

Distriktssköterskans arbetsuppgifter

Christina Hodell

Distriktssköterskans arbete låter sig ingalunda beskrivas på ett enkelt sätt. I det komplicerade samspillet mellan distriktssköterskan själv, befolkningen och de politiska uppdragsgivarna, får mångfalden av arbetsuppgifter olika dignitet beroende på i vilket sammanhang de belyses. Att besöksstatistik och arbetsinnehåll har mycket litet med varandra att göra visar en undersökning i Sollentuna primärvårdsområde som genomförts i två steg med syfte att ge en så allsidig arbetsbeskrivning som möjligt. Christina Hodell är primärvårdsföreståndare inom Sollentuna primärvårdsområde inom Stockholms Läns Landsting.

Primärvårdens honnörsord (närhet, kontinuitet och säkerhet), hälso- och sjukvårdslagen och HS 90 (1) är viktiga ledstjärnor för åttiotalets distriktssköterska. Helhetssynen, geografiskt områdesansvar och ett offensivt hälsoarbete betonas mer än någonsin. Det är viktigt för människor att få komma i tid, att lätt nå vården. Distriktssköterskans obyråkratiska sätt att arbeta på, att på ett informellt vis vara en länk mellan människan och den ganska strikt organiserade sjukvården lever kvar, t ex i form av mottagning utan tidsbeställning, god telefontillgänglighet m m. Till detta har kommit en ny vårdorganisation med utökad samverkan, dels med övrig personal i vårdlaget på vårdcentralen, dels med psykiatrisk vård och omsorgsvård och dels med kommunen i en utbyggd hemsjukvård. Åttiotalets distriktssköterska undandrar sig inte det ökade ansvar hon fått, men vill inte nöja sig med en beskrivning av arbetet endast i termer av antalet besök, vilket fortfarande på många håll i landet är den enda feedback politiker får beträffande distriktssköterskans

arbete. I två steg (1981 och 1983) genomfördes därför lokalt i Sollentuna primärvårdsområde en studie där distriktssköterskorna så verklighetsnära som möjligt önskade beskriva sitt arbete.

Syfte

Syftet var tvåfaldigt

- att pröva/utveckla en metod för vårdbeskrivning
- att beskriva distriktssköterskans arbete såsom det upplevs av henne själv (vårdgivarperspektiv)

Studien föregicks av en litteraturinventering som visade att distriktssköterskans arbete analyserats närmare i endast en undersökning, nämligen Örnsköldsviks-studien 1969 (2).

Metod

Vi valde att utforma en blankett, vi kan kalla den vårdbeskrivningsblankett, som skulle var så anpassad till det dagliga arbetet att registreringen skulle gå lätt. Det fanns en särskild instruktion som angav hur blanketten skulle fyllas i. Blanketten utvecklades från A5-format i den första studien till A4-format i den andra. Båda blanketterna hade likartad struktur. Överst fanns ett fält med rutor för vårdgivare, distrikt, veckodag samt för arbete per telefon, på mottagning eller i hemmet respektive utanför mottagningen. Dessa uppgifter skulle alltid ifyllas i tillämpliga rutor. Vidare fanns tre separata sektioner under varandra på blanketten, en för enskilda patientärenden, en för patienter i grupp samt en för

.....
Åttiotalets distriktssköterska undandrar sig inte det ökade ansvar hon fått, men vill heller inte nöja sig med en beskrivning av arbetet endast i termer av antalet besök.
.....

arbete som ligger utanför det direkta patientarbetet – ofta administrativt. Endast en av dessa sektioner skulle fyllas i för varje ärende.

I studie 1, som varade en vecka, tänktes grunden läggas till en detaljerad beskrivning av arbetsuppgifter på så sätt att distriktssköterskan med egna ord skrev ned dagens olika arbetsuppgifter i den följd de uppkom. Inför studie 2, som sträckte sig över en kalendermånad, omformades blanketten på så sätt att huvudsakligen fasta svarsalternativ förekom (där resultaten från studie 1 var vägledande), men utrymme ändå fanns att med egna ord ange det som ev fattades på denna blankett. Det antogs att det sammantagna resultatet av de båda studierna skulle ge en så "heltäckande" beskrivning av arbetsuppgifterna som möjligt.

