

Distriktssköterskors upplevelser av mötet med patienten

efter införandet av VG Primärvård

FÖRFATTARE: Hanna Boström
Erika Johansson

PROGRAM: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning
mot distriktssköterska, 75 högskolepoäng
Examensarbete avancerad nivå (Magister)

HT 2010

OMFATTNING: 15 högskolepoäng

HANDLEDARE: EVA LIDÉN

EXAMINATOR: CARINA SPARUD LUNDIN

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Författarna önskar tacka Carina Löfström, FoU i Väst/GR för idéer och stöd under uppsatsarbetet. Ett stort tack även till vår handledare Eva Lidén för uppmuntran och kloka ord under arbetets gång.

SAMMANFATTNING

Grunden i distriktssköterskans arbete är mötet med patienten där ömsesidighet är en förutsättning för en vårdande relation. En av de största förändringarna inom svensk hälso- och sjukvård är införandet av vårdvalet som resulterat i ändrade förutsättningar för både vårdpersonal och patient. Grundtanken med vårdvalsmodellen VG Primärvård är att stärka patientens inflytande, öka tillgängligheten och förbättra vårdkvaliteten.

Syftet med denna studie är att beskriva hur distriktssköterskor upplever mötet med patienten efter införandet av VG Primärvård.

I pilotstudien har en kvalitativ ansats använts och datainsamlingen har skett genom kvalitativa intervjuer, vilka senare har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. I studiens resultat framkommer att distriktssköterskorna upplever att de nya villkor som införandet av vårdvalet har medfört påverkar den vårdande relationen negativt. En känsla av otillräcklighet genomsyrar distriktssköterskornas upplevelse av sig själva i mötet med patienten. Resultatet i pilotstudien överrensstämmer väl med tidigare forskning som påpekar att organisatoriska förändringar alltid får omvälvande effekter för de individer som verkar i den.

ABSTRACT

The essence of district nursing is the relationship between the patient and the district nurse in which reciprocity is a prerequisite for a caring relationship. A major change in Swedish health care is the introduction of a reform that gives the patient the freedom to choose caregiver in Primary Care. This has resulted in changed conditions for both health professionals and patients. The purpose of the primary care choice model VG Primärvård is to strengthen the patient's influence on, increase access to and improve quality of care.

The purpose of this study is to describe how district nurses perceive the relationship with patients after the introduction of the primary care choice model.

A qualitative approach was used in this pilot study and qualitative interviews were conducted for the data collection. The data was analyzed using qualitative content analysis. The pilot study's result implies that district nurses feel that the reform has brought new conditions that do affect the caring relationship negatively. A sense of inadequacy pervades the district nurses perception of the caring relationship with the patient. The results of the pilot study correspond with previous research which points out that organizational changes always has an impact on the individuals taking part in the context.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
DISTRIKTSSKÖTERS KANS ROLL	1
DEN VÅRDANDE RELATIONEN	3
VÅRDVALET – FÖRÄNDRADE FÖRUTSÄTTNINGAR I VÅRDEN	4
TIDIGARE FORSKNING	5
Organisatoriska förändringar	6
Upplevelser av den vårdande relationen	7
Forskningsläget	9
SYFTE	10
METOD	10
URVAL	11
DATAINSAMLINGSMETOD	12
DATAANALYS	13
PILOTSTUDIEN	13
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	15
RESULTAT	17
NYA VILLKOR I MÖTET	17
KÄNSLA AV OTILLRÄCKLIGHET	18
DISKUSSION	20
METODDISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	22
Förslag till framtida forskning	24
REFERENSLISTA	26
Bilaga 1	
Bilaga 2	

INLEDNING

Mötet med patienten beskrivs som grunden i distriktssköterskans arbete där lyhördhet, ömsesidighet och följsamhet är förutsättningar för en vårdande relation. Det har genom åren skett betydande förändringar inom hälso- och sjukvården som påverkat distriktssköterskeprofessionen. En av de största förändringarna som skett är införandet av vårdvalet vilket kommit att bli ett paradigmskifte inom svensk hälso- och sjukvård. Då denna omdaning resulterat i ändrade förutsättningar för både vårdpersonal och patient kan införandet av vårdvalssystem i hälso- och sjukvården ses som en fundamental organisatorisk förändring. I Västra Götaland implementerades vårdvalet, VG Primärvård, 1 oktober 2009. Grundtanken med denna vårdvalsmodell är att stärka patientens inflytande, öka tillgängligheten och förbättra vårdkvaliteten. Då vårdvalet är ett relativt nytt fenomen inom svensk hälso- och sjukvård saknas ännu forskning kring hur distriktssköterskor upplever mötet med patienten efter införandet av VG Primärvård.

Vårdvalet var under den tid då författarna genomförde sin verksamhetsförlagda utbildning inom primärvården fortfarande nytt och främmande. Både personal och patienter försökte anpassa sig till de nya förutsättningar som vårdvalet medfört. Med detta som bakgrund önskar författarna till denna studie beskriva hur distriktssköterskor upplever effekterna av denna organisatoriska förändring.

BAKGRUND

DISTRIKTSSKÖTERSKANS ROLL

Distriktssköterskan är enligt Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2008) en specialistutbildad sjuksköterska med bred kompetens inom folkhälsa, omvårdnad, medicin och socialt arbete. Distriktssköterskan ska tillsammans med patienten planera och samordna vårdinsatser. Denna funktion medför att kraven på kontinuitet och kvalitet i vårdarbetet samt kraven på integritet och autonomi för patienten måste vara uppfyllda för att vården ska vara trygg och säker.

Förr var den främsta arbetsuppgiften för sjuksköterskan som arbetade i kommunen att förhindra smittspridning. Sjuksköterskan arbetade ofta i patientens hem tillsammans med provinsialläkaren, och det var dessa läkare som uppmärksammade behovet av fler sjuksköterskor i sina distrikt. Dessa kom att kallas distriktssköterskor. Ett bidrag skulle erhållas vid anställning av distriktssköterskor, kravet var då att de inte enbart skulle ägna sig åt sjukvård utan även stärka folkhälsan bland den fattigare befolkningen genom att arbeta hälsofrämjande. År 1919 kom en lagbunden distriktssköterskeutbildning som skulle erbjuda kunskap i sjukvård, social lagstiftning och socialmedicin (Emanuelsson & Wendt, 1994).

Det har skett betydande förändringar inom hälso- och sjukvården de senaste decennierna vilka medfört väsentliga förändringar för distriktssköterskeprofessionen. Under 70- och 80-talet anställdes distriktssköterskor på vårdcentraler till följd av den satsning som skedde på primärvården vilket medförde en utbyggnad av vårdcentraler. Under 90-talet skedde en förskjutning från sjukhusvård till hemsjukvård. Ädelreformen, som antogs 1992, innebar att kommunerna fick ett ökat ansvar för långvarig vård och omsorg av äldre och av människor med handikapp. Syftet var att ge kommunerna ekonomiska och organisatoriska förutsättningar att infria mål om trygghet, valfrihet och integritet i vården och omsorgen samt att använda samhällets resurser mer effektivt (Bergman, Rising, Strandh, Malm Janson & Lundberg, u.å.).

Distriktssköterskeföreningen beslutade 2005 att tillsätta en arbetsgrupp för att utforma en kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Anledningen var att Socialstyrelsen, som tidigare utfärdat kompetensbeskrivningar, ansåg att yrkesföreningarna bör utforma kompetensbeskrivningarna själva. Beskrivningen syftar till att definiera och tydliggöra distriktssköterskerollen och kompetensen inom professionen. Att stärka patienten och vara lyhörd för dennes psykiska, fysiska och emotionella behov är avgörande i distriktssköterskans arbete, likaså att vara öppen och flexibel för de förändringar som sker i samhället. Möten med människor beskrivs

som grunden i distriktssköterskearbetet och arbetet ska bedrivas utifrån ett holistiskt och etiskt förhållningssätt samt utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008).

DEN VÅRDANDE RELATIONEN

Med den teoretiska utgångspunkt som tillämpas i denna studie ses vårdandet som fritt från professionstänkande, kärnan i caring är vårdandets tanke och inte dess handlingar menar Norberg och Ternestedt (2009). Det viktiga i en vårdande relation är således inte vad som görs utan med vilken tanke det görs. Det framhålls i kompetensbeskrivningen att grunden i distriktssköterskearbetet är mötet med människor utifrån ett holistiskt synsätt. Eriksson (2002) menar att vi skapas i mötet med andra människor och att dessa är viktiga för hur vi upplever oss själva. Vår personlighet är starkt präglad av hur vi samspelar med andra i vår närhet. God vård utgår från en genuin önskan om att värna om patientens värdighet vilket omfattar förmågan att själv styra och forma sitt liv samt att uppfattas som en hel och betydelsefull människa. Värdighet är att få känna sig betydelsefull i relationen med andra menar Franklin, Ternestedt och Nordenfelt (2006) och Edlund (2002).

