



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för vårdvetenskap

Distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta inom primärvårdens akutflöde

En intervjustudie

Sandra Nyberg & Karin Odén

2019

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: Primärvården står inför utmaningen att utveckla en lättillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård för att möta befolkningens behov och uppfylla vårdgarantin. Teamarbete med god kommunikation kan ge ett mer effektivt arbete och goda resultat för patienter. I Gävleborgs län har tre hälsocentraler startat ett gemensamt akutflöde, där samarbete i team ska optimera resurserna.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskor och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta inom primärvårdens akutflöde.

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

Huvudresultat: Intervjuerna resulterade i tre kategorier: *Teamarbetet i akutflödet*, *Förändringar med ett nytt arbetssätt* och *Utmaningar i arbetet på akutflödet*. I kategorierna beskrivs distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av ett teambaserat arbetssätt där samarbete och tillgänglighet underlättar arbetet samt gör det effektivt. I kategorierna beskrivs även utmaningar i arbetet på akutflödet som ledde till svårigheter i arbetet och brister för patienten.

Slutsats: Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev att arbetet inom primärvårdens akutflöde var ett effektivt teamarbete med bra samarbete och god kommunikation mellan yrkeskategorier. Fördelar med arbetssättet var tillgänglighet, att få råd och stöd av andra och att inte vara ensam. Det framkom utmaningar och svårigheter i arbetet som berörde både arbetsgruppen och patienter. Studiens resultat ger en inblick i ett gemensamt arbetssätt med akut verksamhet utifrån distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter. Resultatet i studien kan förhoppningsvis leda till utveckling och förbättring av arbetssätt med akut verksamhet inom primärvården.

Nyckelord: akutflöde, distriktssköterska, personcentrerad vård, primärvård, teamarbete.

Abstract

Background: Primary care faces the challenge of developing an easily accessible and effective health care system to meet the needs of the population and to fulfill the care guarantee. Teamwork with satisfactory communication can provide more efficient work and good results for patients. In Gävleborg County, three healthcare centers have started a joint emergency care, where collaboration in teams should optimize resources.

Aim: The aim of this study was to describe district nurses and nurses' experiences of working in the emergency care of primary care.

Method: The study had a qualitative approach and a descriptive design. Data were collected using semi-structured interviews and was analyzed with qualitative content analysis.

Main result: The interviews resulted in three categories: *The teamwork in the emergency care*, *Changes with a new way of working* and *Challenges in working with the emergency care*. The categories describe district nurses 'and nurses' experiences of a team-based approach where collaboration and accessibility facilitate work and make it effective. The categories also describe challenges in working with the emergency care that led to difficulties in work and shortcomings for the patient.

Conclusion: District nurses and nurses in the present study described that the work in primary emergency care was an effective teamwork with satisfactory cooperation and communication between professions. Advantages of the method were accessibility to get advice and support from others and not to be alone. Challenges and difficulties emerged in the work that affected both the working group and the patients. The result in the study give an insight into a common approach of emergency care in the primary care based on the experience of district nurses and nurses. The result in the study can hopefully lead to development and improvement of working methods within emergency care in the primary care.

Keyword: district nurse, emergency care, person-centred nursing, primary care, teamwork.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Primärvårdens uppdrag.....	1
1.2 Akutflödet inom primärvården.....	2
1.3 Sjuksköterskans och distriktssköterskans roll.....	2
1.4 Teamarbete inom primärvården.....	3
1.5 Kommunikation inom teamarbete.....	4
1.5.1 <i>Kommunikation med patienter</i>	4
1.6 Personcentrerad vård.....	5
1.7 Problemformulering.....	6
1.8 Syfte.....	7
1.9 Frågeställning.....	7
2. Metod	7
2.1 Design.....	7
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp.....	7
2.3 Datainsamlingsmetod.....	8
2.4 Tillvägagångssätt.....	9
2.5 Dataanalys.....	9
2.6 Forskningsetiska överväganden.....	10
3. Resultat	11
3.1 Teamarbetet i akutflödet.....	12
3.1.1 <i>Arbetsättet på akutflödet</i>	12
3.1.2 <i>Samarbetet i arbetsgruppen</i>	13
3.1.3 <i>Råd och stöd i teamet</i>	14
3.1.4 <i>Tillgänglighet underlättar arbetet</i>	14
3.1.5 <i>Ökat lärande vid god kommunikation</i>	15
3.2 Förändringar med ett nytt arbetsätt.....	15
3.2.1 <i>Erfarenheter från tidigare akuta arbetsätt</i>	15
3.2.2 <i>Effektivt arbete</i>	16
3.2.3 <i>Nöjda patienter</i>	16
3.2.4 <i>Brister för patienten</i>	17
3.3 Utmaningar i arbetet på akutflödet.....	17
3.3.1 <i>Utmaningar i arbetsgruppen</i>	17
3.3.2 <i>Svårigheter i arbetet</i>	18
3.3.3 <i>Förbättringsarbete och utveckling av arbetsätt</i>	20
4. Diskussion	20
4.1 Huvudresultat.....	20
4.2 Resultatdiskussion.....	21
4.3 Metoddiskussion.....	24
4.3.1 <i>Giltighet</i>	24
4.3.2 <i>Tillförlitlighet</i>	26
4.3.3 <i>Överförbarhet</i>	26
4.4 Kliniska implikationer.....	27
4.5 Förslag till fortsatt forskning.....	27
4.6 Slutsats.....	27
5. Referenser	29

1. Introduktion

1.1 Primärvårdens uppdrag

Svensk hälso- och sjukvård ska vara av god kvalitet, patientsäker och uppfylla behoven av trygghet och kontinuitet. God vård ska även vara lättillgänglig för patienten och bygga på respekt för självbestämmande och integritet. Primärvården är en del av öppenvården och tar emot patienter oavsett sjukdom, ålder och patientgrupp.

Primärvården har ansvar för att tillgodose behoven av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver specifik kompetens eller sjukhusens medicinska och tekniska resurser (SFS 2017:30). I primärvårdens grunduppdrag ingår tidsbokad (planerad) mottagningsverksamhet och oplanerad hälso- och sjukvård (akut verksamhet/akutflöde) inom kompetensområdet allmänmedicin (Socialstyrelsen 2016). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS:2017:30) innebär vårdgarantin en försäkran om att den enskilde individen får kontakt med primärvården och vid behov en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar.

Utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2), som gjordes på uppdrag av regeringen år 2016, gav förslag till att primärvårdens uppdrag ska omdefinieras och även innefatta ansvar för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus samt att den ska vara lättillgänglig. Att öka tillgänglighet är en utmaning då besökstrycken är höga på akut- och jourverksamheter både inom primärvård och på sjukhus runt om i landet. Snabbare patientflöden och effektivisering får dock inte påverka kvalitet och patientsäkerhet (SKL 2015). Utredningen från 2016 föranledde att ytterligare en utredning gjordes på uppdrag av regeringen. *God och nära vård – en primärvårdsreform* (SOU 2018:39) syftade till att med utgångspunkt i primärvården stödja landsting, berörda myndigheter och organisationer att arbeta samordnat med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård. Utredningen har kommit fram till att hälso- och sjukvården måste arbeta för ett ökat förtroende och genom målmedvetet arbete främja utveckling, tillgänglighet och effektivitet för att möta befolkningens behov. Primärvården anses vara den del inom hälso- och sjukvården som har störst möjligheter att se patientens fulla vårdbehov och en stärkt primärvård har visat att förutsättningar för jämlik hälsa ökar. Sverige har goda medicinska resultat men gällande tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet så uppfylls inte befolkningens förväntningar (SOU 2018:39).

1.2 Akutflödet inom primärvården

I Gävleborgs län gick tre hälsocentraler samman september 2017 och skapade ett gemensamt arbetssätt som kallas akutflödet där sjuksköterskor och distriktssköterskor, läkare, fysioterapeut, undersköterska och medicinsk sekreterare arbetar tillsammans som ett team. Hälsocentralerna vill med detta optimera resurserna, öka tillgängligheten och uppfylla vårdgarantin. På akutflödet arbetar tre till fem sjuksköterskor eller distriktssköterskor, två till fyra läkare, en fysioterapeut och en undersköterska samt en medicinsk sekreterare. Personalen på akutflödet har ett gemensamt ansvar för patienten oberoende vilken hälsocentral den tillhör. Till akutflödet bokas patienter som bedöms ha behov av en bedömning av legitimerad sjukvårdspersonal samma dag som kontakt tas, ofta via telefonrådgivning, med sin ordinarie hälsocentral. Patienter som kommer oanmälda (drop-in) via receptionen ska också tas om hand. Receptionen kontaktar då ansvarig sjuksköterska på akutflödet om patienten behöver träffa vårdpersonal för bedömning. De patienter som inte behöver en bedömning samma dag hänvisas istället att ringa till sin hälsocentral. Patienten som via telefonrådgivningen bedömts ha behov av att träffa vårdpersonal samma dag bokas till akutflödet och träffar en sjuksköterska för bedömning. Sjuksköterskan ska utifrån anamnes och status göra åtgärder och ge behandling samt vid behov konsultera läkare eller fysioterapeut. Patienter får vid behov träffa läkare eller fysioterapeut. Undersköterskan på akutflödet ansvarar för provtagning, EKG och kateterisering med stöd av sjuksköterska och den medicinska sekreteraren på akutflödet journalför bland annat diktat från läkare. Regelbundna avstämningsmöten sker varje vecka. Patienter som har besökt akutflödet och bedöms ha behov av uppföljning inom en vecka ska erhålla en tid till sin ordinarie hälsocentral i samband med besöket. Medicinska sekreteraren ombesörjer att information skickas till ordinarie hälsocentral när patienten behöver uppföljning efter längre tid än en vecka (Region Gävleborg 2019).

