

Vårdkvalité – en gemensam utmaning i vårdkedjan av äldre patienter prehospitalt

FÖRFATTARE	Maria Carlund Kristina Årman
PROGRAM/KURS	Examensarbete I VT 2008 Omvårdnad Eget arbete / OM1640
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lena Hagelqvist Ingrid Johansson
EXAMINATOR	Solveig Lundgren

Förord

Vi vill tacka våra handledare Ingrid Johansson och Lena Hagelqvist för att de med olika infallsvinklar läst, granskat och kommenterat innehållet i vår litteraturstudie. Era mångåriga erfarenheter av omvårdnad och ledarskap har varit ett stort stöd för oss under processen av detta arbete.

Maria & Kristina

Titel (svensk):	Vårdkvalité – en gemensam utmaning i vårdkedjan av äldre patienter prehospitalt
Titel (engelsk):	Quality care –a common challenge for the prehospital pathway when the patient is elderly
Kurs/kurskod:	Examensarbete I, Omvårdnad – Eget arbete/OM1640
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Maria Carlund Kristina Årman
Handledare:	Lena Hagelqvist Ingrid Johansson
Examinator:	Solveig Lundgren

SAMMANFATTNING

Äldre patienter är en skör och utsatt grupp som ofta är beroende av bedömning och sjukvårdsinsats vid en försämring av tillståndet. Hög ålder, kognitiv nedsättning, många sjukdomar samtidigt och nedsatt funktion i olika organ medför ett ökat omvårdnadsbehov och omhändertagande. Patientens väg genom vårdkedjan innefattar kontakter med personal, däribland sjuksköterskor, från flera olika organisationer med olika förutsättningar och inriktning. Dessa är skilda åt och risken för att vårdkvalitén påverkas negativt är stor. En omvårdnadsmodell har utarbetats utifrån Jean Watsons omvårdnadsteori och Patricia Benners erfarenhetskunskap med betoning på omsorg, helhetssyn, kunskap och hjälpande handlingar. Syftet med studien var att beskriva vad som påverkar vårdkvalitet hos den äldre patienten i den prehospitalla vårdkedjan. Studien är en litteraturstudie baserad på elva vetenskapliga artiklar. Både artiklar med kvalitativ och kvantitativ metod ingår och artiklarna är från åren 2002 – 2006. Litteraturstudien visade områden, eller teman som påverkar vårdkvalitet och berör både den enskilde sjuksköterskans förmåga att ge god omvårdnad och även övergripande strukturers inverkan på vårdkedjan. Helhetssyn är, enligt studien, en av hörnstenarna för god vårdkvalité liksom förmågan att samarbeta. Ledarskap spelade en stor roll för både arbetsmiljö och vårdkvalitet. Sjuksköterskan är i en utsatt situation vid akuta bedömningar prehospitalt och detta är ett viktigt område för vidare utveckling. Att varje organisation ytterst värnar om sin egen ekonomi är ett av de största hoten mot både vårdkvalitet och förbättringsarbete på området. Utifrån resultatet har vi gett förslag på åtgärder som kan öka vårdkvalitén och sjuksköterskans möjligheter att ge god omvårdnad.

Nyckelord: Vårdkvalité; Vårdkedja; Prehospitalt; Bedömning; Organisation och Ledarskap; Äldre

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Inledning	1
Organisation och ledarskap	1
Vårdkedjan	2
Samverkan mellan organisationer i vårdkedjor	2
Prehospital sjukvård	3
Kommunal sjukvård	3
Ambulanssjukvård.....	4
God vård och omvårdnad	4
Den äldre människans utsatthet	5
Omvårdnadsteorier	5
Egen sammanfattning av teorier och begrepp.....	5
Vi har valt att utgå från Jean Watsons (15, 16, 17) omvårdnadsteori och Patricia Benners (18) beskrivning av erfarenhetskunskap. Båda utgår från ett fenomenologiskt synsätt och anser att omsorg och helhetssyn är kärnan i omvårdnad.....	5
Jean Watson	6
Patricia Benner	6
SYFTE	7
METOD	7
RESULTAT	9
Ekonomi och organisation	10
Ledarskap och arbetsmiljö	10
Samarbete och kommunikation	11
Bedömningssituationen	11
Förbättringsarbete	12
Omvårdnad	12
DISKUSSION	13

Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Ekonomi och organisation.....	14
Ledarskap och arbetsmiljö	15
Samarbete och kommunikation	16
Bedömningssituationen	17
Förbättringsarbete	18
Omvårdnad.....	19
Slutsats	20
BILAGA Artikel presentation	

BAKGRUND

Inledning

Sjuksköterskans huvuduppgift är att ge god omvårdnad till de patienter hon möter. I arbetet utanför sjukhus, prehospitalt, kan förutsättningarna variera betydligt och sjuksköterskan ställas inför situationer och utmaningar som skiljer sig från sjukhusets. I vårt arbete som sjuksköterskor i hemsjukvård respektive ambulanssjukvård möter vi människor i akuta situationer. Speciellt mötet med den äldre människan är en komplex situation där hänsyn behöver tas till en rad omständigheter, ibland under tidsnöd. I en bedömningssituation när en patient akut försämrats eller skadas, finns sällan varken journaler eller läkare tillhands och sjuksköterskan får själv ta beslut om vilka åtgärder som skall göras. De sjuksköterskor som träffar patienterna först i den akuta vårdkedjan har en viktig roll för konsekvenserna för fortsatt vård. Vi har valt att utgå från hemsjukvården respektive ambulanssjukvården då det är inom dessa organisationer vi själva arbetar, men liknande situationer uppstår även för t.ex. sjuksköterskor på olika boenden och distriktssköterskor inom primärvården. Resultatet för den vidare gången i vårdkedjan beror bl.a. på hur sjuksköterskor i de olika organisationerna gör bedömningar och utför åtgärder samt i vilken utsträckning de samverkar.

Vi har valt att belysa denna problematik i association till den äldre människan. Utsattheten i denna patientgrupp är mycket stor och deras förmåga att själva uttrycka sitt vårdbehov är liten. Ur ett patientperspektiv är det, oavsett god omvårdnad, också andra faktorer såsom långa väntetider och låg prioritering som medför lidande för patienten. Detta föder en frustration och en önskan om att kunna förbättra situationen för patienten.

Organisation och ledarskap

Hälso- och sjukvården liksom äldreomsorgen styrs i grunden politiskt. Kommunen ansvarar, sedan Ädelreformen infördes 1992, för äldreomsorgen och landstingen ansvarar för hälso- och sjukvården inklusive primärvården. De ekonomiska resurserna är begränsade och behov av prioriteringar inom hälso- och sjukvården uppstår. I Sverige gjordes en prioriteringsutredning i mitten av 90-talet som resulterade i ett tillägg i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) 2§ om att; ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”, samt i fyra prioriteringsnivåer;

- vård av livshotande akuta sjukdomar samt kroniska sjukdomar
- prevention och rehabilitering
- mindre allvarliga sjukdomar och
- åtgärder av andra skäl än hälso- och sjukvård (1)

Den etiska plattformen som prioriteringarna vilar på bygger på människorättsprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Det finns en risk för att äldre människor får låg prioritering då nyttan av en viss åtgärd är tveksam. Vid akut vård finns ett överhängande behov av bedömning och eventuell åtgärd. Till skillnad från planerad vård, är det svårt att anpassa generella direktiv om åtgärder och prioriteringar i dessa situationer (2).

Under de senaste decennierna har samhället förändrats i snabb takt och skapat högre krav på effektivisering i både privat och offentlig verksamhet. Organisationer ställs inför utmaningar där strategiskt tänkande och förmåga till omställningar blir till kontinuerliga processer. Den tidigare, mer hierarkiska strukturen, ersätts mer och mer av "platta" organisationer där bl.a. horisontella strukturer, nätverksrelationer och självstyrande arbetslag fungerar. Som följd av detta hävdar många att ledarskap är viktigare än någonsin (3).

I ledarskap/chefskap ingår att leda och styra verksamheten med de resurser som står till förfogande och att få människor att följa och sträva efter att nå gemensamma mål. Ledarens uppgift blir också att utveckla verksamheten och att ansvara för att medarbetarna ges möjlighet till utveckling (4). Ledarskap är i första hand en process mellan människor där man eftersträvar att influera andra. Det utövas av en eller flera personer samt kopplas till teorier om motiv, sociala relationer, gruppbildning och gruppdynamik (3). Ledaren och de ledda är beroende av varandra genom sitt samspel och bygger på förtroende för varandra. Lyhördhet, dvs. förmågan att lyssna bidrar till att skapa denna tillit (4).

Även arbetsmiljön spelar en viktig roll. Det finns ett förhållande mellan god omvårdnad och arbetstillfredsställelse.

"Arbetstillfredsställelse hos personalen ansågs ända från början vara en förutsättning för den goda omvårdnaden, som i sin tur visade sig vara en förutsättning för arbetstillfredsställelse." (5 sid. 147)

Viktiga faktorer för att uppnå arbetstillfredsställelse är exempelvis delaktighet, att känna sig betydelsefull, variation och mångsidighet, att se resultat av sitt arbete samt trygghet, tolerans och stöd (5).

Vårdkedjan

"Vårdkedja" är ett språkligt uttryck inom vården och avser att beskriva helheten ur ett patient- eller sjukdomsförloppsperspektiv. Vi belyser den del av vårdkedjan som sträcker sig från hemmet fram till det att patienten når sjukhuset. Inom sjukvården finns ett ömsesidigt beroende av olika vårdtjänster och därför krävs flera olika vårdgivare. Inom begreppet vårdkedja kan inrymmas att exempelvis organisera verksamheten utifrån patientens samlade behov eller att tillgodose personalens krav på god arbetsmiljö. Detta kan ske genom delaktighet, samverkan över gränser och kontroll över arbetsprocesser. Det kan också innebära att skapa en effektivare organisation eller att minimera "avvikande händelser" för att förbättra vårdkvalitén (6). Ädelreformen är ett exempel på en sådan gränsöverskridande aktivitet. Den innebar förändringar i ansvarsfördelningen för äldrevård (7).

