

Distriktssköterskans patientrelaterade omvårdnadsarbete

Margareta Ehnfors

Kerstin Nordstrand

Den strukturutveckling som skett i det svenska samhället inom hälso- och sjukvården har medfört organisationsförändringar och påverkat arbetets innehåll också för distriktssköterskan. Ett forsknings- och utvecklingsarbete genomfördes 1994 bland distriktssköterskor och sjuksköterskor inom landstingets och kommunens öppna primärvård (nedan kallad primärvården) i två kommuner i västra Sverige. Arbetet var ett försök att inom primärvården pröva användbarheten av en modell för dokumentation av omvårdnad (den s k VIPS-modellen) som i andra studier prövats med gott resultat inom olika specialiteter av sluten vård. Huvudresultaten från studien presenteras i denna artikel.

Författarna är båda verksamma vid institutionen för omvårdnad, Vårdhögskolan i Örebro. Margareta Ehnfors är leg sjuksköterska, lektor och doktor i medicinsk vetenskap i ämnet hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning mot omvårdnad, disputerad vid institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet. Kerstin Nordstrand är distriktssköterska, högskolelärare och på väg in i en forskarutbildning vid Karolinska institutet i Stockholm.

Författarna vill framföra ett varmt tack till de distriktssköterskor som deltog i studien och särskilt till primärvårdsföreståndare Gudrun Håkansson i Varberg, som med stöd och engagemang möjliggjorde genomförandet.

Distriktssköterskans patientrelaterade omvårdnadsarbete

Distriktssköterskans patientrelaterade arbete har inte studerats särskilt mycket i Sverige om man bortser från vissa studier som undersökt distriktssköterskans tidsanvändning (Spri 1969, 1974, 1988), patientkontakter, medicinska problem och åtgärder (Hodell 1987). I denna artikel kommer distriktssköterskans patientrelaterade arbete att beskrivas närmare med hjälp av en modell

för dokumentation av omvårdnad (den s k VIPS-modellen).

Historiskt sett utgjorde sjukvårdande behandlingar merparten av distriktssköterskans arbete fram till 1930-talet. Distriktssköterskans unika möjlighet att arbeta hälsofrämjande uppmärksammades dock tidigt. Distriktsvårdsreformen år 1935 hade syftet att förstärka den förebyggande vården. Under 1940- och 50-talet infördes nya behandlingsmetoder som innebar ökade möjligheter att vårda människor i hemmet. Antalet distriktsskötersketjänster ökade också under denna period. I hälso- och sjukvårdslagen intar hälsofrämjande åtgärder och åtgärder för att förebygga ohälsa en stark ställning. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet betonades i Världshälsoorganisationens uppmaning till medlemsländerna, "Hälsa för alla år 2000" och uppmärksammades även i HS-90, utredningen om hälso- och sjukvården inför 90-talet. I detta arbete angavs att primärvården skall svara för befolkningens primära behov av hälso- och sjukvård, och det förebyggande arbetet betonades liksom distriktssköterskans insatser på detta område.

Distriktssköterskans funktion idag

I Sverige finns idag cirka 7 000 distriktssköterskor varav omkring 2 000 har kommunen som huvudman. Flerparten distriktssköterskor har områdesansvar för ett distrikt där hälsoarbete bedrivs för alla åldrar. Vissa distriktssköterskor arbetar särskilt med barnhälsovård, diabetes, hypertoni eller någon annan specialiserad verksamhet. Inom den kommunala hälso- och sjukvården rör sjuksköterskans arbete framförallt vård av äldre, handikappade och långvarigt sjuka i olika boendeformer. Kunskapsutvecklingen inom yrkeskåren och förändrade behov bland befolkningen ställer krav på specialisering och utvidgning av arbetet. Utvecklingen

Utvecklingen går mot en mer självständig funktion med fokus på prevention och hälsofrämjande arbete

går mot en mer självständig funktion med fokus på prevention och hälsofrämjande arbete, både ur ett individ- och ett samhällsperspektiv (SOSFS 1991, Emanuelsson och Wendt 1994). En lag som nyligen trädde i kraft medför en skyldighet för distriktssköterskan att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 1994: 953). Distriktssköterskan kan idag överta delar av receptförskrivningen, göra hälsoprofiler, genomföra egna hälsoprojekt och driva vårdutveckling (SOSFS 1994:11).

