



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

## Distriktssköterskans kompetens i hemsjukvården

En kvalitativ intervjustudie

The public health nurse practitioners competence in home care

A qualitative interview study

Författare: Jenny Kristoffersson och Malin Kardos

Handledare: Stinne Glasdam

Magisteruppsats

Hösten 2023

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

**Bakgrund:** Brist på slutenvårdsplatser och den åldrande befolkningen har lett till att allt fler svårt multisjuka äldre vuxna vårdas i hemmet. Ansvarsområdena i hemsjukvården är komplexa och mycket ligger på distriktssköterskans förmåga att i en komplicerad miljö kunna fatta avancerade beslut och göra bedömningar av patienters behov och hälsotillstånd. **Syfte:** Syftet var att beskriva hur distriktssköterskans kompetens tillvaratas i hemsjukvården. **Metod:** En kvalitativ metod tillämpades med en induktiv ansats. Elva semistrukturerade intervjuer genomfördes och analyserades med en innehållsanalys. **Resultat:** Tre huvudkategorier framkom: ”förskrivningsrätten”, “handledning är en central del av distriktssköterskans arbete” och “distriktssköterskans förebyggande arbete”. **Konklusion:** Distriktssköterskan har kompetensen att göra mer självständiga bedömningar och åtgärder än allmänsjuksköterskan. Verksamhetscheferna i hemsjukvården behöver ta del av forskning avseende hur distriktssköterskans kompetens kan tillvaratas.

## Nyckelord

Distriktssköterska. Hemsjukvård. Kompetens. Förskrivningsrätt. Arbeta förebyggande. Kvalitativ studie.

# Innehållsförteckning

Problemområde .....	4
Bakgrund .....	4
Hemsjukvård .....	4
Distriktssköterskans roll .....	6
Distriktssköterskan och teamet.....	7
Kompetens i hemsjukvården.....	8
Perspektiv och utgångspunkter .....	9
Syfte .....	10
Metod.....	10
Urval.....	11
Instrument .....	12
Datainsamling .....	13
Analys av data .....	13
Forskningsetiska avvägningar.....	14
Resultat .....	15
Förskrivningsrätten .....	16
Förskrivningsrätten underlättar distriktssköterskans arbete .....	16
Förskrivningsrätten försvårar distriktssköterskans arbete .....	18
Handledning är central del av distriktssköterskans arbete .....	19
Handledning av allmänsjuksköterskor .....	19
Handledning av omvårdnadspersonal .....	21
Distriktssköterskans förebyggande arbetet.....	22
Att ligga ett steg före .....	22
Att se helheten .....	24
Diskussion .....	25
Metoddiskussion.....	25
Slutsats och kliniska implikationer .....	31
Referenser .....	32

## **Problemområde**

Brist på slutenvårdsplatser och den åldrande befolkningen har lett till att allt fler svårt multisjuka äldre vuxna vårdas i hemmet (Josefsson & Ljung, 2017). Detta ställer högre krav på allmänsjuksköterskorna i hemsjukvården (Kyrkjebø et al., 2017) samtidigt som allmänsjuksköterskorna upplever att de inte har tillräckligt med kompetens och färdigheter att kunna möta den avancerade vården (Glad et al., 2018; Kaldestad & Nåden, 2022; Karlstedt, et al. 2015; Ljungbeck & Forss, 2017; Midlöv & Lindberg, 2020). Distriktssköterskans utbildning är anpassad och specialiserad för arbetsuppgifterna i hemsjukvården (Josefsson & Ljung, 2017). Flertalet studier visar ett starkt samband mellan kompetensbrist och risk för vårdskador (Griffiths et al., 2019; Aiken, et al., 2014). Detta bekräftar en rapport av Socialstyrelsen (2018a) som beskriver att hög kompetens hos allmänsjuksköterskan minskade patientdödligheten, vårdtiden och risk för återinläggningar. Trots detta arbetar fler allmänsjuksköterskor i hemsjukvården än specialistsjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2019). Däremot har endast få studier fokuserat på hur distriktssköterskans kompetens används i hemsjukvården, därför anser författarna att det är av stor vikt att belysa hur distriktssköterskans kompetens tillvaratas i hemsjukvården.

## **Bakgrund**

### **Hemsjukvård**

I en svensk statlig utredning “Äldreomsorg i utveckling” från år 1987 beskrevs det hur vårdplatser skulle frigöras genom att lägga ut den vård som tidigare bedrevs ineliggande på sjukhus till hemsjukvården. Detta ledde till en omfattande förändring där tusentals slutenvårdsplatser togs bort (Socialdepartementet, 1987), vilket medförde att ansvaret för vård

och omsorg av äldre vuxna övergick från landstinget till kommunerna (Midbøe, 2019). Kommunerna fick således ett samlat socialt och medicinskt ansvar över hemsjukvården (Josefsson & Ljung, 2017).

Hemsjukvård innebär att hälso- och sjukvård ges till patienter i det egna hemmet (Göransson, 2022) och utförs i både särskilt och ordinärt boende (Socialstyrelsen, 2014). Hemsjukvård innefattar rehabilitering, habilitering, medicinska insatser och omvårdnad i hemmet. Insatserna utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av omvårdnadspersonal med delegering (Socialstyrelsen, 2014). Hälso- och sjukvårdspersonal består av sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter (Socialstyrelsen, 2019). Hemsjukvård och hemtjänst interagerar ofta och omvårdnaden delegeras ut till omvårdnadspersonalen. Till följd av detta ställs högre krav på en fungerande kommunikation i hemsjukvården (Socialstyrelsen, 2014).

Vården som utförs i det egna hemmet består av basal sjukvård såsom hjälp med injektioner (Vlieghe et al. 2015; Göransson, 2022), läkemedelshantering, byte av urinkatetrar (Vlieghe et al. 2015; Göransson, 2022; Strømme et al, 2020) och såromläggningar (Vlieghe et al. 2015; Göransson, 2022; Stevens et al., 2021; Strømme et al, 2020). Det kan även innefatta avancerad vård som vård i livets slutskede, blodtransfusioner, dialys (Göransson, 2022), parenteral nutrition, infusioner (Haken et al., 2020) skötsel av piccline och byte av suprapubisk katetrar (Vlieghe et al. 2015). Förutom dessa arbetsuppgifter ingår även handledning, utbildning av personal och patienter, dokumentation (Josefsson & Ljung, 2017) samt förskrivning av läkemedel (Distriktssjuksköterskeföreningen, 2008).

Distriktssköterskans arbete i hemsjukvården är oförutsägbart och brist på utrustning samt trånga utrymmen gör det svårt att utföra vård på ett korrekt och säkert sätt (Alvariza et al., 2020; Terry et al., 2015).

I samband med utskrivning från slutenvård kan en person under en period behöva kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Många av dessa personer kan även behöva dessa insatser regelbundet under en längre tid. För att få hemsjukvård skall det vara svårt för patienten att ta sig till sin vårdcentral (Socialstyrelsen, 2019). I Sverige kallas detta för tröskelprincipen och

gör att bedömningen om vem som får hemsjukvård är subjektiv. Hemsjukvård ses som en ökad komplex verksamhet där vårdtagarna kan vara allt från spädbarn till äldre vuxna då det inte finns någon åldersgräns avseende vem som får hemsjukvård. De flesta som får hemsjukvård i Sverige är 65 år eller äldre (Josefsson & Ljung, 2017). År 2018 fanns det i Europa 101,1 miljoner personer som var 64 år eller äldre och inom 30 år beräknas det ske en ökning till 149,2 miljoner personer. I takt med den växande äldre befolkningen kommer behovet av hemsjukvård öka (Eurostat, 2019). Sverige hade år 2021 mer än 388 000 personer som fick hjälp av kommunal hälso-och sjukvård och av dessa var ca 318 000 personer 65 år eller äldre (Socialstyrelsen, 2021b).

## Distriktssköterskans roll

Distriktssköterskan har ett brett ansvarsområde, vilket bland annat innefattar att bedöma hälsotillstånd, sätta mål, besluta om insatser, planera och utföra insatser. Distriktssköterskan ska också kunna leda insatser och samverka med patienter och deras närstående. Utöver dessa ansvarsområden ska distriktssköterskan även samarbeta med andra professioner såsom läkare, fysioterapeuter, vårdpersonal, arbetsterapeuter, enhetschefer och biståndshandläggare (Josefsson & Ljung, 2017). Vidare ska distriktssköterskan vid planering av vård- och omsorgsarbete tillgodose rätt förutsättningar för att göra patienterna delaktiga i sin vård (SOU 2017:21). Ansvarsområdena är komplexa (Kaldestad & Nåden, 2022; Göransson, 2022) och mycket ligger på distriktssköterskans förmåga att i en komplicerad miljö kunna fatta avancerade beslut och göra bedömningar av patienters behov (Göransson, 2022). Kompetens, kunskap, erfarenhet och ansvarstagande beskrivs som viktiga egenskaper hos distriktssköterskan (Vlieghe et al. 2015). Samtidigt som distriktssköterskan ska etablera en trygg relation med patienterna (Takako et al., 2017). För att kunna utföra insatser hos en äldre person krävs samverkan över organisationsgränser till exempel mellan slutenvård och primärvård (Josefsson & Pelton, 2015).

