin tid efter egen planering. Laschinger (2010) varnar för att om den anställde inte har tillgång till resurser, stöd, information och möjligheter så riskerar den anställde att känna sig fast i arbetet och inte delaktig. En hög grad av egenmakt har ett samband med högre nivå av effektivitet i arbetet. För en välfungerande hemsjukvård måste detta tas i beaktande. Annars riskerar hemsjukvården att stagnera och inte utvecklas till en modern, evidensbaserad verksamhet som utvecklas i samklang med tiden. Detta är något som ansvariga för den kommunala hemsjukvården bör ta till sig och till stor del redan tillgodoser. I detta arbete har författaren funnit att sjuksköterskorna uppfattar att hemvårdspersonalen är i behov av mer utbildning när det gäller den äldre människan med diabetes. Men även flera av informanterna saknar och efterfrågar utbildning och uppdateringar i diabeteskunskap. Samarbete och förbättring av utskrivningar från slutenvården samt överrapporteringar efterfrågas och samarbetet med primärvården behöver utvecklas och i någon form eventuellt bli mer lika mellan vårdcentralerna för att säkerställa en rättvis och lika vård av den äldre människan i hemsjukvården. Att samarbetet med hemsjukvården ser olika ut mellan de olika vårdcentralerna är olyckligt, det är den enskilda människan som riskerar att få en orättvis vård. Det är intressanta och viktiga uppfattningar som framkommit i detta resultat. Dock måste man beakta att det är tio sjuksköterskor i hemsjukvård som delgivit sina uppfattningar om vården av den äldre människan med diabetes i hemsjukvården och att det är utifrån deras livsvärld dessa uppfattningar har sitt ursprung. Jag anser dock att dessa uppfattningar är viktiga att ta i beaktande för att utveckla diabetesvården och nå målet med en god och säker vård av den äldre människan med diabetes i hemsjukvården.

## 6.2 Metoddiskussion

Olsson och Sörensen (2007) menar att ett forskningsproblem kan belysas ur två perspektiv antingen kvalitativt eller kvantitativt.

Det kvalitativa perspektivet som valdes till denna studie innebär att forskaren har valt att vara subjektiv och arbeta inifrån med forskningsproblemet. Forskaren håller sig hela tiden flexibel och det göra att forskaren får ny lärdom av ny kunskap. Det gör också att forskaren blir en del av själva resultatet (Olsson & Sörensen, 2007).

I denna studie valdes att genomföra 10 intervjuer, det innebär att endast ett begränsat urval visas. Om fler intervjuer genomförts hade mer information inkommit men det är oklart om det skulle tillfört mer till resultatet. Olsson och Sörensen (2007) argumenterar för att om istället ett kvantitativt perspektiv valts skulle det innebära att forskaren distanserat sig från deltagarna och det skulle också ha krävts ett mycket större antal deltagare i denna typ av undersökning. I en kvantitativ studie är det viktigt att det subjektiva inslaget hålls under kontroll då dessa undersökningar skall kunna upprepas vilket en kvalitativ undersökning inte gör anspråk på att kunna göra.

I denna studie valdes en fenomenografisk ansats då syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors uppfattningar om diabetesvården av den äldre människan i hemsjukvården. Inom fenomenografin studeras människors uppfattningar av ett fenomen. Fenomenografisk ansats var helt ny för mig men efter handledning och egen fördjupning i metoden så kändes metoden rätt. Om valet hade fallit på innehållsanalys hade det inte varit möjligt att kunna studera skiftande uppfattningar då när innehållsanalys används studeras materialet och forskaren försöker hitta teman som sammanfattar de deltagandes utsagor. I studien valdes att strategiskt välja ut sjuksköterskor i hemsjukvården till undersökningsgruppen. Detta för att få så mycket information som möjligt av denna grupp som har erfarenhet av hemsjukvård och arbetar med den äldre människan med diabetes.