Liksom all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal omfattas distriktssköterskorna av patientjournalagen (SFS 1985:562). Skyldigheten gäller samtliga förekommande patientkontakter inom hälso- och sjukvården, inklusive telefonrådgivning. Journalen skall innehålla väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, diagnos, anledning till mera betydande åtgärder, planerade åtgärder och om resultat av insatta åtgärder.

Studier av distriktssköterskans verksamhet i andra länder

Studier av distriktssköterskans arbetsuppgifter i andra europeiska länder har visat att det är svårt att göra jämförelser mellan olika länder, delvis beroende på olikheter i lagstiftning och finansieringssystem. En nyligen publicerad jämförande studie visar dock att arbetet skiljer sig innehållsmässigt i tre studerade länder – Belgien, Tyskland och Nederländerna. I Tyskland och Belgien skiljer man sig på förebyggande hälsovård och omvårdnad bland vuxna i motsats till Nederländerna. Vårdnivå och grad av beroende hos patienterna i det som motsvarar primärvården skiljer sig mellan länderna. Behandling och hemtjänstservice var de oftast förekommande arbetsuppgifterna för sjuksköterskorna i Belgien och Tyskland, medan den nederländska sjuksköterskans arbetsuppgifter bestod av att informera, undervisa och arbeta med stödjande åtgärder. Deras egen beskrivning av arbetet visar att den nederländska sjuksköterskan arbetar mest med problem som rör preventiva frågeställningar och den tyska sjuksköterskan mest med frågeställningar som rör hemtjänst eller problem kring det dagliga livet i hemmet. I Nederländerna arbetar sjuksköterskan oftast utan någon överordnad läkare medan det i Tyskland krävs läkarordinationer för i stort sett all

service (van der Zee *et al* 1994).

Inom Norden är förhållandena också olika vilket gör jämförelser svåra. Finland, Danmark och Norge skiljer sig från Sverige i fråga om hur distriktssköterskans arbete är organiserat. I dessa länder arbetar särskilda sjuksköterskor med den förebyggande barnhälsovården medan detta arbete i Sverige vanligen utförs av distriktssköterskan (Bjälming 1990).

I en stor studie i USA fann man följande funktioner vara viktiga; arbete med patienter med hög risk att få försämrad hälsa, direkt patientvård, att vara patientens talesman, utbildning av patienter, anhöriga och vårdare, omvårdnadsplanering, genomförande och utvärdering av olika hälsostrategier samt forsknings- och konsultarbete (de la Cruz 1993).

Standardisering av termer och begrepp

Behovet av standardiserade termer för dokumentation av vård har betonats internationellt. Trots att sjuksköterskeyrket har funnits i Sverige i mer än hundra år har inte gemensamma begrepp efterfrågats förrän på senare tid. En klassifikation ger möjlighet att beskriva sjukdomar, vård och behandling inom olika kliniska områden och skilda patient- eller klientgrupper och kan ligga till grund för hälsoplanering. Internationellt finns några klassifikationer för delar av omvårdnadsarbetet t ex omvårdnadsdiagnoser och omvårdnadsåtgärder. Två amerikanska system är utvecklade särskilt för primärvård (Saba 1992, Martin & Sheet 1992). Modellerna är dock komplicerade och kräver i vissa fall tillgång till datorstöd. Den modell för klassifikation av det patientrelaterade omvårdnadsarbetet som ligger till grund för vår egen studie är den i Sverige utvecklade VIPS-modellen (Ehnfors, Thorell-Ekstrand & Ehrenberg 1991). VIPS står för de övergripande målen, optimalt välbefinnande, respekterad integritet, prevention och säkerhet.

För närvarande pågår ett internationellt arbete med att utveckla en gemensam klassifikation för omvårdnad (*International classification of nursing practice* [ICNP]) som kan användas för att beskriva och gruppera omvårdnadsproblem och -behov, åtgärder i omvårdnadsarbete och resultat av omvårdnaden (Wake *et al* 1993). VIPS-modellen ingår som en av flera delar i detta arbete. I Sverige pågår vid Socialstyrelsens Epidemiologiska centrum arbete med att utveckla en åtgärdsklassifikation för hela primärvården som kan användas av läkare och distriktssköterskor liksom övrig vårdpersonal.

