



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Afdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

Distriktssköterskors erfarenheter gällande in- och utskrivning av  
patienter mellan primärvård och kommunal hemsjukvård

En intervjustudie

Anna Andersson & Sara Lindberg

2018

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp  
Omvårdnad  
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska  
Examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde, 15 hp

Handledare: Ann-Sofi Östlund  
Examinator: Maria Engström

---

## **Sammanfattning**

**Bakgrund:** Distriktssköterskor inom primärvård och hemsjukvård arbetar regelbundet med in- och utskrivning av patienter mellan huvudmännen. Detta arbete regleras av ett länsövergripande avtal i Gävleborgs län. Huvudmännens personal har tidigare rapporterat om samarbetssvårigheter utifrån avtalets uppbyggnad, vilket skapar oro hos patienter och närstående.

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter gällande in- och utskrivning av patienter mellan primärvård och kommunal hemsjukvård.

**Metod:** Studien hade kvalitativ ansats med beskrivande design. Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Det övergripande temat som intervjuerna mynnade ut i var: *Eftersträvan av ett gott samarbete för en gemensam personcentrerad vård*, och utgjordes av de tre huvudkategorierna: *Erfarenheter av processen vid in- och utskrivning*, *Erfarenheter av när in – och utskrivning fungerar* och *Brister i att få ett fungerande arbetssätt under in- och utskrivning*. Kategorierna innehåller beskrivningar av erfarenheter av ett samarbete mellan huvudmän som stundtals var fungerande men som dock hade brister, vilket ledde till att det personcentrerade arbetet försämrades då medarbetares tid och energi lades på att lösa konflikter.

**Slutsats:** Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev erfarenheter av ett arbete med in- och utskrivning som var komplicerat relaterat till olika organisationsuppbyggnader och ett svårtolkat avtal. En gemensam vilja fanns hos distriktssköterskorna att arbeta personcentrerat. Studiens resultat kan ge ökad förståelse för varandras olika arbetssituationer och förhoppningsvis mynna ut i ett förbättrat samarbete med patienterna i fokus.

**Nyckelord:** distriktssköterska, hemsjukvård, personcentrerad vård, primärvård, samarbete.

## **Abstract**

**Background:** District nurses in primary health care and home health care regularly work with handovers of patients between the organizations. This work is controlled by a general agreement in Gävleborg county. The organizations' staff have previously reported of cooperation difficulties tied to the stipulations in the agreement, which creates anxiety in patient groups and their families.

**Aim:** The aim of this study was to describe district nurses' experiences of handovers of patients between primary care and municipal home health care.

**Method:** The study had a qualitative approach with a descriptive design. Data were collected using semi-structured interview questions and analysed using qualitative content analysis.

**Result:** The overarching theme that emerged during the interview sessions was: *The strive for a well-functioning cooperation for a shared person-centred care* and consisted of the three main categories: *Experiences of the process regarding handovers*, *Experiences of when handovers function* and *Absence of a functional work during handovers*. The categories contain descriptions of experiences of a cooperation between organizations that sometimes were functioning but also had shortcomings, which led to impaired patient focus when the staffs' time and energy were focused on solving conflicts.

**Conclusion:** The district nurses in the present study described experiences of a work with handovers that were complicated related to different organizational structures and an agreement that was difficult to interpret. The district nurses had a mutual wish to establish person-centred nursing. The result of this study can provide with increased understanding for each other's work situations and hopefully eventuate in an improved cooperation for the better of the patients.

**Keywords:** cooperation, district nurse, home health care, person-centred nursing, primary care.

## Innehåll

Introduktion .....	1
Primärvård .....	1
Hemsjukvård.....	2
Distriktssköterskan .....	3
Förutsättningar i Gävleborg.....	5
Avtalet .....	5
Samverkanslag.....	5
Lifecare.....	6
Trygg hemgång.....	6
Personcentrerad vård .....	7
Problemformulering .....	9
Syfte.....	9
Metod.....	9
Design.....	9
Urvalsmetod och undersökningsgrupp .....	9
Datainsamlingsmetod .....	10
Tillvägagångssätt .....	11
Dataanalys .....	11
Forskningsetiska överväganden.....	13
Resultat .....	14
Eftersträvan av ett gott samarbete för en gemensam personcentrerad vård .....	15
Erfarenheter av processen vid in- och utskrivning .....	15
Orsaker till in- och utskrivning mellan huvudmännen .....	15
Nuvarande arbetssätt vid in- och utskrivning.....	16
Ansvarsfördelning mellan huvudmän och professioner .....	16
Nya rutiner.....	17
Erfarenheter av när in- och utskrivning fungerar .....	17
Gott stöd .....	17
Positiva faktorer i samarbetet .....	18
Gemensamt patientfokus .....	19
Brister i att få ett fungerande arbetssätt under in- och utskrivning .....	19
Organisatoriska brister.....	20
Bristande rutiner .....	20
Bristande kunskap om de gemensamma kriterierna.....	21
Diskussion .....	22
Huvudresultat .....	22

Resultatdiskussion .....	23
Metoddiskussion.....	27
Giltighet.....	27
Tillförlitlighet .....	28
Överförbarhet.....	29
Kliniska implikationer för omvårdnad .....	29
Förslag till fortsatt forskning .....	30
Slutsats.....	30
Referenser.....	31

## Introduktion

Specialistutbildade sjuksköterskor, såsom distriktssköterskor, får ett allt större ansvar för patienter inom primärvård och hemsjukvård (Distriktssköterskeförbundet 2008). In- och utskrivning av patienter mellan primärvård och kommunal hemsjukvård är något som sker regelbundet i Gävleborgs län. Denna process regleras av ett länsövergripande avtal. Huvudmännens personal har tidigare rapporterat om samarbetssvårigheter utifrån avtalets uppbyggnad, vilket skapar oro hos patienter och närstående (Region Gävleborg 2015).

## Primärvård

World Health Organization (WHO) förklarar att primärvård är en process som bygger på att vara en första kontakt, och att vården därefter ska vara tillgänglig, fortgående, sammanhängande och välplanerad, för att koordinera patientens vård med andra instanser. Primärvården utgör basen i vårdsystemet och omfattar flertalet olika professioner som arbetar i team för att kunna se patientens behov. Primärvårdens organisatoriska uppbyggnad varierar mellan olika länder (WHO 2004). I 2 kap. 6 § av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) definieras primärvård som en hälso- och sjukvårdsverksamhet som bär ansvar för befolkningens fundamentala vårdbehov och nödvändiga rehabilitering, då dessa inte är i behov av tekniska eller medicinska resurser som finns inom slutenvården. Detta ska erbjudas utan begränsningar gällande ålder, sjukdom eller patientgrupp (SFS 2017:30). Primärvårdens medicinska uppdrag omfattar både planerade och oplanerade hälso- och sjukvårdsinsatser inom den allmänmedicinska specialiteten, jourverksamhet, läkarinsatser inom kommunal hälso- och sjukvård samt medverkan i smittskyddsverksamhet, forskning- och utvecklingsarbete samt kris- och katastrofberedskap. I uppdraget ingår även hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (Socialstyrelsen 2016).

Det är obligatoriskt med vårdval inom primärvården, vilket innebär att landstingen ska organisera den så att alla som omfattas av det aktuella landstingets hälso- och sjukvårdsansvar ska kunna välja utförare av primärvårdstjänster och en fast vårdkontakt. Det ska inte finnas någon priskonkurrens mellan leverantörerna utan alla personer ska få välja den primärvårdsinrättning som de uppfattar ha den godaste kvaliteten (Socialstyrelsen 2016). Distriktssköterskor har i en kvalitativ studie utförd i västra

Sverige beskrivit att vårdvalet och listningssystemet skapade extraarbete avseende kontroller om patienter verkligen uppsöker den hälsocentral där de valt att lista sig, och att den ekonomiska ersättningen styrde vilka insatser som utfördes istället för att se till patientens behov. De beskrev också att en del i arbetet var att locka till sig fler patienter genom att göra enheten attraktiv och att detta skapade onödig konkurrens mellan olika hälsocentraler istället för att ha ett gott samarbete, vilket distriktssköterskorna önskade (Hollman, Lennartsson & Rosengren 2014).

I en enkätstudie utförd i södra Sverige rapporterade undersköterskor, sjuksköterskor och allmänläkare anställda inom primärvården att en stor del av deras arbetstid bestod av att utföra andra arbetsuppgifter än direkt patientkontakt. Endast en tredjedel av arbetet bestod av personliga möten samt telefonkontakt med patienter och närstående samt direkta åtgärder relaterade till detta. Deltagarna skattade en högre grad av negativitet gällande sin arbetsmiljö jämfört med likvärdiga yrkeskategorier, och resultatet visade att ju högre grad av administrativt arbete sjuksköterskorna hade desto större andel konflikter inom arbetsgruppen upplevdes (Anskär, Lindberg, Falk & Andersson 2018). En litteraturöversikt med syfte att undersöka hur omvårdnadsprocessen påverkar patienter i ett globalt perspektiv, utförd av Coster, Watkins och Norman (2018), påvisade att sjuksköterskors roll inom primärvård har utvecklats i takt med nedskärning av personalresurser. Specialistutbildade sjuksköterskor får ett alltmer utökat ansvar för patienter med kroniska sjukdomar och enligt litteraturöversikten kan slutresultatet av åtgärder och behandlingar bli likvärdiga för patienterna oavsett om den ansvarige behandlaren är läkare eller sjuksköterska (Coster et al. 2018).

### Hemsjukvård

Med hemsjukvård menas den hälso- och sjukvård som ges i hemmet dygnet runt och året om av distriktssköterskor, grundutbildade sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Avancerad vård som tidigare endast var möjlig att bedriva i sjukhusmiljö kan numera ges i hemmen. Hemsjukvård definieras ej som enstaka hembesök utan är insatser som ges med regelbundenhet över tid (Drevenhorn 2010). Hemsjukvård har blivit allt mer heltäckande sedan Ädelreformen infördes 1992, då hälso- och sjukvårdsansvaret för personer i kommunernas särskilda boenden och inom dagverksamhet övergick till kommunerna. I samband med införandet av Ädelreformen valde cirka hälften av landets kommuner att även överta hälso- och sjukvårdsansvaret

för patienter i ordinärt boende (Socialstyrelsen 2008). Idag är det enbart Stockholms läns landsting av alla regioner och landsting som ej har skrivit något regionalt avtal med sina kommuner för att flytta ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende till kommunerna (Storsthlm 2018).

Hemsjukvården regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som säger att kommunerna ansvarar för att erbjuda de personer som bor i ordinärt och särskilt boende samt vistas i dagverksamhet inom kommunen en god hälso- och sjukvård. Ansvarsområdet inbegriper också rehabilitering och nödvändiga förbrukningsartiklar. Vid kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ska det tillsammans med den enskilde upprättas en individuell plan för dessa (SFS 2017:30). Socialstyrelsen (2018) uttrycker att i många fall är distrikts- och sjuksköterskebemanningen inom hemsjukvården inte tillräcklig, och att de inte har tillräckligt många läkare att samarbeta med. Detta tillsammans med minskat antal vårdplatser inom slutenvården leder till att hemsjukvårdens patienter riskerar att få en sämre hälso- och sjukvård än vad de har rätt till (Socialstyrelsen 2018).

