



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Distriktssköterskors erfarenheter av förskrivning av inkontinenshjälpmedel inom hemsjukvården till äldre personer med urininkontinens

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Ann-Marie Bertilsson och Katarina Ettwein

Handledare: Magnus Sandberg

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Distriktssköterskors erfarenheter av förskrivning av inkontinenshjälpmedel inom hemsjukvården till äldre personer med urininkontinens

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Ann-Marie Bertilsson och Katarina Ettwein
Handledare: Magnus Sandberg

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2017

Abstrakt

Urininkontinens är ett folkhälsoproblem som berör cirka 40 procent av den äldre befolkningen och drygt en halv miljon personer över 65 år har besvär med urininkontinens i Sverige. Syftet med studien var att undersöka vilka erfarenheter distriktssköterskor har av förskrivning av inkontinenshjälpmedel till äldre personer inom hemsjukvården. Kvalitativa intervjuer har valts som metod till denna studie och 15 distriktssköterskor inom hemsjukvården har intervjuats. Resultatet analyserades med hjälp av innehållsanalys och visade att distriktssköterskorna belyste vikten av ett personligt möte och att skapa en god relation till personen med urininkontinens. Distriktssköterskorna önskade tydligare rutiner vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel, för att kunna öka kvaliteten vid utförandet av utredning, utprovning och uppföljning och därmed kunna öka livskvaliteten för personer med urininkontinens samt kunna minska kostnaderna för samhället.

Nyckelord

Distriktssköterska, urininkontinens, äldre personer, hemsjukvård, förskrivning, inkontinenshjälpmedel

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion.....	1
Problembeskrivning	1
Bakgrund	2
Perspektiv och utgångspunkter	2
Urininkontinens hos äldre personer	2
Behandling av urininkontinens hos äldre personer.....	3
Distriktssköterskans roll i hemsjukvården.....	4
Förskrivning av inkontinenshjälpmedel.....	5
Syfte	6
Metod	6
Urval	6
Datainsamling	7
Analys av data	8
Forskningsetiska avvägningar	10
Förförståelse och definitioner	10
Resultat	11
Betydelsen av att distriktssköterskan skapar goda relationer.....	12
Betydelsen av ett personligt besök.....	12
Betydelsen av att bemöta den äldre personens behov och önskemål	12
Betydelsen av att ha en god kontakt med hemtjänsten.....	13
Betydelsen av att ha en god kontakt med andra vårdinstanser.....	14
Vikten av ansvar och kompetens hos distriktssköterskan	15
Vikten av en adekvat utbildning och en kontinuerlig fortbildning	15
Vikten av att distriktssköterskan följer lagar och riktlinjer	17
Vikten av att distriktssköterskan tänker på ekonomi och miljö	18
Diskussion	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	23
Konklusioner och implikationer.....	26
Referenser.....	27
Bilaga 1 (1).....	31

Introduktion

Problembeskrivning

Urininkontinens är ett folkhälsoproblem som berör cirka 40 procent av den äldre befolkningen i Sverige, vilket innebär att drygt en halv miljon personer över 65 år har besvär med urininkontinens (SBU, 2013). Studier visade att trots att så många äldre personer drabbades av urininkontinens var det i skuggan av andra diagnoser och tillstånd som ansågs mer viktiga och brådskande (Milne & Moore, 2002; Villoro et al., 2016). En studie av Orrell, McKee, Dahlberh, Gilhooly och Parker (2013) visade på att det fanns en viss negativ attityd gentemot äldre personer med urininkontinens både i samhället och inom hälso- och sjukvården, vilket påverkade nivån på servicen från sjukvården för personer med urininkontinens.

Urininkontinens skulle inte ses som en normal del av åldrandet, då det kunde vara behandlingsbart och alltid skulle utredas (Orrell et al., 2013). Urininkontinens påverkade livskvaliteten negativt och medförde stora kostnader för samhället (Arnold, Milne & English, 2016). Bristande kunskap och förståelse om urininkontinens och förskrivning av adekvata inkontinenshjälpmedel har visat sig leda till negativa konsekvenser för både personen och samhället (Orell et al., 2013; Villoro et al., 2016). Trots att det finns anledning att tro att det finns brister i kompetensen vid genomförandet av utprovning, förskrivning och uppföljning av inkontinenshjälpmedel vid urininkontinens till äldre personer, så finns det få studier som undersöker hur distriktssköterskor som förskriver inkontinenshjälpmedel upplever situationen. Genom att undersöka vilka erfarenheter distriktssköterskor har, skulle det kunna belysa vilka styrkor och brister distriktssköterskorna upplever vid förskrivningar. Studien skulle kunna ge en ökad kunskap om möjligheter och svårigheter vid utprovning, förskrivning och uppföljning av inkontinenshjälpmedel. Detta kan leda till förändringar i rutiner och hur utbildning och fortbildning i ämnet sker, vilket i sin tur kan öka livskvaliteten hos äldre personer med urininkontinens och dessutom minska kostnaderna för samhället.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska vården bygga på respekt för personens självbestämmande och integritet, och så långt det går utformas och genomförs tillsammans med personen som ska få en objektiv, saklig och riktad information (SFS, 1982:763). Enligt Patientlagen ska vården bygga på personens delaktighet och genomförs i samråd med personen (SFS, 2014:821). I en studie av McCormack och McCance (2006) beskrevs det att den personcentrerade vården byggde på fyra delar; vårdpersonalens (i detta fallet distriktssköterskans) förutsättningar, vårdmiljön, den personcentrerade processen och det förväntade resultatet. I en annan studie av McCormack et al. (2010) stod det att en förutsättning för personcentrerad vård var att vårdpersonalen fick tillräckligt med tid för personen. Det var således svårt för vårdpersonalen att arbeta personcentrerat om arbetsbelastningen var hög och de kände sig stressade. Andra aspekter som McCormack et al. (2010) lyfte som viktiga faktorer för att kunna utföra personcentrerad vård, var ett gott arbetsklimat som tillät vårdpersonalen att känna arbetsglädje, ha ett effektivt samarbete med sina kollegor samt där det gavs tid och utrymme att kunna arbeta personcentrerat. I en studie av Nazarko (2013) framkom det att för att kunna arbeta personcentrerat var det viktigt att redan vid första mötet skapa en god relation genom öppenhet och förståelse. Distriktssköterskan skulle kartlägga personens besvär och upplevelser utifrån personens egna berättelser (Nazarko, 2013). Det är särskilt viktigt vid tabubelagda ämnen som urininkontinens att förskrivningen är personcentrerad och att det då krävs tid, bra samarbete och en god relation till personen med urininkontinens.

Urininkontinens hos äldre personer

Enligt Peeker och Samuelsson (2014) är urininkontinens ett läckage av urin som har en sådan omfattning att det utgör besvär för personen som är drabbad. För äldre personer är urininkontinens ofta relaterat till andra sjukdomar, såsom demens, stroke och MS (Peeker & Samuelsson, 2014). Vid menopaus har ca 40 procent av kvinnor besvär med urininkontinens, eftersom minskad östrogenproduktion leder till tunna slemhinnor i urinröret och ett ökat tryck från urinblåsan som i sin tur kan leda till urininkontinens (Peeker & Samuelsson, 2014). Enligt Nazarko (2013) kunde de äldre mäns förstorade prostata leda till besvär som trängningar och problem med att tömma blåsan, vilket i sin tur kunde leda till

urininkontinens. Peeker och Samuelsson (2014) skriver att vid 70 års ålder ökar besvären med urininkontinens hos båda könen. Andra orsaker till urininkontinens kan vara obehandlad urinvägsinfektion, fysisk nedsatt rörlighet där även miljön har betydelse då hinder på väg till toaletten kan ge upphov till ofrivilligt läckage av urin (Peeker & Samuelsson, 2014). Enligt Nazarko (2013) påverkade åldrandet blåsfunktionen, då elasticiteten i blåsan minskade och mindre mängd urin kunde hållas. Äldre personer kände inte av signalen att behöva gå på toaletten förrän blåsan var 90 procent full jämfört med hos yngre personer som kände av signalen redan vid 50 procent fylld blåsa, vilket kunde innebära att den äldre personen inte hann till toaletten i tid (Nazarko, 2013).