Det var svårt att påverka fördelningen av vilka som deltog ifråga om kön, ålder, erfarenhet av hemsjukvård, utbildning med mera. Deltagandet var ju frivilligt vilket är viktigt. Variationen blev nio kvinnor och en man. Det finns en bra spridning på erfarenhet och antal år i yrket. Representationen vad gäller vidareutbildning var god nio av tio deltagare hade vidareutbildning till distriktssköterska. Det var två deltagare som hade vidareutbildning i diabetes som deltog i studien. Två deltagare hade alltså vidareutbildning i diabetesvård samtliga hade dock erfarenhet av omvårdnad av patienter med diabetes. Eftersom en förfrågan om att delta i detta arbete utgick via mail så har det inte klart framkommit vilka som tackade nej till att delta. Det troligaste skälet till att inte delta antas vara tidsbrist, sjuksköterskorna kanske inte hade tid att delta vid denna tidpunkt eller kanske upplevde de att detta område inte var något som de var intresserade av alternativt kände sig erfarna i. Kanske kunde det varit intressant att få svar från sjuksköterskor i olika kommuner i landet, i denna studie är samtliga deltagare från samma kommun. Man skulle då se skillnader mellan olika kommuner men detta är ju inte syftet med denna studie.

En intervjuguide användes med semistrukturerade frågor och samma frågor ställdes till alla informanter. Informanterna fick tala fritt och följdfrågor ställdes. Om jag hade valt enkätundersökning med fasta frågor hade undersökningen kunnat upprepas och man hade kunnat jämföra olika grupper av sjuksköterskor. Men när man väljer öppna frågor så får forskaren veta mer genom att den intervjuade berättar fritt och jag som intervjuare kan ställa fler frågor vilket också var mitt syfte att hitta variationer i uppfattningar om ett fenomen. Intervjuerna genomfördes i anslutning till arbetsplatsen av praktiska skäl Nackdelen blev att några blev störda genom att andra personer knackade på under intervjuerna och ville ställa frågor eller meddela något.

Att redovisa sin egen förförståelse är ett kvalitetskrav och det har jag redovisat i inledningen. Att redogöra för sin förförståelse är inte helt enkelt då nästan allt som forskaren tänker eller har tänkt kan påverka dennas tolkning av resultatet (Olsson & Sörensen, 2007). Min egen påverkan på informanterna är svår att värdera, har själv arbetat med vissa av informanterna vidare har jag kontakt i min profession med några av dem, hur det kan ha påverkat vad de sagt i intervjuerna kan jag inte spekulera i men bör ändå beaktas. En positiv del kan vara att jag har erfarenhet av informanternas arbete och är ganska väl insatt i deras arbete även om det nu är 5 år sedan jag arbetade med hemsjukvård. Min egen reflektion har också varit om andra frågor hade ställts om jag inte haft någon förförståelse och erfarenhet från området, å andra sidan hade jag kanske inte ställt frågor som faktiskt varit relevanta just för att jag har erfarenhet från området. Intervjuguiden hade min handledare gett respons på innan den användes. Intervjuerna blev cirka 30 minuter långa och sammanlagt genomfördes 10 intervjuer. Den sista frågan var om man hade något att tillägga till det som blivit sagt för att säkerställa att man fick korrigera eller lägga till något som kändes relevant.

För att säkerställa noggrannheten i studien följdes noga fenomenografisk analys av de transkriberade intervjuerna enligt Pihl, Fridlund och Mattsson (2010). Detta skedde också vid handledning med min handledare som innehar god kunskap av fenomenografisk metod vilket säkerställde mitt resultat ytterligare. Utsagorna och uppfattningarna jämfördes och till slut reviderades de till de slutgiltiga beskrivningskategorierna. Granskär och Höglund-Nielsen (2008) påpekar att trovärdigheten i en kvantitativ studie skulle ha redovisats med statistiska metoder. I en kvalitativ studie så används reflekterande och diskuterande för att nå en tolkning av texten. Variationer beskrivs genom att forskaren identifierar likheter och skillnader i texten. Detta beskrivs i resultatet med bland annat citat för att stärka detta. Genom att syftet med studien noga förklarades för informanterna så säkerställdes till viss del att beskrivningarna som de gav överensstämde med det som jag ville veta. Jag har försökt beskriva så exakt som möjligt vad man uppfattat och förmedlat ifrån ursprungsdata

Granskär och Höglund-Nielsen (2008) menar att trovärdigheten i en studie handlar även om hur användbart eller överförbart ett resultat är. Hur kan resultat överföras till andra grupper eller andra situationer. Förhoppningen är att resultatet kan komma till nytta för sjuksköterskorna i hemsjukvården, att deras arbetssituation uppmärksammas och att det i större utsträckning skapas en förståelse för deras arbete och större kunskap om hemsjukvården. Naturligtvis är också förhoppningen att omvårdnaden av den äldre människan med diabetes i hemsjukvården uppmärksammas och att omvårdnaden av den äldre människan i hemsjukvården skall förbättras och utvecklas.