I en kvalitativ studie utförd i Mellansverige, beskrev distriktssköterskor sina upplevelser av sitt arbete inom kommunal hemsjukvård som tillfredsställande och givande, då de själva kunde styra sina arbetsdagar vilket gav en känsla av frihet. De lyfte att patienterna fick kontinuitet gällande hemsjukvårdens personal då det organisatoriskt var uppbyggt med patientansvariga sköterskor vilket innebar få antal personal involverade kring varje patient, något de beskrev ledde till säkrare hemsjukvård och ökad trygghet för patienterna. Något de beskrev som kunde upplevas betungande vid vissa tillfällen var det personliga ansvaret de kände gentemot sina patienter, och vid kortare arbetslivserfarenhet blev detta extra tydligt. Distriktssköterskorna beskrev även att det fanns samarbetssvårigheter mellan den kommunala hemsjukvården, primärvården och slutenvården (Josefsson & Peltonen 2015).

### Distriktssköterskan

I dagens samhälle finns distriktssköterskor verksamma i primärvården, kommunala verksamheter såsom hemsjukvård och skolhälsovård samt i den privata sektorn. I den nationella handlingsplanen beskrivs distriktssköterskans uppdrag som att tillsammans med andra vårdgivare ansvara för det grundläggande vård- och rehabiliteringsbehovet.



Distriktssköterskans ansvarsområde inkluderar att leda, planera och utveckla arbetet kring patienten inom ramarna för kompetensen, och omfattar även samarbete med andra professioner, vårdinrättningar och myndigheter (Distriktssköterskeföreningen 2008). I en enkätstudie utförd på patienter i Storstockholm rapporterades att både primärvårds- och hemsjukvårdspatienterna överlag var nöjda med den vård som gavs av distriktssköterskorna, men att det fanns områden i behov av förbättring. De vanligaste kontaktsorsakerna var sårvårdsbehandling, läkemedelshantering och blodtryckskontroller (Törnkvist, Gardulf & Strender 2000).

Distriktssköterskor har i en kvantitativ studie utförd i södra Sverige skattat att de är mer positiva till samarbete och teamarbete jämfört med allmänläkare, och att de upplevde att det ingick i distriktssköterskans yrkesroll att samverka för ett gott samarbete mellan yrkeskategorierna (Hansson, Arvemo, Marklund, Gedda & Mattsson 2010). Detta framkom även i Ross, Rink och Furnes studie (2000) vilken utfördes genom mixad metod i Storbritannien med deltagare som både var grundutbildade sjuksköterskor och distriktssköterskor. Där beskrev deltagarna att ett större samarbete mellan professionerna och ett utökat ansvar för distriktssköterskor inom olika specialistområden ledde till ett bättre patientflöde och visade sig vara mer kostnadseffektivt för verksamheten (Ross et al. 2000).

Oberoende av arbetsgivare och inriktning ska distriktssköterskans arbete kännetecknas av ett evidensbaserat och etiskt förhållningssätt. Distriktssköterskans specialistkompetens omfattar hälsofrämjande och preventiva kunskaper som omsätts praktiskt vid varje patientmöte (Distriktssköterskeföreningen 2008). I en kvalitativ studie utförd i norra Sverige beskrev distriktssköterskor att de ansåg att hälsofrämjande åtgärder och prevention skulle vara kärnan i deras arbete. De beskrev också att arbetet underlättades av ett positivt klimat på arbetsplatsen och ett gott stöd från sin chef. Motsatsen framkom också, att vid negativ attityd från kollegor och bristande organisatorisk struktur så blev det svårare att arbeta med livsstilsförändrande åtgärder (Lundberg, Jong, Kristiansen & Jong 2017).

## Förutsättningar i Gävleborg

### *Avtalet*

I Gävleborg finns ett avtal mellan Region Gävleborg och länets tio kommuner gällande hemsjukvård. Där fastslås att all mottagningsverksamhet samt enstaka hembesök inom primärvård och specialistsjukvård upp till läkarnivå faller under regionens ansvar. Den kommunala hemsjukvården ansvarar för primärvårdsinsatser för personer över 18 år på distrikts-, sjuksköterske-, arbetsterapeut- och fysioterapeutnivå. Kriterier för hemsjukvård är att behovet av hälso- och sjukvårdsinsatserna ska sträcka sig över två veckor och då patienten ej självständigt kan ta sig till primärvården. I avtalet regleras också rutiner om informationsöverföring och vårdplanering vilket alltid ska ske före överförande av hälso- och sjukvårdsansvaret (Region Gävleborg 2016).

I samband med att kommunaliseringen av hemsjukvården skedde i Gävleborg 2013 upprättades mål utifrån det politiska beslut som var grunden för omorganisationen. Ett av målen var att ansvarsfördelningen skulle underlättas av tydligare ansvarsgränser mellan huvudmännen. Vid den enda uppföljningen som utförts hittills, år 2015, visade det sig att endast 36 % av primärvårdens anställda och 38 % av hemsjukvårdens anställda ansåg att ansvarsgränserna mellan huvudmännen var tydliga eller mycket tydliga. Det lyftes att det fanns tolkningsproblem gällande kriterierna för att tillhöra hemsjukvården, men även primärvårdens förväntningar om att en patient automatiskt bör bli inskriven i hemsjukvården vid hjälpbehov gällande läkemedelshantering. Dessa upplevelser av misstolkningar frambringade i vissa fall samarbetssvårigheter, vilket resulterade i oro och förvirring hos patienter och närstående i de aktuella fallen (Region Gävleborg 2015).

### *Samverkanslag*

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) trädde i kraft 1 januari 2018. Samverkanslagen syftar till att skapa en trygg, säker och smidig passage från slutenvården till öppenvården och omsorgen. Lagen reglerar bestämmelser om tillämpning av samordnad individuell plan samt krav om fast vårdkontakt. I och med uppdateringen av samverkanslagen så ska landstingets öppna vård verka som en vägvisare för samverkan och se till att vården som fortsätter utanför sjukhuset säkerställs (SFS 2017:612).

### *Lifecare*

Dataprogrammet och samverkansverktyget Lifecare har utvecklats av utövare från både kommuner och landsting. Syftet med denna process var att kommunikationen mellan olika vårdgivare skulle effektiviseras och underlättas. För att ha möjlighet att uppnå samordnade och effektiva vårdplaneringar behövdes ett starkt kommunikationsverktyg mellan sjukhus, primärvård, psykiatrisk öppenvård och kommunerna. Det dagliga arbetet med att planera vårdinsatserna ökade därmed både i säkerhet och effektivitet eftersom samtlig information om patienten samlades på ett ställe vilken var tillgänglig för all involverad personal (Tieto 2017).

### *Trygg hemgång*

I och med den nya samverkanslagen så har flera kommuner introducerat arbetet med Trygg hemgång i samband med utskrivningar från sjukhuset. Processens syfte är att tidigt fånga upp personer med oklara vård- och omsorgsbehov efter att de har skrivits ut från sjukhus. Hemtjänstinsatser som sätts in kan vara en grundläggande förutsättning för att patienten ska ha möjlighet att bo kvar i ordinärt boende. En nackdel av hemtjänstens insatser kan dock vara att patienten automatiskt blir mer inaktiv, passiv och isolerad och därför utvecklar ett behov av omvårdnadsinsatser, vilket minskar möjligheten av att reducera hemtjänstens insatser efter en tid. Målet med Trygg hemgång är att skapa trygghet och bidra med resurser till självständighet och därmed minska individens risk att utveckla ett omvårdnadsberoende samt att förebygga behov av slutenvård. Innan detta arbetssätt introducerades kunde det ses att biståndsbeslut som tagits i samband med vårdplaneringar på sjukhus inte hade en regelbunden och korrekt uppföljning vilket ledde till ett vårdberoende och ett överutnyttjade av vård och omsorg (Sveriges Kommuner och Landsting 2017).

Det finns inget färdigt koncept kring hur verksamheten ska vara uppbyggd, utan varje kommun ansvarar själva för utformningen. Exempelvis har Härnösands kommun (2018) valt att bygga upp sin verksamhet med undersköterskor som arbetar utifrån biståndshandläggares beslut, där undersköterskorna i teamet arbetar dagtid måndag till fredag och möter upp patienter i samband med hemkomst från sjukhus eller korttidsvistelse. Tillsammans med patienten utvärderas och planeras insatsbehovet. Utöver dessa tider ges hemtjänstinsatser av ordinarie personal kväll, natt och helg. Undersköterskorna har ett nära samarbete med hemsjukvårdens personal (Härnösands

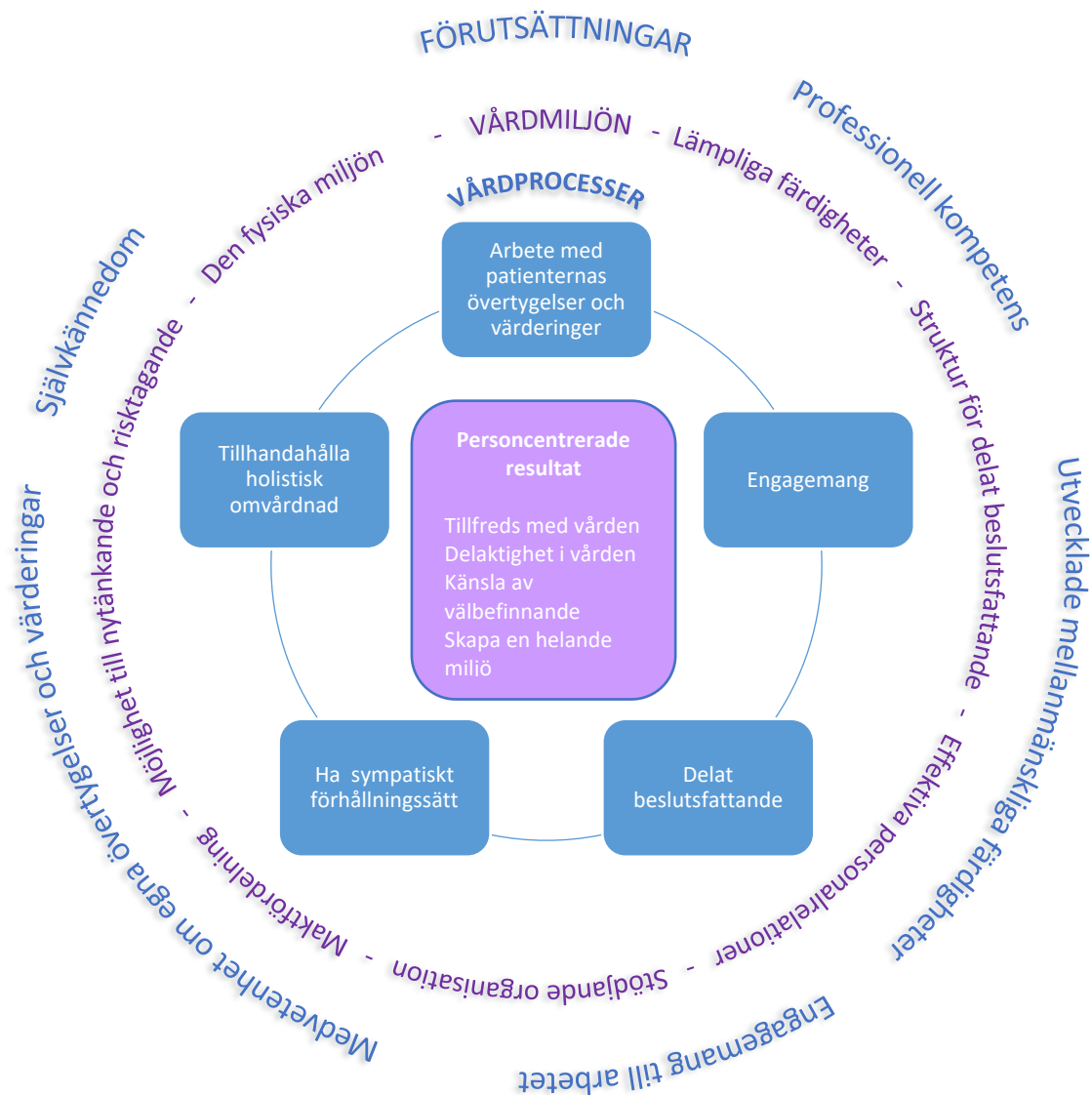
kommun 2018). Enköpings kommun (2018) har beslutat att förlägga sitt arbete med Trygg hemgång dygnet runt de första dagarna, och i teamet ingår undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt biståndshandläggare. Patientens behov av omsorg och trygghet avgör sedan tidsramen för Trygg hemgångs arbete (Enköpings kommun 2018).

