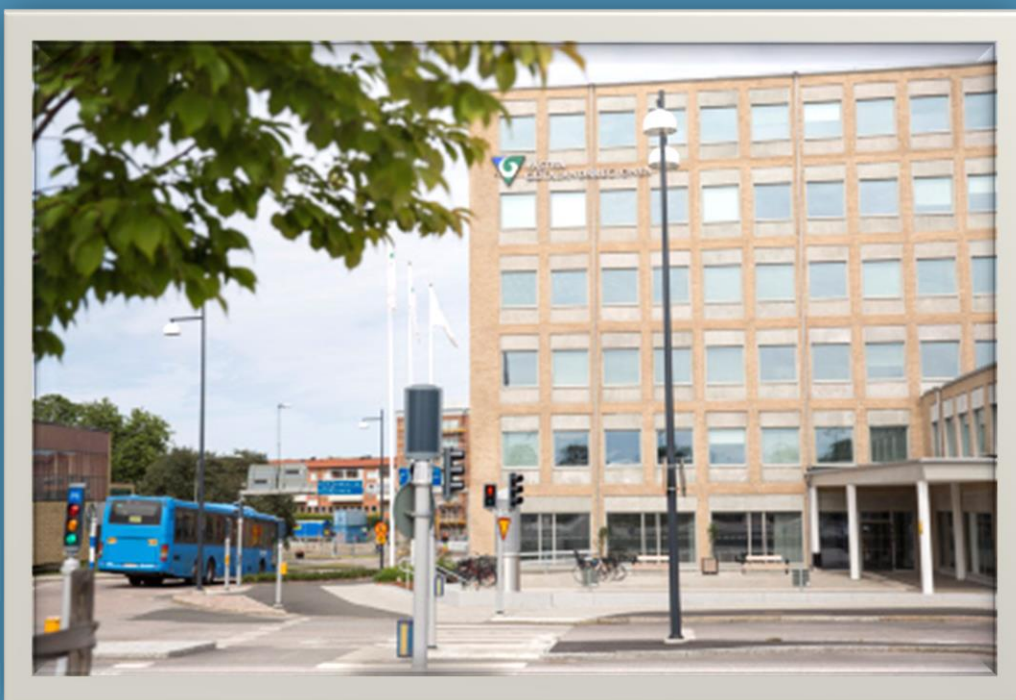


Sjuksköterskors erfarenhet av att fatta akuta beslut i hemsjukvården – vikten av medicinskt stöd



Författare:
Jon Liljebäck, ST-läkare
Sjöstadens Vårdcentral
Rapport 2024:3

FoUUI-centrum Skaraborg

Rapport 2024:3

FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/281580>

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik
FoUII-centrum primär och nära vård Skaraborg

Handledare:

Susanne Andersson, docent i vårdvetenskap, FoU-strateg,
innovationsledare
Regionhälsan, FoUII-centrum Skaraborg primärvård

Britt-Marie Ljungström, specialistpsykolog, leg. psykoterapeut,
PhD
Barn- och ungdomspsykiatri vid Skaraborgs Sjukhus Skövde

Sammanfattning

Den här intervjustudien med sjuksköterskor från hemsjukvården i Mariestads kommun gjordes för att undersöka erfarenheterna av att fatta beslut när en patient försämras – är det bäst att vårda hemma eller att skicka in till sjukhus? Resultaten visar att det ofta handlar om svåra beslut där flera olika faktorer behöver beaktas. Stödet från läkare är många gånger otillräckligt.

Bakgrund

Inom kommunal hemsjukvård vårdas svårt sjuka, mestadels äldre patienter i sina hem. En hemsjukvårdssköterska och en vårdcentralsläkare har det övergripande ansvaret för de enskilda patienternas vård. När patienter försämras under kvällar och helger blir jourhavande sjuksköterska och jourläkare, med begränsade förkunskaper om patienterna, ansvariga för att fatta beslut. En medicinsk vårdplan med förhandsbeslut om vårdinriktning kan då ge vägledning.

Metod

En fokusgrupp med tre hemsjukvårdssköterskor i Mariestads kommun intervjuades om att fatta svåra beslut i samband med plötslig försämring hos en patient. Data analyserades med stöd av kvalitativ innehållsanalys vilket resulterade i fyra kategorier och ett tema.

Resultat

Hemsjukvårdssköterskorna ställdes inför svåra situationer där beslut behövde fattas utifrån begränsade medicinska data och många olika intressen behövde vägas in, och de tog stort ansvar för att besluten skulle värna om patientens bästa. Beslutsfattandet vid akuta situationer dagtid försvårades ytterligare av att vårdcentralsläkare ofta var otillgänglig, och jourtid var stödet från såväl jourläkare som från medicinska vårdplaner många gånger av otillräcklig kvalitet. Organisatoriska lösningar och samverkan med sjukhuset kunde förbättra förutsättningarna för beslut i vissa fall. Tidigare erfarenheter stärkte sjuksköterskornas beslutsfattande och ansvarstagande förmåga. Sjuksköterskorna efterfrågade goda möjligheter till kompetensutveckling, men organisatoriska faktorer bidrog till att de ofta tvingades avstå från nödvändig fortbildning.

Slutsats

Stödet för hemsjukvårdssköterskor i samband med svåra beslut skulle behöva stärkas på flera sätt, både sett till tillgänglighet och kvalitet. Sjuksköterskornas möjligheter till fortbildning och kompetensutveckling behöver säkras.

Nyckelord

Hemsjukvård, sjuksköterskans roll, beslutsfattande, vårdplanering, kvalitativ forskning

Innehåll

Bakgrund	1
Metod	1
Resultat.....	1
Slutsats	1
Bakgrund	1
Den svenska modellen för hemsjukvård.....	1
Arbetsuppgifter och ansvarsområden inom hemsjukvården	1
Beslut om vårdnivå.....	2
Medicinsk vårdplanering	2
Syfte.....	3
Metod	3
Studiedesign.....	3
Urval.....	4
Lokala förutsättningar	4
Datainsamling och analys	5
Etiska överväganden	5
Resultat.....	6
Läkarstödet vid svåra beslut är otillräckligt	6
Bristande medicinskt stöd från läkare	7
Sjuksköterskor känner och tar stort ansvar.....	7
Aktuell medicinsk vårdplan är ofta avgörande.....	8
Beslut baseras på en sammanvägning av olika hänsyn.....	9
Tillgången till beslutsunderlag har stor betydelse	9
Hänsyn tas till patientens önskan och sociala faktorer.....	10
Svåra etiska ställningstaganden krävs.....	11
Kompetens bygger beslutsförmåga	11
Erfarenhet lägger grunden för kompetensutveckling	12
Otillräckliga förutsättningar för fortbildning	12
Förutsättningarna styr vilka beslut som kan fattas.....	13
Resurser och samverkan påverkar beslutsfattandet.....	13
Organisationen kan skapa bättre förutsättningar	14
Diskussion	14
Slutsats	16
Referenslista.....	17

Bilaga 1 Intervjuguide

Bilaga 2 Skriftlig information om studien

Bakgrund

I Sverige, liksom i stora delar av världen, har demografiska förändringar över de senaste årtiondena lett till en ökad andel av äldre medborgare, en trend som förväntas fortsätta (1). Med en åldrande befolkning följer en ökad förekomst av sköra äldre med kroniska sjukdomar och ökat behov av sjukvård (2-4). Genom att möjliggöra för fler att vårdas i hemmet, snarare än på institutionella boenden eller sjukhus, kan man värna den enskilda personens funktions-förmåga och livskvalitet och samtidigt minska kostnaderna för samhället (5-8). Detta har lett till en internationell trend mot utbyggnad av olika former av hemsjukvård (2, 9).

Den svenska modellen för hemsjukvård

I och med Ädelreformen år 1992 tilldelades Sveriges kommuner ansvaret för den långsiktiga vården och omsorgen av multisjuka äldre (10-12). Den kommunala sjukvården bedrivs till stor del av kommunalt anställda sjuksköterskor i hemmet och på särskilda boenden för patienter, där den senare boendeformen främst nyttjas av personer med svårare sjukdomar och större behov av omsorg (11). Kommunens sjuksköterskor delegerar en betydande del av det praktiska sjukvårdsarbetet till omvårdnadspersonal (undersköterskor och vårdbiträden) inom hemtjänsten respektive på boendena (13). Samtidigt har regionerna genom primärvården ansvaret för specialiserad sjukvård och läkemedelsförskrivning (14). Detta kräver samverkan mellan olika huvudmän inom sjukvården (9), och i praktiken samarbetar kommunala och regionala vårdaktörer genom att läkare från primärvården finns knutna till såväl hemsjukvård som särskilda boenden, med regelbundna ronder och möjlighet till hembesök hos patienter. Primärvårdsläkare finns tillgänglig för konsultation och hembesök även jourtid genom så kallad beredskapsjour.

