



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Patienters upplevelse av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet i svensk glesbygd

En kvalitativ intervjustudie

Författare:

Hanna Hedström Andersson

Helena Westerlund Johansson

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

2019

Handledare:

Eva Hovstadius

Examinator

Lena Gunningberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund. Vårdens tillgänglighet i glesbygd skiljer sig från storstäder, både i Sverige och internationellt.

Syfte. Att undersöka hur patienter i svensk glesbygd upplever tillgängligheten av hälso- och sjukvård.

Metodbeskrivning. Kvalitativ metod och induktiv ansats med deskriptiv design. Åtta semi-strukturerade telefonintervjuer genomfördes med personer i åldrarna 24-90 år. Innehållet analyserades med en modifierad version av Graneheim och Lundmans innehållsanalys (2004).

Resultat. Patienter i Arjeplogs kommun ansåg att hälso- och sjukvårdens tillgänglighet brister på grund av avsaknad av fast anställd läkare på vårdcentralen. Bristen på kontinuitet ledde till att informanterna upplevde att de kände bristande tillit till vården och avstod från att söka vård. Även tillgängligheten till akutsjukvård var bristande eftersom resurser inte alltid fanns tillgängliga och skapade oro hos patienterna ifall de skulle bli akut sjuka. Avstånden och tillgängligheten till sjukvård i Arjeplog gjorde att patienter valde att åka längre sträckor till andra sjukhus där de kunde få den hjälp de behövde även om det innebar besvär. För de äldre innebar de långa ressträckorna att de ibland valde att avstå behandlingar på grund av bristande fysisk ork. Teknologins användning såsom mobiltelefon och videosamtal gav i många fall möjligheter att ersätta fysiska besök.

Slutsats. För att utöka tillgängligheten av hälso- och sjukvården i Arjeplog skulle användning av videosamtal kunna utvecklas, då det kan ersätta fysiska besök på avlägsna sjukhus i många fall. Informanterna önskade att det skulle finnas fast anställda läkare på vårdcentralen som kände till förutsättningarna i kommunen. Sjuksköterskor skulle kunna ta över vissa läkaruppgifter för att minska konsekvenserna av läkarbristen i kommunen.

Nyckelord: Patient, glesbygd, upplevelse, tillgänglighet

ABSTRACT

Background. The accessibility of healthcare in rural areas are different from urban areas. It includes both healthcare in Sweden and internationally.

Purpose To investigate how patients in Swedish rural areas experience the availability of healthcare services.

Method Qualitative method and inductive approach with descriptive design. Eight semi-structured telephone interviews were conducted with people aged 24-90 years. The content was analyzed with a modified version of Graneheim and Lundman's content analysis (2004).

Results Patients in the municipality of Arjeplog considered that the availability of health care is lacking due to the absence of a permanent doctor at the health center. The lack of continuity led to the informants experiencing that they did not feel trust and refrained from seeking healthcare. The availability of emergency medical services was also inadequate and created anxiety in patients in case of acute illness. The distance and availability of medical care in Arjeplog meant that patients chose to go further distances to other hospitals where they could get the help they needed even if it meant an inconvenience. For the elderly, long distances meant that they sometimes chose to refrain from treatment due to lack of physical energy. The use of technology such as mobile phones and video calls made it possible to replace physical visits.

Conclusion In order to expand the accessibility of health care in Arjeplog, the use of video calls could develop as there was something that could prevent visits to remote hospitals in many cases. The informants wished there were permanent medical doctors at the health center who knew the conditions in the municipality. Nurses could replace some medical tasks to reduce the consequences of medical deficiency in the municipality.

Keywords: Patients, Rural Health, Experience, Health Services Accessibility

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Telemedicin.....	2
Glesbygd.....	3
Vård på lika villkor	3
Autonomi.....	4
Människovärde och värdighet	4
Välbefinnande	5
Teoretisk referensram.....	6
Problemformulering	6
Syfte	7
METOD	7
Design.....	7
Urval.....	7
Urvalsstrategi.....	7
Kontext	7
Datainsamlingsmetod	8
Tillvägagångssätt.....	8
Forskningsetiska överväganden	8
Bearbetning och analys	9
RESULTAT	10
Avstånd och undermåliga vägar	10
Läkarkontinuitet - en bristvara	11
Oro över akutsjukvård.....	12
Telefon och teknologi.....	13
DISKUSSION.....	15
Resultatdiskussion.....	15
Avstånd och undermåliga vägar	15
Läkarkontinuitet - en bristvara	16
Tillgänglighet till akutsjukvård	18
Telefon och teknologi	19
Metoddiskussion.....	20
Behov av vidare studier.....	21
SLUTSATS	21
REFERENSER	23
Bilaga 1. Kartor över avstånd.....	26

Bilaga 2. Intervjuguide	27
Bilaga 3. Informationsbrev	28

BAKGRUND

I Sverige strävar vi efter en jämlik vård där alla medborgare ska ha likartade möjligheter att få vård och bli likvärdigt behandlade oberoende av faktorer såsom bostadsort (Socialstyrelsen, 2009). Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2009) går det att utläsa att det finns stora skillnader i vårdkontakter mellan de som bor i glesbygd och de som bor i tätort - skillnader som ökar över tid.

Internationellt visar forskning att tillgänglighet till sjukvård i glesbygd brustit. Långa avstånd till sjukvården har gjort att patienter valt att avstå från behandling de varit i behov av, dels på grund av bristande fysisk ork men också av ekonomiska faktorer som kan påverka den fysiska och psykiska hälsan på ett negativt sätt (Brundisini, Giacomini, DeJean, Vanstone, Winsor & Smith, 2013). Vården i glesbygd skiljde sig från storstäder. Patienter i glesbygd var mindre benägna att söka vård på grund av de låga förväntningar på vården som erbjöds. Benägenheten av att söka vård berodde på avsaknaden av tillgängliga professioner som kunde ställa rätt diagnos och ge rätt behandling (Kirby, Barlow, Saurman, Lyle, Passey & Currow, 2016).

Enligt World Health Organisation (WHO) bodde hälften av befolkningen i Australien, Canada och Indien på landsbygden år 2010 (WHO, 2010). Sjukligheten och dödligheten på landsbygden var högre än i storstäder. Detta berodde på brist på vårdpersonal, vårdande enheter, till exempel grundläggande primärvårdstjänster, specialiserad vård på landsbygden och dålig infrastruktur. Personalomsättningen i vården bestod då av 38 % sjuksköterskor och 24 % läkare (WHO, 2010). Det förde i sin tur med sig en hög arbetsbelastning för vårdpersonal, däribland sjuksköterskor som fick axla andra professioners roller. De långa avstånden och brist på infrastruktur skapade även flera hinder för äldre personer, framförallt de utan transportmedel och/eller familjemedlemmar som kunde vara behjälpliga. Hälsoreformen i Australien har som mål att alla medborgare ska ha tillgång till grundläggande primärvårdstjänster. Forskning tydde även på ett utökat behov av en bättre organisation för en strukturerad fördelning av hälso- och sjukvårdstjänster. Forskare menade att det är viktigt att se vilka resurser som det är brist på för att kunna åtgärda dessa (Smith, Sim, & Halcomb, 2018; Gaans & Dent, 2018; Thomas, Wakerman, & Humphreys, 2014).

En integrativ studie som sammanställts mellan år 2005-2016 påvisade tydligt ojämlikhet i hälsa hos kroniskt sjuka barn på landsbygd jämfört med i storstadsregioner. Mödrar ställdes inför utmaningar i och med bristen på stöd och service från hälso- och sjukvård. Det skapade isolering för modern som behövde axla rollen som vårdare i hemmet för sitt sjuka barn och modern glömdes då lätt bort. För en optimal vård hävdade forskare att det är viktigt att på förhand identifiera och utveckla riktlinjer, resurser och modeller av vård för att minska ohälsa hos kroniskt sjuka barn (Bristow, Jackson & Usher, 2018).

I Sverige har marknadsdynamiken i vården påverkat svenska glesbygdskommuner på ett negativt sätt eftersom konkurrensen har underminerat strävan efter jämlikhet.

Konkurrenssystemet har gjort det svårare för lokala beslutsfattare att ordna vissa former av vård på avlägsna platser. Marknadsreformer som skapat konkurrens inom hälso- och sjukvård lämpar sig inte för landsbygden då de påverkat tidigare resursfördelningssystem baserade på hälsobehov (Blomquist, Kullberg & Winblad, 2018).