1.3 Sjuksköterskans och distriktssköterskans roll

Legitimerade sjuksköterskors särskilda kompetensområde är omvårdnad men de ska även ha kunskap inom medicinsk vetenskap och arbetet med patienten ska baseras på en humanistisk människosyn. Sjuksköterskorna har ett eget ansvar för beslut i yrkesutövningen och ska möjliggöra för människor att hantera sina hälsoproblem samt återfå, bibehålla eller förbättra sin hälsa (Svensk sjuksköterskeförening 2017). I enlighet med lagar, författningar och styrdokument inom hälso- och sjukvård ska arbetet utföras

och tillgodose att patienter får en jämlik vård. Sjuksköterskorna ska följa regelverk och arbeta förebyggande för att öka patientsäkerheten (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ska sjuksköterskorna vid utförandet av omvårdnad arbeta utifrån ett etiskt förhållningssätt. Sjuksköterskorna ska ta hänsyn till och respektera mänskliga rättigheter och värderingar samt individens autonomi. Personuppgifter ska behandlas konfidentiellt och integriteten bevaras. Korrekt och tillräcklig information ska ges till patienter och den ska vara anpassad till individen med kulturella skillnader i beaktande. Sjuksköterskorna ska sträva efter ett bra samarbete där medarbetare ska respekteras och få vägledning och stöd till etisk medvetenhet i sitt arbete (Svensk sjuksköterskeförening 2014). I sjuksköterskornas arbetsuppgifter ingår att genom kritisk reflektion kunna identifiera och leda förbättringsarbeten som kan leda till ny kunskap och nya arbetssätt (Svensk sjuksköterskeförening 2017). I en tidigare studie belyste andra yrkesverksamma inom vården att sjuksköterskorna var en viktig del i utbildningsarbete av multiprofessionella team (Barreto et al. 2017). Möjligheterna att genomföra förbättrings- och utbildningsarbeten kan dock begränsas på grund av tidsbrist och hög personalomsättning inom primärvården (Baron et al. 2019).

1.4 Teamarbete inom primärvården

I ett team arbetar olika yrkesprofessioner tillsammans med patienten för att uppnå gemensamma mål. Förståelse och kunskap om yrkesgruppers kompetens och uppdrag är nödvändig för att kunna använda dem på bästa sätt. Ett väl fungerande teamarbete kräver träning för att bibehålla sin struktur och tydlighet i rollfördelningen inom teamet (SOU 2018:39). I ett sjukvårdsteam har sjuksköterskan huvudansvaret för omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening 2017) och sjuksköterskor har en ledande roll i arbetet kring patienten vid teambaserade arbetssätt (Propp et al. 2010). Ett team ska genom samverkan komplettera varandra med olika kunskaper utifrån patientens behov och resurser. Genom att konsultera medarbetare, planera och samverka med andra ska sjuksköterskan säkerställa patientsäkerhet samt kontinuiteten i vården (Svensk sjuksköterskeförening 2017; Ghiyasvandian, Zakerimoghadam & Peyravi 2014). Tidigare forskning har visat att för ett bra teamarbete och samverkan inom en arbetsgrupp krävs gemensamma visioner och mål (Wranik et al. 2019). Andra framträdande aspekter i teamarbete är tydliga roller och ett gott ledarskap (Wranik et al. 2019; Brandstorp, Halvorsen, Sterud, Haugland & Kirkengen 2016). Teamarbete inom primärvården kan göra att stödet inom personalgruppen förbättras särskilt vid svåra

patientfall (Kennedy, Armstrong, Woodward & Cullen 2015). När sjuksköterskor, läkare, undersköterskor och kuratorer samarbetar i team kan det ge positiva effekter för patienter (Propp et al. 2010). Goda resultat och effektivitet i arbetet uppnås genom gott samarbete i teamet (Porter, Pabo & Lee 2013). Teammedlemmar har olika perspektiv och erfarenheter utifrån sin yrkeskategori (van Dongen et al. 2017). En intervjustudie från 2019 fann utmaningar i att samverka och samordna i vårdteam inom primärvården på grund av osäkerhet om hur man ska organisera och prioritera i en resursbegränsad organisation (Olmos-Ochoa et al. 2019). Brist på resurser kan även äventyra patientsäkerheten (Silva, Backes, Magnago & Colomé 2019) och medföra svårigheter att utbilda vårdpersonal likväl som patienter (Roecker, Budó & Marcon 2012).

1.5 Kommunikation inom teamarbete

Vid teamarbete kan kommunikationen i arbetsgruppen förbättras (Kennedy et al. 2015). För att ta tillvara på kompetensen i ett team är det av stor vikt att kommunikationen är öppen och tydlig (SOU 2018:39). I Butchibabu, Sparano-Huiban, Sonenberg och Shah (2016) studie framkom att effektivt teamarbete kräver att medarbetare kan kommunicera med varandra och för att bibehålla en god kommunikation inom arbetsgruppen behövs regelbundna personalmöten (Kennedy et al. 2015). När sjuksköterskor interagerar med andra medlemmar i vårdteam bidrar de till kommunikativa processer som påverkar patientens vård. Tidigare forskning har visat att god kommunikation kan ge mer effektiv vård med förbättrade resultat för patienten (Ghiyasvandian, Zakerimoghadam & Peyravi 2014; Propp et al. 2010). Kommunikation är en viktig färdighet hos sjuksköterskan i teamarbetet vilket kräver en god förmåga att lyssna och ta hänsyn till den andre (Nunez & Muniz 2016). Propp et al. (2010) fann i sin studie att läkare i teamet behöver uppdaterad information från sjuksköterskor gällande patienters behov och medicinska status för att kunna planera insatser. Annan forskning har visat att sjuksköterskor inhämtade uppgifter såsom anamnes och status och överförde dessa uppgifter till läkaren som vid behov undersökte patienten och gav en behandlingsplan (Goldberg et al. 2013).

1.5.1 Kommunikation med patienter

Teamarbete inom vården har visat att patienter upplever fördelar med att ha tillgång till flera yrkesprofessioner och att de under ett besök har tid att ställa mer frågor. Patienter får bättre förståelse för sin medicinska åkomma samt kan förbättra förmågan att hantera

sitt tillstånd (Szfran, Kennett, Bell & Green 2018). Kommunikation är en viktig faktor i mötet med patienten. Studier har visat att patienter har svårt att tillgodogöra sig all information som ges (Hersh, Salzman & Snyderman 2015). En svensk studie från 2018 som undersökte kommunikation och patientsäkerhet i primärvården kom fram till att de flesta patienter tyckte att det var enkelt att fråga läkare och sjuksköterskor samt att påpeka om något inte kändes bra. Patienterna som deltog i studien trodde att patientsäkerheten kunde öka genom att vårdpersonal uppmuntrade patienter till att ställa frågor samt inta en aktiv roll i sin vård (Ericsson et al. 2019). Svårigheter i kommunikationen med patienter kan bero på att sjuksköterskan har hög arbetsbelastning, tidsbrist och för lite personal. Språkförbistringar, kultur och kön är andra faktorer som kan påverka kommunikationen med patienter. God kommunikation mellan patient och vårdpersonal är viktigt för att personer skall förstå varandra och inga missförstånd skall uppkomma (Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi & Samami 2015). I studien av Vermeir et al. (2015) framgick att kommunikation öga mot öga är att föredra framför skriftliga kommunikationssätt. Vid öga mot öga-kommunikation kan man se varandras kroppsspråk, ansiktsuttryck och mimik vilket också är en viktig faktor inom kommunikation och tolkning av samtal. Studien visade även att kommunikation som är mindre bra kan leda till negativa resultat som bristande kontinuitet och patientsäkerhet samt missnöje hos patienter (Vermeir et al. 2015). Stödjande kommunikation ökar välbefinnandet då negativa känslor minskar. När vårdpersonal är känslomässigt närvarande inger det upplevelser av medkänsla hos patienten (Davis, Sweeny & Thompson 2019).

1.6 Personcentrerad vård

Begreppet personcentrerad vård är ett internationellt erkänt begrepp som har kommit att bli allt mer central i vård och omvårdnad. Personcentrerad vård beskrivs som en etiskt korrekt humanistisk vård där man ser till personen som en helhet med fysiska, psykiska, existentiella, sociala och andliga behov. En persons tolkning och upplevelse av hälsa ska respekteras och arbetet med att främja hälsa ska ske utifrån personens unika perspektiv (Svensk sjuksköterskeförening 2016). Personcenterad vård utgörs av faktorerna förutsättningar, vårdmiljön, den personcentrerade processen och förväntade resultat enligt McCormack och MacCane (2006). Förutsättningar innebär sjuksköterskans förmåga till att prioritera och ta beslut samt professionell kompetens, självkännedom och engagemang. Vårdmiljön innefattar den miljö där vården bedrivs

och på vilket sätt den kan möjliggöra personcentrerad vård. I den personcentrerade processen arbetar sjuksköterskan utifrån patientens värderingar och upplevelser av hälsa vilket kan leda till förväntade resultat av personcentrad vård som delaktighet och tillfredsställelse. En studie från 2017 visade att personcentrad vård inom både primärvård och vård på sjukhus medförde att patienter kände att vårdpersonal lyssnar på och uppmärksammar dem vilket leder till ökat förtroende och trygghet. Det ökar även förutsättningarna för en god kommunikation och förbättrat samarbete (Wolf et al. 2017). Vid personcenterad vård ska patienten vara i centrum och delaktig i vårdens beslut oavsett vårdform (Edvardsson et al. 2010). Personcentrerad vård kan ge goda effekter för både personal och patienter samt ge positiv inverkan på vårdens resultat (Edvardsson et al. 2010; Socialstyrelsen 2015). Enligt Berry et al. (2014) är en viktig aspekt i personcenterad vård inom primärvården tillgänglighet för patienter. Primärvården har introducerat ett personcentrerat perspektiv genom bland annat teambaserad vård för att öka kvaliteten i vården (Berry et al. 2014). När vårdpersonal respekterar patientens sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande kan lidandet minska om det finns känslor av mening, tillit och hopp (Svensk sjuksköterskeförening 2016).