Arbetsuppgifter och ansvarsområden inom hemsjukvården

Den svenska äldrevårdsmodellen lägger ett stort ansvar på hemsjukvårdens sjuksköterskor att vårda sina patienter holistiskt, ur ett helhetsperspektiv som innefattar både medicinska, psykologiska, sociala och spirituella värden (6, 8). Arbetsuppgifterna innefattar medicinska bedömningar och monitorering av patienter, preventiva insatser, basala och specialiserade vårdinsatser, läkemedelsadministration, dokumentation, att informera och undervisa patienter, att föra patienters talan gentemot andra vårdaktörer samt att stötta patienter i olika avseenden, även emotionellt (2, 13). Palliation och vård i livets slutskede är också en viktig del av hemsjukvårdens uppdrag (8). Till stor del är arbetet självständigt, samtidigt som sjuksköterskan är ansvarig för att koordinera sjukvårdens olika instanser och leda teamarbetet kring varje patient (2, 5, 10, 13, 15). Vårdens innehåll planeras och utformas med stor hänsyn till

patientens autonomi och ofta i samråd med närstående (13). Relationsaspekten mellan sjuksköterska och patient är en viktig del i att möjliggöra för patienten att vara delaktig i sin egen vård (9). Möjligheten att utveckla en långvarig och tillitsfull relation mellan sjuksköterska och patient är mycket värdefull både ur patienters och sjuksköterskors perspektiv, och en förutsättning för personcentrerad vård (2, 5, 16, 17, 18). Personcentrerad vård tar inte bara hänsyn till patientens hälsotillstånd utan även till personliga preferenser och värderingar och utformas utifrån patientens egna målsättningar (19).

Beslut om vårdnivå

Arbetet som sjuksköterska inom hemsjukvården medför ofta svåra bedömningar och beslut, där olika etiska principer inte sällan ställs mot varandra. En majoritet av sjuksköterskor rapporterar att de ofta ställs inför etiska dilemman som berör patienters rättigheter, informerat samtycke och vårdplanering (20), inte minst när en patients hälsotillstånd plötsligt försämras. Samtidigt som det finns möjlighet att konsultera primärvårdens läkare har tjänstgörande sjuksköterska i hemsjukvården ansvar för att organisera vården i akuta situationer och, om nödvändigt, remittera patienten till sjukhusets akutmottagning (12). Inom hemsjukvården dominerar uppfattningen att vård i hemmet generellt är att föredra framför sjukhusvård (8, 21), inte minst med hänvisning till de risker som sjukhusvård medför för sköra äldre (7, 22, 23). Ofta föredrar även patienten att om möjligt stanna i hemmiljön vid försämrad hälsa (5). Denna princip är dock inte oproblematiserad och kan exempelvis hamna i konflikt med medicinska risker med att avstå sjukhusvård (21) eller med patientens eller anhörigas önskan (8). Enligt tidigare studier föredrar 30–50 % av patienter att vårdas på sjukhus även om det medicinska utfallet skulle bli detsamma vid vård i hemmet (24, 25). Studier har visat att mer än hälften av svenska hemsjukvårdspatienter vårdas ineliggande på sjukhus vid minst ett tillfälle under loppet av ett år (4), och att många patienter som remitteras till akutmottagningen från kommunal vård hade kunnat handläggas på en lägre vårdnivå (12). 70–80 % av personer föredrar att vårdas i hemmet i livets slutskede och att avlida hemma (26, 27), i praktiken sker dock nära hälften av alla svenska dödsfall på sjukhus (28). Det är ofta många olika intressen som behöver tillgodoses för att fatta beslut vid försämrat hälsotillstånd vilket ställer stora krav på hemsjukvårdssköterskan och dennes samarbete med läkare.

Medicinsk vårdplanering

För att underlätta beslut om vårdnivå finns möjlighet att på förhand utarbeta en medicinsk vårdplan för en patient. Vårdplanen utgår från ett samtal med patienten om hans/hennes värderingar, målsättningar med vården och önskemål beträffande framtida sjukvård (29). Vårdplaneringssamtal tidigt i ett sjukdomsförlopp uppskattas och efterfrågas av patienter (30, 31). Det har demonstrerats att medicinsk vårdplanering inom hemsjukvård kan bidra till färre besök till akutmottagningen och färre vård-

tillfällen på sjukhus (32), och det förbättrar vården i livets slutskede och underlättar anhörigas upplevelse av dödsprocessen (30, 31). Även om läkaren är huvudansvarig för att genomföra och dokumentera vårdplaneringen finns det stöd i litteraturen för att sjuksköterskan har en viktig roll i att initiera vårdplanering och att värna patientens intressen när en vårdplan utformas (30, 33). Det är avgörande att patienten får tillräcklig tid att tänka igenom frågorna, och en konversation om vårdplanering kan behöva pågå och utformas successivt över en längre tidsperiod (29, 30, 33). Anhörigas medverkan kan både underlätta och försvåra vårdplaneringen, men är viktig för vårdplanens förankring (29).

Det är många gånger en svår avvägning att fatta beslut i de komplexa situationer som kan uppstå när en patient akut försämras. Samtidigt finns det få studier kring hur beslut om lämplig vårdnivå vid akut försämring fattas inom hemsjukvården, vilket gör den här studien angelägen. Hur stor betydelse har en eventuell vårdplan? Finns det andra faktorer som underlättar respektive försvårar beslutsfattandet? Vilken roll har medverkan av läkare och hur fungerar det samarbetet i ett akut skede?

Syfte

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors beslutsfattande avseende vårdnivå när en hemsjukvårdspatients hälsotillstånd försämras samt vilka omständigheter som har betydelse för beslutsprocessen.

Metod

Studiedesign

Projektet är utformat som en kvalitativ intervjustudie. Metoden utgår från intervjupersonernas erfarenheter med syfte att beskriva fenomenet av intresse, det vill säga den beslutssituation som belyses i studien. Intervjun omfattade deltagarnas presentation av egenupplevda patientfall samt öppna frågor inom fördefinierade ämnesområden. Intervjun genomfördes i form av en fokusgrupp vilket gav förutsättningar för intervjupersonerna att i dialog utveckla och fördjupa sina resonemang. Det är ofrånkomligt att moderatoren i en sådan intervju genom kommunikations- och relationsaspekter i viss mån påverkar intervjuens utfall. För att minimera denna påverkan användes en intervjuguide som tagits fram som stöd för moderatoren (bilaga 1). I urvalet av intervjupersoner säkerställdes också att ingen tidigare professionell eller personlig relation förelåg mellan moderator och intervjupersoner.

Urval

Fokusgruppen utgjordes av tre personer som rekryterades bland patientansvariga sjuksköterskor anställda inom hemsjukvården i Mariestads kommun. Enhetschefen för hälso- och sjukvård i Mariestads kommun bistod med namn och kontaktuppgifter, och bland dessa gjordes ett urval. För att möjliggöra för en mångfald av perspektiv att komma fram under intervjun strävade urvalet efter att inkludera personer av olika ålder och kön och med ansvar för hemsjukvårdsdistrikt med olika socioekonomisk sammansättning. Fem intervjupersoner valdes ut och dessa fick ett inbjudningsbrev med skriftlig information om studien (bilaga 2). De fem inbjudna personerna tackade ja men vid intervjutillfället hade endast tre personer möjlighet att närvara. Deltagarna hade sammanlagt ungefär 15 års erfarenhet av kommunal hemsjukvård och en av dem var utbildad distriktssköterska. Sjuksköterskor från såväl urbana som rurala hemsjukvårdsdistrikt deltog.