Telemedicin

Telemedicin är ett väletablerat begrepp som funnits sedan slutet av 1950-talet. Då syftade det på möjligheten att ge diagnos och behandla patienter på avstånd, ofta med videoutrustning. Idag beskrivs telemedicin som olika sätt att använda informations- och kommunikationsteknik i vårdarbetet (Sävenstedt, 2014).

Internationell forskning har visat att användning av informations- och kommunikationsteknik har ökat tillgängligheten till sjukvård på landsbygd. Modern teknik har underlättat att ge information om diagnoser och behandling mellan olika vårdgivare och vårdtagare som medfört att distansbarriärer på landsbygden minskat. Avstånden mellan sjukhus och glesbygd har orsakat ett inkomstbortfall för föräldrar med sjuka barn samt missad skolgång för barnet med behov av vård. I dessa fall kan telemedicin ofta ersätta fysiska besök och på så sätt minska bortfall av inkomst och missad skolgång. Tekniken ger möjlighet att proaktivt se förändringar i hälsans status redan i hemmet, vilket möjliggör tidig intervention och minskat resursutnyttjande. Telemedicin har också underlättat kommunikationen mellan olika nivåer av vård som minskat sjukhusvistelser bland patienter. Modern teknik har även gjort att patienter och läkare inte behövt träffas fysiskt för att patienten ska kunna få den hjälp som hen behöver i många fall. Telemedicin ger möjligheter att öka kontinuiteten av vård för befolkningen eftersom telemedicintekniken gör det lättare att nå ut till populationen på

landsbygden (Okoroafor, Chukwune, Ifebunandu, Onyeka, Ekwueme & Agwuna, 2018; Leshar & Shah, 2018).

Trots att tekniken utvecklats och blivit en betydande del av det vardagliga livet är den eftersatt inom hälso- och sjukvården. Synen på telemedicin varierade men en majoritet var villiga att prova den. Den vanligaste orsaken till en negativ syn på telemedicin är viljan av att träffa läkaren på plats (Leshar. et al., 2018).

Glesbygd

Statistiska centralbyråns (SCB) definition på glesbygd är "Kommun med mindre än fem invånare per kvadratkilometer och mindre än 20 000 invånare". Enligt en granskning gjord av Statistiska centralbyrån år 2013 bodde 161 000 personer i Sverige i glesbygd och den största delen av glesbygdsbefolkningen var äldre personer. Prognosen tyder på att befolkningmängden kommer att fortsätta minska eftersom dödsantalet är större än antalet nyfödda och utflyttningen är större än inflyttningen (SCB, 2013). Arjeplog är en kommun i Lappland, Norrbottens län. Den 30 juni 2018 uppmättes befolkningmängden till 2807 personer, befolkningen minskade under perioden 1 april till 30 juni 2018 med två personer, antalet levande nyfödda var 10 och antalet dödsfall var två (SCB, 2018). Befolkningstätheten i kommunen är 0,2 invånare per kvadratkilometer (SCB, 2018).

Vård på lika villkor

Hälso- och sjukvårdslagen har som mål att vården i Sverige ska vara på lika villkor för hela befolkningen. Ett av kraven på sjukvården är att den skall vara lättillgänglig samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Det ska dessutom, där det bedrivs hälso- och sjukvård, finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att en god vård skall kunna ges (SFS 2016:1298).

Enligt International Council of nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor delar sjuksköterskan ansvar med samhället för att initiera och främja insatser som tillgodoser allmänhetens och framförallt sårbara befolkningsgruppers hälsa och sociala behov. Sjuksköterskan ska verka för jämlikhet och social rättvisa vad gäller fördelning av resurser och tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Autonomi

Autonomi är ett vanligt förekommande begrepp inom hälso- och sjukvården. Begreppet har en stark ställning i Patientlagen och stadgas i paragraf 1§ i syfte att stärka patientens ställning i form av främjandes av dess integritet, självbestämmande och delaktighet (SFS, 2014:821). Uppfattningen bygger på självbestämmanderätten, att individen själv har förmågan och möjligheten att besluta och agera över sitt liv och kropp. För att respektera autonomin är en viktig förutsättning att ge stöd och samråd för att låta människan till största del själv ta beslut och bestämma över sitt liv. Autonomiprincipen innebär att patienter ska kunna ge sitt samtycke och godkännande till den vård och behandling som ges (Sandman, 2013). I vårdsammanhang är det viktigt att ta i beaktande att när en människa övergår till att bli patient kan det innebära att viktiga relationer som ger livskraft tas ifrån individen och även ansvar och möjligheter att påverka sin situation. Den som vårdar patienten behöver lägga vikt på att bilda sig en förståelse för patienten, dess hälsoresurser, innersta begär och längtan för att inbringa kunskap. Vårdandet bidrar då till att patienten behåller sin värdighet, självtillit, respekten för rätt till självbestämmande över sitt liv och stärker patientens inre hälsoresurser. Innebörden av att förstå patienten tillgodogör trygghet och autonomi som källor till livskraft och främjar patientens möjligheter att medverka och stödja sina hälsoresurser (Fagerström, 2012). Viktigt är även att behandla patienten så att individen har möjligheter att handla autonomt för att stödja sina inre resurser. Vårdaren bör utgå från ett personcentrerat sätt för att använda sin kunskap (Rundqvist, 2012). En annan förutsättning för att stödja patienter är att handla autonomt inom vårdsituationer, att använda sig av den moraliska göra-gott-principen som innebär skyldigheten att utföra handlingar som är till fördel för någon annan (Sandman, 2013).

Människovärde och värdighet

En människans värde är ett högt och absolut värde som är oberoende av social ställning eller personliga egenskaper och värdet ger grund för lika behandling. Inom vården innebär människovärdet och värdighet att alla individer har rätt till en god och likvärdig vård (Sandman, 2013). Värdigheten för varje människa är ur ett vårdvetenskapligt perspektiv, en medfödd egenskap hos varje människa. Den relativa värdigheten påverkas av vårt samhälle och den kultur människan lever i. Begreppet är en personlig upplevelse och kan yttra sig på många vis eftersom människan upplever den i förhållande till något eller någon. Det existentiella värdet är relevant i att inte bli sedd eller mött av en annan människa när man

behöver det som mest. Världigheten i sig kan förändras, brytas ner och kränkas men också byggas upp igen (Edlund, 2012).

Världigheten i sig är också kopplat till det mänskliga och plikten och ansvaret mot den andra, "den andres ansikte". Ansvaret innebär att man som individ uppmanas att finnas till för den andra. Det gör att världigheten i sig bekräftas för både sig själv och andra. Att drabbas av en sjukdom eller uppleva lidande utgör ett hot mot världigheten. För att bevara en människas upplevelse av världighet är grundpelaren inom vården ett caritativt vårdande. Inom vårdssammanhang är viktiga aspekter av världighet känslan av självständighet, att ha kontroll över sin situation, att ta ansvar och att kunna vara någon. Där innebörden av att vara någon är att bli sedd, trodd på, lyssnad på och tagen på allvar. Inom vården skapas respekt och aktning vid bemötande i relation till andra människor när patienten blir bekräftad för den person man är och inte blir placerad i ett fack för en viss diagnos och ålderskategori som "gammal" som kan upplevas som kränkande. Det kan också handla om att träffa vårdpersonal som inte ger patienten tid och andrum eller lyssnar och gör att patienten får återberätta sin situation. Det kan leda till att patienten känner sig kränkt och inte värdig att bli lyssnad på. Att bli bekräftad, lyssnad på, trodd på och bli respekterad utefter sina behov ger i sin tur en känsla av välbefinnande för patienter. Det kan vara tidsbesparande att ta sig tid vid ett patientbesök även om tidsbrist kan finnas inom vården. Det blir då lättare att tillhandagå patienten med stöd efter sina behov och uppnå välbefinnande och bevarande av världigheten (Edlund, 2012).

Välbefinnande

Välbefinnande är en personlig upplevd känsla som delas in i trygghet och meningsfullhet. Trygghet kan röra sig om att ha kontinuitet i sin vård. Det ger i sin tur upphov till ett fysiskt, kroppsligt välbefinnande där individens önskemål och behov uppfylls. Meningsfullhet definieras av att ha ett värde av bevarandet av egna intressen, däribland den sociala gemenskapen med andra, som i sin tur påverkar det psykiska välbefinnandet. Förståelsen för dess begrepp är viktig i vårdandet av patienter, då det påverkar vårdtagarens styrande och val av fokusering för patienter. Begreppen ohälsa eller hälsa behöver inte innebära god livskvalitet och välbefinnande, utan grunden är hur individen upplever sin hälsa. Målet som vårdtagare är att fokusera på människans inre resurser, de behagliga upplevelser som ger trygghet och glädje. Det kan i sin tur kompensera och förbättra människors hälsa i livskvalitet, meningsfullhet och välbefinnande (Sandman, 2013). Välbefinnande styrs också av att ge individen möjlighet att ge patienten stöd att uttrycka sig själsligt i form av känslor.

