



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Hur sjuksköterskan kan tillämpa personcentrerad omvårdnad vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens - en intervjustudie

Sofia Nery

Cecilia Rundén

Handledare: Ewy Olander

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2015

# Hur sjuksköterskan kan tillämpa personcentrerad omvårdnad vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens - en intervjustudie

Sofia Nery  
Cecilia Rundén

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Vid utskrivning av patient i slutenvård har vård- och omsorgsplanering via videokonferens implementerats i vissa delar av Sverige för att med stöd av ehälsa tillgodose nya vårdbehov. Vård- och omsorgsplanering är del i sjuksköterskans omvårdnadsarbete med målet att tillgodose patientens vård- och omsorgsbehov efter utskrivning och är styrt av lagar och föreskrifter. Ehälsa ställer sjuksköterskor inför nya krav och efter genomgång av vetenskapliga studier är det svårt att finna kunskap om sjuksköterskans möjlighet att tillämpa personcentrerad omvårdnad vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens.

**Syfte:** Syftet med studien var att belysa hur sjuksköterskan kan tillämpa personcentrerad omvårdnad vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens.

**Metod:** En kvalitativ forskningsansats användes vid studien, där kvalitativa enskilda intervjuer med stöd av en intervjuguide låg till grund för insamlad data. Ett urval av fyra sjuksköterskor som arbetar inom slutenvård deltog i studien. De transkriberade intervjuerna analyserades med en manifest innehållsanalys med latenta inslag.

**Resultat:** Analysen ledde fram till två kategorier; sjuksköterskans förutsättningar till vård- och omsorgsplanering vid videokonferens, sjuksköterskans förmåga att göra patient och anhöriga delaktiga. Resultatet visade att sjuksköterskorna kan till viss del tillämpa personcentrerad omvårdnad men de upplevde också många hinder.

**Slutsats:** Ökad medvetenhet bland sjuksköterskor relaterat till hur miljö och teknik påverkar tillämpning av personcentrerad omvårdnad kan hjälpa sjuksköterskan att hitta nya sätt att jobba på så att anpassningar efter nya verktyg i vården underlättas. Teknik och miljö får inte vara ett hinder i kommunikation om vård- och omsorgsplanering via videokonferens ska kunna användas för att ge möjlighet till snabb och säker hemgång.

**Nyckelord:** ehälsa, personcentrerad omvårdnad, samordnad vård- och omsorgsplanering via videokonferens

# Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	5
Vårdplanering	5
Ehälsa	7
Vård- och omsorgsplanering via videokonferens	7
Personcentrerad omvårdnad och teoretisk referensram	9
Syfte	11
Metod	11
Design	11
Urval	12
Genomförande	12
Datainsamling	12
Dataanalys	13
Etiska övervägande	14
Resultat	15
Sjuksköterskans förmåga att göra patient och anhöriga delaktiga	16
Involvera och ha patienten i fokus	16
Anpassa sig efter miljön	18
Sjuksköterskans förutsättningar till vård- och omsorgsplaneringsmöten via videokonferens	20
Möjlighet att påverka beslut om mötesform	20
Förhålla sig till tekniken	21
Rätt kompetens deltar	22
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	25
Slutsatser	30
Självständighet	30
Referenser	31
Bilaga 1. Intervjuguide	35
Bilaga 2. Exempel på analysförfarandet	36
Bilaga 3. Etisk granskning	37
Bilaga 4. Information till verksamhetschef	40
Bilaga 5. Informationsbrev till sjuksköterskor	42

## Inledning

Personcentrerad omvårdnad är en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Bergbom, 2013) och något sjuksköterskor i sitt arbete strävar efter att uppfylla (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). McCormack och McCance (2006) menar att sjuksköterskor har stor möjlighet att påverka på vilket sätt den personcentrerade vården kommer att utföras, men då hälso- och sjukvården implementerar ehälsa för att tillgodose nya vård- och omsorgsbehov (Socialdepartementet, 2010), ställs enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) sjuksköterskor inför nya krav som kan påverka deras möjlighet att tillämpa personcentrerad omvårdnad. Ehälsa innebär all användning av informations- och kommunikationsteknik (IKT) inom vård och omsorg, där IKT är den del som bygger på kommunikationen mellan människor (Socialdepartementet, 2010) och används idag i olika delar av Sverige i form av vård- och omsorgsplanering via videokonferens (Grundén, 2001; Linder, 2012; Hofflander, Nilsson, Eriksén & Borg, 2013).

Samordnad vård- och omsorgsplanering sker när en patient är utskrivningsklar ifrån slutenvården men är i fortsatta behov av vård och omsorg efter utskrivning (SOSFS 2005:27) och är en del av sjuksköterskans arbete (Caroll & Dowling, 2007). Oftast sker planeringen på sjukhuset där behövlig professionell kompetens kommer till sjukhuset för att delta i vård- och omsorgsplaneringen. Då det har visat sig att vård- och omsorgsplanering tar mycket tid från alla professioner som behöver delta har därmed den traditionella mötesformen där alla träffas på sjukhuset ifrågasatts (Norberg & Sjögren, 2006). Utöver detta är det enligt SOU2015:20 viktigt att då en patient är utskrivningsklar ska en vård- och omsorgsplanering ske snabbt för att patienten på så vis kan komma hem snabbare. Detta har visat sig vara svårt att säkerställa när alla professioner skall träffas på sjukhuset (Hofflander et al., 2013). Vård- och omsorgsplanering via videokonferens har därför implementeras i olika delar i Sverige (Grundén, 2001; Linder, 2012; Hofflander et al., 2013). Studier av dessa implementeringar visar att det fanns faktorer som ansågs vara till fördel för vård- och omsorgsplanering via videokonferens. Det framkom även uttryckt oro att helhetsbilden av patienten skulle gå förlorad (Hofflander et al., 2013), något som McCormack och McCance (2006) menar försvårar hur sjuksköterskan kan arbeta efter personcentrerade omvårdnadsprinciper. Efter flertal sökningar av litteratur inom området var det svårt att finna kunskap relaterat till om

hur sjuksköterskan kan tillämpa personcentrerad omvårdnad vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens.

## Bakgrund

### Vårdplanering

Enligt föreskrift "Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård" (SOSFS 2005:27) ska en så kallad samordnad vård- och omsorgsplanering ske när en patient ska skrivas ut från slutenvården men är i fortsatta behov av vård och omsorg. Det sker då en vårdplanering för att fördela ansvaret mellan kommun och landsting. Fördelningen handlar om både det praktiska ansvaret samt det ekonomiska då det beslutas vem som ansvarar för uppföljning. Enligt utredningen "Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård" (SOU 2015:20) ska företrädare för hälso- och sjukvård samt omsorg inom sjukhus, kommun, habilitering och primärvård, tillsammans med patienten och dennes anhöriga vid vård- och omsorgsplanering besluta om vilka insatser som behövs efter vistelsen i slutenvården. Även enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS1982:763) och Socialtjänstlagen (SFS2001:453) ska individuella planer upprättas då det finns behov för den enskilde. Det framkommer också i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS1990:1404) att både patient och närstående bör delta i vårdplanering och patienten har rätt att få information om sitt hälsotillstånd samt vilka metoder som finns för vård och behandling.

För att tillgodose patientens behov av insatser efter utskrivningen, ska personal med rätt kompetens delta samt att det under vårdplaneringen ska visas respekt för patientens integritet och värdighet (SOSFS 2005:27). Även SOU 2015:20 visar att den gemensamma vårdplaneringen ska bygga på delaktighet och samtycke från patienten och att huvudprincipen är att hälso- och sjukvård är frivillig och att patienten själv avgör om han eller hon vill acceptera de erbjudanden om olika insatser som ges. Beslutet ska tas utifrån patientens situation.

Vård- och omsorgsplanering ingår i sjuksköterskans omvårdnadsarbete med målet att tillgodose patientens vård- och omsorgsbehov efter utskrivning (Carroll & Dowling, 2007). Patienters vårdtider på sjukhuset har minskat vilket medför att patientens behov efter utskrivning har ökat och därför är enligt Carroll och Dowling (2007) övergången ifrån

sjukhuset till hemmet eller annan boendeform av stor betydelse. Driscollt (2000) menar att planering av hur övergången ska ske och vad som händer efter utskrivning påverkar en persons livskvalitet. Olsen och Wagner (2000) menar att en lyckad vårdplan kan uppnås genom effektiv kommunikation mellan sjukvårdpersonal och patient, baserad på gemensamma visioner och öppna dialoger och enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS1982:763) är det tydligt att all vård och omsorg ska ske i samråd med patienten. Detta framgår även i Patientlagen (SFS2014:821), som anger att patientens ställning måste stärkas och tydliggöras för att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patienter måste därför uppmuntras till att delta i all kommunikation i vårdplaneringsprocessen men studier visar på det motsatta. Petersson, Springett och Blomqvist (2009) menar att sjuksköterskor ofta försöker lösa patientens problem istället för att bjuda in patienten i dialogen under vård- och omsorgsplaneringsmötet där patienten själv kan hitta lösningar för sin framtid. Studien visar också att sjuksköterskor spenderar sin tid innan mötet med fokus på vad patienten tros behöva och tar sig inte tid att förbereda patienten på hur en vård- och omsorgsplanering går till. Patienter är därför inte förberedd på de diskussioner som sker under en vård- och omsorgsplanering och hindras därmed att vara lika delaktig. Ett annat problem med vårdplaner tas upp redan 1997 av Lundh och Williams (1997), där det visade sig att tvärprofessioner som distriktssköterskor och sjuksköterskor ifrån kommunen sällan medverkande och att vård- och omsorgsplanering ofta ställdes in då de olika professionerna inte kunde delta i de fysiska mötena på sjukhuset på grund av tidsbrist. Vidare beskrivs av Payne, Kerr, Hawker, Hardey och Powell (2002) att det brister i kommunikationen mellan sjuksköterskor på sjukhuset och sjuksköterskor inom kommunen, som påverkar vilka beslut som tas. Enligt Nosbusch, Weiss och Bobay (2010) är all kommunikation mellan de olika tvärprofessionerna väsentliga för en lyckad vårdplanering och Bull och Roberts (2001) anser att missar i kommunikationen kan leda till problem med medicinering och återinläggning.

Enligt Pitkala, Strandberg och Tilvis (2007) kan ett personcentrerat förhållningssätt påverka att antalet återinläggningar minskar och Dudas et al. (2013) menar att tillämpning av personcentrerad omvårdnad på avdelningen medför förbättrat samarbete mellan sjukhus, kommun och primärvård och därmed är det viktigt att titta på hur personcentrerad omvårdnad påverkas vid vård- och omsorgsplaneringsmöten.

## Ehälsa

Enligt Socialstyrelsens (2006) ”Nationell IT-strategi för vård och omsorg”, behöver svensk hälso- och sjukvård införliva användandet av IT-stöd och IT-verktyg i det dagliga arbetet. Detta för att kunna ge en säker och tillgänglig vård för alla samt för att möta nya förutsättningar och på ett mer effektivt sätt kunna behandla fler patienter. År 2010 reviderades ”Nationell IT strategi för vård och omsorg” till "Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg" (Socialdepartementet, 2010). I denna strategi utgår modern hälso- och sjukvård samt socialtjänst ifrån individens behov av kvalitetsmässigt höga insatser och verksamhetens behov av samarbete mellan olika tvärprofessioner och verksamhetsnivåer.

