

Samverkan mellan slutenvård och hemsjukvård

SAMSA och SIP – ett verktyg vid samverkan

**Collaboration between inpatient care and home
health care**

SAMSA and SIP- a tool for collaboration

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2019

Författare: Ala Issa Almashik

SAMMANFATTNING

Titel:	Samverkan mellan slutenvård och hemsjukvård SAMSA och SIP – ett verktyg vid samverkan
Författare:	Issa Almashik, Ala
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad - distriktssköterska A1E OM806A
Handledare:	Sirpa Rosendahl
Examinator:	Larsson, Margareta
Sidor:	25
Nyckelord:	Distriktssköterska, dokumentation, kommunikation, samverkan, vårdandet.

Sammanfattning

Bakgrund: Multisjuka äldre patienter har behov av kommunala hälso-sjukvårds insatser. Samverkan av dessa insatser sker via ett digitalt kommunikationssätt SAMSA. Planeringen inför hemgången sker mellan berörda aktörer där den ska genomföras under ett SIP-möte. Vårdandet utgår från att multisjuka äldre patient bör ge ett samtycke, därefter genomförs stegen i samverkansprocessen. Distriktssköterskors professionella roll utgår ifrån på att ge stöd och en trygg hemgång. Samverkan mellan berörda aktörer och planläggningen styrs av en ny lag om samverkan. **Syfte:** Belysa hur distriktssköterskor upplever arbetet utifrån den nya samverkanslagen vid utskrivningen av multisjuka äldre till hemmet. **Metod:** Med den kvalitativa forskningsintervjun samlades data in från fem distriktssköterskor. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultat:** Ur analysen framträdde fyra kategorier: Samverkan vid utskrivningen, Digitala kommunikationssätt, Föränderliga utskrivningsdatum och Olika aktörer som är beroende av varandra. **Konklusion:** I resultatet framkommer att brist på information och dokumentation mellan berörda aktörer påverkar samverkan. Patienter och anhöriga upplever ofta brister i informationen från slutenvården. De digitala kommunikationssätten fungerar men är under inlärningsstid. Det är viktigt med uppdateringen i systemet innan hemgång. Aktörerna bör ta sitt ansvar där alla kompletterar och inte ersätter varandra.

ABSTRACT

Title: Collaboration between inpatient care and home health Care
SAMSA and SIP- a tool for collaboration

Author: Issa Almashik, Ala

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS
ECTS

Supervisor: Sirpa Rosendahl

Examiner: Larsson, Margareta

Pages: 25

Keywords: Communication, district nurse, documentation, collaboration, care,

Abstract

Background: The multi-sick old patient needs the help of community health care services. The collaboration of these efforts has done by a digital communication system SAMSA. The planning for the home run takes place between the relevant actors where it is to be carried out during a SIP meeting. The care is based on the fact that the older patient should give consent, then various steps carried out in the collaboration process. The district nurses' professional role is based on providing support and a safe homecoming. A new law on collaboration governs collaboration between the actors involved and the planning.

Purpose: To elucidate how the district nurse perceives the work based on the new collaborative effort in the discharge of the multi-sick elderly patient in the home

Method: with the qualitative research interview, data was collecting from five district nurses. Data was analysing with qualitative content analysis with inductive approach.

Result: From the analysis, four categories appeared: Collaboration at discharge, Digital communication methods, Changing printing dates and Different actors who are interdependent.

Conclusion: An absence of information and documentation between the actors concerned affects the collaboration. Patients and relatives often experience lack of information from inpatient care. The digital communication system works but is still in the process of learning time. It is important to update patient information in the system before being discharged from hospital. The actors should be taken their responsibility where everyone complements each other and hadn't replaced each other.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	2
ABSTRACT	3
INLEDNING	2
BAKGRUND	2
Utskrivningsprocessen	2
SAMSA	2
Samordnad individuell plan (SIP).....	2
LAGAR OCH STYRDOKUMENT	3
Den multisjuka äldre patienten.....	4
Distriktssköterskors roll	4
Delaktighet i vårdande	5
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE.....	7
METOD.....	8
URVAL.....	8
DATAINSAMLING	8
ANALYS.....	9
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT.....	11
Samverkan mellan olika sjukvårdsaktörer	11
Samverkan mellan kommunal och slutenvård förr och nu.....	11
Fortfarande nytt, under inlärningsstid.....	12
Digitala kommunikationssätt	13
Fördelar och nackdelar med SAMSA	13
Fördelar och nackdelar med SIP- möten	14
Vid utskrivning av patienten till hemmet.....	15
Föränderliga utskrivningsdatum.....	15
Att känna patienten och ge information skapar trygghet och kontinuitet.....	16
Olika aktörer som är beroende av varandra	17
Sjukhusets ansvar	17
Kommunens ansvar	18
Primärvårdens ansvar.....	18
RESULTATSAMMANFATTNING	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion	21
KONKLUSION.....	25
Förslag på fortsatt forskning hur tillämpar vi detta i kliniken	25
REFERENSER	26
BILAGOR	29

INLEDNING

Allt fler äldre patienter som skrivs ut från slutenvården har behov av olika insatser i hemmet av kommunal sjukvård. Patienter som önskar och har behov av fortsatt vård i hemmet, har rätt till att få god vård och omvårdnad av kommunal sjukvård. Målet med vård i hemmet är att få fortsatt medicinsk behandling och skapa välbefinnande samt ge trygghet hos äldre patienter som lider av olika hälsoproblem. I samverkan mellan slutenvården och den kommunala hälso- och sjukvården sker helhetsbedömningar. Dessa utförs av sjuksköterskor, läkare och rehabpersonal tillsammans med olika professioner inom kommunal hälso- och sjukvård, bland annat distriktssköterskor. Distriktssköterskor har en god förmåga att göra helhetsbedömningar av patienters hälsobehov och kan ge anpassningsbar och individuell vård av god kvalitet. Distriktssköterskors samverkan vid patienters utskrivning från slutenvård har en stor betydelse, därför att distriktssköterskor har en professionell roll där de kan se helheten, att se patienters olika hälsobehov från olika vinklar. Den kan ge korrekta och goda bedömningar som kan vara realistiska i patienters behandling och vård. För att få kunskap om distriktssköterskors upplevelse vid utskrivningen av patienter från slutna hälso- och sjukvård är det angeläget att få studera samverkan mellan slutenvårdens hälso- och sjukvård och kommunal hälso- och sjukvård.