Det kan göra att patienten kan hitta sin inre styrka, förmåga och motivation i sin sjukdom eller situation (Malm, 2012).

Teoretisk referensram

Den teoretiska referensramen utgörs av Patricia Benners och Judith Wrubels omsorgsfilosofi. Benner och Wrubel (1989) är kritiska till omvårdnadsteorier som utvecklas genom deduktion och ofta appliceras över praktiken. Detta gör att sjuksköterskans kliniska roll förbises. Benners och Wrubels människosyn grundar sig på att människan kännetecknas av den värld hen lever i och förhåller sig till den, det vill säga, hen utvecklas i förhållande till faktorer i sin omgivning. Människans sätt att existera i världen styrs i hög grad av den kroppsliga intelligensen och kulturella bakgrundsförståelsen. Benner och Wrubel (1989) belyser individens kunskap om sin kropp, som gör det möjligt att leva i den värld människan lever i - att de vid sjukdom lär sig att anpassa sig så bra som möjligt för att kunna uppnå välbefinnande. Vidare menar de att hälsa inte innebär frånvaro av objektiv sjukdom eller sjukdomstecken, utan att välbefinnandet måste ses som en helhet. Välbefinnande är det begrepp som Benner och Wrubel (1989) använder sig av och de menar att välbefinnandet är subjektivt och målet bör vara att individen upplever välbefinnande i nuet. Den kulturella bakgrunden är relevant för patienter som lever i svensk glesbygd med tanke på att vårdkontakterna bland glesbygdsbefolkningen är färre och resurserna begränsade. Det är viktigt att sjuksköterskan förhåller sig till den värld och kultur som patienten lever i för att kunna förstå hur patienten själv upplever sin hälsa. Omvårdnaden ska anpassas efter den grundläggande förståelsen för individen och hennes sätt att se på världen. Patienten ska få vård på det sätt som hjälper henne att leva ut och leva i samklang utifrån hennes intressen. En central omvårdnadsuppgift för sjuksköterskan är att skapa förutsättningar för den enskilda individen att leva på det sätt som är viktigt för henne även i situationer med sjukdom och lidande (Benner & Wrubel, 1989).

Problemformulering

Vårdens tillgänglighet i glesbygd skiljer sig från tätort gällande brist på resurser och tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster. Omständigheter som påverkar är långa avstånd, brist på kollektivtrafik och brist på vårdpersonal, i synnerlighet läkare. Marknadskonkurrensen gör det svårt att hitta lämpliga villkor i glesbygd beroende på ett lågt antal leverantörer och långa geografiska avstånd. Detta gör det svårt för hälso- och sjukvårdsmyndigheten att finansiera, investera och rekrytera hälso-och sjukvårdspersonal till glesbygd (Blomquist et al., 2018).

Hur patienter i glesbygd upplever vårdens tillgänglighet är ett ämne som är relativt outforskat och därför riskerar glesbygdsbefolkningens åsikter att förbises.

Syfte

Syftet med denna intervjustudie var att undersöka hur patienter i svensk glesbygd upplever tillgängligheten av hälso- och sjukvård.

METOD

Design

Kvalitativ metod och induktiv ansats med deskriptiv design. Insamling av data skedde genom semistrukturerade intervjuer. En kvalitativ metod lämpar sig i undersökningar där man vill skapa en förståelse för innebörden av ett fenomen, varför intervjuer passar till undersökningar där det behövs en närhet till deltagarna för att kunna förstå känslor och upplevelser (Alvehus, 2013).

Urval

Urvalsstrategi

Urvalet skedde strategiskt eftersom personerna skulle ha specifika erfarenheter (Alvehus, 2013). Inklusionskriterier för att delta i studien var vuxna personer med ålder 18 år och uppåt, svensktalande och bosatta i svensk glesbygd i övre Norrland, Arjeplog kommun. Deltagarna skulle antingen ha sökt vård eller vara i behov av vård. Deltagarna bestod av åtta personer med en åldersspridning på 24 - 90 år. Fyra av deltagarna var kvinnor och fyra av deltagarna var män.

Kontext

I Arjeplog finns en hälsocentral som ligger i tätorten Arjeplog. Det finns befolkning som har långa avstånd inom kommunen, se bilaga 1. Hälsocentralen i Arjeplog är inte alltid bemannad med läkare och då remitteras patienter i behov av läkarvård till hälsocentralen i Arvidsjaur. Till Arvidsjaur är det cirka åtta mil enkel väg, men patienter remitteras ofta till sjukhuset i Piteå eller Sunderbyn, dit det är 25 mil enkel resväg. Det är också vanligt att patienter har besök i eller remitteras till Norrlands universitetssjukhus som ligger i Umeå, en ressträcka på cirka 35 mil enkel väg, se bilaga 1. Befolkningen i Arjeplog måste ta ledigt en hel dag från sitt arbete när de ska besöka sjukhusen i Piteå, Luleå eller Umeå.

Datainsamlingsmetod

Datainsamling gjordes genom semistrukturerade telefonintervjuer där en frågeguide användes, se bilaga 2. Frågeguiden utformades av studieförfattarna för att besvara studiens syfte. Varje intervju inleddes med frågor om ålder, kön, vårdbehov, avstånd till närmsta vårdcentral/sjukhus och vilka vårdkontakter patienten haft. I frågeguiden fanns tre huvudfrågor där patienten fick beskriva en situation där hen haft kontakt med hälso-och sjukvården i Arjeplog, hur hen såg på dess tillgänglighet och hur hen ser på ny teknologi i sjukvården såsom mobiltelefon, videosamtal, sjukvårdsappar. Kompletterande följdfrågor ställdes för att deltagarna skulle kunna utveckla sina svar ytterligare. Stödfrågor såsom “Kan du berätta mer?”, “Hur kände du då?” fanns i frågeguiden för att författarna av föreliggande studie skulle kunna få så utförliga svar som möjligt.

Tillvägagångssätt

Rekrytering av deltagare skedde genom en annons i en offentlig Facebookgrupp vid namn “Vad händer i Arjeplog?”. I annonsen fanns syftet med undersökningen beskrivet samt inklusionskriterier. Ett informationsbrev, se bilaga 3, mailades till personerna som visade intresse. Gruppen “Vad händer i Arjeplog?” hade ett medlemsantal på 3708 personer den 4 september 2018, vilket utgjorde majoriteten av kommunens invånare.

När åtta deltagare rekryterats till undersökningen kom studieförfattarna och respektive deltagare överens om en lämplig tid för intervju tillsammans. Vid intervjuerna satt båda studieförfattarna med. Författarna utgick ifrån en intervjuguide, se bilaga 2, som fungerade som en mall under intervjun. För att se att frågorna i intervjuguiden fungerade för att få svar som uppfyllde undersökningens syfte gjordes en testintervju innan för att se om någon revidering behövde göras. Ingen revidering gjordes. Telefonintervjuerna varade i cirka 20 minuter. Intervjuerna spelades in och namngavs med “intervju 1”, “intervju 2”, och så vidare för att undvika förväxling. Transkribering av intervjuerna skedde inom tre dagar och varje transkribering namngavs med “intervju 1”, “intervju 2” och så vidare. Inspelningarna och transkriberingarna förvarades i en lösenordsskyddad dator.

Forskningsetiska överväganden

Studien byggde på frivilligt deltagande och alla deltagare informerades om att de kunde avbryta studien utan att uppge någon anledning till det. Insamlad data behandlades konfidentiellt, det vill säga att ingen deltagare kunde identifieras. Inspelningarna och

transkriberingarna namngavs med “Intervju 1”, “Intervju 2” och så vidare för att ingen deltagare skulle kunna identifieras. Materialet förvarades i en lösenordsskyddad dator som enbart studieförfattarna hade tillgång till (Kjellström, 2017).

Bearbetning och analys

Exempel på analysprocessen gällande läkarkontinuitet visas i tabell 1 från meningsbärande enhet, kondenserad enhet, kod till kategori.