### 6.3 Etisk diskussion

I denna studie har människor deltagit och därmed har deras rättigheter skyddats genom att forskaren respekterat deras autonomi och självbestämmande genom att deltagandet var frivilligt. Ingen deltagare har behandlats olika utifrån ålder, kön och så vidare. Syftet med studien har varit gott, en önskan att få fram ny och väsentlig information som kan leda till något som förhoppningsvis möjliggör förbättring i detta fall inom hemsjukvården av den äldre människan med diabetes. Information utgick till samtliga både skriftligt och muntligt. Information om var deltagarna kan ta kontakt om man efter intervjun ville tillägga något eller fråga något. Som forskare har frågan upprepats om de vill delta igen innan intervjun genomfördes samt skriftligt informationssamtycke som samtliga fyllt i. Personuppgifter och data har förvarats så att ingen utomstående har kunnat ta del av dem. Att skydda de deltagandes anonymitet har varit viktigt i presentationen av resultatet. I studien deltar en man och inte på något sätt har redovisats vem som sagt vad för att minska risken för utpekande av någon deltagare. När namn på person eller plats nämnts har det kodats för att inte någon skall känna sig utpekad eller igenkänd. När studien är slutförd kommer materialet att förstöras. Den insamlade informationen kommer inte användas på annat sätt än i forskningsändamål (Olsson & Sörensen, 2007, Polit & Beck, 2004, Vetenskapsrådet, 2009).

### 6.4 Slutsats

Hur uppfattar sjuksköterskor diabetesvården av den äldre människan i hemsjukvården? Studien utmynnade i sex beskrivningskategorier som beskriver sjuksköterskornas skilda uppfattningar. Ett gott samarbete och förståelse för arbetet för sjuksköterskorna i hemsjukvården är viktigt. Det gäller samarbetet med hemvårdsgruppen, primärvården men även slutenvården. Sjuksköterskorna är beroende av god kommunikation med samtliga aktörer runt den äldre människan. Det finns en trygghet i att sjuksköterskorna stöttar varandra och att en struktur runt varje vårdtagare byggs upp exempelvis via vårdplaner där målvärden avseende blodsockervärden, behandling med mera dokumenteras. Stödet från ledning avseende utbildning verkar god. Dock verkar hemvårdsgrupperna uttrycka en osäkerhet i omvårdnaden av den äldre människan med diabetes, det saknas utbildning i gruppen och det stora personalflödet främjar inte kontinuiteten.

Utbildning av hemvårdsgrupperna avseende diabetesvård är högst angeläget och eventuellt bör sjuksköterskorna i hemsjukvården stärkas i detta genom utbildning så att de känner sig trygga i att möta hemvårdsgruppernas frågor. Ansvar för den äldre människan med diabetes i hemsjukvården är delad. Det är av högsta vikt att samarbete och kommunikation fungerar men även rutiner och riktlinjer måste beaktas och uppdateras. Det vore intressant att forska vidare i hur utskrivningar från slutenvården planeras och hur överrapporteringen går till när den äldre människan med diabetes skall skrivas ut till hemsjukvården.

Kanske vore ett möjligt framtidsscenario ett team som följer den äldre människan med diabetes utskrivning och hemgång från slutenvården till hemsjukvården. Detta för att verkställa och se till att vårdplan med målvärden fungerar och upprättas i hemmiljön.

Att forska i hur diabetessköterskor i primärvården uppfattar diabetesvården i hemsjukvården vore ett annat intressant område. Vidare vore angeläget att riktlinjer utarbetas för hur samarbetet med primärvården ska fungera oavsett vilken vårdcentral som den äldre människan tillhör för att få en så rättvis och adekvat vård som möjligt