Studier visade att urininkontinens kunde leda till psykiska och sociala konsekvenser som påverkades av personens egna och samhällets reaktioner (Hägglund, 2010; Nazarko, 2013). Personerna kunde känna sorg, besvikelse, förtvivlan, skam, minskad självrespekt och livslust vilket kunde leda till depression, minskat välbefinnande och sämre självkänsla (Hägglund & Ahlström, 2006; Nazarko, 2013). Urininkontinens kan även få konsekvenser i form av social isolering och flera personer upplever att de känner sig ensamma med sina problem och inte vågar lämna sina hem (Hellström & Lindehall, 2006). Eftersom urininkontinens ger flera negativa konsekvenser för personen, är det angeläget att med denna studien öka kunskapen genom att undersöka vilka erfarenheter distriktssköterskor har av utredning, utprovning, förskrivning och uppföljning av inkontinenshjälpmedel.

Behandling av urininkontinens hos äldre personer

Hos äldre personer är den huvudsakliga behandlingen vid urininkontinens enligt en studie av Ko, Lin, Salmon och Bron (2005) inkontinenshjälpmedel och beteendeträning, i form av blåsträning, vätskerestriktion, schemalagda toalettbesök och bäckenbottenträning. Enligt en studie av Sörbye et al. (2009) var inkontinenshjälpmedel en rimlig lösning för äldre personer som var sköra, hade kognitiv svikt eller på andra sätt var oförmögna att återfå sin kontinens genom behandling eller träning. Enligt Hellström och Lindehall (2006) ska distriktssköterskan ta personen som har besvär med urininkontinens på allvar, ge anpassad information om urininkontinens samt bidra med hjälp till förbättrad hygien genom att bland annat förskriva rätt inkontinenshjälpmedel. Urininkontinens kan även behandlas farmakologiskt och i en studie av Samuelsson et al. (2015) visade resultatet att hos sköra äldre personer hade farmakologisk behandling en liten effekt och gav ofta biverkningar, såsom muntorrhet och

förstoppning. Enligt Ko et al. (2005) blev kirurgisk behandling sällan aktuellt hos äldre personer med urininkontinens. Många äldre personer kände dock inte till att det fanns hjälp att få för sin urininkontinens, därför var det viktigt att distriktssköterskan uppmärksammade och identifierade problemen och upplyste om olika behandlingsmöjligheter (Ko et al., 2005).

Distriktssköterskans roll i hemsjukvården

Hemsjukvård definieras av Socialstyrelsen (2008) som hälso- och sjukvård i hemmet och omfattar bland annat medicinska insatser och omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, såsom distriktssköterskor. Det ingår i distriktssköterskans ansvar att tillgodose personens basala och specifika omvårdnadsbehov, samt även att leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i hemmet (Socialstyrelsen, 2008). De angav också att distriktssköterskan ansvarar för att informera och undervisa personer, närstående och hemtjänst, samt informera och samverka med övriga aktörer i vårdkedjan, såsom vårdcentralen (Socialstyrelsen, 2008). Ett viktigt uppdrag för distriktssköterskan är att upptäcka ohälsa och att beakta de psykosociala problem som kan uppstå vid till exempel besvär med urininkontinens (Socialstyrelsen, 2008). För att en person ska vara berättigad till hemsjukvård gäller tröskelprincipen, vilket innebär att personen inte kan ta sig till sin vårdcentral på grund av fysiska och/eller psykiska hinder (Bökberg & Drevenhorn, 2010). Enligt Josefsson och Ljung (2010) är distriktssköterskan i hemsjukvården en gäst i personens hem och måste ha förståelse för personens självbestämmande och integritet. Distriktssköterskan i hemsjukvården har större möjlighet att utveckla en relation med förtroende till personen, då de träffas regelbundet (Josefsson & Ljung, 2010). Enligt en studie av Suhr och Lahmann (2017) hade drygt 60 procent av samtliga personer med hemsjukvård, besvär med urininkontinens. Anledningen till att det var så hög prevalens berodde enligt Suhr och Lahmann (2017) på att personer bodde hemma längre, blev äldre och att det fanns en större medvetenhet om urininkontinens. De största sambanden med urininkontinens inom hemsjukvården var försämrad rörlighet och kognitiv försämring, vilket var vanliga funktionella försämringar hos äldre personer (Suhr & Lahmann, 2017). Eftersom det är vanligt förekommande med urininkontinens hos personer inom hemsjukvården, är förskrivningen av inkontinenshjälpmedel ett viktigt arbete för distriktssköterskan. Det är därför intressant att undersöka vilka erfarenheter distriktssköterskor har av att förskriva inkontinenshjälpmedel till äldre personer inom hemsjukvården.

Förskrivning av inkontinenshjälpmedel

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har personer med urininkontinens som är bosatta i Sverige rätt till kostnadsfria inkontinenshjälpmedel, efter ställd diagnos (SFS, 1982:763). I Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården regleras förskrivning av inkontinenshjälpmedel (SOSFS, 2008:1). I dessa framgår att distriktssköterskan ska vara anställd inom kommun eller landsting, samt vara utsedd av sin verksamhetschef att få förskriva inkontinenshjälpmedel (SOSFS, 2008:1). Distriktssköterskan som förskriver och lämnar ut inkontinenshjälpmedel till en person med urininkontinens ska identifiera dennes behov och ansvarar för att dessa motsvarar behoven, vidare ska distriktssköterskan prova ut, anpassa och samordna inkontinenshjälpmedel med tidigare förskrivningar (SOSFS, 2008:1). Distriktssköterskan ska även informera personen om hur deras inkontinenshjälpmedel används samt instruera och träna personen, anhöriga och hemtjänst. Distriktssköterskan ska följa upp och utvärdera förskrivningen av inkontinenshjälpmedel fram till dess behovet upphört eller ansvaret för personen har tagits över av någon annan (SOSFS, 2008:1). Distriktssköterskan ska ha kunskap om hantering, funktion och risker vid användning av inkontinenshjälpmedel på personerna, samt vilka åtgärder som behöver vidtas vid negativa händelser (SOSFS, 2008:1). Enligt Sörbye et al. (2009) var förhoppningen att distriktssköterskan i hemsjukvården kände till olika inkontinenshjälpmedel för att hjälpa personen att få ett skraddarsytt lämpligt inkontinenshjälpmedel som motsvarade personens behov så att det undveks komplikationer, såsom utslag och trycksår.

Nätverket Nikola har enligt Lauritzen och Nordlander (2014) tagit fram ett kvalitetsprogram, för att säkerställa god och säker vård för personer med urininkontinens. Syftet med kvalitetsprogrammet är att öka livskvaliteten för personer med urininkontinens genom att säkra kvaliteten på utredning, behandling och omvårdnad (Lauritzen & Nordlander, 2014). Enligt en studie av Arnold et al. (2016) kunde kostnaderna minska väsentligt med noggrant utprovade hjälpmedel och kontinuerlig uppföljning. För att kunna följa upp och utvärdera vad som förskrivits ska distriktssköterskan alltid föra en noggrann dokumentation i patientjournalen enligt Patientdatalagen (SFS, 2008:355). Därför är det även intressant att ta reda på vilka erfarenheter distriktssköterskorna har gällande hur lagar och riktlinjer följs vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka vilka erfarenheter distriktssköterskor har av förskrivning av inkontinenshjälpmedel till äldre personer inom hemsjukvården.

Metod

Kvalitativa intervjuer har valts som metod till denna studie. Enligt Kvale och Brinkman (2009) är målet med kvalitativa intervjuer att kunna förstå studiedeltagarnas egna perspektiv och upplevda erfarenheter inom ramen för studiens syfte.

Urval

Studien inkluderade distriktssköterskor inom hemsjukvården i södra Sverige.

Distriktssköterskorna skulle ha erfarenhet av att förskriva inkontinenshjälpmedel till äldre personer med urininkontinens. Totalt har 15 distriktssköterskor blivit intervjuade under september 2017. För att få en större variation av distriktssköterskornas erfarenheter har distriktssköterskor från sex olika hemsjukvårdsdistrikt, tre i storstad och tre på landsbygd, intervjuats, med variation på allt från tre månader till 30 års erfarenhet som distriktssköterska med förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Samtliga distriktssköterskor var kvinnor i åldern 27 år till 63 år (se tabell 1).

Verksamhetscheferna från de sex olika hemsjukvårdsdistrikten fick författarna kontakt med genom förmedling från författarnas egna verksamhetschefer samt från tidigare praktikplatsplaceringar. Verksamhetscheferna har kontaktats av författarna först via telefon eller mail för en presentation av studien, därefter erhållit brev med information och medgivandeblankett med godkännande om att få genomföra intervjuerna.