VIPS-modellen

Vid utvecklingen av VIPS-modellen för dokumentation av omvårdnad var ambitionen dels att finna gemensamma termer och begrepp för omvårdnad, dels att utveckla riktlinjer för sjuksköterskans dokumentation. Basen för utvecklingsarbetet var empiriska studier. VIPS-modellen används för närvarande i praktiskt omvårdnadsarbete inom olika specialiteter och har prövats både vad gäller validitet och reliabilitet med gott resultat (t ex Ehnfors & Smedby 1993, Grobe & Hughes 1993). Modellen används nu på flera ställen inom primärvården, men har inte tidigare studerats systematiskt inom denna verksamhet.

Modellen tillämpad på distriktssköterskans patientrelaterade arbete

Här redovisas en del av resultaten från en studie inom primärvården där VIPS-modellen bl a används för att belysa distriktssköterskans patientrelaterade arbete. Projektet genomfördes inom den öppna primärvården i Varberg och Falkenberg inom både landstingets och kommunens ansvarsområde. För alla landstingsanställda distriktssköterskor ingick barnhälsovård som en del av tjänsten och en person arbetade helt med barnhälsovård. Områdena som distriktssköterskorna arbetade inom inbegriper både innerstadsområden och traditionell jordbruksbygd.

Distriktssköterskans omvårdnadsarbete med patienten i dennes hem, vid besök på mottagning eller via telefonrådgivning kan beskrivas på olika sätt. I detta arbete har vi valt att skilja på *bedömningar* av problem och behov av diagnostik och utredning, samt *åtgärder* för behandling och övervakning. Inslag av hälsofrämjande och förebyggande arbete kan finnas med i olika åtgärder. En del av dessa bedömningar och åtgärder kan ha som enda eller primära syfte att främja hälsa eller att förebygga ohälsa.

Ett instrument för registrering konstruerades och prövades i en pilotstudie. Instrumentet består av en blankett uppbyggd efter VIPS-modellens sökord, motsvarande anamnes, statusbedömning och omvårdnads-åtgärder. I studien gavs möjlighet att även registrera hälsofrämjande och förebyggande åtgärder i de olika avsnitten. Avsnittet för administrativa åtgärder och uppföljning utökades för att också kunna innehålla delar som motsvarar planering, mål och resultat. Dessa delar finns vanligen dokumenterade i patient-journalen, men registrerades särskilt på blanketten för denna studie.

Exempel på instrumentets *bedömningskategorier* för

olika omvårdnadsproblem och behov är: funktionsförmåga i fråga om kommunikation, hörsel och syn, ADL, IADL, smärtlindringsbehov, psykosocial funktion, levnadsvanor och allmänt välbefinnande. Exempel på *åtgärds-kategorier* är åtgärder för att främja medverkan, grundläggande skötsel, information och undervisning, träning, observation och tillsyn. Ett avsnitt avsåg speciella omvårdnadsåtgärder och inkluderar de flesta av läkare ordinerade åtgärder som genomförs av en sjuksköterska i primärvårdsarbete. Dessutom fanns möjlighet att registrera åtgärder för kontinuitet och samordning samt administrativa åtgärder.

Totalt omfattar denna del av studien 885 patient-kontakter och 6 300 bedömningar och åtgärder som femton distriktssköterskor och sjuksköterskor registrerade under tio på varandra följande arbetsdagar. Av patient-kontakterna skedde huvuddelen i hemmet, därefter på vårdcentral eller distriktssköterskemottagning. 20 procent av registreringarna gällde telefonkontakter. Bland patienterna var 56 procent kvinnor och 39 procent män. För 5 procent av patienterna saknas uppgift om kön. Knappt 20 procent av patienterna var barn som varit i kontakt med barnavårdscentral. Medelåldern bland patienterna var 53,5 år (0-99 år), exklusive barnavårdscentralskontakterna var medelåldern 64 år.