Dagliga arbetsuppgifter kan vara komplexa och tidskrävande där flertalet arbetsuppgifter skall genomföras vid samma hembesök hos den äldre vuxna (Vlieghe et al. 2015).

Distriktssköterskan kan under ett arbetspass ha obegränsat antal patienter inskrivna (Jonasson

et al., 2017; Khalil & Lee, 2018). Ett obegränsat antal patienter leder till en ökad arbetsbelastning hos distriktssköterskan vilket medför att omvårdnadsarbetet delegeras ut till omvårdspersonal. Möjlighet till patientnära vård blir därmed begränsad (Göransson, 2022). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso-, sjukvård- och tandvård får distriktssköterskan som både har reell och formell kompetens, delegera arbetsuppgifter till omvårdnadspersonal som enbart har reel kompetens (SOSFS 1997:14). Det krävs goda kunskaper, gott omdöme och noggrannhet för att kunna säkerställa att omvårdnadspersonalen har kompetens och förståelse för den delegerade arbetsuppgiften (Göransson, 2022). Trots att kunskapen hos omvårdnadspersonalen ibland är bristfällig, upplever distriktssköterskorna att de är tvungna att delegera omvårdnadspersonalen. Distriktssköterskorna får annars utföra de delegerade arbetsuppgifterna själva. Delegeringsarbetet kan ta lång tid vilket leder till att distriktssköterskan ibland upplever att tiden inte räcker till (Craftman et al., 2013). Uppgifter från inspektionen för vård och omsorg (IVO) visar att en stor andel av klagomål och lex Maria anmälningar inom äldreomsorgen handlar om brister i läkemedelshanteringen (Socialstyrelsen, 2021a). Det kan ses som problematiskt när distriktssköterskan inte är personalansvarig eller chef för omvårdnadspersonalen men ändå är skyldiga enligt lag att säkerställa att den som får delegering får de förutsättningar som krävs för att genomföra arbetsuppgiften på ett patientsäkert sätt (Göransson, 2022).

## Distriktssköterskan och teamet

Distriktssköterskan har med sina fördjupade kunskaper om ledarskap en central roll i att leda teamet kring patienterna i hemsjukvården (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Distriktssköterskan ansvarar också för att prioritera och fördela omvårdnadsarbetet i teamet (Andersson et al, 2017; Josefsson, 2010). Dowding et al. (2020) betonar vikten av ett gott samarbete mellan hemsjukvård och slutenvård när patienter skrivs ut från sjukhuset. Vidare beskriver även Wong et al. (2018) hur viktigt det är med teamarbete och kollegialt stöd. Trots detta finns det samarbetsproblem mellan sjukhus, primärvård och hemsjukvård. Brist på samarbete kan resultera i försenad vård och därmed påverka patientsäkerheten (Josefsson &

Pelton, 2015; Pusa et al., 2015). I Sverige är det regionens ansvar att se till att det finns läkarresurser tillgängliga så att en god hälso- och sjukvård kan bedrivas (Socialstyrelsen, 2021b). Bristande stöd från läkarna när patienterna försämras i sitt hälsotillstånd skapar osäkerhet hos distriktssköterskan (Karlsson et al., 2013). Genom att använda teamet och dess kompetens kan distriktssköterskan skapa en säker och god hemsjukvård (Andersson et al., 2017; Josefsson, 2010). Detta minskar också känslan av övergivenhet, sårbarhet samt ökar distriktssköterskans välmående i sitt ensamarbete i hemsjukvården (Andersson et al., 2017).

Det geografiska avståndet mellan patienterna kan försvåra distriktssköterskans arbete i hemsjukvården (Midlöv & Lindberg, 2020). Arbetet sker ofta på distans när distriktssköterskan inte alltid hinner träffa patienterna. Detta gör att distriktssköterskan behöver förlita sig på omvårdspersonalens kunskaper och förmåga att kunna bedöma patienternas hälsotillstånd. Distriktssköterskan gör då sin bedömning utifrån uppgifter som inkommit i andra hand (Göransson, 2022; Jonasson et al., 2017). Oftast sker dessa bedömningar via mobiltelefon (Jonasson et al., 2017) och distriktssköterskan blir således en konsult på avstånd (Josefsson, 2010; Andersson et al., 2017).

## Kompetens i hemsjukvården

Definitionen av kompetens är förmågan och viljan att utföra en arbetsuppgift genom att tillämpa kunskaper och färdigheter. Allmänsjuksköterskor har en kandidatexamen på 180 högskolepoäng (hp) medan distriktssköterskan har en magisterexamen med ytterligare 75 hp. Distriktssköterskan har en utbildning på avancerad nivå och har således fördjupade kunskaper inom hemsjukvård (Distriktssjuksköterskeföreningen, 2008).

Distriktssköterskorna utför idag mer medicinska arbetsuppgifter än tidigare (Näppä et al., 2023). Ett behov av specialistutbildning ses hos en stor del av sjuksköterskorna som arbetar inom hemsjukvården (Karlstedt, et al. 2015; Kaldestad & Nåden, 2022). Samband ses mellan god kvalitet i vård och omsorg och yrkeskompetent personal (SOU 2017:21).



Distriktssköterskan ska vara förberedd att arbeta i oförutsägbara miljöer (Dowding et al., 2020; Larsson et al., 2021) där patienternas tillstånd kan förändras över tid (Dumitrescu et al., 2018) och möjlighet till att konsultera kollegor är begränsad (Andersson et al., 2018). Det är därför viktigt att distriktssköterskan besitter en bred kunskap och har teoretiska, kulturella samt praktiska färdigheter (Finnbakk et al., 2012).

Det råder brist på specialistutbildade sjuksköterskor i 81 % av Sveriges kommuner (Socialstyrelsen, 2022). Kommunerna behöver satsa på personal med specialistutbildning och ge bättre möjlighet för kompetensutveckling (Socialstyrelsen, 2019). Kompetens ses som den viktigaste faktorn för en säker och trygg hemsjukvård (Josefsson, 2019). Distriktssköterskan har kompetens att utföra mer avancerade bedömningar i hemsjukvården än allmänsjuksköterskan (Ljungberg & Forss, 2017). Tidigare studier visar på kompetensbrist bland allmänsjuksköterskor inom den kommunala hemsjukvården (Kaldestad & Nåden, 2022; Karlstedt, et al. 2015; Midlöv & Lindberg, 2020). Trots detta saknar en stor del av allmänsjuksköterskorna som jobbar i hemsjukvården specialistkompetens (Josefsson, 2010; Socialstyrelsen, 2022)

## **Perspektiv och utgångspunkter**

Distriktssköterskan ska med sina utökade kunskaper om omvårdnad och åldrandet, kunna dels leda och organisera omvårdnadsprocesser men även identifiera förändringar i patienternas hälsotillstånd. Det krävs ett utvecklat etiskt förhållningssätt för att kunna vårda patienter i deras egna hem där distriktssköterskan besitter förmågan att inge trygghet och säkerhet i mötet med patienterna (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee (1971) lyfter fram betydelsen av den mellanmänniska relationen i mötet med patienter och att det är något som byggs upp när distriktssköterskan och patienterna interagerar. Travelbee menar att kommunikation är ett viktigt redskap för att kunna skapa en mellanmännisklig relation. Det kräver i sin tur att tid och engagemang avsätts till patienterna och att distriktssköterskan ser den enskilda patienten som

unik. Om inte detta sker finns en risk att omvårdnaden i stället ges utifrån distriktssköterskans tidigare erfarenheter och patientens unika behov blir då förbisedd. Travelbee menar att kommunikationen når sitt syfte först när distriktssköterskan kan urskilja och tillgodose patienternas behov. Hon beskriver även hur hälsa inte alltid är målet med omvårdnad och att alla människor kan drabbas av kronisk sjukdom och att det är då distriktssköterskans ansvar att minska lidandet. Det blir då viktigt att distriktssköterskan besitter beredskap att möta omvårdnadskraven som finns i arbetet med patienterna. Detta kräver en självkänedom, kompetens och kunskap kring sjukdom för att kunna identifiera samt tillgodose patienternas behov. Arbetsbelastningen under ett arbetspass kan variera beroende på omfattningen av patienternas omvårdnadsbehov och inte sällan kan det ses som utmanande med ensamarbete i hemsjukvården (Foley et al., 2012). Trots noggrann planering av sitt arbete, kan oväntade situationer uppstå hos patienterna (Terry et al., 2015). Detta tillsammans med det stora antalet patienter som distriktssköterskan ska besöka under ett arbetspass, leder ofta till att tiden hos varje patient blir begränsad (Strømme et al, 2020). Därför krävs det att distriktssköterskan besitter breda kunskaper och kompetens inom olika områden för att kunna bedriva en god vård (Foley et al., 2021). Distriktssköterskan kan med sin mångsidiga kunskap hantera både oförutsägbara och komplexa situationer självständigt (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva hur distriktssköterskans kompetens tillvaratas i hemsjukvården.