Kasén (2002) skiljer på vårdrelation och en vårdande relation och menar att vårdrelationen är en relation utan djupare förhållande mellan vårdare och patient. I en vårdande relation betraktas patienten som en lidande människa där vårdaren med lyhördhet närmar sig individen vilket betyder att patienten kan dela med sig av sitt liv och sin situation. Grunden i en vårdande relation är att lindra patientens lidande genom att bevara dennes värdighet. I en vårdande relation skapas utrymme för ömsesidig utveckling. Den vårdande relationen präglas också av tillit och respekt och formas av hur vårdaren bemöter patienten (Wiklund, 2003). Även Travelbee (1971) menar att en mellanmänsklig relation måste skapas för att patientens hälsa ska främjas. Hon anser att deltagarna i den mellanmänskliga relationen, den vårdande relationen, ser förbi de roller de har och istället ser på varandra som hela och unika individer. Birkler (2007) hävdar att om patienten får möjlighet att delta i och påverka den vårdande relationen värnas dennes autonomi. Birkler lyfter även fram vikten av mellanmänskliga relationer och menar att människan skapas genom dessa och genom de sammanhang hon existerar i.

VÅRDVALET – FÖRÄNDRADE FÖRUTSÄTTNINGAR I VÅRDEN

3

Regeringen gav i juni 2007 i uppdrag en särskild utredare att se över och ge förslag på hur patientens inflytande över vården kan stärkas (SOU 2008:37). Utredningens mål var att granska hur patientens möjlighet att fritt välja vårdgivare följs samt att ge förslag på en lagreglering av det fria vårdvalet. Innan utredningen påbörjades undersöktes opinionens åsikter om vården och här framkom en upplevd brist på tillgänglighet och alltför långa väntetider. Vården ska, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), främja goda kontakter mellan patienter och personal och ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Hur valfriheten ska tillämpas regleras av Lagen om valfrihetssystem (SFS 2008:962). Denna lag innebär att den enskilda individen har rätt att fritt välja vilken leverantör som ska tillhandahålla hälso- och sjukvård. Den upphandlande myndigheten godkänner de sökande som uppfyller de angivna kraven på kompetens, kvalitet, ekonomi och tillgänglighet. Dessa krav gäller för både offentliga och privata vårdcentraler. Myndigheten lämnar sedan information till allmänheten om de leverantörer de tecknat kontrakt med, informationen ska då vara relevant, saklig, lättförståelig, lättillgänglig och jämförbar.

I delbetänkandet ”Vårdval i Sverige” (SOU 2008:37) som lämnades till regeringen våren 2008 framkommer att det övergripande syftet med att införa ett vårdval i primärvården är att utöka valmöjligheten för patienten. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) poängteras att individens val inte får inskränkas till ett visst geografiskt område inom landstinget. Grundförutsättningen i ett vårdvalsystem är, enligt ”Vårdval i Sverige”, att den offentliga ersättningen ges till den vårdgivare som patienten väljer. I de landsting som infört vårdvalsystem har ersättningen konstruerats på olika sätt; Stockholm har valt en hög besöksersättning och en lägre andel fast ersättning medan Halland har valt en stor del med fast ersättning som utbetalas till de vårdenheter som patienten väljer (SOU 2008:37). Införandet av vårdvalssystem i hälso- och sjukvården kan ses som en organisatorisk förändring då

en sådan förändring utmärks av att nya idéer och beteenden integreras i en organisation (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

I Västra Götaland implementerades vårdvalet den 1 oktober 2009. Grundtanken med den vårdvalsmodell som antagits i Västra Götalandsregionen, VG Primärvård, är att stärka patientens ställning och att påverka vården samt öka tillgängligheten och förbättra vårdkvaliteten. Detta tur förväntas leda till ett ökat förtroende för primärvården som i sin tur medför ökad frihet, ansvar och konkurrensmöjlighet för vårdgivarna (Sundell, 2010). Krav- och kvalitetsboken (2009) innehåller de förutsättningar som krävs för att tillåtas bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård. En så kallad primärvårdspeng ges av VG Primärvård till berörda vårdenheter, vilket är den ersättning de får för att tillhandahålla vården. Omkring 85 % av den totala ersättningen är baserad både på ålder och kön samt på vårdtyngd, varav dessa två faktorer är värda lika mycket. Vårdtyngden grundas på Adjusted Clinical Groups, ACG-klassificering, vilket innebär de samlade diagnoser en person listad på vårdcentalen har. Resterande 15 % baseras på andra faktorer såsom vårdkvalitet, täckningsgrad, socioekonomi, geografi och tolkersättning.

Ännu saknas utvärderingar om hur distriktssköterskor upplever effekterna av vårdvalet samt hur det har påverkat deras profession och arbete. En första utvärdering som genomförts efter vårdvalet i Stockholm visar att antalet läkarbesök har ökat på mottagningarna, dock har det inte skett någon förändring vad gäller besöken hos distriktssköterska (Berggren & Sandberg, 2008). Landstinget Halland (2010) utvärderar vårdvalet, främst utifrån hur de, före vårdvalet, uppsatta målen uppfylls.

TIDIGARE FORSKNING

Sökningen till denna studies forskningsöversikt har utförts i databaserna Cinahl, PubMed och SAGE. Dessa databaser valdes då de innehåller en stor mängd omvårdnadsforskning från ett stort antal omvårdnadstidskrifter. Cinahl innefattar omvårdnad, arbetsterapi och sjukgymnastik och är specialiserad på omvårdnadsforskning. PubMed täcker in fälten omvårdnad, medicin och odontologi och innehåller till största delen vetenskapliga artiklar medan SAGE täcker in

områden som medicin, humaniora, naturvetenskap, teknik och samhällsvetenskap. Sökord som använts är district nurse, perceptions, organizational change, health care, relationship och new public management i olika kombinationer. Författarna har i studien endast inkluderat vetenskapliga artiklar publicerade efter år 2000. Totalt inkluderades tio vetenskapliga artiklar i avsnittet tidigare forskning. Av dessa tio artiklar var en baserad på forskning genomförd i Kanada, en i Australien och resterande var genomförda i Europa.

Vårdvalet är ett nytt fenomen och ännu finns, enligt vad författarna till denna studie erfar, ingen forskning publicerad kring hur personal och patient upplever effekterna av vårdvalet. På grund av detta inriktades sökningen istället på organisatoriska förändringar inom hälso- och sjukvården. Författarna fann endast ett fåtal artiklar som beskrev distriktssköterskors upplevelser och erfarenheter av organisatoriska förändringar varvid ytterligare yrkeskategorier inkluderades i sökningen.

Organisatoriska förändringar

Under en tioårsperiod har den svenska vården genomgått en betydande förändring från en homogen offentlig sektor till en varierad marknad där en väsentlig del är privatiserad visar Stolt och Winblad (2009) i sin forskning om privatisering inom svensk äldreomsorg. Privata entreprenörer är inte längre något ovanligt utan ses som väletablerade i det svenska samhället. Den svenska utvecklingen följer i stort "New Public Management", vilket innebär att avreglering, privatisering, låg skatt och ekonomisk konkurrens framhålls som bärande begrepp. Denna trend att privatisera inom äldreomsorgen ses som ett lokalt fenomen med stora variationer mellan stad och landsbygd och är en process där ekonomi, ideologi och geografisk närhet spelar en avgörande roll.

Det framhålls som ytterst viktigt att förstå att det finns en dynamisk relation mellan organisationen och den kontext i vilket den existerar samt att det finns en dynamisk relation mellan organisationen och de individer som verkar i den. Detta betyder att förändringar av organisationer aldrig är enkla att genomföra eftersom organisationen i sig påverkas av både sin kontext och de individer som arbetar inom densamma. Omorganisationsprocesser kan vara utformade på olika sätt och negativa effekter såsom ett långsammare arbete och försämrade kontroll är svåra att undgå vid

organisatoriska förändringar (Fulop, Protopsaltis, King, Allen, Hutchings & Normand, 2005). I forskning som genomförts av Shannon och French (2005) i Kanada identifieras områden där sjukvårdspersonal upplever att organisationsförändringar har försämrat deras arbete. Arbetsbördan har ökat vilket innebär ansvar för fler patienter, att tiden för varje patient blivit kortare samt att personalen, för att hinna med, tvingas arbeta övertid. Dessutom ser man att detta i sin tur leder till ökad sjukskrivning. Vidare påpekar forskarna att sjuksköterskor efterfrågar en tätare och förbättrad kommunikation med sin ledning angående säker patientvård och fördelning av resurser.