Lokala förutsättningar

Mariestad är en tätort i södra Sverige. År 2022 var befolkningmängden i kommunen 24 710 (34). Enligt uppgifter från enhetschefen för hälso- och sjukvård i Mariestads kommun har hemsjukvården 457 inskrivna patienter fördelat på 17 hemsjukvårdsdistrikt. Dagtid bemannas hemsjukvården av 22 sjuksköterskor och distriktssköterskor. Jourtid är 3–4 sjuksköterskor i tjänst, och utöver hemsjukvården ansvarar de även för patienter inom äldreboenden, LSS och socialpsykiatri. I hemsjukvårdsteamet ingår, förutom sjuksköterskor och distriktssköterskor, även fysioterapeuter, arbetsterapeuter, biståndshandläggare samt undersköterskor och omvårdnadspersonal (P. Månsson, personlig kommunikation, 6 april 2023).

Det finns såväl patientansvariga sjuksköterskor som resurssjuksköterskor. De patientansvariga sjuksköterskorna arbetar huvudsakligen dagtid i sina hemsjukvårdsdistrikt, har god kännedom om sina patienter och ansvarar för kontinuiteten och helheten i vården. De har även enstaka jourpass kvällar och helger. Det finns ett system med ”kopplade sjuksköterskor”, där två patientansvariga sjuksköterskor arbetar i par och täcker varandras distrikt vid frånvaro, vilket medför att en sjuksköterska har viss kännedom även om patienterna i det kopplade distriktet. Resurssjuksköterskor är inriktade mot ett fåtal distrikt och tar tillfälligt över ansvaret när patientansvarig sjuksköterska är frånvarande. Resurssjuksköterskor bemannar de flesta av jourpassen (P. Månsson, personlig kommunikation, 13 september 2023).

Primärvården ansvarar för att läkare ska finnas i beredskap under hela dygnet för bland annat bedömning av patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Närhälsan och privata vårdcentraler i Västra Götalandsregionen har upphandlat en extern aktör, Läkarjouren Sverige AB, för att utföra uppdraget utanför vårdcentralens öppettider (35). Vårdsamverkan Skaraborg har utformat dokumentet BViS (beslutsstöd för vård i Skaraborg) i syfte att förbättra patientsäkerheten, säkerställa att primärvårdsläkare involveras och öka tryggheten för sjuksköterskor vid

bedömning av försämrat hälsotillstånd hos patienter där medicinsk vårdplan saknas eller är otillräcklig (36).

Datainsamling och analys

Projektansvarig tillika författare av denna studie agerade moderator. Under intervjun närvarade även en observatör för att bistå moderatorn med anteckningar. Fokusgruppsintervjun ljudinspelades i sin helhet. Inspelningen transkriberades ordagrant till text. Därefter genomfördes en kvalitativ innehållsanalys enligt den metod som skildras av Graneheim och Lundman (37), vilket möjliggör såväl beskrivning av de manifesta (uttalade) data som uttolkning av den latent (underliggande) innebörden i texten. Efter upprepad genomläsning av texten, i syfte att skapa en känsla för helheten, delades det manifesta innehållet upp i meningsenheter. Meningsenheterna kondenserades och tilldelades etiketter som summerar deras innehåll. Dessa etiketter jämfördes sedan och sorterades i distinkta subkategorier och kategorier, vars underliggande innebörd slutligen uttolkades för att formuleras i ett tema. Ett exempel på analysgången från meningsenhet till subkategori illustreras i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på processen vid kvalitativ innehållsanalys

Meningsenhet Etikett	Subkategori	
"Jag ringer sällan jour-läkaren om jag har beslutat mig för att skicka in patienten."	Sjuksköterska fattar självständigt beslut	Sjuksköterskor känner och tar stort ansvar
"[På sjukhuset] lämnar över till kvälls-personalen som får ta över [ansvaret] – här hänger det över mig..."	Sjuksköterska har ett stort ansvar i sitt beslutsfattande	Sjuksköterskor känner och jag tar stort ansvar

Etiska överväganden

Deltagande i fokusgruppen var frivilligt. I samband med inbjudan erhöll intervjupersonerna skriftlig information om studien och alla lämnade ett undertecknat samtycke till deltagande. Uppgifter om intervjupersonerna hanteras konfidentiellt så att de inte kan identifieras utanför fokusgruppen. Enskilda citat från intervjun presenteras i den skriftliga rapporten men utan att kunna kopplas till person, annat än att formuleringar skulle kunna kännas igen av fokusgruppens deltagare. Inga patientuppgifter hanterades inom ramen för studien, förutom intervjupersonernas muntliga beskrivningar av egenupplevda patientfall. Dessa presenterades på ett sådant sätt att personer inte var lätta att identifiera. Ljudinspelningen av intervjun lagrades lokalt och raderades efter transkribering. Verksamhetschefen gav tillstånd för studien och ingen ansökan om etikprövning bedömdes nödvändig.

Resultat

Studiens resultat sammanfattas i temat *Sjuksköterskor i hemsjukvården ställs inför komplexa beslut, ofta med svåra förutsättningar och otillräckligt stöd*, med utgångspunkt i fyra kategorier: (1) Läkarstödet vid svåra beslut är otillräckligt, (2) Beslut baseras på en sammanvägning av olika hänsyn, (3) Kompetens bygger beslutsförmåga samt (4) Förutsättningarna styr vilka beslut som kan fattas. Indelningen i kategorier och subkategorier redovisas i tabell 2. Resultaten presenteras utifrån intervjudeltagarnas perspektiv och illustreras med citat från intervjun.

Tabell 2. Tema, kategorier och subkategorier

Sjuksköterskor i hemsjukvården ställs inför komplexa beslut, ofta med svåra förutsättningar och otillräckligt stöd

Läkarstödet vid svåra beslut är otillräckligt	Sjuksköterskor känner och tar stort ansvar	Bristande medicinskt stöd från läkare Aktuell medicinsk vårdplan är ofta avgörande
Beslut baseras på en sammanvägning av olika hänsyn	betydelse	Tillgången till beslutsunderlag har stor Hänsyn tas till patientens önskan och sociala faktorer Svåra etiska ställningstaganden krävs
Kompetens bygger beslutsförmåga		Erfarenhet lägger grunden för kompetensutveckling Otillräckliga förutsättningar för fortbildning
Förutsättningarna styr vilka beslut som kan fattas	beslutsfattandet	Resurser och samverkan påverkar Organisationen kan skapa bättre förutsättningar

Läkarstödet vid svåra beslut är otillräckligt

En central resurs för sjuksköterskorna är möjligheten att konsultera läkare för stöd i svåra beslutssituationer. Beroende på tid på dygnet kan de konsultera antingen patientansvarig vårdcentralsläkare eller jourläkare via Läkarjouren Sverige AB, vilket medför olika typer av utmaningar. Patientansvarig läkare kan ta ansvar för vården även jourtid genom att utfärda en medicinsk vårdplan, och sjuksköterskorna betonade vikten av att vårdplanen är aktuell och väl utformad. Sjuksköterskorna uppvisade ett flexibelt förhållningssätt till frågan om ansvar. I praktiken skiftade det beslutsfattande ansvaret mellan sjuksköterska och läkare från fall till fall och beslut fattades ofta gemensamt.

Bristande medicinskt stöd från läkare

Beslutsstödet BViS kan vara vägledande för sjuksköterskor vid osäkerhet om läkare ska konsulteras. För mer erfarna sjuksköterskor var nyttan av BViS begränsad då de kände sig trygga att avgöra i vilka situationer de behövde läkarstöd.

Stödet av patientansvarig läkare på vårdcentralen var som regel gott. Däremot var det ofta svårt att få kontakt med ansvarig läkare för akut konsultation. Utanför de veckovisa ronderna fanns det sällan möjlighet till läkarbesök för patienter i hemsjukvården, även vid akut försämring. Det framfördes ett starkt önskemål om förbättrad tillgänglighet, både till telefonkonsultation och till akuta läkarbesök i hemmet och/eller på vårdcentralen, vilket många gånger skulle underlätta beslutsfattande. Ett förslag som framkom var att tillgängligheten skulle kunna förbättras ifall det fanns en läkare på vårdcentralen som arbetade fokuserat med enbart hemsjukvård.

Jourläkare via Läkarjouren Sverige AB var mer tillgängliga för telefonkonsultation, men här fanns andra svårigheter och graden av stöd var mer varierande. En försvårande aspekt var att jourläkarna, som kan höra till olika medicinska specialiteter, sällan har särskild kompetens inom primärvård eller äldrevård. En annan begränsning var att jourläkarna saknar kännedom om patienten och inte heller har möjlighet att undersöka patienten fysiskt, varför den muntliga rapporten från sjuksköterska upplevdes som väldigt avgörande.