## **Metod**

En kvalitativ studie bestående av semistrukturerade intervjuer genomfördes. Det ansågs vara en lämplig metod då syftet med studien var att utgå från deltagarnas erfarenhet (Henricson & Billhult, 2021). Därefter gjordes en innehållsanalys med induktiv ansats (Graneheim & Lundman, 2004).

## Urval

För att finna deltagare som bäst kunde svara på studiens syfte tillämpades ett strategiskt urval. Malterud (2011) menar att ett strategiskt urval lämpar sig då deltagarna ansågs ha erfarenhet av det som studien avsåg att undersöka. Inklusionskriterierna var distriktssköterskor i Sverige som arbetade i kommunal hälso- och sjukvård. De skulle även ha arbetat som allmänsjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård innan de blev distriktssköterska, detta för att undersöka om de upplevde någon skillnad i hur deras kompetens användes som allmänsjuksköterskor gentemot distriktssköterskor. Exklusionskriterierna var allmänsjuksköterskor som inte var specialistutbildade till distriktssköterskor. För att strategiskt finna deltagare till studiens pilotintervju valde författarna att lägga ut ett inlägg på en Facebooksida för distriktssköterskor i Sverige. Inlägget innehöll information om studien, inklusionskriterier och hur kontakt kunde tas med författarna via e- post. Studien visade sig vara utav stort intresse och elva distriktssköterskor hörde av sig med en önskan om att delta. Detta resulterade i att författarna rekryterade samtliga elva deltagare via Facebook. Elva distriktssköterskor deltog i studien (Tabell 1). En av deltagarna medverkade i två pilotintervjuer, varav den sista pilotintervjun inkluderades i studien.

Tabell 1: Deltagarnas bakgrund

Intervju	År distriktssköterska i hemsjukvården	År allmänsjuksköterska i hemsjukvården	Antal patienter distriktssköterskan hade ansvar över i hemsjukvården	Särskilt boende eller ordinärt boende
1	2 år	2 år	20–30	Ordinärt boende
2	8 år	2 år	30	Ordinärt boende
3	Mindre än 1 år	5 år	30	Ordinärt boende

4	7 år	14 år	50	Ordinärt boende
5	5 år	3 år	28	Ordinärt boende
6	15 år	10 år	27	Ordinärt boende
7	7 år	7 år	25	Särskilt boende
8	Mindre än 1 år	2 år	21	Särskilt boende
9	3,5 år	9 år	39	Ordinärt boende
10	2, 5 år	6 år	18	Särskilt boende
11	11 år	15 år	28	Särskilt boende

## Instrument

En egenkonstruerad intervjuguide användes (bilaga 1). Semistrukturerade individuella intervjuer tillämpades med öppna frågor som formulerades i en viss struktur. Frågorna ställdes inte i en viss ordning utan anpassades utefter vad som framkom i intervjun. Danielsson (2021) menar att för detaljerade frågor kan medföra att författarna blir för styrda av sin intervjuguide. Intervjuguiden innehöll frågor om bland annat, hur distriktssköterskans arbetsdag såg ut och om distriktssköterskorna hade andra funktioner jämfört med när de arbetade som allmänsjuksköterskor i hemsjukvården. Följdfrågor ställdes när författarna ansåg att svaren behövde fördjupas. Två pilotintervjuer genomfördes för att testa intervjuens upplägg, frågor samt tidsåtgången innan själva studien genomfördes (Danielsson, 2021). Det resulterade i att intervjuguiden justerades efter första pilotintervjun. Frågan “kan du berätta hur en vanlig arbetsdag ser ut för dig när du arbetar som distriktssköterska” ändrades till “kan du berätta så detaljerat som möjligt hur din senaste arbetsdag ser ut för dig från det att du börjar ditt arbetspass till arbetspassets slut?”.

## Datainsamling

Innan intervjuerna påbörjades, skickades informationsbrev och samtyckesblankett till deltagarna. Därefter bokades tid för intervjuerna, där deltagarna själva fick välja plats för intervjun. De deltagare som bodde geografiskt nära önskade utföra intervjuerna fysiskt på deras arbetsplatser. Detta resulterade i att fem intervjuer genomfördes fysiskt och sex intervjuer genomfördes via Zoom. Datainsamlingen genomfördes enskilt med individuella intervjuer och fördelades mellan författarna. Den ena författaren utförde samtliga fysiska intervjuer och den andra författaren utförde samtliga intervjuer via Zoom. Deltagarna accepterade muntligt att intervjuerna spelades in på en extern diktafon. Detta säkerställde att materialet inte spreds vidare då en diktafon saknar internetuppkoppling. Intervjuerna tog mellan 30 och 60 minuter och hölls i maj månad 2023.

## Analys av data

Alla intervjuer blev transkriberade så ordagrant som möjligt av författaren som genomfört intervjun och skrevs därefter ut på papper. En innehållsanalys med induktiv ansats genomfördes, enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning för hur en kvalitativ innehållsanalys ska utföras. Det innebar att författarna i analysen letade efter mönster i innehållet, dessa jämfördes sedan och en tolkning av texten skapades (Graneheim et al, 2017). Författarna läste först igenom det transkriberade innehållet flera gånger för att få en överskådlig bild och känsla av materialet. Intervjuerna analyserades först enskilt för att sedan analyseras övergripande. I nästa steg genomfördes en manifest innehållsanalys, där innehåll som beskrev studiens syfte plockades ut, även kallat meningsbärande enheter. Dessa färglades med olikfärgade pennor, kondenserades och kodades.

Koderna jämfördes sedan med varandra och därefter sorterades likheter och skillnader in i subkategorier och kategorier. Författarna diskuterade kategorierna sinsemellan, vilket skapade en process för reflektion och diskussion. Detta resulterade i att några koder och kategorier döptes om. Slutligen framkom tre huvudkategorier och sex subkategorier. Författarna gjorde till sist en latent innehållsanalys och på så vis kunde en djupare förståelse och tolkning av texten skapas. Tabell 2 visar exempel på hur analysprocessen gått till.

Tabell 2. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
och då känner jag att den här delen kan man ibland behöva ett läkarbesök för om vi inte hade de den här möjligheten, det känns onödigt helt enkelt! det underlättar för patienterna, att dem får den behandlingen dem behöver. man slipper fler kontakter än vad man behöver	Det underlättar för patienterna att de snabbare kan få den behandlingen de behöver	Snabbare hjälp för patienten	Förskrivningsrätten underlättar	Förskrivningsrätten
det är ju hemtjänsten som ringer på den telefonen mest och då är det ju dem som har varit hemma hos någon, som kanske, det är något som inte stämmer där, det kan vara allt från att bland läkemedel, att det är något som rört till sig där av olika anledningar eller så kan det vara någon som mår dåligt och då måste jag göra en bedömning på telefon	Omvårdnadspersonal som ringer och behöver ens hjälp med konsultation avseende patienter	Konsult på distans	Handledning av omvårdnadspersonal	Handledning är en central del av distriktssköterskans arbete
man fixar sina grejor helt enkelt själv nu när man är distriktssköterska och som allmänsjuksköterska hade man sin att göra lista och gjorde sina uppgifter, det var mer uppgiftsorienterad	Man gjorde tidigare sina uppgifter och var mer uppgiftsorienterad	Inte lika uppgiftsorienterad.	Att se helheten	Distriktssköterskans förebyggande arbete

## Forskningsetiska avvägningar

Författarna följde de etiska principerna beskrivna i Helsinforsdeklarationen (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2013). Principerna innefattar autonomi-, rättvis-, att göra- gott- och icke- skada principen. Innan datainsamlingen genomfördes skickades projektplanen in till den vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds universitet. Ett rådgivande yttrande erhöles med beteckningen VEN 17–23.

Informationsbrev om studiens syfte skickades ut till samtliga deltagare innan intervjun. Deltagarna fick då information om studiens syfte, att materialet skulle hanteras konfidentiellt med kodning och hur sekretess råder gällande deltagarnas personuppgifter samt att platser avidentifierades. De inspelade intervjuerna förvarades på en extern hårddisk och hölls inlåst hemma hos den ena författaren. Detta säkerställde att inga obehöriga tog del av materialet och därmed tillämpades göra gott principen. Efter att materialet transkriberats förstördes ljudfilerna.

Autonomiprincipen tillämpades genom att deltagarna erhöles information om att studien var frivillig och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att uppge orsak. Muntligt och skriftligt samtycke att delta i studien inhämtades från samtliga deltagare innan studien startade. Rättvisprincipen tillämpades då ingen diskriminering skedde i urvalsprocessen vare sig kön, etnicitet eller ålder samt att alla deltagare behandlades likvärdigt.

Endast författarna hade tillgång till materialet och ingen av deltagarna kunde identifieras i analysen eller i studiens resultat. Efter studiens slutexamination kommer allt material att förstöras. Författarna diskuterade sin förförståelse innan och under tiden som datainsamling och analys genomfördes.

## **Resultat**

Resultatet presenteras i tre huvudkategorier och sex subkategorier (tabell 3).