1.7 Problemformulering

I primärvårdens uppdrag ingår akuta hälso- och sjukvårdsbesök och patienter har enligt vårdgarantin en försäkran till kontakt och vid behov bedömning av legitimerad vårdpersonal inom tre dagar. Primärvården står inför utmaningar gällande tillgänglighet och vårdgaranti då besöksstrycket är högt. Utredningar som gjorts på uppdrag av regeringen har kommit fram till att hälso- och sjukvården måste arbeta för ett ökat förtroende och genom målmedvetet arbete främja utveckling, tillgänglighet och effektivitet för att möta befolkningens behov. I ett team arbetar man tillsammans för att uppnå gemensamma mål. Vårdpersonal har olika erfarenheter och genom samverkan kan de komplettera varandra med olika kunskaper utifrån patientens behov och resurser. Teamarbete kan ge goda resultat för patienter och ett gott samarbete i teamet ger ett mer effektivt arbete. Effektivt teamarbete kräver god kommunikation och kan ge förbättrade resultat för patienten. Med ett personcenterat arbetssätt blir patienten delaktig i vårdens planering och genomförande vilket ökar tryggheten och skapar förtroende för vårdpersonal. I Gävleborgs län har ett gemensamt teambaserat arbetssätt med akutflöde startats där tre hälsocentraler samarbetar. Detta har skapats för att optimera resurser, öka tillgängligheten samt uppfylla vårdgarantin. Samarbetet har ägt rum i snart två år och

det är av intresse att undersöka distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av samarbetet och att arbeta med ett teambaserat arbetssätt inom primärvårdens akutflöde.

1.8 Syfte

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta inom primärvårdens akutflöde.

1.9 Frågeställning

Vilka erfarenheter har distriktssköterskor och sjuksköterskor av arbetet inom primärvårdens akutflöde?

Vilka erfarenheter har distriktssköterskor och sjuksköterskor av teamarbete och kommunikation inom primärvårdens akutflöde?

2. Metod

2.1 Design

Studien var en empirisk studie med kvalitativ ansats och beskrivande design. Beskrivande design i kvalitativ forskning innebär att författarna håller sig nära det ursprungliga materialet (Polit & Beck 2017).

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Deltagarna i följande studie har valts ut genom ändamålsenligt urval. Med ett ändamålsenligt urval rekryteras deltagare som har kunskaper och erfarenheter som stämmer överens med det som studien ämnar att undersöka (Polit & Beck 2017). Tio sjuksköterskor och distriktssköterskor från tre hälsocentraler som arbetar med det enda gemensamma akutflödet i Gävleborgs län tillfrågades att delta i studien, inget bortfall förekom. Inklusionskriterier för deltagarna var att de skulle vara legitimerade sjuksköterskor eller distriktssköterskor som hade minst tre månaders erfarenhet av arbetet med akutflödet samt hade arbetat med akutverksamhet inom primärvård tidigare. Exklusionskriterier för urvalet var sjuksköterskor och distriktssköterskor som inte hade erfarenhet av tidigare arbetssätt med akutverksamhet inom primärvårdens regi. Studiedeltagarnas ålder var mellan 43 – 64 år (medelålder 51,2 år). Samtliga deltagare i studien var kvinnor som hade arbetat som sjuksköterska 5 – 30 år (medelvärde 16,3 år). De hade varit yrkesverksamma inom primärvården 2 – 16 år (medelvärde 7,9 år).

Deltagarna hade erfarenhet från arbete med akutflöde i 1,5 år. Nio av deltagarna hade specialistutbildning som distriktsköterska och vissa av deltagarna hade även annan vidareutbildning som till exempel akutsjukvård och kirurgsjukvård.

2.3 Datainsamlingsmetod

Datainsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer individuellt med deltagarna (Polit & Beck 2017). Intervjuerna genomfördes med stöd av en intervjuguide, vilket höjer en studies trovärdighet eftersom liknande frågor ställdes till alla deltagare (Polit & Beck 2017). Vid semi-strukturerade intervjuer innehåller intervjuguiden en översikt av ämnen med förslag till frågor vilket ger forskaren möjlighet att ställa öppna frågor där deltagarens beskrivande berättelse främjas (Kvale & Brinkman 2014). Deltagarna fick möjlighet att berätta om sina erfarenheter och författarna såg till att syftet med studien täcktes. Intervjuguiden bestod av frågor som till exempel *”Beskriv hur ni arbetar på akutflödet utifrån dina erfarenheter”*, *”Beskriv hur teamarbetet går till på akutflödet”* och *”Hur fungerar kommunikationen mellan olika yrkeskategorier på akutflödet?”*. Intervjuerna inleddes med en orienterande fas utifrån Kvale och Brinkman (2014) där deltagarna informerades om studiens syfte, praktiska frågor gällande inspelning samt att deltagandet var frivilligt. Studiedeltagarna fick besvara bakgrundsuppgifter om ålder, antal år som sjuksköterska, eventuell specialistutbildning, anställningsår inom primärvården samt hur länge de arbetat med akutflödet. Följdfrågor ställdes i anslutning till huvudfrågor när författarna önskade att deltagarna skulle utveckla sina svar för att få en djupare förståelse om ämnet. Vid intervjuer där öppna frågor ställs bidrar följdfrågor till att få ett mer heltäckande svar (Polit & Beck 2017). Exempel på följdfrågor som användes var: *Kan du utveckla? Berätta mer? Hur menar du då?* Samtliga intervjuer avslutades med en öppen fråga om deltagarna önskade delge något mer i ämnet vilket enligt Kvale och Brinkman (2014) kan medföra att värdefull information framkommer. Författarna frågade även om de fick återkomma med ytterligare frågor vid behov. En pilotintervju genomfördes för att undersöka om intervjufrågorna gav svar på studiens syfte. Pilotintervju rekommenderas vid kvalitativa studier för att säkerställa intervjufrågornas kvalitet och resultatets trovärdighet (Polit & Beck 2017). Pilotintervjun ansågs uppfylla kriterierna och inkluderades därmed i studien. Därefter utfördes resterande nio intervjuer. Dessa pågick i 12 – 28 minuter (medelvärde 19,2 minuter).

2.4 Tillvägagångssätt

Inför studiens genomförande bad författarna att få ett rådgivande yttrande hos forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle. När erhållen respons hade åtgärdats kontaktades berörd verksamhetschef skriftligt via e-post med information samt anhållan om tillstånd att utföra studien. När skriftligt tillstånd erhållits kontaktades tre enhetschefer med ansvar för berörd verksamhet via e-post. De fick informationsbrev om studien och en önskan om namn och kontaktuppgifter till möjliga deltagare utifrån inklusionskriterierna. Därefter skickades informationsbrev om studien samt förfrågan om deltagande via e-post till samtliga 22 sjuksköterskor och distriktssköterskor som författarna erhållit kontaktuppgifter till av enhetscheferna. De tio sjuksköterskor och distriktssköterskor som först tackade ja och uppfyllde inklusionskriterierna fick medverka. Intervjuerna genomfördes enskilt på en plats och tid vald av intervjupersonerna. Båda författarna närvarande vid samtliga intervjuer och turades om med att leda intervjun. Samtliga intervjuer spelades in med digital ljudinspelning och genomfördes på deltagarnas arbetsplatser i Gävleborgs län under våren 2019.

2.5 Dataanalys

Intervjumaterialet analyserades med hjälp av dataanalysmetoden kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004). Kvalitativ innehållsanalys används för att granska och tolka texter från inspelade intervjuer för att sedan identifiera mönster. Analysprocessen inleddes med att de inspelade intervjuerna lyssnades på och transkriberades ordagrant av författarna. Därefter lyssnade författarna åter på intervjuerna samtidigt som de läste det transkriberade materialet. Detta för att säkerställa att inga ord eller ljud fallit bort i transkriberingen. Materialet lästes sedan igenom upprepade gånger för att skapa en helhetsbild och förståelse av materialet. Samtligt transkriberat material analyserades mot studiens syfte. Därefter delades de transkriberade intervjuerna in i meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna identifierades och var längre uttryck eller enstaka ord som hörde ihop med varandra genom sitt sammanhang eller innebörd. Dessa utgjorde grunden för analysen. De meningsbärandeenheterna genomgick sedan en kondenseringprocess där texten reducerades genom att överflödiga ord togs bort men med det betydande innehållet bevarat vilket gjorde texten mer överskådlig. De kondenserade meningsbärande enheterna tilldelades sedan koder som beskrev innehållet utifrån den meningsbärande enhetens kontext och studiens syfte. Kategorier skapades därefter utifrån likheter i

koderna och sorterades ytterligare till subkategorier med likvärdigt innehåll. En kategori innehåller flera koder med liknande innehåll och skiljer sig från andra kategoriers innehåll. Kategorierna beskriver det uppenbara innehållet i texten (Graneheim & Lundman 2004). Exempel på analysprocessens tillvägagångssätt redovisas i Tabell 1.