Samverkan mellan organisationer i vårdkedjor

För att kunna förbättra vårdkvalitet krävs att berörda parter samarbetar med varandra. Vid samverkan handlar det om att använda de offentliga resurserna på ett så effektivt sätt som möjligt för att nå bästa möjliga kvalitet. Att verksamheterna styrs av olika lagar och att de finansieras av olika huvudmän har medfört konsekvenser för förflyttningen av patienter mellan organisationerna. Kontakten mellan organisationerna fungerar många gånger dåligt. Det har också visat sig att olika vårdgivare har olika fokus. Akutsjukvården är mer medicinskt inriktad, primärvården

likaså men inte full så avancerad medan den kommunala vården är mer omvårdnadsinriktad. Samordningsproblem handlar inte enbart om hur informationsöverföring över organisatoriska gränser skall gå till, utan också om att personal i olika organisationer är separerade från varandra i tid och rum. I och med det ser personalen inte konsekvenserna av sitt eget handlande, dvs. vad som sker i nästa vårdinstans. För att organisering mellan organisationer skall fungera krävs att olika vårdgivare på något sätt möts och har kontakt med varandra (7).

Lagar som styrker vikten av väl fungerande samordning är: Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård (SOSFS 2005:12), som beskriver hur god kvalitet skall upprätthållas i alla organisationer som rör hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning (SOSFS 2005:27), där det står att landstingen och kommunerna skall utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information i samråd. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11), säger att föreskrifterna skall tillämpas i verksamheter som avser omsorg av äldre (1).

Prehospital sjukvård

Den prehospitala sjukvården förknippas ofta med ambulanssjukvård. Vi vill bredda begreppet till att gälla sjukvård utanför sjukhus eftersom sjuksköterskor som verkar där, oavsett organisation, hamnar i liknande situationer när äldre människor drabbas av akut försämring. Detta stämmer väl överrens med följande definition av prehospital vård:

”Prehospital sjukvård är ett medicinskt omhändertagande, som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus, av patient med akut sjukdomstillstånd orsakat av skada eller sjukdom.” (8 sid. 16)

Kommunal sjukvård

Hemsjukvård och äldreboenden innefattas i den kommunala vården. Sjuksköterskan möter människor som är både sjuka och utsatta. Det är därför nödvändigt att ha kunskap som kan bidra till patientens tillfrisknande eller bevarande av bästa möjliga hälsotillstånd. Sjuksköterskor som arbetar i denna typ av verksamhet måste kunna möta olika situationer både beträffande innehåll och svårighetsgrad. När sjukvård bedrivs i hemmet ställs stora krav på flexibilitet både i organisationen och bland sjuksköterskorna (9).

För att få vård i hemmet krävs att ansvarig läkare skriver remiss eller annan skriftlig ordination på vilka insatser som kommer att behövas. De patienter som får hjälp via hemsjukvård skall inte själv kunna ta sig till öppenvårdens mottagningar. De medicinska insatserna kan vara tillfälliga eller kontinuerliga. Sjuksköterskan kan betraktas som en kontaktlänk mellan slutenvården och de äldres medicinska vård och specifika omvårdnad. Det är av stor vikt att informationsöverföringen fungerar väl mellan kommunal sjukvård och landsting. I den kommunala vården är det sjuksköterskorna som står för den medicinska kompetensen och gör egna bedömningar upp till sjuksköterskenivå. Sjuksköterskan måste ha möjlighet att ha kontakt med läkare via telefon när behov uppstår (10).

Ambulanssjukvård

Huvudinriktningen för ambulanssjukvården var länge att ombesörja transport av patienter. Under de senaste decennierna har en mer avancerad sjukvård vuxit fram och sedan oktober 2005 finns sjuksköterskor i varje ambulans. Idag är ambulanssjukvården integrerad med den hospitala akutsjukvården på flera områden. Exempel på detta är ambulanssjukvårdens möjligheter, att efter bedömning och enligt riktlinjer, erbjuda patienter ”direktfiler” till specialistsjukvård vid ex hjärtinfarkt, stroke eller höftfraktur. Det innebär tex att patienten inte behöver gå via akutmottagningen utan kan komma direkt till röntgen vid en höftfraktur. Lämpliga specialistutbildningar för sjuksköterskor i ambulans anses vara intensiv-, anesthesi- och ambulansvidareutbildning (8).

God vård och omvårdnad

God vård och vårdkvalitet kommer att användas synonymt i texten. Varje verksamhet och organisation är underställda lagar och förordningar. I socialstyrelsens dokument om god vård – om ledningssystem och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården beskrivs sex kvalitetsområden kopplat till hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS 1998:531):

- Säker hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid
- Jämlik Hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad och patientsäker hälso- och sjukvård med krav på personal, lokaler och utrustning

Professionell kunskap innefattar ämneskunskap, personliga färdigheter, värderingar och etik som leder till förbättring av diagnostik, behandling och omvårdnad inom hälso- och sjukvården. För att kunna ge god vård behövs även kunskap om förbättring av processer som inkluderar bl.a. system, förändringspsykologi och lärandestyrkt förändringsarbete. Förbättringskunskap lärs sällan ut i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal (11).

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17) innefattas omvårdnad av att ge hjälp till personer som inte själva klarar att genomföra handlingar som hör till deras dagliga liv, åtgärder som är hälsobefrämjande samt att undanröja smärta och obehag. Omvårdnad benämns som allmän respektive specifik. Allmän omvårdnad gäller övergripande och kan utföras oberoende av sjukdom och behandling. Specifik omvårdnad kräver speciella kompetenser relaterad till en enskild situation. För att i dessa fall kunna ge god omvårdnad krävs relevanta kunskaper från olika områden (12). Omvårdnad skall vila på vetenskap och beprövad erfarenhet och det krävs speciell kompetens för att utöva specifik omvårdnad (1). Omvårdnadsarbetets mål om att befrämja hälsa och förebygga ohälsa förutsätter också att riskfaktorer identifieras (12). Enligt Patientjournalagen (1985:562) skall patientjournal föras vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården. I Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17) står det att omvårdnadsåtgärder som omfattas av

förebyggande insatser, diagnostik, vård och behandling av patienter utgör sådana viktiga uppgifter som behöver dokumenteras för att uppnå en god och säker vård (1).

Den äldre människans utsatthet

Olika faktorer styr åldrandet och det är en funktionellt heterogen grupp som kallas äldre. Rundgren refererar till Världshälsoorganisationens (WHO) indelning av äldre från 65 års ålder i ”yngre äldre” 65-79 år och ”äldre äldre” över 80 år. I gruppen äldre äldre är åldersförändringarna genomgående mer uttalade och de åldersrelaterade sjukdomarna mer frekventa. De äldres sjukdomsbild är komplex och präglad av konsekvenser av åldrandet, handikapp, tidigare sjukdomar, samtida sjukdomar, komplicerad läkemedelsbehandling och behov av hjälp i hemmet. Vad som skiljer geriatrik från andra medicinska områden är att vissa symtom ofta återkommer. Några av dessa är avmagring, intorkning, svimning, konfusion, inkontinens, smärta och trycksår. Problemen kan orsakas av bl.a. nedsatt syn och hörsel, kognitiv nedsättning, stort antal symtom eller missledande symtom. När äldre blir akut sjuka kan funktionen i flera organ försämrats samtidigt (13). Konfusion vid akutinläggning är en av de vanligaste komplikationerna hos äldre sjukhusvårdade patienter. Varje förflyttning av äldre sjuka patienter medför en risk och kan bli till ett trauma för patient och anhöriga samt med eventuellt förhöjt vårdbehov som följd (14).

Det framhålls att det är av största vikt för livskvaliteten att snabbt och noggrant göra en klinisk bedömning vid förändring av tillstånd. Det är också alltid nödvändigt att ha en helhetssyn på den äldre patienten just för att så många faktorer spelar in. Att undersöka den äldre patienten kan vara både svårare och mer tidskrävande än en yngre patient. Detta kräver att bedömningen är bred och sker på ett objektivt sätt samt att samma värderingsinstrument används då flera vårdgivare kan vara engagerade i samma patient (13).

Omvårdnadsteorier

Egen sammanfattning av teorier och begrepp

Vi har valt att utgå från Jean Watsons (15, 16, 17) omvårdnadsteori och Patricia Benners (18) beskrivning av erfarenhetskunskap. Båda utgår från ett fenomenologiskt synsätt och anser att omsorg och helhetssyn är kärnan i omvårdnad.

Det är viktigt att sjuksköterskan har förmåga att hantera akut skiftande situationer och förmåga till problemlösning. Den kliniska kompetensen och en bred kunskapsbas ligger till grund för att kunna utföra korrekta omvårdnadsbedömningar. Helhetsperspektivet är centralt för att sjuksköterskan skall kunna se både till människa och situation, vilket ger större möjligheter till korrekta bedömningar (15, 16, 17, 18). Helhetssynen innefattar även att se på vårdkedjan som en helhet (7). Watsons (17) teori beskriver att för att visa mänsklig omsorg krävs att sjuksköterskan utför hjälpande handlingar vilket kan leda till att problem kan lösas och personen utvecklas (15, 16, 17). Benners (18) erfarenhetskunskap uttrycker liknande genom domänerna: den hjälpande rollen och den undervisande och vägledande funktionen (18). Dessa två teorier har sammanfattats i figur 1.