Tabell 1. Exempel på processen för innehållsanalys

MENINGSBÄRANDE ENHET	KONDENSERAD ENHET	KOD	KATEGORI
<i>“Och då var det sån tur att det var påsk för hade det inte varit påsk hade vi inte haft någon läkare i Arjeplog då, men då hade vi läkare direkt...”</i>	Det var tur att det var påsk, annars hade det inte funnits någon läkare i Arjeplog, men eftersom det var påsk fanns det läkare.	Läkare på plats	Läkarkontinuitet - en bristvara

För att analysera insamlade data från intervjuerna användes en modifierad version av Graneheim och Lundmans innehållsanalys där studieförfattarna valt att enbart ha kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen utfördes på en manifest nivå för att svara på undersökningens syfte. Transkriberingarna skedde ordagrant och lästes igenom flera gånger av studieförfattarna för att bilda en helhetsuppfattning av varje text. Därefter sållades väsentlig text som besvarade undersökningens syfte ut i form av meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna markerades med olika färger och lades sedan in i en tabell på datorn, numrerades utefter ordningsföljd och kodades med Intervju 1, Intervju 2 och så vidare. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna, vilket innebar att studieförfattarna kortade ner de meningsbärande enheterna till en kortare version men med det utmärkande innehållet kvar. De kondenserade enheterna reducerades därefter till enstaka ord. De enstaka orden, etiketterna som bildades blev till koder som separerade de meningsbärande enheterna åt. De tillkomna koderna grupperades och bildade kategorier som svarade på frågan “vad” och identifierade innehållet i texten, se tabell 1. Kategorierna fick inte innehålla liknande data, utan skulle vara helt avskilda från varandra (Polit & Beck, 2012). Tillförligheten i innehållsanalysen styrs av att varje steg vid analysprocessen noggrant

följdes av studieförfattarna för att kunna verifiera resultatet och innebörden av insamlad data (Graneheim & Lundman, 2004).

RESULTAT

Studiens resultat presenteras nedan tillsammans med citat från intervjuerna. Fyra kategorier framkom vid analysen då det var ämnen som återkom i samtliga intervjuer: avstånd och undermåliga vägar, läkarkontinuitet - en bristvara, oro över akutsjukvård och telefon och teknologi.

Tabell 2. Översikt över kategorier

Kategori
Avstånd och undermåliga vägar
Läkarkontinuitet - en bristvara
Oro över akutsjukvård
Telefon och teknologi

Avstånd och undermåliga vägar

Långa avstånd och undermåliga vägar till närmaste sjukhus var ett återkommande ämne i samtliga intervjuer.

Informanterna upplevde att det är ett problem att åka långa sträckor vid sjukdom, inte bara på grund av avstånden men också för att vägarna i kommunen var bristfälliga. Informanterna uppgav att vägarna var i betydligt sämre skick när det inte var sommar, vilket blev besvärligt när de hade besök på sjukhuset i Piteå, Sunderbyn och Umeå. Besöken på sjukhuset i Piteå eller Sunderbyn innebar en ressträcka på 25 mil enkel väg. Om informanterna behövde åka till Norrlands universitetssjukhus i Umeå, var resan 35 mil enkel väg.

“Är man inte riktigt på hugget så är ju 25 mil enkel väg ganska långt att skramla på dom här vägarna...De här vägarna är inte så bra...”

Ett flertal informanter uttryckte dock att avstånden inte var något problem, eftersom de var medvetna om situationen Arjeplog. Däremot uttryckte informanterna att situationen kunde vara jobbig för äldre och rullstolsburna personer.

“Det är ju ändå en resa för många. Nästan varje gång jag åker till Piteå så är det ju någon... gammal människa och ibland någon som sitter i rullstol som också far till Piteå... och för dom... det där är ju en jobbig resa... så om det går att fixa på annat sätt vore det ju fantastiskt”

Läkarkontinuitet - en bristvara

Kategorin läkarkontinuitet avser den stora omsättningen av läkare och ibland total avsaknad av läkare på vårdcentralen i Arjeplog.

En informant som blev sjuk under påsken uttryckte att det var tur att det var påsk och påpekade att det inte hade funnits tillgång till läkare direkt om så inte varit fallet. Det kunde innebära att de behövde åka minst åtta mil till hälsocentralen i Arvidsjaur om de blev sjuka. Informanterna som hade litet vårdbehov ansåg att situationen inte var ett problem, men påpekade också att de antagligen ansett att avsaknaden av läkare hade varit ett problem om de varit sjukare.

“Det är klart nu sen de har dragit bort jourläkaren så är det ju betydligt sämre... jag menar ofta när det händer något ... dygnets mörka timmar... och likadant på helgerna. Då måste man ju iväg...”

Informanter ansåg att stafettläkare som enbart jobbade korta perioder var ett problem. En önskan från informanter var fast anställda läkare av den anledningen att informanterna upplevde att stafettläkarna inte läst deras journaler och att de måste berätta samma sjukdomshistoria flera gånger om. Det gjorde att informanterna upplevde vårdbesöken som väldigt påfrestande. Informanterna upplevde även att de blev dåligt bemötta av läkarna. De kunde även många gånger bli ifrågasatta varför de sökte vård. Informanterna kände att de tystades ner under besöken för att få ut ett sjukintyg. Det gjorde att informanterna upplevde att de inte togs på allvar eller var delaktiga i sin vård.

“Det var så att jag bara ville därifrån, men var ju tvungen att vara där och ha den där jädra sjukskrivningen. Så det var bara att sitta där och hålla käften.”

Ytterligare problem som informanterna upplevde med stafettläkarna var att läkarna inte kände till förutsättningarna med bland annat de långa avstånden och dåliga vägarna i kommunen. Informanterna uppgav att de trodde att fasta läkare hade lärt känna patienterna och förutsättningarna i kommunen, vilket i sin tur hade gjort dem tryggare som patienter. Informanter som själva arbetade inom vården uttryckte att den personal som är fast anställda i

kommunen kände till förutsättningarna och vilka patienter som bodde långt bort från tätorten och hur de brukar behandla dem, till skillnad från alla nya läkare som kommer till Arjeplog. Den bristande kontinuiteten medförde att de förlorade förtroendet för vården i Arjeplog och därför gjort ett aktivt val att åka långa sträckor för att få träffa samma läkare som kände till deras hälsoproblem.

“Jo...för Arjeplog...går liksom inte att lita på...för att det finns ingen kontinuitet och det är alltid olika läkare och...jag har valt...gjort ett aktivt val att sköta min diabetes via Piteå”

Informanterna upplevde även att alldeles för mycket krav låg på dem själva när kontinuiteten inte fungerade i Arjeplog och de valde då att söka vård i andra kommuner. Det egna ansvaret innebar mycket besvär för patienterna med olika system för olika vårdcentraler och sjukhus. Ansvaret kunde vara alltifrån papper om blodprov till undersökningar. De skulle även hålla sig ajour kring forskning om den egna sjukdomen. Detta innebar att de som var multisjuka eller äldre i många fall fick förlita sig på sina närstående om de själva inte orkade ta sig till vårdcentral eller sjukhus.

“Man får väl ordna det mesta själv.”

Informanterna kände stor tillit till sjuksköterskorna i Arjeplog. De ansåg att det ofta var bättre att träffa en sjuksköterska än en stafettläkare. Sjuksköterskorna såg över informanternas mediciner och informerade patienterna om vilka mediciner de inte var i behov av, vilket informanterna upplevde att läkarna inte gjorde.

“Ja, sjuksyrrorna där är fantastiska, de experimenterar med mediciner, ”en sån där och den där behöver du inte” och så tar de bort det osv. De är många gånger, så mycket bättre än läkare där. De är fantastiska sjuksyrrorna där!”

Oro över akutsjukvård

Kategorin oro över akutsjukvård beskriver patienternas oro över akutsjukvården i kommunen.

Informanterna uttryckte att akutsjukvården blivit lidande av de ständiga nedskärningarna som skett inom vården och att vårdcentralen i Arjeplog upplevdes som en ansträngd plats. Den enda fördelen som informanterna kände med vårdcentralen var att det gick fort att få komma in vid någon akut skada och att det hade underlättat att de utökat öppettiderna till kvällsöppet

jämfört med innan. I övrigt upplevde informanter en ständig oro över att akutsjukvården skulle försvinna helt om nedskärningarna fortsatte. Informanterna uppgav även att de upplevde tillgängligheten som ett hot mot deras trygghet om de skulle bli akut sjuka eller skulle få ett stort vårdbehov. De hade också önskan om en utökning av de knappa resurser som fanns inom akutsjukvården. Informanterna uppgav att ambulansverksamheten idag enbart består av en ambulans bemannad dygnet runt med en chaufför och sjuksköterska, samt en reservambulans vid behov. De uttryckte att reservambulansen som ska finnas vid behov inte alltid var tillgänglig. Tillgång till ambulanshelikopter med möjligheter att ta sig till kusten för specialiserad vård på fler sätt än på de undermåliga vägarna med en transportsträcka på minst 25 mil till närmsta sjukhus var en önskan från informanterna.