### Personcentrerad vård

Tankar och idéer om ett patientfokus har länge varit sammankopplat med omvårdnad, och utvecklades 2006 till en omvårdnadsmodell för personcentrerad omvårdnad (McCormack & McCance 2017). WHO har en vision av att vården globalt ska bli likvärdig för alla och uttrycker att personcentrerad vård är ett arbetssätt som bör implementeras för att detta ska kunna uppnås (WHO 2018). Modellen bygger på fyra områden: *prerequisites* (förutsättningar), *the care environment* (vårdmiljön), *care processes* (vårdprocesser) och *person-centred outcomes* (personcentrerade resultat). Förutsättningar fokuserar på sjuksköterskans egenskaper, vårdmiljön inbegriper faktorer i det sammanhang vården utförs, vårdprocesser inriktas på vilket sätt vården ges och personcentrerade processer beskriver upplevelser av mottagande och givande av effektiv personcentrerad vård (McCormack & McCance 2017). Modellen förklaras ytterligare i Figur 1.

Personcentrerad omvårdnad karaktäriseras av att lägga fokus på patienten som person, och arbetssättet ska genomsyras av ett partnerskap mellan vårdpersonal och patienten. För att detta ska fungera är god kommunikation en absolut nödvändighet för att beslut ska kunna fattas och genomföras på ett tillfredsställande sätt. Ett gemensamt beslutsfattande ska baseras på patientens värderingar och dennes unika uppfattning av den aktuella situationen, men vårdpersonalen bör vara medveten om att detta beslutsfattande även påverkas av personalens egna övertygelser och värderingar. Personcentrerad omvårdnad är en ständigt pågående process och kan inte åstadkommas via punktinsatser (Leksell & Lepp 2013). I en studie med syfte att mäta effektiviteten vid implementering av personcentrerad vård på intensivvårdsavdelning, könsmottagning, geriatrisk rehabiliteringsavdelning, pediatrik infektionsavdelning, medicinavdelning, centraloperation, kardiologiavdelning och operationssal, framkom att det som sjuksköterskor skattade var fundamentalt för deras yrkesprofession var överförbart på modellen för personcentrerad omvårdnad. Skattningarna utfördes vid fem

tillfällen under implementeringen. Vissa arbetsuppgifter såsom att lyssna på patienter ansågs lika värdefulla vid varje mätningstillfälle, medan andra områden som till exempel att skapa en relation till patienter framträdde som mer meningsfullt relaterat till sjuksköterskornas ökade kunskap om arbetssättet (McCance, Slater & McCormack 2008).



Figur 1: Personcentrerad omvårdnad (egen tolkning, modell av McCormack & McCance 2017).

I en enkätstudie utförd inom den onkologiska slutenvården i Stockholm där personcentrerad överrapportering tillsammans med patienten jämfördes med den traditionella överrapporteringsrutinen utan patientmedverkan, skattade de patienter som varit delaktiga i processen att mer information gällande deras hälsostatus rapporterades mellan vårdpersonalen. Dessa patienter uttryckte en högre grad av belåtenhet med informationsöverföringen (Kullberg, Scharp, Johansson, Brandberg & Bergenmar

2017). En svensk kvantitativ studie där data hämtats via journalgranskning visade att vid tidsbrist hos vårdpersonal prioriterades en korrekt informationsöverföring bort och möjligheten till en personcentrerad vård reducerades, då både andra instanser och patienterna själva ej erhöll korrekt information (Flink et al. 2015).

## Problemformulering

Specialistutbildade sjuksköterskor, såsom distriktssköterskor, får ett allt större ansvar för patienter inom primärvård och hemsjukvård. Distriktssköterskor upplever samarbetsvärigheter mellan olika huvudmän vilket kolliderar med distriktssköterskans kompetensbeskrivning, där ett gott samarbete står i fokus. Ansvarsfördelningen mellan primärvård och hemsjukvård regleras sedan 2013 av ett länsövergripande avtal i Gävleborgs län och in- och utskrivning av patienter mellan huvudmännen är något som sker på regelbunden basis. Vid en uppföljning av avtalet 2015 framkom att en stor del av personalen ansåg att ansvarsgränserna var oklara och att tolkningsproblem av avtalet förekom. För att undersöka om dessa problem kvarstår utfördes en artikelsökning. Denna sökning gav ej utfall på några vetenskapliga studier som undersökt vilka erfarenheter distriktssköterskor anställda av regionen och kommunerna har av detta, varken på nationell eller regional nivå.

## Syfte

Syftet med föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter gällande in- och utskrivning av patienter mellan primärvård och kommunal hemsjukvård.

## Metod

### Design

Studien var en empirisk studie med deskriptiv design och kvalitativ ansats. I kvalitativ forskning innebär en deskriptiv design att författaren håller sig nära det ursprungliga materialet. Deltagarna och författarna håller sig därmed på en jämlik nivå (Polit & Beck 2017).

### Urvalsmetod och undersökningsgrupp

I följande studie har deltagarna valts ut genom ändamålsurval. Detta innebär att de personer som inkluderats i studien är de som har erfarenhet och kunskap som

överensstämmer med studiens syfte (Polit & Beck 2017). Inför studien planerades tio intervjuer att utföras, jämnt fördelade mellan huvudmännen. Vid kvalitativa studier inkluderas vanligtvis inte fler än 50 deltagare, och oftast är deltagarantalet ännu färre (Polit & Beck 2017). Studien genomfördes i både Gästrikland och Hälsingland. Det utfördes totalt tio intervjuer med fem deltagare från primärvård respektive hemsjukvård, inget bortfall förekom. Inklusionskriterier för deltagarna var att de skulle ha arbetat inom primärvård eller hemsjukvård de senaste 12 månaderna och vara utbildade distriktssköterskor. Studiedeltagarnas ålder var mellan 39 - 64 år (medelålder 54,8 år). Samtliga var kvinnor. De hade varit yrkesverksamma som sjuksköterskor 4 - 20 år, (medelvärde 10,2 år), och därefter som distriktssköterskor 2 - 20 år, (medelvärde 12,9 år). Deras nuvarande anställning inom primärvård respektive hemsjukvård sträckte sig mellan 1 - 15 år. Alla deltagarna hade tidigare erfarenheter från andra arbetsplatser än den nuvarande, såsom slutenvård, ambulanssjukvård, primärvård och hemsjukvård.

### Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer med en intervjuguide då detta möjliggjorde för deltagarna att berätta om sina upplevelser samtidigt som författarna kunde tillse att studiens syfte täcktes och att liknande frågor ställdes till alla deltagare, vilket höjer en studies trovärdighet (Polit & Beck 2017). Intervjuguiden bestod av några öppna frågor, exempel på de övergripande frågorna var *"Berätta om dina erfarenheter av in- respektive utskrivningar mellan primärvård och hemsjukvård"*, *"Berätta om dina reflektioner om samarbetet mellan de olika huvudmännen"*, *"Vilket stöd upplever du att du har från chefsnivå när det uppstår frågor runt in- eller utskrivning?"* och *"Hur skulle in- och utskrivningsprocessen kunna gå smidigare och bidra till en högre patientsäkerhet enligt din erfarenhet?"*. Utifrån Kvale och Brinkmann (2014) inleddes intervjuerna med en orienterande fas, där studiedeltagarna informerades om studiens syfte och övriga praktiska frågor. Bakgrundsdata samlades in gällande deltagarnas ålder, kön, antal år som yrkesverksam sjuksköterska före specialistutbildning och som distriktssköterska samt anställningsår inom primär- och/eller hemsjukvård. Författarna använde sig även av aktivt lyssnande under intervjuerna för att ha möjlighet att kunna ställa följdfrågor. Exempel på följdfrågor som ställdes var *"Kan du beskriva hur du tycker att en bra chef ska vara?"* och *"Vilken är den vanligaste orsaken till in- och utskrivning i er verksamhet?"*. Enligt Polit och Beck (2017) bidrar följdfrågor till att få mer heltäckande svar vid intervjuer vid teknik då

öppna frågor används (Polit & Beck 2017). Intervjuerna avslutades med en fråga om studiedeltagaren ville tillägga något mer, vilket ofta kan locka fram ytterligare värdefull information (Kvale & Brinkmann 2014; Polit & Beck 2017). En pilotintervju utfördes i ett tidigt skede med syfte att se så frågorna höll god kvalitet gentemot syftet, vilket är att rekommendera vid kvalitativa studier för att stärka resultatets trovärdighet (Polit & Beck 2017). Pilotintervjun inkluderades i studien då den ansågs uppfylla kriterierna. Därefter utfördes övriga intervjuer. Intervjuerna pågick 12 - 25 minuter (medelvärde 18,5 minuter).

### Tillvägagångssätt

Inför intervjuerna kontaktades sex verksamhetschefer inom primärvård och kommunal hemsjukvård i den aktuella regionen skriftligt via e-post med information samt anhållan om tillstånd att utföra studien. Efter att skriftligt tillstånd erhållits skickades informationsbrev och önskan om namn och kontaktuppgifter på alla anställda distriktssköterskor inom verksamheten via e-post till samtliga åtta enhetschefer med ansvar för de berörda verksamheterna. Förfrågan om deltagande skickades därefter via e-post till samtliga 21 distriktssköterskor vars kontaktuppgifter erhållits av kontaktade enhetschefer. De fem första deltagare inom respektive område som tackade ja till medverkan och som uppfyllde inklusionskriterierna inkluderades, vilket även framgick i informationsbrevet. Med de distriktssköterskor som tackade ja till medverkan utfördes sedan intervjuerna på en av intervjupersonen självvald plats och tidpunkt. Båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer och turades om att ha en ledande roll vid intervjun och den andra närvarade som observatör. Samtliga intervjuer genomfördes i Gävleborgs län under våren 2018 på deltagarnas arbetsplatser, och spelades in som digital ljudinspelning.

### Dataanalys

Intervjumaterialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2003). Hela analysen utfördes gemensamt för en sammanhållen linje i processen. De inspelade ljudfilerna transkriberades ordagrant och alla texter bearbetades därefter genom att läsas upprepade gånger. Hela texten räknades som analysenhet och analyserades gentemot studiens syfte. Först delades intervjuerna in i meningsbärande enheter, vilka är en konstellation av ord eller uttryck som syftar på samma innebörd och hör ihop med varandra genom sitt innehåll eller sammanhang.