Figur 1 Omvårdnadsmodell utifrån sammanfattningen av omvårdnadsteorier och begrepp

Jean Watson

Watsons (15, 16) omvårdnadsteori grundar sig i existentialism och fenomenologi. Den mänskliga omsorgsprocessen som sjuksköterskan och patienten deltar i betonas. Teorin beskriver att för att visa mänsklig omsorg krävs att sjuksköterskan har kunskap om flera områden som rör individen bl.a. mänskligt beteende, förståelse för individuella behov och hur man svarar på andras behov. Vidare vad situationen betyder för personen samt hur man visar medkänsla och empati. Människa och miljö står i ett ständigt samspel. De interventioner som hör ihop med den mänskliga omsorgsprocessen kräver att det finns avsikt och vilja, en relation och handlingar. Processen har för avsikt att bevara det mänskliga som kan leda till att människor får en positiv utveckling och välbefinnande. Den ger också sjuksköterskan möjlighet att utvecklas (15, 16). Watsons teorier (15, 16, 17) beskriver tio karaktäristiska faktorer, vilka är tidlösa och bestående. Vi har valt att använda oss av följande:

- Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit
- Kreativ, problemlösande omsorgsprocess
- Stödjande skyddande och/eller förbättrande av psykisk, fysisk, social och andlig miljö
- Tillgodoseende av mänskliga behov (15, 16, 17)

Patricia Benner

Benner (18) har en fenomenologisk tolkning av världen och människan. Hon menar att omsorg skapar den kontext som är kärnan i all omvårdnad. Det finns en ömsesidig påverkan mellan individen och den situation hon befinner sig i. Benner (18) har beskrivit erfarenhetskunskap och sjuksköterskans kliniska verksamhet och kunnande. Hon menar att det är när vi ser helheten som vi rätt kan förstå betydelsen av

sjuksköterskornas bidrag till patientens bästa. Hon beskriver *sju domäner* för god sjuksköterskekunskap som har att göra med klinisk praxis – en mellanform av teori och erfarenhet:

- *Den hjälpande rollen* - Sjuksköterskan skall ha förmåga att lyssna in och ha förståelse för vad som är tecken på sjukdom eller ohälsa.
- *Undervisande och vägledande funktion* – Sjuksköterskan skall kunna kommunicera och informera vid förändringar såsom akut insjuknande.
- *Diagnostisk och övervakande funktion* – Vid bl.a. mätning av parametrar skall sjuksköterskan upptäcka och dokumentera förändring av patientens tillstånd. Sjuksköterskan skall arbeta för att förekomma problem och behov av omvårdnad vilket kräver en utvecklad klinisk kunskap.
- *Att effektivt kunna hantera snabbt skiftande situationer* – Denna domän behöver ytterligare dokumentation för att bli erkänd, så att sjuksköterskor blir bättre förberedda på akuta situationer.

”Patienten har verkligen tur om det finns en erfaren sjuksköterska som kan överblicka hela situationen, så att misstag och dubbla ingripanden kan undvikas i situationer där snabba reaktioner är av nöden.” (18 sid. 101)

- *Att utföra och övervaka behandling* – Det kan finnas en skillnad mellan behandlingar som ges med god omvårdnad eller med bristande omvårdnad.
- *Att övervaka och säkerställa kvalitet i praktiskt omvårdnadsarbete* – Sjuksköterskan skall kunna förebygga och upptäcka fel och ha kunskap om gällande säkerhetsföreskrifter och säkerhetssystem.
- *Att planera och organisera för personalens arbete och vården* – En av sjuksköterskans uppgifter är att samordna och att handskas med skilda behov och krav hos patienter. För att uppnå kontinuitet och ge trygg omvårdnad krävs samordning och lagarbete (18).

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva vad som påverkar vårdkvaliteten hos den äldre patienten i den prehospitala vårdkedjan.

METOD

Denna uppsats utgörs av en litteraturstudie. Litteratur har sökts via systematiska sökningar i databaserna CINAHL och PubMed. Sökningarna begränsades till engelskspråkiga samt ytterligare till dokument type; *research* och journal subset; *peer-reviewed*. Under litteraturgenomgången i bakgrunden kunde vi urskilja områden som har betydelse för vårdkvalitet i vårdkedjan för äldre människor prehospitalt och har valt sökorden utifrån dessa i olika kombinationer enligt tabell 1. Till att börja med använde vi oss av sökordet *elderly*, men fann att *older people* var ett bättre sökord. Det resulterade tillsammans med andra sökord till en artikel (25). Från början sökte vi utifrån beskrivna sökord utan tillägg av *sweden* och fann svårigheter i att begränsa det stora antal som visade sig samt att relevansen inte var tillräcklig för vårt ämne. För att minska ner urvalsantalet försökte vi med många olika kombinationer

och när vi provade sweden hittade vi en begränsning som gav flera relevanta sökresultat (19, 20, 22, 23, 25, 28, 29).

När vi utförde urvalet läste vi abstrakten i de artiklar som gav oss sökresultat som bestod av 31 träffar eller färre. Utifrån syftet avgjorde vi om vi ansåg att artikeln kunde vara av betydelse för ämnesområdet.

Valda artiklar är från åren mellan 2002 och 2006. Ytterligare två ej vetenskapliga artiklar hittades som var relevanta för området genom sökning på Cinahl och utifrån dessa artiklars referenser fann vi tre artiklar (21, 24, 26). Vid genomgång av artiklarna (28) och (29) kunde vi utläsa att det fanns ytterligare en artikel av samma författare. Denna söktes då manuellt på första författarens efternamn och med fältet AU Author i Cinahl. Sökresultatet visade 18 artiklar och vi fann den vi sökte (27). Se tabell 1.

Manuell sökning gjordes även i tidskrifterna Nordisk Geriatrik och Vård i Norden utan att finna någon relevant artikel.

Tabell 1. Redovisning av antalet träffar vid olika sökord i CINAHL.

Datum för sökning	Sökväg/Databas	Sökord	Antal artiklar	Använd artiklar ref. nr
071130	Cinahl	Leadership	1554	0
		Quality care	548	
		Leadership AND Quality care	16	
071130	Cinahl	Quality AND Elderly	1287	0
		Pathway	1303	
		Quality AND Elderly AND Pathway	6	
071130	Cinahl	Prehospital	1093	0
		Prehospital AND Elderly	14	
071130	Cinahl	Prehospital AND Assessment	199	28, 29
		Prehospital AND Assessment AND Sweden	7	
071130	Cinahl	Quality Care	548	20
		Quality Care AND Sweden	10	
071202	Cinahl	Organisation AND Leadership	31	19, 22, 23
		Organisation AND Leadership AND Sweden	5	
071202	Cinahl	Nursing AND Older people	578	25
		Nursing AND Older people AND Sweden	45	
071205	Manuell sökning			21, 24, 26, 27

Varje vald artikel har granskats med hjälp av checklista som tillhanda hålls av institutionen och bedöms vara relevanta.

Vi har använt oss av ett induktivt analysätt genom att först läsa igenom artiklarna flera gånger och finna teman. Sex teman som kunde urskiljas av vikt för vårdkvalitet är: *ekonomi och organisation, ledarskap och arbetsmiljö, samarbete och kommunikation, bedömnings-situationen, förbättringsarbete och omvårdnad.*

Sex artiklar handlade om äldre (19, 20, 21, 23, 25, 26) men även de resterande artiklarna som inte handlade om äldre var ändå relevanta för området. I tabell 2 framgår vilka artiklar som berör respektive tema i resultatet.

Tabell 2 Redovisning av valda artiklar som berör respektive temaområde.

Referens	Ekonomi och organisation	Ledarskap och arbetsmiljö	Samarbete och kommunikation	Bedömnings-situationen	Förbättrings-arbete	Omvårdnad
19	x	x	x		x	x
20	x	x	x	x		x
21	x		x	x		x
22	x	x				
23	x	x	x	x		
24	x				x	
25		x		x	x	x
26		x	x			
27			x	x		x
28			x	x		x
29				x		x

RESULTAT

Resultatet av genomgången av artiklarna presenteras under de sex teman om vad som påverkar vårdkvalitet. Se figur 2.



Figur 2 Teman som påverkar vårdkvalitet i vårdkedjan av äldre patienter prehospitalt

Ekonomi och organisation

I vården av äldre är trygghet viktigt. Vården behöver vara organiserad på ett sätt så att det möter den äldre människans behov (19, 20). Brister i organisation och struktur leder till att patienter blir förflyttade mellan vårdgivare och inte får den vård de behöver (21).

Det nya marknadstänkandet med effektivitet och produktivitet som mål, är ett hot mot vårdkvalitet när det gäller arbetsbelastning och samarbete mellan organisationer då varje organisation ytterst värnar om sin ekonomi (19, 22). Effektivitet, produktivitet, tillväxt och "tävling" passar dåligt ihop med samarbete, koordination och gemensamma bedömningsunderlag. Även om intentionerna är att inriktningen skall vara patient- eller klientcentrerad framkommer en uppfattning om att det blir fina ord som hamnar i skymundan av den ekonomiska styrningen (19).

Att budget och ekonomi prioriteras beskrivs som en orsak till att arbetsledaren inte har kraft att engagera sig i, eller vara tillgänglig för de anställda i vården av äldre (23, 24). Forsberg et al (22) däremot visar dock på att ledarskapskvalitet inte påverkas av betalsystemet men är av stor vikt i de organisationer där de ekonomiska ramarna är mindre. De drar slutsatsen att gott ledarskap kan skydda organisationen mot oväntade sidoeffekter som betalningssystemet kan orsaka (22).

En schism mellan kommun och landsting finns, som bl.a. förklaras av att de har sitt ursprung i olika kulturer, och leder till problem inom äldrevården. Dessutom finns svårigheter i gränsdragningen mellan vad som är hälso- och sjukvård och vad som är kommunal äldrevård (19, 20).

Ledarskap och arbetsmiljö

För att sjuksköterskan skall kunna känna tillit till sin egen professionella kompetens är det viktigt att arbetsmiljön är av stöttande karaktär och daglig kontakt med arbetsledaren efterfrågas. Personal och deras chefer behöver tid att diskutera och reflektera över det dagliga arbetet, speciellt i svåra situationer. Detta saknas av sjuksköterskor som upplever att arbetsledare har för stora ansvarsområden eller att andra uppgifter prioriteras (20, 23, 25).