...det är ju ändå vi som är ute på fältet och ser hur det verkligen är och det är väl det man får trycka på ibland.

Vid flera tillfällen upplevde sjuksköterskorna att jourläkare inte tog sig tid att sätta sig in väl i ärendet och göra en noggrann bedömning, med konsekvensen att beslut ofta fattades att skicka in patienten till sjukhus som en säkerhetsåtgärd även om sjuksköterskorna inte bedömde det som motiverat.

Varenda gång jag har ringt till jourläkaren så är det: "den ska in, den ska in, den ska in"... alltså liksom det är ju aldrig nån som, "nej men den kan stanna kvar hemma", utan det är ju alltid att den ska in liksom... så att... jag känner inte att jag känner att jag har så mycket stöd i den personen... för att stanna hemma i alla fall.

Resultatet visar att sjuksköterskor många gånger saknar ett tillräckligt medicinskt stöd i sitt beslutsfattande.

Sjuksköterskor känner och tar stort ansvar

Även om läkare har det högsta medicinska ansvaret hanterades ansvarsfrågan i praktiken olika beroende på situationen. I många fall ansåg sjuksköterskorna att beslut behövde grundas på läkares bedömning. Samtidigt upplevde sjuksköterskorna ett stort ansvar gentemot patienten att utifrån

sin kompetens och patientkännedom göra en egen sammanvägd bedömning och att motivera sin bedömning för läkare för ett gemensamt beslutsfattande.

Man kan ju tänka att den här patienten ska inte in även om läkaren [tycker det] för... jag känner ändå kanske den här patienten bättre, och det här fallet, så [...] Då får man också stå på sig... men då får man ju ha argument.

Det förekom även flera fall där sjuksköterskorna utifrån situationen kände sig trygga att självständigt fatta beslut om att skicka in en patient till sjukhus, utan att först konsultera läkare.

I det här fallet så valde jag då att inte kontakta vårdcentralsläkaren innan jag kontaktade ambulansen för EKG, utan jag ringde vårdcentralsläkaren efteråt och berättade att jag hade skickat in den här patienten idag.

I situationer där sjuksköterskorna inte fick det stöd som de efterfrågade upplevdes det påfrestande att stå ensam med det beslutsfattande ansvaret. Sjuksköterskorna känner ett stort ansvar för sina patienter, och beskrev att de även utanför arbetstid ofta bär med sig tankar på patienterna och på de beslut som de har fattat.

Det var vanligt att sjuksköterskorna under en arbetsdag hjälpte sina kollegor med olika uppgifter, däribland hembesök hos patienter. I vissa fall innebar dock detta att de fick göra komplicerade bedömningar där de upplevde att ansvaret hellre borde ha tagits av patientansvarig sjuksköterska.

Således känner sjuksköterskorna ett stort ansvar för de beslut som fattas. I somliga fall fattar de beslut självständigt och i andra involveras läkare i beslutsfattandet.

Aktuell medicinsk vårdplan är ofta avgörande

Den medicinska vårdplanen var ett viktigt rådgivande dokument när beslut behövde fattas på jourtid. Som regel användes vårdplanen som ett stöd, men det behövde samtidigt inte alltid innebära att man beslutade att följa dess inriktningsbeslut. Sjuksköterskorna beskrev att de i varje enskilt fall gör en bedömning utifrån patientens bästa och att det sammanvägda beslutet ibland kan bli att frånga vårdplanen.

Den ska ju inte behöva lida, patienten, det ska ju inte vara så att det... så allt kan ju inte vara hugget i sten heller, bara för det står så, och så får man ju ändå... se till patientens bästa.

För att en medicinsk vårdplan skulle fylla sin vägledande funktion och vara till hjälp för sjuksköterskorna behövde den vara konkret. Om vårdplanen innehöll för vaga formuleringar överfördes i praktiken ansvaret för inriktningsbeslutet på jourhavande sjuksköterska och jourläkare.

Sjuksköterskorna föredrog vårdplaner som utgår från patientens kända sjukdomar och förväntade komplikationer, med specifika ordinationer på åtgärder vid försämring för att möjliggöra att ha kvar patienten i hemmet, och tydliga ställningstaganden gällande nyttan av akut sjukhusvård i svårbedömda fall.

Det står ju oftast [i vårdplanen], "[skicka in till sjukhus] om det kan gagna patienten, exempelvis vid en fraktur". Det är ju svårare med de som drabbas av en misstänkt infektion...

Medicinska vårdplaner skrivs med begränsad giltighetstid, som regel ett år, och hinner ofta inte omprövas vid nytt hembesök innan giltighetstiden löper ut. Som följd kan en patient vid försämring stå utan en aktuell medicinsk vårdplan vilket medför stora svårigheter för jourhavande sjuksköterska och läkare att ta ställning till ifall inriktningen i den inaktuella vårdplanen ska följas eller inte.

...en äldre dam vars vårdplan hade gått ut [...] hon blev ju knalldålig och liksom, och jourläkaren vågade ju inte ta ett beslut över telefon att det var noll HLR fortsatt eller att hon skulle stanna hemma och... så att hon fick ju åka in liksom till slut och, ja hon dog väl efter två timmar inne på [sjukhuset], alltså... Det var ju jättetragisk situation...

Sjuksköterskorna framhöll vikten av att patientansvarig läkare tar ansvaret för att vid en medicinsk vårdplanering ta ställning till nyttan av åtgärder som HLR och akut sjukhusvård, och att informera patient och anhöriga om de beslut som fattas. De upplevde att vissa läkare inte informerar tillräckligt, lyfter frågan på ett mindre lämpligt sätt eller undviker ämnet helt och hållet.

Sammantaget är en aktuell och tydligt utformad medicinsk vårdplan i många fall avgörande för sjuksköterskans beslutsfattande och för en patientsäker vård.

Beslut baseras på en sammanvägning av olika hänsyn

I beslutssituationer behövde många olika aspekter vägas in och hänsyn tas till olika aktörer. Patientperspektivet var centralt och det var viktigt för sjuksköterskorna att ha stöd av patient och anhöriga i sitt beslutsfattande. Samtidigt förekom det att beslut fattades mot patientens vilja utifrån ett etiskt ställningstagande.

Tillgången till beslutsunderlag har stor betydelse

De medicinska parametrar som sjuksköterskorna hade att tillgå var ofta begränsade. De ställde detta i kontrast till den mångfald av diagnostiska resurser som finns på sjukhuset. Bristen på underlag försvårar den medicinska bedömningen, och trygghet i sin bedömning och sina kunskaper framhölls som en viktig egenskap för sjuksköterskor i

hemsjukvård. I frånvaro av provtagning och andra diagnostiska undersökningar är det centralt att bedöma tillståndet i förhållande till patientens normala hälsotillstånd. För att kunna avgöra detta behöver sjuksköterskan ha god inblick i hur patienten mår i vanliga fall och på vilket sätt tillståndet försämrats. Uppgifter från omvårdnadspersonalen var en viktig källa till sådan information.

...omsorgspersonalen är verkligen mina ögon och öron, alltså jag skulle inte klara mig utan dem... verkligen, för de är ju hos patienterna varje dag [...] de vet ju... alla förändringar hos patienten... så de är så otroligt viktiga för mig.

I bästa fall kunde dock bedömningen baseras på sjuksköterskornas egen patientkännedom. Vikten av att känna sina patienter väl betonades starkt under intervjun. Med en god kännedom om patientens underliggande sjukdomar och önskemål för vården underlättades beslutsfattande i svåra situationer, och att bygga relationen med patient och anhöriga skapade också ett grundläggande förtroende för sjuksköterskans bedömning. Det var en större utmaning att fatta beslut för patienter som sjuksköterskorna inte kände sedan tidigare, vilket framför allt var vanligt vid jourarbete.

...mina egna patienter som jag känner till, som jag vet att... blir det bättre av att den skickas [till sjukhus] eller inte [...] dem känner man ju oftast väldigt väl så, och man känner anhöriga, man tar diskussioner och man har kanske försökt – man vet, hur gör vi om det blir något... tillstöter någonting.

Det här visar att detaljerad kännedom om patientens tillstånd har stor betydelse för beslutsfattandet och att omvårdnadspersonalen bidrar med viktiga upplysningar.