Enligt Socialdepartementet (2010) ökar kraven på vård- och omsorgssektorn då invånarna har rätt till allt högre delaktighet, insyn och självbestämmande. Utöver detta har omsorgsbehoven förändrats och många människor kräver idag samordnade insatser från ett antal olika vårdgivare. Socialdepartementet (2010) finner ett ökat behov från personalkategorier och verksamheter att på ett säkert, enkelt och snabbt sätt kunna dela pålitlig och förståelig information. Tekniska verktyg som hjälpmedel och faktiska stöd för personal i deras vardagliga arbete är nödvändigt för att tydligt möta verksamhetens behov och för att enligt Mukotekwa och Carson (2007) uppnå effektivare sätt att kommunicera på. För att ehälsa ska kunna utgöra detta stöd, måste nya verksamhetsstöd utvecklas och anpassas till arbetsprocesserna (Socialdepartementet, 2010). O'reilly, Caldwell, Chatman, Lapiz, och Self (2010) menar att sjuksköterskor måste också känna stöd i implementeringsfasen av verktyg inom ehälsa för att öka sannolikheten för att implementeringen lyckas. Tekniken får aldrig upplevas som ett hinder i verksamheten (Socialdepartementet, 2010), utan ska enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2014) främja en personcentrerad omvårdnad.

## Vård- och omsorgsplanering via videokonferens

Vård- och omsorgsplanering är styrd via lagar och föreskrifter (SOSFS 2005:27; SFS1982:763; SFS2001:453). Men det finns inget krav i lag och föreskrifter att vårdplaneringen behöver genomföras i en form av möte på sjukhuset, utan den kan även utföras via telefon eller via videokonferens (SOU 2015:20). Vid en vård- och omsorgsplanering via videokonferens, ska målet med mötet vara detsamma som när alla

professionerna träffas på sjukhuset men skillnaden är att de professioner som jobbar utanför sjukhuset deltar på distans via videoupkoppling (SOSFS 2005:27; SOU 2015:20).

Vård- och omsorgsplanering via videokonferens kan bidra till att en utskrivningsklar patient med fortsatta vård- och omsorgsbehov efter hemgång kan komma hem snabbare (SOU2015:20). Norberg och Sjögren (2006) visar nämligen att traditionell vård- och omsorgsplanering tar mycket tid av alla professioner som behöver delta vid mötet och därför har den traditionella vård- och omsorgsplaneringsformen ifrågasatts (Norberg & Sjögren, 2006). Vård- och omsorgsplanering via videokonferens används i olika delar av Sverige (Linder, 2012; Hofflander et al., 2013). Implementeringen var en metod för att förbättra vårdplaneringar och möjliggöra för fler tvärprofessioner att kunna delta vid vårdplaner samt spara restid (Hofflander, Nilsson, Borg & Eriksén, 2014).

Vård- och omsorgsplanering via videokonferens har visat sig vara ett användbart verktyg med många fördelar. Helgesson, Johansson, Walther-Stenmark, Eriksson, Strömngren och Karlsson (2005) fann att det var tidssparande då restiden för personalen till ett personligt möte var 60-80 minuter per vård- och omsorgsplanering jämfört med ingen restid vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens. Helgesson et al. (2005) och Hofflander et al. (2013) visar i sina studier att antalet deltagande tvärprofessioner ökade, då restiden för dem minskade avsevärt. Detta resulterade i att kvalitén på vårdplaneringen ökade genom att nödvändiga resurser fanns att tillgå under mötet. Den tidssparande aspekten visar även Grundén (2001) redan 2001, då det i studien framkom att denna aspekt var en av de största anledningarna för att införa användandet av videokonferenser i vårdplaneringar. Helgesson et al. (2005) upptäckte även att anhöriga kunde visa att de hade möjlighet att påverka innehållet under planeringens gång.

Flera studier visar även på nackdelar. Grundén (2001) menar att videokonferenser tog upp mer tid för sjuksköterskorna på sjukhuset än vid vård- och omsorgsplaneringsmötena på sjukhuset då sjuksköterskorna inte kunde lämna videokonferenser som de brukade göra vid personliga möten. Studien visar även att patienterna upplevdes i största allmänhet som passiva vid videokonferens om de hade svårighet att se, höra eller att förstå. De flesta av patienterna upplevdes vara i vördnad av tekniken och någon uttryckte oro för att bli "tv-stjärna". De videokonferenser som upplevdes ge bäst resultat var de med relativt välmående patienter. Grundén (2001) visar även att om patienter och anhöriga var nöjda med



videokonferensen, hade de ändå föredragit ett personligt möte. Helgesson et al. (2005) upptäckte i sin studie en del tekniska problem med vård- och omsorgsplanering via videokonferens som gav en negativ inverkan på mötet samt att en anledning till minskad mötestid kunde förklaras med ovana med rutiner och teknik runt videovårdplaneringar.

Studien av Hofflander et al. (2014) visade att implementeringen av vård- och omsorgsplanering via videokonferens i sydöstra Sverige inte var helt enkel då förmågan att anpassa sig till innovation bland sjukvårdspersonal varierade. Dock visade det sig att när sjuksköterskorna såg fördelar med det nya verktyget, var det lättare för dem att anpassa sig efter det. Hofflander et al. (2013) har även i sin studie stött på en uttryckt oro från sjuksköterskor som menar att patienterna kan bli förlorarna och sjuksköterskorna vinnarna om vård- och omsorgsplanering via videokonferens används. Detta då fokus på patienten och det mellanmännliga mötet går förlorad, men restid sparas för de som deltar på distans.

Utveckling av ehälsa kan innebära fördelar men även en ökad risk för intrång på den personliga integriteten om ehälsa hindrar patientens involvering. Det är därför viktigt att sjuksköterskor är rustade med ett kritiskt förhållningssätt för att kunna ta del av och möta utvecklingen av ehälsa samt att ehälsa används ändamålsenligt och på rätt sätt. Detta för att inte förlora patientens möjlighet till kontroll över vårdinsatser och delaktighet så att en personcentrerad omvårdnad kan bibehållas (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

## Personcentrerad omvårdnad och teoretisk referensram

Enligt McCormack och McCance (2006) innebär personcentrerad omvårdnad att i rollen som sjuksköterska ser till personen bakom sjukdomen och att personens uttryckta behov har lika stor betydelse som de behov som identifierats av professionell personal. För att kunna understödja en personcentrerad omvårdnad krävs kunskap, förutsättningar, handling och uppföljning. Svensk Sjuksköterskeförening (2010) menar att sjuksköterskan måste ha goda kunskaper om personen, dennes behov, intressen samt förståelse för hur personen ser på saker och ting för att kunna ge förutsättningar för prioriteringar och beslut. Sjuksköterskan måste stödja personen till att kunna behålla sin roll trots ohälsa eller sjukdom och att inte bidra till att skapa en roll som patient som överskuggar det personen är och vill vara. Enligt Leplege, Gzil, Cammelli, Lefevre, Pachoud, & Ville (2007) innebär personcentrerad omvårdnad inte bara det förhållningssätt som sjuksköterskor har gentemot patienter, utan också gentemot

patientens närstående, sjuksköterskornas arbetskamrater och överordnade. Det är viktigt att relationen mellan personal och patient är central men också viktigt att involvera andra som närstående och medarbetare. Detta görs genom att aktivt lyssna och visa öppenhet för andras tankar och reflektioner. Lundman et al. (2010) framhäver att om en persons inre styrka, kreativitet och flexibilitet i olika situationer kan identifieras kan detta användas som en resurs i vårdarbetet och bli en tillgång i vårdplaneringen.

För att förtydliga vad som påverkar tillämpning av personcentrerad omvårdnad har McCormack och McCance (2006) tagit fram ett ramverk utformat med syftet att underlätta implementeringen av personcentrerad omvårdnad i vården samt identifiera huvudområden som påverkar tillämpningen. Ramverket belyser fyra huvudområden som påverkar personcentrerad omvårdnad; förutsättningar, vårdmiljön, personcentrerade processer och det förväntade resultatet.

Med förutsättningar menar McCormack och McCance (2006) att det är sjuksköterskans egenskaper relaterat till att inneha nödvändig yrkeskompetens (både fysisk och teknisk), vara engagerad i sitt arbete (visa vilja till att ge bästa möjliga vård), lojalitet till sitt arbete, god självkänedom, egna värderingar, professionalitet och sociala förmågor. Kombinationen av dessa förutsättningar ger i sin tur sjuksköterskan olika kunskaper och redskap för att kunna utöva den bästa möjliga vården för patienten och att kunna utföra en personcentrerad omvårdnad.

Vårdmiljön är enligt McCormack och McCance (2006) det område som till största utsträckning kan begränsa och eller hindra den personcentrerade omvårdnadsprocessen. Vårdmiljön fokuserar på den fysiska miljön där omvårdnaden utspelar sig men också på en lämplig mix av förmågor som system som gör delat beslutsfattande möjligt, effektivt samarbete mellan medarbetare, stödjande tekniska system och potential för innovation relaterat till förbättringar. McCormack & McCance (2006) har även i sin studie beskrivit vikten av kvalitén på ledarskap för att gynna en personcentrerad miljö samt en miljö som värnar om personens integritet, välbefinnande samt främjande av hälsa.

McCormack och McCance (2006) lyfter upp vikten av att kunna ge personcentrerad omvårdnad genom att ta hänsyn till patientens värderingar, delaktighet i beslutsfattande, engagemang, sjuksköterskans sympatiska närvaro samt stöd av fysiska omvårdnadsbehov, då

i de personcentrerade processerna är fokus på patienten det viktiga. Vidare anser McCormack och McCance (2006) att det är viktigt att få en bild av patientens livsvärderingar och hur patienten upplever/förstår situationen. Detta då det i sin tur är relaterat till delaktighet och hur sjuksköterskan faciliterar patientens delaktighet genom information samt förmågan att se utanför eventuella rutiner för att kunna forma och anpassa vården och därmed främja valmöjligheterna samt delaktighet för patienten.

McCormack och McCance (2006) menar med tillfredsställelse med och engagemang i omvårdnaden, känsla av well-being och utformning av en terapeutisk vårdmiljö påverkar tillämpningen av personcentrerad omvårdnad. Denna vårdmiljö har beskrivits som en miljö där det råder delat beslutsfattande, samarbete mellan medarbetare, ledarskapet är transformellt och det finns stöd för potentiella innovationer. Patientens tillfredsställelse är relaterat till hur patienten upplever omvårdnaden samt relationen mellan de olika huvudområdena.

Utvecklingen av ehälsa inom vården är nödvändig men får inte hindra sjuksköterskans möjlighet att tillämpa personcentrerad omvårdnad. Det är därför väsentligt att undersöka hur sjuksköterskor kan tillämpa personcentrerad omvårdnad vid användning av ehälsa såsom vård- och omsorgsplanering via videokonferens.

## Syfte

Syftet med studien var att belysa hur sjuksköterskan kan tillämpa personcentrerad omvårdnad vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens.