Medgivandeblanketterna samlades in i samband med intervjutillfällena på respektive distrikt och har därefter skickats till Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) vid Institutionen för hälsovetenskaper, Lunds universitet. Verksamhetscheferna valde ut de distriktssköterskor som var intresserade av att medverka i studien och som uppfyllde kriterierna, nämligen att studiedeltagarna var distriktssköterskor och hade erfarenheter av förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Författarna tog därefter, via förmedling från verksamhetscheferna, kontakt med de utvalda distriktssköterskorna för en muntlig presentation av studien och för att avtala tid och plats för intervjun. Skriftlig information med samtyckesblankett delades ut före

varje intervju påbörjades, för påskrift av godkännande om att delta i studien och med muntlig information om att deltagandet i studien var frivilligt, konfidentiellt och kunde avbrytas när studiedeltagarna själva ville.

Tabell 1. Studiedeltagarnas ålder, erfarenhet av förskrivning och arbetsplats

Intervju nr	Ålder (år)	Erfarenhet av förskrivning (år)	Arbetsplats
1	41	<0.5	storstad
2	36	8	landsbygd
3	49	7	landsbygd
4	46	7	storstad
5	38	1	storstad
6	47	3	storstad
7	27	2	storstad
8	47	2	storstad
9	61	13	storstad
10	63	30	landsbygd
11	55	14	landsbygd
12	39	2,5	landsbygd
13	54	10	landsbygd
14	58	20	landsbygd
15	56	9	storstad

Datainsamling

Kvalitativa enskilda intervjuer enligt en semi-strukturerad intervjuguide med öppna frågor och stödord och följdfrågor har använts i denna studie (bilaga 1) (Kvale & Brinkman, 2009). Semi-strukturerade intervjuer innebär öppna frågor med låg grad av standardisering. Studiedeltagarna är de som styr intervjun, genom att frågorna tas i den ordning som passar och följdfrågor formuleras beroende på tidigare svar. Då blir variationsmöjligheterna stora (Trost, 2011). Intervjuguiden har utarbetats av båda författarna tillsammans, med frågor som berör förskrivning av inkontinenshjälpmedel enligt studiens syfte. Här följer några exempel på frågor från intervjuguiden som ställdes under intervjuerna: *Berätta hur det brukar gå till vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel, vad sker innan personen får hjälpmedel förskrivet och vad händer efter förskrivningen av inkontinenshjälpmedel? Kan du berätta om ett tillfälle där du tycker att förskrivningen fungerat riktigt bra, vad det var som gjorde att det blev så bra? Kan du berätta om ett tillfälle där du inte tycker att förskrivningen fungerat så bra, vad det var som gjorde att det inte blev bra?* Exempel på stödord och följdfrågor som användes

när författarna ansåg att det behövdes: *Vad? Hur? När? Förklara och Utveckla.*

Avslutningsvis under intervjun ställdes följande frågor: *Har du något att tillägga eller några egna tankar?* (se bilaga 1).

Först genomfördes en pilotintervju med en distriktssköterska, för att undersöka intervjuguidens relevans till studiens syfte. Eftersom författarna ansåg att pilotintervjun svarade till studiens syfte, så valde författarna att inte göra några ytterligare justeringar och att inkludera pilotintervjun i studien. Författarna har intervjuat hälften av distriktssköterskorna var och båda författarna har närvarat vid samtliga intervjuer. Tiden på intervjuerna varierade mellan 15 minuter till 30 minuter. Samtalen har spelats in digitalt via författarnas smartphones, som sedan skickades till författarnas mail och sparades på ett USB-minne. Därefter har all digital inspelning från intervjuerna raderats från båda författarnas smartphones och datorer. USB-minnet förvarades inlåst i ett skåp hos en av författarna. Samtliga intervjuer har ägt rum på studiedeltagarnas respektive arbetsplatser. På fem av distrikten genomfördes intervjuerna i enskilda rum och på ett av distrikten genomfördes intervjuerna i ett fikarum, efter studiedeltagarnas egna önskemål. Att studiedeltagarna själva får välja plats för intervjun, skapar en lugn och harmonisk atmosfär (Trost, 2011). För att lätta upp stämningen hölls ett allmänt samtal med studiedeltagarna, en stund före intervjun påbörjades. Det är viktigt att inför varje intervju börja samtala försiktigt om allmänna saker för att skapa en situation som underlättar för studiedeltagaren, att tala fritt och otvunget (Trost, 2011). Sedan startades inspelningen och intervjuerna påbörjades. Studiedeltagarna fick svara fritt kring frågorna och de berättade utifrån sina egna erfarenheter av förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Stödord och följdfrågor användes vid behov av utförligare svar eller förklaring.

Analys av data

Det insamlade materialet från intervjuerna har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004). Där fokus ligger på att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet för att kunna beskriva variationer (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna började med att lyssna och transkribera intervjuinspelningarna direkt efter genomförda intervjuer. Den första intervjun transkriberades, vilket innebär att intervjun omvandlades från ett muntligt till ett skriftligt språk, tillsammans av båda författarna (Kvale & Brinkman, 2009). Därefter genomfördes

transkriberingarna hemma hos författarna var för sig, hälften var. Sedan lästes texten från intervjuerna igenom av båda författarna flera gånger. Texten sågs som en helhet, så att inte intervjuguiden bidrog till utformningen av kategorier. Detta görs för att skapa en förståelse och helhetsbild av innehållet (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter markerades all text som hade med studiens syfte att göra och den text som inte var relevant sorterades bort, detta gjorde författarna först var för sig för att sedan jämföra med varandra och författarna var överens om vad som var relevant för studien syfte. Sedan satt båda författarna tillsammans och delade in texten i olika meningsbärande enheter efter studiens syfte. En meningsbärande enhet består av meningar och stycken som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). De meningsbärande enheterna kondenserades manifest, vilket innebär att meningarna kortades ner på en beskrivande och textnära nivå. Därefter abstraherades de kondenserade meningarna, vilket innebär att meningarna förkortas ytterligare och koder skapades, (se tabell 2). Koderna beskriver kortfattat innehållet i meningsenheterna. De koder som hade liknande innehåll delades sedan in i kategorier med subkategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 2. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Sub-kategori	Kategori
I vanliga fall bokar vi in ett hembesök och träffar patienten det tycker jag är viktigt men hinns inte alltid med.	Betydelsen av att göra hembesök för att träffa personen.	Relationer	Betydelsen av ett personligt besök	Betydelsen av att distriktssköterskan skapar goda relationer
Mer utbildning skulle jag vilja ha om hur produkterna fungerar och information om olika material.	Behov av mer utbildning och information angående inkontinenshjälpmedel.	Utbildning	Vikten av en adekvat utbildning och en kontinuerlig fortbildning	Vikten av ansvar och kompetens hos distriktssköterskan

Forskningsetiska avvägningar

Innan studien genomfördes har ett rådgivande yttrande erhållits från Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) vid Institutionen för hälsovetenskaper, Lunds universitet. Skriftliga medgivandeblanketter från samtliga verksamhetschefer har inhämtats och lämnats till VEN. Studien utfördes i enlighet med de forskningsetiska principerna från Helsingforsdeklarationen (2013) och dess krav på information, samtycke, nyttjande och konfidentialitet. Detta genom att studiedeltagarna innan studien erhöll både skriftlig och muntlig information angående studiens syfte och vad det innebar att delta i studien med information om att deltagandet i studien var frivilligt och kunde avbrytas utan någon förklaring eller konsekvens. Skriftliga informerande samtyckesblanketter från samtliga studiedeltagare inhämtades innan varje intervju. Studiedeltagarna fick även information om studiens nyttjande, det vill säga studiens publicering i Lund University publications (LUP) och att den kommer att redovisas på en lämplig arbetsplats. All information om studiedeltagarna behandlades konfidentiellt och personuppgifter avkodades så det inte skulle gå att härleda till distriktssköterskornas namn eller arbetsplatser. Det insamlade materialet från intervjuerna har endast författarna tillgång till och allt material raderas efter färdigställd studie.

Förförståelse och definitioner

Författarna till denna studie är båda legitimerade sjuksköterskor under specialistutbildning till distriktssköterskor. Båda författarna har tidigare erfarenheter från arbete inom hemsjukvården, men har inga egna erfarenheter av att förskriva inkontinenshjälpmedel. Författarna har valt att i resultatet benämna studiedeltagarna för distriktssköterskor och patienterna för personer.

Resultat

Analysen av intervjuerna med distriktssköterskorna resulterade i två kategorier som är följande: *Betydelsen av att distriktssköterskan skapar goda relationer* och *Vikten av ansvar och kompetens hos distriktssköterskan*. Båda kategorierna består i sin tur av följande sju subkategorier: *Betydelsen av ett personligt besök*, *Betydelsen av att bemöta den äldre personens behov och önskemål*, *Betydelsen av att ha en god kontakt med hemtjänsten*, *Betydelsen av att ha en god kontakt med andra vårdinstanser*, *Vikten av en adekvat utbildning och en kontinuerlig fortbildning*, *Vikten av att distriktssköterskan följer lagar och riktlinjer* och *Vikten av att distriktssköterskan tänker på ekonomi och miljö* (se tabell 3).