Gott ledarskap visar sig leda till både bättre vårdkvalitet och bättre arbetsmiljö. Ekonomisk styrning påverkar inte ledarens möjligheter att utöva ett gott ledarskap utan det framhålls att ledarskapskvaliteten är än viktigare i organisationer med större ekonomiska krav (22). Politiker uttrycker svårigheter i att hitta ledare och utbildad personal som en förklaring till problemen inom äldrevården (19). Effektivt ledarskapet är också viktigt för att kunna åstadkomma förändringar i organisationen (26).

Gemensamma mål och visioner kräver bra kommunikation för att alla skall få samma bild. En beskrivning av sjuksköterskans roll i organisationen behövs för att sjuksköterskan skall kunna känna trygghet och ökar förmågan att ta rätt beslut. Ett problem som beskrivs är dubbla budskap där målen säger en sak och verkligheten en annan. T.ex. att målet är att patienterna skall komma ut varje dag men att det i verkligheten sker ytterst sällan (19, 23, 25). Allt fler sjuka vårdas i hemmen vilket kräver högre medicinsk kompetens både hos arbetsledare och kollegor (25).

Samarbete och kommunikation

Bildandet av nätverk sammanför alla parter i vårdkedjan och ger en mer effektiv äldrevård. Det finns ett stort behov av att sjuksköterskor från olika organisationer skall kunna samarbeta bättre och det är viktigt att mötas ansikte-mot-ansikte för att nätverken skall fungera bra. Etablerandet av tillit och öppenhet för att arbeta tillsammans med professioner från alla berörda organisationer är mycket viktigt för att uppnå optimal vård för äldre (26). Teamarbete, utbildning och utveckling är kopplat till motivation och intresse av att göra ett gott jobb (23).

Brist på samarbete ansågs i Henriksen et al's (19) studie vara ett stort problem som påverkar arbete och kompetens i såväl organisationen som för individer i organisationen. Teamarbete lyfts upp som ett viktigt område både när det gäller att samarbeta mellan olika personalkategorier eller mellan kollegor samt mellan olika vårdgivare. Det finns en tydlig skillnad i kvaliteten av samarbete när personer träffas eller är skilda åt i tid och rum. Eftersom varje arbetsplats har sin egen organisation och kultur, utgår varje person ifrån den miljö hon befinner sig i och oförståelse för andra organisationers kultur ökar misstron mot varandra (19, 23).

När sjuksköterskan överlämnar en patient från ambulans till akutmottagning på sjukhus beskrivs flera svårigheter. Dels möts sjuksköterskan av ett mer medicinskt inriktat arbetssätt där diagnos är prioriterat och omvårdnadsbehoven underordnade, dels att det finns svårigheter i att rapportera hela scenariot. Det beror på att erfarenhetsbaserad bedömning och kunskap kan vara svårt att omsätta i ord så att mottagande personal förstår till fullo (20, 27). Det är av betydelse att den mottagande sjuksköterskan på akutmottagningen har en öppen och tillmötesgående attityd inför patientens behov (27). Ambulanssjuksköterskans omvårdnads kunskap innebär ett helhetstänkande med fokus på patientens behov och anses vara en bra kompetens i ambulanssjukvården (20, 28). I Mellby et al's (20) studie och Suserud et al's (28) studie motsäger sig själva då det framkommer det att ambulanspersonal har ett övervägande medicinskt tänkande och att de betonar medicinska åtgärder som det man helst vill ägna sig åt (20, 28).

Både muntliga rapporter och dokumentation är viktigt vid överlämnandet (21). Ambulanspersonalens dokumentation borde, enligt Suserud et al (27), vara basen för kvalitet och klinisk omvårdnad. Då blir dokumentationen en del i patientens hela vårdkedja från insjuknande till utskrivning. Det saknas en holistisk framtoning i dokumentationen och det saknas även en klar bild av vad som borde ingå (20, 27). Suserud et al (27) framhåller att en viktig fråga är vad som skall ingå i dokumentationen prehospitalt och hur man skall få nästa enhet att förstå vad man menar. Det är viktigt att sjuksköterskorna talar samma språk och kan förklara så att en tydlig bild av patienten skapas (27).

Bedömningssituationen

När sjuksköterskor först möter patienter måste de vara öppna för all information om patienten, situationen och vad som inträffat, oavsett om det är i ett hem eller på en olycksplats (29). En holistisk bedömning är viktig i den akuta vården av äldre samt en bred kunskapsbas för att kunna ta rätt beslut om vidare åtgärder. Vid brist på kunskap om patienten, t.ex. om journaler inte finns tillgängliga, eller vid dålig tillgänglighet till läkare eller sjuksköterska som "känner" patienten, försvåras bedömningen och risken ökar för att patienter får åka akut till sjukhus (20, 21, 23, 25, 28, 29). Svårigheter som sjuksköterskan kan stöta på vid bedömningar är att hon ofta

är ensam samt avsaknad av standardiserade bedömningsunderlag eller vårdplaner som innehåller information om vad som skall göras om patienten försämras (21, 25, 28).

Att kunna lita på sin intuition och att kunna omsätta sina tidigare erfarenheter till den aktuella situationen är viktigt för beslutsfattandet liksom förmågan att kunna prioritera och organisera (21, 25). Sjuksköterskors högre akademiska utbildning anses vara viktigt för bedömningen då den innefattar ett holistiskt synsätt. Tilltro till sin egen kompetens i omvårdnad och en säkerhet gällande sin medicinska kunskap är en styrka i bedömningssituationer (20, 25).

Suserud et al (27) och Melby et al (20) menar båda att sjuksköterskor har en helhetssyn och behovsriktat arbetssätt som är viktigt i bedömningssituationen. I samma artiklar beskriver de att ambulanssjukvården historiskt sett har varit diagnosriktad och utifrån det behandlar medicinskt utifrån patientens symtom. Intervjuad ambulanspersonal beskriver dessutom att bedömningen i första hand har fysiskt fokus (20, 27).

Förbättringsarbete

I arbetet med att göra vården bättre framkommer vikten av utbildning och högre kompetens för specifika arbetsuppgifter. Inom äldreården kan bättre tillgänglighet till information om patientens hälsohistoria göra väntetiderna för patienten kortare och rätt åtgärder kan därmed sättas in fortare. Chefer inom äldreården påtalar brist på kunskap om vilken kvalitet vården har och efterfrågar kvalitetsmätningssinstrument och utvärdering av sjukvården (19, 25).

Attres (24) studie visar att det finns en oro bland sjuksköterskor att vårdkvaliteten skall försämras då de hamnar i dilemman om att göra en avvikelserapportering eller inte. Det står mellan deras plikt att som professionella ta sitt ansvar och oro inför vilka negativa konsekvenser det kan få för dem själva eller kollegor. När sjuksköterskor anmäler avvikelser men inget händer tappar de förtroende för systemet och tycker att det inte är någon mening då inget görs för att förändra. Sjuksköterskorna beskriver hur den ideala organisationen skulle se ut; De vill se en organisation med öppen kultur där avvikelserapporter uppfattas som professionell plikt och vars och ens ansvar. De vill se positiv respons på de avvikelser som görs vilket skulle vara en av de faktorer som skulle främja utvecklingen av organisationen (24).

Omvårdnad

Det är inte alltid den maximala vården som är till patientens bästa utan den optimala vården som tar hänsyn till patientens tillstånd och den övriga information kring patienten. För att kunna ge god omvårdnad till äldre patienter i vårdkedjan är det avgörande att sjuksköterskan har ett empatiskt och holistiskt synsätt utöver sin medicinska kunskap och förmåga att prioritera och organisera sitt arbete. Sjuksköterskor har en utmärkt grund för att vårda och möta äldres personers behov och balansen mellan omvårdnad och medicinsk behandling är av betydelse för vårdkvalitet (19, 20, 21, 25, 27, 28, 29). I Melby et al's (20) intervjuer med sjuksköterskestudenter framkom att ambulanssjuksköterskor inte tycker det är spännande att jobba med äldre utan föredrar ett mer medicinskt omhändertagande (20).

I akuta situationer hotas de äldres känsla av trygghet och tillit och främmande miljöer och långa väntetider kan vara mycket påfrestande. Detta ställer höga krav på sjuksköterskan i möte med patienten. Att handla ansvarsfullt, ge tillräcklig tid och ge god information är av stor vikt. För att säkerställa en patientfokuserad filosofi är det viktigt att inkludera kunskap om attityder i utbildningen av ambulanssjuksköterskor (20, 27, 21).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Inledningsvis mötte vi svårigheten i att hitta relevanta artiklar om äldre i den akuta situationen. Exempelvis vid användandet av sökorden "trauma" och "elderly" fann vi 14 artiklar men endast en av dem verkade vara av betydelse för denna studie. När vi granskade artikeln visade det sig att den belyste äldre *bilars* betydelse i samband med olyckor och valdes därmed bort. Från början var vi inriktade på vilka faktorer som påverkade sjuksköterskans möjligheter att ge god omvårdnad. Vi fann att vårdkvalitet var ett bättre begrepp då det innefattar även andra faktorer, förutom omvårdnad, som har betydelse för patienten i vårdkedjan.

Det är anmärkningsvärt att vi hittade så få träffar när vi sökte på prehospitalt och äldre. Kan det ses som ett tecken på att detta område inte har fått tillräckligt mycket forskning?

Med tanke på att ingen av artiklarna var heltäckande för det område vi valt att studera fick vi använda artiklar som berörde olika delar av området. Detta kan till viss del medföra svårigheter i att dra slutsatser men vi har ändå funnit artiklarna värdefulla i sina respektive delar. De har gett oss kunskap som är viktig för vårdkvalitet i vårdkedjan. Vi upplever att resultatet överrensstämmer med den kliniska verkligheten vi arbetar i.