## Metod

En kvalitativ forskningsansats användes vid studien, där kvalitativa enskilda intervjuer med stöd av en intervjuguide låg till grund för insamlad data. Genom en kvalitativ innehållsanalys analyserades sedan det insamlade materialet.

## Design

Utifrån syftet, valdes en kvalitativ design för att få en ökad förståelse utifrån sjuksköterskornas perspektiv hur de kan tillämpa personcentrerad omvårdnad vid vård- och

omsorgsplanering via videokonferenser samt för att få en helhetsförståelse av den unika situationen som enligt Olsson och Sörensen (2011) kan uppnås via kvalitativ ansats. Dalen (2015) menar också att en kvalitativ design gör det möjligt att få insikt om ett fenomen och hur de personer som det berör upplever situationen.

## Urval

För studien valdes sjuksköterskor med erfarenhet av vård- och omsorgsplanering via videokonferens. För att definiera urvalskriteriet ytterligare, gjordes ett ändamålsenligt urval. Polit och Beck (2012) menar att med ett ändamålsenligt urval väljs deltagare som gör mest nytta för studien, genom att ha ett förutbestämt kriterium och på så vis kunna identifiera samt få en förståelse av fenomenet av intresse. Kriteriet var att sjuksköterskorna skulle arbeta på ett sjukhus i södra Sverige där det fanns erfarenhet att utföra vård- och omsorgsplanering via videokonferens. En klinik valdes sedan där flera avdelningar använde sig av vård- och omsorgsplanering via videokonferens.

## Genomförande

Efter verksamhetschefen givit sitt samtycke till studien, kontaktades omvårdnadsansvarig för kliniken. Omvårdnadsansvarig hänvisade till avdelningsansvariga på två avdelningar samt kontaktuppgifter till två sjuksköterskor med erfarenhet av vård- och omsorgsplanering via videokonferens på en tredje avdelning. Kontakt togs med föreslagna avdelningsansvariga som i sin tur hänvisade till ytterligare två sjuksköterskor, en ifrån respektive avdelning. Vid första kontakten med de föreslagna sjuksköterskorna gav de sitt muntliga samtycke. Tid till intervju bestämdes i samråd med respektive sjuksköterska.

## Datainsamling

Data samlades in genom kvalitativa intervjuer med öppna frågor som sammanställts i en intervjuguide (se bilaga 1). Intervjuguiden utformades med stöd utifrån den teoretiska referensramen och infattade tre teman. Detta då Dalen (2015) menar att det är bra att utarbeta teman och underliggande frågor i en intervjuguide för att säkerställa att viktiga områden i studien täcks. Intervjuguiden försäkrar även forskare att samma frågor ställs vid de olika intervjuerna (Polit & Beck 2012). Öppna frågor valdes att användas då Trost (2007) menar att den tillfrågade då ges möjlighet att svara på ett mer beskrivande och utvecklat sett jämfört med om frågorna är strukturerade.

Genom två testintervjuer testades kvalitén på frågorna i intervjuguiden. En genomfördes med en sjuksköterskestudent som hade begränsad kunskap om vård- och omsorgsplanering via videokonferens samt en telefonintervju med en sjuksköterska som hade vård- och omsorgsplaneringserfarenhet via videokonferenser inom en annan klinik. Genom att göra testintervjuer menar Trost (2007) att intervjuarna övar upp sin skicklighet att intervjua samt ges möjlighet att testa sina frågor. Efter första testintervjun delades intervjuguiden upp i en inledningsdel (de fem första frågorna) samt tre kategorier för att få bättre struktur. Vissa frågor förtydligades också för att ringa in syftet ytterligare. Intervjuguiden testades sedan igen och endast mindre justeringar gjordes därefter. Inledande frågor valdes för att få igång ett naturligt samtal men användes inte i analysen.

Fyra sjuksköterskor valdes ut att intervjua, då Trost (2007) menar att det vid kvalitativa intervjuer bör begränsa sig till ett litet antal för att materialet ska bli hanterbart och för att inte missa värdefull information. De fyra sjuksköterskorna var kvinnor och alla intervjuerna utfördes på respektive vårdavdelning och intervjuerna tog mellan 20-40 minuter att genomföra. Varje skribent var ansvarig för två intervjuer var och vid varje intervju leddes frågeställningen utav en skribent med den andre skribenten som stöd och ansvarig för bandinspelningen och anteckningar. Intervjuguiden användes vid alla intervjuerna men alla frågor ställdes inte om skribenterna upplevde att de redan fått svar i föregående frågor. Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av diktafon. Inspelningen gjorde det som Trost (2007) lyfter fram, att möjliggöra att lätt gå tillbaka och lyssna på det inspelade materialet upprepade gånger för att på så sätt kunna analysera tonfall och det som sagts ordagrant. Efter varje genomförd intervju transkriberades materialet vilket enligt Olsson och Sörensen (2011) innebär att materialet skrivs ner ordagrant. Skribenterna transkriberade två intervjuer vardera. Dalen (2015) menar att informanternas egna utsagor är mycket värdefulla och måste därför tas till vara på både vid inspelning och transkribering.

## Dataanalys

Insamlad data analyserades med en manifest innehållsanalys med latent inslag, för att enligt Graneheim och Lundman (2004), få fram det uppenbara men även det underliggande i texten. Analysen påbörjades genom att läsa de transkriberade intervjuerna flera gånger. Graneheim och Lundman (2004) anser att texterna bör läsas upprepade gånger för att få en djupare förståelse om vad texten handlar om och enligt Trost (2007) få igång nya tankegångar.

Texten bröts därefter ner efter fem steg: meningsenheter, kondensering, kodning, underkategorisering och kategorisering. Meningsenheterna (se exempel bilaga 2) identifierades i relation till syftet med en strävan efter endast en innebörd i varje meningsenhet. Texten förkortades sedan (kondensering) för att få en bättre överblick men kärnan strävades att behållas. Därefter sattes etiketter (koder) på de kondenserade meningsenheterna för att med få ord säga vad de handlade om. Graneheim och Lundman (2004) anser att genom koderna kan man sedan sortera utifrån likheter och skillnader och detta gjordes genom att skapa underkategorier. Dessa skapade därefter kategorier. Graneheim och Lundman (2004) menar att gruppering efter likheter och skillnader säkerställer att underkategorierna och kategorierna inte överlappar varandra. Efter texten analyserades med dessa steg gjordes tolkningar, för att uppnå vad Graneheim och Lundman (2004) beskriver som en djupare förståelse. Exempel på tolkning av texten är att sjuksköterskorna som deltog i studien alltid strävade efter att göra det så bra som möjligt för patienten. Det manifesterades av denna tolkning var "patienten som är huvudföremålet sitter precis framför och anhöriga bakom så de kommer med i bild. Jag sitter vid sidan så att jag inte syns".

## Etiska övervägande

Enligt Kvale och Brinkmann (2014) måste det vid all empirisk forskning tas hänsyn till forskningsetiska krav. Dessa krav är enligt Vetenskapsrådet (2002) informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet och är till för att skydda individen under forskningen. Sedan 2004 gäller också en etikprovningsslag som innebär att all forskning relaterat till människor måste gå igenom etikprovning av en regional etikprovningsslag (Dalen, 2015). Forskningsetiska överväganden gjordes därför enligt Etikkommité Sydost genom en etisk egengranskning av studiens syfte samt målsättning (se bilaga 3). Därefter skickades en etikansökan till Sveriges Etikkommité Sydost för godkännande. Etikkommité Sydost gav sitt rådgivande yttrande för studien (Dnr. EPK 264-2015).

Etiska överväganden gjordes gällande tillvägagångssättet av hur kontakt skulle tas med sjuksköterskorna som blev tillfrågade att delta i studien. Detta då intervjuerna skulle utföras på arbetstid och därför krävdes det samtycke ifrån verksamhetschefen samt avdelningsansvariga för att utföra intervjuerna. Det förelåg en risk att urvalet kunde bli styrt då deltagarna tillfrågades av överordnade personer och med det en risk att deltagarnas frivillighet till att

delta påverkades. Enligt Vetenskapsrådet (2002) har deltagare i en undersökning rätt att själva bestämma över sin medverkan.

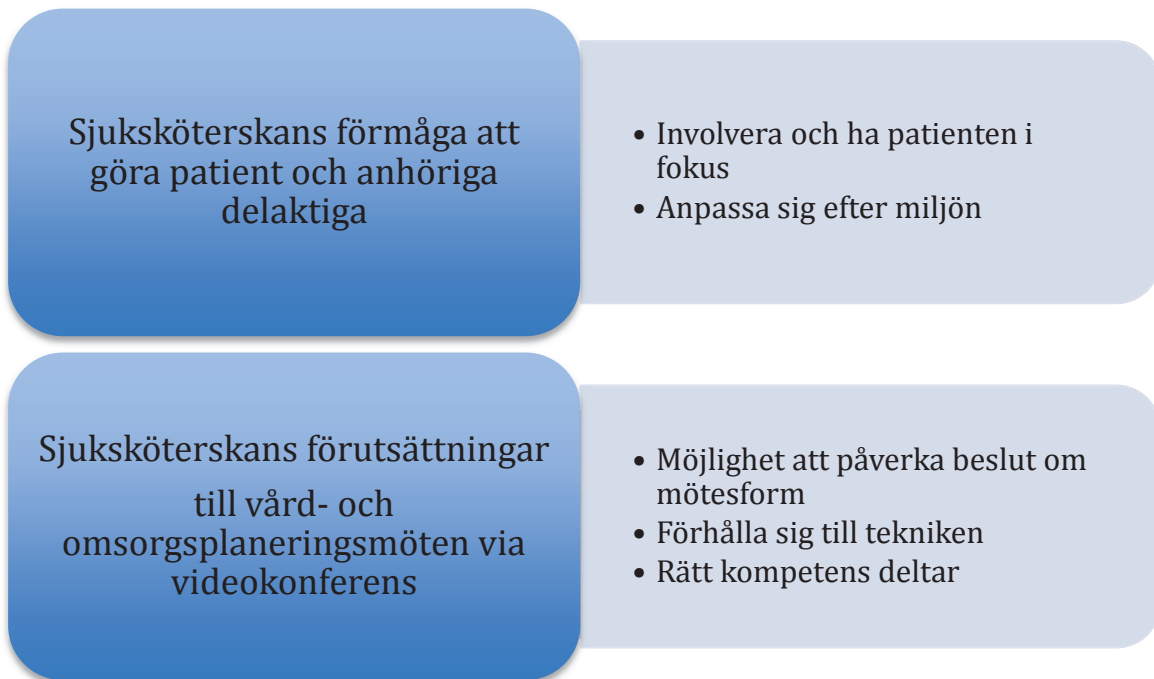
Etikkommité Sydost rekommenderade att en del frågor i intervjuguiden skulle ses över, frågan om hur länge sjuksköterskan hade arbetat på kliniken togs bort för att minska risken att identifiera deltagarna, samt att frågor med värderande ord omformulerades. I yttrandet av Etikkommitté Sydost påtalades också vikten av att bibehålla sjuksköterskornas konfidentialitet genomgående under studien. Därför kodades stödanteckningarna och transkriberade intervjuer med nummer och inte med några namn, ålder, tjänstgöringstid, avdelnings nummer eller andra identifieringsuppgifter. Enligt Dalen (2015) är detta extra viktigt vid mindre intervjugrupper då det alltid finns en risk att informanter kan härledas och därför skall risken alltid förebyggas. Under studiens genomförande förvarades data på personliga datorer med personliga lösenord och därmed var tillgång begränsad. Data delades endast med handledaren för studien. Det bandinspelade materialet kommer efter studiens godkännande förvaras enligt riktlinjerna för Blekinge Tekniska Högskola, i ett brandsäkert och låst skåp.