Tabell 3. Kategorier med subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Betydelsen av att distriktssköterskan skapar goda relationer	<ul style="list-style-type: none">• Betydelsen av ett personligt besök• Betydelsen av att bemöta den äldre personens behov och önskemål• Betydelsen av att ha en god kontakt med hemtjänsten• Betydelsen av att ha en god kontakt med andra vårdinstanser
Vikten av ansvar och kompetens hos distriktssköterskan	<ul style="list-style-type: none">• Vikten av en adekvat utbildning och en kontinuerlig fortbildning• Vikten av att distriktssköterskan följer lagar och riktlinjer• Vikten av att distriktssköterskan tänker på ekonomi och miljö

Betydelsen av att distriktssköterskan skapar goda relationer

Denna kategori berör distriktssköterskornas bemötande och att relationer skapas med personer med urininkontinens genom ödmjukhet och förtroende. Hur distriktssköterskorna går tillväga för att bemöta den äldres behov och önskemål. Hur kontakten med hemtjänsten och andra vårdinstanser ser ut. Vad fungerar bra och vad fungerar mindre bra. Detta presenteras i följande fyra subkategorier: *Betydelsen av ett personligt besök*, *Betydelsen av att bemöta den äldre personens behov och önskemål*, *Betydelsen av att ha en god kontakt med hemtjänsten* och *Betydelsen av att ha en god kontakt med andra vårdinstanser*.

Betydelsen av ett personligt besök

Distriktssköterskorna berättade hur de värdesatte att det skapades en god relation till personen med urininkontinens, vilket de ansåg gjordes bäst genom att lära känna personen under regelbundna hembesök. Distriktssköterskan skulle vara ödmjuk och ha ett gott bemötande som gjorde att personen fick ett förtroende för distriktssköterskan. Distriktssköterskorna menade att om de fick en god relation, så vågade personen ta upp sina besvär med urininkontinens. En distriktssköterska berättade att en del personer var mer öppna och pratade på om sina besvär, medan andra tog det längre tid för.

”Kan vara genant att prata om urininkontinens... Det gäller ju att man skapar en relation och det är kanske inte det allra första man pratar om. Det kommer när man lär känna dem lite mer” (3).

Samtliga distriktssköterskor var överens om att om tiden hade funnits så hade alla personer med urininkontinens fått hembesök för utprovning och uppföljning. En distriktssköterska uttryckte att en förbättring hade varit att kunna sitta i lugn och ro tillsammans med personen i hemmet för att prata igenom fördelar och nackdelar med inkontinenshjälpmedel samt vad som fungerade för just den personen, men tyvärr fanns inte tiden till det.

Betydelsen av att bemöta den äldre personens behov och önskemål

De flesta distriktssköterskorna berättade att det var viktigt att vara tydlig med att förklara vilka inkontinenshjälpmedel som bäst tillgodosåg personens behov, samtidigt som personens egna önskemål skulle tillgodoses. En distriktssköterska berättade om en person som inte kände till att hon kunde få hjälp från hemsjukvården, men efter att distriktssköterskan hade

provat ut ett lämpligt inkontinenshjälpmedel uppgav personen att hon hade fått en bättre nattsömn och livskvalitet. Några distriktssköterskor pratade om att ibland förekom det att personer med urininkontinens önskade större inkontinenshjälpmedel än vad behovet krävde. En distriktssköterska berättade då att hon stod på sig genom att personen fick börja med att prova ett mindre inkontinenshjälpmedel och en annan distriktssköterska berättade att hon fick göra en kompromiss för att personen skulle bli nöjd.

”Viktigt vid utprovning att tänka på vilket behov som föreligger. Att man inte behöver ha större skydd på sig än vad man behöver... Man ska känna sig fräsch, men ändå proper. Ju större skydd, desto mer syns det utåt också” (13).

Några distriktssköterskor menade att det många gånger var skillnader i bemötandet om personen med urininkontinens var man eller kvinna, de ansåg att kvinnor hade lättare att prata om sin urininkontinens, medan män försökte dölja det längre. En distriktssköterska ansåg dock att det inte var så mycket frågan om kön, när det gällde att bemöta personer med urininkontinens, utan snarare var en fråga om personlighet och generation.

”Männen blir bortglömda ibland. De tycker nog att det kanske är lite mer pinsamt att de behöver inkontinensskydd. Det tas inte upp så ofta som med kvinnor. Det är mer naturligt att kvinnor har det, än män har det. Men det är ju precis lika många män som har problem” (14).

Betydelsen av att ha en god kontakt med hemtjänsten

Distriktssköterskorna uppskattade en god kontakt med hemtjänsten. Några distriktssköterskor rättade sig mycket efter vad hemtjänsten berättade, eftersom de ansåg att hemtjänsten hade bättre koll på personerna med urininkontinens än de själva. De distriktssköterskorna tog ofta hjälp av hemtjänsten vid utprovning och uppföljning av inkontinenshjälpmedel på grund av tidsbristen.

”Jag tycker att det fungerar bra med hemtjänst som känner patienten väl och kan redogöra för vad patienten behöver. De vet mått och allting. De säger att de här inkontinenshjälpmedel räcker, då går jag på det... för att spara tid...” (4).

Flera distriktssköterskor nämnde dock att det var sällan som det fanns tillräckligt hög kontinuitet i hemtjänsten för att de skulle kunna ha koll på personen med urininkontinens. De flesta av distriktssköterskorna menade att det var viktigt att det inte bara förskrevs det som hemtjänsten sade, utan att de ifrågasatte och ställde följdfrågor gällande personens urininkontinens. Några distriktssköterskor berättade att det ibland hände att hemtjänsten ville att det förskrevs inkontinenshjälpmedel, som det senare visade sig vara mer för att underlätta deras arbete.

”Inte förskriva inkontinensskydd för hemtjänstens bekvämlighet. Vi måste följa det som är bäst för patienten. Ibland kan det vara svårt för hemtjänst att förstå, speciellt om det är en tung patient som behöver mobiliseras till toaletten” (7).

Betydelsen av att ha en god kontakt med andra vårdinstanser

De flesta distriktssköterskorna belyste vikten av att ha en god kontakt med vårdcentral, korttidsboende och sjukhus. När det kom till distriktssköterskans kännedom för första gången att personen hade urininkontinens, då berättade flera distriktssköterskor att läkarna på vårdcentralerna kontaktades och sedan var det upp till läkarna om personen med urininkontinens skulle utredas vidare, men det gjordes nästan aldrig på äldre personer inom hemsjukvården. Några distriktssköterskor nämnde dock vikten av att kontakta läkaren då urininkontinens kunde vara något som gick att åtgärda, förbättra eller träna bort och ibland även gick att operera.

”Informera läkaren på vårdcentralen eftersom urininkontinens är ett medicinskt problem. Sen upp till läkaren om det kallas till ett besök. Om han vill utreda mer. Ta reda på vad som ligger bakom. Så att man inte missar om det kan vara något som går att åtgärda eller är något farligt” (9).

En distriktssköterska berättade att de på det distriktet hade god kontakt med sjukhusets bäckenbottencentrum, då flera av de äldre personerna med urininkontinens gick på bäckenbottenträning, vilket resulterade i att de personerna kunde få förskrivet mindre inkontinenshjälpmedel.

”Något som jag har lärt mig sen jag kom hit är faktiskt alla våra sköra damer och deras bäckebotten. Innan tänkte jag väl inte så mycket på det. Här är många iväg på bäckenbottenträning, trots att man är 90 år” (13).

Flera distriktssköterskor nämnde att om personen med urininkontinens drabbades av några medicinska problem, såsom svampinfektion, urinvägsinfektion, klåda eller utslag som behövdes undersökas av en läkare eller det behövdes förskrivas läkemedel som inte distriktssköterskan själv kunde förskriva, då kontaktades läkarna på vårdcentralerna och det fungerade bra.

Några distriktssköterskor berättade att om det kom en ny remiss på förskrivning av inkontinenshjälpmedel till en person med urininkontinens, som kom hem från korttidsboende eller sjukhus, då kunde de ringa tillbaka för att få mer information om vad besvären bottnade i. Så det inte missades något annat problem som orsakade urininkontinensen, som skulle kunna åtgärdas. Eller om det var någon farlig sjukdom på gång, för det fick inte missas påpekade en distriktssköterska.