Organisationsförändringar står, enligt Shannon och French (2005) i direkt relation till patientvården och dess kvalitet. En tydlig trend som beskrivs i deras forskning är en förskjutning från kvalitetsvård till säker vård, där allt fler insatser genomförs för att stärka patientsäkerheten. Denna forskning visar att förändringar och nedskärningar inom hälso- och sjukvårdssektorn resulterar i att sjukvårdspersonal mår sämre då de upplever att arbetsbördan har ökat.

Upplevelser av den vårdande relationen

Det är avgörande att vara införstådd med omvårdnadens mening och att vårdandet sker utifrån patientens behov och önskemål. Detta påpekas i en studie gjord i Storbritannien av Bassett (2002). För att kunna erbjuda både fysisk och emotionell omsorg krävs det att känslor, tankar och handlingar integreras i omvårdnaden. Ett respektfullt bemötande, att kunna lyssna och att vara lyhörd i mötet med patienterna anses av de tillfrågade sjuksköterskorna i ovan nämnda studie vara avgörande för god omvårdnad. Sjuksköterskorna värdesatte de mellanmännsliga relationerna högt. De tillfrågade patienterna värdesatte också dessa aspekter men inte i samma utsträckning som sjuksköterskorna. De ansåg istället att sjuksköterskans kompetens, kunskap och skicklighet var avgörande för god vård. Dock påpekade patienterna att även den mest yrkeskompetenta sjuksköterskan inte kan bedriva god omvårdnad utan att först ha skapat en relation till patienten och till dennes närstående.

I en studie gjord i Australien har forskare undersökt hur sjuksköterskor i chefsposition upplever att en hälso- och sjukvårdsreform inverkar på deras arbete (Newman & Lawler, 2009). Innan reformen infördes uppfattade

chefssjuksköterskorna att de hade en central roll för kvaliteten och effektiviteten i vården. Efter implementering uppgav ett flertal chefssjuksköterskor en känsla av kontrollförlust över sin arbetssituation. Reformens syfte beskrivs i denna studie vara att förbättra vårdens kvalitet, stärka vårdkonsumenten och förbättra tilltron till vården. Chefssjuksköterskorna upplevde dock att denna reform ledde till sämre vårdkvalitet på grund av nedskärningar, ökad press på lönsamhet och en oklarhet i yrkesrollen. Shannon och French (2005) anser att en tydlig ledarskapsstruktur för sjuksköterskor måste skapas för att omvårdnad och vård ska kunna fungera både självständigt och i förhållande till den omorganisation som reformer innebär. Detta eftersom den kontext som förändringen i organisationen skapar direkt berör patienters hälsa och hur organisationen, det vill säga hälso- och sjukvården, fullgör sitt uppdrag.

Det har framkommit att personal som arbetar inom offentlig sektor där organisationsförändringar har skett eller reformer implementerats känner att de inte kan utföra ett bra arbete, då dessa har medfört en ändrad yrkesroll och yrkesidentitet (Shannon & French, 2005). Forskare har, i Spanien, studerat hur vårdpersonal skattar sin livskvalitet i arbetslivet under och efter organisatoriska förändringar på arbetsplatsen (Martin-Fernandez, Gomez-Gascon, Beamud-Lagos, Cortes-Rubio & Alberquilla-Menendez-Asenjo, 2007). Resultatet visar att det, för att vårdpersonalen ska kunna bibehålla en god livskvalitet under förändringen, krävs att de känner att de har kontroll över sin arbetssituation och att arbetsbördan förblir stabil. Deltagande sjuksköterskor i denna forskning uppger att de känner sig positiva till organisatoriska förändringar om de känner att de får ökade resurser. Ekonomiska faktorer och en ökad kostnadsmedvetenhet inom organisationen påverkar omvårdnaden negativt menar Bassett (2002). Ökad arbetsbörda och upplevd brist på kontroll beskrivs som faktorer som försämrar kvaliteten på omvårdnaden.

Forskning beskriver den direkta patientkontakten där distriktssköterskan får använda sin kliniska kunskap som den största tillfredsställelsen i distriktssköterskans arbete (Haycock Stuart, Jarvis & Daniels, 2008). Öhmans och Söderbergs (2004) studie om hur distriktssköterskor i Sverige upplever mötet med patienten lyfter vikten av ett nära förhållande och en delad förståelse mellan distriktssköterska och patient. Ett nära förhållande dem emellan möjliggör för distriktssköterskan att lindra lidande och

vara ett stöd för patienten. Enligt en studie gjord av Luker, Austin, Caress och Hallett (2000) upplever distriktssköterskor som arbetar inom palliativ vård att det mest centrala för att skapa en god vård är att lära känna patienten vilket möjliggörs genom kontinuerlig kontakt mellan vårdare och patient. Att skapa en öppen relation är en förutsättning för att kunna ge patienten en holistisk omvårdnad som inte enbart är fokuserad på fysiska aspekter.

Forskningsresultat visar att den hälso- och sjukvårdsreform som implementerades i brittisk hälso- och sjukvård under 1990-talet har medfört att fokus inom distriktssköterskeprofessionen skiftat från patientcentrering till objektivisering av patienten (Luker et al., 2000). Även Speed och Luker (2004) har forskat kring hur distriktssköterskor i Storbritannien upplever denna reform och de visar i sin studie att distriktssköterskor i hemsjukvården upplever att relationen med patienten har påverkats negativt. Distriktssköterskorna anser att de nya riktlinjerna för hur de ska utföra sitt arbete inneburit en förskjutning i hur väl de känner patienten, från att ha ett nära och personligt förhållande med patienten där även de basala behoven tillgodoses till att mer och mer tvingas förlita sig på andrahandsinformation från patientens anhöriga eller hemtjänst. Dock hävdar enstaka distriktssköterskor i studien att förändringen medfört en förbättring av det holistiska synsättet då de nu även utför mer avancerade medicintekniska åtgärder hemma hos patienten.

En studie som genomförts i Skottland under 2008 visar att det patientnära arbetet prioriteras högst bland samtliga tillfrågade distriktssköterskor, dock uttrycker de flesta ett missnöje över de förändringar som skett i organisationen (Haycock Stuart et al., 2008). Förändringarna upplevs ha medfört att fokus förskjutits från det direkta patientarbetet till ledarskap och administrativt arbete. Ett stort bekymmer som beskrivs är den ständiga pressen att hinna avsluta sitt arbete innan arbetsdagen är slut. Distriktssköterskorna upplever att de har lite inflytande över sitt arbete då de inte kan påverka arbetsbördan och att de själva efter förändringen inte kan begränsa antalet inskrivna patienter. Tidspressen upplevs försämra vårdkvaliteten och leder många gånger till att distriktssköterskan känner sig stressad, frustrerad, besviken och otillfredsställd i sitt arbete (Ibid.).

Forskningsläget

Under litteraturgenomgången har det framkommit att viss forskning kring hur distriktssköterskor upplever organisatoriska förändringar finns publicerad. Likaså finns vetenskaplig forskning publicerad kring organisatoriska förändringar generellt samt hur dessa upplevs av vårdpersonal. I de flesta fall uttrycks ett missnöje över de organisatoriska förändringar som genomförs. Personalen upplever att fokus i arbetet inte längre ligger på det patientnära arbetet. Flera av de kvalitativa studier som författarna tagit del av betonar vikten av en god relation mellan patient och vårdare, vilket inte alltid går hand i hand med de förändrade förutsättningar som en organisatorisk förändring medför.

Vad författarna till denna studie efterlyser är mer forskning om hur vårdvalet i Sverige upplevs av distriktssköterskor och hur de upplever mötet med patienten efter införandet av VG Primärvård. Med detta som bakgrund är det av intresse att studera hur en organisatorisk förändring som vårdvalet påverkar den vårdande relationen mellan patient och distriktssköterska.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva hur distriktssköterskor upplever mötet med patienten efter införandet av VG Primärvård.

METOD

Då författarna till denna studie önskar beskriva hur distriktssköterskor upplever mötet med patienten efter införandet av VG Primärvård har en kvalitativ metod använts. Denna metod har valts då den är lämplig för att beskriva och karaktärisera ett fenomen eller ett sammanhang. Ordet kvalitativ har sitt ursprung i det latinska ordet *qualitas* som betyder beskaffenhet, egenskap eller sort. Forskaren försöker upptäcka eller förstå egenskaper eller företeelser (Starrin & Renck, 1996).