BAKGRUND

Utskrivningsprocessen

SAMSA

SAMSA är ett IT-stöd för att stödja den digitala kommunikationen mellan sjukhus, primärvård och kommuner i Västra Götaland (Samverkan Västra Götaland, 2018). SAMSA började användas 25 september 2018 med syftet att stödja överenskommelse och informationsöverföring vid kommunikationen som sker mellan de berörda enheterna (a,a). Tjänsten omfattar både omsorgsperspektivet och betalningsperspektivet. Syftet med SAMSA är att på en elektronisk väg kunna hantera rutinen för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland. Det är viktigt att värdera och reflektera över dokumentation ur vårdpersonals perspektiv. Kommunikation mellan de berörda enheterna sker genom att skicka meddelanden i SAMSA. Meddelandena är journalhandlingar som alla berörda enheter kan ta del av (Samverkan Västra Götaland, 2018)

Samordnad individuell plan (SIP)

SIP är en process vid utskrivning av alla patienter oavsett ålder i den gemensamma vård och rehabiliteringsprocessen mellan olika vård- och omsorgsgivare. Riksdagen lagstiftade, 2010, om att individuella planer ska upprättas när någon har behov av insatser både från socialtjänst och hälso- och sjukvård. Planen benämns samordnad individuell plan(SIP) och tydliggör vem som gör vad (Lennartsson, 2019). Syftet med SIP, enligt Vårdsamverkan i Västra Götaland (2019) är att patientens delaktighet och inflytande är centralt i allt arbete med SIP. SIP är möte som olika aktörer deltar i, de bestämmer vilka insatser patienten ska ha i hemmet. Det är patientens behov och önskemål som utgör

utgångspunkten för planeringen. SIP-möten genomförs av representanter för de olika vård- och omsorgsgivarna som ansvarar för insatser. Kommuner och landsting ansvarar för att bedöma om patienten behöver insatser efter SIP-möte (Vårdsamverkan i Västra Götaland, 2019).

Under mötet klargörs vilken hjälp patienten behöver från respektive vård- och omsorgsgivare och vem som ska ha det övergripande ansvaret. SIP-möte ska hållas inom tre veckor och målet är att SIP-arbetet ska börja utan dröjsmål. Detta innebär att arbetet ska börja inom några dagar från att behovet är upptäckt, enligt lag SFS 2017:612 om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Äldre patienter har oftast behov av insatser och därför är det viktigt med en ordentlig bedömning av behoven (Vårdsamverkan i Västra Götaland, 2019). Slutna hälso- och sjukvård och hemsjukvård ska få muntligt eller skriftligt samtycke från äldre patienter eller dennes anhöriga innan SIP-mötet startas. Det är viktigt att det muntliga samtycket dokumenteras. Vård- och omsorgsgivaren ansvarar för att upprätta en SIP efter samtycke av äldre patienter enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och socialtjänstlagen (SFS 2001:453) (Sveriges Riksdag, 2017). Representanter från berörda enheter har ett samtal med äldre patienter innan SIP. Under samtalet diskuteras behov och önskemål sedan bestäms vilka som ska delta i SIP. Målet med förberedelserna är att skapa goda förutsättningar för den äldre patienten att delta och påverka SIP-mötet. Efter förberedelserna ska inbjudan till SIP-mötet skickas skriftligt till dem som ska delta på planeringsmötet där SIP upprättas enligt äldre patienters behov och mål. Insatser för lång- och kortsiktiga mål ska tydligt beskrivas och plats och datum för uppföljning ska dokumenteras. Vilken vård – och omsorgsgivare som bär på huvudansvaret ska bestämmas. Det föregående ska dokumenteras och genomföras och sedan ska SIP följas upp utifrån äldre patienters behov av insatser (Lennartsson, 2019). Samverkan och planering vid utskrivning av äldre patienter som har behov av hjälp i hemmet ska utgå enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 2017:30). Socialtjänstlagen (SoL) (SFS 2001:453) (Fridstedt, 2016). Sedan skickas en kallelse till de berörda enheterna. Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter att äldre patienten är utskrivningsklar (Sveriges Riksdag, 2017).

Lagar och styrdokument

Den 1 januari 2010 infördes nya paragrafer i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 2017:30) och i Socialtjänstlagen (SoL) (SFS 2001:453) om samordnad individuell plan (SIP). Dessa bestämmelser inbegriper även privata utförare som kommun och landsting har upprättat avtal med (Lennartsson, 2019). Rutiner vid utskrivning av patienter som är utskrivningsklara avseende samverkan, informationsöverföring och vårdplanering mellan slutenvård och hemsjukvård regleras i lagen, om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS 1990: 1404) samt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2005:27). Andra föreskrifter från Socialstyrelsen är (SOSFS 2005:27) som gäller vid överföring av information mellan slutenvård och hemsjukvård vid inskrivning och utskrivning av äldre patienter. Enligt föregående lagar ska samverkan mellan slutna hälso- och sjukvård och hemsjukvård ske via samordnad individuell planering (SIP). Detta gäller vilka insatser patienter behöver vid utskrivningen från både slutna hälso- och sjukvård och

hemsjukvård eller socialtjänsten. Vid utskrivning av patienter från slutet hälso- och sjukvård till hemsjukvård överförs ansvar för vård och omsorg från en vårdgivare till annan vårdgivare. SIP och rutiner enligt riktlinjer sker under olika steg och dessa steg regleras av särskilda lagrum och föreskrifter. Vid utskrivningen av patienter från slutenvård gäller lag SFS 2017:612 om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. I denna lag finns bestämmelser om samverkan vid planering av olika insatser för patienter som skrivs ut från slutenvård och har behov av insatser från bland annat kommunal hälso-och sjukvård (Fridstedt, 2016).