Medicinsk diagnos

På registreringsblanketten fanns utrymme att ange den huvudsakliga medicinska diagnosen. De diagnoser som angavs kategoriserades efter huvudgrupperna i den sjukdomsklassifikation som används i Sverige idag. Den största enskilda gruppen utgjordes av hälsokontroller och andra kontakter med sjukvården, totalt 15 procent. Till största delen gällde det besök vid BVC och en liten del preventivmedelsrådgivning. De vanligaste sjukdomsdiagnoserna gällde cirkulationsorganens sjukdomar som t ex hjärtinfarkt, hjärtinkompensation, hypertoni, cerebrovaskulär insult eller varicer. Därefter följde i storleksordning endokrina sjukdomar och nutritionsrubbingar, där diabetes utgjorde den största delen. Av hudens och underhudens sjukdomar utgjorde bensår en stor andel. Dessutom fanns t ex eksem, urticaria, abscesser och aterom i den gruppen. Bland tu-mörsjukdomarna fanns det maligna tumörer i t ex bröstkörtel, tjocktarm, urinvägar, prostata, lunga och även leukemier. Av de psykiska störningarna var majoriteten demenser men inkluderade även psykos och psykisk insufficiens. De flesta skador var frakturer, men där fanns också t ex brännskador och sårskador (*tabell I*)

Tabell 1. Förekomst av medicinska diagnoser fördelade efter sjukdomsklassifikationens indelning.

Medicinsk diagnos	Antal
Hälsokontroller	137
Cirkulationsorganens sjukdomar	100
Endokrina samt nutritionsorg. sjukdomar	86
Hudsjukdomar	68
Tumörer	53
Skador	53
Nervsystemets och sinnesorg. sjukdomar	57
Psykiska störningar	40
Muskel och bindvävssjukdomar	40
Urin- och könsorganens sjukdomar	22
Symtom	29
Infektionssjukdomar	21
Andningsorganens sjukdomar	22
Matsm org. sjukdomar	13
Barnsängskomplikationer	7
Blodsjukdomar	2
Missbildningar	1
Utan uppgift	134

Omvårdnadsproblem och kontaktorsak

Utöver medicinsk diagnos fanns möjlighet att ange kontaktorsak och omvårdnadsproblem. För närvarande pågår i Sverige en diskussion om vilket begrepp som är bäst att använda i praktisk vård; omvårdnadsdiagnos eller omvårdnadsproblem. I Socialstyrelsens allmänna råd (1993:17) används begreppet omvårdnadsdiagnos. Detta används dock ännu inte allmänt på vårdavdelningar eller i primärvård i Sverige, men är under stark utveckling.

Omvårdnadsdiagnosen betonar symtom och konsekvenser av ohälsa mer än orsaken. De medicinska diagnoserna däremot utgår vanligen från etiologi. En omvårdnadsdiagnos kan t ex vara "svårighet att förflytta sig" eller "risk för sänglägeskomplikationer" i jämförelse med den medicinska diagnosen som i det här fallet var "höftfraktur". Ett annat exempel är den medicinska diagnosen "urininkontinens" som skulle kunna ge omvårdnadsdiagnosen "generad och rädd för att lukta illa på grund av urinläckage, som leder till att personen isolerar sig socialt".

Den vanligaste kontaktorsaken bland de 885 patienterna var besvär från hud och slemhinnor. Det kunde t ex innebära att patienten hade bensår med behov av hjälp med omläggning, eller att patienten hade oklara besvär från slemhinnor i näsa och hals. Bland omvårdnadsproblemen fanns också bristande förmåga till egenvård, t ex att patienten inte klarade sin personliga hygien, klädsel, toalettbesök eller förflyttning. Till denna

kategori har också förts patienter med diabetes som i sitt dagliga liv inte kunde klara av att ta sin insulininjektion och patienter som behövde hjälp för att iordningställa sin medicin (injektion eller tablett) men som kunde ta den själv.

Under omvårdnadsproblem som gällde andning och cirkulation har förts behov av hjälp med blodtryckskontroller, syrgasbehandling vid andnöd och obehag på grund av feber. Till gruppen elimination har förts problem som gällde urinkatetrar eller obehag på grund av prostataproblem eller inkontinens. Hit fördes även diarréproblem eller förstoppning och behov av hjälpmedel för inkontinens. Bland nutritionsproblem fanns kostproblem, t ex för att minska eller öka vikten och amningsproblem.