Därefter genomgick de meningsbärande enheterna en kondenseringsprocess genom att överflödiga ord togs bort men ändå behölls kärnan i det som sades. Därefter abstraherades texten genom att koder tilldelades de kondenserade meningsbärande enheterna, vilka är etiketter för att förklara innehållet i de kondenserade texterna jämfört mot sammanhanget i hela analysenheten. Dessa diskuterades också med handledare och studenter i handledningsgruppen. Att skapa kategorier är kärnan i kvalitativ innehållsanalys och kategorierna ses som en tråd som dras genom koderna (Graneheim & Lundman 2003). Koderna analyserades utifrån likheter och skillnader, där kategorier skapades av koder med likvärdigt innehåll genom sortering. Kategorierna konkretiserades sedan ytterligare genom att sorteras in i subkategorier. Under processen växte ett tema fram, vilket band samman den underliggande meningen i kategorierna. Enligt Graneheim och Lundman (2003) beskriver kategorier det manifesta, det uppenbara, innehållet i texten, och teman är uttryck för det latent, underliggande, innehållet. Exempel på tillvägagångssätt under analysprocessen redovisas i Tabell 1.

Tabell 1: Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
Kan nog vara lite olika, för det mesta så har vi den här vårdkoordinatör och då har vi berättat om vad behovet är och varför vi vill skriva in dem.	Före vårdplanering kontakt med vårdkoordinator berättat behov varför vill skriva in	Före vårdplanering tas kontakt med vårdkoordinator	Nuvarande arbetssätt vid in- och utskrivning	Erfarenheter av processen vid in- och utskrivning	Eftersträvan av ett gott samarbete för en gemensam patientfokuserad vård
När vi samarbetar på ett bra sätt när inte PV kör sitt race och HSV kör sitt race så ska vi mötas någonstans.	Samarbetar bra när PV och HSV arbetar lika, mötas någonstans	Positivt likvärdigt arbetssätt	Positiva faktorer i samarbetet	Erfarenheter av när in- och utskrivning fungerar	
Det var en massa mediciner, då skulle han vara fräntagen medicinansvaret men vi hittade tabletter i hela huset. Och vi visste inte vad han hade fått dem för de stod inte med på någon läkemedelslista eller vem som hade skrivit ut dem.	Skulle vara fräntagen medicinansvar men tabletter hela huset ingen Im-lista ingen ordination	Svårighet oklara ordinationer	Bristande rutiner	Bristar i att få ett fungerande arbetssätt vid in- och utskrivning	

## Forskningsetiska överväganden

Vid studier är det av största vikt att de etiska principerna beaktas. Som studieutförare kan det vara en svårighet att behålla sin objektivitet gällande sina etiska åtgärder. Det finns därmed en vinst av extern granskning av alla studiers etiska dimensioner (Polit & Beck 2017). Inför föreliggande studie gjordes en ansökan om etisk prövning till Forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle. Omvårdnadsforskningen vilar på etiska principer. En av de mest grundläggande principerna är *nyttohetsprincipen*, vilken innebär att det är forskarens ansvar att minimera riskerna för obehag och skada till den grad att fördelarna med deltagandet i studien väger tyngre än nackdelarna (Polit & Beck 2017). Deltagarna i studien fick själva välja om deltagandet var gynnsamt för dem, författarna till studien hade till uppgift att till största möjliga del eliminera ämnen som gjorde deltagandet skadligt på något sätt. Sjuksköterskans etiska kod lyfter även ansvarsskyldigheten angående människans rätt till hälsa vid alla tillfällen och platser. Detta gäller även vid deltagande i omvårdnadsforskning där sjuksköterskan är skyldig att tillgodose deltagaren med korrekt information, på lättbegripligt språk (International Council of Nurses (ICN) 1948). I Nürnbergkodexen 1947 fastställdes att samtliga deltagare inom omvårdnadsforskning ska lämna samtycke till deltagande. I samband med detta samtycke ska studiedeltagarna informeras om att det endast är goda avsikter som ligger till grund för forskningen, likväl att forskningen ska ha en positiv effekt för samhället samt att deltagarna ska utsättas för minimal risk i samband med deltagandet. Vid risk för skada ska forskningen avslutas (Codex 2017; Stryhn 2007). Information till berörda chefer och studiedeltagare gavs både skriftligt och muntligt inför den planerade studien. Nästa princip handlar om *respekt för mänsklig värdighet*, vilken beskriver att studiedeltagare har rätt till autonomi och rättighet att avsluta studien (Polit & Beck 2017). Allt deltagande i studien var frivilligt och deltagarna kunde när som helst avbryta studien utan att ange orsak. Den tredje etiska principen är *rättvisprincipen* som beskriver deltagares rätt till rättvis behandling och bibehållen integritet (Polit & Beck 2017). I den aktuella studien fanns risk att deltagarna inte vågade berätta negativa reflektioner kring t.ex. stöd från närmsta chef eller eventuella samarbetssvårigheter mellan de olika huvudmännen. Detta skulle kunna leda till en ej helt korrekt bild av vissa situationer. Insamlade data behandlades konfidentiellt, vilket innebar att det förvarades oåtkomligt och ej delades med obehöriga personer samt att inga personer kommer att kunna identifieras i resultatet.

## Resultat

Föreliggande intervjustudie med distriktssköterskors erfarenheter av in – och utskrivning mellan primärvård och hemsjukvård mynnade ut i ett övergripande tema: *Eftersträvan av ett gott samarbete för en gemensam personcentrerad vård*. Under analysprocessen av resultatet från intervjuerna skapades tre kategorier: *Erfarenheter av processen vid in- och utskrivning*, *Erfarenheter av när in – och utskrivning fungerar* och *Brister i att få ett fungerande arbetssätt under in- och utskrivning*. Studiens resultat presenteras i löpande text med utgångspunkt från de tre kategorierna. Kategoriernas innehåll redogörs utifrån tio subkategorier samt citat från studiedeltagarna, detta för att budskapet i varje subkategori ska tydliggöras. Distriktssköterskor anställda inom kommunal hemsjukvård kommer i fortsättningen att benämnas som hemsjukvårdssköterskor och distriktssköterskor anställda inom primärvården kommer att benämnas som primärvårdssköterskor. Då gemensamma erfarenheter för båda grupperna presenteras kommer deltagarna benämnas distriktssköterskor. Med syfte att tydliggöra informationen kommer resultatet att presenteras med hemsjukvårdssköterskornas erfarenheter först och därefter primärvårdssköterskornas erfarenheter för att till sist sammanfatta de erfarenheter som är gemensamma för de båda grupperna. Resultatet presenteras även i Tabell 2.

Tabell 2: Presentation av resultat.

Eftersträvan av ett gott samarbete för en gemensam personcentrerad vård		
Erfarenheter av processen vid in- och utskrivning	Erfarenheter av när in- och utskrivning fungerar	Brister i att få ett fungerande arbetssätt vid in- och utskrivning
<i>Orsaker till in- och utskrivning mellan huvudmännen</i>	<i>Gott stöd</i>	<i>Organisatoriska brister</i>
<i>Nuvarande arbetssätt vid in- och utskrivning</i>	<i>Positiva faktorer i samarbetet</i>	<i>Bristande rutiner</i>
<i>Ansvarsfördelning mellan huvudmän och professioner</i>	<i>Gemensamt patientfokus</i>	<i>Bristande kunskap om de gemensamma kriterierna</i>
<i>Nya rutiner</i>		

Eftersträvan av ett gott samarbete för en gemensam personcentrerad vård

Temat beskriver distriktssköterskornas gemensamma erfarenheter av ett ej fungerande samarbete mellan två huvudmän samt hur det dagliga arbetet bedrivs utifrån befintliga förutsättningar. En stark vilja finns trots detta för ett förbättringsarbete med syfte att sätta och bibehålla patienten i centrum, oavsett huvudman.

Erfarenheter av processen vid in- och utskrivning

Kategorin *Erfarenheter av processen vid in- och utskrivning* bygger på fyra subkategorier: *Orsaker till in- och utskrivning mellan huvudmännen*, *Nuvarande arbets sätt vid in- och utskrivning*, *Ansvarsfördelning mellan huvudmän och professioner* och *Nya rutiner*. Denna kategori beskriver distriktssköterskornas erfarenheter av själva in- och utskrivningsprocessen mellan huvudmännen. Kategorin handlar dels om erfarenheter av orsaker till inskrivning men även om erfarenheten av de nya rutiner som styr arbetet samt ansvarsfördelningen mellan kollegor och läkare.

*Orsaker till in- och utskrivning mellan huvudmännen*

Hemsjukvårdssköterskorna erfor att den största anledningen till att patienter blev inskrivna i hemsjukvården var för att de behövde hjälp med läkemedelshantering samt vid delegering av läkemedel till hemtjänsten. I ett antal kommuner innebär läkemedelsdelegering automatiskt hemsjukvård, dock inte i alla kommuner inom upptagningsområdet. Andra anledningar till inskrivning i hemsjukvården beskrevs vara svårläkta sår, patienter inskrivna i palliativa teamet samt patienter med kognitiv svikt. Även primärvårdssköterskorna hade erfarenhet av att läkemedelshantering var en vanlig inskrivningsorsak i hemsjukvården men även att sårvård stod för en stor del av inskrivningarna. Distriktssköterskorna hade erfarenhet av att om en patient skrevs ut från hemsjukvården så berodde detta oftast på en lyckad sårhäkning och att patienten ej längre hade behov av övriga hemsjukvårdsinsatser.

*”Om jag tittar på mitt område så är ju 98% delegering av medicin på grund av att man har minnessvikt, att dom inte kommer ihåg att och vet riktigt hur man ska ta sina mediciner, man kan inte redogöra för det alltid fullt ut liksom.”*

### *Nuvarande arbetssätt vid in- och utskrivning*

På några av arbetsplatserna där intervjuerna skedde hade hemsjukvårdssköterskorna erfarenhet av att ha teammöten varje vecka tillsammans med primärvårdssköterskorna. Hemsjukvårdssköterskornas erfarenhet var att det fanns tid för inskrivningar i hemsjukvården men att det kunde upplevas som en svårighet att komma till inskrivningsmöten utan patientinformation. Primärvårdssköterskorna hade positiv erfarenhet av att ha utsedda distriktssköterskor i arbetsgruppen som ansvarade för in- och utskrivningar. Distriktssköterskornas erfarenheter var att inskrivning från primärvård till hemsjukvård skedde i patientens hem där ett länsövergripande formulär användes och låg till grund för inskrivningen. Utskrivning från hemsjukvård till primärvård skedde dock utan patient och endast mellan ansvariga distriktssköterskor.