Lagen beskriver hur insatserna planeras för patienter vid utskrivningen och vilka insatser behöver en patient från berörda enheter. Lagen beskriver även kommunens betalningsansvar för utskrivningsklara patienter. Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för äldre patienter som har särskilda behov av hjälpinsatser, från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso-och sjukvården eller från den landstingsfinansierade öppna vården. Enligt lagen ska äldre patienter med behov av insatser skrivas ut från den slutna vården så snart som möjligt, efter att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar (Fridstedt, 2016).

Den multisjuka äldre patienten

Den multisjuka äldre patienten är en person som har stort behov av vård och omsorg och med flera kroniska sjukdomar (Inspektionen för vård och omsorg, 2017). Enligt Inspektionen för vård och omsorgs (2017) är den multisjuka äldre patienten den som har behov av att vårdas i sitt ordinära boende. Den personen ofta har ett omfattande hälso- och sjukvårdsbehov och vårdas många gånger av olika vårdgivare. Exempel på multisjuka äldre är de personer som genom skada, sjukdom eller åldrande har fått en omfattande funktionsnedsättning(a.a). Det normala åldrandet innebär att äldre personer drabbas av akut sjukdom som till exempel minskad muskel- och benmassa, minskat immunförsvar, minskade hjärt- och lungfunktion eller nedsatt kognitivförmåga (Backlund-Hult et al., 2018).

Distriktssköterskors roll

Distriktssköterskors roll är att ge ett gott medicinskt- och ett bra omvårdnadsstöd till äldre patienter, såsom att utföra medicinska moment som inte går att delegera till personal i hemsjukvård eller att beställa omvårdnads- och förbrukningsmaterial som äldre patienter behöver i hemmet (Goodman et al., 2005). Förändringar i vården leder till nya och ansträngande uppgifter för distriktssköterskor. Distriktssköterskor noterar att äldre patienter blir alltmer sjuka och behöver ökad mängd hjälp efter utskrivningen från slutet hälso- och sjukvård (Midtbust et al., 2018). Dessa ökade behov av att påbörja nya uppgifter leder i sin tur till ökat ansvar. Vård-och omsorgsgivaren har ansvar att tillföra resurser för att kunna genomföra en god vård för äldre patienter i sitt eget hem (Midtbust et al., 2018). I Midtbust et al. (2018) studie upplever distriktssköterskor hinder som försvårar uppföljning av äldre patienters hälsa och omvårdnad exempelvis på grund av omorganisering av arbetsuppgifter, vilket leder till brister i vårdandet och vårdplaneringen. Detta sker på grund av ökat krav på att vara effektiv i sitt arbete som

distriktssköterska. Distriktssköterskor upplever att uppföljning i vårdandet är tidskrävande då de måste gå igenom vårdplaneringar utifrån nya rutiner och uppgifter(a.a). Distriktssköterskor anser att vård- och omsorgsgivaren ska få sätta in åtgärder och resurser för de nya organisationsförändringarna. Brist på resurser och tid innebär att distriktssköterskor inte kunde tillhandahålla den vård och det stöd som de ville ha till äldre patienter(Midtbust et al, 2018). En studie av Eyre (2010) förklarade att när multisjuka äldre patienter har beviljats insatser i hemmet enligt en vårdplaneringsbedömning från hälso- och hemsjukvården, skall distriktssköterskan möta de fysiska, medicinska och känslomässiga behoven som äldre patienter har. Distriktssköterskan skall bedöma vårdbehov, kommunikations- och rådgivningsförmåga med äldre patienter, leverera aktuell information, planera för förväntade behov och samordna och koppla samman detta med lämpliga tjänster och yrkesverksamma (Eyre, 2010). Distriktssköterskan möter äldre patienter i deras eget hem, och möter deras känslomässiga behov genom att uppmuntra och upprätthålla den positiva känslan hos dem, vilket leder till att de äldre får uppleva hälsa och välbefinnande trots ohälsa (Law, 2009). Socialt, emotionellt och psykiskt stöd är viktiga koncept i äldre patienters vård (a,a). Efter utskrivningen från slutna hälso- och sjukvård kan äldre patienter behöva stöd vilket i sin tur kräver fler resurser och insatser (Waterset et al., 2000 & Ingleton et al., 2011).

Tidigare studier visar att distriktssköterskors roll är viktig för äldre patienter som skrivits hem och att deras uppgifter består av medicinskvård, omvårdnad och att de även måste se till patientens känslomässiga och sociala behov enligt Law (2009).

Distriktssköterskors roll är att ge stöd i praktiska bedömningar, praktiska åtgärder, informationsgivning samt förenkling och hänvisning av den givna informationen. Detta kräver kunskap om mediciner, andra behandlingar och resurser som finns såsom förmåga att samarbeta, samordna och samverka med andra vård- och omsorgsgivare (Griffiths et al., 2012).

Lenzen et al.(2018) visar att sjuksköterskors roll är att sätta mål som är inriktade på äldre patientens hälsa och upplevda behov av omvårdnad. En handlingsplan ska göras tillsammans med äldre patienter. Distriktssköterskors professionella hjälp och stöd ska vara inriktade på att göra omsorgsfulla handlingsplaner för att lösa äldre patienters problem och att uppfylla deras behov efter utskrivningen från hälso- och sjukvården. Hinder i att kunna utföra en noggrann handlingsplan är att äldre patienter inte upplever en god hälsa efter utskrivningen från slutna hälso- och sjukvård och inte kan sätta egna mål utan hjälp av distriktssköterskans professionella stöd för att nå den goda omvårdnaden.