## REFERENSLISTA

- Annersten-Gershater, M., Pilhammar, E., & Alm-Roijer, C. (2011). Documentation of diabetes care in home nursing service in a Swedish municipality: a cross-sectional study on nurses' documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 220-226.
- Aujoulat, I., d`Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66, 13-20.
- Barnard, A., McCosker, H., & Gerber, H. (1999). Phenomenography: A qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qualitative Health Research*, 9(2), 212 – 226.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Bittner, P. N., & Gavlin, G. (2009). Critical thinking, delegation and missed care in nursing practice. *The Journal of Nursing Administration*, 19(3), 142-146.
- Burson, R., & Moran, J. K. (2015). Diabetes standards for older adults. *Home healthcare now*, 33, 167.
- Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G., & Sjöbeck, B. (2000). *Gerontologi: åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*, Falkenberg: Natur och Kultur.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistexamen distriktssköterska*. Från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kom>.
- Donohue, P. P. (2013). Nursing's role in courage development in patients facing complications of diabetes. *Journal of Holistic Nursing*, 31(1), 49–61.
- Feste, C., & Anderson, M. R. (1995). Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling*, 26, 39-144.
- Fried, P. L., Tangen, M. C., Walston, J., Newman, B. A., Hirsch, C., Gottdiener, J. m.fl. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology*, 56(3), 146-156.
- [Fullerton, B., Jeitler, K., Seitz, M., Horvath, K., Berghold, A., & Siebenhofer, A.](#) (2014). *Intensive glucose control versus conventional glucose control for type 1 diabetes mellitus*. The [Cochrane Database Systematic Reviews](#), 14;2.
- Gadsby, R., Galloway, M., Barker, R., & Sinclair, A. (2012). Prescribed medicines for elderly frail people with diabetes resident in nursing homes-issues of polypharmacy and medication costs. *Diabetic Medicin: a journal of the British Diabetic Association*, 29(1), 136-139.
- Gerrisch, K., & Lacey, A. (red). (2010). *The research process in nursing*. Padstow: Blackwell Publishing.

- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Polen: Studentlitteratur.
- Gustafsson, L.-K., Mattsson, K., Dubbelman, K., & Snöljung, Å. (2014). Aspects of nursing with evidence-base when nursing frail older adults: A phenomenographic analysis of interviews with nurses in municipal care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 793-801.
- Harrefors, C., Sävenstedt, S., & Axelsson, K. (2009). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: An interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 353-360.
- Haycock, S. E., Jarvis, A., & Daniel, A. (2008). A ward without walls?: District nurses' perceptions of their workload management priorities and job satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3012 – 3020.
- Holmberg, M., Valmari, G., & Lundgren, S. M. (2012). Patients' experiences of homecare nursing: Balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal of caring Sciences*, 26, 705-712.
- ICN, International Councils of Nurse. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor: Svensk sjuksköterskeförening. Från <http://www.swenurse.se/library/documents/Publikationer/ICNs%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor.pdf>; 2000.
- Josefsson, K., Sonde, L., & Robins, W. T. B. (2005). Registered nurses' education and their views on competence development in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 245-258.
- Josefsson, Karin. (2006). *Municipal elderly care: Implications of registered nurses work situation, education and competence*. Department of Neurobiological, Caring of Science and Society, Division of Clinical Geriatrics, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Josefsson, K., Åling, J., & Östin, B. L. (2011). What implies the good work for registered nurses in municipal elderly care in Sweden?. *Clinical Nursing Research*, 20(3), 292-309.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic books.
- Kerzele, L., Shaley, L., & Barski, L. (2014). Treating the elderly diabetic patient: Special considerations. *Diabetes Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 7, 391-400.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kirkman, M S., Jones, B. V., Clark, N., Florez, H., Haas, L. B., Halter, J B. m.fl. (2012). Diabetes in older adults: A consensus report. *American Diabetes Association and the American Geriatrics Society*, 60, 2342-2356.
- Laschinger, H., Wilk, P., Cho, J., & Greco, P. (2009). Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: Does experience matter? *Journal of Nursing Management*, 17, 636-646.
- Laschinger, H., Gilbert, S., Smith, L., & Leslie, K. (2010). Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care. *Journal of Nursing Management*, 18, 4-13.