“Jag vill ju inte få en hjärtinfarkt...då är jag förmodligen död”

Informanterna berättade att de blivit hemskickade när de sökt akutsjukvård då vårdpersonalen menade att de inte såg några symtom på sjukdom. Informanterna upplevde att de inte togs på allvar och fick uppsöka vård flera gånger. Den bristande tillgängligheten till akutsjukvård gjorde även att informanterna avstod från att söka vård in i det längsta och att de ställde sina egna diagnoser och medicinerade på grund av att de upplevde vården i Arjeplog otillgänglig.

“Man ställer sin egen diagnos och självmedicinerar sig själv tills man söker”

Trots bristen på akutsjukvård i Arjeplog uttryckte informanter att det var en fördel att vårdcentralen var nära och att de kände att de kunde åka dit om en akut skada skulle ske.

“Om jag sågar mig med motorsågen och behöver akutvård, det får jag ju i Arjeplog. Det är ju ändå bara en halvtimme bort”.

Telefon och teknologi

Med kategorin telefon och teknologi avses informanternas åsikter om användning av ny teknologi som mobiltelefon och videosamtal inom sjukvården.

Informanternas åsikter om användning av teknologi inom vården upplevdes varierande beroende på vad de hade för vårdbehov, vilken ålder de var i samt kunskapen om teknologins olika användningsområden inom och hälso- och sjukvård. Användningen av teknologin

upplevdes som positiv för informanterna eftersom det kunde öka tillgängligheten till vård. Teknologi som telefon eller videosamtal hade kunnat underlätta de långa resorna som var besvärliga för äldre och rullstolsburna personer.

“De vet vilka som bor 10 mil bort och kanske inte orkar komma in... Och det är där jag känner att IT och sånt....skulle kunna vara till hjälp...för att kunna underlätta med avstånd och annat...”

Framförallt var användning av videosamtal uppskattat hos informanter som var gravida och mödrar eftersom återkopplingar inom barnvårdscentral (BVC) och mödravårdscentral (MVC) skedde via nätet med videosamtal i Sunderbyn med barnläkare i Uppsala.

“Oftast gör man mycket återkopplingar med barnläkare i Sunderbyn eller Uppsala. Hade varit mycket smidigare om man kunde använda videosamtal nere på vårdcentral här”

Telefonkontakt var ett enkelt och givet alternativ för informanter som var äldre och multisjuka. Teknologin gjorde att patienter som hade behov av sin C-PAP kunde sköta sin vård smidigt hemifrån om de inte kunde ta sig till vårdcentralen. Det kunde gälla eventuella frågor kring sin sjukdom och förnyande av mediciner.

“ Den åker ju på så fort jag lägger mig på sängen...och där har jag haft en del kontakter och mycket sker per telefon”

Informanterna upplevde att de telefon- och anpassningssystem som nyttjades på vårdcentralen var problematiska. De önskade att få prata med en sjuksköterska omgående för rådgivning via telefon. I vissa fall avstod informanterna att ringa för att de ansåg att de fick oklara besked. Informanter uttryckte att sjuksköterskorna var lättillgängliga via telefon men upplevde telefonsamtalen som krångliga och tidskrävande eftersom patienterna inte visste vilket nummer de kunde nås på, relaterat till all omflyttning.

“Sjuksköterskorna är ju som ett samtal bort, men det är ju som krångligt vem man ska ringa. Ibland måste man ringa på andra ställen. Eftersom de har ju flyttat runt så man vet inte vad de är”

DISKUSSION

Patienterna som bodde i Arjeplog upplevde vården som problematisk. Det gällde inte bara inom kommunen utan i hela regionen då de inte upplevde att sjukhuspersonalen hade förståelse för de långa avstånden mellan Arjeplog och Sunderby sjukhus, Piteå sjukhus och Norrlands universitetssjukhus. Det största problemet som informanterna upplevde var just avsaknaden av fasta läkare och att det inte fanns läkare tillgängliga vissa tider på dygnet. Bristen på läkarkontinuitet ledde till att patienternas tillit till den lokala vården brustit. Patienterna ansåg dock att sjuksköterskorna i Arjeplog var bra då de kände till patienterna och förutsättningarna i kommunen.

Resultatdiskussion

Avstånd och undermåliga vägar

Avstånden mellan Arjeplog och sjukhuset i Sunderbyn, Piteå och Umeå upplevdes som påfrestande vid sjukdom, eftersom restiden var lång och vägarna i kommunen var bristfälliga. Dock menade informanter också att de var väl medvetna om avstånden och restiden. Detta finner stöd i Benner och Wrubels teori, då de menar att människan kännetecknas av den värld hen lever i och förhåller sig till den (Benner och Wrubel, 1989). Informanterna uttrycker att de har anpassat sig till de förutsättningar som finns i kommunen för att uppnå välbefinnande. Välbefinnande för informanterna har då bestått i att de har behållit sina egna intressen och fått positiva upplevelser genom den sociala gemenskapen med vänner och familj. Detta har lett psykiskt välbefinnande och meningsfullhet med tillvaron. Ett psykiskt välbefinnande har på det sättet hjälpt patienter att uppleva livskvalitet och välbefinnande trots ohälsa (Sandman, 2013).

Internationellt har forskning visat att tillgängligheten till sjukvård i glesbygd brustit. Långa avstånd har gjort att patienter valt att avstå från behandling de varit i behov av, på grund av både bristande fysisk ork och ekonomiska faktorer (Brundisini et al., 2013). Med avstånden som finns mellan Arjeplog och närmsta sjukhus tillkommer ett flertal problem som informanter upplever och då framförallt en oro över påfrestningen resvägarna innebär för de äldre patienterna och där fanns en önskan om en förändring i vården för att underlätta för de äldre. Enligt en rapport från socialstyrelsen går det att utläsa att det finns stora skillnader i vårdkontakter mellan patienter som lever i glesbygd och de som bor i tätort, vilket är skillnader som även ökar över tid (Socialstyrelsen, 2009). Hälso- och sjukvårdslagen som anger att vården ska vara både lättillgänglig och på lika villkor för hela befolkningen (SFS

2016:1298). Detta innebär bland annat att det inte ska spela någon roll vilken ort man lever på utan att alla har samma rättigheter (Socialstyrelsen, 2009).

Enligt Benner och Wrubel(1989) är det viktigt att sjuksköterskan förhåller sig till den värld och kultur som patienter lever i för att kunna förstå hur patienten själv upplever sin hälsa. Patienten ska få den vård som hjälper hen att leva ut och leva i samklang utifrån hens intressen. En central omvårdnadsuppgift för sjuksköterskan är att skapa förutsättningar för individen att leva på det sätt som är viktigt för hen även i situationer med sjukdom och lidande (Benner & Wrubel, 1989). För de äldre patienterna kan det bli svårt att få en sådan vård som gör att de uppnår välbefinnande och kan leva på det sätt som hen vill när de långa resvägarna upplevs som jobbiga. Det kan i sin tur leda till att det existentiella värdet hos människan inte tillvaratas, då individen inte kan vara helt självständig, ha kontroll över sin situation, ta ansvar och vara någon. Konsekvensen av detta är att individen känner sig övergiven när den inte kan få hjälp utefter sina behov (Edlund, 2012). Välbefinnande är även ett centralt begrepp i Benner och Wrubels (1989) omsorgsteori. Sandman (2013) skriver att välbefinnande är en personligt upplevd känsla som delas in i trygghet och meningsfullhet. Trygghet är en känsla som informanterna uttryckt brister på grund av avstånden mellan Arjeplog och närmsta sjukhus.

Läkarkontinuitet - en bristvara

I intervjuerna framkom det att det saknades läkare på vårdcentralen i Arjeplog, bland annat då det inte fanns någon läkarjour dygnet runt. Avsaknaden av läkarjour på kvällar, helger och nätter är någonting som påverkade informanternas känsla av trygghet då de uttryckte att oväntade saker ofta händer under de tiderna på dygnet. Enligt hälso- och sjukvårdslagets krav ska det finnas personal, lokaler och utrustning där det bedrivs vård (SFS 2016:1298). Sjuksköterskan delar ansvar med samhället för att initiera och främja insatser som tillgodoser allmänhetens behov enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Sjuksköterskan ska verka för jämlikhet och social rättvisa vad gäller fördelning av resurser och tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster vilket var en svårighet i Arjeplogs kommun där resurserna brister (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

På vårdcentralen i Arjeplog är det enbart stafettläkare som arbetar i korta perioder för att sedan bytas ut. Detta påverkade patienternas upplevelse av trygghet då läkarna inte lärde känna patienterna och dess sjukdomshistoria. Informanterna kände att de inte blev sedda,

trodda på, lyssnade på och tagga på allvar vilket utgör ett hot mot människans värdighet. För att kunna bevara en människas värdighet i vårdrelationen, behöver vårdpersonalen vårda patienten caritativt. Patienten kan enbart då uppleva känslan av självständighet, ha kontroll över sin situation, ta ansvar och att kunna vara någon och uppnå välbefinnande. Respekt och aktning för patienten skapas enbart i relationen mellan vårdtagare och vårdgivare när patienten blir bekräftad för den individ man är och inte en diagnos eller ålderskategori, som istället upplevs som kränkande och hotar värdigheten och välbefinnandet (Edlund, 2012). Detta kan vara svårt att upprätthålla då patienterna enbart träffade olika stafettläkare som inte känner till dess sjukdomshistoria, vilket ställer stora krav på att hyrpersonalen kan bemöta patienten personcentrerat.