## Resultat

Vid innehållsanalysen av intervjuerna framkom två kategorier och fem underkategorier hur sjuksköterskan kan tillämpa personcentrerad omvårdnad vid samordnad vård- och omsorgsplanering via videokonferens. Kategorierna presenteras tillsammans med underkategorierna enligt figur 1.

I resultat och resultatdiskussion används begreppet patient likvärdigt med person då sjuksköterskorna under intervjuerna använde sig av ordet patient. Biståndshandläggare, distriktsköterska, arbetsterapeut samt fysioterapeut benämns som ”kommunens omsorgsrepresentanter”. Professionstiteln ”distriktsköterska” används för att benämna den kommunanställda sjuksköterskan som jobbar i hemsjukvården. Sjuksköterskan på vårdavdelningen (de som intervjuats) benämns som ”sjuksköterska”.

Vård- och omsorgsplanering där kommunens omsorgsrepresentanter kommer till sjukhuset benämns som ”fysiskt möte” och via videokonferens anges de som syns i tv-skärmen (det vill säga kommunens omsorgsrepresentanter) ”de som deltar på distans”.



Figur 1. Kategorier och underkategorier

### Sjuksköterskans förmåga att göra patient och anhöriga delaktiga

Analysen visade att sjuksköterskans förmåga att göra patient och anhöriga delaktiga påverkar hur sjuksköterskan kan tillämpa personcentrerad omvårdnad. Sjuksköterskorna är måna att involvera anhöriga samt göra patienten delaktiga. Anhöriga bjuds därför alltid in till mötet. Detta visades i två underkategorier; involvera och ha patienten i fokus samt anpassa sig efter miljön.

#### *Involvera och ha patienten i fokus*

För att kunna tillämpa en personcentrerad omvårdnad strävar sjuksköterskorna att ha patienten som utgångspunkt och i fokus. Sjuksköterskorna gör patienten delaktig i samtalen och bjuder in patienten till dialog. Sjuksköterskorna gör detta genom att prata med patienten och inte över huvudet på patienten till de som deltar på distans. Sjuksköterskan upplevde att detta gör att patienten kan känna sig delaktig i samtalet och patienten ges möjlighet att på ett naturligt sätt säga ifrån om det är något som han eller hon inte håller med om.

*Alltså det är ju att försöka få dem delaktiga. Alltså med i alla samtal liksom att det verkligen förstår.*



Innan mötet förklarar sjuksköterskorna för patient och anhöriga hur mötet går till och att det är viktigt att patient och anhöriga är tydliga med att uttrycka sina åsikter och behov av hjälpinsatser under mötet. Detta då sjuksköterskorna ansåg att det är viktigt att patienten och anhöriga vet vad som kommer att ske samt vad de bör tänka på inför och under mötet. Förberedelserna ansåg sjuksköterskorna vara essentiella då de upplevde att det ofta blir en envägskommunikation och inte naturliga dialoger vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens.

*Vi brukar försöka göra allt innan vårdplanering äger rum för att det liksom ska bli det bästa beslutet. Vi pratar med anhöriga och säger liksom att de måste stå på sig. Vi pratar med patienten att nu måste du verkligen säga vad du känner.*

För att vårdplaneringssituationen på bästa sätt ska kunna utgå ifrån patienten bjuder sjuksköterskorna alltid in anhöriga till mötet så att de kan vara med som stöd för patienten men också så att anhörigas åsikter och funderingar kan belysas. Sjuksköterskorna upplevde att anhöriga ofta behöver återberätta vad deltagarna på distans säger för att patienten inte hör och/eller förstår vad som händer. Det finns då en risk att anhöriga lägger till egna tolkningar, tar över samtalet och pratar för patienten eller glömmer sina egna frågor och funderingar och detta kan hindra sjuksköterskan att tillämpa en personcentrerad omvårdnad.

*De är en liten tolk för patienten, och samtidigt när man gör det kanske man glömmer av att man själv hade en massa frågor som anhörig som man hade velat ta upp när man ändå sitter en del tycker att detta är en jättehelig, bra betydelsefull stund, eh så kanske det glöms av för att man får sitta och göra översättningar och tolkningar.*

Sjuksköterskorna upplevde att det är svårare att genomföra personcentrerad omvårdnad för patienter med vissa funktionsnedsättningar och anser därför att dessa patienter är mindre lämpliga att vård- och omsorgsplanera via videokonferens. Är patienten äldre, har nedsatt hörsel, syn eller kognitiv svikt så upplever sjuksköterskorna att detta inverkar på patientens möjlighet att delta i samtalet samt på möjligheten att förstå tekniken och vad som sker under mötet. Sjuksköterskorna erfor att vissa patienter tror att de är med på tv eller tittar på tv. Om patienten inte förstår vad som händer samt inte kommer till tals på ett naturligt sätt under

mötet, vilket sjuksköterskorna ansåg att det är en större risk för vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens, är risken att patienten inte kan uttrycka sina behov och det kan då leda till att fel beslut kommer tas.

*Det kan vara svårt för en del patienter att förstå vad som håller på att hända och då är det lättare att ha ett vanligt möte här på avdelningen än att ha via en tv-skärm.*

En annan aspekt relaterat till att vård- och omsorgsplanering via videokonferens är att sjuksköterskorna upplevde att det händer att biståndshandläggaren redan beslutat vilka insatser de kommer erbjuda patienten innan mötet äger rum. Sjuksköterskorna fann att biståndshandläggarens förslag till insatser endast grundar sig på den information som framgår i kallelsen till vårdplanen och det är då enkelt för biståndshandläggaren att ta dessa beslut då mötet sker via videokonferens. Sjuksköterskorna ansåg att vård- och omsorgsplaneringsmötena ska vara ett diskussionsforum och en möjlighet för patient och anhöriga att i samråd med kommunen fatta beslut om framtiden. Om besluten då redan är fattade innan mötet äger rum hindrar denna aspekt sjuksköterskans möjlighet att göra patienten delaktig i besluten.

*Man tar ett beslut utifrån vår, den vi skriver den här enkäten och ser dom att kanske patienten går med rullator då är det ju hem som gäller så dom har ju tagit beslutet redan. Egentligen innan vårdplaneringen äger rum och då är det ju lättare för dom på webben. Att ja, men vi har redan fattat. Alltså så slipper dom ju åka. För det märker vi ju jättetydligt här liksom.*

#### *Anpassa sig efter miljön*

Sjuksköterskan skapar möjligheter att göra vård- och omsorgsplanering via videokonferens personcentrerad genom hur de placerar deltagarna under mötet. Sjuksköterskorna sätter patienten mitt framför skärmen samt anhöriga precis bakom så de syns i bild. Med denna placering finner sjuksköterskorna att de uppmanar patienten till delaktighet för att få igång en dialog så att patienten inte bara svarar på frågan som ställs.

*Man försöker ju placera patienten så nära så möjligt så att de kan se i tv-skärmen och att även de syns härifrån.*

Även om sjuksköterskan placerar patient och anhöriga för att skapa förutsättningar att göra dem delaktiga, upplevde sjuksköterskan att det finns hinder med denna placering. Placeringen som gör att alla tittar rakt fram, hindrar ögonkontakt med de i rummet och gör det svårt att utläsa kroppsspråk både hos deltagarna på distans och hos de som sitter i samma rum. Detta gör det svårt för sjuksköterskorna att avläsa om patienten verkligen uppfattat vad som sades, vilket kan leda till misstolkningar eller att viktig information missas.

*Jag kan ju tycka att det är mycket med det här med ögonkontakt och avläsa kroppsspråk med varandra och det är ju svårt då när man sitter, alla sitter här och har blickarna rakt fram och då kan man inte riktigt se vad som försiggår runt omkring en. och det blir fel. Lite fel signaler kanske.*

Ytterligare en aspekt relaterat till den placering som sjuksköterskan uppmanar till för att kunna tillämpa en personcentrerad omvårdnad, påverkas av de lokaler och den utrustning som används vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens. Om tv-skärmen är liten och/eller det är svårt att mörklägga i lokalen, blir det svårt för patienten att se de som deltar på distans. Därmed hindras sjuksköterskans möjlighet att göra patient och anhöriga delaktiga i dialogen. Utrustningen som används idag är heller inte flyttbar vilket påverkar sjuksköterskornas möjlighet att flytta utrustningen till en annan lokal på avdelningen eller till patientens rum. Flertal av de lokaler som används i dag är heller inte tillräckligt stora för att en vårdsäng ska få plats, vilket också hindrar sjuksköterskan att utgå ifrån patientens behov och därmed kunna tillämpa personcentrerad omvårdnad.

*Här går inte in en vårdsäng så vi kan inte webbvårdplanera någon som är säng liggandes och utrustningen är inte flyttbar utan den är fast här.*

## Sjuksköterskans förutsättningar till vård- och omsorgsplaneringsmöten via videokonferens

Sjuksköterskan kan tillämpa personcentrerad omvårdnad vid vård- och omsorgsplanering till en viss del genom att anpassa sig efter de förutsättningar som finns. I analysen framkom det tydligt att sjuksköterskorna är måna om att alltid utgå ifrån patientens behov och resurser för att skapa de bästa förutsättningarna för bra underlag till beslut av vårdinsatser. Men det framkom att sjuksköterskan upplever många hinder som påverkar hennes förutsättningar och därmed i vilken utsträckning personcentrerad omvårdnad kan tillämpas. Detta visades i tre underkategorier; beslut av mötesform, förhålla sig till tekniken och att rätt kompetens deltar.

### *Möjlighet att påverka beslut om mötesform*

Sjuksköterskorna erfor att de inte alltid har möjlighet att påverka kommunens beslut av mötesform. Detta fastän att de upplevde att en vård- och omsorgsplanering via videokonferens inte kan ersätta ett fysiskt möte för de patienter de vårdar samt om anhöriga uttryckte att de hellre vill ha ett fysiskt möte. Helhetsbilden av patienten går förlorad när inte alla deltagare träffar patienten fysiskt samt att det är svårt att läsa av patientens kroppsspråk. Om möjligheten för sjuksköterskorna finns att påverka beslutet, beror till stor del på vilken avdelningen sjuksköterskan jobbar på. Vissa sjuksköterskor erfor att de endast kan framföra sina önskemål då det redan är bestämt på avdelningen att vård- och omsorgsplanering ska göras via videokonferens när kommunens omsorgsrepresentanter har en längre resväg till sjukhuset. Sjuksköterskorna fann också att kommunens omsorgsrepresentanter upplevs som styrda att utföra vård- och omsorgsplanering via videokonferens när restid kan sparas. Andra sjuksköterskor fann att de blir lyssnade på och att mötesformen i dessa fall ändras till fysiskt möte efter sjuksköterskans rekommendationer. Även om sjuksköterskorna upplevde att de inte alltid blir lyssnade på i valet av mötesform, försökte sjuksköterskorna ändå se möjligheter och fördelar med att vård- och omsorgsplanera via videokonferens och oavsett valet av mötesform strävade de efter att göra det så personcentrerat som möjligt.