Kvalitativa studier kan bidra till en djupare förståelse vad gäller problem, situationer, patienters erfarenheter och nyheter. I kvalitativ forskning intar forskningsdeltagaren en aktiv roll och avsikten är försöka förstå individens egna upplevelser av sin omvärld (Polit & Beck, 2004). Det finns olika kunskapsteoretiska

ramar att bearbeta ett kvalitativt forskningsmaterial inom. I fenomenologin försöker forskaren beskriva hur människor upplever ett fenomen. I denna typ av bearbetning fokuseras det som framträder i texten och forskaren söker synliggöra det osynliga. Forskaren strävar efter att åsidosätta sin egen förförståelse för att om möjligt nå en förutsättningslös beskrivning av ett upplevt fenomen (Dahlberg, 1997; Olsson & Sörensen, 2004). Den äldsta formen av bearbetning av kvalitativa data är hermeneutiken. Hermeneutiken har som intention att tolka och förstå hur människors liv och hela existens tar sig uttryck i talat och skrivet språk. I denna typ av forskning understryks betydelsen av att se helheten. Forskaren växlar mellan del och helhet och studerar textens hela sammanhang för att på ett riktigt sätt kunna tolka texten. Genom språket kan forskaren få tillgång till människans livsvärld. Under forskningsprocessen fördjupar forskaren sin förståelse, vilket är hermeneutikens mål. Förståelse kan ses som en utveckling där forskaren genom tolkning försöker nå informantens sätt att se på världen (Olsson & Sörensen, 2004).

Författarna till denna studie anser att tolkning inte är möjlig att undgå varvid ett tolkande förhållningssätt har antagits under forskningsprocessen. Detta då syftet är att ta del av det underliggande budskapet och förståelsen. Dock söker författarna förhålla sig så förutsättningslöst som möjligt till det insamlade materialet.

URVAL

I en storskalig studie görs ett ändamålsenligt urval av forskningsdeltagare, vilket innebär att deltagare avsiktligt väljs ut för att kunna svara an till syftet (Polit & Beck, 2004). Kriterier för att inkluderas i studien är att informanterna arbetar som distriktssköterskor på vårdcentral och i den dagliga verksamheten möter patienter i olika sammanhang. Informanterna ska ha arbetslivserfarenhet från vårdcentral även innan införandet av vårdvalet. Detta innebär att helt nyutexaminerade distriktssköterskor exkluderas från deltagande i studien. Urvalet görs av författarna och är strategiskt genom att deltagande vårdcentraler väljs ut utifrån dess listade befolkning. Författarna önskar en bred informantbas med stor spridning vad gäller kön, ålder, ekonomiska förutsättningar och etnicitet. I en fullskalig studie avser författarna intervjua tio till femton informanter som alla arbetar på vårdcentraler inom Göteborgsområdet. Vårdcentralerna som inkluderas ska inte ha öppnat efter

vårdvalets införande och bör därför ha funnits i några år. Ett brev med förfrågan om deltagande i studien skickas till de utvalda vårdcentralernas verksamhetschefer. De får sedan vidarebefordra informationen till distriktssköterskor som, vid intresse för studiedeltagande, kontaktar författarna för en intervju.

DATAINSAMLINGSMETOD

Intervjuer som metod för att ta del av hur distriktssköterskor upplever mötet med patienten efter vårdvalet används då kvalitativa intervjuer syftar till att identifiera eller upptäcka otillfredsställda eller okända företeelser, innebörder eller egenskaper (Starrin & Renck, 1996). Forskningsintervjun är enligt Kvale och Brinkmann (2009) ett interpersonellt möte mellan två deltagare, ett samtal som berör ett ömsesidigt intresse. Intervjuandet är genom den personliga kontakten ett givande möte där intervjuaren får ta del av deltagarnas upplevelse av det aktuella ämnet. Syftet med den kvalitativa forskningsintervjun är att ta del av och förstå det berörda ämnet utifrån intervjupersonens perspektiv. Genom intervjun försöker forskaren få kunskap om informanternas värld och för att nå bästa resultat krävs det att syfte och problemformulering är tydligt formulerade och klarlagda innan intervjun påbörjas menar Olsson och Sörensen (2004).

I den kvalitativa forskningsintervjun är frågorna som intervjuaren ställer enkla och raka, medan svaren ofta är komplexa och innehållsrika (Trost, 2010). Den kvalitativa forskningsintervjun syftar till att samla berättelser som kan användas till att utveckla kunskap kring och förståelse för det fenomen som studeras. Frågorna i en kvalitativ intervju är öppna och forskaren har ofta en frågeguide som täcker in de områden som ska studeras (Watson, McKenna, Cowman & Keady, 2008). Den kvalitativa intervjun är icke-standardiserad vilket innebär att samtalet utvecklas utifrån de frågor och svar som förekommer. Intervjun blir på så vis oförutsägbar och intervjuaren måste vara uppmärksam och följsam under processen (Starrin & Renck, 1996). Författarna till denna studie utgår från frågeområden som berör distriktssköterskornas upplevelser av att möta patienten och hur de uppfattar sin arbetssituation inom ramen för vårdvalet.

DATAANALYS

12

Den kvalitativa dataanalysen är Polit och Beck (2004) en aktiv och interaktiv process där forskaren till fullo måste ha förståelse för materialet för att kunna analysera det. Analysprocessen innebär att data grupperas utifrån gemensamma beröringspunkter. Malterud (2009) menar att den kvalitativa forskningsprocessen omformar det som uttrycks i samtal eller observationer till text. En vanligt förekommande analysmetod för kvalitativa data innebär att ett schema utvecklas för kategorier och därefter kodas materialet utifrån de kategorier som framkommer. I kvalitativ innehållsanalys bearbetas innehållet i det berättade materialet för att identifiera mönster och teman (Polit & Beck, 2004). Kodningen är avgörande för hur väl en kvalitativ innehållsanalys utfaller menar Hsieh och Shannon (2005).

Den kvalitativa innehållsanalysen kan vara antingen manifest eller latent (Graneheim och Lundman, 2004). Den manifesta innehållsanalysen fokuserar på det som texten säger och beskriver det som tydligt framgår i texten. Den latent innehållsanalysen inriktar sig på att tolka det subjektiva och sammanhanget samt fokuserar på textens underliggande mening. Både den manifesta och den latent innehållsanalysen handlar om att tolka text och lägger tonvikt på likheter och skillnader inom de koder och de kategorier som uppkommer i dataanalysen. Tolkningen går således olika djupt i manifest respektive latent innehållsanalys. Författarna planerar att använda sig av den latent innehållsanalysen som analysmetod då den är en inspirerande metod för att svara an till denna studies syfte.

PILOTSTUDIEN

I pilotstudien intervjuades två kvinnliga distriktssköterskor med olika lång erfarenhet inom yrket som arbetar på vårdcentraler inom Göteborgsområdet. De två vårdcentralerna där distriktssköterskorna arbetar har upptagningsområden med skilda socioekonomiska förhållanden. Kriterier för att ingå i pilotstudien var att informanterna just nu arbetar inom primärvården där de dagligen möter patienter. Ytterligare ett kriterium var att deltagarna har erfarenhet av möten med patienter

även innan införandet av VG Primärvård för att kunna beskriva hur de upplever att införandet av vårdvalet har inverkat på mötet med patienten.

För att komma i kontakt med informanterna kontaktades verksamhetschefer på vårdcentraler i Göteborg. Efter deras godkännande skickades ett brev med information om studiens syfte och genomförande som verksamhetscheferna vidarebefordrade till distriktssköterskor, se bilaga 1. De distriktssköterskor som var intresserade av ett deltagande ombads ta kontakt med författarna för bokning av intervju. Sammanlagt tog författarna kontakt med fyra verksamhetschefer på fyra vårdcentraler, varav två verksamhetschefer gav sitt tillstånd till deltagande. Skälen som angavs för att inte delta i pilotstudien var tidsbrist, pågående omstrukturering av distriktssköterskornas arbete samt ombyggnationer på arbetsplatsen. Av de tillfrågade distriktssköterskorna var två intresserade av att delta i pilotstudien. De två som valde att delta fick själva föreslå tidpunkt för intervjun som genomfördes på deras arbetsplats.