Förutom en rent kvalitativ beskrivning – här: en uppräknings eller listning av de olika arbetsuppgifterna – tänkte man sig även få de olika arbetsuppgifterna belysta ur andra aspekter som statistikblanketterna inte kan förmedla, t ex tidsåtgång, förhållande mellan telefon-, mottagnings- och hemarbete tids- och innehållsmässigt, samt de vanligaste problemen och åtgärderna vid individuella patientärenden.

Resultat och diskussion

Denna uppsats berör huvudsakligen det resultat som handlar om distriktssköterskans arbetsuppgifter eller innehåll i arbetet. Det skadar ändå inte att något beröra utvärderingen av metoden, vilket var ett av syftena med undersökningen.

Motivationen för distriktssköterskor vad gäller FoU (Forsknings- och Utvecklingsarbete) har tidigare varit låg, mycket till följd av brist på forskningstradition i vårdyrkesutbildningarna (utom för läkare). I och med en starkare betoning på senare år av FoU i vidareutbildningen till bla distriktssköterska har större vikt lagts vid detta område. Distriktssköterskan måste också som aktiv handledare för studerande mer och mer sätta sig in i och uppmuntra forsknings- och utvecklingsarbete i det vardagliga arbetet. Mot denna bakgrund var det ytterligare viktigt att granska metoden. Resultatet av en vetenskaplig undersökning bör aldrig presenteras isolerat från en metodgranskning.

.....
Svårt var det dock att vid arbete med helhetssyn avgränsa olika arbetsuppgifter från varandra, ...
.....

Den som är ovan och dåligt motiverad kanske läser instruktionen slarvigt och därför fyller i blanketten sämre. För att motverka detta hade distriktssköterskorna kunnat vara med och påverka utformningen av blanketten, fått en noggrann information både muntligt och skriftligt före undersökningen och även befriats från de rutinmässiga statistikuppgifterna under registreringsperioden. Kanske detta bidrog till att en närmare granskning av metoden visade en låg bortfallsfrekvens utom för variabeln ålder, samt få – emot instruktionen – dubbelregistreringar. Själva syftet – att få visa vad man egentligen uträttar – kan ha bidragit till en god vilja att fylla i så fullständigt som möjligt. Svårt var det dock att vid arbete med helhetssyn avgränsa olika arbetsuppgifter från varandra, t ex strikt skilja mellan patientarbete och icke patientarbete. T ex kan förberedelser inför läkarmottagning vid BVC-verksamhet eller förberedelser för ett hembesök registreras som administrativt arbete, trots att det här kan handla om enskilda patientärenden. Man bör också känna till att själva vetskapen om att ens arbete studeras påverkar sättet att arbeta, liksom blankettens utformning kan verka styrande för vad man gör.

Vad gäller registreringen av arbetsuppgifter utkristalliserade sig ett mönster i den första studien som fick utgöra en bas för en förteckning över distriktssköterskans arbetsuppgifter. Denna förteckning kompletterades med de nytilkomna data från studie nr 2. Man har här strävat efter en noggrann dokumentation eftersom det förelåg en unik möjlighet att i detalj beskriva arbetet. Förteckningen utgör i sig ett dokument över distriktssköterskans arbetsinnehåll och kan med fördel användas i undervisnings- och utbildningssammanhang (3). Den är systematiskt upprättad med samlande rubriker för överskådlighet, men kan pga sin omfattning inte fullständigt återges här. Ett försök gjordes att rubricera de medicinska problemen i enlighet med Soci-

alstyrelsens "Klassifikation av sjukdomar". Detta lyckades emellertid bara delvis eftersom distrikts-sköterskan inte arbetar så diagnosorienterat som läkaren. Rubrikindelningen följer vårdbeskrivningsblanketten och

- initiativtagare till kontakt anges (24 koder)
- de individuella patientproblemen (109 koder) rubriceras som
 - medicinska problem
 - problem som huvudsakligen har med hälsovård att göra
 - problem som huvudsakligen är sociala
 - problem som huvudsakligen har med sjukvårdskontakter att göra
 - problem som huvudsakligen har med patientadministration att göra
- de individuella patientåtgärderna (93 koder) rubriceras som
 - medicinska åtgärder
 - åtgärder som huvudsakligen har med hälsovård att göra
 - åtgärder av generell omvårdnadskaraktär
 - åtgärder som noterats som kontakt eller hänvisning
 - åtgärder som huvudsakligen har med patientadministration att göra
 - rådgivning
- gruppaktiviteter anges (8 koder)
- det administrativa arbetet som inte rör enskild patient (25 koder) avslutar förteckningen.