Hänsyn tas till patientens önskan och sociala faktorer

Sjuksköterskorna tog stor hänsyn till patientens och anhörigas önskemål om den fortsatta vården och vinnlade sig om att förankra besluten hos patient och anhöriga. Det var särskilt svårt att fatta beslut när den medicinska bedömningen inte var förenlig med patientens önskemål. Anhörigas preferenser tillskrevs störst relevans i de fall där anhöriga var delaktiga i patientens vård. I fall där läkare och sjuksköterska gjorde olika bedömning avseende patientens behov av sjukhusvård kunde stöd från patient och anhöriga stärka sjuksköterskan i att förespråka vård i hemmet.

Om inte patienten vill åka in [...] har man anhöriga och patient med sig, det är ju inte att man går emot deras vilja då utan då är det mer att man går emot läkarens...

Sjuksköterskorna tog även patientens hemmiljö och sociala omständigheter i beaktande. En ansträngd hemsituation, med behov som inte kunde tillgodoses inom hemsjukvården, kunde bidra till att man valde att skicka in patienter till sjukhus även vid mindre uttalade medicinska behov.

Sjukhuset blir på så sätt en utväg när den sociala situationen inte kan lösas snabbt inom kommunen.

[Bröstsmärtan] är aktuell och det är ju det som gör att patienten åker in. Men han är... han och hans anhöriga är ju så trött på den här hemsituationen [...] det är som om patienten [känner att] "ja okej jag åker väl in då... för att jag är så trött på det här livet".

Således väger önskemål från patient, och ibland anhöriga, tungt vid beslut. Även en ohållbar hemsituation kan spela in i beslutsfattandet.

Svåra etiska ställningstaganden krävs

Sjuksköterskorna behövde ofta göra svåra etiska avvägningar i sina beslut om vårdnivå. Det mest centrala perspektivet i deras bedömningar var att värna om och agera för patientens bästa, utifrån såväl medicinska som sociala och medmänskliga perspektiv. Det fanns en stor förståelse för att transport till och vistelse på akutmottagningen kan medföra ett lidande för patienter, varför denna risk i varje enskilt fall behövde ställas mot nyttan med sjukhusvård.

Trots den stora vikt som lades vid patientens autonomi förekom det situationer där sjuksköterskorna behövde fatta beslut som gick emot patientens vilja eftersom de medicinska behoven bedömdes överväga. Det kunde bland annat röra sig om patienter som bedömdes ha begränsad sjukdomsinsikt.

[Jag] berättar [för patienten] att jag varit i kontakt med en läkare som tycker att hon ska åka in... och... hon ville ju helst inte då, men jag sa det att... nu är det de råden jag har fått av läkare och vi kan inte göra mer här hemma.

En sjuksköterska tog även hänsyn till ett utilitaristiskt perspektiv på sjukvårdens resurser, det vill säga att resurserna ska användas för största möjliga nytta, då ett beslut att skicka in en sannolikt döende patient med ambulans riskerar att tränga undan andra patienter där akut ambulans-transport kan göra större nytta.

Resultatet visar att svåra etiska ställningstaganden ofta är nödvändiga när beslut ska fattas.

Kompetens bygger beslutsförmåga

Sjuksköterskor i hemsjukvården har ett stort ansvar för bedömning, beslutsfattande och för att värna sina patienters intressen. Kompetensen att axla detta ansvar utvecklas successivt som ett resultat av erfarenhet och utbildning.

Erfarenhet lägger grunden för kompetensutveckling

Tidigare erfarenheter lyftes fram som en fundamental del i att utveckla en trygghet i sitt beslutsfattande. Genom att lära av sina samlade erfarenheter blev det enklare att avgöra vilken handläggning som är mest lämplig och att motivera sin bedömning för patient, anhöriga och läkare. Som nyanställd i hemsjukvården innebär bristen på erfarenhet en särskilt stor utmaning. Från att distriktssköterskeutbildning tidigare var en förutsättning för att arbeta som patientansvarig sjuksköterska blir det allt vanligare att sjuksköterskor med begränsad erfarenhet börjar arbeta i hemsjukvård.

...jag är ju så tacksam att jag hade den erfarenheten jag hade, på både vårdcentral, akutmottagning och avdelning, så man ändå kunde göra bedömningar och se när en patient är... Alltså jag förstår att [hemsjukvård] inte är [lätt för nyutbildade sjuksköterskor], jag skulle aldrig vilja utsätta mig för det.

Sjuksköterskornas berättelser visade att de aktivt reflekterar över sina erfarenheter och drar lärdom av händelser för att utveckla sin kompetens. Här var återkoppling från patienter och anhöriga av stor vikt. Det förekom även schemalagda kollegiala träffar för reflektion i grupp kring etiska dilemman.

[Patienten] klarade ju ambulansresan in... men... dog... dog strax därpå. Så det är klart att man undrar, hade vi kunnat göra nånting för patienten i hans hem i alla fall?

Således har erfarenhet och reflektion stor betydelse för att utveckla sjuksköterskors beslutsfattande förmåga.

Otillräckliga förutsättningar för fortbildning

Fortbildning beskrevs som väsentligt för att upprätthålla sin kompetens som sjuksköterska och att hålla sig uppdaterad om nya riktlinjer och rekommendationer. Även om utbildningstillfällen finns tillgängliga upplevde dock sjuksköterskorna att det föreligger strukturella hinder för att ta sig tid till fortbildning.

Det svåraste som jag tycker är väl att... säger jag ja till att vara med på en sån här [fortbildning] så är det ingen som tar mitt jobb under tiden. Då står det liksom still. Och så ligger man efter istället [...] Det skulle vara jättekul att säga ja till alla dessa utbildningstillfällen men det är ingen som tar mitt jobb då, och då kommer jag få jobba igen det.

Alltså avstår sjuksköterskor ofta från nödvändig fortbildning på grund av organisatoriska faktorer.

Förutsättningarna styr vilka beslut som kan fattas

Vilka insatser som kan utföras inom hemsjukvård är beroende av vilka resurser som finns att tillgå, både inom kommunen och i samverkan med andra vårdinstanser. I många situationer styr dessa förutsättningar vilka handläggningsalternativ som finns och kan därmed både försvåra och underlätta beslut om vårdnivå.

Resurser och samverkan påverkar beslutsfattandet

Sjukhuset har större resurser för uppföljning, övervakning och provtagning av patienter än vad som kan ombesörjas inom hemsjukvården, i synnerhet på jourtid. Den begränsade tillgången till såväl tillsyn som provtagning kunde många gånger vara ett bidragande skäl att skicka in patienter till sjukhus.

Det är inte säkert om någon blir sämre och någon larmar att vi kan komma på stört. Vi har hela Mariestad kommun på kvällen. Och vi är tre sköterskor.

Det finns dock flera resurser i regionens regi som hemsjukvården kan samverka med för att erbjuda patienter bättre vård. Sjukhusets när-sjukvårdsteam har möjlighet att göra enstaka hembesök till patienter för bedömning, provtagning och behandling. Teamet lyftes fram som en mycket värdefull resurs för att stötta hemsjukvården, i synnerhet jourtid, med ytterligare diagnostik och behandling i hemmet vilket många gånger kan underlätta beslutet att ha kvar en sjuk patient hemma.

För avgränsade patientgrupper med svår malign eller kronisk sjukdom och stort vårdbehov kan det bli aktuellt med inskrivning i palliativa teamet med särskild kompetens inom palliativ vård. En annan möjlighet är att en patient beviljas så kallad öppen retur till en vårdavdelning, vilket möjliggör direktinläggning utan att gå via akutmottagningen. Båda dessa resurser underlättade arbetet med de patienter som har tillgång till dem, i och med tillgången till snabbt stöd och förenklad handläggning vid behov av sjukhusvård.

Man vet precis vad man ska göra, och är det nåt så får... ringer man [till palliativa teamet] och får hjälp direkt, eller öppen retur att man kan skicka in i så fall... så [patienter som tillhör palliativa teamet] är ju de lättaste att vårda.

Samtidigt är även sjukhusets resurser begränsade och bristen på vårdplatser kunde bidra till en ökad belastning på hemsjukvården då patienter skrivs ut från sjukhuset utan att vara färdigbehandlade och utan en adekvat plan för den fortsatta vården.