De psykosociala problemen gällde t ex osäkerhet och känslor i samband med ett nytt barn eller föräldraskap. Det kunde också gälla svartsjuka mellan syskon. Några psykosociala problem hade samband med att patienten var nyinflyttad. En stor del av de psykosociala problem var relaterade till psykiska sjukdomar och gällde t ex behov av samtal, kontakt eller tillsyn. Även behov av krisbearbetning fanns med i denna kategori. Frekvensen av de olika omvårdnadsproblemen visas i tabell 2. Patienter med behov av smärtlindring utgjorde fem procent av patientkontaktorna. Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder var aktuellt för ungefär var åttonde patient. Det senare gällde t ex screening inom olika åldersgrupper och barnavårdscentralens hälsofrämjande program.

Tabell 2. Antalet registrerade kontaktorsaker vid 885 patientkontakter.

Kategori omvårdnadsproblem-behov	Antal
Problem beträffande	
hud, slemhinnor	158
aktivitet, egenvård	132
andning, cirkulation	79
elimination	61
psykosocialt	55
smärta	45
nutrition	28
överkänslighet	15
sinnesorgan	7
sömn, vila	2
Behov av	
hälsofrämjande åtgärder	111
information, undervisning	19
skötsel, observation	10
terminalvård	9
Utan uppgift	117
TOTALT	885

Bedömningar och åtgärder

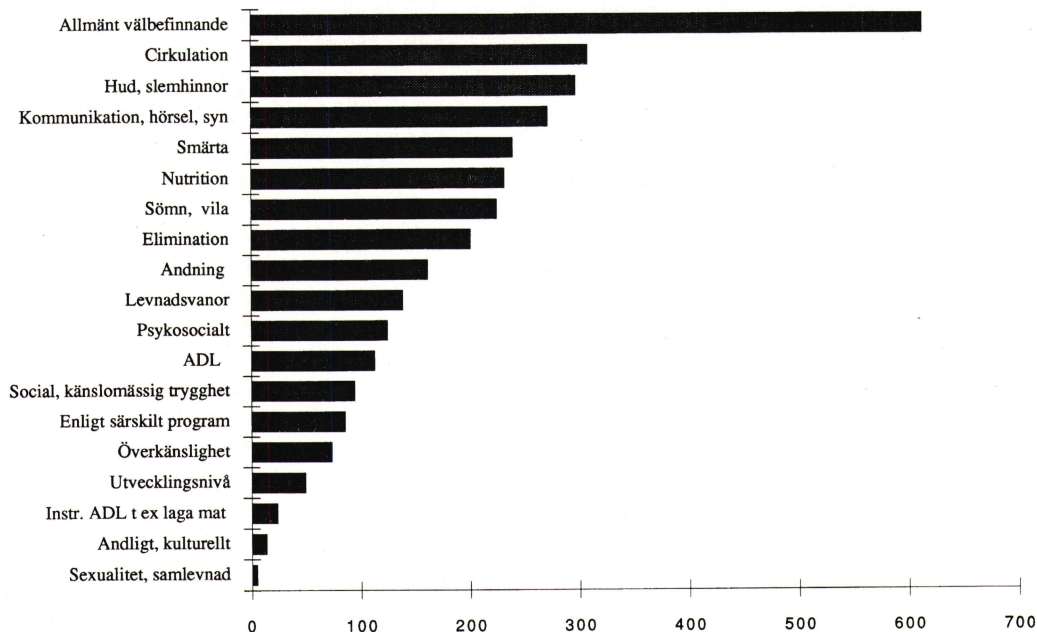
Av de totalt 6 300 registreringarna utgjorde 3 275 bedömningar och 3 025 åtgärder. 75 procent av bedömningarna och åtgärderna var direkta, 20 procent via telefon, 1,5 procent var indirekta (utförda via annan person) och 3,5 procent initierades av distriktssköterskan. Den högsta frekvensen av bedömningarna gällde allmänt välbefinnande (19 procent), vilket förekom vid två av tre patientkontakter. Bedömning av patientens cirkulation gjordes vid mer än var tredje kontakt. En stor del av bedömningarna gällde hud och slemhinnor, kommunikationsförmåga, hörsel och syn, nutrition, behov av smärtlindring samt sömn och vila. Registreringar förekom inom alla bedömningskategorier, lägst antal hade dock sexualitet och samlevnad med endast fem registreringar (se *figur 1*).