En önskan från informanter var att det skulle finnas fast anställda läkare på vårdcentralen då den bristande kontinuiteten upplevdes som ett problem. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården och detta är något som vården i Arjeplog inte tillgodoser (SFS 2016:1298).

Ytterligare ett problem med stafettläkare som informanter uttryckte var att de inte kände till förutsättningarna som finns i kommunen med bland annat långa avstånd och bristfälliga vägar. Då läkarna inte kände till detta orsakade det svårigheter för dem att arbeta på ett sådant sätt att patienterna får en vård som faller i samklang med deras intressen och att uppnå välbefinnande utifrån den värld de lever i (Benner & Wrubel, 1989). Människovärde och värdighet är viktigt inom vården och detta innebär att alla individer har rätt till en god och likvärdig vård som ska vara oberoende av social ställning, personliga egenskaper och ska ge en grund för lika behandling (Sandman, 2013).

Marknadsdynamiken inom vården i Sverige har påverkat svenska glesbygdskommuner på ett negativt sätt då det underminerat strävan efter jämlikhet och gjort det svårare för lokala beslutsfattare att ordna vissa former av vård på avlägsna platser. Det tidigare resursfördelningssystemet baserat på hälsobehov har påverkats negativt (Blomquist. et al., 2018). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ska sjuksköterskan verka för jämlikhet och social rättvisa vad gäller fördelning av resurser och tillgång till hälso-och sjukvårdstjänster, men på grund av konkurrenssystemet som finns idag blir det svårt att göra det i glesbygdskommuner (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Informanter uttryckte uppskattning över sjuksköterskorna i kommunen. Deras kompetens uppskattades ofta mer än läkarnas. I en ny systematisk litteraturstudie som inkluderade 18 artiklar visade det sig att sjuksköterskor många gånger kunde utföra uppgifter som traditionellt utförts av läkare. Det visade sig positivt då sjuksköterskorna ofta hade en närmare kontakt med patienterna jämfört med läkarna. Dessutom ökade det möjligheterna att ge likvärdig vård till en mindre kostnad på avlägsna platser (Laurant, Van der Biezen, Wijers, Watananirun, Kontopantelis & Van vught, 2018).

Oro över akutsjukvård

I intervjuerna framkom det att det var stora brister av resurser inom akutsjukvården. Ambulansverksamheten hade ingen reservambulans som skulle finnas vid behov när den vanliga ambulansen inte räckte till uttryckte de intervjuade. Detta resulterade till att informanter kände oro inför akuta situationer.

Akutsjukvårdens problem var en konsekvens av ständiga nedskärningarna inom kommunen och glesbygdsbefolkningens spridda omsättning. Akutsjukvårdens arbetsfält bestod av en yta från Skåne och Blekinge tillsammans och kunde innebära en ressträcka på 70–80 mil i fjällvärlden vid en olycka eller skada fram och tillbaka (Region Norrbotten, 2017). Samtliga informanter önskade även att en ambulanshelikopter skulle finnas tillgänglig vid en akut skada. Akutsjukvårdens situation var svår att bemästra med otillräckliga resurser. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvårdens verksamhet tillgodose säker vård och vara lättillgänglig för patienter (SFS 2017:30). Enligt patientsäkerhetslagen är vårdgivare skyldiga att bedriva ett patientsäkerhetsarbete som leder till att kravet på god vård följs för att förebygga att patienterna drabbas av vårdskador (SFS 2010:659). Internationell forskning har visat att ett utökat behov av en bättre organisation för med sig en strukturerad fördelning av hälso- och sjukvårdstjänster. Det är också viktigt att se över vilka resurser som det är brist på för att kunna åtgärda dessa (Smith. et al., 2018; Gaans. et al., 2018; Thomas. et al., 2014).

Patienterna upplevde att när de sökt akutvård togs de inte på allvar och blev hemskickade och fick i många fall återkomma igen eftersom hälso- och sjukvårdspersonalen inte såg någon objektiv sjukdom eller sjukdomstecken. Benner och Wrubel (1989) menar i sin teori att hälsa inte innebär frånvaro av objektiva symptom utan att välbefinnandet måste ses som en helhet. I sjuksköterskans yrkesprofession läggs stor vikt vid att vårda patientcentrerat och att inte ta beslut utan medgivande från patienten (Rundqvist, 2012). Det gör i sin tur till att individen

har möjlighet att handla autonomt för att stödja sina inre resurser som ger upphov till värdighet och trygghet (Sandman, 2013). Trygghet är en viktig faktor för att människan ska uppleva välbefinnande och som vilket också är ett målet med enligt Benner och Wrubels (1989) omsorgsteori, där en förutsättning är att de upplever välbefinnande i nuet, där hela människan ses som kropp, psyke och själ.

Telefon och teknologi

Internationell forskning har visat att informations- och kommunikationsteknik har ökat tillgängligheten till sjukvård på landsbygd. Den moderna tekniken har underlättat givande av information om diagnoser och behandling mellan olika vårdgivare och vårdtagare samt minskat distansbarriärer. Restiden, som avstånden mellan glesbygd och sjukhus har orsakat inkomstbortfall och missad skolgång för barn. Telemedicin kan ofta ersätta fysiska besök och förhindra detta. Telemedicin har dessutom gett möjligheter att öka kontinuiteten av vård för glesbygdsbefolkning (Okoroafor, et al., 2018; Aaron. et al., 2018). Videosamtal ger ökade möjligheter för patienten att kunna vara delaktig i sin vård vilket stärker patienternas autonomi (Sandman, 2013).

Informanterna hade delade åsikter om användning av teknologi inom vården vilket främst berodde på vilken ålder de var i samt medvetandet om på vilka sätt teknologin kan användas på. Den främsta orsaken till en negativ syn på telemedicin var att de ville träffa en läkare på plats (Aaron. et al., 2018). Informanterna hade önskningar att videosamtal även skulle finnas tillgängligt på Arjeplogs vårdcentral. Informanterna uttryckte att videosamtal hade ett stort inflytande under och efter graviditet då återkoppling med BVC och MVC skedde genom videosamtal, men då genom sjukhuset i Sunderbyn till barnläkare i Uppsala, vilket trots videosamtal innebar en resväg på 25 mil enkel väg. Utveckling av videosamtal på vårdcentralen i Arjeplog hade skapat förutsättningar för informanterna att uppnå välbefinnande, då omvårdnaden hade kunnat anpassas enligt Benner och Wrubels (1989) omvårdnadsteori, där sjuksköterskan skapar möjligheter för individen att leva på ett sätt som är viktigt för henne i situationer med sjukdom och lidande.

Internationell forskning har visat att telemedicin gjort det enklare att uppnå kontinuitet inom vård på glesbygd och kontinuitet är någonting som bidrar till välbefinnande (Okoroafor, et al., 2018; Aaron. et al., 2018). Telemedicin är någonting som enligt informanterna kunnat göra vården tillgängligare i Arjeplog och i hälso- och sjukvårdslagen uttrycks ett krav på en

lättillgänglig vård samt uppfyllande av patientens behov av kontinuitet, vilket videosamtal enligt informanterna hade kunnat bidra till (SFS 2016:1298).

Metoddiskussion

Giltigheten i en studie visar hur pålitliga eller sanna resultaten av studien är. Det finns ett flertal faktorer som är relevant att ta i beaktning som kan påverka studiens resultat - till exempel variationer mellan deltagare i studien och vilka som inte har möjlighet att delta (Graneheim & Lundman, 2004). Urvalet i denna studie skedde strategiskt eftersom deltagarna skulle ha specifika egenskaper, vilka alla hade. Annonsering för studien skedde på Facebook vilket ledde till att de flesta deltagarna var yngre även om den äldsta deltagaren var 90 år. Anledningen till att informanterna valde att delta i studien var att de hade åsikter angående vårdens tillgänglighet i Arjeplog.