*”Och nu jobbar vi på det sättet att vi har varje vecka möte med alla hälsocentraler, en halvtimme med varje hälsocentral har jag. Och då diskuterar vi, primärvården kommer då med aktuella patienter till oss, - den här skulle kunna bli – vi flaggar lite för den eller den här är det akut med den vill vi skriva in.”*

### *Ansvarsfördelning mellan huvudmän och professioner*

Hemsjukvårdssköterskornas erfarenheter var att även om det fanns utsedda in-och utskrivningssköterskor inom primärvården så arbetade dessa olika vilket gjorde inskrivningsprocessen olika smidig beroende på vilken primärvårdssköterska som höll i den. Det fanns även erfarenhet hos hemsjukvårdssköterskorna att primärvårdssköterskorna hade en annan uppfattning angående hemsjukvårdens behov av läkarstöd. Hemsjukvårdssköterskorna hade en önskan om en utsedd hemsjukvårdsläkare som ansvarade för samtliga hemsjukvårdspatienter. Hemsjukvårdssköterskorna hade även erfarenhet av att göra en del av läkarens arbete. De lyfte också chefens ansvar över patientsäkerheten i samband med ansvarsfördelningen. Primärvårdssköterskorna beskrev erfarenhet av att tryggheten rubbades för patienter som skrevs in och ut från hemsjukvården vid upprepade tillfällen. Primärvårdssköterskorna lyfte även problemet med delegeringsansvar samt med att nå ut till patienter och hemtjänstpersonal med signeringslistor.

*” Ja och så går det en månad eller två och så är det där såret läkt, då mister dom allt det där, fast dom kanske är 95 år. Det känns inte bra för plötsligt så blir dom liksom, ja*

*det kan ju hända precis vad som helst. Såret kan ju gå upp igen eller så strular det med mediciner. Har man väl kommit till hemsjukvårdens trygga famn kan man väl få stanna där?”*

#### *Nya rutiner*

Hemsjukvårdssköterskornas erfarenhet av nya rutiner grundade sig främst i nya uppdateringen av samverkansverktyget Lifecare samt vissa kommuners införande av Trygg hemgång i samband med detta. Hemsjukvårdssköterskorna hade erfarenhet av att under denna bedömningsfas rätades flertalet frågetecken ut och patientsäkerheten ökade. Det hade även arbetats fram nya rutiner för att in- och utskrivningsprocessen mellan huvudmännen skulle gå smidigare och för att samarbetet med primärvården skulle förbättras. Enligt hemsjukvårdssköterskorna var erfarenheten med nya Lifecare att det var tidsödande och mer arbetskrävande men samtidigt hade bidragit till mindre konflikter. Det upplevdes som enklare att hålla sekretessen via uppdateringen av Lifecare då de endast såg de patienter de hade behörighet att se. På det hela taget ansåg hemsjukvårdssköterskorna att uppdateringen av Lifecare skulle leda till en positiv utveckling för hemsjukvården. Primärvårdssköterskornas erfarenhet av nya Lifecare var att vid arbete på en liten hälsocentral så var påverkan inte lika stor av det extra arbete systemet medförde jämfört med arbete på en större hälsocentral. Gemensamt för distriktssköterskorna var deras erfarenhet av att uppdateringen med Lifecare hade medfört förvirring relaterat till okunskap samt att denna uppdatering inneburit att mycket tid tagits till vårdplaneringar jämfört med tidigare.

#### *Erfarenheter av när in- och utskrivning fungerar*

Kategorin *Erfarenheter av när in- och utskrivning fungerar* bygger på tre subkategorier: *Gott stöd*, *Positiva faktorer i samarbetet* och *Gemensamt patientfokus*. Denna kategori beskriver distriktssköterskornas erfarenheter av vilka delar i in- och utskrivningsprocessen som fungerar väl och den beskriver även distriktssköterskornas positiva erfarenheter av samarbetet då det finns ett gemensamt patientfokus.

#### *Gott stöd*

Hemsjukvårdssköterskornas erfarenheter av stöd vid in- och utskrivning var överlag positivt. Det framkom att gott stöd från en insatt chef var viktigt för hur smidigt in- och

utskrivningsprocessen hanterades. En chef med erfarenhet av att ha arbetat som distriktssköterska inom både hemsjukvård och primärvård upplevdes som kompetent, välinsatt i gränsdragningsfrågor samt hade bra förståelse för personal och för situationer som uppstod. Det fanns även erfarenhet hos hemsjukvårdssköterskorna av att ha ett gott läkarstöd av primärvårdsläkaren. Läkare fanns att tillgå när det behövdes, både genom planerade rondtider men även via telefonsamtal eller personliga möten.

Primärvårdssköterskornas erfarenheter av gott stöd skiftade något jämfört med hemsjukvårdssköterskornas. De önskade en mer närvarande chef som fanns på plats och hade kunskap om riktlinjer och gränsdragning vad gällande in-och utskrivningar, vilket var en bristvara i dagsläget på vissa enheter. Hos övriga hade chefsstödet varit bristfälligt tidigare men ändrats till det positiva under senare tid. Distriktssköterskorna hade erfarenhet av att det kollegiala stödet var bra, stöttning fanns i arbetsgruppen, de pratade mycket med varandra och utbytte idéer och erfarenheter både om det dagliga arbetet och om oklara patientfall.

*”Ja men hon, hur ska jag förklara, hon finns där och man känner att man har henne bakom sig om det är någonting, att hon stöttar en istället för att lämna ut en.”*

#### *Positiva faktorer i samarbetet*

Bra förberedelse gav automatiskt en smidigare process enligt erfarenhet av hemsjukvårdssköterskorna, en önskan var dock att detta skulle ske mer rutinmässigt. Hemsjukvårdssköterskorna hade endast positiva erfarenheter av utskrivning från hemsjukvården då patienten inte längre hade hemsjukvårdsbehov över tid. De primärvårdssköterskor som arbetade mot en vårdkoordinator uppgav detta som den största positiva faktorn samarbetsmässigt då konflikter mellan kollegor minimerades. Distriktssköterskorna hade erfarenhet av att samarbetet gick smidigare vid personlig kännedom samt att samarbetet hade förbättrats över tid. Distriktssköterskorna erfor också att samarbetet underlättades av att samtliga inblandade var väl insatta och hade erfarenhet gällande kriterier och bestämmelser, det upplevdes även att ett bra samarbete ställde patienten i centrum. Regelbundna teammöten mellan distriktssköterskorna bidrog till ett bättre samarbete och förbättrade även patientsäkerheten. Likvärdigt arbetssätt var en utvecklingsbar punkt enligt distriktssköterskornas erfarenheter.

*”Jag tycker att det här med vårdkoordinator är bra, att kommunen har tillsatt en vårdkoordinator, nu är det en som bestämmer liksom. Man behöver inte bli osams med sina kollegor för att man har olika uppfattningar, det kan ju vara lite svårt och onödigt.*

*Man vill ha god arbetsstämning – man behöver ju inte bli osams...”*

#### *Gemensamt patientfokus*

Erfarenheten som hemsjukvårdssköterskorna hade gällande gemensamt patientfokus var att en patient aldrig skrevs ut från hemsjukvården utan att vara färdigbehandlad. Det fanns också erfarenhet av att förvirrade patienter som vårdats på sjukhus blev mer adekvata och mindre förvirrade i hemmiljö och därav ej hade samma behov som tidigare bedömts på vårdplanering. Hemsjukvårdssköterskorna erfor att de i största möjliga mån försökte att underlätta för primärvårdssköterskorna innan utskrivning från hemsjukvården. Detta kunde exempelvis ske genom att behålla patienten ett par veckor extra för att se att egenvården fungerade som den borde, detta bidrog till en högre patientsäkerhet och ett bättre samarbete enligt hemsjukvårdssköterskorna.

Primärvårdssköterskorna hade erfarenhet av att ju färre aktörer som var inblandade i in- och utskrivningsprocessen gav smidigare handläggning och mindre förvirring för patienten. Dock var distriktssköterskorna överens om att det viktigaste för bägge parter var att hålla patienten i centrum och att det fanns en önskan om ett gott samarbete för att verka för en hög patientsäkerhet.

*”Det finns ju jättestora möjligheter, allting man kan utveckla skulle ju vara till något bättre och det finns ju jättestor potential. Patientens säkerhet och upplevelse är viktigast.”*

#### *Brister i att få ett fungerande arbetssätt under in- och utskrivning*

Kategorin *Brister i att få ett fungerande arbetssätt under in- och utskrivning* bygger på tre subkategorier: *Organisatoriska brister*, *Bristande rutiner* och *Bristande kunskap om de gemensamma kriterierna*. Denna kategori beskriver erfarenheterna av bristerna i att få ett fungerande samarbete mellan distriktssköterskor utifrån organisatorisk uppbyggnad. Den handlar om de brister som distriktssköterskorna tydligt ser och upplever efter egen erfarenhet i kombination med de rutiner, kriterier och bestämmelser som styr verksamheterna.



### *Organisatoriska brister*

Hemsjukvårdssköterskornas erfarenheter rådande organisatoriska brister visade sig vara upplevelsen av brist av resurser inom primärvården, då främst personalresurser. De upplevde också dilemman med att patienter var listade på flera hälsocentraler vilket innebar en svårighet med rondtiderna. Hemsjukvårdssköterskorna beskrev ett bristande samarbete med läkarna gällande hembesök. Erfarenheten av frånvaron av möjlighet att läsa primärvårdens journaler uppkom också som en organisatorisk brist då informationsöverföringen inte fungerade optimalt.

*”Då måste jag också tycka att det är en hälsocentral som kanske har bytt ut väldigt mycket personal och där fungerar det sämre medans dom som har haft ganska stabilt med personal där har det fungerat bra.”*

Primärvårdssköterskornas erfarenhet var att de ägde informationen om patienten även om de inte hade någon övrig vetskap om individen. Primärvårdssköterskorna hade erfarenhet av upplevd tidsbrist hos hemsjukvårdssköterskorna vilket medförde tidsbokningen för inskrivning i hemsjukvården problematisk. Erfarenhet av en ansträngd arbetsmiljö med mycket stress, undermåligt stöd från ledningen och personalbrist framkom under primärvårdssköterskornas intervjuer.

Primärvårdssköterskorna uppgav också att en brist var flera inblandade aktörer runt patienterna vilket ledde till ökad förvirring. Enligt primärvårdssköterskornas erfarenhet och uttryckta önsknings från hemtjänstpersonal var att samtliga patienter i ordinärt boende som hade behov av regelbunden vård skulle gynnas av att tillhöra en huvudman.

*”Nej jag önskar att det var en huvudman bara. Att hemsjukvården kunde jobba här nere hos oss på hälsocentralen också - med oss, det borde sitta ihop.”*

### *Bristande rutiner*

Hemsjukvårdssköterskornas erfarenheter gällande bristande rutiner var en avsaknad gällande primärvårdens ansvar att prova andra möjligheter för att underlätta för patienterna innan det kallades till vårdplanering för inskrivning i hemsjukvården. Hemsjukvårdssköterskorna hade erfarenhet av att förberedelserna för att skriva in patienterna i hemsjukvården var bristfälliga på flera plan. En brist visade sig vara otillräcklig bedömning och utredning av bensår såsom ankeltryck för att bedöma typ av

sår, dock beskrev flera hemsjukvårdssköterskor att de nu blivit striktare på att ta emot patienter utan adekvat bedömning och en plan för sårvården. Andra brister i rutinerna som hemsjukvårdssköterskorna hade erfarenhet av i samband med inskrivning i hemsjukvården var avsaknaden av giltiga ordinationshandlingar för läkemedel. Detta tillsammans med frånvaron av påbörjad eller färdig process för Apodos var ytterligare en brist som framkom under intervjuerna. Hemsjukvårdssköterskorna erfor därför att många diskussioner i samband med inskrivning i hemsjukvården handlade om läkemedelsansvar och egenvård. Hemsjukvårdssköterskorna hade erfarenhet av att primärvårdens läkare stundtals påskyndade processen med att frånta patienter egenansvar för läkemedel. Detta utan att primärvårdssköterskorna undersökt möjligheten av hjälpmedel för att patienterna skulle ha möjlighet att bibehålla sitt ansvar över läkemedel ännu en tid och därmed ej falla under hemsjukvårdens ansvar. Det fanns erfarenheter att primärvårdssköterskorna vid tillfällena kommit till inskrivningen i hemsjukvården utan att ha träffat patienten innan och därmed inte heller gjort någon bedömning av aktuell patient. Hemsjukvårdssköterskorna erfor även att informationsöverföringen från primärvård till hemsjukvård var svag och att det inte fanns självklara rutiner för hur den borde gå till. Primärvårdssköterskorna hade i sin tur erfarenhet av att hemsjukvårdssköterskorna uttryckte önskemål om ordination och läkemedelsjustering till läkemedel där regelbunden provtagning ej krävs för att undvika inskrivning i hemsjukvård. Primärvårdssköterskorna hade erfarenhet av att deras verksamhet hade en bristande rutin gällande överrapportering, det följdes ingen röd tråd från deras sida genom inskrivningen till hemsjukvården.