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
Det som fungerar bra det är ju att, att vi kan ... om arbete och samarbete fungerar och rätt kompetens får tag på patienten för rätt bedömning då fungerar det bra bara för att det går fort och det här ska ju vara korta besök bara.	När samarbetet fungerar och rätt person bedömer patienten då fungerar det bra för att besöken går snabbt	Gott samarbete ger effektivt arbete på akutflödet	Effektivt arbete	Förändringar med ett nytt arbetssätt
eller när det kommer akuta då är det ju bra att vara fler så att då ska man ju som sköterska kanske ringa ambulans, man ska eeh sätta nål, man ska ha koll på värdena och så då är det ju lämpligt att vara två minst sköterskor till exempel. Och en doktor.	Vid akutfall är det bra att vara fler och hjälpas åt	Hjälps åt vid akuta fall	Samarbetet i arbetsgruppen	Teamarbetet i akutflödet
Det som är bra med att konsultera det är att man kan, ja om man vill ha en second opinion, man ser ju saker olika, man kanske inte ser allt själv.	Bra att konsultera för att man ser saker olika	Fördelar med att fråga andra	Råd och stöd i teamet	Teamarbetet i akutflödet

2.6 Forskningsetiska överväganden

Författarna har inför studiens genomförande bett om ett etiskt rådgivande yttrande från forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle. Omvårdnadsforskning vilar på lagar och de etiska principerna: människovärdesprincipen, godhetsprincipen, autonomiprincipen och rättvisepincipen (Codex 2018; Polit & Beck 2017). Forskningsetiska principerna innefattar krav på information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. När människor

deltar i forskningsstudier måste deras rättigheter skyddas. I människovärdesprincipen beskrivs forskarens uppgift att förebygga, undvika och minimera riskerna med deltagande i forskning. Forskaren har ett ansvar att skydda deltagare från kränkning, förödmjukelse och psykisk- eller fysisk skada. Om det föreligger en risk för skada ska forskningen avbrytas (Codex 2018; Polit & Beck 2017). Deltagarna som rekryterades fick information skriftligt och muntligt om studiens syfte och genomförande enligt informationskravet. Deltagarna lämnade muntligt och skriftligt samtycke om deltagande i studien enligt samtyckeskrevet som ingår i autonomiprincipen och som fastställdes i Nürnbergskodexen 1947. Deltagarna informerades om att de när som helst har rätt att avbryta sitt deltagande utan någon förklaring. Med godhetsprincipen ville författarna ta hänsyn till deltagarnas välbefinnande samt tydliggöra att det endast förelåg goda avsikter med genomförandet av forskningen. De fick själva avgöra om deltagande var till godo för dem. Studiens resultat har avidentifierats så det ej går att identifiera deltagarna. Materialet har bearbetats och avkodats för att minimera riskerna att identifiering blir möjlig. Datamaterial och personuppgifter som insamlats har behandlats och förvarats i enighet med konfidentialitetskravet och får ej användas till något annat än forskning. Nyttjandekravet innebär att information som insamlats om en person endast får användas till forskningsändamål. Insamlat datamaterial kommer att förstöras så snart examensarbetet är godkänt. Utifrån rättvisepincipen har alla deltagare som uppfyllde inklusionskriterierna tillfrågats om de önskat delta i studien (Codex 2018). Möjliga etiska problem som har identifierades var att en av författarna är anställd på en av hälsocentralerna där deltagare till studien rekryterades. Några av deltagarna var därmed kollegor till en av författarna vilket eventuellt kunde ha påverkat deras intresse av att delta och att de inte kände sig bekväma med att besvara frågor rörande arbetsplatsen. Dessa deltagare erbjöds att bli intervjuade av endast den andra författaren närvarande men ingen önskade detta (Codex 2018).

3. Resultat

Efter bearbetning av insamlat datamaterial i analysprocessen skapades tre kategorier: *Teamarbetet i akutflödet*, *Förändringar med ett nytt arbetssätt* och *Utmaningar i arbetet på akutflödet*. Resultatet från studien presenteras i löpande text utifrån de tre kategorierna. Innehållet i kategorierna redogörs utifrån 12 subkategorier. Citat presenteras i kursiv stil för att tydliggöra studiedeltagarnas erfarenheter.

Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna som deltog i studien kommer att benämnas

som primärvårdssköterskor i resultatet. Kategorier och subkategorier presenteras även i tabell 2.

Tabell 2. Presentation av kategorier och subkategorier.

Teamarbetet i akutflödet	Förändringar med ett nytt arbetssätt	Utmaningar i arbetet på akutflödet
Arbetssättet på akutflödet	Erfarenheter från tidigare akuta arbetssätt	Utmaningar i arbetsgruppen
Samarbetet i arbetsgruppen		Svårigheter i arbetet
Råd och stöd i teamet	Effektivt arbete	Förbättringsarbete och utveckling av arbetssätt
Tillgänglighet underlättar arbetet	Nöjda patienter	
Ökat lärande vid god kommunikation	Brister för patienten	

3.1 Teamarbetet i akutflödet

I kategorin *Teamarbetet i akutflödet* skapades fem subkategorier: *Arbetssättet på akutflödet*, *Samarbetet i arbetsgruppen*, *Råd och stöd i teamet*, *Tillgänglighet underlättar arbetet* och *Ökat lärande vid god kommunikation*. Denna kategori beskriver primärvårdssköterskornas erfarenheter av att arbeta i ett team med olika yrkeskategorier och på vilket sätt arbetssättet var fördelaktigt genom samarbete, råd och stöd i teamet, tillgänglighet till andra i teamet samt hur god kommunikation ökade lärandet.

3.1.1 *Arbetssättet på akutflödet*

Primärvårdssköterskorna i studien berättade att akutflödet består av ett team med upp till fyra sjuksköterskor eller distriktssköterskor, en undersköterska, medicinsk sekreterare och två till fyra läkare samt tidigare även en fysioterapeut. Patienterna bokades via telefonrådgivningen och primärvårdssköterskorna tog sedan emot patienterna utan indelning till vilken hälsocentral de tillhörde. En del av patienterna behövde träffa läkare för vidare bedömning medan andra endast träffade primärvårdssköterskorna. Det förekom dock att tydliga läkarfall gick direkt till läkare. Primärvårdssköterskorna uppgav att patienterna fick hjälp med den akuta åkomma de sökte för, det startades inte några utredningar och patienten skulle till den kompetens som kunde hantera fallet bäst. Utöver det som bokades via telefonrådgivningen så kom det även patienter drop-in via reception och med ambulans.

Primärvårdssköterskornas berättade att de gjorde en första bedömning av patienter som kom till akutflödet. Arbetssättet med bedömningar fungerade jättebra och behovet av läkarkontakt minskade när primärvårdssköterskorna hade tilltro till sin kompetens och bedömning. I bedömningen ingick patientens anamnes och status, eventuell provtagning och behov av läkarbedömning. De gjorde fler bedömningar nu som primärvårdssköterska vilket medförde att de tänkte till bättre och skickade hem patienter som inte behövde läkarbedömning. Enligt dem resulterade detta arbetssätt i att rätt patient fick träffa läkare. Primärvårdssköterskorna upplevde att de fick ett större ansvar när de gjorde första bedömningen av patienterna. Mer eget ansvar upplevdes vara roligt och ledde till fler egna beslut. Primärvårdssköterskorna uppgav att det var positivt att de fick använda sin kompetens och ta beslut om diagnoser och egenvårdsråd. Det framkom dock att det kunde vara ett ovant arbetssätt då patienter av tradition oftast ska lämnas över till läkare.

Man lär sig av att man får ta mycket eget ansvar med liksom, det är patienter med massa olika diagnoser och du får liksom fundera och klura lite själv på diagnos, hur du ska tänka och vad du kan göra för och ge för egenvårdsråd och så (5).

3.1.2 Samarbetet i arbetsgruppen

Samarbete skedde mellan alla yrkeskategorier på akutflödet och primärvårdssköterskorna ansåg att det var ett roligt arbetssätt med bra stämning i arbetsgruppen. Enligt primärvårdssköterskornas erfarenhet fungerade samarbetet i teamet bra och de tog hjälp av varandra när behovet fanns. Primärvårdssköterskorna beskrev även att det fanns närhet till kollegor och de hjälptes åt kring patienten. Att vara vårdpersonal från olika hälsocentraler upplevdes inte vara något problem utan sågs som en fördel eftersom det skapade närhet och en känsla av att vara tillsammans. Enligt deras erfarenheter hade samarbetet förbättrats under tid men det kunde vara personbundet hur samarbetet blev. Det var en fördel att inte vara ensam och samarbetet mellan primärvårdssköterskorna fungerade väldigt bra, likaså var det gott samarbete med läkare och undersköterskor. Det framkom från primärvårdssköterskorna att just teamarbetet gav fördelar och var stimulerande. Primärvårdssköterskorna föredrog att arbeta tillsammans, genom olika bakgrunder och erfarenhet så kompletterade de varandra.

Så att det blir beroende på vad man har för åkomma inne på rummet så kanske jag frågar den sköterskan för jag vet att hon är jätteduktig på det eller så går jag till den andra sköterskan för jag vet att det är hennes specialområde (2).

Att arbeta tillsammans upplevdes av primärvårdssköterskorna som en fördel särskilt när det kom patienter som behövde akut hjälp då de kunde hjälpas åt. Det underlättade arbetet då de hade fler att fråga om hjälp. Vissa patienter kunde ta längre tid men arbetet flöt ändå på eftersom fler primärvårdssköterskor samarbetade. Arbetsgruppen upplevdes av dem vara väl sammansatt och patienten fick rätt hjälp.

3.1.3 Råd och stöd i teamet

I teamarbetet fungerade kommunikationen mycket bra mellan yrkeskategorierna enligt primärvårdssköterskornas erfarenhet och det rådde öppenhet och lyhördhet inom teamet. Det framkom att det var viktigt att ha en bra kommunikation för att arbetet skulle fungera när det var mycket patienter. Primärvårdssköterskorna berättade att det alltid fanns någon att fråga och att de rådfrågade varandra vid osäkerhet vilket skapade trygghet. Enligt deras erfarenhet var det en fördel med arbetssättet att ha flera yrkeskategorier i teamet att be om råd och stöd. De upplevdes även vara positivt att rådfråga varandra då de kunde se saker på olika sätt. Med olika bakgrunder och speciella kompetenser upplevdes det skapa trygghet i arbetet. Att reflektera över arbetsdagen tillsammans med andra i teamet upplevdes vara svårt att hinna med enligt primärvårdssköterskorna men ansågs vara viktigt eftersom det kunde ge en bekräftelse på om bedömningen som hade gjorts var korrekt.

Att ha sköterskekollegor så nära så man kan konsultera och fråga, det är ju en stor fördel. Och lika att man har läkarna i dörrarna mitt emot. Vi sitter ju i en korridor, och dom finns ju alltid till där för å svara på dom frågor man har om man inte kan hjälpa patienterna själv helt så att... det är snabba konsultationerna, det är väl största fördelen (2).

3.1.4 Tillgänglighet underlättar arbetet

Enligt primärvårdssköterskornas upplevelser var det mest positiva med teamarbetet på akutflödet att ha läkare tillgängliga. Läkare fanns nära till hands att fråga och be om hjälp och det rådde en öppenhet till att rådfråga. Arbetet underlättades för primärvårdssköterskor eftersom tillgängliga läkare gjorde att de kunde få hjälp snabbt.