(Förteckningen med de två vårdbeskrivningsblanketterna som bilagor kan rekvideras från Utvecklingsenheten för Allmän medicin, Sollentuna vårdcentral, Box 164, 191 23 Sollentuna).

Följande axplock ur förteckningen får belysa arbetets mångskiftande karaktär:

En uppfattning om distriktssköterskans kontaktnät kan man få när man studerar dels vad som noterats under "initiativ till kontakt" samt under åtgärden "hänvisning". Ett 40-tal separata kontakter har här angivits, t ex anhörig till patient, olika personalkategorier vid vårdcentral och sjukhus, tandläkare, tandhygienist, omsorgsnämnd, personal i kommunens socialtjänst och skola, apotek, försäkringskassa, polis, präst, tolk samt frivilligorganisationer såsom pensionärernas Vän-tjänst.

De problem som patienten företer vid kontakt med distriktssköterskan har naturligtvis betydelse för de åtgärder som sätts in. Beträffande de organrelaterade problemen återfinns många olika typer under rubriken "hudens och underhudens sjukdomar".

Likaså hänförs en mängd olikartade problem till "symptom och ofullständigt preciserade fall", där man kan läsa enbart intill koden "allmänna symptom": avmagring, "dålig", feber, torr hud, huvudvärk, "hängig", illabefinnande, inaktivitet, influensasymptom, klåda, kraftlöshet, ont, orkeslöshet, skröplighet, svullnad, trötthet, törst, vitaminbrist, värk, ålderssvaghet, ömhet.

Inte sällan kommer patienter för komplikationer efter en operation, där följande noterats: fistel, fistel under sjukhusbehandling, infekterat operations- ärr, infektion efter operation, infektion efter suturer, infektion efter sårruptur, postoperativa sårinfektioner, sår efter amputerad tå, sårruptur efter operation.

Det hälsovårdande arbetet återfinns både som kontaktorsak, åtgärd och gruppaktivitet. Följande exempel noterats: rökavvänjning, viktnskning, barnhälsovårdsåtgärder, reseprofylax/vaccinationer, äldrehälsvård, blodtrycksscreening, hälsoupplysningsåtgärder.

Förutom bla alkoholproblem, anhörigproblem, barnomsorgsproblem, bostadsproblem, invandrarsproblem och sanitära problem listas som "övriga sociala problem": barn, ensamhet, familj i penningnöd, problem med familjen, flyttning till annan ort, nyinflyttad, kontaktbehov, levnadsproblem, läs- och talsvårigheter, omplaceringsärende, pensionering, skilsmässa, causa socialis, behov av stimulans, ung nybliven moder, uppfostringsproblem.

Rådgivningen kan ha både en social, administrativ och hälso- och sjukvårdande karaktär. Vid

.....

Rådgivningen kan ha både en social, administrativ och hälso- och sjukvårdande karaktär.

.....

”hälso- och sjukvårdsrådgivning” har noterats: bantning, blöjor, självundersökning av bröst, bältras, om diabetes, diétråd, ”dricka mycket”, egenvård, råd vid feber, fotvård, om hjälpmedel, hälso- rådgivning, angående inkontinens, kostråd, läkemedel, munhygien, polio, om promenad, provtagningsföreskrifter, rökning, sjukskrivning, tandprotes, vaxpropp och viktrådgivning.

Bland gruppaktiviteter märks förutom sedvanliga bantningsgrupper, rökavvänjningsgrupper, föräldragrupper, deltagande i mödrahälsovårdens psykoprofylax-grupper, även besök vid dagvård och besök vid omsorgsstyrelsens korttidshem samt vid kommunens daghem och fritidshem. De sistnämnda ger uttryck för nya åtaganden för distriktssköterskan.

Slutligen följer några exempel på det även mångskiftande administrativa arbetet:

- en mångfald administrativa telefonsamtal
- kontorsarbete (inkl månadsrapporter, rekvisitioner etc)
- praktiska göromål på mottagningen
- planeringsarbete för patienter och personal
- inläsning
- skrivelser
- apoteksärenden
- hjälpmedel som skall lämnas, hämtas, avskrivas etc
- postärenden
- arbetsmiljöärenden
- arbetsplatsmöten
- kurser
- projektarbeten
- samverkan med kommunens skola, barnomsorg och äldreomsorg
- elev- och personalhandledning.