Vi kunde utifrån kunskapen i bakgrunden urskilja några olika områden som påverkade vårdkvalitet och omvårdnad vid omhändertagande av äldre patienter. Utifrån dessa valde vi sökord och vid genomgång av valda artiklar framkom sex teman. I denna process fann vi en viss svårighet då artiklarna skilde sig åt i innehåll och många områden går in i varandra. Vi tycker ändå att uppdelningen av teman är värdefull och talande.

Många av de artiklar som använts är hämtade från databasen Cinahl men flera av dessa påträffades även i PubMed. Eftersom Cinahl var den första databasen vi sökte i blev det naturligt att välja dem. Artiklarna är från åren 2002-2006 och vi fann dem aktuella. Detta var viktigt då förutsättningarna förändrats både i ambulanssjukvården och den kommunala vården under de sista decennierna (8, 9, 10).

De flesta artiklarna (19-21, 23-29) är kvalitativa och innebär att de kopplas till helhetsperspektivet. Fördelen med kvalitativa studier, ser vi, är att verkligheten speglas så som den uppfattas och att fler aspekter kan bli synliga. Nackdelen kan vara svårigheten i att generalisera resultatet att gälla alla då det behöver ses i sitt sammanhang. Eftersom vårdkvalitet kan vara svår att mäta i sin helhet ger det ändå en värdefull fingervisning om vilka områden som behöver belysas ytterligare. Den kvantitativa artikeln vi använt oss av (22) gav intressanta resultat då den jämförde

ledarskap vid olika ekonomiska förutsättningar och även om det var läkare som var informanter har vi anledning att tro att det är överförbart på vårt ämne.

Vi fann från början svårigheter i att hitta relevanta artiklar utifrån sökorden Prehospital, Nursing, Organisation, Assessment, Leadership, Quality care, Elderly, Old people och Pathway i olika kombinationer. Vid sökning på "Pathway" handlade de flesta artiklarna om utskrivningsprocesser och passade inte för denna studie. Vid tillägg av Sweden fann vi flera relevanta artiklar. Det kan kanske förklaras med att vi skriver om ett ämne som tar upp hur sjukvården är organiserad i Sverige och hur vårdkedjan och äldrevården fungerar just här. Flera av artiklarna är intervjuer i svenska förhållanden och ger en god bild av läget i Sverige. För att ge en bredare överblick har vi även använt oss av artiklar från andra länder så som England (20, 25) och Australien (26). Vi upplevde dock svårigheter i att hitta relevanta utländska artiklar just för att de inte passar in i våra förhållanden. Det hade varit intressant att jämföra hur andra länder arbetar på detta område. Vi skulle i så fall kunna ta del av deras forskning och beprövade erfarenheter och omsätta det till det svenska sjukvårdssystemet (20, 24, 26).

Resultatdiskussion

Vårt syfte med studien, att beskriva vad som påverkar vårdkvalitet hos den äldre människan i den prehospitla vårdkedjan, har uppnåtts. Området vi valt att studera är stort och komplext och vi har berört flera delar utan att göra anspråk på att vara heltäckande. Förutom kunskapen om ett antal faktorer som påverkar vårdkvalitet har vi, under arbetets gång, fått en större kunskap om både samhällets, vårdgivarens och den enskilde sjuksköterskans sätt att möta äldre människors behov av vård i den akuta situationen.

I genomgången av litteratur eller artiklar finns ingenstans beskrivet när ambulanspersonal möter andra sjuksköterskor prehospitalt eller hur det fungerar i kommunikationen sjuksköterskorna emellan. Vi har heller inte hittat något sammanhang där vårdkedjan eller samarbete inom vårdkedjan inkluderar ambulanssjukvården. Detta finner vi anmärkningsvärt och utifrån resultatet i denna studie är det en förutsättning för god vård att denna kedja fungerar. För att få en välfungerande vårdkedja måste alla länkar i den få sin plats och alla måste ta ett gemensamt ansvar för att förbättra vårdkvaliteten för den enskilda patienten. Det är ett intressant område för vidare forskning som kan medföra positiva konsekvenser för vården.

Vikten av ett helhetstänkande är en av de mest framstående slutsatserna i resultatet. Det stämmer väl överrens med sammanfattningen av omvårdnadsteorier och begrepp. Om helhetstänkandet är centralt borde det vara utgångspunkten för vidare arbete med vårdkedjan av äldre. Vi kan konstatera att många olika organisationers inblandning i patientens väg genom vården medför svårigheter i att utvärdera och överblicka helhetsbilden. Därmed förklaras också svårigheten i utvecklings- och förbättringsarbete på detta område. När pengarna blir det ytterst styrande, blir vårdkvaliteten påverkad!

Ekonomi och organisation

Ekonomi har en stor roll i det att den separerar organisationerna från varandra eftersom varje organisation i grund och botten värnar om sin egen ekonomi (20, 23). Detta är ett hot mot helhetstänkandet och försämrar förmågan för organisationerna att

samarbeta (7, 20, 21). Det är dessutom ett hot mot patienternas behov av att känna trygghet och tillit vid förflyttningar mellan vårdgivare (11, 20, 26). Som yrkesverksamma sjuksköterskor ser vi, i likhet med resultatet, att det belyser ett stort problem inom vårdkedjan. Vi inser att det berör alla inblandade från politiker till patient och ser ett stort behov av forskning och förbättringsarbete på området.

Engagemang och tillgänglighet hos ledare skulle kunna göra att samarbetet över gränserna kan öka (24, 25). Forsberg et al.'s studie (23) visar att det inte är betalningssystemen som påverkar ledarskapet men att ledarskapet betyder mycket då de ekonomiska ramarna är mindre. Därför borde organisationerna vara mer intresserade av att förbättra vårdkvaliteten genom att se vikten av ett kvalitativt ledarskap mer än vad verkligheten visar. Det skulle leda till en bättre arbetsmiljö och skydda mot negativa och oväntade ekonomiska sidoeffekter.

Vi ställer oss frågan om vårdkvaliteten skulle förbättras om större intresse och ekonomiska resurser fanns för att vidga kunskapen i detta område?

Ledarskap och arbetsmiljö

I resultatet framkom vikten av ett fungerande ledarskap både från politiker, chefshåll och anställda sjuksköterskor (19, 22, 23). Bristen på ledarskap påverkar arbetsmiljön och minskar personalens möjligheter att ge god vård. Tillgänglighet och tid är en förutsättning för ledarskap men också kvaliteten på ledarskapet är avgörande (22). Vi finner det intressant att det är ännu viktigare med ett kvalitativt ledarskap när ekonomin är pressad. I det resultat vi fått fram hade ledarskap en större roll än vi trodde och vi drar slutsatsen att bristande ledarskap är en avgörande faktor för sjuksköterskors arbetssituation och därmed kvaliteten på vården.

I resultatet framkom att sjuksköterskor upplevde att arbetsledare hade för stora ansvarsområden eller att andra uppgifter prioriterades framför att vara närvarande för medarbetarna. Sjuksköterskorna efterfrågade daglig kontakt med ledaren eftersom de har behov av att reflektera det dagliga arbetet (20, 23, 25). Det skulle vara intressant att se vad arbetsledare själva tycker i dessa frågor. Upplever de själva att de har rätt prioriteringar och att de finns tillgängliga för sin personal? Vilka hinder finns för att vara en kvalitativ ledare?

Vi tror att när ledaren får större inblick i det praktiska arbetet i organisationen ökar intresset för att förbättra vårdkvaliteten. Organisationen skulle kunna åstadkomma större förändringar beträffande kvalitetshöjande arbete om ledaren visade större intresse för det praktiska vårdarbetet och att tid ges för detta. I sammanfattningen av omvårdnadsteorier ser vi att ledarskap har betydelse för sjuksköterskan framför allt på områdena *kunskap* och *hjälpande handlingar* då dessa är områden som hela tiden utvecklas och förändras utifrån situation. Vi anser att det inte bör handla om "tur", som Benner (18) uttrycker det, för att få sitt vårdbehov mött utan att sjuksköterskor blir utrustade med rätt kunskap och verktyg för att kunna ta rätt beslut.

Resultatet visade problem med målsättning och ledarskap på arbetsplatsnivå inom organisationerna. Det är viktigt att de anställda får känna delaktighet i verksamhetens mål och att det finns ett tydligt ledarskap (20, 22, 24). Vi anser att ledaren skall vara tillgänglig och visa tillit till personalen för att därigenom ge personalen motivation och glädje att utföra ett bra jobb. Det gynnar i slutändan även den enskilda patienten. Vi ser också att det ger en vinst ur ett samhällsekonomiskt perspektiv genom ökad arbetstillfredsställelse, bättre vårdkvalitet och effektivitet. Vi kan se att eftersom

problemen med målsättningar och ledarskap är så tydliga blir det en stor utmaning att skapa en vårdkedja med hög vårdkvalitet (23).

Samarbete och kommunikation

Samverkan handlar om att använda de offentliga resurserna på ett så effektivt sätt som möjligt för att nå bästa möjliga kvalitet (7). Då behöver politiker och andra som styr organiseringen av vården vara medvetna om den kliniska verkligheten. De behöver bli medvetna om vilka effekter olika beslut får för den enskilde medarbetaren, patienten eller ekonomin.

Historiskt sett har sjuksköterskor funnits i kommunal sjukvård sedan Ädelreformen 1992 och inom ambulanssjukvården i större utsträckning sedan 2005 (8, 9, 10). Detta innebär en relativt kort historik och kan vara en del av förklaringen till svårigheter att se sin egen och varandras roller prehospitalt samt att det finns lite forskning på området. Vi drar slutsatsen att det har betydelse att veta vilken kompetens man rapporterar till eller får rapport från i ett vid överlämningstillfälle. Sjuksköterskor i olika organisationer har olika kompetens. Ett exempel är sjuksköterskor i kommunal verksamhet som är mer omvårdnadsinriktade. De har stor kännedom om patientens omvårdnadsbehov och har ett helhetstänkande när det gäller patientens situation (7, 9, 10). Denna kompetens är viktig att ta vara på och är betydelsefull för mottagande sjuksköterska/vårdgivare på sjukhuset då patienten anländer dit. Vi tror att respekt för varandras kunskaper och olikheter samt att se vad den andre kan tillföra i situationen skulle kunna öka vårdkvaliteten för den enskilda patienten.