Primärvårdssköterskorna berättade att de kunde stämma av för att diskutera och konsultera med en läkare i väldigt stor uträkning vilket också ledde till ett snabbare vårdflöde för patienten.

Så jag tycker att det är ett bra samarbete, man kan alltid knacka på, man kan alltid fråga, man kan alltid be läkaren och komma in och titta lite snabbt och konsultera. (1)

3.1.5 Ökat lärande vid god kommunikation

Enligt primärvårdssköterskornas erfarenhet var arbetssättet lärorikt dels genom kommunikation i teamet men också genom att möta olika patienter. Genom samarbete och kommunikation med varandra så ökade lärandet. När primärvårdssköterskorna bad om hjälp gav det personlig utveckling eftersom läkare och andra primärvårdssköterskor delade med sig av sin kunskap.

... så nere på akutflödet blir det ett ständigt lärande tycker jag. Vi lär av varandra hela tiden (3).

3.2 Förändringar med ett nytt arbetssätt

Kategorin *Förändringar med ett nytt arbetssätt* bygger på fyra subkategorier: *Erfarenheter från tidigare akuta arbetssätt, Effektivt arbete, Nöjda patienter och Brister för patienten*. I intervjuerna delade primärvårdssköterskorna med sig av tidigare erfarenheter av arbetssätt med akuta patienter genom både nackdelar och fördelar, hur arbetet på akutflödet var effektivt, hur det mottagits av patienter samt vilka brister för patienten som framkommit enligt primärvårdssköterskornas erfarenheter.

3.2.1 Erfarenheter från tidigare akuta arbetssätt

Tidigare arbetssätt med akuta patienter upplevdes av några primärvårdssköterskor som bättre då de kände patienterna sedan tidigare samt att patienterna i större utsträckning fick tid samma dag. Det upplevdes även att det fanns en tydligare plan och uppföljning för patienterna. Andra fördelar med tidigare arbetssätt var enligt deras erfarenhet att primärvårdssköterskorna kunde avlasta andra mottagningar på hälsocentralen samt göra bisysslor vid lugnare dagar. Det framkom även att det var mindre drop-in patienter vid tidigare arbetssätt. Enligt primärvårdssköterskornas upplevelse var de mer ensamma vid tidigare arbetssätt och blev ofta avbrutna i sitt arbete. Det var svårare att få hjälp och

stöd från läkare eftersom de var upptagna. Det kunde bli längre väntetider för patienterna. Det förekom brister i sekretess eftersom telefonen ringde under besöken och många knackade på dörren. Primärvårdssköterskorna ansåg även att det var svårt att hjälpa läkare som behövde assistans.

Det kunde vara fruktansvärt att vara själv här... Det är ju positivt med akutflödet, för att man är flera (10).

3.2.2 Effektivt arbete

Det framkom från primärvårdssköterskorna att arbetet på akutflödet var effektivt och teamet träffade många patienter på en dag. Det gjordes effektiva bedömningar, åtgärder på rätt vårdnivå och patienten kunde få hela vårdkedjan i ett besök genom att få träffa flera yrkeskategorier. De flesta patienterna togs emot samma dag.

Primärvårdssköterskorna berättade att de förberedde mer till läkare genom att de gjorde en första bedömning och tog eventuella prover och parametrar vilket resulterade i ett effektivt vårdflöde. När trycket på akutflödet var högt var de tvungna att göra snabba bedömningar och fördela patienterna. Genom teamarbetet kunde primärvårdssköterskorna arbeta med flera patienter samtidigt.

Jag tycker att det påverkas bra för dom har ett ganska snabbt vårdförlopp egentligen, man får tid direkt och man får träffa sköterska, undersköterska, läkare, fysioterapeut om du behöver samma dag så på det viset har ju det blivit bättre (5).

Primärvårdssköterskorna upplevde att arbetsmängden kunde variera från dag till dag men att mer personal skapade bättre förutsättningar på akutflödet som bidrog till mindre arbetsbelastning och ökad patientsäkerhet. Det framkom dock att några primärvårdssköterskor upplevde ökad arbetsbelastning när de fick göra första bedömningen av patienterna.

3.2.3 Nöjda patienter

I intervjuerna framkom det att primärvårdssköterskorna sällan fick höra negativa synpunkter från patienter utan istället upplevde de att de flesta patienter var nöjda och tacksamma för vården som givits. De trodde att patienterna fick snabbare hjälp och blev nöjda då de fick träffa flera yrkeskategorier vid samma besök som lyssnade och såg

patienten. Primärvårdssköterskorna upplevde att patienter kunde vara mer nöjda med enbart ett besök till dem. De har från patienter fått höra att fördelar med akutflödet var att besöken gick snabbt och de fick den hjälp de behövde. Primärvårdssköterskorna hoppades att patienterna upplevde besöket som smidigt och att de kände sig väl omhändertagna.

Åh, tänk va bra jag har fått träffa sköterska jag har fått träffa läkare och kanske fysio, och det liksom bara snurrar runt bra. Så jag tycker att dom flesta är nöjda. (8).

3.2.4 Brister för patienten

Enligt primärvårdssköterskornas erfarenheter blev kontinuiteten bristande för patienterna när de fick träffa vårdpersonal från olika hälsocentraler. Det upplevdes kunna leda till brister i uppföljningen för patienter. Uppföljning riskerade att utebli om patienten träffade personal från en annan hälsocentral än sin ordinarie. Det var en svårighet att veta vem som skulle göra vad uppgav primärvårdssköterskorna. Det framkom även att patienterna hade uttryckt frustration till primärvårdssköterskorna över att de inte fick träffa läkare utan endast sjuksköterska vid sitt besök samt att de hade förväntat sig mer ingående utredning och då hänvisats till sin hälsocentral.

Alltså det är beror ju på vad de har för förväntningar, det är ju trots att ett akut besök så man kan ju inte få alla sina bekymmer tillgodosedda, så det kanske folk kan ha svårt att förstå (8).

3.3 Utmaningar i arbetet på akutflödet

Kategorin *Utmaningar i arbetet på akutflödet* redogörs utifrån tre subkategorier: *Utmaningar i arbetsgruppen, Svårigheter i arbetet* samt *Förbättringsarbete och utveckling av arbetsätt*. Kategorin beskriver de utmaningar och svårigheter som primärvårdssköterskorna upplevde i arbetsgruppen och i arbetet. Avslutningsvis beskrivs hur arbetsättet har förbättrats och skulle kunna utvecklas enligt primärvårdssköterskorna.

3.3.1 Utmaningar i arbetsgruppen

Den bristande kontinuiteten i bemanningen var en utmaning i teamarbetet enligt primärvårdssköterskornas erfarenheter. De såg nackdelar med att personal inte arbetade

hela dagar på akutflödet och att det skulle vara bättre med en mindre arbetsgrupp. Det var många som ville arbeta på akutflödet vilket gjorde att fler fick dela på arbetspassen. Primärvårdssköterskorna upplevde att rutinerna om vart arbetsmaterial skulle finnas hade varit bättre om arbetsgruppen var mindre. Det framkom även att gemenskapen i arbetsgruppen blev sämre vid personalbyte efter en halvdag. Primärvårdssköterskorna trodde att personalen inte fick samma trygghet i sig själv om det gick lång tid mellan arbetspassen på akutflödet och att känslan av delaktighet i beslut kunde påverkas. De trodde även att arbeta tillsammans hela dagar skulle ge mer struktur, stabilitet och helhet i arbetssätt.

... vi får inget flöde bara för att speciellt både sköterskor och doktorer är inte där hela dagar utan man byter vi lunch och då kommer nästa gäng liksom man får inte det där gänggemenskapen tycker jag (7).

Andra utmaningar som framkom var att arbetet påverkades av vilka som arbetade tillsammans. Enligt primärvårdssköterskorna hade de olika arbetstempo och en akutverksamhet som har ett högre tempo gjorde att vissa inte ville arbeta med akutflödet. Primärvårdssköterskorna berättade att de försökte sträva efter att ta lika många patienter som de andra primärvårdssköterskorna på akutflödet men visste samtidigt att patienter kunde ta olika lång tid. Det kunde leda till stress när personalen ville prestera och fördela arbetsmängden. Enligt primärvårdssköterskornas erfarenhet var det ett problem att en primärvårdssköterska kunde bli ensam kvar vid lunch med endast ett telefonnummer till läkare. Det upplevdes som osäkert och svårt att ta hand om patienter ensam om något skulle inträffa. Det framkom även att den gemensamma tidboken upplevdes vara svåröverskådlig vilket gjorde att primärvårdssköterskorna hade svårt att se vilka patienter som var omhändertagna.

3.3.2 Svårigheter i arbetet

Primärvårdssköterskorna i studien berättade att det var många patienter som kom drop-in via receptionen vilket störde arbetet. Det uppstod stressiga situationer när patienter kom drop-in via receptionen som ofta ledde till överbokningar. Personalen hann då inte med och vid stress kunde misstag inträffa. Det var skillnad på hur de upplevde och hanterade stress enligt primärvårdssköterskornas erfarenhet vilket gjorde att några upplevde mer stress i arbetet på akutflödet. Att det förekom att patienter kom drop-in

trodde de berodde på bristande tillgänglighet i telefonrådgivningen samt språksvårigheter. Namnet på verksamheten trodde primärvårdssköterskorna var missvisande och kunde leda till att patienter sökte vård direkt utan att boka tid. Det tog mycket tid från arbetet för primärvårdssköterskorna att gå till receptionen för att göra bedömningar av patienter som kom drop-in och det upplevdes att få av dem behövde ett akut omhändertagande.

Ehm där känner jag att där har vi nånting vi måste arbeta på, vi måste på nått sätt kunna mota drop-in patienter. För det stör hela arbets... miljön, eh för det är ju nästan alltid fullbokat i våra tidböcker och kommer det då en enda drop-in patienten så ruckar det hela systemet (3).