Att utföra en handlingsplan kräver samverkan mellan olika hälso- och sjukvårdsgivare och för att sätta in anpassade mål för äldre patienter i hemmet behövs en överenskommelse mellan distriktssköterskan, sjuksköterskan och läkaren inom den slutna hälso- och sjukvården. Detta kräver en god kommunikation mellan de olika professionerna. Handlingsplan definieras som en överenskommelse om en handlingsåtgärd för att uppnå äldre patienters hälsomål (Lenzen et al., 2018).

Delaktighet i vårdande

Vårdande innebär att ha goda relationer och möten med patient och närstående. I vårdandet innefattas förhållningssätt och handlingar som främjar patientens delaktighet i

vården och ansvar för sin hälsa. I mötet med patienten innebär vårdandet att vara närvarande för patienten. Ett vårdande möte skapar en god förståelse av patientens behov, vilket i sin tur stödjer hälsoprocessen och bekräftar patientens behov av omvårdnad, livsstil och mening i livet (Källerwald, 2017). Vårdandet går ut på delande, att vara delaktig, att vara med och delta, detta sker genom att skapa en känsla hos äldre patienter av att vara delaktig i en utveckling med syftet att förändra och skapa tillit (a,a). Enligt Källerwald (2011) är det viktigaste steget i samverkan samtycke och delaktighet. Ett samtycke från äldre patienter och deras anhöriga ska ges innan planeringen för fortsatt vård- och omsorg efter utskrivningen fortskrider (Lennartsson, 2019). Äldre patienter måste vara delaktiga i vårdandet där de får bestämma vilka insatser som behövs utifrån upplevda behov efter utskrivningen (Eriksson, 2015). Upplevelsen av att vara delaktig i utvecklingen, bidrar till upplevelsen av hälsa (Wiklund, 2011).

Ansa, leka och lära handlar om relation mellan människor (Eriksson, 2015). Detta förekommer inom hälso- och sjukvården och i mellanmännsliga relationer. Vårdandet kan delas upp i naturligt och professionellt vårdande. Det naturliga vårdandet handlar om relationen mellan personen själv och andra personer. Det innebär att patienten har en vårdande relation med sina närstående och sin gud. Det framkommer inom vården att patienter nekar till att ge ett samtycke för att gå vidare med vårdprocessen och vidare med hjälp i hemmet efter utskrivningen. Dessa patienter har oftast andra personer eller en tro som hjälp med vårdandet i hemmet. Det naturliga vårdandet ofta är inte tillräckligt och då behöver den lidande människan professionell vård (Wiklund, 2011). Den professionella vården handlar om kompetens, vetenskaplig kompetens, erfarenheter och en förpliktelse gentemot patienten. Professionellt vårdande utgår från patientens grundläggande behov. Människor utvecklas i det mellanmännsliga samspelet och därför är relationen mellan vårdaren och patienten i sig en betydelsefull del i vårdandet (Eriksson, 2015). Detta ger i sin tur patienten möjlighet att uttrycka sina behov. Ett fungerande vårdande skapar en god vårdrelation, vilket i sin tur är den en förutsättning för en fungerande vårdprocess (Wiklund, 2011).

Vårdaren måste vara tillgänglig för patienten, där patienten tar emot erbjudande och bjuder in vårdaren i sin värld. Vårdaren måste erbjuda en relation som en möjlighet men också vara lyhörd i patientens önskemål och behov. Vårdaren ska ha förståelse för att inte allt man erbjuder är rimligt och möjligt för patienten. Vårdaren bör se till att vårdande relationen utformas i delaktighet vilken i sin tur både ger kraft och lindrar lidandet. Vårdandet skall vara en kraftfull källa och inte ett hot för patienten (Eriksson, 2015).

PROBLEMFORMULERING

Vid utskrivning av multisjuka äldre patienter från slutna hälso- och sjukvård sker en informationsöverföring mellan olika vårdgivare. Detta styrs av arbetsprocesser som SAMSA och SIP ingår i. SAMSA behövs för att en säker informationsöverföring skall ske mellan berörda aktörer. SIP är en process mellan de inblandade aktörerna där det bestämts vilka insatser som ska samordnas för multisjuka äldre patienter. Problem med digitalprocess är när det uppstår hinder i kommunikation mellan olika aktörer kan detta påverka planeringen och vårdandet i hemmet. Vid utskrivningen skall bedömda insatser samordnas. Samverkan sker efter ett samtycke av patienten eller dennes anhöriga. Om samverkan, informationsöverföring och uppdatering i SAMSA inte fungerar då riskerar multisjuka äldre patienter att inte få rätt och säker vård vid utskrivningen. I samverkan mellan slutensjukvård och den kommunala vården framkommer det exempelvis tidsbrist och bristande rutiner.

Ett viktigt arbete i distriktssköterskors roll i vårdandet är att bygga en god relation med patienten. Om distriktssköterskor inte är väl insatta i patientens upplevda hälsa kan detta påverka relationen, vilket kan väcka oro hos äldre patienter som i sin tur påverkar vårdandet i hemmet. Enligt tidigare studier upplever distriktssköterskor brister av patientens vårdande, stöd och omvårdnad i hemmet på grund av olika faktorer som till exempel omorganisering, tidsbrist och brist på information. Lagen om samverkan mellan slutna hälso- sjukvård och hemsjukvård (2017:612) ska tillämpas av olika vårdgivare vilket kräver omorganisering och omformulering av riktlinjer och rutiner som gäller vid utskrivningen. Nya rutiner, nya riktlinjer och en ny lag ska följas, vilket kan påverka patientarbetet i hemmet. Därför är det viktigt att belysa distriktssköterskors upplevelse av hur samverkan mellan slutenvård och hemsjukvård, vid utskrivningen av multisjuka äldre patienter i hemmet enligt den nya lagen, fungerar.