- Lindahl, B., Lidén, E., & Lindblad, B. (2011). A meta-synthesis describing the relationships between patients, informal caregivers and health professionals in home-care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3/4), 454-463.
- Lindholm, E. (2010). Definition, diagnostik och klassificering. I C.,-D. Agardh & C, Berne (Red.), *Diabetes* (ss.17-29). Stockholm: Liber AB.
- Lipska, K., Ross, S. J., Miah, C. Y., Shah, D. N., Lee, J.S., & Steinman, A. M. (2015). Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *Intern Medicine*, 175(3), 356-362.
- Marton, F. (1981). Phenomenography: Describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*, 10, 177-200.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Papaspurou, M., Laschou, V. C., Partsiopoulou, P., Fradelos, E. C., Kleisariis, C.F., Kalota, M.A. m.fl. (2015). Fears and health needs of patients with diabetes: A qualitative research in rural population. *Medical Archive*, 69(3), 190-195.
- Pihl, E., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2010). Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure: A phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 3-11.
- Pilhammar-Andersson, E. (2001). Continuing education in Sweden. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 32(2), 86-93.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Seventh Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, B. D., McDowell, I. m.fl. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173(5):489-495.
- Sarwar, N., Gao, P., Sahasai, S.R., Gobin, R., Kaptoge, S., Angelantonio, E. m. fl. (2010). Emerging risk factors collaboration diabetes mellitus fasting blood glucose concentration and risk of vascular disease a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet*, 375(9733), 2215-2222.
- SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1991:900. *Kommunallagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sinclair, A., Dunning, T., & Rodriguez, M. L. (2014). Diabetes in older people: new insights and remaining challenges. *The Lancet, Diabetes and Endocrinology*. Från [http://www.thelancet.com/pdhs/journals/landia/PIIS2213-8587\(14\)70176-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdhs/journals/landia/PIIS2213-8587(14)70176-7.pdf).
- Socialstyrelsen, (2008). *Hemsjukvård I förändring – en kartläggning av hemsjukvård i Sverige och förslag till indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/>.
- Socialstyrelsen, (2015). *Nationella riktlinjer för diabetesvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-2-1>.



- Socialstyrelsen, (2015). *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer. Hur riktlinjerna ska anpassas till de mest sjuka äldres särskilda förutsättningar och behov: bilaga*. Från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-bilaga-mest-sjuka-aldre-och-nationella-riktlinjer.pdf>.
- Socialstyrelsen, (2011). *De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen*. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18470/2011-10-20.pdf>.
- SOSFS 1997:10. *Socialstyrelsens allmänna råd; Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso-och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Sveriges kommuner och landsting [SKL]. (2014). *Vårdprogram. Äldre med diabetes – för dig som arbetar inom vårdboende och hemsjukvård*. Hämtad 2015-03-02.
- Sveriges regering. Mål för folkhälsan, prop. 2002/2003:35. Från <http://www.regeringen.se/sb/d/2531;jsessionid=aOGnTRID3thf>; 2003. Regeringskansliet; 2004.
- Theorell, T. (2008). Introduction: After 30 years with the demand-control-support model – how is it used today? *Scandinavian Journal of Work*, 6, 3-5.
- UK Prospective Diabetes Study Group. (1998). Intensive bloodglucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 352,837–853.
- Vetenskapsrådet. (2009). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.
- WHO (1998) *Hälsa 21, Hälsa för alla på 2000-talet: En introduktion*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.  
Från <http://www.fhi.se/sv/Publikationer/Alla-publikationer/Halsa-21--halsa-for-alla-pa-2000-talet/>
- WHO. Från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. Hämtad 2015-01-30.
- WHO (2006) *Definition and diagnosis of Diabetes mellitus an intermediate hyperglycemia. Report of a WHO/IDA consultation*. Från [http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes\\_new.pdf](http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf).
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*, 27, 1047-1053.
- Wu, I., Lin, C. C., & Hsiung, A. C. (2015). Emerging roles of frailty and inflammaging in risk assessment of age-related chronic diseases in older adults: the intersection between aging biology and personalized medicine. *BioMedicine*, 5(1), 1-10.
- Vuxennämnden, Eskilstuna, Sörmland: [http://www.eskilstuna.se/sv/Omsorg-och-hjalp/Sjukvard-hemsjukvard1/Hämtad 2015-01-31](http://www.eskilstuna.se/sv/Omsorg-och-hjalp/Sjukvard-hemsjukvard1/Hämtad%202015-01-31)

Yacoub, M. I., Demeh, W. M., Barr, J. L., Darawad, M. W., Saleh, A. M., & Saleh, M. Y. (2015). Outcomes of a diabetes education program for registered nurses caring for individuals with diabetes. *Journal of Continuing Education in Nursing, 46*(3), 129-133.

Östenson, C. G., Geelhoed, D. P., Lahtela, J., Weitgasser, R., Jensen, M.M., & Pedersen, B. U. (2014). Self-reported non-severe hypoglycaemic events in Europe. *Diabetes Medical, 31*, 91-101.