Förekomsten av de olika omvårdnadsåtgärderna visas i *figur 2*. Det var stor variation mellan de olika kategorierna med högst antal registreringar för speciella omvårdnadsåtgärder och för information och undervisning, därefter följde åtgärder för att främja patientens och närståendes medverkan samt stödjande åtgärder. Lägst antal registreringar hade kategorin träning. Information och undervisning, åtgärder för att främja medverkan samt stödjande åtgärder utgjorde tillsammans nästan hälften av alla registrerade åtgärder.

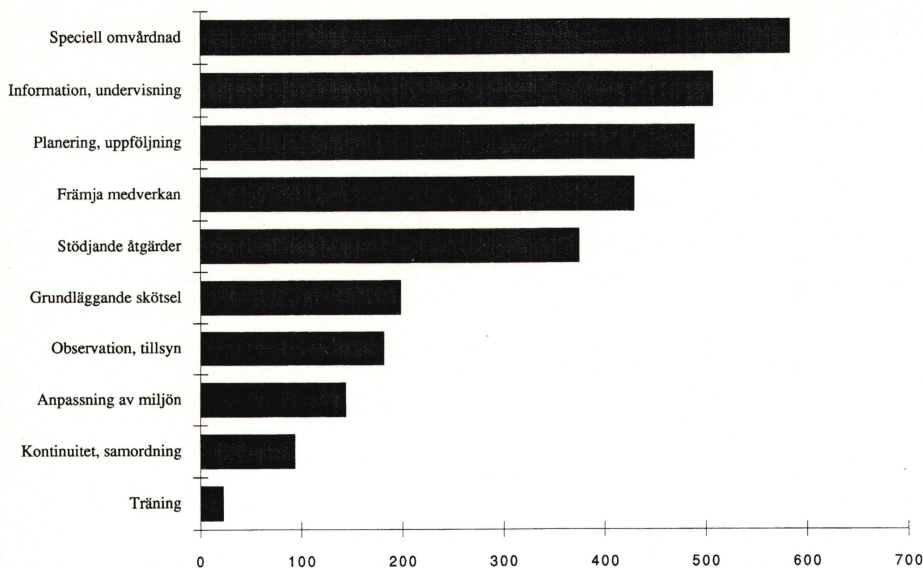
För varje åtgärdsavsnitt fanns möjlighet att registrera

på en mera detaljerad nivå. Att *främja medverkan* var en typ av åtgärd som förekom vid nästan varannan patientkontakt. Det som registrerades under denna kategori var framför allt åtgärder för patientens medverkan i beslut (38 procent), närståendes medverkan i beslut (22 procent) samt patientens medverkan i egenvård (23 procent). Dessa åtgärder visar en jämn fördelning bland olika åldrar. *Information och undervisning*, till patient och närstående samt instruktion och handledning till patient och vårdpersonal förekom ofta. Bland *stödjande åtgärder* var det framför allt stödsamtal, som utgjorde mer än två tredjedelar av alla stödjande åtgärder. Som helhet förekom stödjande åtgärder vid var fjärde patientkontakt.

Åtgärder för *anpassning av miljön* gällde mest psykosociala åtgärder som t ex sysselsättning och sociala kontakter samt åtgärder i patientens miljö för att förebygga komplikationer i samband med sängläge. Avsnittet *träning* avsåg fysisk träning eller psykosocial träning som t ex att gradvis tränas in i ett socialt nätverk. Denna kategori hade den minsta andelen åtgärder registrerade. Åtgärd som registrerades under avsnittet *grundläggande skötsel* förekom vid nästan var fjärde patientkontakt. De flesta registreringarna gällde hudvård, skötsel i samband med intag av dryck/föda samt ej farmakologisk smärtlindring som massage eller lägesändring. Bland åtgärder för *observation och tillsyn* ut



Figur 1. Antal registrerade bedömningar (n=3275) vid 885 patientkontakter



Figur 2. Antal registrerade omvårdnadsåtgärder (n=3025) vid 885 patientkontakter fördelade efter VIPS-modellens sökord.

gjorde övervakning av vitala funktioner som blodtryck eller pulskontroll 70 procent.