*”Vi kräver att de ska ha en plan inom det närmaste. Vad är det för typ av sår? Jag vill ju ha en plan för hur jag ska behandla såret. Det är ju inte bara att ta över ett sår och göra fel för att de har gjort fel. Jag vill ju göra rätt.”*

#### *Bristande kunskap om de gemensamma kriterierna*

Hemsjukvårdssköterskornas erfarenheter av kunskap av de gemensamma kriterierna var att olika kännedom och tolkning av kriterierna kunde leda till hinder vid inskrivning i hemsjukvården. Hemsjukvårdssköterskorna hade erfarenhet av att primärvårdssköterskorna ansåg att patienter skulle ha möjlighet att bli inskrivna ”för säkerhets skull” och att eventuella konflikter vanligtvis uppstod just runt kriteriernas olika tolkningar. Primärvårdssköterskorna var eniga om att kunskap och tolkningarna av

avtalet var ett problem och kändes svåra, vilket ofta ledde till diskussioner och till att patienten hamnade i kläm. Primärvårdssköterskorna hade också negativa erfarenheter av att patienter skevs in och ut för ofta vilket ledde till förvirring och otrygghet hos patienterna. Patienter som ofta kom upp till diskussion var dessa med början av kognitiv svikt, där vissa delar av vardagen fungerade bra, exempelvis planerade tider för provtagning men där tider för dosettindelning helt föll i glömska. Hemsjukvården menade då att eftersom patienten kunde ta sig till hälsocentralen för provtagning så borde hen kunna ta sig dit för dosettindelning också, vilket ej gjorde hen till en hemsjukvårdspatient. Enligt primärvårdssköterskornas erfarenhet var kunskapen, tolkningen och viljan att tänja och samarbeta runt kriterierna dessa gånger en svårighet. Primärvårdssköterskorna hade också erfarenhet av en motsättning från hemsjukvårdens chefer och därmed en ovilja till samverkan.

*”Ja det är ju först och främst cheferna som tycker och tänker mycket om vilka kriterier som är fyllda eller inte, det är väl det största problemet.”*

## Diskussion

### Huvudresultat

Föreliggande studies analys mynnade ut i temat: *Eftersträvan av ett gott samarbete för en gemensam personcentrerad vård*. Resultatet beskrivs genom tre kategorier och tio subkategorier. I kategorin *Erfarenheter av processen vid in- och utskrivning* beskrev distriktssköterskorna de vanligaste orsakerna till in- och utskrivning, hur processen går till rent praktiskt, vilka erfarenheter som fanns kring ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och professionerna samt vilka nya rutiner som är aktuella i arbetet. I kategorin *Erfarenheter av när in – och utskrivning fungerar framkom vilka delar i in- och utskrivningsprocessen som distriktssköterskorna erfor fungerade väl och vilka positiva faktorer som fanns i samarbetet då ett gemensamt patientfokus förelåg. I kategorin *Brister i att få ett fungerande arbetssätt under in- och utskrivning* beskrev distriktssköterskorna organisatoriska brister, bristande rutiner samt bristande kunskap om de gemensamma kriterierna, och hur detta påverkade distriktssköterskornas arbete.*

## Resultatdiskussion

Erfarenheterna hos distriktssköterskorna i föreliggande studie var att majoriteten av inskrivningarna från primärvård till hemsjukvård var läkemedelsrelaterade. Det fanns även erfarenhet av att sårvårdsbehandling samt kognitiv svikt stod för en större andel av inskrivningarna, vilket även rapporterades i en studie utförd av Törnkvist et al. (2000). Hemsjukvårdssköterskorna i föreliggande studie beskrev att deras största hinder för att få ett fungerade samarbete med primärvårdssköterskorna var bristande rutiner gällande utredning av just bensår och läkemedel. Primärvårdssköterskorna eftersträvade en bättre rutin för förberedelser inför inskrivning i hemsjukvården då de själva upplevde en brist i denna process. Distriktssköterskor beskrev i två studier (Friman, Klang & Ebbeskog 2010; Friman, Wahlberg, Mattiasson & Ebbeskog 2014) att rutiner hur bensår ska utredas och behandlas var en förutsättning för att kunna utföra sitt arbete. Andra faktorer som försvårade arbetet var bristande läkarstöd (Friman et al. 2010) och resursbrist vad gällande tid och personal (Friman et al. 2014). Coster et al. (2018) lyfter i sin litteraturoversikt att det blir allt mer förekommande att specialistutbildade sjuksköterskor utför arbetsuppgifter som tillhör läkarens ansvarsområde (Coster et al. 2018). Hemsjukvårdssköterskorna i föreliggande studie beskrev också erfarenheter av att göra läkarens arbete relaterat till bristande organisatoriska förutsättningar.

Att arbeta med personcentrerad vård blir smidigare och mer naturligt vid längre arbetslivserfarenhet, och bör därför ingå naturligt redan under grundutbildningen till sjuksköterska, enligt vad sjuksköterskestudenter och deras lärare vid två olika universitet beskrev i en studie (Steenbergen, van der Steen, Smith, Bright & Kaaijk 2013). Distriktssköterskorna i föreliggande studie hade positiva erfarenheter av att ha utsedda kollegor i arbetsgruppen som ansvarade för in- och utskrivningar, då detta gav en smidigare process relaterat till erfarenhet och färre involverade personer kring patienten. Detta kan ses som ett arbetssätt som underlättar personcentrerad vård. Distriktssköterskor beskrev i en annan studie (Nordmark, Söderberg & Skär 2015a) att ju längre erfarenhet andra sjuksköterskor hade av in- och utskrivningsarbete desto mer relevant information om patienter överlämnade de jämfört med sjuksköterskor med mindre erfarenhet. De beskrev även att om fler än en sjuksköterska var inblandad vid in- och utskrivningsarbetet tenderade informationen att bli undermålig. Det beskrevs även en diskrepans i att avsändare av information upplevde att de lämnade ifrån sig mycket information, men att mottagaren beskrev att de inte alls fått särskilt stort

informationsutbyte (Nordmark et al. 2015a). Distriktssköterskor beskrev i en ytterligare studie att avsaknad av korrekt information vid överlämnande leder till onödigt arbete för både hemsjukvårdssköterskor och primärvårdssköterskor. De beskrev också att nödvändig patientinformation som överlämnas via gott samarbete bidrog till ett smidigare arbetssätt (Nordmark, Zingmark & Lindberg 2015b). Denna problematik framkom även i föreliggande studie, där hemsjukvårdssköterskorna uttryckte en frustration över informationsbrist inför och vid inskrivning i hemsjukvården. En osäkerhet vid informationsöverföring förekommer även inom andra verksamheter, vilket beskrivits av anestesisyksköterskor, anestesiläkare och sjuksköterskor på uppvakningsavdelning i en studie utförd inom postoperativ överlämning. Det beskrevs en känsla av att inte all nödvändig information lämnades över mellan de medverkande enheterna då det fanns en tvekan om vilken information som var relevant att överlämna (Randmaa, Engström, Leo Swenne & Mårtensson 2017). Ytterligare en orsak till att överlämningar mellan enheter uppges som problematisk är resurs- och tidsbrist, rapporterade avdelningssköterskor inom slutenvården i en studie av James, Quirke och McBride-Henry (2013). Hemsjukvårdssköterskorna i föreliggande studie beskrev att de förlorade möjligheten till information relaterat till otillgängligheten av att läsa primärvårdens journaler. I studien av Josefsson och Peltonens (2015) beskrev distriktssköterskor samma problematik och framhöll detta som en orsak till ett försvårat arbete.

I en kartläggning av Socialstyrelsen (2008) framkom att delegeringsantalet av hälso- och sjukvårdsuppgifter per sjuksköterska inom hemsjukvården var orimligt, dock framhölls att delegeringar var en förutsättning för att verksamheten ska fungera. Ett huvudmannaskap för all hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende skulle ge patienter bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser (Socialstyrelsen 2008). Distriktssköterskor i kommunal hemsjukvård beskrev i en studie av Craftman, von Strauss, Rudberg & Westerbotn (2012) att deras dagliga arbetsbelastning skulle vara ohållbar om de själva skulle administrera alla läkemedel. Primärvårdssköterskorna i de kommuner där läkemedelsansvar inte automatiskt innebar inskrivning i hemsjukvården beskrev i föreliggande studie att det saknades rutiner för delegeringsansvar, och problematik med att få signeringslistor att nå ut till hemtjänstpersonal. De beskrev även att hemtjänstpersonalen uttryckt en önskan om att patienter i ordinärt boende skulle tillhöra en huvudman, hemsjukvården.

Utskrivningsprocessen från slutenvård till ordinärt boende ska ses som en hälsofrämjande åtgärd och utföras med patientens behov i centrum, vilket framkom i en studie av Rydeman, Törnkvist, Agreus & Dahlberg (2012). Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev Trygg hemgång som ett verktyg för att uppnå personcentrerad vård, vilket är ett av målen med införandet av Trygg hemgång (Sveriges Kommuner och Landsting 2017). En förutsättning för att arbeta personcentrerat är att ständigt ha ett holistiskt förhållningssätt och göra patienterna involverade i omvårdnadsprocessen (McCormack & McCance 2017), vilket distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev som önskvärt men utan att te sig medvetna om termerna i den befintliga modellen för personcentrerad vård. På de enheter som ingick i föreliggande studie där det fanns en specifik vårdkoordinator uttrycktes detta som den mest övervägande positiva orsaken samarbetsmässigt eftersom denna tjänst minskat kollegiala konflikter relaterat till kriterier och gränsdragning. Distriktssköterskorna hade erfarenhet av att en svårighet var just kunskapen, tolkningen och viljan att tänja på gränser samt samarbete runt kriterierna för att hålla patienten i centrum. För att patienter ska hamna i centrum är det av vikt att ibland göra det lilla extra och tänka utanför ramarna för omvårdnadsarbetet, beskrev hemsjukvårdssköterskor i en tidigare utförd studie (Jones et al. 2017). Primärvårdssköterskorna i föreliggande studie ställde sig negativa till att en in- och utskrivningsprocess kunde ske upprepade gånger med samma patient, detta ledde till förvirring och otrygghet för patienten. I en annan studie rapporterade sjuksköterskor på intensivvårdsavdelning och allmänna vårdavdelningar vikten att ett gott samarbete mellan vårdgivare för en gemensam syn på patienten, istället för att arbeta olika och flytta ansvaret mellan olika enheter (James et al. 2013). I ytterligare en studie (Larsen, Broberger & Petersson 2017) beskrev också läkare och sjuksköterskor inom kommunal och avancerad hemsjukvård att arbete över organisationsgränser lätt gör att den holistiska synen på patienten förloras. Då även distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev problematiken med två huvudmannskap kan en förståelse fås för att det kan finnas svårigheter att arbeta personcentrerat över verksamhetsgränser.