Båda författarna deltog i intervjuerna som berörde frågor kring vad som är viktigast i distriktssköterskearbetet, vårdvalets betydelse för distriktssköterskors relation till patienten och upplevelser av densamma. Till de deltagande informanterna ställdes samma utgångsfrågor och intervjuerna tog 40 minuter respektive 50 minuter. Intervjuerna spelades in, lyssnades igenom och transkriberades sedan till text.

Författarna började analysen med att flera gånger var för sig läsa igenom de två intervjuerna i sin helhet. Därefter diskuterades innehållet i intervjuerna gemensamt och en kort sammanfattning gjordes. Med utgångspunkt från studiens syfte lyftes meningsbärande enheter ut ur texten. En meningsbärande enhet kan enligt Graneheim och Lundman (2004) vara ord, meningar eller stycken som är centrala för texten. Därefter gjordes en kondensering av de meningsbärande enheterna, vilket innebär att texten kortas ner och att innehållet förtydligas utan att meningen i texten går förlorad. Författarna diskuterade gemensamt de meningsbärande enheternas text för att kunna kondensera innehållet så nära den ursprungliga texten som möjligt. Därpå kodades den kondenserade texten så att varje meningsbärande enhet fick en kod. I kodningsprocessen gick författarna hela tiden från del till helhet och från helhet till del, något som Polit och Beck (2004) anser vara viktigt för att inte tappa betydelsen i texten. Därefter kategoriserades koderna utifrån skillnader och likheter.

En kategori innehåller texter vars innehåll har en gemensam nämnare. I tabell 1 visas ett exempel på hur dataanalysen genomförts.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Vi har blivit mer tillgängliga fast det är kort tid. Alla får sina tider om det finns lediga tider, men det är ingen rådgivning, ingen egenvård.	Mer tillgängliga, alla får tider. Ingen rådgivning, ingen egenvård.	Outnyttjad kompetens Ändrade förutsättningar	<i>Subkategorier framträdde ej</i>	Nya villkor

Tabell 1. Matris med exempel på bearbetning av insamlade data.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

I denna studie har författarna noga övervägt de etiska krav som anges av Helsingforsdeklarationen som antogs 1964 av World Medical Association och av Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR) för att säkra studiedeltagarnas integritet och välbefinnande. Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR) tog år 1990 fram forskningsetiska principer som gäller individskyddet inom forskning. Individskyddet säkras genom fyra huvudkrav på forskningen; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet som alla har specifika regler att följa (Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet [HSFR], 1990). Det primära i all forskning som involverar människor är enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2008), som reviderades senast 2008, att försökspersonernas välbefinnande tillses och att deras integritet värnas. Effekterna som forskningen ger på studiedeltagarnas mentala och fysiska integritet skall så långt det är möjligt minimeras. Även Northern Nurses' Federation (NNF, 2003) tar i sina riktlinjer för omvårdnadsforskning upp ovan nämnda forskningsetiska principer som basen för att

säkerställa forskningsdeltagarens integritet och säkerhet i omvårdnadsforskning. Northern Nurses' Federation menar vidare att det av forskaren krävs att han eller hon avbryter forskningen om forskningsdeltagaren skulle uppleva besvär eller obehag av studien.

Informationskravet innebär att försökspersonerna alltid ska informeras om syftet med studien (Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet [HSFR], 1990), om studiens metod samt om tänkbara risker med ett deltagande (World Medical Association [WMA], 2008). Författarna till denna pilotstudie har tillsett att informanterna både är skriftligt och muntligt informerade om studiens syfte och metod, se bilaga 2. Vidare är informanterna informerade om att deltagandet är helt frivilligt och att det när som helst kan avbrytas utan att skäl till varför behöver anges. Forskaren skall alltid inhämta ett informerat samtycke, helst skriftligt, från försökspersonen. Detta poängteras i samtyckeskravet (Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet [HSFR], 1990).

Konfidentialitetskravet innebär att alla uppgifter om försökspersonerna ska ges största möjliga konfidentialitet och förvaras utom räckhåll för obehöriga (Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet [HSFR], 1990). Informanterna i pilotstudien är muntligt och skriftligt informerade om att all data som inhämtas kommer att förvaras så att ingen obehörig kan ta del av materialet, samt att insamlade data och uppgifter endast kommer att användas till forskningens ändamål. Genom att hänsyn tas till detta uppfylls nyttjandekravet som innebär att insamlade uppgifter om försökspersoner endast får användas till forskningssyften (Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet [HSFR], 1990). En bedömning ska också göras av den förväntade nyttan i förhållande till de risker ett studiedeltagande kan medföra (World Medical Association [WMA], 2008). Författarna har vägt nyttan med studien mot det eventuella obehag som ett deltagande skulle kunna medföra, och funnit att ett deltagande i studien troligtvis inte kommer att inverka menligt på forskningsdeltagarna. Nyttan med ett deltagande i studien om hur distriktssköterskor upplever mötet med patienten efter vårdvalet kan vara att få bidra med kunskaper i ett område som ännu är föga beforskat. Det kan också upplevas som positivt att fokus sätts specifikt på informanternas profession. Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet har noga övervägts i denna studie och

författarnas förhoppning att studiedeltagarna ska finna det intressant att bidra med sina upplevelser.

RESULTAT

I resultatet presenteras distriktssköterskornas upplevelser av mötet med patienten efter vårdvalet samt hur de förändrade förutsättningar som VG Primärvård medfört påverkar distriktssköterskans förhållningssätt. Då resultatet i pilotstudien är baserat på ett fåtal informanter anser författarna att subkategorier inte tydligt framträder. Författarna har istället valt att presentera resultatet utifrån två kategorier.

NYA VILLKOR I MÖTET

Relationen och bemötandet anses vara det mest betydelsefulla i distriktssköterskornas arbete. Det gäller att vinna patientens förtroende och möta patienten där denne befinner sig, att patienten känner tilltro, först då kan god vård bedrivas. Att se helheten beskrivs som grunden i mötet med patienten, att möta individen i dennes hela sammanhang genom att lyssna och bekräfta patienten. Distriktssköterskorna uttrycker en önskan om att stå till tjänst, att ta hand om och hjälpa patienten samtidigt som det främst gäller att arbeta för att hjälpa patienten till egenvård. Distriktssköterskorna beskriver att detta vid vissa tillfällen blivit svårare att verkställa efter vårdvalet då en del patienter menar att de, genom att ha valt den aktuella vårdcentralen, också lämnat över ansvaret för den egna hälsan till distriktssköterskorna. Då patienterna frånsäger sig ansvaret leder det till en stor motsättning för distriktssköterskorna då deras mål är att främja egenvård. Distriktssköterskorna upplever att samspelet med patienten blir mindre ömsesidigt och att klyftan dem emellan ökar.

Efter införandet av VG Primärvård upplever distriktssköterskorna ett krav på att marknadsföra sig mer än tidigare, även om detta inte är direkt uttalat från ledningen så känner de själva ett behov av att visa vad vårdcentralen har att erbjuda för att locka patienter att stanna. Konkurrensen har blivit mycket hårdare så det gäller att vara extra duktiga och trevliga mot patienterna. Detta nya tankesätt i arbetet påverkar

relationen med patienten då patienten fått större inflytande medan distriktssköterskan nu tvingas bli mer flexibel och serviceinriktad i bemötandet. En av informanterna sammanfattar upplevelsen av mötet: *”Det blir lite annorlunda”*.

De tillfrågade distriktssköterskorna upplever att de ständigt skall finnas tillgängliga för patienten och för dennes behov men att tiden inte räcker till. Tidsbrist uppges av distriktssköterskorna vara ett stort hinder i mötet med patienten. Distriktssköterskan måste vara lyhörd för patientens behov och signalera att besöket är viktigt då det alltid finns en anledning till att patienten söker vård. Då tiden inte finns blir den vårdande relationen lidande och fokus flyttas från patienten till det outtalade kravet på service och tillgänglighet.

”En del vill ju bara komma och ta blodtrycket och inte prata alls och en del har väldigt behov av att prata men jag känner att jag inte hinner boka in i min kalender en extra kvart eller halvtimme på de patienter som jag skulle vilja.”

Ytterligare ett hinder i distriktssköterskornas arbete är att de inte längre kan neka patienter som söker vård. De upplever att de numer är så pass upptagna med att ta emot ”friska individer” att de multisjuka, de som verkligen är i behov av vård, inte längre får tider. Trots att distriktssköterskorna fortfarande försöker lyfta in det hälsofrämjande arbetet har detta blivit svårare att hinna med efter vårdvalet. När personalstyrkan blir mindre är det svårt att prioritera extra tid för samtal trots att behovet finns.