SYFTE

Syftet är att belysa hur distriktssköterskor upplever arbetet utifrån den nya samverkanslagen vid utskrivningen av multisjuka äldre till hemmet

METOD

Studien utgick ifrån den kvalitativa forskningsansatsen, vilket syftade till att nå en djupare förståelse av det fenomen som studerades (Lundman & Graneheim, 2017), fenomenet var hur distriktssköterskor upplever arbetet utifrån den nya samverkanslagen vid utskrivningen av multisjuka äldre till hemmet. Vid den kvalitativa forskningsintervjun var det lämpligt att använda intervjuer med öppna frågor som datainsamlingsmetod. Intervjuer gav möjlighet att skapa en djupare förståelse i deltagarens upplevelser av det studerade fenomenet (Lundman & Graneheim, 2017). Metoden är flexibel genom att semistrukturerade frågeområden med följdfrågor kunde användas som stöd under själva intervjun. Intervjuguiden hade en öppen ingångsfråga som var gemensam för alla intervjuer som ingick i denna studie. De öppna frågorna hade samma struktur och togs i samma ordning. Med dessa frågor kunde deltagaren berätta en lång berättelse och mycket information från deltagaren kunde samlas in (Lundman & Graneheim, 2017). Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys, vilken ursprungligen var baserad på kvantitativa metoder. Den är ändå applicerbar på olika slags texter och abstraktioner. Tolkningen sker på olika nivåer vilket gör att kvalitativ innehållsanalys är användbar inom olika forskningsområden (a,a). Metoden används inom vård- och omvårdnadsforskning för att granska och tolka texter såsom utskrifter av inspelade intervjuer. Syftet med den valda metoden var att analysera datamaterialet som bestod av intervjutexter (Lundman & Graneheim, 2017).

Urval

Inklusionskriterier för att delta i studien var sjuksköterskor som arbetade inom kommunal hälso- och sjukvård och önskvärt var specialistsjuksköterskeexamen med inriktning distriktssköterska. Deltagarna hade mer än två år yrkeserfarenhet inom kommunal hälso- och sjukvård (Bilaga 5). Studien genomfördes i en kommun i Västra Götaland. Det var fem distriktssköterskor som deltog i studien. Informationen om studiens syfte lämnades skriftligt till enhetschefer. Enhetscheferna var behjälpliga med att vidareända information om studien till några av medarbetarna som uppfyllde inklusionskriterierna. E-postadresser till medarbetarna sändes även till forskaren. Deltagarna kontaktades via mail och via telefon, då bestämdes tid och plats för intervjun. Deltagarna valdes ut strategiskt utifrån inklusionskriterierna de var sjuksköterskor och distriktssköterskor från åldrarna 34-57 år, med legitimationsår från 1992 till 2016. Antal år som distriktssköterska är mellan 5-29 år. Antal år som var sjuksköterska 5-37 år. Alla arbetade hundra procent i tjänstgöringsgrad.

Datainsamling

Materialet samlades in med hjälp av kvalitativa forskningsintervjuer. Intervjuer med öppna frågor användes som datainsamlingsmetod. Kvalitativa forskningsintervjuer med öppna frågor gav svar på deltagarnas upplevelser, erfarenheter, uppfattningar, åsikter, känslor och kunskap (Lundman & Graneheim, 2017). Det skickades ett skriftligt

informationsbrev till deltagarnas mailadresser. Deltagarna fick inte tillgång till studiens frågor i förväg utan de fick bara läsa informationsbrevet innan intervjun. Vid kvalitativ metod med induktiv ansats var forskaren flexibel och följsam mot deltagare, miljö och de förändringar som inträffade under datainsamling (Henricsson & Billhult, 2017). Mobiltelefon och block användes som en redskap i intervjun. Intervjuerna spelades in via mobiltelefon. Den inledande intervjufrågan var samma för alla deltagare. Följdfrågor användes genomgående för att utforska deltagarnas unika upplevelser och förståelse av fenomenet (Danielson, 2017). Detta genomfördes genom att ställa följdfrågor till exempel ”Hur menar du, kan du utveckla och förtydliga?”. Datamaterial blev så fullständigt som möjligt inför analysen. Deltagarna fick välja intervjuplatsen, vilket blev deras arbetsplats. Varje intervju tog ca 30-45 minuter. Den insamlade data som spelades in transkriberades ordagrant.

Analys

Intervjuerna med distriktssköterskorna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Graneheim, 2017). Detta gjordes genom att utgå från innehållet i texten. Bearbetningen av intervjutexterna byggdes upp med meningsenheter, kondensering, koder, subkategorier, kategorier. En helhetsbild skapades genom att först lyssna på inspelade intervjuerna, sedan skrevs de inspelade intervjuerna ner ordagrant. Sedan lästes hela den transkriberade texten från intervjuerna ytterligare en gång för att få ett helhetsintryck och därefter gjordes de olika analysstegen enligt den kvalitativa innehållsanalysen (Lundman & Graneheim, 2017). Meningsenheter var de meningsbärande delarna av texten. Dessa bestod av meningar och stycken som svarade på syftet i den här studien. Meningsenheterna lästes om ett antal gånger för att förtydliga och lära känna det insamlade datamaterial ännu bättre. Därefter kondenserades meningsenheterna, genom att göra texten kortare och mer lätthanterligt, samtidigt som det centrala innehållet av texten bevarades så att inget väsentligt material skulle försvinna (Lundman & Graneheim, 2017). Den kondenserade texten abstraherades genom att fördes med koder. Abstraktion av texten lyfte fram innehållet av texten till en sammanfattande logisk nivå. Där fick varje meningsenhet en etikett som kort beskriver dess innehåll (Lundman & Graneheim, 2017). Koderna var ett redskap som var till hjälp under analysarbetet där den insamlade datan reflekterades över på nya sätt. Koder skapades med hänsyn till meningsenhetskontext och studiens syfte. Koder som hade samma innehåll grupperades under samma subkategori. Därefter sorterades subkategorier med liknande innehåll till kategori/huvudkategorier. Det strävades efter att inga data föll mellan två kategorier eller passades in i två kategorier. Innehållet i en kategori var närbesläktat och hade samma innebörd där man kunde se tydlig skillnad mellan alla kategorier (Lundman & Graneheim, 2017).