Därmed kan samverkan med sjukhuset underlätta handläggningen av de svårast sjuka patienterna och i många fall möjliggöra fortsatt vård i hemmet.

Organisationen kan skapa bättre förutsättningar

Hur hemsjukvårdsarbetet organiseras har stor betydelse för sjuksköterskornas förutsättningar att fatta beslut. En avgörande faktor, som redovisats ovan, är sjuksköterskans tidigare patientkännedom. Sjuksköterskorna beskrev hur planering och schemaläggning kan bidra till att minimera problemet med bristande patientkännedom på jourtid och under semesterperioden.

När jag jobbar [jourtid] så är det en [sjuksköterska] på norra [hemsjukvårdsdistriktet], en på centrum och en på landsbygd som jobbar tillsammans och då brukar vi rikta in oss så mycket vi kan mot de områdena som vi normalt jobbar. [...] Så det optimala är ju att man har någon från varje område som jobbar för att då kan man... kanske man har lite kännedom om patienterna.

Sjuksköterskorna upplevde att de får orimligt mycket information och meddelanden från ledningen och att detta överflöd gör det svårare att uppmärksamma den information som faktiskt är relevant, med risken att viktiga uppdateringar om riktlinjer eller nya behandlingsresurser missas vilket i förlängningen kan påverka de beslut som en sjuksköterska fattar.

Resultatet visar att det finns möjlighet att förbättra förutsättningarna för beslut genom planering av arbetet och tydlig kommunikation från ledningen.

Diskussion

Studien visar att sjuksköterskor i hemsjukvården ställs inför komplexa beslut med stort ansvar och ofta otillräckligt stöd. Hemsjukvårdssköterskan är självständig i sin yrkesroll men samarbetar samtidigt frekvent med andra aktörer (16). Resultaten i studien visar att hemsjukvårdssköterska och läkare ofta gemensamt fattar beslut om behovet av sjukhusvård, vilket även visats tidigare (21). Samtidigt är det tydligt att samarbetet mellan sjuksköterska och läkare inte alltid är friktionsfritt. Det finns bakomliggande strukturer där läkaren har det övergripande medicinska ansvaret men också högre status vilket kan leda till minskad respekt för sjuksköterskans expertis och att sjuksköterskan upplever sig maktlös gentemot läkarens pondus (20, 38). Vikten av ömsesidig professionell respekt för ett förbättrat teamarbete och beslutsfattande har tidigare beskrivits utförligt (12, 15, 39, 40). Şahin *et al.* (41) framhåller att sjuksköterskor behöver utrymme att fatta egna beslut för att känna sig tillfreds med sin arbetsmiljö och att ett gott samarbete mellan sjuksköterska och läkare leder till ett bättre medicinskt utfall för patienten. Samvetet är i hög grad styrande för sjuksköterskors handlingar och beslut, vilket även framgår av studiens resultat, men i situationer där läkaren har stor auktoritet riskerar sjuksköterskan att i strid med sitt samvete undvika att ifrågasätta läkarens ordination (20, 42, 43). Genom förbättrad kommunikation ökar sannolikheten att alla relevanta perspektiv får

komma till tals vilket skapar förutsättningar för en mer högkvalitativ och patientcentrerad vård.

Förutsättningarna för samarbete försämras av bristande personalkontinuitet i vårdteamet (39). Studiens resultat styrker att teamarbetet mellan patientansvarig sjuksköterska och ansvarig vårdcentralsläkare ofta fungerar väl, men att samarbetet ibland brister när jourhavande sjuksköterska och jourläkare involveras i ett patientfall utanför kontorstider. Det har tidigare rapporterats att hemsjukvårdssköterskor med begränsad patientkännedom oftare fattar förhastade beslut att skicka patienter till sjukhus (12). Studiens resultat indikerar att motsvarande samband gäller även för jourläkare. De Korte-Verhoef *et al.* (44) visar att jourläkare skickar färre svårt sjuka patienter till sjukhus när information från patientansvarig vårdcentralsläkare finns tillgänglig. I samma artikel framhålls även att hemsjukvårdssköterskan, utifrån sin kännedom om patienten och om förutsättningarna i hemmet, ofta kan föreslå andra handläggningar som alternativ till sjukhusremiss. En större lyhörddhet för sjuksköterskans tankar och bättre tillgänglighet till primärvårdens journaldokumentation skulle kunna underlätta jourläkares bedömning i svåra fall och minska risken för onödig sjukhusvård.

Medicinska vårdplaner med inriktningsbeslut är ett viktigt verktyg för att underlätta svåra beslut. I likhet med den här studien visar tidigare forskning att inriktningen i medicinska vårdplaner som regel följs, och leder till färre akutbesök och mindre sjukhusvård, men att avsteg ibland sker (33, 45, 46, 47). Orsaker till sådana avsteg kan vara att vårdplanens inriktningsbeslut inte bedöms gagna patienten, stress i det akuta skedet eller osäkerhet kring hur den aktuella situationen bäst hanteras (33, 46, 47). Flera tidigare studier påvisar vikten av en otvetydig och konkret vårdplan för att öka sannolikheten för att avsedd vårdinriktning följs (12, 33, 48), vilket även framhålls av sjuksköterskorna i den här studien. Kastbom *et al.* noterar att medicinska vårdplaner ibland inte uppdateras på flera år och föreslår ett system av bäst före-datum för att säkerställa att besluten omprövas (47). Studiens resultat illustrerar att vårdplaner med begränsad giltighetstid tvärtom kan ge upphov till svårigheter för vårdpersonal att förhålla sig till en utgången vårdplan, med risk för oetisk och patientsäker vård. För att undvika detta bör giltighetstiden anpassas till ett intervall som i praktiken tillåter att den hinner omprövas i god tid, alternativt behöver det tydliggöras att en medicinsk vårdplan som passerat "bäst före" fortsatt gäller till dess att en ny plan finns på plats.

Studien visar att det är viktigt för hemsjukvårdssköterskan att känna sig trygg och självständig i sin yrkesroll för att våga lita på sin bedömning, fatta beslut och stå på sig för patientens bästa. Denna trygghet byggs successivt upp under arbetslivet i takt med tilltagande yrkeserfarenhet och kompetens. Andra forskargrupper har tidigare belyst samma fenomen (12, 16). Då erfarenhet och kompetens har en avgörande betydelse riskerar utvecklingen med allt färre utbildade distriktssköterskor och en minskad erfarenhetsbas hos hemsjukvårdens sjuksköterskor att leda till en försämrad medicinsk kvalitet. Denna utveckling är inte unik för Mariestad; enligt data från statistikmyndigheten SCB råder nationellt sedan många år

en stor och tilltagande brist på såväl nyutbildade som yrkeserfarna distriktssköterskor (49, 50). Under dessa omständigheter blir det desto viktigare att hemsjukvårdssköterskor får goda möjligheter till kompetensutveckling genom både fortbildning och arenor för reflektion, och goda förutsättningar att i praktiken ta del av de fortbildningstillfällen som erbjuds.

Den här studien baseras på en liten fokusgrupp med tre deltagare. Den kvalitativa innehållsanalysen har i flera omgångar diskuterats ingående med handledare för att minska risken för att resultaten inte är trovärdiga. Fler och/eller större gruppintervjuer skulle ge ett material med bredare mångfald av sjuksköterskors olika erfarenheter. Det vore värdefullt att genomföra liknande studier i andra kommuner och regioner för att kartlägga hur omständigheterna skiljer sig åt. Det vore även intressant att undersöka läkarnas erfarenheter av akut triagering inom hemsjukvården. Västra Götalandsregionens konstruktion med en upphandlad aktör som övertagit primärvårdens beredskapsuppdrag skiljer sig från flertalet andra regioner, vilket kan påverka överförbarheten av studiens resultat rörande samarbetet med jourläkare. Samtidigt stämmer resultaten väl överens med tidigare studier, såväl inom som utanför Sverige, vilket talar för att mycket av det som framkommer i vår studie är karakteristiskt för hemsjukvården i stort. Det går att dra många paralleller till studien som Kihlgren *et al.* (12) publicerade 2003, som till stor del berör samma frågor som den här studien och visar att många av hemsjukvårdssköterskans utmaningar är desamma idag som för 20 år sedan, exempelvis vad gäller patientkännedom, vårdplanering och samarbetet med tjänstgörande läkare.