# BILAGA I

## Missivbrev

### **Studie om distrikts- och sjuksköterskors uppfattningar om diabetesvården av den äldre människan i hemsjukvården.**

Allt fler äldre människor med diabetes vårdas i hemsjukvård. Diabetes är en allvarlig sjukdom som ökar i hela världen. Diabetikerna blir allt äldre och bor därmed hemma allt längre. Socialstyrelsen har utarbetat nationella riktlinjer för de mest sjuka äldre då detta är en komplex grupp med flera olika sjukdomar och därmed ofta flera olika läkemedel. Kommunaliseringen av hemsjukvården innebär bland annat att läkaransvaret är landstingets ansvar och därmed måste ett samarbete fungera. Det är av stor vikt att undersöka hur distrikts- och sjuksköterskor i hemsjukvården uppfattar diabetesvården av den äldre människan.

*Du tillfrågas härmed om att delta i denna intervju.*

Syftet är att undersöka distrikts- och sjuksköterskors uppfattningar om diabetesvården av den äldre människan. Förhoppningen är att resultatet skulle kunna leda till förbättringar av diabetesvården för den äldre människan i hemsjukvården men även sätta fokus på det arbete som distrikts- och sjuksköterskor i hemsjukvården utför dagligen och de förutsättningar, hinder och möjligheter som finns. Du tillhör en grupp med distrikts- och sjuksköterskor som tillfrågas om att delta i denna undersökning.

Jag skulle vilja intervjua dig om dina uppfattningar om diabetesvården av den äldre människan i hemsjukvården. Jag kommer att ställa frågor till dig som spelas in. Uppskattad tid för intervjun 20 – 30 minuter. Om du vill delta svara ja genom att skriva under samtyckesformuläret och lämna det till din närmaste chef Annelie Gravander. Jag kommer sedan ta kontakt med dig för att bestämma en tid som passar dig för intervjun.

Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt så att obehöriga inte kan ta del av dem. I resultatredovisningen kommer man inte kunna identifiera någon enskild person. Svaren analyseras efter vedertagna metoder och kommer att presenteras i ett examensarbete. Inspelningarna kommer att skrivas ned ord för ord och sedan analyseras enligt en speciell metod. Endast de som är ansvariga för studien kommer att ha tillgång till inspelningarna. Efter att analysen är gjord kommer inspelningarna förvaras enligt gängse rutiner för förvaring av forskningsmaterial. Direkta citat kan komma att användas, de kommer då att visas så att ingen enskild kan känna igen sig.

*Ditt deltagande är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.*

## **Ansvariga för undersökningen**

*Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:*

Maria Överholm-Wargh

Distrikts- och diabetessköterska, verksam på Tunafors vårdcentral Eskilstuna

Studerar på Mälardalens högskola Utvecklingsarbete i omvårdnad 15 hp

073-7384723

Handledare:

Lena-Karin Gustafsson

Docent, lektor i vårdvetenskap

HVV, Akademin för hälsa, vård och vetenskap

Mälardalens högskola

## **Samtyckesformulär**

### **Jag samtycker till deltagande:**

Undertecknad har tagit del av den skriftliga forskningsinformationen samt fått tillfälle att diskutera frågor kring denna.

Samtycke lämnas till deltagande i studien.

Jag har rätt att utan närmare motivering avbryta mitt deltagande i aktuell studie.

Jag meddelar mitt telefonnummer där jag kan nås.

**Distriktssköterska [ ]**

**Sjuksköterska [ ]**

Ort och datum:.....

Namn-teckning:.....

Telefonnummer:.....

## **BILAGA II**

### **Intervjuguide**

Hur uppfattar du att diabetesvården fungerar inom den kommunala hemsjukvården?

Vad uppfattar du fungerar bättre efter kommunens övertagande av hemsjukvården respektive vad som fungerar sämre när det gäller diabetesvården?

Hinder? Möjligheter? Stöd? Utbildning? Möjlighet till reflektion?

Hur uppfattar du samarbetet med Landstinget? Primärvård? Slutenvård?

Hur uppfattar du samarbetet med kommunens korttidsboende? Hur uppfattar du samarbetet med hemvården?

Kan du beskriva din uppfattning om den utbildning i diabetes som krävs för att kunna utföra ditt arbete på ett bra och säkert sätt?

Kan du beskriva din uppfattning om du känner dig uppdaterad vad gäller de nationella riktlinjerna för diabetesvården?

Uppfattar du att diabetesvården prioriteras i den kommunala hemsjukvården?

Uppfattar du att samsjuklighet och polyfarmaci kan komplicera vården för den äldre diabetikern, och i så fall hur?

Hur skulle du vilja att diabetesvården såg ut i den kommunala hemsjukvården?



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)