Etiska överväganden

Informationskravet: Deltagarna fick information om vem som ansvarade för studien, det vill säga studentens namn, handledare och högskola. Examensarbetets författare informerade ansvariga enhetschefer och deltagare genom informationsbrev (se Bilaga 1)

om vad studien handlar om. Informationen var lättförståelig och adekvat men inte detaljrik. Deltagaren fick skriftlig information om studiens syfte i förväg (Bilaga 3). Alla deltagarna i studien lovades tillgång till studiens resultat och att uppgifterna endast används i denna studie och inte för något annat ändamål (Henricson, 2017). Om deltagarna hade frågor eller funderingar kring studien så fanns det möjligheter att få kontakt via mail och telefon. Deltagarna fick inte tillgång till intervjufrågorna före mötet (Granskär & Nielsen, 2017). Samtyckeskravet: Deltagarna blev intervjuade i ett möte där de fick bestämma platsen. Deltagarna fick skriftligt information och ett gav skriftligt samtycke för att skydda deras frihet och självbestämmande, det vill säga deltagarna skulle få möjlighet att godkänna eller inte godkänna att delta i studien. Deltagarna i studien hade rätt att avsäga sig sin medverkan utan press eller påverkan (Granskär & Nielsen, 2017). Konfidentialitetskravet: Data som insamlades genom intervjuerna med deltagaren behandlades konfidentiellt och deltagarnas personliga uppgifter förvarades utan åtkomst för obehöriga. Intervjuer spelades in och sparades i dator med ett lösenord som bara forskaren hade tillgång till. Detta svarar mot konfidentialitetskravet att personuppgifter skall förvaras säkert utan åtkomst för obehöriga (Granskär & Nielsen, 2017). Nyttjandekravet: Insamlade data fick endast användas till studiens syfte och när studien var färdig skulle data förstöras (Kjellström, 2017).

RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet framträdde fyra kategorier och nio underkategorier vilka presenteras i tabellen nedan. Kategorier och underkategorier presenteras med belysande sammanfattningar och citat i texten nedan

Kategorier	Underkategorier
Samverkan mellan olika sjukvårdsaktörer	Samverkan mellan kommunal och slutenvård förr och nu Fortfarande nytt, under inlärningsstid
Digitala kommunikationssätt	Fördelar och nackdelar med SAMSA Fördelar och nackdelar med SIP-möte
Vid utskrivning av patienten till hemmet	Föränderliga utskrivningsdatum Att känna patienten och ge information skapar trygghet och kontinuitet
Olika aktörer som är beroende av varandra	Sjukhusets ansvar. Kommunens ansvar Primärvårdens ansvar

Samverkan mellan olika sjukvårdsaktörer

Distriktssköterskorna uppger att samverkan mellan slutenvård och hemsjukvård sker hela tiden, det vill säga under vårdtiden inom slutenvården och vid utskrivningen av patienten i hemmet. Samverkan skall fungera för att kunna utföra säker vård och få trygga patienter vid hemgång. Distriktssköterskorna nämner att samverkan sker mellan kommun och primärvård och de upplever att primärvården har svårt att anpassa sig till de nya rutinerna. Distriktssköterskorna märkte sedan de började arbeta enligt den nya lagen om samverkan, att patienter kommer hem snabbare.

Samverkan mellan kommunal och slutenvård förr och nu

Distriktssköterskorna upplever att patienter kommer snabbare till hemmet på grund av att kommunen behöver ta emot patienter inom tre dagar. Detta skapar större tryck på kommunen i hemmet eller på korttiden. Fler platser behöver förberedas till fler patienter

inom korttidsvården, och i hemmet måste distriktssköterskorna ha planerat klart arbetet innan patienten kommer hem.

”Är med att vi har färre dagar så mmm så kommer det jo... vi måste ta emot dem snabbare inom 3 dagar förr var 5 dagar.”(intervju 2)

Distriktssköterskorna påtalar att samverkan skall fungera genom alla steg i processen vid utskrivningen. Patienter som inte är redo för att skrivas ut till hemmet gör arbetet i hemmet svårare för distriktssköterskorna. Distriktssköterskorna upplever på grund av att patienter kommer snabbare nu än förr, så gör att de upptäcker fler brister i planeringen. Nu är det överenskommet att epikriser och läkemedelslista ska skickas dagen innan patienten kommer hem. Syftet med det är att kunna planera hemgången, vilket sparar tid och onödigt arbete. Distriktssköterskorna är nöjda med samverkan mellan slutenvård och hemsjukvård vid hemgång. Detta beror på att epikriser och läkemedelslista allt som oftast skickas i god tid. Så var det inte tidigare. Epikriser och läkemedelslistor faxades samma dag med patienten eller dagen efter, då behövde distriktssköterskan jaga medarbetare på sjukhuset via telefon för att få dem faxade, eller ta direkt kontakt med avdelningsläkare vilket det krävde extra arbete. Då måste distriktssköterskan boka kommunens läkare för att få ihop en bra medicinlista eller rätt ordination. Distriktssköterskorna vill att läkaren på slutenvården skall ta sitt ansvar och gå igenom medicinlistan innan patienten skrivs ut.