Tabell 3. Kategorier och subkategorier

<b>Förskrivningsrätten</b>	<b>Handledning är en central del av distriktssköterskans</b>	<b>Distriktssköterskans förebyggande arbete</b>
Förskrivningsrätten underlättar distriktssköterskans arbete	Handledning av allmänsjuksköterskor	Att ligga steget före
Förskrivningsrätten försvårar distriktssköterskans arbete	Handledning av omvårdnadspersonal	Att se helheten

## Förskrivningsrätten

Det framkom i resultatet att samtliga distriktssköterskor upplevde förskrivningsrätten som positiv och att den underlättade deras arbete. Samtidigt gav det distriktssköterskorna mer jobb då de inte fick tid avsatt för förskrivning, detta försvårade i stället deras arbete.

### *Förskrivningsrätten underlättar distriktssköterskans arbete*

Flera distriktssköterskor berättade att en stor del av det dagliga arbetet bestod av att använda sin förskrivningsrätt. Enligt distriktssköterskorna skiljde deras förskrivningsrätt, det vill säga rätten att förskriva recept på vissa läkemedel, dem från allmänsjuksköterskorna på deras arbetsplats. Med fördjupad kunskap och en ökad förståelse om läkemedel och dess fysiologi kunde distriktssköterskor med sin förskrivningsrätt självständigt göra bedömningar, ställa diagnos, ordinera och förskriva läkemedel. Exempelvis kunde förskrivningsrätten hjälpa patienter med smärta:

*“Jag justerade själv några läkemedel, bland annat en patient som trillat och fått en fraktur som bara stod på Alvedon vid behov. Då satte jag in dem i dospåsarna i stället så han får dem regelbundet och så passade jag på när jag ändå var inne att förnya lite krämer och sånt här*

*“(intervju 2).*



Vidare ansåg fler distriktssköterskor att det var svårt att få ut läkare från vårdcentralen för bedömning, speciellt om det var mindre avancerade bedömningar som exempelvis hudutslag. Distriktssköterskorna fick då göra en egen bedömning och i dessa fall underlättade förskrivningsrätten i och med att patienterna fick snabbare hjälp av distriktssköterskorna jämfört med när de arbetade som allmänsjuksköterskor:

*“... alltså det underlättar ju så otroligt mycket från när jag var grundutbildad till efter att arbetet lättare kan flyta på än om jag ska ta kontakt med någon som man ska vänta in och ha tid att skriva ett recept och så ska den hämtas ut av någon annan, det blir en sån stor process och det tar tid och energi” (intervju 2).*

Flera distriktssköterskor ansåg det värdefullt att kunna ordinera och ge vaccinationer självständigt. Det visade sig särskilt viktigt under COVID-19 pandemin, då många distriktssköterskor kunde ordinera vaccin för patienter som var inskrivna i deras hemsjukvårdsområde:

*“Vi sköter våra egna ordinationer och de där bitarna. De fick vi inte göra som allmänsjuksköterska. Jag fick sticka och så men det blev ett mer jobb för någon annan för jag var ju inte behörig att gå in och registrerar mitt vaccin i journalen “  
(intervju 3).*

Det fanns en önskan om att förskrivningsrätten skulle utökas och att det då hade lett till ett mer självständigt arbete för distriktssköterskorna. Detta genom att distriktssköterskorna skulle kunna ordinera och förskriva fler läkemedel:

*“.. jag tror man hade kunnat utöka förskrivningen lite i alla fall, sen ska jag inte ta över ett ansvar jag inte behärskar, det är inte det jag menar. Men vi har kunskapen, sen hade jag tyckt det varit mer flexibelt“ (intervju 11).*

## Förskrivningsrätten försvårar distriktssköterskans arbete

Distriktssköterskorna beskrev att det fanns få distriktssköterskor anställda på deras arbetsplatser och efterlyste fler distriktssköterskor som hade förskrivningsrätt som då själva hade kunnat göra egna förskrivningar. Förhoppningarna var att det hade frigjort mer tid för distriktssköterskorna och samtidigt gjort att var och en lättare hade kunnat följa upp sina förskrivningar. Trots att några av distriktssköterskorna inte kände sig trygga i att förskriva åt allmänsjuksköterskorna fanns det en känsla av att de ändå var tvungna att förskriva åt dem:

*“Om alla hade kunnat förskriva då hade de tagit sitt område själv och inte behövt ta tid från mig. Sen hade det känts tryggare också för förskriver jag något då vill jag vara säker på att patienten behöver det. Vissa saker är mycket extra jobb för att följa upp om det fungerar, som kommer utöver det arbete jag redan har. Så det tar ju mycket tid, så man hade egentligen behövt avsatt tid för när man hjälper andra ” (intervju 9).*

När allmänsjuksköterskorna bad distriktssköterskorna om att förskriva läkemedel åt deras patienter var distriktssköterskorna tveksamma då de inte varit hos patienterna och gjort bedömningen själv. Detta gav distriktssköterskorna en ökad arbetsbelastning då de fick åka ut och göra en fysisk bedömning hos sina sjuksköterskekollegors patienter:

*“... och då har jag varit väldigt noga med att jag behöver ett ordentligt underlag och åka ut till patienten, jag har inte förskrivit något bara för att. När det gäller just behandling av hud så är det viktigt, då måste man se patienten innan man förskriver ”*  
(intervju 6).

Förskrivning av inkontinenshjälpmedel var en stor del av distriktssköterskornas arbetsuppgifter. Det var tidskrävande för distriktssköterskorna att förskriva dessa hjälpmedel. Det fanns en skillnad i hur distriktssköterskans förskrivningsprocessen såg ut sinsemellan. Några distriktssköterskor uppgav att de inte alltid hann med att mäta, prova ut

och individanpassa inkontinenshjälpmedlet innan de gjorde förskrivningen. Ofta förlitade de sig på omvårdnadspersonalens kunskaper kring patienternas behov av inkontinenshjälpmedel. Flera distriktssköterskor fann att det hade blivit mer kostnadseffektivt om mer tid hade avsatts för distriktssköterskorna att utföra inkontinensförskrivning. Samtidigt såg några distriktssköterskor en skillnad i hur de föreskrev inkontinenshjälpmedel jämfört med när de arbetade som allmänsjuksköterskor. Detta genom att de mer noggrant gick igenom sin förskrivning och följde aktuella riktlinjer som distriktssköterskor:

*“när jag förskriver inkontinensskydd så är jag väldigt noggrann med att dels prova ut rätt sort, att förskriva i en mängd som är rimlig och som liksom följer riktlinjer och det kan jag ju se en skillnad i hur jag förskriver inkontinenshjälpmedel jämfört med en grundutbildad sköterska”* (intervju 2).

Utifrån distriktssköterskornas perspektiv underlättade de allmänsjuksköterskornas arbete när de hjälpte dem med förskrivning till deras patienter, eftersom de då inte behövde ta kontakt med vårdcentralen. Patienterna fick således snabbare hjälp. Omvänt gav det mer jobb till distriktssköterskorna. Det fanns även en okunskap bland några av allmänsjuksköterskorna vad som ingick i distriktssköterskornas förskrivningsrätt och när de kunde be om hjälp att förskriva:

*“just för att de inte tänker på, att jag kan förskriva. De har ju inte koll på vad som ingår i min förskrivningsrätt faktiskt”*. (intervju 4)

## Handledning är central del av distriktssköterskans arbete

Resultatet visade att en stor del av distriktssköterskornas arbete bestod av att handleda allmänsjuksköterskor och omvårdnadspersonal.

### *Handledning av allmänsjuksköterskor*

Distriktssköterskor hade ofta en rådgivande funktion gentemot allmänsjuksköterskorna på deras arbetsplatser. Det var oftast nyanställda allmänsjuksköterskor som vände sig till distriktssköterskorna och ställde frågor och önskade hjälp med bedömningar. Ibland önskade de även att distriktssköterskor skulle följa med ut på akuta bedömningar för att ge en second opinion:

*“...så är de lite tveksamma och ringer nästan för att bli bekräftade. Det kan också vara en sån sak som: som jag vet du är duktig på sår eller diabetesmedicin, vad skulle du lägga på här, tänker jag rätt om jag gör så här” (intervju 2).*

Enligt flera distriktssköterskor använde nyexaminerade allmänsjuksköterskor sig av distriktssköterskors erfarenhet av att arbeta i hemsjukvården. Samtidigt var det svårt att definiera om det var deras erfarenhet eller deras specialistutbildning som gjorde att allmänsjuksköterskorna vände sig till dem:

*“sen så vet jag inte om det handlar om att man har varit på arbetsplatsen länge eller om det handlar om faktiskt min kompetens... jag har faktiskt svårt att svara på.”*  
(intervju 5).