Så kallade *speciella omvårdnadsåtgärder* förekom vid mer än två av tre patientkontakter. Allra vanligast var administration av läkemedel som inkluderade injektion eller administrering till dosett (39 procent). Vanligt förekommande var också omläggning och suturtagning (26 procent) samt undersökning och provtagning. Under avsnittet speciell omvårdnad registrerades också när distriktssköterskan för patientens räkning tog kontakt med konsulter (dock ej i administrativ syfte), vilket förekom vid ungefär var tionde patientkontakt. Det gällde t ex kontakt med sjukgymnast, läkare eller specialistsjuksköterska. I samband med ungefär var tionde patientkontakt förekom åtgärder för att *främja kontinuitet och samordning*. Det gällde t ex åtgärder för att behålla sättet att vårda eller för att behålla samma vårdare. Hit fördes också åtgärder för att samordna insatserna mellan olika vårdare inom t ex hemtjänsten, samt åtgärder för att behålla kontinuitet i patientens kontakter med närstående.

Sammanfattning och diskussion

Studien visar att distriktssköterskorna mötte patienter i alla åldrar – från nyfödda till mycket gamla människor. Patienterna, till största delen äldre kvinnor, hade medicinska diagnoser av varierande art och svårighetsgrad. De omvårdnadsproblem och behov som var vanligast i

kontakterna med primärvården gällde hud och slemhinnor. Bristande förmåga till egenvård förekom ofta och gällde grundläggande funktioner i dagligt liv eller att patienter med diabetes inte kunde klara att ge sig insulininjektion.

Ungefär lika många bedömningar som åtgärder rapporterades. Bedömningar av patientens allmänna välbefinnande var vanliga, likaså bedömningar av cirkulation eller av kommunikationsförmåga. Bedömningar kring psykiska, kognitiva och sociala funktioner görs vanligen inte vid varje patientkontakt. Av omvårdnadsåtgärderna hade administration av läkemedel, omläggningar, undersökningar och behandlingar tillsammans flest registreringar och nästan lika många registreringar fanns för information och undervisning. Åtgärder för att främja patientens och närståendes medverkan samt stödjande åtgärder utgjorde tillsammans med information och undervisning nästan hälften av alla åtgärder.

De flesta kontakterna skedde i patientens hem och innehöll direkta omvårdnadsåtgärder. En femtedel av bedömningarna och åtgärderna skedde via telefonkontakt. Det har i andra studier beskrivits som ett svårt arbete då distriktssköterskan måste lita helt till de uppgifter som ges via telefonen utan att kunna se patienten (Edwards 1994). Enligt Edwards försöker sjuksköterskan ta in bred och omfattande information och gör val genom att balansera ytterligheter mot varandra – ”den mest sannolika utvecklingen” och ”det värsta som kan hända”.

Resultatet från studien visar att VIPS-modellens sökord var användbara för att registrera det patientrelaterade omvårdnadsarbetet i primärvården. Det kan ses som en slags validering av modellen. Alla sökord för åtgärder hade använts för registrering – dock hade några sökord mycket låga frekvenser – och distriktssköterskorna rapporterade att registreringen av bedömningar och åtgärder kunde ske på blanketten utan problem. Arbetsseminarier som hölls och tillgång till aktuell litteratur framhölls som en väsentlig grund för genomförandet av studien.

Det empiriska materialet pekar på områden som måste ingå i en klassifikation för omvårdnad inom öppen primärvård. Resultatet visar att det som kan kallas "mjuka" data som exempelvis bedömning av allmänt välbefinnande, behov av smärtlindring, levnadsvanor, social och känslomässig trygghet samt åtgärder för att främja medverkan och stödande åtgärder hade stor omfattning i distriktssköterskans patientarbete.

Distriktssköterskornas patientrelaterade arbete innehöll en mycket stor del åtgärder utöver tidigare välkända insatser t ex speciell omvårdnad med läkemedel eller omläggningar. Exempel på dessa åtgärder är sådana som syftar till att patienten i så hög utsträckning som möjligt skall klara sitt dagliga liv, att stärka patientens självbestämmande, kunskap och trygghet.

Att distriktssköterskorna i hög grad också arbetade med prevention visades t ex genom att i stället för en medicinsk diagnos hade hälsokontroller den högsta frekvensen (13%) vid uppdelning efter sjukdomsklassifikationen och genom att behov av hälsofrämjande åtgärder och behov av information var angivet som kontaktsak för 15% av patientkontaktarna. Information och undervisning liksom att på olika sätt anpassa miljön för att t ex undanröja risker, förebygga komplikationer eller öka säkerheten är åtgärder som görs i preventivt syfte. Dessa utgjorde 15% av åtgärderna.