”När det gäller läkemedel då är det jätteviktigt att man vill ha en ordination som är tydlig, som man vet vad man ska göra. Annars är det ju... för en god och säker vård är ju bra och ha bra ordinationer.” (intervju 1)

Trots den nya lagen upptäcker distriktssköterskorna oftast fel på medicinlistan vid hemgång, eller att mediciner ändrats på sjukhuset men inte uppdaterats i epikrisen. Distriktssköterskorna tipsar om att vid utskrivning från slutenvård skall läkaren förskriva eller ordinera läkemedel i webbapplikationen Pascal eller kontrollera medskickade medicinlista för patienten vid inskrivningen i slutenvård. Distriktssköterskorna upplever att en uppdaterad dokumentation påverkar samverkan vid utskrivningen. Uppdaterad dokumentation i god tid gör att de kan hinna läsa på innan patienten kommer hem och förbereda planeringen för vårdandet, vilket skapar en känsla av trygghet hos distriktssköterskorna och patienten. Vidare hinner distriktssköterskorna förbereda läkemedel enligt epikrisen och rätt ordinationer i läkemedelslistor. Uppdaterad dokumentation kan spara mycket tid och arbete vid hemgång detta underlättar mycket.

”Jag kan inte utföra arbetet, det är ju det som händer, och frustration hos patienterna, alltså det blir otrolig frustration, och det blir mer arbete framför allt, väldigt mycket mer arbete”(Intervju 3)

Fortfarande nytt, under inlärningsstid

Distriktssköterskor upplever att de inte är uppdaterade i patientens fall, eftersom de oftast inte får reda på vad som har hänt med patienten mellan olika undersökningar. De behöver vara uppdaterade i situationen för att kunna utföra arbetet på ett rätt och säkert sätt. De upplever att samverkan har blivit bättre när det gäller att epikriser och läkemedelslista skall skickas i god tid, men det framkommer fortfarande brister eller fel vid utskrivningen. De upplever att detta sker på grund av att lagen och rutinerna fortfarande

är nya för alla. Distriktssköterskorna upplever att processen är fortfarande ny för alla aktörer och brister beror på att inte alla vet hur systemet fungerar.

”I början var det jättesvårt, det var jättesvårt och få alla samarbeta innan ... det alla kommer under underfund med hur man arbetar tillsammans”(intervju 5)

Distriktssköterskorna påtalar att arbete enligt den nya lagen är fortfarande under en inlärningsperiod för alla aktörer som samverkar runt patienten. Personalen på alla ställen behöver lära sig de nya rutinerna och den nya lagen för att undvika olika brister vid hemgång. Det upplevs att inte alla kan kommunicera i enlighet med de nya riktlinjerna.

Digitala kommunikationssätt

Distriktssköterskorna upplever att en tydlig informationsföring och beskrivning i SAMSA är viktig för patientens vårdande och för att ge stöd i hemmet. Fungerande kommunikation hjälper distriktssköterskorna att planera hemgång för patienter vid utskrivning. De upplever att brist i kommunikation och dåligt uppdaterad status i SAMSA leder till brist i vårdandet i hemmet, vilket skapar otrygg hemgång för patienter.

Fördelar och nackdelar med SAMSA

Distriktssköterskorna upplever att kommunikationen via SAMSA fungerar, vilket leder till ett fungerande arbete vid hemgång. De kan planera hemgången på ett bra och säkert sätt. Alla aktörer som har ansvar runt patienten vid hemgång kommunicerar via SAMSA. Distriktssköterskorna upplever att detta kommunikationsprogram är ett underverk som gör att de hela tiden är uppdaterade under patientens vårdförlopp inom slutenvård. Via SAMSA kan distriktssköterskorna följa upp patientens situation under vårdtiden och på så sätt kan de diskutera eller ställa fråga via programmet där alla aktörer kan delta. De upplever att kommunikationen via SAMSA är ett bekvämt sätt där de får en fullständig rapport om patienten. De slipper lägga onödig tid och extra arbete på att söka medarbetare och störa dem i telefon eller blir störda själva av andra som vill lämna en muntlig rapport.

Det är ganska skönt att slippa söka folk och störa dem på telefon och själv lägga tid på telefonsamtal för att man vet ju själv att det är jobbigt och blir störd. förut ringde vi alltid och prata med dem.”(intervju 5)

De upplever att SAMSA är ett kommunikationssätt där det står svart på vitt och att de har bevis för eller belägg för vad som är bestämt innan hemgång och det har inte varit så tidigare. Det har alltid varit krångel innan de nya rutinerna för kommunikation mellan slutenvård och hemsjukvård infördes. Förr fick distriktssköterskorna till exempel rapport via telefon om en sak och upptäcker att det är en annan sak som är skickad med patienten hem.

”Jag tycker SAMSA är ett bra verktyg. lite rörigt och det finns självklart saker som kan bli mycket mycket bättre, men det är bättre än inget.”(intervju 5)

SAMSA är ett bra och säkert sätt som skapas en trygg hemgång för patienter, det vill säga patienter tas inte emot förrän allt är klart och uppdaterat i SAMSA. Distriktssköterskorna

upplever att patienter känner sig tryggare när allt är förberett enligt överenskommelse med slutenvård och hemsjukvård.

Nackdelar i SAMSA som distriktssköterskorna upplever är att det oftast framkommer brist på kommunikation mellan slutenvård och hemsjukvård vid utskrivningen. De upplever ofta att det som dokumenteras i SAMSA inte stämmer med det som planerat för patienten innan hemgång. Distriktssköterskorna har till exempel förberett ett visst omläggingsmaterial enligt det som uppdaterades i SAMSA senast och så kommer patienten hem med en annan omläggning. Distriktssköterskorna betonar att det är viktigt att alltid uppdatera SAMSA innan hemgång. Detta sparar tid och minskar stress. Icke fungerande kommunikation skapar stress och frustration hos distriktssköterskorna vid hemgång. Information som är inte skrivit eller inte uppdateras innan hemgång påverkar patientarbete vid hemgång. Ibland dokumenteras på fel ställen i SAMSA där kanske inte alla berörda aktörer kan läsa eller deltar i informationen. Distriktssköterskorna upplever att programmet ofta inte används som ett kommunikationssätt, vilket gör att inte alla aktörer får reda på vad som har gjort med patienten under vårdtiden i slutenvård. De upplever att detta är nackdel och ett opersonligt sätt där den personliga direktkontakten försvinner därför att kontakten sker via ett dataprogram eller bakom en skärm.