Enligt flera distriktssköterskor var det en vanligt förekommande föreställning bland allmänsjuksköterskor att distriktssköterskor var dem som hade mest kunskap om sår. Flera allmänsjuksköterskor vände sig till distriktssköterskorna för att få stöd i hur de bäst kunde lägga om patienternas sår:

*“Dem frågar, hur ska jag tänka här och sådär, sår bland annat också... Hur vi ska tänka, så det ä är ju en daglig dialog vill jag säga” (intervju 4).*

I ett steg att ta vara på några distriktssköterskors erfarenhet och kunskap hade chefen på en av arbetsplatserna valt att tilldela varje område ett sjuksköterskepar. Således arbetade alltid en allmänsjuksköterska och en distriktssköterska tillsammans på ett distrikt. Vid osäkerhet i

bedömningar hos patienterna kunde allmänsjuksköterskorna vända sig till distriktssköterskorna då de hade mer erfarenhet:

*“... vi har ju oftast så att vi att man har en tvilling...minst en distriktssköterska som delar område med en allmänsjuksköterska och försöker dela upp det såhär för kompetensen. Sen blir det inte alltid så men chefen har det som mål.” (intervju 5)*

### *Handledning av omvårdnadspersonal*

Distriktssköterskornas arbete bestod också av att handleda och utbilda omvårdnadspersonal. Det kunde vara att utbilda dem i vård vid basal omvårdnad som till exempel hur munvård skulle utföras och om såromläggningar. Några distriktssköterskor beskrev att många gånger var omvårdnadspersonalens kunskap bristfällig och distriktssköterskor behövde vara med och utföra den basala omvårdnaden:

*“...mycket stöttning i omvårdnad, handledning i omvårdnad, ganska mycket det här basala. Mycket handledning i munvård, nutrition där mycket brister. Då får vi distriktssköterskor visa på plats hur man gör “(intervju 10).*

En annan omfattande arbetsuppgift var att delegera omvårdnadspersonalen. Kunskapsluckor fanns enligt distriktssköterskorna hos många av omvårdnadspersonalen då flera av dem saknade formell utbildning, erfarenhet och hade språkförbistringar. Detta försvårade läkemedelshanteringen för distriktssköterskorna. En annan utmaning var att det inte fanns tid avsatt för att grundligt kunna utbilda omvårdnadspersonalen. Saknades det delegerad omvårdnadspersonal fick distriktssköterskorna själva utföra de delegerade arbetsuppgifterna hos patienterna exempelvis översättning av läkemedel. Distriktssköterskorna kände sig tvingade att ge omvårdnadspersonalen delegering trots att omvårdnadspersonalen saknade tillräcklig kunskap. Många distriktssköterskor kände då att delegeringen blev osäker och att det i slutändan handlade om distriktssköterskans legitimation:

*“är ju faktiskt så att man lånar ut sin legitimation. Jag känner ibland att jag nästan är tvungen att delegera, fast det är man inte men de får inget folk så faller det tillbaka på oss!*

*“(intervju 7).*

Många distriktssköterskor fann det viktigt att kompetensutveckla omvårdnadspersonalen som var utbildade undersköterskor, genom att tilldela dem mer avancerade arbetsuppgifter i omvårdnaden kring patienterna:

*“vi har lyft dem ur arbetsgruppen som faktiskt är utbildade undersköterskor och håller på att lära upp dem lite i provtagning och kateterbyte” (intervju 3).*

Flera distriktssköterskor gav handledning till omvårdnadspersonalen i det dagliga arbetet med patienterna. De fanns ett behov hos omvårdnadspersonalen att få ventilera om något varit jobbigt kring arbetet hos patienterna. Inte sällan handlade det om att omvårdnadspersonalen behövde få bekräftelse på att de gjort rätt:

*“Jag får kanske se, ja en två tre bilder om dagen, ibland är det nog bara bekräftelse bilder, så att man har tagit en bild sen har man gjort omläggningen och så vill man bara visa den, för jag tänkte så här, ja men du tänkte helt rätt, det ser bra ut liksom “*

*(intervju 3).*

## Distriktssköterskans förebyggande arbetet

Resultatet visade att distriktssköterskorna arbetade mer förebyggande genom att ligga ett steg före och se helheten på ett annat sätt än vad de gjorde när de arbetade som allmänsjuksköterskor.

### *Att ligga ett steg före*

En av distriktssköterskornas arbetsuppgifter var att arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Arbetet gick ut på att främja hälsa i stället för att enbart fokusera på att behandla sjukdom.

Genom att arbeta mer förebyggande och se det friska hos patienterna kunde distriktssköterskorna förebygga olika ohälsotillstånd. Distriktssköterskorna beskrev det som att ligga ett steg före i sitt arbete och vara mer utredningsbenägna:

*“alltså det är smådetaljer skulle jag vilja säga, som att ta hand om sin hud, att ja men säg till att jag förskriver mjukgörande till våra äldre för att förebygga sår och förebygga alltså skador i huden, såna saker istället för att vänta tills det blivit ett sår eller en skada i huden, Ligga lite ett steg före så!” (intervju 4).*

Vidare beskrev distriktssköterskorna att de tänkte mer hälsofrämjande i arbetet med patienterna och att de nu hade kunskaper kring hur man arbetar förebyggande jämfört med när de arbetade som allmänsjuksköterskor. Distriktssköterskorna arbetade utifrån en tydligare plan, uppföljning och mål. Många distriktssköterskor hade en önskan att arbeta mer förebyggande med till exempel motiverande samtal, men på grund av tidsbrist fick de inte möjlighet till detta. Enligt distriktssköterskorna värderades den medicinska aspektens högre av verksamheten som hade ett större fokus på de medicinska insatserna hos patienterna, i stället för att ge utrymme för det hälsofrämjande arbetet som distriktssköterskorna kunde utföra:

*“Sen kan det vara det här med nutrition, att såret inte läker. Att börja fundera vad finns det för läkningshämmande faktorer som man kan påverka? Kanske komprimera, har patienten en tillräcklig nutritionsstatus för att kunna läka såret?” (intervju 9).*

Distriktssköterskor utförde förebyggande hembesök och förebyggande telefonsamtal. Detta innebar att de gjorde hembesök hos patienterna utan att det fanns en planerad medicinsk insats, vilket urskilde dem från allmänsjuksköterskorna. Fokus låg i stället på att samtala och stödja patienterna i deras dagliga liv och på så vis kunde distriktssköterskorna tidigare uppmärksamma symtom på ohälsa. Detta gjorde att patienterna kände sig lugnare och tryggare, vilket resulterade i att distriktssköterskorna åkte ut på färre akuta hembesök:

*“Så är det många av mina kollegor som tycker, dels så kan de tycka först att det är konstigt, men när jag förklarar för dem vad det ger, så kan de ju tänka ja men vilken bra insats! det är ju både bra för dem för att de får lite mänsklig kärlek, och sen är det ju bra för oss, för vi får ju liksom lite snabbcheck och se vad det är så det inte blir bränder man ska släcka!”*

(intervju 2).

### Att se helheten

Distriktssköterskorna hade efter sin specialistutbildning och erfarenhet utvecklat en förmåga att kunna se helheten. Många distriktssköterskor fann att de hade djupare kunskap i omvårdnad efter sin specialistutbildning och att de inte var lika uppgiftsorienterade som när de arbetade som allmänsjuksköterskor. De upplevde att de hade ett helhetsperspektiv som gjorde att de upptäckte andra detaljer hos patienterna som krävde åtgärder, vilket ledde till fler arbetsuppgifter:

*“...men du går aldrig på ett hembesök för att göra den saken utan att komma ut med minst två, fem eller tio grejor du måste ta tag i som du själv uppmärksammat när du var där. Det upplever jag, man har mer kött på benen efter utbildningen”* (intervju 9).

Helhetsperspektivet handlade många gånger om att arbeta mer personcentrerat och förstå hur patienterna själva kunde vara mer delaktiga i sin vård. Distriktssköterskorna hade också en önskan om göra patienterna mer delaktiga i sin vård:

*“jag tänker att vi är bra på att ha den här överblicken, eh ja dels i samarbetet med andra men också se till hela patientens hälsa och sen tror jag vi kan prata med om vad patienten gör själv”* (intervju 11).

Vidare beskrev distriktssköterskorna att de efter sin specialistutbildning såg en annan betydelse av teamarbete. De valde att mer frekvent blanda in teamet såsom arbetsterapeut,



anhöriga och kontaktperson i hemtjänsten när det till exempel gällde behandling av patienternas sår:

*“... jag märker att det många gånger handlar om sår och hur skillnaden mellan grundutbildad och specialist är att de glömmer bort att ta med hela teamet ” (intervju 11).*

Distriktssköterskor hade lättare att underbygga sina argument gentemot läkarna jämfört med när de arbetade som allmänsjuksköterskor. Distriktssköterskorna upplevde även att de i högre grad blev lyssnade på och inte behövde försvara sina bedömningar jämfört med när de var allmänsjuksköterskor i hemsjukvården. Detta ansåg distriktssköterskorna kunna bero på de fördjupade kunskaperna i farmakologi som de erhållit i sin utbildning. Det fanns en förväntan att de som distriktssköterskor skulle ha tänkt på allt och såg helheten kring patienterna:

*“...mycket tryggare att jobba i kommunen efter utbildningen för att du vet ju mycket mer vad du ska göra och det känner man ju också när man behöver hjälp från läkarna att man får en annan respons för man underbygger sina argument bättre ”(intervju 9).*

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Kvalitativa studier använder trovärdighetsbegreppet för att bedöma studiers kvalitet och hållbarhet. Trovärdighetsbegreppet består av fyra delar: överförbarhet, giltighet, tillförlitlighet och verifierbarhet (Kristensson, 2014). Studiens metod kommer att diskuteras utifrån dessa fyra begrepp.