KÄNSLA AV OTILLRÄCKLIGHET

En känsla av otillräcklighet uppkommer när distriktssköterskorna upplever att de inte har extra tid att erbjuda de patienter där behovet av ett längre besök finns. Denna upplevda otillräcklighet leder till en ökad inre stress hos distriktssköterskorna som upplever att de gör så gott de kan. De yttre förutsättningarna som vårdvalet medför innebär att distriktssköterskornas tid till stor del går åt till att avlasta sina arbetskamrater och att de får minskad tid till rådgivning och samtal om egenvård

vilket illustreras i citatet nedan. Detta trots att det hälsofrämjande arbetet lyfts som en avgörande del i distriktssköterskearbetet.

*”Vi skulle kunna göra jättemycket, men vi hinner inte.
Vi gör så gott vi kan. Tillgängligheten har ökat men
på vems bekostnad?”*

I mötet med patienten känner sig distriktssköterskorna otillräckliga då de, i och med vårdvalet, förlorat områdesansvaret. Detta innebär att patienterna nu får lista sig på den vårdcentral de själva väljer och inte längre är knutna till den vårdcentral som geografiskt sett ligger närmast bostaden. Vårdvalet medför således att distriktssköterskorna förlorar helhetssynen över det egna området och därmed möjligheten att ha beredskap för det som sker. Distriktssköterskorna kan inte längre ge samma stöd och information, utan får numer hänvisa patienten att själv söka upp relevant information. Utöver detta erfars en otillräcklighet genom att distriktssköterskorna inte heller kan känna till och vara uppdaterade om händelser som sker i andra områden och vara förberedda på dessa. Distriktssköterskorna uppfattar även en kontrollförlust av sin profession i och med känslan av otillräcklighet. Läkarna gör en stor del av distriktssköterskebedömningarna och vissa arbetsuppgifter tvingas få lägre prioritet för att kunna svara an till kravet på ständig tillgänglighet. Detta leder till att mötet med patienten påverkas då det blir svårare att ha en helhetssyn under kraven på ständig tillgänglighet och att prioriteringarna inte alltid är i samklang med distriktssköterskans värderingar om en vårdande relation.

*”Vi har inte fått mer resurser trots kraven vi fått. Enligt
lagen ska vi anpassa oss och det är så som
distriktssköterska, det är så i yrkesrollen, man måste kunna
anpassa sig.”*

Under datainsamlingen framkom en upplevd frustration över att distriktssköterskornas kompetens inte är tydligt definierad och därför inte heller nyttjas fullt ut i mötet med patienten. Det finns en frustration över kravet på ständig tillgänglighet då varken resurserna ökat eller personalen blivit fler efter vårdvalet. Finns det ingen ledig tid att erbjuda patienten så skapas en tid, allt för att

tillfredsställa patienten. Det är inte längre upp till distriktssköterskorna att bedöma behovet och att prioritera besöken, patienten styr arbetet. Arbetet präglas av en ständig strävan efter att patienterna skall vara nöjda, distriktssköterskorna känner att de inte tillåts visa att de är stressade och många gånger frustrerade. Det har blivit en förskjuten maktbalans, patienten jämför vårdgivare och ställer krav på personalen i större utsträckning än tidigare. Hela tiden finns en rädsla bland distriktssköterskorna för att den egna vårdcentralen skall bli utkonkurrerad och det är inte ovanligt att patienten hotar med att lista om sig om inte vårdcentralen kan erbjuda den vård patienten önskar.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Enligt Watson et al (2008) är intervjuer en idealisk datainsamlingsmetod när information ska inhämtas från vårdpersonal då de själva är vana att använda denna metod i det dagliga arbetet med patienter. Forskaren bör oavsett informantens förkunskap alltid vara väl förberedd inför varje intervju. Detta för att tillse både informantens och intervjuarens välbefinnande.

Studien har genomförts med en kvalitativ metod vilken Polit och Beck (2004) anser kan vara svår att utvärdera eftersom läsaren inte har tillgång till allt material utan får förlita sig på forskarens tolkning av data. Ett sätt att avgöra om kvaliteten på forskningen är tillfredsställande är att undersöka om dataanalysprocessen är utförligt dokumenterad så att läsaren kan följa forskarnas tolkningsförlopp. Vid beskrivningar av mänskliga upplevelser används i de flesta fall en kvalitativ metod vilken syftar till att beskriva, förklara och fördjupa förståelsen för mänskliga upplevelser (Willman & Stoltz, 2002). Intervju som datainsamlingsmetod valdes då författarna önskade ta del av hur distriktssköterskorna upplever mötet med patienten efter införandet av VG Primärvård. Författarna är medvetna om att det kan finnas brister med att använda intervjuer som datainsamlingsmetod, eventuellt kan informanterna uppleva stress över att hinna avsätta tid och därmed tvingas lämna sina arbetsuppgifter. En av informanterna avsatte tid för intervjun under sin lunch. Dessutom avbröts intervjun

av kollegor som passerade genom rummet. Detta kan ha medfört störningar i studiedeltagarens koncentration och därigenom kan svaren ha påverkats. Reliabiliteten bör bedömas utifrån sammanhanget och utifrån den, vid intervjun, rådande situationen. Svaren kan variera stort beroende på deltagarnas sinnesstämning och mående (Svensson, 1996). Ett problem med öppna frågor är att svaren kan variera i kvalitet och mängd (Watson et al., 2008). Då författarna sedan tidigare inte har erfarenhet av att intervjua har detta inneburit nya erfarenheter och att teknik och utformning kan ha förändrats under arbetets gång.

I analysen av det insamlade datamaterialet har författarna till stor del använt sig av den tolkande innehållsanalysen, så som den beskrivs av Graneheim och Lundman (2004). Denna metod ansåg författarna lämplig att använda för denna typ av studie då de olika stegen i analysmetoden framgick tydligt och var en god hjälp vid analysen. Den tolkande innehållsanalysen har hjälpt författarna till struktur, tydlighet och översikt över materialet, vilket ökar studiens trovärdighet då författarna hela tiden går från helhet till del och del till helhet.

Materialet har analyserats mestadels induktivt, vilket innebär att texten har analyserats så förutsättningslöst som möjligt. Det kan dock inte uteslutas att författarnas förståelse har påverkat tolkningen av resultatet. Det är högst sannolikt att andra personer som utför en studie med samma material som denna studies ändå skulle få helt andra resultat, då det enligt Dahlberg (1997) alltid finns möjligheter att utifrån samma data skapa andra kategorier. Detta eftersom det är forskaren som tolkar materialet, dock kan en utförlig och noggrann beskrivning av analysmetoden bidra till att stärka metodens vetenskaplighet (Hsieh & Shannon, 2005).

Kvale och Brinkmann (2009) menar att validiteten i en kvalitativ forskning innefattar granskning av trovärdigheten, att det finns empiriskt underlag och att tolkningen är rimlig. Forskaren är ständigt en del av sin omvärld och kan aldrig lämna egna erfarenheter utanför för att oberoende redogöra för vad som upplevs.

För att säkerställa informanternas integritet och anonymitet har författarna valt att presentera resultatet i löpande text med endast ett fåtal citat. Dessutom har författarna valt att exkludera delar av materialet, då detta varit alltför utpekande. Urvalet vid

forskning styrs till stor del av studiens syfte. Detta innebär att resultatet i kvalitativ forskning inte är statistiskt representativt. Istället önskar forskaren beskriva variation i förståelsen av ett fenomen (Svensson, 1996). Denna studies resultat kan inte generaliseras till större populationer då antalet informanter är alltför litet. Dock förmodar författarna att studiens resultat kan ses som överförbart till andra distriktssköterskors vardag på vårdcentral där grundförutsättningarna är desamma.

RESULTATDISKUSSION

En organisatorisk förändring kan ses som positiv om resurserna ökar (Martin-Fernandez et al., 2007), så har dock inte skett i vårdvalet. För distriktssköterskornas del betyder införandet av VG Primärvård att de inte längre kan neka patienter utan att de måste ta emot alla som söker vård. Detta har medfört en ökad belastning på distriktssköterskorna gällande deras arbetsbörda och hur de mår och trivs i sitt arbete. I annan forskning framhålls att en ökad arbetsbörda leder till en försämrad arbetssituation (Shannon & French, 2005) och i förlängningen en försämrad kvalitet på omvårdnaden (Bassett, 2002). En förutsättning för fortsatt god kvalitet i arbetslivet under införandet av organisatoriska förändringar beskrivs av Martin-Fernandez et al. (2007) vara att arbetsbördan förblir stabil, vilket den i fallet med de intervjuade distriktssköterskorna inte förblivit.