Studiens tillförlitlighet bedöms enligt hur studieförfattarna hanterat analysarbetet. För att bedöma detta krävs medvetenhet hos författarna om hur de kan ha inverkan på resultatet genom sättet de intervjuar, analyserar data samt författarnas förförståelse (Graneheim & Lundman, 2004). En av studieförfattarna är uppvuxen i Arjeplogs kommun och hade stor förförståelse. Arjeplog är dessutom en väldigt liten kommun där "alla känner alla" vilket hade kunnat påverka resultatet då informanterna stundvis började tala om annat. En av studieförfattarna kommer ursprungligen från Uppsala, vilket var till fördel då denna kunde fortsätta intervjun lättare enligt intervjuguiden. Att en av studieförfattarna inte hade ursprung i Arjeplog förhindrade subjektiva tolkningar från vad som sades i intervjuerna, vilket främjade en neutral och objektiv tolkning av det som sagts, det vill säga bekräftelsebarhet.

Överförbarhet i studier beskriver om resultatet går att överföra till andra grupper, situationer eller kontext. Detta görs genom en granskning av urvalsstrategin, deltagarnas egenskaper, hur intervjuerna gått till samt hur analysen genomförts. Författarna kan ge förslag på överförbarhet men det är läsaren som avgör om det kan användas i annat sammanhang. För att läsaren lättare ska kunna avgöra studiens överförbarhet har tillvägagångssättet och urvalet av deltagare beskrivits. Frågeguiden som användes vid intervjuerna testades av studieförfattarna genom en testintervju för att se att frågeställningarna besvarade studiens syfte.

Det var första gången studieförfattarna genomförde kvalitativa intervjuer. Att

studieförfattarna var noviser kunde påverka arbetsprocessen vad gäller datainsamling, granskning, analys och hur alla delar skulle skrivas. Detta är faktorer som kunde påverka arbetets kvalitet och trovärdighet (Henricson, 2017).

För att öka överförbarheten gjordes samtliga intervjuer med samma design, semistrukturerade. Studieförfattarna utgick ifrån en speciellt utformad frågeguide och deltagarna valdes ut strategiskt med krav på specifika erfarenheter. Intervjuerna transkriberades inom tre dagar för att inte gå miste om viktig information och namngavs med nummer på intervjun för att skilja dem åt. Studieförfattarna diskuterade sedan resultaten tillsammans och valde ut huvudfynd i form av meningsbärande enheter som sedan gjordes om till koder. Vidarekoppling av huvudfynden diskuterades med studieförfattarnas handledare som kontrollerade att resultatbeskrivningarna var rimliga och stärkte trovärdigheten (Henricson, 2017).

För att få en tydligare bild av deltagarnas känslor hade intervjuerna kunnat genomföras på plats i Arjeplogs kommun. Om intervjuerna skett genom ett personligt möte hade författarna kunnat analysera minspel och kroppsspråk. Anledningen till att detta inte gjordes var långa avstånd och tidsbrist.

Behov av vidare studier

Studien undersökte enbart hur patienter inom Arjeplogs kommun upplevde hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Glesbygder i Sverige ser olika ut och ytterligare studier skulle kunna göras på en större grupp där befolkning från olika glesbygdskommuner intervjuas. Hur patienter i svensk glesbygd upplever hälso- och sjukvårdens tillgänglighet är ett ämne som det finns lite forskning om, varför vidare studier skulle kunna vara till hjälp för att kunna utveckla vården i svensk glesbygd.

SLUTSATS

Patienter i Arjeplogs kommun upplever att tillgängligheten är undermålig och den bristande tillgängligheten har medfört att patienternas förtroende för vården i Arjeplog har brustit. Det har även gjort att de undvikit att söka vård i Arjeplog och sökt sig till sjukhus längre bort och i många fall avstått från en behandling eller undersökning för att de inte orkat fysiskt eller psykiskt. Tillgängligheten skulle kunna utökas genom fortsatt utveckling av videosamtal på vårdcentralen i Arjeplog samt utvecklade sjuksköterskeroller där sjuksköterskor kan ta över

vissa uppgifter som traditionellt utförs av läkare för att minska de negativa konsekvenserna av läkarbristen.

REFERENSER

- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok*. (1.uppl.). Stockholm: Liber.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring - Stress and Coping in Health and Illness*. Canada: Addison-Wesley Publishing Company.
- Blomquist, P., Kullberg, L. & Winblad, U. (2018). Market-orienting reforms in rural health care in Sweden: how can equity in access be preserved? *International Journal for Equity in Health*, 17 (123), 1-13. doi: 10.1186/s12939-018-0819
- Bristow, S., Jackson, D. & Usher, K. (2018). The rural mother's experience of caring for a child with a chronic health condition: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 27(13-14), 2558 - 2568. doi: 10.1111/jocn.14360
- Brundisini, F., Giacomini, M., DeJean, D., Vanstone, M., Winsor, S. & Smith, A. (2013). Chronic Disease Patients' Experiences Whith Accessing Health Care in Rural and Remote Areas. *Ont Health Technol Assess Ser*. 13(15),1-33.
- Edlund, M. (2012). Vårdighet. I L. Wiklund, Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (1. Uppl.,s 363-373). Lund: Studentlitteratur.
- Fagerström, L. (2012). Livskraft och livshållning. I L. Wiklund, Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (1. Uppl.,s 397-401). Lund: Studentlitteratur.
- Gaans, V.D. & Dent, E. (2018). Issues of accessibility to health services by older Australians: a review. *Public Health Reviews*. 39(20), 1-16. doi: /10.1186/s40985-018-0097-4
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measurs to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Henricson, M. (2017). Diskussion.. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.,s. 472-475). Lund: Studentlitteratur.
- Kirby, S., Barlow, V., Saurman, E., Lyle, D., Passey, M. & Currow, D. (2016). Are rural and remote patients, families and caregivers needs in life-limiting illness different from those of urban dwellers? A narrative synthesis of the evidence. *The Australian Journal of Rural Health*. 24(5), 289-299 . doi: 10.1111/ajr.12312
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.,s. 73,86- 87). Lund: Studentlitteratur.
- Laurant, M., Van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. & Van vught, AJAH. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (7.ed.,p. 1- 123). doi: 10.1002/14651858.
- Leshner, P.A. & Shah, R.S. (2018). Telemedicine in the perioperative experience. *Seminars in Pediatric Surgery*. 27 (2), 102–106. doi: 1055-8586/

- Malm, M. (2012). Själens. I L, Wiklund, Gustin., & I, Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (1. Uppl.,s 143-152). Lund: Studentlitteratur.
- Okoroafor, I. J., Chukwune, F.N., Ifebunandu, N., Onyeka, T.C., Ekwueme, C.O. & Agwuna, K.K. (2018). Telemedicine and biomedical care in Africa: Prospects and challenges. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 21 (9), 1-5. doi: 10.4103/1119-3077.180065
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.,p. 557-558). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Region Norrbotten. (2017). *Ambulansverksamhet i Arjeplog*. Hämtad 22 oktober, 2018, från <https://www.norrbotten.se/sv/Halsa-och-sjukvard/Vardcentraler1/Arjeplogs-halsocentral/Ambulansverksamhet/>
- Rundqvist, E. (2012). Makt som fullmakt. I L, Wiklund, Gustin. & I, Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (1. Uppl.,s 338-339). Lund: Studentlitteratur.
- Sandman, K. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken - etik för vårdande yrken*. (1. uppl., s 78,175-186, 201-216, 251-259, 264, 370-372). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 2016:1298. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 24 maj, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 28 september, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 22 oktober, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- Smith, S., Sim, J. & Halcomb, E. (2018). Nurses' Experiences of Working in Rural Hospitals: An integrative review. *Journal of Nursing Management*. doi: 10.1111/jonm.12716
- Socialstyrelsen. (2009). *Hälso och sjukvårdsrapport- God vård – Vård på lika villkor – hur jämlik är vården?*. Hämtad 24 september, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/God%20v%C3%A5rd%20V%C3%A5rd%20p%C3%A5%20lika%20villkor%20hur%20j%C3%A4mlik%20C3%A4r%20v%C3%A5rden.pdf>
- Statistiska centralbyrån. (2015). *Sveriges befolkning ökar – men inte i hela landet*. Hämtad 24 maj, 2018, från https://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Sveriges-befolkning-okar--men-inte-i-hela-landet/
- Statistiska centralbyrån. (2018). *Folkmängd i riket, län och kommuner 30 juni 2018 och befolkningsförändringar 1 april - 30 juni 2018*. Hämtad 5 september, 2018, från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens->

sammansättning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/kvartals--och-halvarsstatistik--kommun-lan-och-riket/kvartal-2-2018/