Att sjuksköterskor i olika organisationer är skilda åt i tid och rum anses vara ett problem både för teamkänslan och för att man inte ser konsekvenserna av sitt eget handlande (7, 19, 23, 24, 26). Vi ser att det givetvis ligger en svårighet i att träffas ansikte mot ansikte men vi tror att det borde gå att utveckla smidiga kommunikationsvägar. Vi ser också att det finns ett behov av relevant uppföljning och information om varandras arbetssätt där den enskilda sjuksköterskan kan ta lärdom av både de positiva och negativa konsekvenserna handlandet gav patienten. Det är också viktigt att lyfta frågan om vad man förväntar sig av varandra samt hur man utvärderar varandra och samarbetet.

I resultatet framkom att det fanns ett problem i att ambulanssjuksköterskan inte upplevde att personalen på akutmottagningen lyssnade på den rapport de lämnade i tillräcklig utsträckning (20, 27). Vi har i vår kliniska verklighet sett att samma problematik även finns i förhållandet sjuksköterska i kommunal verksamhet och ambulanssjuksköterska. Det skulle kunna motverkas om sjuksköterskan i kommunal verksamhet får ökad kunskap om vilka kontroller ambulanssjuksköterskan gör och hur de jobbar. På samma sätt skall ambulanspersonalen kunna känna att de skall kunna lita på att de kontroller som den kommunala sjuksköterskan gjort är riktiga. Det är då lättare att förbereda patienten och veta vilken information sjuksköterskan skall vidarebefordra. Omvänt är det bra för ambulanspersonalen att veta hur den kommunala sjukvården fungerar för att få med sig tillräcklig information till sjukhuset. Ett sådant kunskapsutbyte över organisationsgränserna skulle även bidra till att minska risken för misstro mot varandra (19, 23).

Suserud et al (27) poängterar vikten av att ambulanssjukvårdens bedömningar och dokumentation ligger till grund för den vidare gången i vårdkedjan men de har inte tagit med aspekten om att det finns fler sjuksköterskor som har kontakt med patienten i dess hem. Detta är anmärkningsvärt och vi ställer oss frågan om ingen

tidigare belyst detta område? Alla sjuksköterskor som arbetar inom ambulanssjukvård eller kommunal sjukvård har erfarenhet av dessa situationer och det skulle vara intressant att ta del av deras erfarenheter av varandra över gränserna.

Bedömningssituationen

Benners (18) beskrivning av erfarenhetskunskap visar i en av de sju domänerna vikten av att sjuksköterskan skall kunna hantera snabbt skiftande situationer. Det beskrivs också att det i detta område behöver ytterligare dokumentation och att området blir erkänt. Det skulle göra sjuksköterskor bättre förberedda i akuta situationer. Nunes-Ferraz et al (2) tar också upp problematiken med generella prioriteringsdirektiv i oplanerade vårdssituationer och menar att den enskilde medarbetarens beslut och åtgärder är avgörande för konsekvenser för vårdkvalitén men även för kostnadseffekterna. Eftersom bedömningssituationen är avgörande både för vårdkvalitet och ekonomi borde det vara ett centralt område för utveckling och forskning.

I resultatet framkom att det saknas bedömningsunderlag och handlingsplaner när en patient försämras samt att det finns en brist på bakgrundsinformation eller journaler för beslutsfattande (20, 21, 23, 25, 28, 29). Avsaknaden av standardiserade bedömningsunderlag eller vårdplaner i patientens hem gör att sjuksköterskans bedömning försvåras då hon inte sedan tidigare känner patienten (21, 25, 28). Sjuksköterskan befinner sig således i en mycket utsatt situation när akuta bedömningar skall göras.

I de granskade artiklarna beskrevs bedömningssituationer inom ambulanssjukvården (27, 28, 29) men de var inriktade på akuta, livshotande situationer och mindre på de komplexa behoven som är avgörande för äldre vid en försämring av tillståndet i hemmiljö. Vi tror att bedömningsunderlag skulle underlätta sjuksköterskans förmåga att göra säkrare bedömningar och att det är viktigt att dessa tar hänsyn till de äldre patienternas behov.

Viktiga frågor att ställa till vårdansvariga i geriatriken blir då:

- Vilka faktorer bör man ta hänsyn till hos geriatriska patienter?
- Vad skulle prioriteringen leda till?
- Finns alternativa vårdformer för denna patientgrupp?

Ambulanssjuksköterskor ansågs i resultatet vara bra på helhetssyn och omvårdnad. I samma studie framkom ändå att ambulanspersonal hade ett medicinsk inriktat arbetssätt och ambulanssjukvården har historiskt sett varit diagnosinriktad (20, 27). Skillnaden nu är att de flesta som arbetar i ambulanssjukvården är sjuksköterskor med högre akademisk utbildning och därmed experter i omvårdnad (20, 21). Det skulle därför vara till godo för sjukvården om de fick utrymme att utöva god omvårdnad som inte bara inriktas på medicinsk vård. Vi drar slutsatsen att sjuksköterskor i kommunal verksamhet kan bidra till en större helhetssyn. De har goda kunskaper om omvårdnadsbehov och kännedom om patienten (7). Ambulanssjuksköterskans främsta bidrag är att kunna göra akuta bedömningar där den kommunala sjuksköterskans kunskaper om patienten tas med i bedömningen. Det är viktigt att se kollegan från en annan organisation som en kunskapsresurs.

Förbättringsarbete

I alla de artiklar vi läst har det kommit fram någon form av ny kunskap eller förslag om förbättringar inom området (19-29). Vi ser att det saknas vägar där dessa förbättringar verkligen kan komma till användning i praktiken. I lagar och styrdokument betonas kvalitetssystem och krav på god vård (11) men mycket av vårt resultat visar på brister av just detta. Chefer har efterfrågat kvalitetsmätningssystem och utvärdering av sjukvården (19, 25) och Socialstyrelsen påpekar att det finns en brist på ämnet förbättringskunskap i vårdutbildningar (11). Detta är ett spännande och utmanande område som behöver lyftas i vården. Initiativtagande från organisationer att arbeta kvalitetshöjande inom omvårdnad är något vi tror skulle mötas med positiv respons av sjuksköterskorna. Det är omvårdnad som är vårt specialområde och Benner (18) betonar i en av sina domäner att sjuksköterskan skall kunna övervaka och säkerställa kvaliteten i omvårdnadsarbetet samt kunna förebygga och upptäcka fel.

Vi kan se att det finns en svårighet i vårdkedjan att se varandras problem och att skriva avvikelser på kollegor i andra organisationer (7, 24). Vi drar slutsatsen att införande av ett arbetssätt, där avvikelserrapporter används på ett konstruktivt sätt, skulle förbättra vårdkvaliteten. Det skulle minska rädslan för negativa konsekvenser för dem själva och deras kollegor. Det har framkommit i intervjuer med sjuksköterskor att de efterfrågar en öppen kultur där avvikelserrapporter skulle ses som professionell plikt och vars och ens ansvar (24). Vi anser att det borde finnas fler sätt att kommunicera över gränserna. Regelbundna undersökningar om sjuksköterskornas inställning till vårdkvalitet och samarbete över organisationsgränserna skulle vara intressant. Det skulle vara viktig och intressant information för varje organisation och för beslutsfattare likaväl som för den individuella medarbetaren. Det skulle kunna genomföras i samband med så kallade medarbetarenkäter. Vi tror att i grund och botten är alla intresserade av utveckling och utbildning av den egna verksamheten eller arbetsinsatsen.

I Attres studie (24) framkommer det att det finns en oro bland sjuksköterskorna för att göra avvikelserrapporter. Genom att införa ett arbetssätt, där avvikelserrapporter används på ett konstruktivt sätt skulle det förbättra vården. Det skulle minska rädslan för negativa konsekvenser för dem själva och deras kollegor. Sjuksköterskorna står idag i ett dilemma i att anmäla en kollega eller att försämra vårdkvaliteten. Om man syndabockstänkandet minskar och det visar sig att det finns mening med att göra anmälningar/avvikelserrapporter skulle förtroendet hos sjuksköterskorna öka. Det har framkommit i intervjuer med sjuksköterskor att de efterfrågar en öppen kultur där avvikelserrapporter skulle ses som professionell plikt och vars och ens ansvar (24).

Utifrån svårigheterna att hitta vetenskapliga artiklar på området anser vi att det finns en brist på tradition av forskning inom den kommunala äldrevården och om äldre patienter i ambulanssjukvård. Detta tror vi försvårar arbetet med att förbättra vårdkvaliteten i vårdkedjan. Det krävs att hela vårdkedjan tar del av den kunskap som finns men också att intresse för att finna ny kunskap.