Beskriver då resultatet i vår studie på ett fullständigt sätt distriktssköterskans hela arbete? På detta måste man svara nej. Våra resultat är endast en standardiserad beskrivning av det arbete som distriktssköterskorna gjorde i direkt relation till en patient eller dennes närstående. För att få en rättvis bild av det specifika innehållet i de uppgifter som inte kan inbegripas i det patientrelaterade arbetet behöver dessa studeras särskilt. Studien visar inte heller hur stor omfattning i tid och engagemang enskilda delar har. En del av åtgärderna var korta rutinartade insatser medan andra krävde mycket tid och engagemang av distriktssköterskan.

REFERENSER

- Bjälming E* 1990: Offensivt hälsoarbete. Hur sundhetsplejersken i Danmark, hälsovårdaren i Finland, helsesøstern i Norge och distriktssköterskan i Sverige arbetar med offensivt hälsoarbete. En jämförande studie. Hälsohögskolan, Jönköping.
- Edwards B* 1994: Telephone triage; how experienced nurses reach decisions. *J Adv. Nurs.* 19:717-724.
- Ehnfors M & Thorell-Ekstrand I* 1994: Omvårdnad i patientjournalen. En modell för dokumentation med hjälp av sökord. 5:e upplagan. FoU-rapport nr 38. SHSTF, Stockholm.
- Ehnfors M & Smedby B* 1993: Nursing Care as Documented in Patient Records. *Scand. J. Caring Sci.* 7:209-220.
- Ehnfors M, Thorell-Ekstrand I & Ehrenberg A*: 1991 Towards basic nursing information in patient records. *Vård i Norden* 1991:3/4; 12-31.
- Emanuelsson A & Wendt R* 1994: I folkhälsans tjänst. Sju decennier med den svenska distriktssköterskan. FoU-rapport nr 43. SHSTF, Stockholm.
- Grobe SJ & Hughes L* 1993: The Conceptual Validity of a Taxonomy of Nursing Interventions. *J Adv Nurs.* 18: 1942-1961.
- Hodell C* 1987: Distriktssköterskans arbetsuppgifter. *Socialmedicinsk tidskrift.* 64:4;150-155.
- de la Cruz FA* 1993: Empirical derivation of competencies of clinical nurse specialists in home care. Abstract. In: Expanding boundaries of nursing education globally. International conference, Bolzano, Italy, October.
- Martin K & Sheet N* 1992: The Omaha System: Applications for community health nursing. Philadelphia, WB Saunders Company.
- Saba V* 1992: A Classification of Home health Care Nursing Diagnoses and Interventions. *Caring* 11:50-57.
- SFS.* 1985. Svensk författningssamling. Lag (1985:562) om patientjournal.
- SFS.* 1994. Svensk författningssamling. Lag (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården.
- SOSFS.* 1991. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1991:10) om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska med ett särskilt medicinskt ansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården mm. Socialstyrelsen. Stockholm.
- SOSFS.* 1993. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen. Stockholm.
- SOSFS.* 1994. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1994:11) om rätt för sjuksköterskor i öppen hälso- och sjukvård att förskriva vissa läkemedel. Socialstyrelsen. Stockholm.
- Spri.* 1969. Distriktssköterskornas arbete. Örnsköldsviksstudien, del 1. Rapport 13/69. Stockholm.
- Spri.* 1974. Planering av öppen vård. Modell för Stockholms läns landsting. Rapport 2/74. Stockholm.
- Spri.* 1988. Vad gör distriktssköterskan? Rapport 242. Stockholm.
- Wake MM, Murphy M, Affara FA, Lang NM, Clark J & Mortensen R* 1993: Toward an International Classification for Nursing Practice: A Literature Review & Survey. *Int. Nurs. Rev.* 40:77-80.
- van der Zee J, Kraner K, Derksen A, Kerkstrat A & Stevens FGJ.* 1994: Community Nursing in Belgium, Germany and the Netherlands. *J Adv Nurs.* 1994;20: 791-801.