*Vi ska ha bra vårdplaneringar oavsett hur vi gör dem om man säger så.*

### *Förhålla sig till tekniken*

Sjuksköterskorna ansåg att de har den tekniska kunskapen och vanan när allt fungerar och som de finner nödvändig för att kunna fokusera på mötet. Däremot upplevde sjuksköterskorna att tekniken hindrar dem när det blir tekniska problem som de inte kan lösa själva. Sjuksköterskorna måste då ringa en specifik IT-avdelning och de tycker att det tar tid innan de får hjälp. Detta upplevdes då skapa irritation hos anhöriga då de ofta har tagit ledigt ifrån jobbet och förväntar sig att mötet skall ske under avsatt tid. Fokus lades då på att lösa de tekniska problemen samt lugna patient och anhöriga vilket tar fokus ifrån mötet och sjuksköterskorna upplever detta som hinder till att genomföra personcentrerad omvårdnad.

*Anhöriga och patienter sitter och väntar och deras tid är dyrbar, särskilt anhörigas tid är dyrbar, de kanske har tagit ledigt från jobbet eller gått ifrån eller så och då är det jättejobbigt för då har ju inte vi någon IT-backup så som bara kan komma utan det är väldigt specifika människor som har hand om detta.*

Även andra tekniska problem försvårar flödet i mötet som att ljudet skorrar, bilden låser sig och det blir fördröjningar av ljudet. Sjuksköterskorna upplevde att när patienten har svårt att höra vad deltagarna på distans säger, måste det som sagts upprepas för patienten och när det blir fördröjningar av ljudet så tror patienten att det är deras tur att prata och väntar inte tills deltagarna på distans pratat till punkt. Dessa hinder leder till mer direkta frågor som ger snabba svar, vilket försvårar en dialog. Sjuksköterskorna fann därför att patient, anhöriga samt sjuksköterska finner mötesformen som obekväm och vill därmed avsluta mötet så fort som möjligt. Det finns då en risk att mötet stressas igenom vilket kan göra det svårt att hinna prata färdigt och att inte rätt insatser sätts in. Därmed hindras sjuksköterskornas möjlighet att tillämpa personcentrerad omvårdnad.

*Och det är ju viktigt med så att det inte blir stressigt, utan man hinner prata färdigt så att det blir bra för dom när de kommer hem. För annars blir det kanske så att efter en vecka är de inne på sjukhuset igen. För att de inte hade fått tillräckligt med hjälp och då blir det en ond cirkel.*

Sjuksköterskorna upplevde att andra sjuksköterskor som inte är vana att utföra vård- och omsorgsplanering via videokonferens, finner tekniken som krånglig och svår. Är dessa sjuksköterskor dessutom ovana vid den typen av teknik som används vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens, anses de vara mer emot att utföra denna typ av möten samt har mindre förståelse om något går fel med tekniken. Det påverkar i sin tur sjuksköterskornas möjligheter till att kunna tillämpa en personcentrerad omvårdnad.

*De tycker att det är krångligt, de tycker det är svårt, delvis för att man gör det så sällan.*

#### *Rätt kompetens deltar*

Sjuksköterskorna ansåg att fler tvärprofessioner borde kunna delta vid möten via videokonferens eftersom kommunens omsorgsrepresentanter då slipper lägga tid på resor samt att möten via videokonferens oftast inte tar lika lång tid som vid en fysisk vård- och omsorgsplaneringsmöte. Men det är sällan att distriktsköterskan är med på vård- och omsorgsplanering via videokonferens. Detta innebär att när medicinska insatser behövs finner sjuksköterskorna att det saknas viktig kompetens och att patient eller anhörig inte kan ställa några medicinskt relaterade frågor. Den medicinska aspekten måste då diskuteras utanför mötet eller förmedlas vidare till distriktsköterskan via en annan omsorgsrepresentant ifrån kommunen och det finns då en risk att rätt information inte kommer fram och att patienten inte blir delaktig i de medicinskt relaterande besluten.

*När jag sitter och presenterar en patients aktuella vårdtillfälle och dess medicinska. Så kan jag ju undra då vilken medicinsk kompetens som biståndshandläggaren har att fatta beslut på det jag berättar om det medicinska behovet, det får inte jag ihop riktigt. Jag känner att jag inte blir lyssnad på där.*

## Diskussion

### Metoddiskussion

En kvalitativ studie med intervjuer var en passande metod för att som Dalen (2015) beskriver det, ge insikt om informanternas upplevelser. Sjuksköterskorna som deltog i studien berättade under intervjuerna om sina erfarenheter relaterat till hur de kan tillämpa personcentrerad

omvårdnad vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens. Sjuksköterskorna berättade utifrån egna erfarenheter så det kan ha funnits en risk att de idealiserat sina berättelser i strävan efter att främja en personcentrerad omvårdnad. En observationsstudie hade kanske kunnat eliminera denna risk men skribenterna fann trots risken att en intervjustudie var lämpligast för syftet. Då det fanns begränsad forskning inom området var en litteraturstudie inte möjligt att utföra.

Valet att begränsa antalet intervjuer till fyra visade sig vara tillräckligt då de resulterade en informationsrik data som gav ett bra underlag till vidare analys. När fyra intervjuer hade genomförts och analysen hade påbörjats, fick skribenterna ytterligare ett namn till en sjuksköterska som ville delta i studien. Även om en femte intervju kanske skulle kunna ha bidragit till ytterligare underlag för studien, valde skribenterna att tacka nej till intervjun då Trost (2007) påpekar att ett litet antal intervjuer är att föredra för att materialet ska bli hanterbart och för att inte missa värdefull information samt att det är bättre att ha få väl utförda intervjuer än fler mindre bra. På grund av att studien grundade sig på ett litet antal intervjuer är det inte möjligt att generalisera resultatet men då intervjun utfördes med sjuksköterskor ifrån tre avdelningar samt att deras svar stämde överens med varandra, styrker detta tillförlitligheten till studiens resultat.

Etikkommité Sydost påpekade att det förelåg en risk att urvalet kunde bli styrt då skribenterna skulle ta hjälp av andra personer att göra urvalet, i detta fall genom omvårdnadsansvariga och avdelningsansvariga. Etikkommité Sydost menade då att en risk fanns att omvårdnadsansvariga och avdelningsansvariga endast skulle tillfråga sjuksköterskor som hade en viss inställning till att vård- och omsorgsplanera via videokonferens. Detta påtalas även av Trost (2007), som menar att det kan föreligga en risk att urvalet blir styrt då så kallade nyckelpersoner används för att få kontakt med urvalet. Skribenterna upplevde ingen nackdel med urvalsförfarandet då sjuksköterskor med erfarenhet av vård- och omsorgsplanera via videokonferenser var begränsade i antal och därmed inte möjligt att endast tillfråga sjuksköterskor med en viss inställning. På grund av denna begränsning, tillfrågades sjuksköterskor ifrån tre avdelningar inom den aktuella kliniken. Detta ansågs som en styrka för studien då det gav en variation på hur många vård- och omsorgsplaneringar via videokonferenser sjuksköterskorna gjorde i snitt per månad beroende på vilken avdelning de arbetade på samt resulterade i bra underlag för innehållsanalysen.

En annan aspekt som påpekades utav Etikkommié Sydost var att det förelåg en osäkerhet om sjuksköterskorna som deltog i studien ställde upp frivilligt eller att de inte ville tacka nej då de blev tillfrågade av överordnade personer. För att eliminera denna osäkerhet och för att säkerställa att sjuksköterskorna som deltog i studien var väl införstådda att medverka i studien var frivillig, bad skribenterna dem att ge sitt muntliga samtycke vid första kontakten och även innan intervjuerna började. Inför varje intervju upplystes även sjuksköterskorna som deltog i studien att det som de berättar ses som konfidentiellt, vilket enligt Trost (2007) innebär att ingen utomstående kommer kunna ta del av något som skulle kunna röja den enskildes identitet.

Den första och andra intervjun utfördes samma dag direkt efter varandra. Intervjuerna tog plats i en avskild del av korridoren på den avdelning sjuksköterskorna jobbade på, då det inte fanns några lediga rum att tillgå. Den första sjuksköterskan som intervjuades föreslog platsen, vilket Trost (2007) menar är bra då det är viktigt att informanterna är med och bestämmer vart intervjuerna ska ske. Dock kunde ljud och samtal höras ifrån korridoren under intervjuerna, vilket skulle kunna anses som att miljön inte var optimal. Trost (2007) menar att intervjuerna ska utföras där det är så ostört som möjligt så att informanterna känner sig trygga. Även om miljön kunde anses som mindre lämplig, upplevde skribenterna inte att sjuksköterskorna som deltog i första och andra intervjun var ofokuserade eller påverkades av miljön. Intervju tre och fyra utfördes i enskilda rum, på respektive avdelning. Efter att intervju tre och fyra utförts, fann skribenterna att de var mindre nervösa vid dessa intervjuer vilket skulle kunna härledas till att skribenterna föredrog den lugna miljön som intervju tre och fyra utfördes i samt att skribenterna övat upp sin intervjuteknik. Det kan därför varit negativt ifrån skribenternas perspektiv att de två första intervjuerna utfördes i en miljö som inte var helt ostörd, vilket kan ha påverkat att färre följdfrågor ställdes och därmed var sjuksköterskornas svar vid intervju ett och två inte lika utförliga.

Totalt utfördes fyra intervjuer. Skribenterna gjorde två intervjuer var och båda skribenterna medverkade vid intervjuerna. Att båda medverkade upplevdes som positivt av skribenterna då de hade stöd av varandra under intervjun. Även om det var en skribent som ledde intervjun kunde den andra flika in med följdfrågor. Trost (2007) menar att då båda skribenterna medverkar kan det finnas en osäkerhet om informanten känner sig i underläge eller inte, att det är två emot en. För att undanröja denna osäkerhet inleddes varje intervju med en kort



presentation av studien där skribenterna förklarade varför båda två medverkade. Därefter gavs sjuksköterskorna som deltog i studien tillfälle att ställa eventuella frågor. Dessutom upplevdes det i alla intervjuer gemensamhet, då dialogerna fördes mellan båda skribenterna och sjuksköterskorna.

Intervjuguiden upplevdes som en styrka för arbetet då den säkerställde att skribenterna höll sig till ämnet samt att samma frågor ställdes vid samtliga intervjuer då skribenterna utförde två intervjuer var. Trost (2007) menar att människor har olika sätt att uttrycka sig på och intervjuguiden försäkrar då samma utgångspunkt och innehåll fast olika intervjupersoner.

Genom att arbeta efter de olika stegen i Graneheim och Lundmans (2004)

innehållsanalysmetod hjälpte det skribenterna att analysera det insamlade materialet.