Hemsjukvårdssköterskor beskrev i en tidigare studie (Flynn & Deatrick 2003) att ett gott chefsstöd var en grundläggande faktor för att få verksamheten att fungera optimalt. De beskrev en bra chef som någon med erfarenhet och kompetens gällande det aktuella området samt med en god förståelse för personalen och de situationer som uppstod.

Dessa erfarenheter beskrev även distriktssköterskorna i föreliggande studie. En del av primärvårdssköterskorna hade erfarenhet av ett bristande chefsstöd gällande in- och utskrivning. De hade erfarenhet av att vissa chefer inom hemsjukvården påvisade en ovilja till samarbete vilket speglades i samarbetssvårigheter med hemsjukvårdssköterskorna. Sjuksköterskor har i tidigare studier rapporterat och beskrivit att stöd från organisation, chef och kollegor medförde positiva effekter på det psykiska måendet (Wong 2018), ökat engagemang i arbetet (Naruse et al. 2013) och utvidgat professionellt förhållningssätt (Flynn & Deatrck 2003). I föreliggande studie hade distriktssköterskorna erfarenhet av ett gott kollegialt stöd och beskrev att de hade en god psykosocial arbetsmiljö.

Vid vissa enheter som ingick i föreliggande studie hade ett förbättringsarbete påbörjats genom teammöten med hemsjukvård och primärvård en gång per vecka. På den arbetsplats där distriktssköterskorna drivit arbetssättet med teammöten veckovis under en längre tid kunde det ses en klar förbättring av samarbetet mellan huvudmännen. Teammöten är även ett verktyg för att sätta patienten i fokus genom att ha ett öppet diskussionsforum, beskrev hemsjukvårdssköterskor i en tidigare studie (Flynn & Deatrck 2003). Vid en studie utförd av Payne, Hardey och Coleman (2000) framkom att vid teambaserade överlämningar på avdelningar lämnades en högre grad av relevant information där hela patienten beaktades, även de psykosociala aspekterna som annars ofta föll i glömska (Payne et al. 2000).

Patienter med hjälpbehov gällande läkemedelshantering beskrev i en tidigare studie (Gransjön Craftman, Westerbotn, von Strauss, Hillerås & Marmstål Hammar 2015) att överlämnandet av ansvaret till distriktssköterskan hade skett med en känsla av tillit och att hen varit en garanti för att saker och ting då skulle ske korrekt (Gransjön Craftman et al. 2015). Att bli inskriven i och ta emot hemsjukvård kan upplevas som positivt då det av patienter i en studie beskrivits som uppskattat att ha möjlighet att kunna bo kvar i sitt hem, men att det även medföljde vissa krav på omställning och en acceptans av den förnyade situationen (Andreassen Devik, Hellzen & Enmarker 2015). Även i en studie (Laird, McCance, McCormack & Gribben 2015) utförd inom slutenvård beskrev patienter den utsatta och sårbara situation de befann sig i, men med ett personcentrerat förhållningssätt från personalens sida skapades en känsla av samhörighet hos patienterna (Laird et al. 2015). Att vara medveten om patienters upplevelser utgör en

grund för en personcentrerad vård (Leksell & Lepp 2013; McCormack & McCance 2017). Att förstå patientens uppfattning av den speciella position hen befinner sig i är något distriktssköterskor bör ha med sig vid in- och utskrivningsprocessen.

## Metoddiskussion

En kvalitativ studies trovärdighet kan diskuteras utifrån begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman 2003; Polit & Beck 2017).

### *Giltighet*

Giltighet syftar till hur pålitligt en studiens resultat är, och det ska vara författarnas strävan att få resultatet så giltigt som möjligt. Fokus för en studies giltighet är hur väl datainsamling och dataanalys förhåller sig till det avsedda målet. En annan viktig punkt är att författarna beskriver sina tillvägagångssätt så tydligt som möjligt (Polit & Beck 2017). Syftet med föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter gällande in- och utskrivning av patienten mellan primärvård och kommunal hemsjukvård. Studien genomfördes med kvalitativ ansats och deskriptiv design, då syftet var att beskriva studiedeltagarnas erfarenheter inom ett visst ämne. I kvalitativa studier insamlas narrativa data som är beskrivande för olika fenomen (Polit & Beck 2017), och denna ansats och design ansågs vara passande utifrån syftet.

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer, vilket är en styrka då det möjliggjorde för deltagarna att berätta fritt om sina erfarenheter inom det avgränsade området som studiens syfte täckte (Kvale & Brinkman 2014; Polit & Beck 2017). För att få deltagare till föreliggande studie användes ett ändamålsurval, vilket används för att få deltagare som har erfarenhet av det område som ska studeras (Polit & Beck 2017). Antalet studiedeltagare och vilken mängd data som behövs för att besvara en kvalitativ forskningsfråga avgörs utifrån hur stor variation av svar som behövs för att besvara frågan (Graneheim & Lundman 2003). Studiedeltagarnas åldersspann och arbetslivserfarenhet i föreliggande studie ses som en styrka då de har erfarenhet som kan belysa ämnet från olika håll. I kvalitativa studier brukar antalet deltagare inte överstiga 50 personer och oftast är det ännu färre (Polit & Beck 2017). I föreliggande studie intervjuades tio personer, vilket då får ses som tillräckligt många. Enligt Graneheim och Lundman (2003) ökar en studies giltighet om det finns spridning bland studiedeltagarna för att få ett så fylligt och brett resultat som möjligt. En svaghet i



föreliggande studie skulle kunna vara att det endast var kvinnor som intervjuades, dock är könsfördelningen nationellt för distriktssköterskor 97 % kvinnor och 3 % män (Statistiska Centralbyrån 2018) vilket ej var möjligt att utföra representativt i föreliggande studie. En större geografisk spridning såsom intervjuer i alla länets kommuner hade kunnat stärka studiens giltighet ytterligare då resultatet hade blivit mer representativt för hela länet, men på grund av studiens begränsade omfattning i tid och ekonomi kunde detta ej genomföras. En strävan efter spridning fanns ändå och finns både mellan landskapen i länet samt stadsmiljö och landsbygd. För att stärka giltigheten ytterligare valdes inför urvalet författarnas tidigare och nuvarande arbetsplatser bort, så att risken för personliga anknytningar som potentiellt skulle kunna påverka intervjusituationerna skulle elimineras. Ett sätt att ytterligare stärka en studies giltighet är att tydligt visa hur analysprocessen av data gått till (Graneheim & Lundman 2003), vilket beskrivs i studiens metodavsnitt och även redovisas i en tabell med exempel för att ytterligare förtydliga detta för läsaren. För att ytterligare försöka stärka studiens giltighet genomfördes alla steg i analysprocessen gemensamt, för att i en dialog kunna nyansera resultatet (Graneheim & Lundman 2003).

### *Tillförlitlighet*

Tillförlitlighet speglar hur väl en studies resultat skulle bli likvärdigt om den utfördes en gång till i ett annat liknande sammanhang och med likvärdiga deltagare (Polit & Beck 2017). Författarna arbetade fram en intervjuguide som sedan testades vid en pilotintervju, vilka är två moment som stärker en studies tillförlitlighet (Polit & Beck 2017). En svaghet som kan diskuteras är att ingen av författarna hade någon tidigare erfarenhet av att utföra intervjuer. Detta försökte avhjälpas genom att alla intervjuer genomfördes gemensamt med en intervjuare och en observatör, för att återkoppling kring intervjuteknik skulle vara möjlig. Då båda författarna hade arbetslivserfarenhet från de aktuella områdena kunde det finnas en möjlighet att de omedvetet påverkade studiedeltagarna i en viss riktning. Det är av största vikt att författare är medvetna om detta och försöker gå in i en intervjusituation med så objektiva förhållningssätt som möjligt (Polit & Beck 2017). Tidigare erfarenheter från de aktuella områdena kan också ses som något positivt då det fanns en förkunskap kring kontexten som studiedeltagarna berättade om. Något som Graneheim och Lundman (2003) lyfter som viktigt för att stärka en studies resultat är att låta en tredje part bedöma det. Under arbetet med studien diskuterades processen och analysen regelbundet med handledare och andra studenter i

handledningsgruppen, vilka kommit med synpunkter och reflektioner som beaktats under arbetet med studien.

### *Överförbarhet*

Överförbarhet innebär att resultatet potentiellt skulle kunna vara gällande även för andra grupper och i andra miljöer och sammanhang (Polit & Beck 2017). Överförbarhet är något som avgörs av läsaren själv, så det är författarnas ansvar att beskriva studiens metod och analys så tydligt och utförligt som möjligt för att underlätta denna bedömning för läsaren (Graneheim & Lundman 2003). I föreliggande studie har metodavsnittets alla steg gällande urvalsmetod, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod, tillvägagångssätt och dataanalys beskrivits på ett så utförligt sätt som möjligt så att det ska vara till hjälp för läsaren att själv kunna avgöra om resultatet är överförbart. Ett fylligt beskrivet resultat tillsammans med passande citat ökar också överförbarheten (Graneheim & Lundman 2003), vilket eftersträvats att uppnås i resultatet i föreliggande studie.

### Kliniska implikationer för omvårdnad

Syftet med föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter gällande in- och utskrivning av patienter mellan primärvård och kommunal hemsjukvård. Distriktssköterskorna i studien beskrev sina erfarenheter av ett samarbete mellan huvudmännen som stundtals var fungerande men som hade brister, vilket ledde till att det personcentrerade arbetet försämrades då medarbetares tid och energi lades på att lösa konflikter. Genom att ta del av denna studies resultat kan en ökad förståelse för varandras arbetssituation skapas och det kan förhoppningsvis resultera i ett förbättrat samarbete mellan huvudmännen. Utvärderingen av avtalet 2015 och denna studies resultat indikerar fortsatt likvärdiga uppfattningar hos medarbetarna - avtalet och kriterierna upplevs som svårtolkade. Studiens resultat skulle kunna ligga till grund för vidare arbete med en smidigare process gällande in- och utskrivningar och utarbetande av rutiner, vilket framhålls som ansvar på chefsnivå. Distriktssköterskorna i studien beskrev viljan till ett förbättrat samarbete för ett mer personcentrerat arbetssätt. Denna vilja bör ses som en resurs i det fortsatta förbättringsarbetet.

## Förslag till fortsatt forskning

Vidare forskning kring arbetet med in- och utskrivningar, och då även inkludera andra berörda personalkategorier, vore angeläget för att få ett mer omfattande perspektiv. Vid eventuellt genomförande av ytterligare studier bör hela regionens kommuner omfattas, för att få ett större urval och kunna ringa in lokala likheter och skillnader samt faktorer som kan påverka samarbetet. Även forskning i ämnet på nationell nivå vore intressant. Förslagsvis skulle denna fortsatta forskning lämpligen utföras genom enkätundersökning för att möjliggöra fler respondenter än i föreliggande studie. Även interventionsstudier för att jämföra olika metoder och arbetssätt för att arbeta personcentrerat, till exempel genom regelbundna teammöten mellan huvudmännen samt utsedda primärvårdssköterskor med ansvar för in- och utskrivningar, borde vara av intresse för vidareutveckling inom verksamheterna.