Vikten av ansvar och kompetens hos distriktssköterskan

Denna kategori handlar om distriktssköterskornas utbildning och möjlighet till kompetensutveckling på arbetsplatsen vad gäller förskrivning av inkontinenshjälpmedel. På vilket sätt distriktssköterskorna har blivit förberedda på att arbeta med förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Om det finns någon möjlighet till fortbildning på arbetsplatsen. Det handlar också om vilket ansvar distriktssköterskorna har gentemot personen med urininkontinens. Vilka rutiner finns på arbetsplatserna och vilka lagar och riktlinjer som följs eller inte följs. Det berör även hur distriktssköterskan kan påverka, så förskrivningen blir mer kostnadseffektivt och bättre för miljön. Detta presenteras i följande tre subkategorier: *Vikten av en adekvat utbildning och en kontinuerlig fortbildning*, *Vikten av att distriktssköterskan följer lagar och riktlinjer* och *Vikten av att distriktssköterskan tänker på ekonomi och miljö*.

Vikten av en adekvat utbildning och en kontinuerlig fortbildning

Några distriktssköterskor nämnde vikten av att ha en adekvat utbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel och samtliga hade erhållit utbildning i förskrivning av

inkontinenshjälpmedel under distriktssköterskeutbildningen. En del distriktssköterskor berättade att de redan innan distriktssköterskeutbildningen hade förskrivit inkontinenshjälpmedel, efter att ha gått en extern utbildning på några dagar. Några distriktssköterskor belyste vikten av att det var distriktssköterskor som fick förskriva inkontinenshjälpmedel, för att de ansåg att de hade en bättre helhetssyn. På ett av distrikten fick även sjuksköterskorna förskriva inkontinenshjälpmedel, utan någon formell utbildning inom förskrivning. Detta ansåg de försämrade kvaliteten på förskrivningarna av inkontinenshjälpmedel, då de sjuksköterskor som saknade adekvat utbildning i förskrivningsrätt inte såg helheten.

”Här får alla förskriva och har förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Jag tycker inte det är optimalt för att alla inte har kunskap för att förskriva då blir det antingen det patienten eller hemtjänsten vill ha eller har haft och det bli inte så bra” (15).

De flesta av distriktssköterskorna önskade sig mer fortbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel på arbetsplatsen. Några av distriktssköterskorna menade att det var lättare att bara förskriva samma inkontinenshjälpmedel av gammal vana. De belyste vikten av att få bli uppdaterade regelbundet och att de fick erhålla mer information om olika inkontinenshjälpmedel, eftersom det kom ut nya hela tiden.

”Man behöver mer fortbildning, det kommer hela tiden ut nya skydd, säkert olika sätt att utreda och följa upp” (7).

Några distriktssköterskor berättade att de hade en sjuksköterska på arbetsplatsen, som var inkontinensansvarig. Den sjuksköterskan gick ibland på föreläsningar om inkontinens, vars information sedan kollegorna fick ta del av. På något distrikt var verksamhetschefen flitig med att ringa dit en representant från olika inkontinensföretag, som då kom ut till distriktet och visade och berättade om olika inkontinenshjälpmedel, vilka nyheter som fanns och lämnade lite prover. En distriktssköterska nämnde att detta var vanligare förr, men inte längre. En distriktssköterska berättade att det gick alldeles utmärkt att även själv kontakta inkontinensföretagen vid frågor och funderingar.

”Det var en aha-upplevelse när en representant från inkontinensföretag var på besök på arbetsplatsen och informerade och visade olika produkter” (8).

Vikten av att distriktssköterskan följer lagar och riktlinjer

Flera distriktssköterskor betonade vikten av att följa lagar och riktlinjer vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel genom att ha en noggrann utredning, utprovning och uppföljning vid varje enskild förskrivning. Dock nämnde flera distriktssköterskor att de inte alltid hade möjlighet att följa de lagar och riktlinjer som fanns, vilket till stor del berodde på tidsbristen. En distriktssköterska trodde även att en anledning till att inte lagar och riktlinjer följdes, berodde på ett bristande intresse för urininkontinens och att det därför inte prioriterades framför andra åkommor.

”Jag tycker nog att det för det mesta egentligen inte fungerar så bra om man ska följa riktlinjerna. För det är ju så att vi ska ut till patienterna och väga och ta reda på hur många dagar, hur mycket det blir per dag och så och det görs inte för tiden inte finns och man prioriterar annat...” (4).

Samtliga distriktssköterskor pratade om att förskrivningarna av inkontinenshjälpmedel skulle följas upp, för att distriktssköterskan skulle kunna försäkra sig om att det hade blivit så bra som möjligt för personen. Hur uppföljningen gick till såg väldigt olika ut på de olika distrikten. Någon av distriktssköterskorna gjorde uppföljning endast om de blev kontaktade av personen, anhörig eller hemtjänst för att något var fel. Någon annan distriktssköterska gjorde aldrig någon uppföljning mer än när förskrivningen skulle förnyas en gång om året. Några distriktssköterskor uppgav att de följde lagarna och riktlinjerna och hade uppföljning var tredje månad.

”Man följer såklart upp. Om en patient säger att det inte passar, så gör jag ett hembesök för att titta närmre på vad som inte passar. Rinner det vid sidan om, är det för stort eller för litet, hur sitter det på kroppen. Gör en utvärdering och ändrar till något annat” (15).

I de flesta distrikten fick distriktssköterskorna själva regelbundet söka all information om inkontinenshjälpmedel, för att hålla sig uppdaterade. På ett distrikt hade nyligen en lokal rutin införts, nämligen att följa kvalitetsprogrammet Nikola och en distriktssköterska där berättade att det minskade slentrianmässiga förskrivningar och att det blev färre fel. Distriktssköterskan menade vidare att det inte fick ske någon ny förskrivning av inkontinenshjälpmedel, utan en ordentlig utredning först. Det visade sig att de nyanställda distriktssköterskorna följde detta, medan de distriktssköterskor som hade arbetat länge med förskrivning av

inkontinenshjälpmedel mer arbetade som de alltid har gjort. En distriktssköterska förklarade att hon följde sin egen rutin.

”Ja, av och till används Nikola. Det är inte hela tiden. Vi ska ju använda den. Vi har ju allt inlagd i, så vi bara fyller i den. Men den glöms väl av. Det har nog med att göra med vår rutin. Alltså ens egen rutin. Den finns, jag vet” (13).

Några distriktssköterskor pratade om hur viktigt det var att allt dokumenterades i patientjournal det ingick i deras ansvar. En distriktssköterska berättade att dokumentation även var en förutsättning för att kunna göra en ordentlig uppföljning och utvärdering. En annan distriktssköterska nämnde även att dokumentationen underlättade för kollegorna vid frånvaro, då andra distriktssköterskor lätt kunde gå in i dokumentationen och läsa om personen och dennes inkontinenshjälpmedel.

”Dokumentationen är jätteviktig när man inte är i tjänst då ska min kollega kunna se, därför är det jätteviktigt att dokumentera exakt vad det är för skydd patienten använder ifall man behöver utvärdera följa upp om man skulle behöva byta till något annat, så har man något att utgå ifrån” (15).

Vikten av att distriktssköterskan tänker på ekonomi och miljö

Många distriktssköterskor betonade vikten av att tänka på ekonomi och miljö vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel. De flesta distriktssköterskor pratade om den höga kostnaden för inkontinenshjälpmedel och hur viktigt det var att tänka ekonomiskt genom att de valde det billigaste alternativet och att det inte förskrevs för stora mängder inkontinenshjälpmedel.

”Ekonomi tittar jag också på. Alltså finns det två likvärdiga alternativ, så väljer jag det som är billigast... Det kan vara samma sorts inkontinensskydd... det är inte det att det är sämre eller bättre eller så. Men jag brukar gå in och titta och se vad som finns för att hålla nere kostnaden. Tycker jag är vår skyldighet” (8).

Förskrevs det för stora mängder, så fanns det risk för att det låg kvar hemma hos personerna med urininkontinens utan att det blev använt, vilket distriktssköterskorna påpekade var negativt både för ekonomin och miljön. Uppföljningen av förskrivningarna påpekade många

av distriktssköterskorna som betydelsefullt, för då undveks felbeställningar och att det kasserades en massa i onödan. På vissa distrikt berättade distriktssköterskorna att de hade utrymme för att ta tillbaka det som inte användes, som öppnade förpackningar vid felbeställningar eller från dödsbon, för att sedan kunna använda till någon annan person istället för att det kasserades. Några av distriktssköterskorna skrev inte ut så mycket inkontinenshjälpmedel till att börja med och några använde sig av provpaket vid utprovning, som fanns att beställa. Några distriktssköterskor berättade att det var viktigt vid förskrivning att så långt det var möjligt välja svenska inkontinenshjälpmedel, som de ansåg höll hög kvalitet och var mer miljövänliga.