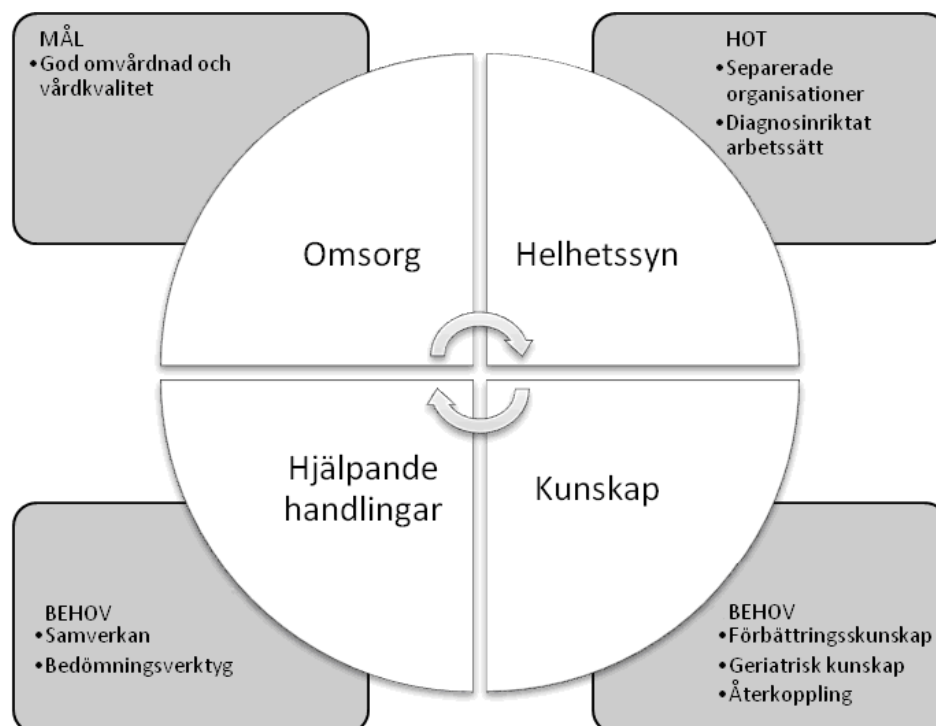
Albinsson et al (23) ställde frågan ”Hur är vården där du jobbar?”. Det är en viktig fråga som varje medarbetare bör få. Det ger en indikation på vårdkvalitet och förbättringsområden. Vi tror att när sjuksköterskor strävar efter god kommunikation kollegor emellan och ser att deras egen insats spelar stor roll för vårdkvaliteten så har det effekt.

Det framkom att vikten av utbildning och höjd kompetens är viktig för att förbättra vården (20, 22). I vår egen sammanfattning av omvårdnadsteorier är klinisk kompetens och en bred kunskapsbas en av hörnstenarna och i ledarskap ligger ett ansvar i medarbetarnas möjligheter till utveckling (3). Vi anser att förbättringskunskap är viktigt för alla kompetenser och i alla led i vårdkedjan.

Omvårdnad

Vår kliniska erfarenhet av att äldre patienter är en utsatt grupp i vårdkedjan har i resultatet styrkts liksom att sjuksköterskor har en bra kompetens för att möta dessa patienter. För att sjuksköterskan skall kunna ge god omvårdnad är det avgörande att hon använder sig av ett empatiskt och holistiskt synsätt. Det är nödvändigt att kunna kombinera det med den medicinska kunskapen och att kunna prioritera och organisera arbetet. Om hon har sjuksköterskan har denna förmåga kan hon bidra till bättre vårdkvalitet. Det är viktigt att sjuksköterskan kan hitta den rätta balansen mellan omvårdnad och medicinsk behandling (19, 20, 21, 25, 27, 28, 29). För att kunna genomföra detta och skapa en utvecklande process på arbetsplatsen behöver sjuksköterskor både utökad kunskap samt tillfällen för reflektion genom t.ex. omvårdnadshandledning.

Vi har i detta arbete belyst ett stort och komplext område och funnit att omvårdnadsmodellen, se Figur 1 sid 7, är värdefull och relevant som en grund för vårdkvalitet i vårdkedjan av äldre. Alla delarna i modellen; omsorg, helhetssyn, kunskap och hjälpande handlingar har i resultatet visats vara viktiga för vårdkvalitet. Vi har även dragit slutsatser om att det föreligger behov av att stärka vissa delar samt att det finns direkta hot mot vårdkvalitén av äldre patienter prehospitalt. Vi vill i Figur 3 visa en sammanfattning av detta.



Figur 3 Hot mot, och behov för att stärka, god omvårdnad och vårdkvalité.

Vi har sett att det endast finns lite forskning om ambulanssjukvård och äldre. I litteraturen (8) framkom att intensivvård-, anesthesi och ambulansvidareutbildningar

var de som lämpade sig bäst i ambulanssjukvården. Det tycker vi är anmärkningsvärt då de äldre utgör en stor kategori vårdtagare som vårdas i ambulans (8, 20). Det kan ha att göra med att ambulanssjukvården främst är medicinskt inriktad och kan göra att sjuksköterskan förlorar helhetssynen i mötet med den äldre patienten (20, 21, 27). Eftersom ledarskapet har betydelse för målsättning och motivation (3, 4, 20, 23, 25, 26) tror vi att det är av vikt att ledare inom ambulansorganisationer inser vikten av geriatrisk vård och skulle kunna påverka t.ex. ambulanssjuksköterskorna till att öka sitt intresse för denna patientgrupp. Det skulle även leda till att helhetssynen ökar och sjuksköterskorna blir ännu mer omvårdnadsinriktade.

De äldre patienterna är en utsatt grupp men det finns fler grupper som är utsatta t.ex. barn, handikappade eller kroniskt sjuka. Oavsett om man har ett stort eller litet omvårdnadsbehov så bör samma förhållningssätt gälla för varje patient i vården. Att ge vård av god kvalitet.

Slutsats

Vår slutsats är att sjuksköterskor skulle kunna bidra till förbättrad vårdkvalitet på flera områden i vårdkedjan. Här följer tre områden med förslag på hur dessa kan stärkas.

- Helhetstänkande och kunskap om de äldre patienternas ökade omvårdnadsbehov.
 - omvårdnadshandledning där man tar upp dessa ämnen
 - utbildning, speciellt inom ambulans- och akutsjukvård
- Respekt för varandras professioner
 - kunskap om sin egen och andra sjuksköterskors roll och arbetssätt i vårdkedjan
 - klargöra vilka förväntningar som finns på varandra
- Att organisationerna ger sjuksköterskorna möjligheter att arbeta på ett sådant sätt genom:
 - gemensamma mål för vårdkvalitet och samarbete
 - gemensamma bedömningsunderlag, exempelvis utifrån ett vidareutvecklat triagekoncept
 - fungerande avvikelsehantering med återkoppling
 - tydliga och enkla kommunikationsvägar

Förslag på områden att arbeta med för att höja vårdkvalitén:

- Hitta ett språk i förbättringsarbetet som ger vägar att kommunicera mellan organisationerna i ett utvecklingssyfte. Finna vägar så att de som utför vården ska kunna kommunicera med beslutsfattare.
- Hur skall den enskilda sjuksköterskan kunna påverka? Det finns många kompetenta sjuksköterskor som skulle kunna bidra med ökad vårdkvalitet om bara vägarna fanns. Går det att utarbeta ett verktyg för detta?

- Det finns lite kunskap om förbättringsarbete. Våra funderingar är: Hur går alla bra idéer och konklusioner vi läst om att genomföra? Saknas det ekonomiska resurser eller beror det på bristande intresse hos ledarna?

Frågor för vidare forskning skulle kunna vara:

- Hur kan den akuta bedömningen påverka vårdkvalitén för patientens vidare gång i vårdkedjan?
- Hur kan den akuta bedömningen användas på ett mer effektivt sätt för att styra patienten till rätt vårdinstans?
- Vilken effekt får sjuksköterskornas beslut på ekonomin?
- Vilken dokumentation och kommunikation behövs för att viktiga uppgifter skall kunna vidarebefordras genom vårdkedjan?

REFERENSER

1. Raadu G. Författningshandboken för personal inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber; 2008.
2. Ferraz-Nunes J, Karlberg I, Bergström G. Hälsoekonomi: Begrepp och tillämpningar. Första upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2007.
3. Jacobsen D I, Thorsvik J. Hur moderna organisationer fungerar. Bergen: Bokförlaget; 2006.
4. Nilsson K. Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete. Lund: Studentlitteratur; 2005.
5. Udén G. Kvalitetssäkring i omvårdnad – olika perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 1994.
6. Ekman Philips M. Dialog över etablerade gränser. Stockholm: Arbetsinstitutet; 2002.
7. Lindberg K. Kopplandets kraft. Om organisering mellan organisationer. Kungälv: Bokförlaget BAS; 2002.
8. Wireklint Sundström B. Förberedd på att vara oförberedd: en fenomenologisk studie av vårdande bedömning och des lärande i ambulanssjukvård. [dissertation]. Växjö: Växjö university press; 2005.
9. Lindencrona C. Hemsjukvård. Första upplagan. Göteborg: Liber AB; 2003.
10. Wallenstein Axelsson M. Rutiner vid medicinska behovsbedömningar. Kartläggning av distriktsjuksköterskornas erfarenheter i Malmö stads hemsjukvård. Bedömningar av äldre – delrapport 2003:3.
11. Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm; 2006.
12. Rooke L. Omvårdnad. Andra upplagan. Stockholm: Liber Utbildning AB; 1995.
13. Rundgren Å, Dehlin O. Geriatrik i öppenvård. Lund: Studentlitteratur; 1994.
14. Sixt E. Nordisk Geriatrik. 2007; 10(4): 10-11.
15. Watson J. NURSING Human Science and Human Care. A Theory of Nursing. Andra upplagan. New York: National League for nursing, cop. USA; 1988.
16. Watson J. En teori för omvårdnad. Omvårdnad och humanvetenskap. Lund: Studentlitteratur; 1993.
17. Watson J. Caring Science as Sacred Science USA: F.A. Davis Company; 2004.