Enligt primärvårdssköterskornas upplevelse blev det väntetider på grund av drop-in patienter samt ambulanser som kom till akutflödet. Oerfaren personal kunde också leda till ökade väntetider och väntetider kunde väcka irritation hos patienter. Enligt primärvårdssköterskorna var akutflödet belastat med överbokningar och felbokningar. Det framkom att primärvårdssköterskorna upplevde att det blev överbokningar då det var brist på tider till hälsocentralerna. De upplevde även att telefonrådgivningen inte tog hänsyn till om tiderna på akutflödet redan var fullbokade.

...det är ju lite samma som inne på akutflödet också att bara för att man, att det heter akut så tror folk att man har flera armar eller nånting för där kan man överboka hej vilt liksom, hur mycket som helst... (9).

Primärvårdssköterskorna beskrev att det var svårt att göra en bedömning i telefonrådgivningen vilket ledde till felaktiga bokningar på akutflödet. Det uppgavs att patienter som inte hade behov av vård samma dag och som istället skulle kunna få egenvårdsråd bokades till akutflödet för att det fanns tider tillgängliga. Enligt primärvårdssköterskornas erfarenhet sökte patienter läkarvård i onödan på grund av okunskap. Det framkom även att de upplevde att akutflödet skulle kunna ha fungerat som det var menat om endast patienter med akuta åkommor bokades.

3.3.3 Förbättringsarbete och utveckling av arbetssätt

Primärvårdssköterskorna berättade att tidigare ingick det en fysioterapeut i teamet på akutflödet. Fysioterapeuten var nu en saknad kompetens i teamet. Det var en förlust att de inte var kvar på akutflödet då de gjorde stor nytta i teamet och för patienterna. Samarbetet med fysioterapeuten var en rolig och givande upplevelse enligt primärvårdssköterskornas beskrivning.

För det tyckte jag, det kanske nästan var det bästa på ett sätt, att dom var där. Dels har man fått en större förståelse för vad dom gör. Vad deras arbetsuppgifter är och vad mycket dom liksom kan hjälpa patienterna med. Det har nog jag inte riktigt förstått även om jag vet att dom är duktiga. (8).

Primärvårdssköterskorna berättade att förändringar som mer personal dagar då patienttrycket var högt har genomförts. Det framkom att de upplevde att det fanns förbättringspotential på akutflödet. Ett förslag var att minska antal personal i arbetsgruppen för att öka kontinuiteten i bemanningen. Primärvårdssköterskorna upplevde att det var svårt att utveckla verksamheten på akutflödet då det var flera chefer involverade, det skulle underlätta att ha en chef som hade huvudansvaret. Det framkom en önskan om att en sjuksköterska skulle vara tillgänglig för att ta emot och bedöma drop-in patienter som kom via receptionen om de skulle bokas till akutflödet. Primärvårdssköterskorna uttryckte även en önskan att utveckla arbetssättet genom att ha kompetens från psykosociala teamet med i arbetsgruppen på akutflödet för att på bästa sätt kunna ta emot patienter med psykisk ohälsa.

... jag skulle tycka var bra om vi hade även nån från psykosociala teamet för det är väldigt ofta som det är psykisk ohälsa och suicidförsök och, och dom kan inte vi riktigt ta hand om tycker jag kanske på allra bästa sätt (3).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Föreliggande studies analys resulterade i tre kategorier som beskriver distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta inom primärvårdens akutflöde. I kategorin *Teamarbetet i akutflödet* beskrev distriktssköterskorna och sjuksköterskorna arbetssättet på akutflödet, väl fungerande samarbete i teamet,

erfarenheter av att få råd och stöd i teamet, hur tillgängliga läkare underlättade arbetet samt hur god kommunikation ökade lärandet. I kategorin *Förändringar med ett nytt arbetssätt* beskrev distriktssköterskorna och sjuksköterskorna erfarenheter från tidigare akuta arbetssätt utifrån nackdelar och fördelar, hur arbetssättet på akutflödet var effektivt, hur det mottagits av patienter samt vilka brister för patienten de uppmärksammat. I kategorin *Utmaningar i arbetet på akutflödet* framkom vilka utmaningar distriktssköterskorna och sjuksköterskorna upplevt i arbetsgruppen, svårigheter i arbetet samt förbättringsarbeten som hade genomförts och förslag till utveckling av arbetssättet.

4.2 Resultatdiskussion

I primärvårdens uppdrag ingår oplanerad hälso- och sjukvård, akut verksamhet, (Socialstyrelsen 2016) och patienter har enligt vårdgarantin en försäkran om att få kontakt med primärvården inom tre dagar för en medicinsk bedömning (SFS 2017:30). En övergång till teambaserad vård har enligt en kvalitativ studie medfört att primärvårdens arbete kan bemöta patientens vårdbehov vilket inte uppfylldes i tidigare arbetssätt (Lyson et al. 2019). Primärvårdssköterskorna i föreliggande studie uppgav att patienterna skulle bedömas av den kompetens inom teamet som kan ta hand om patienten på bästa sätt. Teamarbete där rätt kompetens utför arbetsuppgifter inom sitt kunskapsområde har enligt en tidigare studie från USA resulterat i högkvalitativ vård. (Wagner et al. 2017). Teamarbete i vården kan förbättra relationer och välmående hos personal när de gemensamt strävar mot samma mål (Lyson et al. 2019). Tidigare forskning har visat att teamarbete bidrog till att vårdpersonal upplevde kvalitet i arbetet. Teamarbete och sammanhållning inom teamet upplevdes även bidra till bättre vård för patienten (Mundt & Swedlund 2016). Primärvårdssköterskorna i föreliggande studie upplevde ett gott samarbete i arbetsgruppen och de tog hjälp av varandra. Närhet till kollegor gjorde att arbetet underlättades när behov av hjälp fanns. Att samarbeta med personal från andra hälsocentraler medförde en känsla av att vara tillsammans. Primärvårdssköterskorna i föreliggande studie fann många fördelar med att en fysioterapeut ingick i teamet på akutflödet tidigare. Samarbetet med dem var givande för både patienter och personal. Detta framkommer även i en tidigare studie att patienter upplevde fördelar med att under ett besök kunna få träffa flera yrkesprofessioner då det ledde till att de kunde få bättre förståelse och förutsättningar att hantera sin medicinska åkomma (Szfran et al. 2018).

En studie med syfte att undersöka utmaningar och möjligheter inom primärvården belyste bristen på personal. Med en växande befolkning var det en utmaning för primärvården att möta befolkningens behov. Studien kom fram till att bristen på läkare medförde att sjuksköterskor får ta ett större ansvar inom primärvården (Bauer & Bodenheimer 2017). Primärvårdssköterskorna i föreliggande studie upplevde att de fick ta ett större ansvar i det nya arbetssättet på akutflödet när de gjorde första bedömningen av patienter. Deras arbete med bedömningar samt tilltro till sina kunskaper ledde till att rätt patienter fick träffa läkare enligt deras erfarenheter. Det upplevdes positivt att de fick använda sin kompetens samt att de fick ta fler egna beslut. Tidigare forskning har kommit fram till att sjuksköterskor upplevt utmaningar i att öka primärvårdens tillgänglighet eftersom de oroade sig för om deras färdigheter och kunskaper skulle vara tillräckliga för att möta denna efterfrågan (Lowen, Peres, Poli & Faoro 2017).

Tidigare forskning har visat att genom samverkan i ett teambaserat arbetssätt så kan personal komplettera varandra med sina olika kunskaper (Ghiyasvandian, Zakerimoghadam & Peyravi 2014) då teammedlemmar har olika perspektiv och erfarenheter (van Dongen et al. 2017). I föreliggande studie framkom det att primärvårdssköterskorna föredrog att arbeta tillsammans då de hade flera att fråga och de upplevde att de kompletterade varandra i teamet med sina kunskaper. Det framkom även enligt primärvårdssköterskornas erfarenheter att arbetssättet var effektivt. De förberedde mer till läkare vilket resulterade i ett effektivt vårdflöde för patienten vilket var i likhet med två tidigare studier som undersökt teambaserade arbetssätt. När sjuksköterskor inhämtade viktig information om patienten resulterade det i att läkare mer effektivt kunde ta beslut kring patientens vård (Goldberg et al. 2013; Propp et al. 2010). I föreliggande studie upplevde primärvårdssköterskorna trygghet då det var enkelt att be om råd och stöd från olika yrkeskategorier. Detta har även visats sig i en kvalitativ studie där det framkom att goda relationer och stöd mellan kollegor var väldigt viktigt för att kunna prestera som ett team (Mundt & Swedlund 2016). Tillgänglighet och möjlighet att ta hjälp av varandra ansågs av sjuksköterskor i en tidigare studie som viktigt. Att kommunicera med varandra direkt ansågs viktigt för att samordna patientens vård och för att dela med sig av viktig information (Mundt & Swedlund 2016). Primärvårdssköterskorna ansåg i föreliggande studie att läkare som fanns tillgängliga att rådfråga och få stöd av var det mest positiva med teamarbetet. Genom att de kunde få hjälp snabbt från läkare, diskutera och be om råd, blev

vårdflödet effektivt. Ett fungerande teamarbete kräver god kommunikation som visat sig ge effektiv vård och förbättrade resultat för patienten i flera tidigare studier (Butchibabu et al. 2016, Ghiyasvandian, Zakerimoghadam & Peyravi 2014; Propp et al. 2010). I föreliggande studie upplevde primärvårdssköterskorna att god kommunikation inom teamet var viktigt för att få ett fungerande arbetssätt. Enligt deras erfarenhet var kommunikationen välfungerande och det rådde en öppenhet och lyhördhet inom teamet.