”En sak som jag tänker på lite nu de senaste åren är att man väljer produkter som är svenska att man inte bara helt slentrianmässigt beställer amerikanska märken... det är bättre kvalitet och bättre för miljön” (14).

Flera distriktssköterskor berättade att det var viktigt att samordna beställningarna av inkontinenshjälpmedel, eftersom det förskrevs ofta och mycket och leveranserna var kostsamma och påverkade även miljön negativt. En distriktssköterska nämnde att det i vissa fall visade sig att personen med urininkontinens egentligen inte tillhörde hemsjukvården längre, enligt tröskelprincipen, utan det var vårdcentralen som hade ansvaret eller att vissa som tillhörde hemsjukvården flyttade in på särskilt boende och i de fallen skulle inte hemsjukvården stå för kostnaden.

Diskussion

Metoddiskussion

För att ta reda på vilka erfarenheter som distriktssköterskorna har av förskrivning av inkontinenshjälpmedel, valdes kvalitativa intervjuer som metod. Vilket författarna kände var en lämplig metod för att kunna förstå studiedeltagarnas egna perspektiv och upplevda erfarenheter inom ramen för studiens syfte (Kvale & Brinkman, 2009). Inom kvalitativ forskning används begrepp som beskrivs enligt Lincoln och Gubas fyra kriterier: *tillförlitlighet, pålitlighet, giltighet, och överförbarhet* för att uppnå *trovärdighet* (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2010). Begreppen beskrivs enligt följande: *tillförlitligheten*

grundar sig i hur insamlingen av data och hur tolkningsförfarandet har gått till, *pålitligheten* avgörs av hur stabil datan är över tid och om studien går att replikera, *giltigheten* grundar sig i sambandet i informationen som tillhandahålls från studiedeltagaren och hur informationen tolkas utan författarnas egna föreställningar, *överförbarheten* gäller i vilken utsträckning de kvalitativa fynden i studien kan överföras till andra områden eller grupper (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2010).

Distriktssköterskor i hemsjukvården valdes som studiedeltagare, då det ingår i deras arbetsuppgifter att förskriva inkontinenshjälpmedel och författarna ansåg det intressant och relevant att studera vilka erfarenheter de har, vilket ökade *trovärdigheten* i resultatet då det överensstämde med studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004). Studiedeltagarna har identifierats via författarnas egna kontakter med olika verksamhetschefer, vilket gav fördelar som tidsbesparing. Ett bekvämlighetsurval har gjorts då författarna har valt att intervjua de distriktssköterskor som fanns tillgängliga på de distrikt där verksamhetscheferna godkände att författarna fick genomföra studien (Polit & Beck, 2010). Författarna anser att variationer har uppnåtts i erfarenheter, då distriktssköterskor både ifrån storstad och på landsbygd har intervjuats och en spridning på ålder (26 år till 63 år) och erfarenhet av förskrivning (tre månader till 30 år) har uppnåtts. Det ökar *trovärdigheten* i resultatet att ha en variation i urvalet vad gäller kön, ålder och deltagare med olika utgångspunkter (Graneheim & Lundman, 2004). Då alla distriktssköterskor som deltog i studien var kvinnor, har ingen variation vad gäller kön uppnåtts. Detta anser författarna kan ha påverkat resultatet, då manliga distriktssköterskor kan ha andra erfarenheter framförallt vad gäller skapandet av relationer. Till exempel anser författarna att det kan vara svårare för en äldre kvinna med urininkontinens att berätta om sina besvär för en manlig distriktssköterska. Kanske hade resultatet sett annorlunda ut om några av deltagarna hade varit män.

Att kvalitativa intervjuer valdes som datainsamlingsmetod var för att studiedeltagarna skulle få större möjlighet att beskriva sina erfarenheter med egna ord vilket stärker *tillförlitligheten* (Graneheim & Lundman, 2004). Fördelarna med personliga intervjuer är att det uppstår färre missförstånd vid frågorna eftersom författarna kan avgöra om frågorna är rätt tolkade (Polit & Beck, 2010). Nackdelar kan vara att personliga intervjuer är mer tidskrävande och att det är svårare att täcka in ett större geografiskt område (Polit & Beck, 2010). Efter 15 genomförda intervjuer kände båda författarna att det inte framkom någon ny information och att fler intervjuer hade gjort analysarbetet svårare att hantera. Tiden på intervjuerna varade mellan 15

minuter till 30 minuter, vilket var relativt kort, men författarna ansåg att den insamlade datan svarade väl på studiens syfte och stärker *tillförlitligheten* i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

För att säkerställa att intervjuguiden svarade till studiens syfte, genomfördes en pilotintervju. Författarna ansåg att pilotintervjun svarade bra till studiens syfte och valde att inte göra några ändringar i intervjuguiden och att inkludera pilotintervjun i studien. Genomförandet av en pilotintervju ses som en styrka, då författarna fick träna i intervjumetodik (Kvale & Brinkman, 2009). Båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer, vilket kan ses som en styrka, då författarna kunde stötta varandra och flika in följdfrågor som den andre missade eftersom båda var ovana vid att intervjua. Även att båda författarna var med i hela datainsamlingsprocessen, för att se helheten ökade *tillförlitligheten* (Graneheim & Lundman, 2004). Det kan vara en nackdel, då det ses som ett överläge att vara två som intervjuar och en studiedeltagare (Trost, 2010). Författarna anser dock att det inte påverkade resultatet, då endast en av författarna ställde frågorna i intervjun och den andre författaren höll sig mest som observatör i bakgrunden. Deltagarna fick själva välja plats för intervjuerna, vilket anses vara en fördel, då studiedeltagarna kunde välja ett ställe där de kände sig trygga. Enligt Trost (2010) ska miljön där intervjun äger rum vara trygg och ostörd för studiedeltagaren. På fem av distrikten valdes enskilda rum, där intervjuerna kunde genomföras ostört och på ett av distrikten valdes personalrummet, där störmoment förekom då övriga kollegor kom och gick. Störmomenten kan ha påverkat svaren, då deltagarna blev avbrutna och kan ha hindrats från att utlämna viktig information. Författarna ansåg dock att dessa intervjuer trots det gav bra information som svarade till studiens syfte och de inkluderades därför i studien. Före varje intervju hölls ett allmänt samtal utan några personliga frågor, för att lätta upp stämningen (Trost, 2011). Samtliga intervjufrågor har följt intervjuguiden, så alla intervjuer har haft samma upplägg vilket ökar *tillförlitligheten* (Graneheim & Lundman, 2004). Studiedeltagarna har fått svara fritt utifrån sina egna erfarenheter, vilket gjorde variationsmöjligheterna stora och det ökade *giltigheten* i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004; Trost, 2010). Intervjuerna spelades in digitalt på författarnas smartphones, vilket gjorde att författarna kunde slappna av och fokusera på intervjuerna. Enligt Trost (2011) underlättar det för den som intervjuar att använda ljudupptagare för att kunna fokusera på vad deltagaren säger och fånga upp tonfall och ordval.

Båda författarna har erfarenheter från arbete i hemsjukvården, men har inga egna erfarenheter av att förskriva inkontinenshjälpmedel. Författarna har tagit hänsyn till förförståelsen i utformandet av intervjuguiden genom att ställa öppna frågor, som har gett studiedeltagarna utrymme att berätta utifrån sina egna erfarenheter (Polit & Beck, 2010). Författarnas förkunskaper inom ämnet kan ses som en styrka och kan ha bidragit till att relevanta följdfrågor har ställts (Kvale & Brinkman, 2009). Enligt Graneheim och Lundman (2004) sätter författarna vid innehållsanalys sin prägel på studien då det alltid sker någon form av tolkning.