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

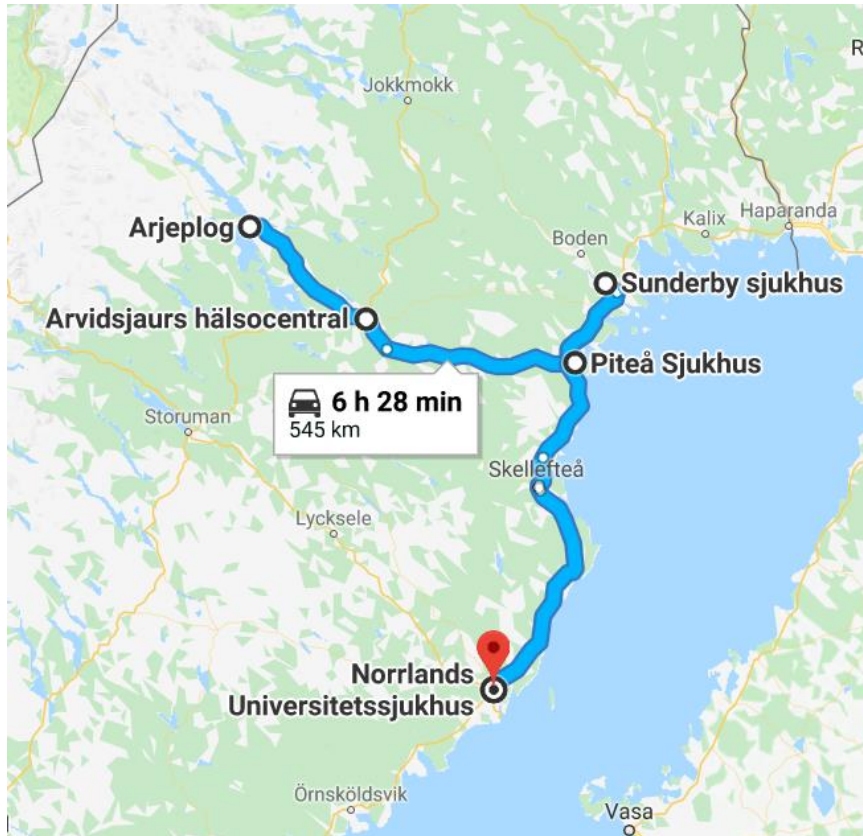
Sävenstedt, S. (2014). E-hälsa som stöd i omvårdnadsarbetet. Ehrenberg, A., Wallin, L. & Edberg, A. (Red.), *Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling*. (2. uppl., s. 439). Lund: Studentlitteratur.

Thomas, L.S., Wakerman, J. & Humphreys, S.J. (2014). What core primary health care services should be available to Australians living in rural and remote communities?. *BMC family practice*. 15(143), 1-9. doi: /10.1186/1471-2296-15-143

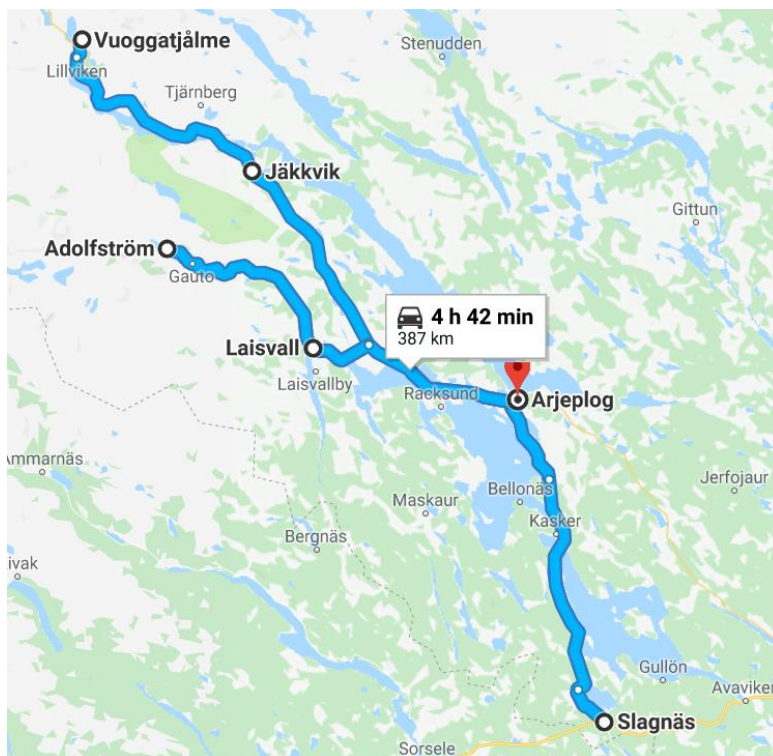
Wallengren, C. & Henricson, M. (2017). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl., s. 492-493). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Kartor över avstånd

Avstånd från Arjeplog till närliggande sjukhus



Exempel på avstånd mellan orter inom Arjeplog kommun:



Bilaga 2. Intervjuguide

Bakgrundsfakta:

- Ålder?
- Kön?
- Vårdbehov?
- Avstånd till närmsta vårdcentral/sjukhus?
- Vilka kontakter har du haft med vården?

Intervjufråga:

- Kan du beskriva en situation när du hade kontakt med hälso-och sjukvården i Arjeplog?
- Hur upplever du hälso-och sjukvårdens tillgänglighet i Arjeplogs kommun?

Följdfrågor:

- *Känner du tillit till hälso-och sjukvården i Arjeplog?*
 - *Hur upplever du hälso-och sjukvårdens kontinuitet fungerar i Arjeplog?*
 - *Har du fått träffa den yrkeskategorin/professionen du velat när du har sökt vård?*
- Hur ser du på ny teknologi för ökad tillgänglighet till sjukvård, till exempel mobiltelefon, videosamtal och så vidare?

Följdfråga:

- *Har du testat nätbaserad sjukvård?*

Extrafråga:

- Vilka fördelar och nackdelar ser du i sjukvården i Arjeplog?
- Hur hade du önskat att hälso-och sjukvården skulle fungera i Arjeplog?

Stödfrågor:

- *Kan du berätta mer...?*
- *Har jag förstått dig rätt...?*
- *Hur kände du då...?*

Bilaga 3. Informationsbrev



Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Förfrågan om att delta i en studie om patienters upplevelse av hälso-och sjukvårdens tillgänglighet i svensk glesbygd

En minoritet av Sveriges befolkning lever i glesbygd. Dessa medborgare försvinner i statistiska undersökningar då de procentuellt sett är få och de bör därför uppmärksammas. Det är viktigt att beakta vad patienter i glesbygd anser om vårdens tillgänglighet eftersom målet är att ge lika vård till alla i Sverige oavsett vilken ort vi bor på.

Denna undersökning är ett examensarbete på kandidatnivå som ingår i Sjuksköterskeprogrammet vid Uppsala universitet. Examensarbetet kommer att beröra upplevelser om vårdens tillgänglighet i svensk glesbygd med fokus på övre Norrland, Arjeplogs kommun. Syftet är att belysa hur patienter upplever hälso-och sjukvårdens tillgänglighet i svensk glesbygd.

Undersökningen kommer att genomföras via telefonintervjuer under perioden 18/9-26/9. Intervjun beräknas pågå i cirka 20 minuter för varje deltagare. Intervjun kommer att spelas in och därefter bearbetas till löpande text. Om du vill delta i studien så kommer du tillsammans med oss överens om lämpligt datum och tid för intervju.

Att delta i undersökningen är frivilligt och du kan när som helst avsluta ditt deltagande utan att behöva uppge en anledning. Allt som sägs och skrivs ner under intervjun behandlas konfidentiellt och kommer att förvaras i en lösenordskyddad dator. De inspelningar och texter som gjorts kommer att raderas när arbetet är godkänt. Ingen deltagare kommer att kunna identifieras. Resultatet kommer att redovisas i ett examensarbete. Om du vill kommer du att ha möjlighet att ta del av den färdiga uppsatsen.

Har du frågor är du välkommen att kontakta någon av nedanstående studenter.

Studenter:

Hanna Hedström Andersson

*Hanna.Hedstromandersson.1596@student
.uu.se*

+4673 540 04 99

Helena Westerlund Johansson

*Helena.Westerlundjohansson.1393@stude
nt.uu.se*

+4672 589 73 46

Universitetsadjunkt:

Eva Hovstadius

Eva.hovstadius@pubcare.uu.se