Studier har visat att teambaserad vård har potential att förbättra resultaten för patienten (Lyson et al. 2019). Likaså kan personcentrerad vård ge goda effekter för både patient och personal (Edvardsson et al. 2010). Enligt en studie av Berry et al. (2014) är en viktig aspekt för att kunna ge personcenterad vård tillgänglighet inom primärvården. I föreliggande studie framkom det att patienterna enligt primärvårdssköterskorna i det flesta fall fick tid samma dag för bedömning av legitimerad vårdpersonal. De upplevde att patienterna var nöjda med ett snabbt besök och att de fått träffa flera yrkeskategorier. Att skapa förutsättning för personcenterad vård innefattar miljön där vården bedrivs och i processen ska sjuksköterskan arbeta utifrån patientens värderingar och upplevelser av hälsa för att möjliggöra tillfredsställelse och delaktighet i sin egen vård (McCormack & MacCane 2006). I föreliggande studie framkom det enligt primärvårdssköterskornas uppfattning att patienterna kände sig sedda och lyssnade på samt att de fick den hjälp de behövde. Wolf et al. (2017) beskriver i sin studie att patienter känner sig uppmärksammade och att vårdpersonal lyssnar på dem vid personcenterad vård. Det medför att patienter känner trygghet och ökat förtroende (Wolf et al. 2017). I arbetssättet på akutflödet beskrev primärvårdssköterskorna i föreliggande studie att patienter genom effektiva bedömningar, åtgärder på rätt vårdnivå och med kompetens från flera yrkeskategorier kunde patienten få hela vårdkedjan i ett besök. Vid personcenterad vård ska patienten vara i centrum (Edvardsson et al. 2010) och på akutflödet samarbetar flera yrkesprofessioner som ett team med patientens behov i fokus. Det framkom från primärvårdssköterskorna i föreliggande studie att kontinuiteten var bristande för patienterna då de fick träffa vårdpersonal från olika hälsocentraler vilket även kunde leda till att uppföljningen av patienterna kunde bli lidande. Således blir den personcentrade vården bristande då personen ska ses som en helhet och arbetet med att främja hälsa ska ske utifrån personens unika perspektiv (Svensk sjuksköterskeförening 2016).

Tid för reflektion ansågs av primärvårdssköterskorna i föreliggande studie som viktigt men upplevdes vara svårt att hinna med inom teamet. En tidigare studie har visat att personalmöten gynnar möjligheterna att bibehålla en god kommunikation (Kennedy et al. 2015). Mundt och Swedlund (2016) fann i sin studie av teambaserat arbetssätt att sammanhållningen påverkades negativt av hög personalomsättning något som också framkom i föreliggande studie. Primärvårdssköterskorna upplevde att bristande kontinuitet i bemanningen ledde till sämre gemenskap och brister i rutiner. Känslan av trygghet och delaktighet kunde bli lidande om det gick lång tid mellan arbetspassen på akutflödet. Svårigheter i arbetet uppstod enligt primärvårdssköterskorna i föreliggande studie när patienter kom drop-in via receptionen. Propp et al. (2010) fann i sin studie att sjuksköterskor förväntades ta en ledande roll och hantera stressiga situationer. När stressituationer uppstod förväntades sjuksköterskan inta rollen som ledare för att struktura upp situationen. I föreliggande studie framkom det att primärvårdssköterskorna gjorde bedömningar på patienter som kom drop-in vilket tog mycket tid från arbetet och ledde till överbokningar samt stress. God kommunikation mellan patient och vårdpersonal är viktig för att kunna förstå varandra och språksvårigheter kan leda till brister i kommunikation (Norouzinia et al. 2015). I föreliggande studie trodde primärvårdssköterskorna att språkförbistringar och bristande tillgänglighet i telefonrådgivning medförde att fler patienter sökte vård drop-in via receptionen. Wranik et al. (2019) beskriver i sin studie att ett bra teamarbete i primärvården där flera yrkesprofessioner ingår kräver tydliga roller och ett gott ledarskap. Primärvårdssköterskorna i föreliggande studie upplevde svårigheter i att utveckla arbetssättet när flera chefer delade på ansvaret för verksamheten. De önskade att endast en skulle ha det övergripande ansvaret.

4.3 Metoddiskussion

Trovärdigheten i en kvalitativ studie kan diskuteras utifrån begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Detta görs genom att detaljerat redogöra för deltagarnas bakgrund, datainsamlingsmetod samt genomförandet av analysprocessen (Polit & Beck 2017).

4.3.1 Giltighet

I kvalitativa studier ska författarna arbeta för att uppnå ett så giltigt resultat som möjligt. Med giltighet menas resultatets pålitlighet i en studie. Datainsamlingen och

dataanalysens genomförande gentemot studiens syfte ligger till grund för giltigheten. Att författarna tydligt beskriver tillvägagångssättet i studien är även av stor vikt för giltigheten (Polit & Beck 2017). Syftet med föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta inom primärvårdens akutflöde. Studien genomfördes med kvalitativ ansats och beskrivande design. Kvalitativ ansats och beskrivande design ansågs som lämplig då studiens syfte var att beskriva studiedeltagarnas erfarenheter inom ett specifikt område. Vid beskrivande design i kvalitativ forskning håller författarna sig nära det ursprungliga materialet och vald design stärker giltigheten i föreliggande studie då resultatet baseras på deltagarnas erfarenheter (Polit & Beck 2017). Ändamålsenligt urval användes för att rekrytera deltagare som har kunskaper och erfarenheter som överensstämmer med området som ska undersökas (Polit & Beck 2017). Samtliga deltagare i föreliggande studie uppfyllde de förutbestämda inklusionskriterierna. En studies trovärdighet och giltighet stärks när det finns den variation bland studiedeltagarna som anses behövas för att få ett brett resultat (Graneheim & Lundman 2004). Studiedeltagarnas variation i ålder, antal år som sjuksköterska samt antal anställningsår inom primärvården stärker giltigheten i föreliggande studie då de har olika erfarenheter. Samtliga studiedeltagare hade arbetat på akutflödet lika lång tid vilket av författarna anses stärka trovärdigheten då de har upplevda erfarenheter från samma tidsperiod sedan arbetssättet startade (Graneheim & Lundman 2004). Att inkludera män i studien var inte möjligt då ingen manlig distriktssköterska eller sjuksköterska arbetade på akutflödet. Tio deltagare rekryterades i föreliggande studie vilket anses vara tillräckligt vid kvalitativ forskning då deltagarna ej bör vara fler än 50 stycken (Polit & Beck 2017). Att en av författarna arbetade på en av de tre hälsocentralerna som ingick i akutflödet kan försvaga giltigheten då det kunde ha påverkat deltagarnas intresse av att delta och besvara frågor rörande arbetsplatsen. Dessa deltagare erbjöds att endast bli intervjuad av den andra författaren närvarande, något som inte önskades och inget bortfall förekom därför i föreliggande studie. Utifrån syftet med studien ska en relevant datainsamlingsmetod väljas då det ökar trovärdigheten. Datainsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer och stärker trovärdigheten då det fångar erfarenheter och upplevelser hos deltagaren (Graneheim & Lundman 2004). Med öppna frågor utifrån en intervjuguide möjliggjorde det för deltagarna att på ett beskrivande sätt berätta om sina erfarenheter inom området för studien vilket stärker giltigheten (Kvale & Brinkman 2014). I föreliggande studie har författarna gemensamt genomfört hela dataanalysprocessen. I metoden beskrivs

dataanalysmetod och hur analysprocessen gått till i löpande text samt i en tabell för att tydliggöra utförandet. Att tydligt redovisa genomförandet av dataanalysprocessen är en del i att styrka en studies trovärdighet (Graneheim & Lundman 2004). Giltigheten i föreliggande studies resultat styrks genom att citat från deltagare presenteras (Graneheim & Lundman 2004).

4.3.2 *Tillförlitlighet*

För att stärka studiens tillförlitlighet skapade författarna en intervjuguide. En intervjuguide säkerställer att liknande frågor ställs till samtliga deltagare vilket höjer trovärdigheten i studiens resultat (Polit & Beck 2017). Intervjuguiden provades i en pilotintervju vilket är ytterligare ett steg i att stärka tillförlitligheten. Pilotintervjun säkerställer intervjufrågornas kvalitet samt ser att den ger svar på studiens syfte. Ena författaren hade tidigare erfarenhet av att genomföra intervjuer medan den andra inte hade någon erfarenhet. Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer och turades om med att intervjua och vara observatör. Detta gjordes för att i största möjliga mån säkerställa att intervjuerna utfördes likvärdigt utifrån den befintliga intervjuguiden. Författarna hade även möjlighet att efteråt ge varandra konstruktiv kritik. Båda författarna hade arbetslivserfarenhet inom primärvård men endast den ena hade arbetat med akutverksamhet inom primärvården. Denna erfarenhet kan ha påverkat intervjusituationerna då förkunskap inom området fanns. Författare måste i en sådan situation inta en neutral position för att inte påverka deltagarnas berättelse i någon riktning (Polit & Beck 2017). Tidigare erfarenheter kan dock ses som en fördel då det kan ge en ökad förståelse i det givna sammanhanget. Författarna ingick i en handledningsgrupp där handledare och andra studenter tog del av och diskuterade analysprocessen och materialet som arbetats fram. Detta är viktigt för att stärka studiens tillförlitlighet eftersom en tredje part hjälper till att granska materialet (Graneheim & Lundman 2004).

4.3.3 *Överförbarhet*

Inom kvalitativ forskning innebär överförbarhet om forskningen som har genomförts kan överföras i andra kontexter (Polit & Beck 2017). Endast kvinnor deltog i studien vilket kan begränsa resultatets överförbarhet till grupper med endast kvinnor. Genom att författarna på ett grundligt sätt har beskrivit studiens genomförande utifrån metod innehållande urval, undersökningsgrupp, metod för datainsamling, tillvägagångssätt

samt dataanalysmetod får läsaren göra bedömningen om resultatet i studien är överförbart i ett liknande sammanhang (Graneheim & Lundman 2004).

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad

Syftet med föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta inom primärvårdens akutflöde. Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna i studien beskrev sina erfarenheter av arbetet på akutflödet som ett effektivt teamarbete med bra samarbete och väl fungerande kommunikation med lätthet att få råd och stöd inom teamet. Det framkom dock utmaningar och svårigheter i arbetet på akutflödet. Primärvården står inför utmaningen att kunna möta befolkningens behov med en jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård. Genom att ta del av resultatet i denna studie kan fördelar ses med ett teambaserat arbete på ett gemensamt akutflöde. Denna studie indikerar dock att det finns förbättringspotential och resultatet skulle kunna leda till utveckling av arbetssättet inom primärvårdens akutflöde. Studiens resultat skulle även kunna inspirera andra hälsocentraler till samarbete med liknande arbetssätt som akutflödet.