Författarna har valt att analysera intervjuerna med hjälp av innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004). Där fokus är att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet för att beskriva variationer (Graneheim & Lundman, 2004). Båda författarna har läst igenom samtliga texter från intervjuerna flera gånger för att få en helhetsbild av det insamlade materialet, vilket kan ses som en styrka som ökar *trovärdigheten* i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Vidare markerades all text som hade med studiens syfte att göra och all övrig text sorterades bort. Detta gjorde författarna var för sig och sedan jämfördes all markerad text med varandra för att se om det överensstämde. Författarna var eniga om vilken text som svarade till studiens syfte, vilket styrker *tillförlitligheten* i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Resten av analysprocessen genomförde författarna tillsammans, vilket också styrker *tillförlitligheten* i resultatet, att mer än en har tolkat texten från den insamlade datan (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsbärande enheter plockades ut från texten, lagom stora för att det skulle vara hanterbart. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är för stora meningsenheter svåra att hantera eftersom de kan rymma flera betydelser. Meningsenheterna kondenserades manifest, vilket innebär på en textnära nivå. Vilket ansågs vara lämpligt, då ingen av författarna hade någon vana av att tolka resultat på olika abstraktionsnivåer, som vid latent innehållsanalys. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan det först ske efter ökad kunskap och ökad förmåga att analysera data. De kondenserade meningsenheterna blev sedan abstraherade, kortades ner ytterligare och koder bildades, koderna beskriver kortfattat innehållet i meningarna (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter grupperades koderna som innehåller samma betydelse och delades in i kategorier med subkategorier. Kategorier är homogena och skiljer sig från innehållet i andra kategorier, ingen mening som svarar på syftet får hamna mellan två kategorier eller passa in i två eller fler kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Detta gjorde att författarna ibland fick gå tillbaka till de meningsbärande enheterna och kodade om tills alla koderna passade i endast en

kategori. Även kategorierna gjordes om för att passa till koderna. Analysprocessen är tydligt beskriven i metoddelen och styrks med en tabell som visar exempel på analysprocessens förfarande med meningsbärande enheter, kondenserade enheter, koder, subkategorier och kategorier, vilket ökar *pålitligheten* i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Vidare har resultatdelen styrkts med citat från intervjuerna, vilket ökar *giltigheten* i studien (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att författarna har tillhandahållit tillräckligt med relevant beskrivande data i studien, kan läsarna själv avgöra och värdera *överförbarheten* i andra sammanhang (Polit & Beck, 2010).

Författarna har valt att använda benämningen distriktssköterskor istället för studiedeltagare i resultatet, då samtliga studiedeltagare var distriktssköterskor. Författarna anser att detta ökar *giltigheten* i resultatet eftersom det stämmer överens med studiens syfte. Dessutom har författarna valt att benämna patienterna för personerna för att förtydliga vikten av att se hela personen utifrån ett personcentrerat perspektiv.

Resultatdiskussion

Enligt en artikel av Du Moulin, Hamers, Ambergen och Halfens (2009) var förskrivning av inkontinenshjälpmedel den vanligaste åtgärden för äldre personer med urininkontinens inom hemsjukvården. Resultatet i föreliggande studie visade att om förskrivningen av inkontinenshjälpmedel skulle bli så bra som möjligt var det en förutsättning att det skapades en god relation till personen. Vidare enligt studien av Du Moulin et al. (2009) spelade distriktssköterskan en viktig roll när hon besökte personen regelbundet, då det var lättare för personen att prata om sin urininkontinens när en relation hade byggts upp. I en studie av Hayder och Schnepf (2010) var det en förutsättning att personen fick förtroende för distriktssköterskan, om det skulle kunna skapas en god relation. Enligt en studie av Cohen et al. (1999) var det sällan att personer med urininkontinens tog upp sina besvär med sin läkare, på grund av att de skämdes, hade okunskap om vilken hjälp som fanns att få, rädsla för operation och att personen hade hittat egna sätt att hantera sina besvär med urininkontinens, vilket enligt författarna gör att det är av betydelse att det skapas en god relation mellan personen och distriktssköterskan, så att personens besvär kan identifieras och adekvat hjälp kan erbjudas. Resultatet i föreliggande studie visade att personer med urininkontinens kunde ha olika lätt för att skapa en god relation till distriktssköterskan beroende på faktorer såsom kön, personlighet och/eller generation. Därför var det av betydelse att förskrivningen av

inkontinenshjälpmedel utprovades i samråd med personen och anpassades efter varje enskild persons behov och önskemål, vilket överensstämmer med Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) och Patientlagen (SFS, 2014:821). Det kunde då bli en stor utmaning för distriktssköterskan, om personen till exempel önskade ett större inkontinenshjälpmedel för att känna sig trygg och distriktssköterskan ansåg att ett mindre inkontinenshjälpmedel var tillräckligt för att tillgodose behovet. Det var enligt en studie från Paterson et al. (2003) av betydelse att distriktssköterskan skapade en god relation till personen, då distriktssköterskan kunde stötta personen och informera om för- och nackdelar med olika inkontinenshjälpmedel.

Resultatet i föreliggande studie visade dock att det inte alltid fanns alla förutsättningar till att det kunde skapas goda relationer, eftersom det krävde att distriktssköterskan hade tillräckligt med tid att lära känna personen med urininkontinens. I en studie av Milne och Moore (2002) var distriktssköterskorna många gånger tvungna att prioritera mer akuta och brådskande ärenden framför att skapa relationer. Resultatet i föreliggande studie visade att distriktssköterskorna även ibland fick ta hjälp av hemtjänsten vid utprovning och uppföljning av inkontinenshjälpmedel på grund av tidsbristen, förutsatt att det var hemtjänst som kände personen väl, även om det inte var optimalt. För att distriktssköterskan skulle kunna göra en personcentrerad förskrivning av inkontinenshjälpmedel i samråd med personen, så behövde distriktssköterskan få tid till att skapa en god relation till personen och tiden var en av förutsättningarna för att distriktssköterskan skulle kunna arbeta personcentrerat (McCormack et al., 2010).

Alla studiedeltagare i föreliggande studie hade erhållit utbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel under distriktssköterskeutbildningen, det visade dock att de flesta distriktssköterskorna önskade mer fortbildning i förskrivning och att få bli uppdaterade regelbundet med information om olika inkontinenshjälpmedel, vilket även framkom i studien från Paterson et al. (2003). I föreliggande studie visade resultatet att förskrivningarna ibland skedde slentrianmässigt på grund av tidsbrist, men även på grund av kunskapsbrist då det var enklare för distriktssköterskorna att beställa samma inkontinenshjälpmedel som de brukade, istället för att söka efter bättre alternativ. Resultatet i föreliggande studie visade att det på något distrikt fanns ett inkontinensombud som hade inkontinens som specialområde. Det kunde öka kvaliteten och kompetensen gällande urininkontinens och inkontinenshjälpmedel på arbetsplatsen, vilket Lauritzen och Nordlander (2014) belyste. I en rapport från Länsstyrelsen Västra Götalands län och Socialstyrelsen (2006) stod det att om vårdpersonalen

fick ökade kunskaper om urininkontinens, så ökade även deras efterfrågan på fortbildning och det kunde få vårdpersonalen mer motiverade och engagerade så att kvaliteten inom inkontinensvården ökade. I studien av Paterson et al. (2003) framkom det att personer med urininkontinens upplevde en ökad livskvalitet om de kände att de fick hjälp och stöd från distriktssköterskan, som var väl uppdaterad inom området urininkontinens samt hade goda kunskaper om olika inkontinenshjälpmedel. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården har distriktssköterskan ett ansvar att hålla sig uppdaterad om olika inkontinenshjälpmedel och ge information, råd och stöd till personen med urininkontinens (SOSFS, 2008:1).

Resultatet i föreliggande studie visade att det inte var alla distriktssköterskor som hade möjlighet att följa de lagar och riktlinjer som fanns vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel och att detta kunde bero på att det inte fanns tid att göra en noggrann utprovning och uppföljning av förskrivningarna. Ett sätt att förbättra detta skulle kunna vara att skapa bättre rutiner kring förskrivning av inkontinenshjälpmedel på arbetsplatsen. Enligt en studie av Vethanayagam et al. (2017) framkom det att det var viktigt att inom hemsjukvården kunna identifiera personerna med urininkontinens och ett sätt som användes var att de upprättade en rutin med färdiga blanketter som kunde användas av distriktssköterskan för att lättare identifiera, utreda och behandla personer med urininkontinens. Resultatet i föreliggande studie visade att i ett distrikt hade det införts en lokal rutin, som innebar att vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel togs det hjälp av ett kvalitetsprogram på websidan Nikola. I rapporten från Länsstyrelsen Västra Götalands län och Socialstyrelsen (2006) belyses vikten av dokumentation och uppföljning samt att ett kvalitetsarbete på arbetsplatsen kunde vara att upprätta och/eller förbättra omvårdnadsplanerna gällande inkontinensvården med konkreta mål som utgick från personens behov och önskemål.