Slutsats

Studien visar att hemsjukvårdssköterskor har ett stort ansvar i svåra beslutssituationer och att deras beslutsfattande förmåga stärks med växande erfarenhet. Samtidigt är de ofta beroende av stödet från läkare vilket dessvärre inte alltid är tillfredsställande. Starkare stöd i form av förbättrad tillgång till telefonkontakt med och hembesök av läkare med primärvårds- eller äldrevårdskompetens, aktuella och tydliga medicinska vårdplaner samt större möjligheter till kontinuitet skulle kunna minska risken för att patientsäkra och oetiska beslut fattas. Samtidigt behöver organisationen tillse att sjuksköterskor har goda möjligheter till nödvändig fortbildning och reflektion.

I min gärning som vårdcentralsläkare med ansvar för hemsjukvårdspatienter tar jag, utifrån den här studien, främst med mig vikten av att konkretisera den medicinska vårdplanen så långt som möjligt och att säkerställa att det alltid finns en giltig vårdplan.

Referenslista

1. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action. 2020.
2. Caffrey RA. Community care gerontological nursing: the independent nurse's role. *J Gerontol Nurs.* 2005;31(7):18-25. doi:10.3928/0098-9134-20050701-06
3. Ljungbeck B, Sjögren Forss K. Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. *BMC Nurs.* 2017;16:63. Published 2017 Nov 16. doi:10.1186/s12912-017-0258-7
4. Modin S, Furhoff AK. The medical care of patients with primary care home nursing is complex and influenced by non-medical factors: a comprehensive retrospective study from a suburban area in Sweden. *BMC Health Serv Res.* 2004;4(1):22. Published 2004 Aug 26. doi:10.1186/1472-6963-4-22
5. Dostálová V, Bártová A, Bláhová H, Holmerová I. The experiences and needs of frail older people receiving home health care: A qualitative study. *Int J Older People Nurs.* 2022;17(1):e12418. doi:10.1111/opn.12418
6. Duke M, Street A. Tensions and constraints for nurses in hospital-in-the-home programmes. *Int J Nurs Pract.* 2005;11(5):221-227. doi:10.1111/j.1440-172X.2005.00527.x
7. Lindblad M, Flink M, Ekstedt M. Exploring patient safety in Swedish specialised home healthcare: an interview study with multidisciplinary teams and clinical managers. *BMJ Open.* 2018;8(12):e024068. Published 2018 Dec 14. doi:10.1136/bmjopen-2018-024068
8. Thomé B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *J Clin Nurs.* 2003;12(6):860-872. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00803.x
9. Olaison A, Cedersund E, Marcusson J, Valtersson E, Sverker A. Maneuvering the care puzzle: Experiences of participation in care by frail older persons with significant care needs living at home. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2021;16(1):1937896. doi:10.1080/17482631.2021.1937896
10. Josefsson K, Sonde L, Wahlin TB. Registered nurses' education and their views on competence development in municipal elderly care in Sweden: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(2):245-258. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.11.029
11. Kazemi A, Kajonius PJ. Cost and Satisfaction Trends in Swedish Elderly Home Care. *Home Health Care Management & Practice.* 2016;28(4):250-255. doi:10.1177/1084822316646353
12. Kihlgren AL, Fagerberg I, Skovdahl K, Kihlgren M. Referrals from home care to emergency hospital care: basis for decisions. *J Clin Nurs.* 2003;12(1):28-36. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00682.x
13. Norell M, Ziegert K, Kihlgren A. Care priorities- Registered Nurses' clinical daily work in municipal elderly care settings. *Scand J*

- Caring Sci.* 2013;27(2):388-395. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01051.x
14. Emmesjö L, Hallgren J, Gillsjö C. Home health care professionals' experiences of working in integrated teams during the COVID-19 pandemic: a qualitative thematic study. *BMC Prim Care.* 2022;23(1):325. Published 2022 Dec 14. doi:10.1186/s12875-022-01934-1
 15. Williamson KM. Home health care nurses' perceptions of empowerment. *J Community Health Nurs.* 2007;24(3):133-153. doi:10.1080/07370010701429512
 16. Gray E, Currey J, Considine J. Hospital in the home nurses' assessment decision making: an integrative review of the literature. *Contemp Nurse.* 2018;54(6):603-616. doi:10.1080/10376178.2018.1532802
 17. Magilvy JK, Congdon JG. The crisis nature of health care transitions for rural older adults. *Public Health Nurs.* 2000;17(5):336-345. doi:10.1046/j.1525-1446.2000.00336.x
 18. Östman M, Bäck-Pettersson S, Sundler AJ, Sandvik AH. Nurses' experiences of continuity of care for patients with heart failure: A thematic analysis. *J Clin Nurs.* 2021;30(1-2):276-286. doi:10.1111/jocn.15547
 19. American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(1):15-18. doi:10.1111/jgs.13866
 20. Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J Adv Nurs.* 2010;66(11):2510-2519. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x
 21. Harrad-Hyde F, Armstrong N, Williams CD. 'Weighing up risks': a model of care home staff decision-making about potential resident hospital transfers. *Age Ageing.* 2022;51(7):afac171. doi:10.1093/ageing/afac171
 22. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med.* 1993;118(3):219-223. doi:10.7326/0003-4819-118-3-199302010-00011
 23. Glette MK, Kringeland T, Røise O, Wiig S. Exploring physicians' decision-making in hospital readmission processes - a comparative case study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):725. Published 2018 Sep 19. doi:10.1186/s12913-018-3538-3
 24. Fried TR, van Doorn C, O'Leary JR, Tinetti ME, Drickamer MA. Older person's preferences for home vs hospital care in the treatment of acute illness. *Arch Intern Med.* 2000;160(10):1501-1506. doi:10.1001/archinte.160.10.1501
 25. Saenger P, Federman AD, DeCherrie LV, et al. Choosing Inpatient vs Home Treatment: Why Patients Accept or Decline Hospital at Home. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(7):1579-1583. doi:10.1111/jgs.16486
 26. Inagaki A, Noguchi-Watanabe M, Sakka M, Yamamoto-Mitani N. Home-care nurses' community involvement activities and preference regarding the place for end-of-life period among single older adults: A cross-sectional study in Japan. *Health Soc Care Community.* 2021;29(5):1584-1593. doi:10.1111/hsc.13224

27. Ko W, Miccinesi G, Beccaro M, et al. Factors associated with fulfilling the preference for dying at home among cancer patients: the role of general practitioners. *J Palliat Care*. 2014;30(3):141-150.
28. Håkanson C, Öhlén J, Morin L, Cohen J. A population-level study of place of death and associated factors in Sweden. *Scand J Public Health*. 2015;43(7):744-751. doi:10.1177/1403494815595774
29. Bigger S, Haddad L. Advance Care Planning in Home Health: A Review of the Literature. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(6):518-523. doi:10.1097/NJH.0000000000000591
30. Dowling T, Kennedy S, Foran S. Implementing advance directives- An international literature review of important considerations for nurses. *J Nurs Manag*. 2020;28(6):1177-1190. doi:10.1111/jonm.13097
31. Glaudemans JJ, Moll van Charante EP, Willems DL. Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review. *Fam Pract*. 2015;32(1):16-26. doi:10.1093/fampra/cmu074
32. Litzelman DK, Inui TS, Griffin WJ, et al. Impact of Community Health Workers on Elderly Patients' Advance Care Planning and Health Care Utilization: Moving the Dial. *Med Care*. 2017;55(4):319-326. doi:10.1097/MLR.0000000000000675
33. Kastbom L, Milberg A, Karlsson M. 'We have no crystal ball' - advance care planning at nursing homes from the perspective of nurses and physicians. *Scand J Prim Health Care*. 2019;37(2):191-199. doi:10.1080/02813432.2019.1608068
34. SCB. Statistikdatabasen. URL: [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE/BE0101_BE0101A/FolkmandDistrikt/table/tableViewLayout1/\[Åtkomst 2023-04-04\]](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE/BE0101_BE0101A/FolkmandDistrikt/table/tableViewLayout1/[Åtkomst%2023-04-04])
35. Västra Götalandsregionen. Beredskapsjour. URL: <https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-vardcentral/krav--och-kvalitetsbok-vg-primarvard/beredskapsjour/> [Åtkomst 2023-04-10]
36. Vårdsamverkan Skaraborg. BViS – beslutsstöd. URL: <https://www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardsamverkan/skaraborg/Samverkansomraden/aldre/beslutsstod/> [Åtkomst 2023-09-22]
37. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
38. Younas A, Inayat S, Dal Molin A, Durante A. Nurses' Challenges to Developing Interpersonal Relationships During Integrated Care for Complex Patients. *West J Nurs Res*. 2023;45(10):894-901. doi:10.1177/01939459231189789
39. Bransby DP, Mayo AT, Cronin MA, Park K, Yuan CT. A systematic review of respect between acute care nurses and physicians. *Health Care Manage Rev*. 2023;48(3):237-248. doi:10.1097/HMR.0000000000000370
40. Pype P, Mertens F, Helewaut F, Krystallidou D. Healthcare teams as complex adaptive systems: understanding team behaviour through