## Slutsats

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev erfarenheter av att in- och utskrivningar mellan huvudmännen i dagsläget är komplicerat relaterat till olika organisationsuppbyggnader och ett svårtolkat avtal. En gemensam vilja finns hos distriktssköterskorna att arbeta personcentrerat. Studiens resultat kan ge ökad förståelse för varandras olika arbetssituationer och förhoppningsvis mynna ut i ett förbättrat samarbete med patienterna i fokus.

## Referenser

Andreassen Devik, S., Hellzen, O. & Enmarker, I. (2015). "Picking up the pieces" – Meanings of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10:28382. Doi: 10.3402/qhw/v10.28382

Anskär, E., Lindberg, M., Falk, M. & Andersson, A. (2018). Time utilization and perceived psychosocial work environment among staff in Swedish primary care settings. *BMC Health Services Research*, 18:166. Doi: 10.1186/s12913-018-2948-6

Codex (2017). *Regler och riktlinjer för forskning*.

<http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml> [2018-05-21]

Coster, S., Watkins, M. & Norman, I. J. (2018). What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence.

*International Journal of Nursing Studies*, 78, ss. 76-83. Doi:

10.1016/j.ijnurstu.2017.10.009

Craftman, A. G., von Strauss, E., Rudberg, S. & Westerbotn, M. (2012). District nurses' perceptions of the concept of delegating administration of medication to home care aides working in the municipality: A discrepancy between legal regulations and practice.

*Journal of Clinical Nursing*, 22, ss. 569-578. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04262.x

Distriktssköterskeförbundet (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistexamen distriktssköterska*.

<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterska.kompbeskr.webb.pdf> [2018-05-02]

Drevenhorn, E. (2010). *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.

Enköpings kommun (2018). *Trygg hemgång*. Enköping: Vård- och

omsorgsförvaltningen. <http://enkoping.se/omsorg-och-stod/stod-i-hemmet/trygg-hemgang.html> [2018-05-21]

Flink, M., Bergenbrant Glas, S., Airosa, F., Öhlén, G., Barach, P., Hansagi, H., Brommels, M. & Olsson, M. (2015). Patient-centred handovers between hospital and primary health care: An assessment of medical records. *International Journal of Medical Informatics*, 84, ss. 355-362. Doi: 10.1016/j.ijmedinf.2015.01.009

Flynn, L. & Deatrck, J. A. (2003). Home care nurses' descriptions of important agency attributes. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(4), ss. 385-390. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2003.00385.x

Friman, A., Klang, B. & Ebbeskog, B. (2010). Wound care in primary health care: District nurses' needs for co-operation and well-functioning organization. *Journal of Interprofessional Care*, 24, ss. 90-99. Doi: 10.3109/13561820903078249

Friman, A., Wahlberg, A. C., Mattiasson, A-C. & Ebbeskog, B. (2014). District nurses' knowledge development in wound management: ongoing learning without organizational support. *Primary Health Care Research & Development*, 15, ss. 386-395. Doi: 10.1017/s1463423613000303

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, ss. 105-112. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gransjön Craftman, Å., Westerbotn, M., von Strauss, E., Hillerås, P. & Marmstål Hammar, L. (2015). Older people's experience of utilisation and administration of medicines in a health- and social care context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, ss. 760-768. Doi: 10.1111/scs.12207

Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B. & Mattsson, B. (2010). Working together – primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, ss. 78-85. Doi: 10.1177/1403494809347405

Hollman, D., Lennartsson, S. & Rosengren, K. (2015). District nurses' experiences with the free-choice system in Swedish primary care. *British Journal of Community Nursing*, 19(1), ss. 30-35. Doi: 130.243.000.075

Härnösands Kommun (2018). *Trygg hemgång i Härnösands kommun*. Härnösand: Socialförvaltningen.  
<https://www.harnosand.se/download/18.77554e6815967d71fd91fd7c/1483525701988/Broschyr%20Trygg%20hemg%C3%A5ng.pdf> [2018-05-21]

International Council of Nurses (1948). *Nurses and human rights*. (Universal Declaration of Human Rights), New York: United Nations.  
[http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/E10\\_Nurses\\_Human\\_Rights.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/E10_Nurses_Human_Rights.pdf) [2018-05-21]

James, S., Quirke, S. & McBride-Henry, K. (2013). Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. *Nursing in Critical Care*, 18(6), ss. 297-306. Doi: 10.1111/nicc.12001

Jones, C. D., Jones, J., Richard, A., Bowles, K., Lahoff, D., Boxer, R. S., Masoudi, F. A., Coleman, E. A. & Wald, H. L. (2017). "Connecting the dots": A qualitative study of home health nurse perspectives on coordinating care for recently discharged patients. *Journal of General Internal Medicine*, 32(10), ss. 1114-11121. Doi: 10.1007/s11606-017-4104-0

Josefsson, K. & Peltonen, S. (2015). District nurses' experience of working in home care in Sweden. *Healthy Aging Research*, 4(37). Doi: 10.12715/har.2015.4.37

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

Kullberg, A., Scharp, L., Johansson, H., Brandberg, Y. & Bergenmar, M. (2017). Patient satisfaction after implementation of person-centred handover in oncological inpatient care – A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 12(4), ss. 1-14. Doi: 10.1371/journal.pone.0175397

Laird, E. A., McCance, T., McCormack, B. & Gribben, B. (2015). Patients' experiences of in-hospital care when nursing staff were engaged in a practice development programme to promote person-centredness: An narrative analysis study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, ss. 1454-1462. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.002

Larsen, A., Broberger, E. & Petersson, P. (2017). Complex caring needs without simple solutions: The experience of interprofessional collaboration among staff caring for older persons with multimorbidity at home care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, ss. 342-350. Doi: 10.1111/scs.12352

Leksell, J. & Lepp, M. (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber AB.

Lundberg, K., Jong, M. C., Kristiansen, L. & Jong, M. (2017). Health promotion in practice – District nurses' experiences of working with health promotion and lifestyle interventions among patients at risk of developing cardiovascular disease. *Explore*, 13(2), ss. 108-115. Doi: 10.1016/j.explore.2016.12.001

McCance, T., Slater, P. & McCormack, B. (2008). Using the caring dimension inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 18, ss. 409-417. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02466.x

McCormack, B. & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Naruse, T., Sakai, M., Watai, I., Taguchi, A., Kuwahara, Y., Nagata, S. & Murashima, S. (2013). Individual and organizational factors related to work engagement among home-visiting nurses in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 10, ss. 267-272. Doi: 10.1111/jjns.12003

Nordmark, S., Söderberg, S. & Skär, L. (2015a). Information exchange between registered nurses and district nurses during the discharge planning process: cross-sectional analysis of survey data. *Informatics for Health and Social Care*, 40(1), ss. 23-44. Doi: 10.3109/17538157.2013.872110

Nordmark, S., Zingmark, K. & Lindberg, I. (2015b). Experiences and views of the discharge planning process among Swedish district nurses and home care organizers: A qualitative study. *Home Health Care Management & Practice*, 27, ss. 108-118. Doi: 10.1177/1084822315569279

Payne, S., Hardey, M. & Coleman, P. (2000). Interactions between nurses during handovers in elderly care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), ss. 277-285. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01474.x

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Randmaa, M., Engström, M., Leo Swenne, C. & Mårtensson, G. (2017). The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses. *BMJ Open*. 7, ss. 1-8. Doi: 10.1036/bmjopen-2016-015038

Region Gävleborg (2015). *Kommunaliseringen av hemsjukvården i Gävleborg – En utvärdering efter ändringen av huvudmannaskap*. Samhällsmedicin och FoU Välfärd, Region Gävleborg.

[http://www.regiongavleborg.se/globalassets/Landstinget\\_A-O/samhallsmedicin/publicerat/rapporter/2015/Slutrapport utvardering kommunaliseringen av hemsjukvarden i Gavleborg.pdf](http://www.regiongavleborg.se/globalassets/Landstinget_A-O/samhallsmedicin/publicerat/rapporter/2015/Slutrapport_utvardering_kommunaliseringen_av_hemsjukvarden_i_Gavleborg.pdf) [2018-05-21]

Region Gävleborg (rev. 2016). *Avtal hemsjukvård – avtal mellan Region Gävleborg och kommunerna*.

[http://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling\\_samverkan/valfard-gavleborg/avtal\\_hemsjukvard.pdf](http://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling_samverkan/valfard-gavleborg/avtal_hemsjukvard.pdf) [2018-05-21]

Ross, F., Rink, E. & Furne, A. (2000). Integration of pragmatic poalition? An evaluation of nursing teams in primary care. *Journal of Interprofessional Care*, 14(3), ss. 259-267.



Rydeman, I., Törnkvist, L., Agreus, L. & Dahlberg, K. (2012). Being in-between and lost in the discharge process – An excursus of two empirical studies of older persons', their relatives', and care professionals' experience. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 7:19678. Doi: 10.3402/qhw.v7i0.19678

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:612. *Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2008). *Hemsjukvård i förändring – En kartläggning av hemsjukvården i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen.

[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59\\_200812659.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf) [2018-05-05]

Socialstyrelsen (2016). *Primärvårdens uppdrag: En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. Stockholm: Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20066/2016-3-2.pdf> [2018-04-27]

Socialstyrelsen (2018). *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20857/2018-2-7.pdf> [2018-04-27]

Statistiska Centralbyrån (2018). *Yrkesregistret med yrkesstatistik 2016*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.

[https://www.scb.se/contentassets/ae540cb0a7a0409fa223ca872f68fe90/am0208\\_2016a01\\_sm\\_am33sm1801.pdf](https://www.scb.se/contentassets/ae540cb0a7a0409fa223ca872f68fe90/am0208_2016a01_sm_am33sm1801.pdf) [2018-05-14]

Steenbergen, E. E., van der Steen, R-M., Smith, S., Bright, C. & Kaaijk, M. M. (2013). Perspectives of person-centred care. *Nursing standard*, 27(48), ss. 35-41.

Storsthlm (2018). *Hemsjukvård*. <http://www.storsthlm.se/halsa-och-stod/hemsjukvard.html> [2018-05-05]

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Sveriges Kommuner och Landsting (2017). *Trygg hemgång: För effektivare och säkrare utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*.  
<https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-482-3.pdf?issuusl=ignore> [2018-05-05]

Tieto (2017). *Lifecare: Samordnad vårdplanering*. <https://www.tieto.se/branscher/halsa-och-valfard/integrerad-varld/lifecare-samordnad-varldplanering> [2018-05-04]

Törnkvist, L., Gardulf, A. & Strender, L-E. (2000). Patients' satisfaction with the care given by district nurses' at home and at primary health care centres. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(2), ss. 67-74.

Wong, K. C. K. (2018). Work support, psychological well-being and safety performance among nurses in Hong Kong. *Psychology, Health & Medicine*. Doi: 10.1080/13548506.2018.1437275

World Health Organization (WHO) (2004). *Main terminology: Primary health care*.  
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology> [2018-05-14]

World Health Organization (WHO) (2018). *WHO Framework on integrated people-centred health services*. <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> [2018-05-15]