Användning av det manifesta och det latent i textmaterialet gav en helhetsförståelse av texten för underlag till resultatet av studien. Ur innehållsanalysen togs citat ifrån de olika intervjuerna för att styrka resultatet. Dessa citat övervägdes efterhand som texten utformades så att koppling mellan resultat och citat skulle bli tydlig. Många citat upplevdes som passande till de olika resultat delarna, vilket är en styrka för studien då Dalen (2015) menar att många bra och innehållsrika citat ger ett fylligare intervju material då citat är den egentliga erfarenheten som kommer fram vid empiriska studier.

## Resultatdiskussion

Resultatet visade att sjuksköterskorna alltid strävade efter att se till patientens bästa men upplevde att de hindrades att tillämpa personcentrerad omvårdnad av olika förutsättningar. Sjuksköterskorna upplevde hinder i tekniken och miljön som påverkade deras möjlighet att kunna göra patienten delaktig under mötet samt att när inte rätt kompetens deltog eller att när sjuksköterskorna upplevde att de inte kunde utgå ifrån patientens behov i valet av vård- och omsorgsplaneringsform försvårades tillämpningen av personcentrerad omvårdnad ytterligare.

Resultatet visade att sjuksköterskorna har en förmåga att kunna tillämpa personcentrerad omvårdnad genom att förbereda patient och anhöriga innan mötet så att de förstår vikten av att de uttrycker sina behov av hjälpinsatser och önskemål under mötet. Sjuksköterskorna upplevde även att förberedelserna kan främja patientens delaktighet under mötet. Detta styrks av Ekman och Norberg (2014) som anser att för att kunna tillämpa personcentrerad

omvårdnad måste patienten alltid bli lyssnad på och få möjlighet att berätta om sina upplevelser och önskemål. McCormack och McCance (2006) lyfter fram i sitt teoretiska ramverk betydelsen av att ta hänsyn till patientens värderingar, delaktighet i beslutsfattande samt engagemang. Förberedelserna som resultatet visade att sjuksköterskorna gjorde, visar att sjuksköterskorna tillämpar SFS2014:821, som togs fram för att styrka patientens ställning, främja patientens integritet, delaktighet och självbestämmande.

I resultatet framkom det att även om sjuksköterskorna strävar efter att få patienten delaktig så hindras detta om patienten har en funktionsnedsättning eller oförmåga att relatera till tekniken. Detta stämmer med en utvärdering av Grundén (2001) som visar att patienternas delaktighet under vård- och omsorgsplanering via videokonferens påverkas om patienten har en funktionsnedsättning. Patienter som hade svårt att höra eller förstå, upplevdes som mer passiva vid videokonferenser och var därmed inte lika delaktiga. I en FoU rapport av Linder (2012) framkommer också att funktionsnedsättning kan påverka patientens delaktighet och lyfter fram att om patienten inte kan uppfatta allt som sägs, kan mötet kännas rörigt och därmed försvåra för patienten att ta del av informationen samt vara aktiv i samtalet.

Efrainsson, Sandman och Rasmussen (2006) visar även att vid fysiska vård- och omsorgsplaneringsmöten kan personer med funktionsnedsättningar ha svårt att följa med i mötet. Sjuksköterskan måste kunna uppfatta om patienten följer med i samtalet under mötet för att kunna göra nödvändiga förändringar för att gagna patientens delaktighet. Resultatet som visade att patientens delaktighet hindras gör att befintliga riktlinjer och lagar inte kan följas. Enligt SOU 2015:20 ska vårdplaneringen bygga på delaktighet och samtycke från patienten där beslutet ska tas utifrån patientens situation. Om patientens självbestämmande och möjlighet till delaktighet hindras, kan detta anses gå emot patient lagen, SFS2014:821, som anger att patienten ska vara delaktig i alla beslut som berör deras vård.

Studiens resultat visade att sjuksköterskorna behöver placera deltagarna framför tv-skärmen på ett visst sätt för att ge patienten förutsättningarna att kunna se och höra deltagarna på distans samt uppmuntra patienten till delaktighet. McCormack och McCance (2006) menar att det är viktigt att sjuksköterskan gör nödvändiga anpassningar för patienten så att delaktighet främjas. Resultatet visade dock att små datorskärmar eller om rummet där vård- och omsorgsplaneringen via videokonferens tar plats är för ljust kan patientens möjlighet att se de som deltar på distans påverkas och försvåras att få ögonkontakt. Detta är något som måste förändras för att göra det möjligt för sjuksköterskorna att tillämpa personcentrerad

omvårdnad annars kan patienten inte vara delaktig. Linder (2012) menar att genom att ha ögonkontakt med de som deltar på distans, underlättas möjligheten för patienten att följa med i mötet. I resultatet framkom det också att den anpassade placeringen som gjordes för att möjliggöra för patienten att se deltagarna på distans, samtidigt hindrade sjuksköterskans möjlighet att hålla ögonkontakt med patienten samt att läsa av patientens kroppsspråk. I en rapport av Fridstedt (2013) har det kartlagts behov utifrån patient, anhörig, personal, lokalens utformning samt krav på tekniken för att få en ändamålsenlig vård- och omsorgsplanering via videokonferens. I rapporten framkommer att det är viktigt med bra bild och att ljus ifrån fönster bör undvikas för att det kan försämra bildkvalitén. Rapporterna av Linder (2012) och Fridstedt (2013) har ingen personcentrerad koppling och vilar inte på vetenskapligt granskade studier. Detta visar att det saknas evidens inom området. Däremot har rapporterna använts som underlag i Västra Götalandsregionen för att utreda patientens upplevelse av vård- och omsorgsplanering via video samt hur de kan utföras på bästa sätt. På Västra Götalandsregionens hemsida finns även en informationsvideo (<https://www.youtube.com/watch?v=vwRwCfiBA4A>) att tillgå som sjuksköterskan kan visa eller hänvisa till patienter och anhöriga så att de är väl införstådda innan mötet vad som ska ske. Enligt McCormack och McCance (2006) är det utifrån ett personcentrerat omvårdnadsperspektiv viktigt att anpassa information efter personens individuella behov. En informationsvideo skulle därför kunna vara ett bra redskap för sjuksköterskan för att som McCormack och McCance (2006) menar, ge rätt redskap och därmed öka förutsättningarna för sjuksköterskan att kunna utföra en personcentrerad omvårdnad.

Studiens sjuksköterskor upplevde att störningar i tekniken som dåligt ljud, bild som låser sig och fördröjningar var hinder i kommunikationen med samtliga deltagare och därmed påverkades deras möjlighet att tillämpa personcentrerad omvårdnad. Att vårdmiljön (som teknisk utrustning) har en stor påverkan till vilken utsträckning det är möjligt att tillämpa personcentrerad omvårdnad lyfts fram av McCormack och McCance (2006) i deras teoretiska referensram. Enligt Olsen och Wagner (2000) måste effektiv kommunikation mellan vårdpersonal och patient uppnås för att kunna få en lyckad vård- och omsorgsplanering. Risk föreligger annars enligt Bull och Roberts (2001), att brister i kommunikationen kan leda till att fel beslut tas samt risk för snabbare återinläggning för patienten. Det är därför viktigt att hitta möjligheter att kunna säkerställa effektiv kommunikation vid alla vård- och omsorgsplaneringar oavsett mötesform. Enligt Socialdepartementen (2010) får teknik som

används i vården aldrig upplevas som ett hinder för den vård som sjuksköterskans profession står för.

Det framgick i resultatet att biståndshandläggaren i de flesta fall bestämmer vilken mötesform vård- och omsorgsplaneringen ska utföras i, oavsett vad sjuksköterskan föreslagit i kallelsen till mötet. Sjuksköterskorna upplevde att biståndshandläggaren väljer vård- och omsorgsplanering via videokonferens när de har lång resväg till sjukhuset och att sjuksköterskornas och anhörigas åsikter om vad som är mest lämpligt för patienten inte alltid vägs in, därmed tas inte hänsyn till författning samt lagförslag. I SOSFS 2005:27 och SOU 2015:20 framgår det att det är den behandlande läkaren som ansvarar för i vilken form vård- och omsorgsplaneringen ska utföras i samråd med patient och anhöriga, samt företrädare för berörda enheter. Johansson (2015) menar att teknik kan upplevas som främmande och då att det är viktigt att patienten själv får bestämma om han eller hon vill delta med den typen av teknik. Att patientens, sjuksköterskans och anhörigas åsikter inte vägs in påverkar sjuksköterskornas möjlighet att tillämpa personcentrerad omvårdnad, då de inte tillåts utgå ifrån patientens behov och förutsättningar. Svensk sjuksköterskeförening (2010) påpekar att sjuksköterskan måste kunna företräda patienten för att kunna genomföra personcentrerad omvårdnad.

Att restid sparas för kommunens omsorgsrepresentanter framgick i resultatet. Men resultatet visade också att distriktsköterskorna inte alltid deltar vid vård- och omsorgsplaneringsmötena via videokonferens. Detta är anmärkningsvärt då det enligt Hofflander et al. (2013) infördes vård- och omsorgsplanering via videokonferens på flera ställen i Sverige för att underlätta för distriktsköterskorna och andra omsorgsrepresentanter ifrån kommunen att delta då deras restid minskades (Hofflander, et al. 2013; Grundén, 2001). SOSFS 2005:27 betonar att det är viktigt att rätt kompetens deltar vid vård- och omsorgsplanering för att patientens behov av insatser efter utskrivning ska kunna tillgodoses. Enligt Ödegård (2014) är en av sjuksköterskans kärnkompetens säker vård som innebär att sjuksköterskan ska säkerställa att möjliga risker för fel undanröjs. Om distriktsköterskan inte medverkar när behov av deras kompetens finns, är det en risk att sjuksköterskan inte kan säkerställa att vissa av patientens behov av insatser inte tillgodoses och brister i vården kan uppstå. Enligt McCormack och McCance (2006) står patientens tillfredsställelse och upplevelse av omvårdnaden i relation till de olika yrkeskategoriernas engagemang. Upplever patienten att inte alla yrkeskategorier är involverade vid vård- och omsorgsplaneringen, påverkas detta enligt McCormack och

McCance (2006) till vilken utsträckning vården blir personcentrerad. Vidare anser McCormack och McCance (2006) att sjuksköterskan måste kunna se till att patienten ges olika valmöjligheter och möjlighet till delaktighet i alla vårdbeslut för att kunna tillämpa personcentrerad omvårdnad, vilket försvåras om distriktsköterskan inte deltar vid mötet.

En viktig reflektion är att det kanske inte är videokommunikationen som metodik som försvårar för sjuksköterskan att kunna tillämpa personcentrerad omvårdnad, utan de villkor som sjuksköterskan måste anpassa sig efter såsom lokaler och nuvarande teknik. Detta kan tyda på en ofullständig implementering. Svensk sjuksköterskeförening (2014) påtalar att det är viktigt att sjuksköterskan får vara delaktig i implementeringen av ehälsa i ett tidigt stadium för att säkerställa att den personcentrerade aspekten inte glöms bort, utan att tidigt finna sätt för sjuksköterskan att arbeta på där personcentrerad omvårdnad kan tillämpas. Hofflander, Nilsson, Eriksén och Borg (2015) visar dessutom i sin studie att om vårdplaneringsansvarig är positivt inställd till att utföra vård- och omsorgsplanering via videokonferens så är chansen större att det blir en allmän positiv inställning till det nya verktyget som underlättar implementeringen. De Veer, Fleuren, Bekkerna och Francke (2011) lyfter också fram att det är viktigt att sjuksköterskorna upplever påtagliga fördelar med ehälsa annars föreligger en risk att sjuksköterskorna kommer undvika att använda verktyget. Då resultatet visade fler nackdelar än fördelar med vård- och omsorgsplanering via videokonferens kan detta vara en anledning till att sjuksköterskorna var mindre positiva till att använda mötesformen. Det är samtidigt viktigt att lyfta fram att enligt Liljeqvist och Törnvall (2014) är informatik som innefattar ehälsa, en av sjuksköterskans kärnkompetenser och svensk sjuksköterskeförening (2014) menar att ehälsa är något som sjuksköterskan måste understödja för att möta framtidens vårdbehov samt för att följa med i samhällets utveckling.