*Överförbarhet* beskriver resultatets förmåga att kunna överföras i andra sammanhang (Kristensson, 2014). Författarna valde att tillämpa strategiskt urval, vilket innebar att

deltagarna som stämde in på inklusionskriterierna inkluderades och kunde ge material som svarade på studiens syfte. Henricson (2017) uppger att detta bidrar till en ökad överförbarhet av resultatet, vilket kan ses som en styrka och bidrar till ett mer tillförlitligt resultat (Malterud, 2015). De elva deltagarna i studien ansågs av författarna vara tillräckligt i antal för att erhålla ett rikt innehåll. Studien bestod av deltagare från hela Sverige. Detta kan ses som en styrka och därmed öka resultatets tillförlitlighet och överförbarhet att deltagarna var geografiskt utspridda och kom från både landsbygd och städer (Henricson, 2017). Vidare beskriver Malterud (2015) hur flera nyanser av ett fenomen kan beskrivas när det finns en variationsbredd i urvalet. En svaghet i studien skulle kunna vara att samtliga deltagare var kvinnor och författarna funderade över om resultatet hade blivit annorlunda om det fanns en annan könsfördelning. Samtidigt var de flesta distriktssköterskor i hemsjukvården kvinnor, därmed ansåg författarna att det speglade verkligheten väl, vilket i stället kan ses som en styrka. Tillsammans med variationsbredd i urvalet kan därmed studiens resultat överföras till andra kontexter och situationer, detta ökar studiens överförbarhet (Mårtensson & Fridlund, 2017).

*Giltighet* innebär studiens och resultatens stabilitet över tid (Kristensson, 2014). Det var en svaghet att ingen av författarna tidigare genomfört intervjuer och hade författarna haft intervjuvana hade eventuellt fler uttömmande svar erhållits. Genom att använda sig av en intervjuguide under samtliga intervjuer kunde författarna fokusera på fenomenet som skulle undersökas och deltagarna fick samma frågor. Enligt Graneheim och Lundman (2004) stärker det studiens giltighet.

*Tillförlitlighet* är ett värde på hur pålitligt studiens resultat är och att tolkningarna som är gjorda är grundade i det insamlade materialet (Kristensson, 2014). Det ses både som en svaghet och en styrka att rekryteringen skedde via en Facebooksida. Fördelen med denna rekrytering var att författarna kunde nå en större målgrupp som kunde bidra med olika perspektiv på det studien avsåg undersöka, vilket enligt Graneheim & Lundman (2004) ökade studiens tillförlitlighet. Malterud (2015) beskriver detta som snöbollsteknik vilket innebär att författarna via Facebook kunde nyttja nätverket hos de redan anmälda deltagarna och fick då tag i fler deltagare. Författarna behövde inte gå via verksamhetscheferna vid rekrytering av

deltagarna och de blev därmed säkerställda största möjliga konfidentialitet. Malterud (2015) uppger att det finns en risk för igenkänning bland deltagarna i kvalitativa studier. Den risken anser författarna minskade när verksamhetscheferna inte var delaktiga i rekryteringen. Författarna övervägde om det var en svaghet att rekryteringen skedde via Facebook då det fanns en risk för falska profiler och att författarna inte kunde urskilja dessa. För att stärka studiens tillförlitlighet och överförbarhet har en tabell tagits fram där analysprocessens olika steg från meningsbärande enheter till kodning av kategorier presenteras (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim et al. (2017) uppger att det är väsentligt att författarna är medvetna och öppna om sin förförståelse eftersom den kan påverka hur frågorna ställs, vilka följdfrågor som ställs samt hur deltagarnas berättelser uppfattas och tolkas. Författarna diskuterade sin förförståelse innan och under datainsamlingen genom att lyfta tidigare erfarenheter och hypoteser. Författarna reflekterade över hur deras förförståelse inte skulle påverka analysprocessen detta genom att ha ett medvetet och aktivt förhållande till sin förförståelse (Materud, 2015). Det stärker enligt Graneheim och Lundman (2004) studiens tillförlitlighet.

Författarna gjorde två pilotintervjuer tillsammans, vilket kan ses som en styrka då det enligt Danielson (2017) möjliggör diskussion gällande intervjuteknik och intervjuguide. Intervjufrågorna korrigerades därefter och bidrog till att mer uttömmande svar erhöles. Intervjuerna transkriberades i direkt anslutning till intervjuerna av den författare som utförde intervjun. Detta kan enligt Danielson (2017) ses som en styrka då författaren får en upprepning av intervjun, kan minnas olika delar av samtalet som kunde vara av betydelse för innebörden av texten och därmed fånga andra nyanser. Detta ökar studiens tillförlitlighet. Det kan ses som en svaghet att ingen av författarna tidigare genomfört en innehållsanalys. Ett sätt att öka studiens tillförlitlighet var att författarna först enskilt läste det transkriberade materialet och på så sätt kunde skapa sig en överskådlig bild och känsla. Därefter lästes det igenom gemensamt och möjlighet gavs till att reflektion av det transkriberade materialet. En styrka är att författarna genomfört analysen tillsammans och därmed möjliggjordes diskussion mellan författarna avseende likheter och skillnader.

*Verifierbarhet* innebär att materialet som erhållits kan påvisa att författarnas tolkning är baserat på det insamlade materialet (Kristensson, 2014). Genom att författarna transkriberade

sina egna intervjuer ökade möjligheterna att hitta svagheter i materialet. Det möjliggör enligt Malterud (2015) att författarna så troget som möjligt kan återge deltagarnas åsikter, erfarenheter och gör det möjligt för författarna att läsa mellan raderna. Detta stärker det analyserade materialets verifierbarhet (Malterur, 2015). Författarnas handledare var delaktig i analysprocessen och datainsamlingen, detta för att författarna skulle förhålla sig objektiva och därmed undvika att den egen förförståelse påverkade resultatet. Detta ökar enligt Graneheim och Lundman (2004) studiens verifierbarhet. En styrka är att citaten i resultatet är markerade med deltagarens kodsiffra för att synliggöra spridning i gruppen. Graneheim & Lundman (2004) uppger även att representativa citat från den transkriberade texten ökar resultatets verifierbarhet.

## Resultatdiskussion

Resultatet diskuteras utifrån studiens tre huvudfynd: förskrivningsrätten både underlättar och försvårar distriktssköterskans arbete, handledning är en central del av distriktssköterskans arbete och distriktssköterskans förebyggande arbete.

### *Förskrivningsrätten både underlättar och försvårar distriktssköterskans arbete*

Det första huvudfyndet visade att förskrivningsrätten bidrog till distriktssköterskornas självständighet genom att de kunde bedöma, ordinera och förskriva läkemedel till patienterna vid olika ohälsotillstånd. På så vis underlättade förskrivningsrätten distriktssköterskornas arbete. Tidigare studier (Ljungbeck & Sjögren Forss, 2017; Wilkinson, 2015; Marshall & Sprung, 2023) bekräftar hur förskrivningsrätten underlättade distriktssköterskornas arbete i hemsjukvården samt hur det bidrog till en ökad självständighet när distriktssköterskan kunde utföra hela vårdprocessen självständigt.

Resultatet i studien visade även på att förskrivningsrätten kunde försvåra distriktssköterskornas arbete genom att generera en ökad arbetsbelastning vid förskrivning åt allmänsjuksköterskekollegor. Vissa läkemedel ville dessutom inte distriktssköterskan förskriva utan att ha gjort en egen bedömning, vilket försvårade arbetet när hen skulle förskriva åt sina allmänsjuksköterskekollegor. Distriktssköterskorna uppgav även att ingen extra tid avsattes för att kunna utföra förskrivningar. Den ökade arbetsbelastningen som förskrivningsrätten kunde medföra lyftes även fram i Sehic et al. (2012) studie.

Enligt Travelbee (1971) besitter distriktssköterskan beredskap för att kunna möta omvårdnadskraven som finns i arbetet med patienterna. Vidare beskriver Travelbee hur det krävs både kompetens och självkänedom för att kunna möta samt tillgodose patienternas omvårdnadsbehov. Detta kräver i sin tur tid och engagemang samt att distriktssköterskan ser den enskilda patienten som unik (Travelbee, 1971). Studiens resultat visade på att distriktssköterskorna inte ville förskriva åt kollegor utan att först ha gjort en egen bedömning av patienternas behov.

#### *Handledning är en central del av distriktssköterskornas arbete*

Det andra huvudfyndet i resultatet visade att distriktssköterskorna ofta fick handleda och stödja allmänsjuksköterskorna i bedömningar av patienternas hälsotillstånd. Många gånger skedde handledningen på distans. Detta bekräftades i Johanssons et al. (2017) studie där distriktssköterskorna upplevde en förväntan att de alltid skulle vara tillgängliga för sina allmänsjuksköterskekollegor via telefon vilket ledde till att distriktssköterskorna anpassade sitt sätt att arbeta. Detta ledde till att distriktssköterskorna ofta blev avbrutna under sitt arbetspass. Det lyftes även fram i en annan studie (Dickson et al, 2020) där distriktssköterskorna uppgav att de ofta fick hjälpa sina allmänsjuksköterskekollegor på distans med problemlösning och beslutsfattande. Flertalet studier påvisade att allmänsjuksköterskorna värdesatte distriktssköterskornas stöd vid svåra situationer kring patienterna (Arén et al., 2022; Glad et al., 2018; Kyrkjebø et al. 2017; Wong et al., 2018).