Det framkommer i resultatet att distriktssköterskorna fått förändra sitt arbetssätt och nu fokuserar mer på att marknadsföra sig och vårdcentralen. Distriktssköterskorna uppfattar den organisatoriska förändringen som vårdvalet innebär samt det förändrade arbetssättet som medför som negativt för stora delar av deras arbete. Uppfattningen om att en organisatorisk förändring kan medföra negativa effekter för berörd personal styrks av forskning som visar att ett långsammare och förändrat arbete är vanligt förekommande till följd av organisatoriska förändringar (Fulop et al, 2005; Shannon & French, 2005). Vidare illustrerar resultatet i denna studie tydligt det komplexa i att implementera en organisatorisk förändring då förändringar alltid påverkas av de individer som tar del av dem och av det sammanhang i vilket de existerar. Detta framgår även i en studie gjord av Fulop et al. (2005) som forskat om omorganisationsprocesser och hur de påverkas av den dynamiska relation som finns mellan omorganisationen och det kontext i vilket den implementeras.

God vård baseras på en önskan om att värna om patientens värdighet genom att se denne som en hel och betydelsefull människa (Edlund, 2002; Eriksson, 2002; Franklin et al., 2006). I denna studie betonar de intervjuade distriktssköterskorna vikten av ett gott bemötande där fokus ligger på patientens behov. Att distriktssköterskan ser helheten anses vara avgörande för en vårdande relation. Detsamma står skrivet i kompetensbeskrivningen där lyhördhet för patientens psykiska, fysiska och emotionella behov beskrivs som avgörande i distriktssköterskans arbete (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Ett hinder för att kunna skapa en vårdande relation är enligt distriktssköterskorna den ständiga tidsbristen, upplevelsen av att inte hinna med sitt arbete medför att distriktssköterskorna därmed förlorar en stor del av kontrollen över sitt arbete. De beskriver hur de önskar att relationen med patienten ska se ut, vilket stämmer väl överens med de kvaliteter en vårdande relation enligt Kasén (2002) innehåller och som även lyfts i kompetensbeskrivningen, men distriktssköterskorna menar att detta arbetssätt sällan är praktiskt möjligt då tiden inte räcker till. Basset (2002) betonar i sin forskning vikten av att vårdandet sker utifrån patientens behov och att upplevelsen av brist på kontroll tillsammans med ökad arbetsbörda försämrar vårdkvaliteten. Likaså påverkar ekonomiska faktorer så som en ökad kostnadsmedvetenhet vården negativt. Distriktssköterskorna i denna studie beskriver indirekt detta som hinder då vårdvalet och dess ekonomiska fokus medfört att kravet på att vara tillgänglig för patienter ständigt är närvarande.

Efter införandet av vårdvalet har det ekonomiska ersättningssystemet förändrats, vårdcentraler får betalt efter de individer som är listade på vårdcentralen samt antal besök som debiteras. Således blir det viktigt ur ett ekonomisk synsätt att ta emot så många patienter som möjligt. Detta beskrivs i denna pilotstudies resultat leda till negativa konsekvenser i relationen med patienten. Det finns en oro och frustration hos distriktssköterskorna över att omvårdnadens kvalitet blir försämrade efter vårdvalets införande. Till följd av den tidsbrist som kravet på ständig tillgänglighet medför upplever distriktssköterskorna att deras hälsofrämjande arbete och kunskap om egenvård får stå tillbaka. Mötet upplevs då som mindre omvårdande eftersom samtalet och rådgivningen inte längre prioriteras. Travelbee (1971) menar att en mellanmänsklig och vårdande relation är en förutsättning för att främja hälsa. Ett mindre omvårdande möte kan då utgöra ett hot mot en god och hälsofrämjande vård.

Det framkommer i forskning utförd av Shannon och French (2005) att vårdens kvalitet ofta står i direkt relation till organisationsförändringen samt att nedskärningar och press på ökad lönsamhet kan resultera i försämrad vårdkvalitet (Newman & Lawler, 2009).

Eriksson (2002) menar att vi skapas i mötet med andra människor och att vår personlighet präglas av hur vi samspelar med omgivningen. Distriktssköterskorna påpekar i denna studie att vårdvalet medfört att relationen med patienten fått en förändrad balans och ömsesidighet. En förändrad balans kan äventyra den ömsesidiga utveckling mellan distriktssköterska och patient som Kasén (2002) menar har fundamental betydelse i en vårdande relation. Det sägs uttryckligen i intervjuerna att patienten numera är den som styr, att patienten har övertaget och att relationen därigenom blivit mer patientcentrerad. Detta motsägs av flera studier (Haycock Stuart et al., 2008; Luker et al., 2000; Speed & Luker, 2004) från Storbritannien där distriktssköterskor efter genomförd organisatorisk förändring upplever en förskjutning i relationen med patienten från patientcentrering till objektifiering av patienten. I denna pilotstudie ses tendenser till en ökad patientcentrering på distriktssköterskornas bekostnad. Hur relationen mellan patient och distriktssköterska påverkas av en organisatorisk förändring beror naturligtvis på den organisatoriska förändringens natur och på vilka förutsättningar den medför. Dock är det intressant att notera hur olika en organisatorisk förändring slår, och hur väl vårdvalet lyckas i sitt uppsåt att öka patientinflytandet och valfriheten i vården.

Känsla av otillräcklighet i mötet med patienten är återkommande under intervjuerna. Denna känsla beskrivs inte i tidigare forskning där distriktssköterskorna istället fokuserar på hur deras arbetsuppgifter påverkas vid organisatoriska förändringar (Shannon & French, 2005). Känslan av otillräcklighet skulle då kunna kopplas specifikt till den förändring som vårdvalet inneburit, dock krävs ytterligare forskning för att verifiera ett sådant antagande.

Förslag till framtida forskning

Utifrån resultatet i denna studie kan författarna se att mer forskning kring hur distriktssköterskor påverkats av vårdvalet i stort behövs, men också att fler utvärderingar bör göras om hur vårdvalet upplevs av all vårdpersonal och patienter.

Ytterligare forskning behövs kring hur organisatoriska förändringar skall implementeras i verksamheten för att vårdpersonal ska kunna fortsätta att utföra sitt arbete utan avkall på sin profession men ändå i samstämmighet med de riktlinjer som verksamheten kräver. Resultatet från denna pilotstudie skulle kunna utgöra en del i en större studie om hur distriktssköterskor upplever sin profession och yrkesroll i organisatoriska förändringar i allmänhet och i vårdvalet i synnerhet.

REFERENSLISTA

Bassett, C. (2002). Nurses' perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice* 8, 8–15.

Berggren, A-M. & Sandberg. (2008). *Vårdval Stockholm 2008. Första kartläggningen*. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Stockholms läns landsting. Åtkomst 31 augusti 2010, från <http://www.sll.se/Handlingar/HSN/Utvärdering%20Vårdval%20%20januari%20-%20april.pdf>.

Bergman, A-L., Rising, I., Strandh, E., Malm Janson, K. & Lundberg, S. (u.å.). *Distriktssköterskans uppdrag*. Åtkomst 29 september 2010, från www.distriktsskoterska.com/download.php?f_id=35&id=1

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2008). *Kompetensbeskrivning - Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Åtkomst 28 augusti 2010, från <http://www.distriktsskoterska.com/>.

Edlund, M. (2002). *Människans värdighet: ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Åbo: Åbo akademis förlag.

Emanuelsson, A. & Wendt, R. (1994). *I folkhälsans tjänst. Sju decennier med den svenska distriktssköterskan*. FoU-rapport 43. Värnamo: Vårdförbundet.

Eriksson, K. (2002). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

Franklin, L-L., Ternstedt, B-M. & Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics*, 13, (2), 130-146.

Fulop, N., Protosaltis, G., King, A., Allen, P., Hutchings, A. & Normand, C. (2005). Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England. *Social Science & Medicine*. 60. 119-130.

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.

Haycock Stuart, E., Jarvis, A. & Daniel, K. (2008). A ward without walls? District nurses' perceptions of their workload management priorities and job satisfaction *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3012–3020.

Hsieh, H-F. & Shannon, S E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 15(9). 1277-1288.

Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet [HSFR]. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Åtkomst 27 augusti 2010, från <http://www.codex.uu.se/texts/HSFR.pdf>.

Jacobsen, D- I. & Thorsvik, J. (2002). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur.

Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Åbo: Åbo akademis förlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Landstinget Halland (2010). *Vårdval Halland. Uppföljning av landstingsfullmäktiges mål januari – april 2010*. Åtkomst 31 augusti 2010, från [http://www.lthalland.se/upload/86229/Uppf% c3% b6ljning% 20januari% 20-% 20april% 202010.pdf](http://www.lthalland.se/upload/86229/Uppf%c3%b6ljning%20januari%20-%20april%202010.pdf).

Luker, K.A., Austin, L., Gares, A. & Hallett, G.E. (2000). The importance of 'knowing the patient': community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 31, (4), 775-782.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Martin-Fernandez, J., Gomez-Gascon, T., Beamud-Lagos, M., Cortes-Rubio, J A. & Alberquilla-Menendez-Asenjo, A. (2007). Professional quality of life and organizational changes: a five-year observational study in Primary Care. *BMC Health Service Research*. 7 (101). doi:10.1186/1472-6963-7-101

Newman, S. & Lawler, J. (2009). Managing health care under New Public Management : A Sisyphean challenge for nursing. *Journal of Sociology*. 45(4). 419-432.

Norberg, A. & Ternestedt, B-M. (2009). Omvårdnad som huvudområde i sjuksköterskeutbildningen. I G. Östlinder, S. Söderberg & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnad som akademiskt ämne. Rapport från arbetande konferens* (31-40). Åtkomst 28 september 2010, från http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Omv_akad-amne_web.pdf

Northern Nurses' Federation [NNF]. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Åtkomst 3 september 2010, från <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>

Olsson, H. & Sörensen, S. (2004). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och Kvantitativa perspektiv*. Falköping: Liber AB.

Polit, D. & Beck, C. (2004). *Nursing research. Principles and methods*. (7th ed.). New York: Lippincott.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Åtkomst 3 september 2010, från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

SFS 2008:962. *Lagen om valfrihetsystem*. Åtkomst 9 september 2010, från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20080962.htm#K10P1S2>

Shannon, V. & French, S. (2005). The impact of the re-engineered world of health-care in Canada on nursing and patient outcomes. *Nursing Inquiry*. 12(3). 231–239.

SOU 2008:37 (2008). *Vårdval i Sverige. Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt*. Stockholm: Edita Sverige AB.

Speed, S. & Luker, K.A. (2004). Changes in patterns of knowing the patient: the case of British district nurses. *International Journal of Nursing Studies* 41, 921–931.

Starrin, B. & Renck, B. (1996). Den kvalitativa intervjun. I P-G. Svensson & B. Starrin (Red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik* (52-78). Lund: Studentlitteratur.

Stolt, R. & Winblad, U. (2009). Mechanisms behind privatization: A case study of private growth in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*. 68. 903-911.

Sundell, Å. (2010). *Om VG Primärvård*. Åtkomst 25 september 2010, från <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Forvardgivare/VG-Primarvard1/Om-VG-Primarvard1/>

Svensson, P-G. (1996). Förståelse, trovärdighet eller validitet? . I P-G. Svensson & B. Starrin (Red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik* (209-227). Lund: Studentlitteratur.

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

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Västra Götalandsregionen VG Primärvård. (2009). *Krav- och kvalitetsbok. Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård*. Åtkomst 1 september 2010, från <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/VG%20Prim%c3%a4rv%c3%a5rd/kravboken%20febr%202009.pdf>.

Watson, R., McKenna, H., Cowman, S. & Keady, J. (2008). *Nursing Research. Designs and Methods*. Kina: Churchill Livingstone Elsevier.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Willman, A. & Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association [WMA]. *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Åtkomst 27 augusti 2010, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>.

Öhman, M. & Söderberg, S. (2004). District nursing – sharing an understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. *Journal of Clinical Nursing*. 13. 858-866.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

En förfrågan om deltagande i studie – till verksamhetschefen

Vi heter Hanna Boström och Erika Johansson och läser Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska vid Göteborgs Universitet. Vi arbetar med vår magisteruppsats, där vi har valt att göra en intervjustudie med syftet att beskriva hur distriktssköterskan upplever mötet med patienten efter vårdvalet.

Intervjuerna kommer att ske på distriktssköterskans arbetsplats och kommer att spelas in på band. Intervjuerna beräknas ta cirka 1 timme. Hanteringen av uppgifterna regleras av Personuppgiftslagen (SFS1998:204). Deltagandet i studien är frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas. Det insamlade materialet kommer att behandlas konfidentiellt och uppgifterna kommer att avidentifieras, sparas, förvaras inlåsta och kommer endast att användas för studiens ändamål.

Handledare är Eva Lidén vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Göteborgs Universitet.

Vår förhoppning är att Du ger oss Ditt medgivande till att genomföra intervjuerna med distriktssköterskor på vårdcentralen och kan hjälpa oss med rekrytering av deltagare. Vi är tacksamma för överlämnande av bifogat brev till intresserade distriktssköterskor. Intervjuerna kommer att äga rum under de närmaste veckorna.

Vid eventuella frågor är Ni välkomna att kontakta oss.

Med vänliga hälsningar

Hanna Boström 0708545325, gusbosha@student.gu.se

Erika Johansson 0730442123, gusjohern@student.gu.se

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

En förfrågan om deltagande i studie – till distriktssköterska

Vi heter Hanna Boström och Erika Johansson och läser Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska vid Göteborgs Universitet. Vi arbetar med vår magisteruppsats, där vi har valt att göra en intervjustudie med syftet att beskriva hur distriktssköterskan upplever mötet med patienten efter vårdvalet.

Eftersom Du som distriktssköterska har erfarenhet av att möta patienter i olika sammanhang, både före och efter Vårdvalet, frågar vi dig om Du vill delta i vår studie.

Intervjuerna kommer att ske på Din arbetsplats och kommer att spelas in på band. Intervjuerna beräknas ta cirka 1 timme. Hanteringen av Dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS1998:204). Deltagandet i studien är frivilligt och Du kan när som helst avbryta din medverkan. Det insamlade materialet kommer att behandlas konfidentiellt och uppgifterna kommer att avidentifieras, sparas, förvaras inlåsta och kommer endast att användas för studiens ändamål.

Intervjuerna kommer att äga rum under de närmaste veckorna och vår förhoppning är att Du vill delta i vår studie. Vi är tacksamma om du kontaktar oss snarast.

Med vänliga hälsningar

Hanna Boström 0708545325, gusbosha@student.gu.se

Erika Johansson 0730442123, gusjohern@student.gu.se

Handledare är Eva Lidén
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Box 457, 405 30 Göteborg.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Studiens bakgrund

Vårdvalet är ett nytt fenomen inom svensk hälso- och sjukvård. Syftet med vårdvalet är att utöka patientens valmöjligheter, att stärka dennes ställning och att förbättra vårdkvaliteten. Ett fåtal utvärderingar är påbörjade om dess effekter, dock pågår ännu ingen studie om hur vårdvalet har påverkat relationen mellan vårdpersonal och patient. I vår studie önskar vi därför beskriva hur distriktssköterskan upplever mötet med patienten efter införandet av VG Primärvård.

Eftersom Du som distriktssköterska har erfarenhet av att möta patienter, både före och efter vårdvalet, frågar vi Dig om Du vill delta i vår pilotstudie. Vi har fått Ditt namn av verksamhetschefen på vårdcentralen.

Studiens genomförande

Om Du väljer att delta i vår studie kommer denna att genomföras i form av en intervju som spelas in. Under intervjun som beräknas ta ca 40 minuter kommer vi att ställa frågor om Dina upplevelser av mötet med patienten. Intervjun kommer därefter att skrivas ner och innehållet analyseras för att sedan redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet. Dina svar och Dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Om data från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Hanteringen av Dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS1998:204). Uppgifterna kommer att förvaras i ett låst skåp och den skrivna texten från intervjun kommer inte att kunna kopplas till Dig som person. Önskar Du ta del av studiens resultat kan Du kontakta nedanstående personer.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande i studien utan att skäl behöver anges.

Ingen ersättning kommer att utgå för studien.

Vi hoppas att inget obehag ska uppkomma av ditt deltagande i studien, istället är vår förhoppning att du kan uppleva det som positivt att få dela med dig av dina upplevelser.

Ansvariga för studien

Hanna Boström
Leg. sjuksköterska
Tfn:0708545325

Erika Johansson
Leg. sjuksköterska
Tfn:0730442123

Handledare
Eva Lidén
Universitetslektor
Tfn: 031-786 6427

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

SAMTYCKESFORMULÄR

Jag har fått muntlig och skriftlig information om en studie om distriktssköterskans upplevelse av mötet med patienten efter införandet av VG Primärvård.

Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och har fått dessa besvarade. Jag samtycker till att delta i studien.

Datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande