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) har verksamhetsledningen ansvar för att ehälsa ska ge en grund till personcentrerad omvårdnad och stödja sjuksköterskans yrkesroll men resultatet visade att sjuksköterskorna upplever att vård- och omsorgsplanering via videokonferens försvårar deras möjlighet att tillämpa personcentrerad omvårdnad och därmed stöds inte deras yrkesroll. En tanke är att sjuksköterskorna kanske inte har haft en tydlig position i utvecklingen av vård- och omsorgsplanering via videokonferens där de tidigt i processen kunde vara som Svensk sjuksköterskeförening (2014) beskriver det, kravställare utifrån sin omvårdnadskompetens för att säkerställa att sjuksköterskans profession stödjäs.

Studiens resultat visade att om sjuksköterskan inte ges rätt förutsättningar för utövning av sin yrkesroll så kan sjuksköterskan inte tillämpa personcentrerad omvårdnad.

## Slutsatser

Resultatet av studien visade många hinder för sjuksköterskorna för att kunna tillämpa personcentrerad omvårdnad vid vård- och omsorgsplanering via videokonferens. Rätt förutsättningar måste ges för att sjuksköterskorna ska kunna tillämpa personcentrerad omvårdnad vid vård- och omsorgsplanering via videokonferenser men det viktigt att det finns kännedom om att sjuksköterskan inte alltid själv kan påverka befintliga förutsättningar utan är beroende av verksamhetsledningens involvering.

Utvecklingen av ehälsa behöver främjas inom sjukvården för att driva vården framåt. Ökad medvetenhet bland sjuksköterskor relaterat till hur miljö och teknik påverkar tillämpning av personcentrerad omvårdnad, kan hjälpa sjuksköterskan att hitta nya sätt att jobba på så att anpassningar efter nya verktyg i vården underlättas. Teknik och miljö får inte vara ett hinder i kommunikation om vård- och omsorgsplanering via videokonferens ska kunna användas för att ge möjlighet till snabb och säker hemgång. Studien kan tillämpas i vidare förbättringsarbete och forskning då det behövs ytterligare forskning för att öka förståelsen av hur personcentrerad omvårdnad påverkas och kan tillämpas när nya tekniker implementeras, som till exempel vård- och omsorgsplanering via videokonferens.

## Självständighet

Cecilia R hade huvudansvaret för litteratursökningen till bakgrunden, där Cecilia R ansvarade för avsnitten vård- och omsorgsplanering, informations och kommunikationsteknologi samt vård- och omsorgsplanering via videokonferens. Sofia N ansvarade för avsnitten personcentrerad omvårdnad och teoretisk referensram. Etisk granskning, ansökan till etikkommittén, inledning och metod utfördes och skrevs gemensamt med delat ansvar. Sofia N hade huvudansvaret gällande kontakter på sjukhusen för att få tag i frivilliga informanter. Intervjuerna och transkriberingen av det insamlade materialet delades upp till två var. Innehållsanalysen, resultat, metoddiskussion, resultatdiskussion samt slutsatser genomfördes av både Cecilia R och Sofia N.

## Referenser

- Bergbom, I. (2013). Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s.111-134). Stockholm: Liber AB.
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000). A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. *Applied Nursing Research*, *13*(1), 19-28.
- Bull, M. J., & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, *35*(4), 571-581.
- Carroll, A., & Dowling, M. (2007). Discharge planning: Communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing*, *16*(14), 882-886.
- Dalen, M. (2015). *Intervju som metod*. Falkenberg: PrePress Team Media Sweden AB.
- De Veer, A. J. E., Fleuren, M. A. H., Bekkerna, N., & Francke, A. L. (2011). Successful implementation of new technology in nursing care: a questionnaire survey of nurse users. *BMC Medical informatics and decision making*, *11*(1), 1-12.
- Driscoll, A. (2000). Managing post- discharge care at home: An analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(5), 1165-1173.
- Dudas, K., Olsson, L., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2013). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *12*(6), 521-528.
- Efraimsson, E., Sandman, P., & Rasmussen, B. (2006). 'They were talking about me'- elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, *20*(1), 68-78.
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*, (s.69-96). Stockholm: Liber AB.
- Fridstedt, G. (2013). Rapport om samordnad vård- och omsorgsplanering via distansmöten ur ett verksamhetsperspektiv. Sahlgrenska Universitetssjukhuset.  
<http://www.vastkom.se/download/18.ee3fb6d14300e770a9101f/1388753887565/Rapport++Samordnad+vård+och+omsorgsplanering+via+video+2013-11-10.pdf> hämtad:2015-05-11
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105-112.
- Grundén, K. (2001). Evaluation of the use of videoconferences for healthcare planning. *Health Informatics Journal*, *7*(2), 71-80.

Helgesson, A., Johansson, U., Walther-Stenmark, K., Eriksson, J., Strömngren, M., & Karlsson, R. (2005). Coordinated care planning for elderly patients using videoconferencing. *Journal Of Telemedicine & Telecare*, 11(2), 85-92.

Hofflander, M., Nilsson, L., Eriksén, S., & Borg, C. (2013). Discharge planning: Narrated by nursing staff in primary healthcare and their concerns about using video conferencing in the planning session - an interview study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(1), 88-98.

Hofflander, M., Nilsson, L., Borg, C., & Eriksén, S. (2014). Video Conference as a Tool to Enable Participation in Discharge Planning. *System Sciences (HICSS)*, 2636-2643.

Hofflander, M., Nilsson, L., Eriksén, S., & Borg, C. (2015). Framing the implementation process of video conferencing in discharge planning – according to staff experience. *Informatics for Health and Social Care*. 1-18.

Johansson, A. (2015). *Implementation of videoconsultation to increase accessibility to care and specialists care in rural areas* (Doctoral thesis, Luleå University of Technology). Luleå: Luleå University of Technology, Graphic Production.

[http://pure.ltu.se/portal/en/publications/implementation-of-videoconsultation-to-increase-accessibility-to-care-and-specialist-care-in-rural-areas\(74ccc2d5-c7d8-4757-b484-dce51b17815b\).html](http://pure.ltu.se/portal/en/publications/implementation-of-videoconsultation-to-increase-accessibility-to-care-and-specialist-care-in-rural-areas(74ccc2d5-c7d8-4757-b484-dce51b17815b).html) hämtad:2015-05-11

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability & Rehabilitation*, 29(20-21), 1555-1565.

Liljeqvist, D., & Törnvall, E. (2014). Informatik och eHälsa. I J. Leksell & M. Lepp (Red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*, (s.295-330). Stockholm: Liber AB.

Linder, J. (2012) *Vårdplanering med hjälp av video jämfört med ordinarie vårdplanering. För- och nackdelar ur patienten/brukarens perspektiv*. FOU Fyrbodal.

<http://www.vgregion.se/upload/KLARA%20SVPL%20-%20Samordnad%20vårdplanering%20i%20Västra%20Götaland/Videomöte/UtvarderingPatientperspektivPaVideomoteFouFyrbodal.pdf> hämtad: 2015-05-01

Lundh, U., & Williams, S. (1997). The challenges of improving discharge planning in Sweden and the UK: Different but the same. *Journal of Clinical Nursing*, 6(6), 435-442

Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Santamäki Fischer, R., & Stranberg, G. (2010). Inner strength—A theoretical analysis of salutogenic concepts. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 251-260.

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



- Mukotekwa, C., & Carson, E. (2007). Improving the discharge planning process: a systems study. *Journal of Research in Nursing, 12*, 667- 686.
- Norberg, H., & Sjögren Holm, L. (2006). Rutiner och överföring av information i samordnad vårdplanering - Erfarenheter och nuläge 2006. Carelink.
- Nosbusch, J., Weiss, M., & Bobay, K. (2010). An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 754-774.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Olsen, L., & Wagner, L. (2000). From vision to reality: how to actualize the vision of discharging patients from a hospital, within an increased focus on prevention. *International Nursing Review, 47(3)*, 142-156.
- O'reilly, C. A., Caldwell, D. F., Chatman, J. A., Lapiz, M., & Self, W. (2010). How leadership matters: The effects of leaders' alignment on strategy implementation. *The Leadership Quarterly, 21*, 104-113.
- Payne, S., Kerr, C., Hawker, S., Hardey, M., & Powell, J. (2002). The communication of information about older people between health and social care practitioners. *Age and aging, 31(2)*, 107-117.
- Petersson, P., Springett, J., & Blomqvist, K. (2009). Telling stories from everyday practice, an opportunity to see a bigger picture: a participatory action research project about developing discharge planning. *Health & Social Care In The Community, 17(6)*, 548-556.
- Pitkala, M., Strandberg, T. E., & Tilvis, R. S. (2007) Interest in healthy lifestyle and adherence to medications: impacts on mortality among elderly cardiovascular patients in the DEBATE study. *Patient education and counseling, 67(1-2)*, 44-49.
- Polit, D-F., & Beck, C. (2012). *Nursing research -generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- SFS1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS1990:1404. *Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Regeringen
- Socialdepartementet. (2010). *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*.  
[www.nationellehalsa.se/Content/Cms/img/temp/b38c1b84.pdf](http://www.nationellehalsa.se/Content/Cms/img/temp/b38c1b84.pdf) hämtad:2015-03-06

Socialstyrelsen. (2006). Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Stockholm: Socialdepartementet.

SOSFS 2005:27. *Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2015:20 *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*. Statens offentliga utredningar <http://www.regeringen.se/sb/d/19797/a/254799> hämtad:2015-03-10

Svensk sjuksköterskeförening. (2010) *Personcenterad vård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Strategi för sjuksköterskors arbete med hälsa*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Trost, J. (2007). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Ödegård, S., (2014). Patientsäkerhet. I J. Leksell & M. Lepp (Red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*, (s.253-294). Stockholm: Liber AB.

## Bilaga 1. Intervjuguide

1. Hur länge har du jobbat som sjuksköterska?
2. Vad har du för erfarenhet av vårdplaneringar?
3. Vad har du för erfarenheter av webbvårdplanering?
4. Hur många webbvårdplaneringar är du delaktig i varje månad?
5. Berätta vad i personcentrerad/patientcentrerad omvårdnad innebär för dig? (generellt sätt inte bara vid vårdplaneringar)

### Vårdmiljön

6. Hur bestäms det om det blir en webbvårdplanering eller inte?
7. Berätta hur det rum och den tekniska utrustningen som används vid webbvårdplanering idag ser ut. Hur sitter man i rummet?
8. Berätta om upplägget vid webbvårdplanering? (Följer man en speciell mall, används några tekniska hjälpmedel? (läsplatta, bärbar dator)
9. Berätta hur du gör för att det skall vara personcentrerat/patientcentrerat vid webbvårdplanering?
10. Upplever du att det finns något som hindrar er att jobba personcentrerat/patientcentrerat vid webbvårdplanering? (ge gärna exempel på någon specifik situation)

### Personcentrerade processer/De förväntade resultaten

11. Berätta på vilket sätt patienten kan vara delaktig och i fokus under en webbvårdplanering? (vad gäller anhöriga?)
12. Berätta vad patienter och anhöriga upplever som positivt och negativt med webbvårdplaneringarna? (hur förhåller ni er till deras upplevelser?)
13. Upplever du att fler yrkeskategorier (så som arbetsterapeuter, sjuksköterskor ifrån kommun och distrikt, biståndshandläggare, sjukgymnaster) deltar eller kan delta vid webbvårdplaneringarna?

### Förutsättningar

14. Tycker du att det finns för fördelar och möjligheter med webbvårdplaneringsverktyget?
15. Tycker du att det finns några svagheter med verktyget eller något som kan förbättras?
16. Upplever du att du fått stöd av din chef eller dina chefer om det är något du känner att du förbättra/förändra med verktyget?
17. Hur upplever du andras sjuksköterskors inställning är till att använda webbvårdplanering?
18. Hur upplever du att den som bestämmer om det blir en webbvårdplanering inställning till verktyget är?
19. Tycker du att du har tillräckligt med tekniska kunskaper för att kunna använda verktyget på bästa sätt?

## Bilaga 2. Exempel på analysförfarandet

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Och vi brukar försöka göra allt innan vårdplanering äger rum för att det liksom ska bli det bästa beslutet. Vi pratar med anhöriga och säger liksom att de måste stå på sig. Vi pratar med patienten att nu måste du verkligen säga vad du känner.	Vi gör allt innan vårdplanering för att det skal bli bra beslut och pratar med anhöriga och säger att de måste stå på sig och att patienten måste säga vad de känner.	Förberedelse	Involvera och patienten i fokus	Sjuksköterskans förmåga att göra patient och anhöriga delaktiga
Man försöker ju placera patienten så nära så möjligt så att de kan se i tv-skärmen och att även de syns härifrån.	placera patienten så när som möjligt så att de kan se och syns	Placering	Anpassa sig efter miljön	Sjuksköterskans förmåga att göra patient och anhöriga delaktiga
Anhöriga och patienter sitter och väntar och deras tid är dyrbar, särskilt anhörigas tid är dyrbar, de kanske har tagit ledigt från jobbet eller gått ifrån eller så..och då är det jättejobbigt för då har ju inte vi någon IT- backup så som bara kan komma utan det är väldigt specifika människor som har hand om detta.	Patienter och anhöriga sitter väntar. Deras tid är dyrbar, särskilt anhörigas. Det är jobbigt att vi inte har någon IT-back up som bara kan komma.	Tekniska hinder	Förhålla sig till tekniken	Sjuksköterskans förutsättningar till vård- och omsorgsplaneringsmöten via videokonferens.

## Bilaga 3. Etisk granskning

### Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt, kliniskt forskningsprojekt eller motsvarande inför rådgivande etisk bedömning/granskning

**Projekttitel:** Om sjuksköterskans attityder påverkar personcentrerad omvårdnad vid webbvårdplanering.

Projektledare: Cecilia Rundén och Sofia Nery

Handledare: Ewy Olander

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. enligt Personuppgiftslagen behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, eller medlemskap i fackförening eller att behandla personuppgifter som rör hälsa eller sexualliv).			x
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på forskningspersonerna (även sådant som ej avviker från rutinerna men som är ett led i forskningen)?			x
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka forskningspersonerna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka? (Se 4 § 2 punkten i Etikprövningslagen 2003:460)			x
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov eller PAD)?			x
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, dementa eller psykiskt handikappade liksom personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			x

Om någon av frågorna 1-5 besvarats "Ja" eller "Tveksamt" kan forskningsarbetet, om det genomförs på forskarnivå, kräva godkännande vid en etikprövning av regional etikprövningsnämnd (EPN).

För vidare information om Etikprövningsnämnden se [www.epn.se](http://www.epn.se).

Om frågorna 1-5 besvarats med ett "Nej", fortsätt egengranskningen genom att kryssa när punkten är uppfylld:

		Ja	Tveksamt	Nej
6	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår (mörka inget men överdriv ej heller farorna). Minderårig skall i allmänhet ha målsmans godkännande (t ex enkäter i skolklasser).	x		
7	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till patient eller forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.	x		
8	Eventuellt upprättande av personregister (där data kan kopplas till fysisk person) är anmält till registeransvarig person på respektive förvaltning (PUL- ansvarig).	x		
9	Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för forskningspersonernas säkerhet är namngivna (prefekt, verksamhetschef eller motsvarande).	x		

**Blanketten skall bifogas ansökan och skrivas under av den som genomför projektet och i förekommande fall även av handledare.**

**Ovanstående frågor är noga penetrerade och sanningsenligt besvarade.**

Ort och datum:

**Karlskrona, 18 feb 2015** .....

**Projektledare eller motsvarande:**

**Cecilia Rundén och Sofia Nery**

.....

*namn*

**Studenter**

.....

*titel*

**Institutionen för hälsa**

.....

*institution/enhet*

Underskrift projektledare eller motsvarande:

.....

**Handledare:**

**Ewy Olander**

.....

*namn*

**Universitetslektor**

.....

*titel*

**Institutionen för hälsa .....**

*institution/enhet*

Underskrift av handledare:

.....

## Bilaga 4. Information till verksamhetschef



Blekinge Tekniska högskola  
Institutionen för hälsa  
Sjuksköterskeprogrammet

Förfrågan om medgivande till intervjuer med sjuksköterskor på [REDACTED]  
[REDACTED] sjukhuset.

Vi vänder oss till dig som verksamhetschef för [REDACTED] för medgivande om att få genomföra studien ” Hur sjuksköterskor tillämpar personcentrerad omvårdnad vid webbvårdplanering.”

Vi är två studenter som läser till sjuksköterskor på Blekinge Tekniska Högskola (BTH) i Karlskrona som under våren 2015 kommer att skriva vår kandidatuppsats. En empirisk studie kommer att utföras där vi planerar att intervjua sjuksköterskor på [REDACTED].

En ökad användning av informations- och kommunikationsteknologi (IKT) verktyg är en del av ett nödvändigt förbättringsarbete i vården. Nya IKT verktyg ställer sjuksköterskor inför nya krav och utmaningar som påverkar möjligheterna till att arbeta enligt principerna för personcentrerad omvårdnad men det saknas kunskap om hur man kan tillämpa dess vd webbvårdplanering.

Vi önskar att utföra intervjuer inom [REDACTED] där webbvårdplanering utförs idag. Vi planerar att intervjua 4 sjuksköterskor med erfarenhet av webbvårdplanering, 2 på respektive ort. Efter medgivande ber vi er att vidarebefordra denna information till avdelningscheferna på utvalda avdelningar. Därefter önskar vi att avdelningscheferna kontaktar oss via e-mail och vi följer upp inom en vecka om de ej svarat. Avdelningscheferna undersöker sedan intresset för medverkande av studien. Informationsbrev bifogas (se bifogad fil) för att utdelas av avdelningschefen till de som är intresserade. Avdelningscheferna ombeds därefter att meddela namnen på de intresserade sjuksköterskorna så att kontakt kan tas med respektive sjuksköterska för bokning av tid och plats.

Intervjuerna består av breda frågor med fokus på webbvårdplanering samt personcentrerad omvårdnad. Enskilda intervjuer genomförs i avskilt rum på vårdenheter. De beräknas att ta ca 20-30 minuter. Samtliga intervjuer spelas in för att senare transkriberas för att underlätta analysen av data. Intervjuerna utförs med hänsyn till forskningsetiska riktlinjer vilket innebär



att deltagande är frivilligt och informanterna har rätt att avsluta intervju när som. Materialet kommer att kodas för att säkerställa undersökningspersonernas integritet och konfidentialitet.

Etikkkommittén sydost har gett rådgivande yttrande för den planerade studien och anser inte det finns några etiska hinder för genomförande av studien.

Om ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Student: Cecilia Rundén  
Tfn: 070-9768447  
e-post:  
[ceciliarunden@gmail.com](mailto:ceciliarunden@gmail.com)

Student: Sofia Nery  
Tfn: 072-5857005  
e-post: [sofia@nery.se](mailto:sofia@nery.se)

Handledare: Ewy Olander  
Universitetslektor  
Tfn: 0455-385413  
e-post: [ewy.olander@bth.se](mailto:ewy.olander@bth.se)

## Bilaga 5. Informationsbrev till sjuksköterskor



Blekinge Tekniska högskola  
Institutionen för hälsa  
Sjuksköterskeprogrammet

### Skriftlig information till sjuksköterskor om deltagandet intervjuundersökning

Vi vänder oss till dig som sjuksköterska på [REDACTED] för information om deltagande i studien ” Hur sjuksköterskor tillämpar personcentrerad omvårdnad vid webbvårdplanering.” Syftet med studien är att belysa hur sjuksköterskor kan tillämpa personcentrerad omvårdnad vid webbvårdplanering. Nya informations- och kommunikationsverktyg ställer sjuksköterskor inför nya krav och utmaningar som påverkar möjligheterna till att arbeta enligt principerna för personcentrerad omvårdnad men det saknas kunskap om hur man kan tillämpa vid webbvårdplanering.

Vi är två studenter som läser till sjuksköterskor på Blekinge Tekniska Högskola (BTH) i Karlskrona som under våren 2015 kommer skriva vår kandidatuppsats. En empirisk studie kommer utföras där vi planerar att intervjua sjuksköterskor på [REDACTED]

Intervjuerna består av breda frågor med fokus på webbvårdplanering samt personcentrerad omvårdnad. Enskilda intervjuer genomförs i avskilt rum på vårdenheter. De beräknas att ta ca 20-30 minuter. Samtliga intervjuer spelas in för att senare transkriberas för att underlätta analysen av data. Intervjuerna utförs med hänsyn till forskningsetiska riktlinjer vilket innebär att deltagande är frivilligt och informanterna har rätt att avsluta intervju när som. Materialet kommer att kodas för att säkerställa undersökningens integritet och konfidentialitet. Etikkommittén sydost har gett rådgivande yttrande för den planerade studien och anser inte det finns några etiska hinder för genomförande av studien. Ett färdigställt exemplar av uppsatsen kommer att skickas till din arbetsplats om så önskas.

Om ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Student: Cecilia Rundén

Tfn: 070-9768447

e-post:

[ceciliarunden@gmail.com](mailto:ceciliarunden@gmail.com)

Student: Sofia Nery

Tfn: 072-5857005

e-post: [sofia@nery.se](mailto:sofia@nery.se)

Handledare: Ewy Olander

Universitetslektor

Tfn: 0455-385413

e-post: [ewy.olander@bth.se](mailto:ewy.olander@bth.se)