Studios resultat belyser vikten av distriktssköterskornas betydelsefulla funktion vid handledning av allmänsjuksköterskor. Bristen på distriktssköterskor i hemsjukvården väcker

tankar kring hur distriktssköterskans framtida roll i hemsjukvården skulle kunna utvecklas och hur distriktssköterskans kompetens skulle kunna tillvaratas. Dessa tankar bekräftas i en studie av Andersson et al (2017) där distriktssköterskorna uppgav att kompetensen inte alltid tillvaratogs och hur viktigt det var för distriktssköterskorna att dela med sig av sin kunskap och kompetens med sina kollegor (Andersson et al., 2017). Förslagsvis skulle mer tid kunna avsättas så att distriktssköterskorna med sina fördjupade kunskaper skulle kunna arbeta som konsult åt allmänsjuksköterskorna och på så vis ge ökad tryggheten åt allmänsjuksköterskorna och patienterna. Likande resonemang lyfts fram i Ljungbeck och Sjögren\_Forss (2017) studie där sjuksköterskor med utbildning på avancerad nivå skulle kunna användas som konsulter åt sjuksköterskorna och därmed höja kompetensen i hemsjukvården.

### *Distriktssköterskans förebyggande arbete*

Resultatets tredje fynd visade att distriktssköterskorna hade mer redskap att arbeta mer förebyggande än allmänsjuksköterskor. Distriktssköterskorna hade förmågan att se helheten och tänka med ett bredare perspektiv i mötet med patienterna och var inte längre lika uppgiftsorienterade. Denna förmåga bidrog till att distriktssköterskorna arbetade mer förebyggande, då de på ett tidigare stadie kunde identifiera risker och därmed åtgärda och förebygga dem. Hill (2020) tydliggjorde liknande observationer där distriktssköterskorna efter specialistutbildningen fått en annan helhetssyn än tidigare genom att de fått en bredare blick och därmed såg hela bilden. Resultaten från studien överensstämmer med Wilkinsons (2015) studie där distriktssköterskorna ansåg sig ha mer redskap för att arbeta mer förebyggande hos äldre skörare patienter. Därutöver visar ett flertal studier på att allmänsjuksköterskorna önskar specialistutbildning för att kunna arbeta mer förebyggande (Drennan, 2019; Arén, 2022).

Allmänsjuksköterskorna beskriver i Kyrkjebø et al. (2017) hur deras kliniska kompetens behövde utvecklas för att kunna identifiera förändringar i patienternas hälsotillstånd. Detta stämmer även överens med distriktssköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2019) vilken uppger att distriktssköterskan besitter kunskap inom omvårdnad och använder sina fördjupade kunskaper om patienters åldrande för att kunna identifiera förändringar i patienternas hälsotillstånd.

Vidare beskriver Travelbee (1971) hur distriktssköterskorna behöver skapa en närhet med patienterna för att kunna identifiera och tillgodose patienterna behov samt arbeta förebyggande. Vilket stämmer överens med studiens resultat där distriktssköterskorna hade en förmåga att se helheten hos patienterna och kunde då identifiera samt tillgodose patienters behov och därmed arbeta förebyggande. Det bekräftar Finnbakk et al (2012) som uppger att det krävs omvårdnadskompetens på avancerad nivå för att kunna arbeta förebyggande i hemsjukvården.

## **Slutsats och kliniska implikationer**

Den äldre befolkningen förväntas öka samtidigt som vården i som bedrivs hemma blir mer avancerad. Detta ställer högre krav på kompetens i hemsjukvården. Distriktssköterskorna i föreliggande studie uppger att de besitter en högre kompetens för att möta patienternas komplexa vårdbehov jämfört med när de arbetade som allmänsjuksköterskor. Resultatet visar också att distriktssköterskans kompetens används genom sin förskrivningsrätt, handledning av kollegor och genom att tillämpa sin helhetssyn i mötet med patienterna. Distriktssköterskorna har kompetens att göra mer självständiga bedömningar och åtgärder, trots detta får distriktssköterskorna ingen extra tid avsatt för att använda den. Hade distriktssköterskorna fått mer tid avsatt för att använda sin kompetens skulle det kunna förbättra vården och göra den mer patientsäker. Verksamhetscheferna i hemsjukvården behöver ta del av föreliggande studies resultat som beskriver den viktiga funktionen distriktssköterskorna har för patienterna och allmänsjuksköterskekollegorna i hemsjukvården. Detta kräver i sin tur att verksamhetscheferna avsätter tid för distriktssköterskorna att använda sin kompetens. Föreliggande studie har svarat på hur distriktssköterskornas kompetens tillvaratas i hemsjukvården ur distriktssköterskornas perspektiv. Det finns ett behov av vidare forskning om hur verksamhetscheferna arbetar för att höja kompetensen i hemsjukvården och på vilket sätt verksamhetscheferna tillvaratar distriktssköterskornas kompetens.

## Referenser

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, *383*(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Alvariza, A., Mjörnberg, M., & Goliath, I. (2020). Palliative care nurses' strategies when working in private homes-A photo-elicitation study. *Journal of clinical nursing*, *29*(1-2), 139–151. <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>

Andersson, H., Lindholm, M., Pettersson, M., & Jonasson, L. L. (2017). Nurses' competencies in home healthcare: an interview study. *BMC Nursing*, *16*, 65. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0264-9>

Arén, C., Jaçelli, A., Gesar, B., & From, I. (2022). The work-related stress experienced by registered nurses at municipal aged care facilities during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study. *BMC Nursing*, *21*(1), 1–9. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12912-022-01059-x>

Craftman, A. G., von Strauss, E., Rudberg, S. L., & Westerbotn, M. (2013). District nurses' perceptions of the concept of delegating administration of medication to home care aides



working in the municipality: a discrepancy between legal regulations and practice. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 569–578. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04262.x>

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. Henricson, M (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl, s. 143–154). Studentlitteratur

Dickson, C., McVittie, C., & Smith, M. C. (2020). Being conductor of the orchestra: an exploration of district nursing leadership. *British Journal of Community Nursing*, 25(5), 214–221. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12968/bjcn.2020.25.5.214>

Distriktssköterske föreningen i Sverige (2008). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskaexamen distriktssköterska* [Broschyr]. <https://distriktsskoterska.com/wp-content/uploads/2017/06/kompetensbeskrivning-1.pdf>

Dowding, D., Russell, D., Trifilio, M., McDonald, M. V., & Shang, J. (2020). Home care nurses' identification of patients at risk of infection and their risk mitigation strategies: A qualitative interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 107, N.PAG. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ijnurstu.2020.103617>

Drennan, V. M. (2019). More care out of hospital? A qualitative exploration of the factors influencing the development of the district nursing workforce in England. *Journal of Health Services Research & Policy*, 24(1), 11–18. <https://www.jstor.org/stable/27009782>

Dumitrescu, I., Vliegheer, K. D., Cordyn, S., Maigre, A., Peters, E., & Putzeys, D. (2018). Perspectives on the delegation of hygienic care in the context of home nursing: a qualitative study. *British Journal of Community Nursing*, 23(5), 240–247. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12968/bjcn.2018.23.5.240>

Eurostat. (2019). *Aging Europe-looking at the lives of older people in EU*. European Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>

Finnbakk, E., Skovdahl, K., Blix, E. S., & Fagerström, L. (2012). Top-level managers' and politicians' worries about future care for older people with complex and acute illnesses - a Nordic study. *International Journal of Older People Nursing*, 7(2), 163–172. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1748-3743.2012.00312.x>

Foley, L., Avramidis, P., & Randall, S. (2021). New to the community setting: nurses' experiences and the importance of orientation. *Australian journal of primary health*, 27(1), 50–56. <https://doi.org/10.1071/PY20129>

Glad, T., Olsen, T. H., & Clancy, A. (2018). Promoting nursing competence in municipal healthcare services: An interview study of experienced nurses' perceptions. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(3), 135–142. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/2057158517721833>

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J., Dall'Ora, C., Schmidt, P. E., & Smith, G. B. (2019). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Quality & Safety*, 28(8), 609–617. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1136/bmjqs-2018-008043>

Göransson, E. (2022). Den komplexa hemsjukvårdens framväxt. Gustafsson, L-K & Söderman, M (Red.), *Omvårdnad i hemmet vid komplexa vårdbehov* (s. 23–33).