Förteckningen kan bidra till vidgade kunskaper om arten av distriktssköterskans arbete. Hur de olika arbetsuppgifterna fördelar sig på telefon-, mottagnings- och hembesöksverksamhet, deras tidsåtgång m m, kan man däremot inte utläsas av förteckningen. Vårdbeskrivningsblanketten gav dock möjlighet att ge mer än en dimension av arbetet. Bl a kunde följande resultat (4) erhållas (här refereras endast resultatet från den längre registreringsperioden, steg 2):

Individärendena omfattade 85 % av det totala antalet ärenden men motsvarades av 65 % av den totalt redovisade tiden. Det sk administrativa arbetet eller icke direkta patientarbetet omfattade ca 34 % av tiden men motsvarades av endast ca 14 % av antalet ärenden (tabell 1). Hembesöken var knappt hälften av mottagningsbesöken, men tog nästan lika lång tid (tabell 2). Besöksstatistik utan anknytning till tid och innehåll ger således en skev uppfattning av verkligheten.

Tabell 1. Tidsåtgång och antal ärenden hos distriktssköterska. Fördelning med avseende på individuella ärenden, gruppärenden och administrativt arbete.

Ärende	Tidsåtgång		Antal	
	Min	%	N	%
Patient/individ	86 154	65	4 980	85
Patient/grupp	1 630	1,2	23	0,4
Adm arbete	45 073	34	861	14,6
	132 857	100,2	5 864	100

Tabell 2. Tidsåtgång och antal ärenden hos distriktssköterska, pat/individ. Fördelning med avseende på telefonkontakt, mottagningsbesök och hembesök.

Ärende	Tidsåtgång		Antal	
	Min	%	N	%
Telefon	12 853	15	1 510	30
Mottagning	36 192	42	2 338	47
Hembesök	33 246	39	1 022	21
Bortfall	3 863	4	110	2
	86 154	100	4 980	100

Vidare kunde man få reda på, enl tabellerna nedan, vilka som är de vanligaste patientproblemen i samband med telefon-, mottagnings- och hembesöksverksamhet respektive de åtgärder som sätts in (tabell 3 och 4).

Ibland är det önskvärt att uppskatta tidsåtgången för en speciell åtgärd eller arbetsuppgift, t ex hälsovårdande insatser. Detta är dock inte enkelt, eftersom åtgärderna ofta är flera vid en och samma kontakt. Det övervägande antal medicinska problem som förekommer på mottagningen och vid hembesök

Tabell 3. De tio vanligaste patientproblemen i procent av antal kontakter (telefon, mottagning, hembesök).

Telefon (N = 1553)		Mottagning (N = 2402)		Hembesök (N = 1030)	
	%		%		%
Öli	9,1	Hypertoni	21,5	Diabetes	14,5
BVC-verksamhet	8,8	Övr hud	12,9	Cancer	11,4
Psyk	7,1	BVC-verksamhet	10,8	Psyk	10,2
Urogenitala/ kateterproblem	5,7	Övr skador/ Olycksfall	10,4	Bensår	9,7
Led/muskel	4,4	Bölder	4,5	Urogenitala/ kateterproblem	8,2
Neurol, ögon, öron	4,4	Psyk	4,5	Övr hud	7,7
Sjukvårds- kontakter	4,2	Led/muskel	4,1	Övr hjärt-kärl	7,3
Hemsjukvårds- bidrag	4,0	Urogenitala/ kateterbesvär	3,8	Hypertoni	6,8
Övr hjärt-kärl	3,9	Bensår	3,7	Neurol, ögon	6,7
Diabetes	3,7	Cancer	3,6	öron	6,7
Övr hud	3,7			Led/muskel	5,8

Tabell 4. De tio vanligaste åtgärderna i procent av antal kontakter (telefon, mottagning, hembesök)

Telefon (N = 1553)		Mottagning (N = 2402)		Hembesök (N = 1030)	
	%		%		%
Kontakt/ hänvisning	33,9	Omläggning	27,9	Tillsyn	35,0
Hälso- och sjuk- vårdsrådgivning	17,1	Blodtrycks- mätning	21,4	Omläggning	27,9
Rapport	9,0	Hälso- och sjuk- vårdsrådgivning	15,5	Inj/vacc	15,9
Stödsamtal	7,1	Kontakt/ hänvisning	11,8	Stödsamtal	14,7
Hembesök/tillsyn	6,8	Inj/vacc	10,9	Hälso- och sjuk- vårdsrådgivning	13,0
Övr rådgivning	5,0	BVC-verksamhet	9,7	Tekn hjälpmedel	6,5
Kallelse/bokning	4,7	Stödsamtal	6,8	Blodtrycks- mätning	5,6
BVC-verksamhet	4,6	Suturtagning	4,2	Läkem terapi	4,9
Tekn hjälpmedel	3,4	Tekn hjälpmedel	3,4	Kontakt/ hänvisning	4,6
Plac/ansökn- ärende	2,5			Personlig omvårdnad	4,4

söken åtföljs av, ofta samtidigt, åtgärder av medicinsk, social och administrativ art. Tex åtföljs inte sällan en omläggning av ett stödsamtal och kanske utlåning av tekniska hjälpmedel. Förutom uppföljning och tillsyn, omläggningar, blodtrycksmätningar och injektioner, intar hälso- och sjukvårdsrådgivningen en central plats bland de tio vanligaste åtgärderna. Över huvud taget finns ett stort förebyggan-

de inslag i distriktssköterskans arbete, om än sk sekundärpreventivt. Hypertoniker, diabetiker, psyk- och bensårspatienter liksom patienter med kateterbesvär träffar distriktssköterskan för att kontinuerligt följas upp, få råd mm, för att bli bättre eller åtminstone förebygga försämring. Den uppföljande och förebyggande verksamheten vävs här in i varandra.

.....

Att patienten själv är så aktiv vad gäller att komma till mottagningen skulle kunna bero på att distriktssköterskan nästan är ensam i primärvården om att ha en icke tidsbeställd mottagning alla dagar.

.....

Resultatet visar vidare att distriktssköterskan själv oftast står för initiativet till telefonkontakter och hembesök, medan patienten kommer till mottagningen på eget initiativ i nästan 50 % av fallen. Läkaren står bakom initiativet till nära 30 % av både mottagnings- och hembesöksärenden. Att patienten själv är så aktiv vad gäller att komma till mottagningen skulle kunna bero på att distriktssköterskan nästan är ensam i primärvården om att ha en icke tidsbeställd mottagning alla dagar. Man kan också ställa dessa resultat mot dem som visar åldersfördelningen på mottagningen respektive vid hembesök. Det visar sig då att på mottagningen dominerar åldersgruppen 15–64 år, dvs personer i en aktiv och oftast arbetsför ålder. Vid hembesöken däremot, som distriktssköterskorna oftast själva tar initiativ till, dominerar åldersgruppen över 75 år i närmare 50 % av det totala antalet hembesök. En utökad hemsjukvård och ett ökat antal äldre torde göra av distriktssköterskan initierade uppföljande åtgärder alltmer önskvärda. Om fler svårt sjuka människor vårdas i hemmet kan inslaget av sjukvårdande behandling öka även vid uppföljande verksamhet. Det finns anledning att fundera över om det nya avgiftssystemet i Stockholms läns landsting med 25 kr för sjukvårdande behandling kommer att hämma distriktssköterskan i hennes viktiga uppföljande verksamhet i framtiden.

Slutord

Avslutningsvis kan sägas att distriktssköterskans arbetsuppgifter också måste ses mot bakgrund av bl a kommunegenskaper och vårdens lokala organisation. Detta understryker ytterligare komplexiteten i bedömningen av ett sådant här resultat. Det finns alltså anledning att starkt ifrågasätta nuvarande besöksredovisning. Det är dock nödvändigt att på ett bra sätt följa upp arbetet kontinuerligt vare sig det sker genom systematiska studier eller på annat sätt. Distriktssköterskornas egen vilja att lokalt dokumentera sitt arbete och sprida erfarenheter och resultat spelar härvid stor roll (5).

Föredömlig är nuvarande inriktning där målsättningsdiskussionen är i fokus och resultat presenteras och värderas i relation till målen.

Mot nya djärva mål siktar åttioalets distriktssköterska!

REFERENSER

1. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Huvudrapport. Stockholm: Liber Förlag, 1984 (SOU 1984: 39).
2. Spri. Örnköldsviksstudien del 1. Distriktssköterskans arbete. Spri, 1969 (Spri rapport 13/69).
3. *Hodell, C*: Distriktssköterskans arbetsinnehåll – en förteckning över problem och åtgärder i patientarbetet samt arbetsuppgifter i övrigt. Nytt från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1986; 12. Supplement.
4. *Hodell, C*: Distriktssköterskans arbetsinnehåll. Nytt från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1986; 12: 50–59.
5. Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna. Distriktssköterskans arbete. Sakregister. Nytt från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1984; 10: 56–57.