4.5 Förslag till fortsatt forskning

Ytterligare kvalitativa studier kring gemensamt arbetssätt med akutflöde inom primärvården, och då inkludera andra yrkeskategorier som ingår i teamet, vore betydelsefullt för att få ett helhetsperspektiv. Vid genomförandet av eventuell vidare forskning vore det angeläget att inkludera fler hälsocentraler i regionen för att se till likheter och skillnader i arbetssätt med akutverksamhet inom primärvården. Ett nationellt perspektiv för att ta reda på om fler hälsocentraler arbetar på liknande arbetssätt vore även av intresse. Genom enkätundersökning eller interventionsstudier skulle likheter och skillnader kunna undersökas samt påvisa om arbetssättet ökar tillgänglighet och effektivitet inom primärvården.

4.6 Slutsats

Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev att arbetet inom primärvårdens akutflöde var ett effektivt teamarbete med bra samarbete och god kommunikation mellan yrkeskategorier. Fördelar med arbetssättet var tillgänglighet att få råd och stöd av andra och att inte vara ensam. Det framkom utmaningar och svårigheter i arbetet som berörde både arbetsgruppen och patienter. Studiens resultat ger

en inblick i ett gemensamt arbetssätt med akut verksamhet utifrån distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter. Resultatet i studien kan förhoppningsvis leda till utveckling och förbättring av arbetssätt med akut verksamhet inom primärvården.

5. Referenser

Baron, A. N., Hemler, J. R., Sweeney, S. M., Tate Woodson, T., Cuthel, A., Crabtree, B. F. & Cohen D. J. (2019). Effects of Practice Turnover on Primary Care Quality Improvement Implementation. *American Journal of Medical Quality*, doi:10.1177/1062860619844001

Barreto, A. C. O., Rebouças, C. B. A., Aguiar, M. I. F., Barbosa, R. B., Rocha, S. R., Cordeiro, L. M., Melo, K. M. & Freitas, R. W. J. F. (2017). Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, ss. 266-273. doi:10.1590/0034-7167-2017-0702

Bauer, L. & Bodenheimer, T. (2017). Expanded roles of registered nurses in primary care delivery of the future. *Nursing Outlook*, 65(5), ss. 624-632. doi:10.1016/j.outlook.2017.03.011

Berry, L. L., Beckham, D., Dettman, A. & Mead, R. (2014). Toward a strategy of patient-centered access to primary care. *Mayo Clinic*, 89(10), ss. 1406-15. doi:10.1016/j.mayocp.2014.06.011

Brandstorp, H., Halvorsen, A. P., Sterud, B., Bjørgun, S., Haugland, B. & Kirkengen, L. A. (2016). Primary care emergency team training in situ means learning in real context. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(3), ss. 295-303. doi:10.1080/02813432.2016.1207150

Butchibabu, A., Sparano-Huiban, C., Sonenberg, L. & Shah, J. (2016). Implicit Coordination Strategies for Effective Team Communication. *Human factors*, 58(4), ss. 595-610. doi:10.1177/0018720816639712

CODEx (2018). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2019-05-02]

Davis, K. D., Sweeny, J. S. & Thompson, A. E. (2019). Extended Hospitalization, Patient Demoralization, and Nurse Communication: Influences on Patient Emotional Well-Being. *Medsurg Nursing*, 28(1), ss. 23-30

Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (2018).
God och nära vård - en primärvårdsreform (SOU 2018:39). Stockholm: Statens
offentliga utredningar

Edvardsson D., Ekwall A., Hällgren Graneheim. U., Meidell L., Norberg A. (2010).
Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Studentlitteratur. Lund

Ericsson, C., Skagerström, J., Schildmeijer, K., Årestedt, K., Broström, A., Pakpour, A.
& Nilsen, P. (2019). Can patients contribute to safer care in meeting with healthcare
professionals? A cross-sectional survey of patient perceptions and beliefs. *BMJ Quality
& Safety*, doi:10.1136/bmjqs-2018-008524

Ghiyasvandian, S., Zakerimoghadam, M. & Peyravi, H. (2014). Nurse as a facilitator to
professional communication: a qualitative study. *Global Journal of Health Science*,
(7)2, ss. 294-303. doi:10.5539/gjhs.v7n2p294

Goldberg, D. G., Beeson, T., Kuzel, A. J., Love, L. E. & Carver, M. C. (2013). Team-
based care: a critical element of primary care practice transformation. *Population
Health Management*, 16(3), ss.150-6. doi:10.1089/pop.2012.0059

Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research:
Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*,
24(2), ss. 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hersh, L., Salzman, B. & Snyderman, D. (2015). Health Literacy in Primary Care
Practice. *American Family Physician*, 92(2), ss. 118-24

Kennedy, N., Armstrong, C., Woodward, O. & Cullen, W. (2015). Primary care team
working in Ireland: a qualitative exploration of team members' experiences in a new
primary care service. *Health and Social Care in the Community*, 23(4), ss. 362–370,
doi: 10.1111/hsc.12150

- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. SAGE Publications Inc., Thousand Oaks
- Lowen, I. M. V., Peres, A. M., Ros, C. D., Poli P. N. & Faoro, N. T. (2017). Innovation in nursing health care practice: expansion of access in primary health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), ss. 898-903. doi:10.1590/0034-7167-2016-0131
- Lyson, H. C., Ackerman, S., Lyles, C., Schillinger, D., Williams, P., Gourley, G., Gupta, R., Handley, M. & Sarkar, U. (2019). Redesigning primary care in the safety net: A qualitative analysis of team-based care implementation. *Healthcare*, 7(1), ss. 22-29. doi:10.1016/j.hjdsi.2018.09.004
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), ss 472-479
- Mundt, M. P. & Swedlund, M. P. (2016). A human factors systems approach to understanding team-based primary care: a qualitative analysis. *Family Practice*, 33(6), ss. 721-726. doi:10.1093/fampra/cmw093
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M. & Samami, E. (2015). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), ss. 65-74. doi:10.5539/gjhs.v8n6p65
- Nunes, E. C. & Muniz, E. L. (2016). Nursing in the mirror: unveiling transpersonal leadership in team care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4). doi:10.1590/1983-1447.2016.04.63815
- Olmos-Ochoa, T. T., Bharath, P., Ganz, D. A., Noël, P. H., Chawla, N., Barnard, J. M., Rose, D. E., Stockdale, S. E., Simon, A. & Finley, E. P. (2019). Staff Perspectives on Primary Care Teams as De Facto "Hubs" for Care Coordination in VA: a Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*, 8(6), ss. 65–74. doi:10.5539/gjhs.v8n6p65

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

Porter, E. M., Pabo, A. E. & Lee, H T. (2013). Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients´ Needs. *Health affairs*, 32(3). ss. 516-525. doi:10.1377/hlthaff.2012.0961

Propp, K. M., Apker, J., Zabava Ford, W. S., Wallace, N., Serbenski, M. & Hofmeister, N. (2010). Meeting the Complex Needs of the Health Care Team: Identification of Nurse—Team Communication Practices Perceived to Enhance Patient Outcomes. *Qualitative Health Research*, 20(1), ss. 15–28. doi:10.1177/1049732309355289

Region Gävleborg (2019). *Akutflöde Sandviken, arbetsbeskrivning PV VO Västra Gästrikland*

Roecker, S., Budó, M. D. L. D. & Marcon, S. S. (2012). The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. *Revista da Escola de Enfermagem*, 46(3), ss. 641-649. doi:10.1590/S0080-62342012000300016

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)*.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30 [2019-05-02]

Silva, A. P. F. D., Backes, D. S., Magnago, T. S. B. S. & Colomé, J. S. (2019). Patient safety in primary care: conceptions of family health strategy nurses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180164

Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (2016). *Effektiv vård* (SOU 2016:2). Stockholm: Statens offentliga utredningar

SKL (2015). *Bättre flöde I vården- Vad menas med det?*

<https://skl.se/download/18.57b7029e14fdf1b24c341bd9/1443775930226/Battre-flodewebbtidning.pdf> [2019-05-04]

Socialstyrelsen (2016). *Primärvårdens uppdrag- en kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20066/2016-3-2.pdf>
[2019-05-04]

Socialstyrelsen (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Aktuell från 1 januari 2015.*

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>
[2019-05-04]

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård.*

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf [2019-05-02]

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad*

sjuksköterska. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf> [2019-05-10]

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.*

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf [2019-05-10]

Szafran, O., Bell, N. R., Green, L. & Kennett, S. L. (2018). Patients' perceptions of team-based care in family practice: access, benefits and team roles. *Journal of Primary Health Care*, 10(3). ss. 248-257. doi:10.1071/HC18018

van Dongen, J.J., van Bokhoven, M. A., Daniëls, R., Lenzen, S. A., van der Weijden, T. & Beurskens A. (2017). Interprofessional primary care team meetings: a qualitative approach comparing observations with personal opinions. *Family Practice*, 34(1), ss. 98-106. doi:10.1093/fampra/cmw106

Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W. & Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), ss. 1257–1267. doi:10.1111/ijcp.12686

Wagner, E. H., Flinter, M., Hsu, C., Crompton, D., Austin, B. T., Etz, R., Crabtree, B. F. & Ladden, M. D. (2017). Effective team-based primary care: observations from innovative practices. *BMC Family Practice*, 18(1), doi:10.1186/s12875-017-0590-8

Wolf, A., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M. & Britten, N. (2017) The realities of partnership in person-centred care: a qualitative interview study with patients and professionals. *BMJ Open*, 7(7), doi:10.1136/bmjopen-2017-016491

Wranik, W. D., Price, S., Haydt, M. S., Edwards, J., Hatfield, K., Weir, J. & Doria, N. (2019). Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy*, doi:10.1016/j.healthpol.2019.03.015