Studentlitteratur

Ten Haken, I., Ben Allouch, S., & van Harten, W. H. (2020). Reporting incidents involving the use of advanced medical technologies by nurses in home care: a cross-sectional survey and an analysis of registration data. *BMJ quality & safety*, *30*(5), 380–387. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010510>

Helsingforsdeklarationen (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Henricson, M., Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. Henricson, M (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl, s. 111–120). Studentlitteratur

Henricson, M. (2017). Diskussion. Henricson, M (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl, s. 411–420). Studentlitteratur

Hill, S. (2020). Understanding the benefits of the district nurse specialist practitioner qualification. *Primary healthcare, volume 30 number 6*. 16-22. <https://journals-rcni-com.ludwig.lub.lu.se/doi/pdf/10.7748/phc.2020.e1635>

Högskoleförordningen (SFS 1993:100). Riksdagen. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100\\_sfs-1993-100](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100)

Jonasson L-L, Holgersson A, Nytomt M, Josefsson K. (2017). Preconditions for district nurses' telephone counseling during call-time in municipal home care: An observational

study. *Nordic Journal of Nursing Research*, ;37(1):12–19. <http://doi:10.1177/2057158516658810>

Josefsson, K. (2010). *Tio punkter för en god och säker hemsjukvård*. [https://www.researchgate.net/publication/265086118\\_Tio\\_punkter\\_for\\_en\\_god\\_och\\_saker\\_hemsjukvard](https://www.researchgate.net/publication/265086118_Tio_punkter_for_en_god_och_saker_hemsjukvard)

Josefsson, E & Ljung, S. (2017). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (2 uppl., s. 19–40). Studentlitteratur

Josefsson, K. & Pelton, S. (2015). District nurses experience working in home care in Sweden. *Healthy Aging Reserach* 4:37. <http://doi:10.12715/har.2015.4.37>

Karlsson, M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, A., Berggren, I., & Söderlund, M. (2013). Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 831–838. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1471-6712.2012.01087.x>

Kaldestad, K., & Nåden, D. (2022). Dignity in fragile older women receiving daily municipality care. *Nursing Ethics*, 29(7/8), 1660–1669. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/09697330221109942>

Karlstedt, M., Wadensten, B., Fagerberg, I., & Pöder, U. (2015). Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 29(2), 307–316.

Khalil, H., & Lee, S. (2018). Medication safety challenges in primary care: Nurses' perspective. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(9–10), 2072–2082. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.14353>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Kyrkjebø, D., Søvde, B. E., & Råholm, M.-B. (2017). Nursing competence in the municipal health service: can professional development be accommodated? *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 14–26. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.4220/Sykepleienf.2017.64027>

Larsson Gerdin, A., Hellzén, O., & Rising-Holmström, M. (2021). Nurses' experiences of encounters in home care: a phenomenological hermeneutic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 16(1), 1–11. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/17482631.2021.1983950>

Ljungbeck, B., & Forss, K. S. (2017). 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 Nursing*, 16, 63. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0258-7>

Malterud, K. (2015). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning - en introduktion*. (3: uppl.). Studentlitteratur

Marshall, H., & Sprung, S. (2023). A qualitative exploration of the thoughts, feelings, experiences and expectations of student district nurses, *British Journal of Community Nursing*, 28(2), 88-95. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12968/bjcn.2023.28.2.88>

Midbøe, L. (2019). Vad är hemsjukvård? M. Ekstedt & M. Flink (Red), *Hemsjukvård - olika perspektiv på trygg och säker vård* (s. 63–82). Liber AB

Mårtensson, J & Fridlund, B. (2017). *Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet*. Henricson, M (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl, s. 411–420). Studentlitteratur

Midlöv, E. M., & Lindberg, T. (2020). District nurses' experiences of providing palliative care in the home: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(1), 15–24. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/2057158519857002>

Näppä, U., Nässén, E., & Winqvist, I. (2023). Palliative care in rural areas – collaboration between district nurses and doctors: an interview study. *BMC Palliative Care*, 22(1), 1–13. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12904-023-01190-9>

Pusa, S., Hägglund, K., Nilsson, M., & Sundin, K. (2015). District nurses' lived experiences of meeting significant others in advanced home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 93–100. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/scs.12134>

Regeringen (2017). Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21). [https://www.regeringen.se/4969b7/contentassets/9378aff4b35a427c99b772345af79539/sou-2017\\_21\\_webb\\_del1.pdf](https://www.regeringen.se/4969b7/contentassets/9378aff4b35a427c99b772345af79539/sou-2017_21_webb_del1.pdf)

Sehic, S., Lindqvist, K. & Drevenhorn, E. (2012). Distriktssköterskans upplevelse av förskrivningsrätten. *Vård i norden*, 32 (104), ss. 30–35.

Socialdepartementet. (1987). *Äldreomsorg i utveckling* (SOU 1987:21). Svenskt tryck Stockholm. <https://lagen.nu/sou/1987:21?attachment=index.pdf&repo=soukb&dir=downloaded>

Socialstyrelsen. (2014). *Hemvård en kartläggning av översikter*. (Artikelnr 2014-12-22). [https://www.sbu.se/contentassets/e6c06e9b0d1545aaeb3d2ef44918531/hemvard\\_2014-12-22.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/e6c06e9b0d1545aaeb3d2ef44918531/hemvard_2014-12-22.pdf)

Socialstyrelsen. (2018a). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet*. (Artikelnr 2018-02-15). [https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-15.pdf?fbclid=IwAR2DJz1BXM00M3RHV9dGPowns9GopwSKDos29mhH\\_m7NZVRDTZbhy4oly\\_k](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-15.pdf?fbclid=IwAR2DJz1BXM00M3RHV9dGPowns9GopwSKDos29mhH_m7NZVRDTZbhy4oly_k)

Socialstyrelsen. (2019). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. En förstudie*. (Artikelnr 2019-2-17). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-17.pdf>

Socialstyrelsen. (2021a). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård*. (Artikelnummer 2021-3-7307). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7307.pdf>

Socialstyrelsen. (2021b). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2021* (Artikelnummer: 2022-5-7941.) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-5-7941.pdf>

Socialstyrelsen. (2022). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*. (Artikelnr 2022-2-7759). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-2-7759.pdf>

Stevens, E., Price, E., & Walker, L. (2021). Dressings and dignity in community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 26(11), 526–531. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12968/bjcn.2021.26.11.526>

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska* [Broschyr]. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623175b/1584023673165/kompetensbeskrivning%20distriktssköterska%202019.pdf>

Strømme, T., Aase, K., & Tjoflåt, I. (2020). Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(13/14), 2429–2440. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.15255>

Takako Iwasaki, Noriko Yamamoto-Mitani, Kana Sato, Yoshie Yumoto, Maiko Noguchi-Watanabe, & Yasuko Ogata. (2017). A purposeful Yet Nonimposing Approach: How Japanese Home Care Nurses Establish Relationships With Older Clients and Their Families. *Journal of Family Nursing*, 23(4), 534–561. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1074840717743247>

Terry, D., Lê, Q., Nguyen, U., & Hoang, H. (2015). Workplace health and safety issues among community nurses: a study regarding the impact on providing care to rural consumers. *BMJ open*, 5(8), e008306. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008306>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2 uppl). Philadelphia:PA: F.A. Davis Company

Vliegheer, K.D., Aertgeerts, B., Declercq, A., Milisen, K., Sermeus, W., & Moons, P. (2015). Shifting care from hospital to home: a qualitative study. *Primary Health Care*, 25, 24-31. <http://doi:10.7748/phc.25.9.26.s28>

Wilkinson J. (2015). Proposals for registered nurse prescribing: perceptions and intentions of nurses working in primary health care settings. *Journal of primary health care*, 7(4), 299–308. <https://doi.org/10.1071/hc15299>

Wong, A. K.-S., Ong, S. F., Matchar, D. B., Lie, D., Ng, R., Yoon, K. E., & Wong, C. H. (2018). Complexities and Challenges of Singapore Nurses Providing Postacute Home Care in Multicultural Communities: A Grounded Theory Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(5), 402–409. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1043659617736884>



## **Bilaga 1 (1)**

### Intervjuguide

#### Bakgrundsfrågor:

- Hur många år har du arbetat som distriktssköterska i hemsjukvården?
- Hur många år har du arbetat som allmänsjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård?
- Var i Sverige jobbar du? Arbetar du på Särskilt boende eller i ordinärt boende?
- Hur många hemsjukvårdspatienter har du ansvar för?

Huvudfrågor:

- Kan du berätta så detaljerat som möjligt hur din senaste arbetsdag såg ut från det att du börjar ditt arbetspass till arbetspassets slut?
- Kan du berätta om hur du i ditt arbete som distriktssköterska använder din specialistkompetens?
- Hur använder sig dina kollegor av din specialistkompetens som distriktssköterska?
- Kan du berätta om hur en arbetsdag kunde se ut när du arbetade som allmänsjuksköterska i kommunal hälso-och sjukvård?
- Vill du beskriva om du som distriktssköterska har andra funktioner än allmänsjuksköterskor har på din arbetsplats?
- Kan du berätta om det finns det tillfällen då du önskar att din specialistkompetens används mer?

Följdfrågor:

- Kan du ge förslag på...
- Hur menar du då?
- Kan du beskriva mer?
- Kan du utveckla det mer?

Avslutande fråga:

- Är det något du ytterligare vill lyfta eller tillägga?