Resultatet i föreliggande studie visade att samtliga distriktssköterskor var överens om att en noggrann uppföljning kunde minska kostnaderna avsevärt, vilket även Samuelson et al. (2001) kom fram till, eftersom då hade felbeställningar kunnat undvikas och att inkontinenshjälpmedel kasserades i onödan. Resultatet i föreliggande studie visade på att det var viktigt att inte förskriva för mycket till samma person åt gången, samt att samordna förskrivningarna för att hålla nere leveranskostnaderna. Samuelsson et al. (2001) visade i sin studie att det var viktigt att distriktssköterskan ansvarade för att förbättra kvaliteten i

tillvägagångssättet vid förskrivning, vilket kunde leda till att förbättra livskvaliteten för personen med urininkontinens och för att minska kostnaderna för samhället.

Konklusioner och implikationer

Distriktssköterskornas erfarenheter av att förskriva inkontinenshjälpmedel till äldre personer inom hemsjukvården visade på betydelsen av att det skapades goda relationer till personen, genom att distriktssköterskan hade ett ödmjukt bemötande som gjorde att personen fick ett förtroende för distriktssköterskan. Att förskrivningen av inkontinenshjälpmedel skedde enligt lagar och riktlinjer var en förutsättning för att det skulle bli så bra som möjligt. Brist på tid sågs som den största anledningen till varför det inte alltid var möjligt att följa de lagar och riktlinjer som fanns. Rutiner på arbetsplatsen och kontinuerlig utbildning till distriktssköterskorna inom hemsjukvården, skulle kunna leda till en mer effektiv och noggrann förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Den effektiva och noggranna förskrivningen skulle i sin tur kunna leda till förbättringar för både personen genom ökad livskvalitet och för samhället genom minskade kostnader. Vidare forskning är önskvärd kring vilka rutiner och vilken utbildning som bäst kan underlätta för distriktssköterskor inom hemsjukvården vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Referenser

Arnold, E.P., Milne, D.J. & English, S. (2016). Conservative treatment for incontinence in women i rest home care in christchurch: Outcomes och cost. *Neurourology and urodynamics* 35 (636-641).

Bökberg, C. & Drevenhorn, E. (2010). Omvårdnad av vuxna och äldre. I E., Drevenhorn (Red.). *Hemsjukvård*. (pp.91-107). Lund: Studentlitteratur.

Cohen, S.J., Robinson, D., Dugan, E., Howard, G., Suggs, P.K., Pearce, K.F., Carroll, D.D., McGann, P., & Preisser, J. (1999). Communication between older adults and their physicians about urinary incontinence. *Journal of Gerontology: Medical Science*, 1999, Vol. 54A, No. 1, M34-M37.

Du Moulin, M.F., Hamers, J.P., Ambergen, A.W., & Halfens, R.J. (2009). Urinary incontinence in older adults receiving home care diagnosis and strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2009; 23; 222-230.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 24, (105-112).

Hayder, D., & Schnepf, W. (2010). Experiencing and managing urinary incontinence: A qualitative study. *Western journal of nursing research*. 32(4) (pp.480-496).

Hellström, A-L. & Lindehall, B. (Red.). (2006). *Uroterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Helsingforsdeklarationen. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2017-09-19.

<http://www.wma.net>

Hägglund, D. (2010). District continence nurses' experiences of their continence service in primary health care. *Journal of nursing management*. 18 (pp. 225-233).

Hägglund, D., & Ahlström, G. (2006). The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing*. 16, (1946-1954).

Josefsson, J. & Ljung, S. (2010). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I E., Drevenhorn (Red.). *Hemsjukvård*. (pp.15-35). Lund: Studentlitteratur.

Länsstyrelsen västra Götalands län och Socialstyrelsen (2006) *Inkontinensvården – tillsyn av insatser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården*. Hämtad 2017-10-18.

<http://www.lansstyrelsen.se/vastragotaland/SiteCollectionDocuments/sv/publikationer/2006/rappport200691.pdf>

Ko, Y., Lin, S-J., Salmon & Bron, M. (2005). The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *The american journal of managed care*. Vol. 11 no.4(103-111).

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

Lauritzen, M. & Nordlander, I. (2014). *Översikt (Urininkontinens)*. Hämtad 2017-10-16, från Vårdhandboken. <http://www.varldhandboken.se/texter/urininkontinens/oversikt/>

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., Peelo-Kilroe, L., Tobin, C., & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older person. *International Journal of Older People Nursing* 5, 93-107.

McCormack, B., & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56 (5), 472-479.

Milne, J.L., & Moore, K.N. (2002). An exploratory study of continence care services worldwide. *International Journal of nursing studies* 40, (2003)(235-247).

Nazarko, L. (2013). Urinary incontinence providing respectful dignified care. *British journal of community nursing* vol 18, no 2 (58-67).

Orrell, A., McKee, K., Dahlberh, L., Gilhooly, M., & Parker, S. (2013). Improving continence services for older people from the service-providers perspective: a qualitative interview study. *BMJ Open*.

Paterson, J., Dunn, S., Kowanko, I., Van Loon, A., Stein, I., & Pretty, L. (2003). Selection of continence products: perspectives of people who have incontinence and their carers. *Disability and rehabilitation*. 2003; vol. 25, NO. 17, 955-963.

Peeker, R. & Samuelsson, E. (2014). Urininkontinens. I *Läkemedelsboken*. Läkemedelsverket.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essential of Nursing research – Appraising evidence for nursing practice* (7th edition). Philadelphia: Lippincott Williaiams & Wilkons.

Rodriguez, N.A., Sackley, C.M., & Badger, F.J. (2007). Exploring the facets of continence care: a Continence survey of care homes for older people in Birmingham. *Journal of clinical nursing*. 16, (5), 954-962. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01759.x

Samuelsson, E., Månsson, L., & Milsom, I. (2001). Incontinence aids in Sweden: users and costs. *BJU International*. 88,(893-898).

Samuelsson, E., Odeberg, J., Stenzelius, K., Molander, U., Hammarström, M., Franzen, K., Andersson, G., & Midlöv, P. (2015). Effect of pharmacological treatment for urinary incontinence in the elderly and frail elderly: A systematic review. *Geriatrics & gerontology international* vol 15, issue 5.(521-534).

SBU. (2013). *Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre*. (Statens beredning för medicinsk utvärdering, rapportnr: 219). Stockholm.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1993:584. Lag om medicintekniska produkter. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2008:355. Patientdatalag. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Riksdagen.

SOSFS 2008:1(M). Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. ISBN 978-91-85999-78-1, Artikelnr 2008-126-59. Stockholm: Socialstyrelsen.

Suhr, R., & Lahmann, NA. (2017). Urinary incontinence in home care: a representative multicenter study om prevalence, severity, impact on quality of life, and risk factors. *Springer International Publishing AG 2017*.

Sörbye, LW., Finne-Soveri, H., Ljunggren, G., Topinkova, E., Garms-Homolova, V., Jensdottir, AB., & Bernabei, R. (2009). Urinary incontinence and use of pads – clinical features and need for help in home care at 11 sites in Europe. *Scandinavian Journal Caring Science*, 2009; 23; 33-44.

Trost, J. (2011). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vethanayagam, N., Orrell, A., Dahlberg, L., McKee, KJ., Oreme, S., Parker, SG., & Gilhooly, M. (2017). Understanding help-seeking in older people with urinary incontinence: an interview study. *Health and social care in the community*. 25(3), 1061-1069.

Villoro, R., Merino, M., Hidalgo-Vega, A., Jiménez, M., Martínez, L., & Aracil, J. (2016). Women with urinary incontinence in Spain: Health-related quality of life and the use of healthcare resources. *Maturitas 94 (2016) (52-57)*.

Intervjuguide:

Intervjufrågor:

Berätta hur det brukar gå till vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Vad sker innan personen får hjälpmedel förskrivet och vad händer efter förskrivningen av inkontinenshjälpmedel?

Kan du berätta om ett tillfälle där du inte tycker att förskrivningen fungerat så bra? Vad var det som gjorde att det inte blev bra?

Kan du berätta om ett tillfälle där du tycker att förskrivningen fungerat riktigt bra? Vad var det som gjorde att det blev så bra?

Vad är din erfarenhet av förskrivning av inkontinenshjälpmedel?

På vilket sätt har du blivit förberedd med att jobba med förskrivning av inkontinenshjälpmedel och urininkontinens?

Vad tycker du är viktigt att tänka på vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel?

Finns det några saker som skulle kunna förändras när det gäller sättet att jobba på vid förskrivning av inkontinenshjälpmedel?

Stödord:

Vad? Hur? När?

Förklara! Utveckla!

Avslutande:

Har du något att tillägga?

Några egna tankar