18. Benner P. Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Lund: Studentlitteratur; 1994.
19. Henriksen E, Rosenqvist U. Contradictions in elderly care: a descriptive study of politicians' and managers' understanding of elderly care. *Health and Social Care in the Community* 2002; 11(1): 27-35.
20. Melby V, Assumpta R. Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference? *J of CI Nursing*. 2005; 14: 1141-50.
21. Larsson Kihlgren A, Nilsson M, Sörlie V. Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses' reasoning. *J of CI Nursing* 2003; 12: 28-36.
22. Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B. The relative importance of leadership and payment system Effects on quality of care and work environment. *Health Policy* 2004; 69: 73-82.
23. Albinsson L, Strang P. Staff opinions about leadership and organisation of municipal dementia care. *Health and Social Care in the Community* 2002; 10(5): 313-22.
24. Attree M. Factors influencing nurses' decisions to raise concerns about care quality. *J of Nursing Management* 2007; 15: 392-402.
25. Larsson Kihlgren A, Nilsson M, Sörlie V. Referrals from home care to emergency hospital care basis for decisions. *J of CI Nursing* 2003; 12: 28-36.
26. Robinson A, Street A. Improving networks between acute care nurses and an aged care assessment team. *J of CI Nursing* 2004; 13: 486-96.
27. Suserud B, Bruce K. Ambulance nursing: part three. *Emergency Nurse* 2003; 11(2): 16-21.
28. Suserud B, Bruce K, Dahlberg K. Ambulance nursing assessment: part two. *Emergency Nurse* 2003; 11(1): 8-14.
29. Suserud B, Bruce K, Dahlberg K. Initial assessment in ambulance nursing: part one. *Emergency Nurse* 2003; 10(10): 7-13.

BILAGA Artikel presentation

Referensnr:	19
Författare:	Henriksen E, Rosenqvist U
Titel:	Contradictions in elderly care: a descriptive study of politicians´and managers´understanding of elderly care
Tidskrift:	Health and Social Care in the Community 2002; 11(1):27-35
Syfte:	Att visa på hur kommun- och landstingspolitiker och chefer för äldrevården förstår vårdservice och konsekvenserna av förståelsen i relation till organisationen.
Metod:	Kvalitativ studie, halvstrukturerade intervjuer med öppna frågor, induktivt arbetssätt.
Urval:	Åtta kommunala politiker och tolv chefer från äldrevården i Stockholm.
Antal ref:	30
Land:	Sverige
<hr/>	
Referensnr:	20
Författare:	Melby V, Assumpta R
Titel:	Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference?
Tidskrift:	Journal of Clinical Nursing 2005; 14: 1141-50
Syfte:	Att visa på äldres erfarenheter av prehospital akutsjukvård och att identifiera fördelar och svårigheter med sjuksköterske-ledd ambulanssjukvård.
Metod:	Kvalitativ studie. En multi-method kombinerat med semistrukturerade individuella och fokus grupp intervjuer med äldre patienter, sjuksköterskor tjänstgörande i ambulans, ambulanssjukvårdare och sjuksköterskestudenter.
Urval:	Strategiskt urval. Elva äldre patienter, fyra studenter, fem ambulanssjuksköterskor och fyra ambulanssjukvårdare intervjuades. Arbetsledare fick utse medarbetare som de ansåg vara goda informanter. Äldre patienter valdes ut utifrån sjuksköterskans bedömning av tillstånd. Intervjuer gjordes i Sverige och Norge.
Antal ref:	47
Land:	England
<hr/>	

Referensnr: 21
Författare: Larsson Kihlgren A, Nilsson M, Sörlie V
Titel: Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses' reasoning
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 28-36.
Syfte: Att undersöka erfarenheterna från sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning om vad som är god omvårdnad för patienter som är 75 år eller äldre som förts till akutmottagningen.
Metod: Kvalitativ studie. Ostrukturerade intervjuer med öppna frågor, induktivt arbetssätt.
Urval: Första kontakten togs genom att brev skickades ut sedan även muntligen. Alla sjuksköterskor på akutmottagningen inbjöds till att delta i intervju. De tio första av sjuksköterskorna som anmälde intresse blev inkluderades i studien.
Antal ref: 31
Land: Sverige

Referensnr: 22
Författare: Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B
Titel: The relative importance of leadership and payment system Effects on quality of care and work environment
Tidskrift: Health Policy 2004; 69: 73-82.
Syfte: Att studera vikten av ledarskap i två olika beskrivna situationer och hur de faktorerna påverkar vårdkvalité och arbetsmiljö i relation till kostnadseffektivitet.
Metod: Kvantitativ studie. En Cross-sectional (?) studie utförd på de fem största sjukhusen i Stockholms Landsting och på 10 andra sjukhus runt om i Sverige. Frågeformuläret skickades till informanternas hemadresser. Max två påminnelser skickades.
Urval: Randomiserat urval. Läkare från olika discipliner intervjuades. Från storstadssjukhus 201 stycken och från landsbygdssjukhus 273 stycken.
Antal ref: 20
Land: Sverige

Referensnr: 23
Författare: Albinsson L, Strang P
Titel: Staff opinions about leadership and organisation of municipal dementia care
Tidskrift: Health and Social Care in the Community 2002; 10(5): 313-322
Syfte: Att beskriva personalens uppfattning om demensvården med fokus på ledarskap och organisation.
Metod: Kvalitativ studie med halvstrukturerade intervjuer
Urval: Urval från två huvudgrupper varav den ena består av 13 sjuksköterskor från 13 vårdavdelningar som hade genomgått en ett årig utbildning. Den andra intervjugruppen bestod av 18 individer (varav fyra var leg sjuksköterskor) från fem vårdavdelningar där två av cheferna föreslog deltagare som var särskilt engagerade och duktiga i sitt arbete. De två cheferna var ansvariga för kommunal vård, den ena i ett mindre samhälle och den andra i en större stad.
Antal ref: 48
Land: Sverige

Referensnr: 24
Författare: Attree M
Titel: Factors influencing nurses' decisions to raise concerns about care quality
Tidskrift: Journal of Nursing Management 2007; 15: 392-402
Syfte: Att undersöka vad som påverkar sjuksköterskans beslut i att göra en avvikelserapport om gällande rutiner.
Metod: Grounded theory användes för att samla in resultatet från semi-strukturerade intervjuer med 142 sjuksköterskor som utvaldes från tre akutsjukhus. Indutivt arbetssätt.
Urval: Legitimerade sjuksköterskor från vårdavdelningar av medicinsk-, kirurgisk- och äldrevårdsinriktade karaktär från tre akutsjukhus i England. Totalt 142 sjuksköterskor i åldrarna 21-60 år som hade arbetat mellan 2 veckor och 40 år.
Antal ref: 52
Land: England

Referensnr: 25
Författare: Larsson Kihlgren A, Nilsson M, Sörlie V.
Titel: Refferals from home care to emergancy hospital care basis for decisions
Tidskrift: Journal of clinical Nursing 2003; 12: 28-36
Syfte: Att ta reda på vilka faktorer och aspekter påverkar kommunala sjuksköterskor när de skickar en patient till akutsjukhus för behandling. Ta reda på vilken typ av stöd sjuksköterskorna behöver för att underlätta bedömningen och beslutsfattandet.
Metod: Kvalitativ studie. Ostrukturerade intervjuer där informanterna ombads tala så fritt om ämnet de ville, öppna frågor användes. Induktivt arbetssätt.
Urval: Chefer för hemsjukvård i fem kommuner informerades om studien, de i sin tur valde ut sjuksköterskor som de ansåg hade arbetsuppgifter passande för studien. De tio först anmälda sjuksköterskorna valdes ut. En sjuksköterska tackade nej till att vara med och då erbjöds nästa sjuksköterska på listan att vara med.
Antal ref: 37
Land: Sverige

Referensnr: 26
Författare: Robinson A, Street A
Titel: Improving networks between acute care nurses and an aged care assessment team
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 2004; 13: 486-496
Syfte: Att undersöka hur utskrivningen från sjukhus till hemmet av äldre patienter kan förbättras genom att samarbetet mellan sjuksköterskor blir bättre med hjälp av ett utskrivnings team.
Metod: Kvalitativ studie. Interaktiva forum på två vårdavdelningar från två småsjukhus som deltog i studien, sjuksköterskorna blev ombudda att identifiera situationer som kunde diskuteras i gruppen. 27 sjuksköterskor deltog i studien under fyra månader där mellan 10-15 interaktiva forum hölls på varje sjukhus. Induktivt arbetssätt
Urval: 56 sjuksköterskor från fem avdelningar deltog i intervjuerna och utsågs av forskningsmedarbetare.
Antal ref: 54
Land: Australien

Referensnr: 27
Författare: Suserud B, Bruce K
Titel: Ambulance nursing: part three
Tidskrift: Emergency Nurse 2003; 11(2): 16-21
Syfte: Att belysa ambulanssjuksköterskans erfarenheter av rapportering och överlämnande av patient till personal på akutmottaning.
Metod: Kvalitativ beskrivande studie, fenomenologisk.
Urval: Sex ambulanssjuksköterskor som utsågs av sin närmaste chef som goda informatörer.
Antal ref: 27
Land: Sverige

Referensnr: 28
Författare: Suserud B, Bruce K, Dahlberg K
Titel: Ambulance nursing assessment: part two
Tidskrift: Emergency Nurse 2003; 11(1): 8-14
Syfte: Att beskriva omfattningen av ambulanssjuksköterskors bedömningar i prehospital akutsjukvård och visa på hur det går till.
Metod: Fenomenologisk.
Urval: Sjuksköterskor från tre olika ambulansstationer i väst Sverige. Sex ambulanssjuksköterskor med erfarenhet från prehospital akutsjukvård valdes ut av sektionsledarna som goda informanter.
Antal ref: 30
Land: Sverige

Referensnr: 29
Författare: Suserud B, Bruce K, Dahlberg K
Titel: Initial assessment in ambulance nursing: part one
Tidskrift: Emergency Nurse 2003; 10(10): 7-13
Syfte: Att beskriva omfattningen och metoden för ambulanssjuksköterskors bedömningar i prehospital akutsjukvård.
Metod: Fenomenologisk med stöd av Erikssons teori. Kvalitativa intervjuer. Öppna frågor med följd frågor.
Urval: Sjuksköterskor från tre olika ambulansstationer i väst Sverige. Sex ambulanssjuksköterskor med erfarenhet från prehospital akutsjukvård valdes ut av sektionsledaren.
Antal ref: 19
Land: Sverige