- team members' perception of interpersonal interaction. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):570. Published 2018 Jul 20.
doi:10.1186/s12913-018-3392-3
41. Şahin E, Çatiker A, Özdil K. Physician-Nurse and Nurse-Nurse Collaboration From the Perspective of Nurses: A Cross-Sectional Study. *J Nurses Prof Dev.* 2023;39(1):E8-E17.
doi:10.1097/NND.0000000000000779
 42. Ericson-Lidman E, Norberg A, Persson B, Strandberg G. Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scand J Caring Sci.* 2013;27(2):215-223. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01017.x
 43. Jensen A, Lidell E. The influence of conscience in nursing. *Nurs Ethics.* 2009;16(1):31-42. doi:10.1177/0969733008097988
 44. De Korte-Verhoef MC, Pasman HR, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. End-of-life hospital referrals by out-of-hours general practitioners: a retrospective chart study. *BMC Fam Pract.* 2012;13:89. Published 2012 Aug 22.
doi:10.1186/1471-2296-13-89
 45. Oo NM, Scott IA, Maggacis R, Rajakaruna N. Assessing concordance between patient preferences in advance care plans and in-hospital care. *Aust Health Rev.* 2019;43(4):425-431.
doi:10.1071/AH18011
 46. Moore N, Detering KM, Low T, Nolte L, Fraser S, Sellars M. Doctors' perspectives on adhering to advance care directives when making medical decisions for patients: an Australian interview study. *BMJ Open.* 2019;9(10):e032638. Published 2019 Oct 31.
doi:10.1136/bmjopen-2019-032638
 47. Kastbom L, Falk M, Karlsson M, Tengblad A, Milberg A. Prevalence, content and significance of advance care planning in nursing home patients. *Scand J Prim Health Care.* 2022;40(1):29-38.
doi:10.1080/02813432.2022.2036429
 48. Beck S, Lundblad L, Göras C, Eneslätt M. Implementing advance care planning in Swedish healthcare settings - a qualitative study of professionals' experiences. *Scand J Prim Health Care.* 2023;41(1):23-32. doi:10.1080/02813432.2022.2155456
 49. SCB. Trender och Prognoser 2020 – befolkning, utbildning, arbetsmarknad, med sikte på år 2035. 2020.
 50. SCB. Arbetskraftsbarometern 2022 – vilka utbildningar ger jobb? 2022.

Intervjuguide

Personcentrerad triagering av vårdnivå i hemsjukvården

Presentationsrunda

Namn, utbildning, tidigare yrkeserfarenhet som sjuksköterska, hur länge har du arbetat inom hemsjukvård?

Fallpresentationer

Du har blivit ombedd att tänka över en situation som du själv varit med om, som berör en patient inskriven i hemsjukvården som försämrades akut i sitt hälsotillstånd. Du var tvungen att fatta ett svårt och inte självklart beslut om personen skulle fortsätta att vårdas i hemmet eller skickas vidare till akutmottagningen för bedömning och eventuell behandling.

Kan du berätta om den situation du var med om?

Vad hände?

Vad tänkte du?

Vad kände du?

Kunde du ha gjort på något annat sätt?

Hur skulle du tänka idag om du hamnar i en liknande situation?

Vad har du lärt dig av händelsen?

Hur skulle du vilja att det gick till/förutsättningarna såg ut?

Följdfrågor:

På vilket sätt...?

Kan du utveckla det?

Vad tänker du om [...]?

Du nämnde att [...] – kan du berätta mer om det?

Därefter får gruppen möjlighet att gemensamt reflektera över fallet och de aspekter som intervjupersonen har lyft.

Viktiga ämnesområden att beröra

Läkarmedverkan

Upplevt eget beslutsmandat? Hur agera om läkaren gör en annan bedömning?

Andra aspekter på samverkan med primärvården/andra vårdinstanser?

Medicinsk vårdplan

Betydelse? Konkreta formuleringar?

Kontinuitet

Beslut för egna patienter jämfört med patienter som tillhör ett annat hemsjukvårdsområde?

Möjligheter till kontinuitet under t.ex. nätter, helger, semestertider?

Personcentrerad vård

Vad betyder personcentrerad vård för dig?

Kompetens

Upplever ni att ni har den kompetens/får den fortbildning som behövs?

Vilken betydelse har yrkeserfarenhet av hemsjukvård?

Inbjudan till forskningsstudie om svåra beslut i hemsjukvården

Som ST-läkare på Sjöstadens Vårdcentral brukar jag ronda distrikten Centrum AB och Centrum CD vilket har väckt mitt engagemang för hemsjukvården och dess fördelar men också dess utmaningar. Därför vill jag ägna det vetenskapliga arbetet inom ramen för min specialisttjänstgöring åt att utforska svåra beslut inom hemsjukvården. Jag vill härmed bjuda in dig att bidra med dina erfarenheter till min studie.

Studien utgår från beslutsfattandet vid akut sjukdom hos patienter, när man som sjuksköterska ställs inför valet mellan fortsatt vård i hemmet eller remiss till akutmottagningen. Jag vill undersöka hur dessa beslut fattas och vilka faktorer som spelar in i besluten. Min förhoppning är att studien ökar kunskapen om vilka stödinsatser som kan underlätta för hemsjukvårdens sjuksköterskor och hur samarbetet mellan hemsjukvården och primärvården kan utformas.

För att utforska detta vill jag bjuda in dig, i egenskap av sjuksköterska i hemsjukvården som ofta ställs inför den här typen av beslut, till en fokusgrupp för ett intervjutillfälle. Jag räknar med att gruppen kommer att bestå av 5 deltagare. Ditt namn och kontaktuppgifter har jag fått av Petra Månsson. Deltagandet i fokusgruppen är fullt frivilligt och det är när som helst möjligt att ångra sig. Intervjun kommer att spelas in, och enstaka citat från samtalet kommer att finnas med i den skriftliga projektrapporten, men allt som sägs hanteras konfidentiellt och det kommer inte att framgå vem som har sagt vad. Så snart intervjun har transkriberats kommer ljudfilen att raderas. En distriktssköterska från Sjöstadens Vårdcentral kommer att sitta med vid intervjun för att assistera mig. Intervjun äger rum 17 maj 2023 kl 13:30 i konferensrummet på Sjöstadens Vårdcentral och beräknas pågå i högst 2,5 timmar.

Inför intervjun vill jag att du som deltagare ska ha med dig en beskrivning av ett självupplevt fall som väckte känslor och där det var svårt att fatta beslut. Beskrivningen ska inte omfatta namn eller exakta platser som gör att personer i berättelsen är lätta att identifiera. Deltagarnas fallbeskrivningar ska få utgöra underlag för samtalet i fokusgruppen.

Resultatet av studien kommer att publiceras i en skriftlig rapport i slutet av året, och muntligen för mina ST-läkarkollegor i Skaraborg och för personalen på Sjöstadens Vårdcentral. Slutligen kommer jag naturligtvis också och presenterar mina slutsatser för er i hemsjukvården i Mariestad.

Det vore roligt om du vill ställa upp som deltagare i fokusgruppen! Lämna ditt besked via mail till undertecknad. Ifall du ställer upp vill jag också att du skriver ut och undertecknar bifogad samtyckesblankett som du kan ta med till intervjutillfället.

Om du har några frågor är du varmt välkommen att kontakta mig.

Jon Liljebäck

Handledare:

Susanne Andersson, docent i vårdvetenskap, FoU-strateg, innovationsledare
Regionhälsan, FoUUI-centrum Skaraborg primärvård



FoUI primär och nära vård Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fou-skaraborg