”... samtidigt så tycker jag en nackdel i det också så att det blir opersonligt där man bara ska sitta i ett dataprogram och skriva.” (Intervju 2)

Distriktssköterskorna upplever att brist i kommunikation och uppdatering i SAMSA skapar extra arbete vilket kräver mer tid. De behöver ofta komplettera med en muntlig kommunikation via telefonen. Det skrivs i allmänhet ganska kort och koncist i SAMSA vilket gör att det missas viktiga delar i omvårdnadsarbete. Brist i kommunikation påverkar vårdandet i hemmet, skapar extra kostnader för kommuner och kräver mer personal.

om det inte står det att patienten behöver hjälpmedel för trycksår-förebyggande då får patienten vara utan det ett tag ... för det går inte och få det hur snabbt som helst,, vi kan få det akut på ett dygn då blir det ganska dyrt för kommunen (Intervju 4)

Fördelar och nackdelar med SIP- möten

Distriktssköterskorna upplever att SIP-möten är viktiga innan hemgång. Då kan patienten, till exempel, komma hem till en trygg och anpassad miljö. Möten sker på sjukhuset via Skype där detta ibland kan skapa en otrygg känsla hos de äldre. De äldre pratar med personer bakom en skärm, och de kanske inte ser eller hör personen. De är så pass gamla att de kanske inte kan ta till sig rätt information under SIP-mötet.

det som jag har fått till mig från patienterna där de att inte tycker om de här Skype mötena som är på sjukhuset, utan de är ju vana vid med de fysiska mötena, och den generationen är väldigt känsligt för det här (intervju 3)

Distriktssköterskorna upplever att det blir opersonligt och den äldre vet inte riktigt vad det handlar om och vem det är som pratar, det är bara en röst och en skärm, de upplever att många äldre tycker detta är jobbigt. Distriktssköterskorna berättar att patienter inte

tycker om Skype-möten på sjukhuset, utan de är vana vid fysiska möten. De upplever att den generationen är känsligt för den digitala utvecklingen.

”De är ju i den generationen där de inte är vana att man använder elektronisk utrustning som vi har i möten” (intervju 2)

Om patienten är färdigbehandlad inom slutenvården ska kommunen starta ett nytt SIP-möte i hemmet för uppföljning. Distriktssköterskorna upplever att SIP-mötet i hemmet är onödiga i de flesta fall, för de flesta patienter är nöjda med de insatser som har bestämts innan hemgång, och då upplever distriktssköterskorna att patienten inte har behov att göra ett nytt SIP-möte. Uppföljningen som bestämts vid ett SIP-möte står kvar till det görs nytt SIP-möte. Det är svårt att se vilka det är som är gamla och är färdiga och vilka är det som är nya, då upplever distriktssköterskorna att det underlättar om det görs en tydlig ändring i systemet, för att se skillnaden mellan de nya och gamla. Detta gör att distriktssköterskorna slipper att gå igenom alla SIPPAR för att se om de är uppdaterade eller inte.

”Så nu ligger i korgen ser man alla gammal sippar ligger kvar och så det blir ju svårt och se vilka som är gamla och vilka som är nya, det ser ut som de är nya heltiden.”(intervju 3)

Vid utskrivning av patienten till hemmet

Slutenvården bestämmer ett preliminärt utskrivningsdatum redan vid patientens inskrivning. Distriktssköterskorna i kommunen skall känna till datumet för att kunna planera hemgången. Utskrivningsdatumet ändras ofta och det stämmer sällan vid utskrivningen, vilket påverkar distriktssköterskans möjligheter att planera hemgång för patienten i god tid.

Föränderliga utskrivningsdatum

Distriktssköterskorna uppger att det ligger mycket fokus på utskrivningsdatumet. Detta tar tid, kraft och skapar stress hos dem. Preliminärt utskrivningsdatum flyttas fram och tillbaka hela tiden vilket skapar svårigheter i distriktssköterskornas planering inför hemgång. Det kräver mer tid för att ha god kontroll på datumet. Detta skapar extra arbete som tar mer tid än det som planerats. Det händer att slutenvården ändrar datumet inom kort tid vilket gör att distriktssköterskorna måste omprioritera sin dag ibland med kort varsel och planera om, för att kunna ta emot patienter efter det nya datumet. Distriktssköterskorna upplever att detta skapar stress. Det tar en stor del av deras tid för därför att de sitter bakom en skärm bara för att vara uppdaterad i det föränderliga datumet. Det kräver flera timmar om dagen i SASMA på grund av att datumet flyttas flera gånger under en dag.

”preliminärt utskrivningsdatum och där kan de ju hålla på att flytta fram och tillbaka fram och tillbaka hela tiden, så det är det som är svårt för det blir liksom svårt och planera när kommer verkligen personen hit?”(intervju 4)

Det är svårare att planera efter de nya rutinerna än det var tidigare. Distriktssköterskorna upplever att det skapar svårigheter hos de andra professionerna i kommunen också.

Eftersom det blir svårare för hemtjänsten att planera personal, exempelvis om det gäller en patient som kräver mycket insatser då kan cheferna behöva planera för extra personal. Men patienten kommer inte vid det bestämda datumet på grund av att det flyttas på sjukhuset. Distriktssköterskornas arbete påverkas när de förbereder och beställer materialen och då kan det hända att patienten kommer hem utan material och behöver vänta. I bästa fall kan materialen beställas akut men det kostar kommunen extra, ibland beställs material men patienten kommer inte på grund av att återigen utskrivningsdatumet har flyttats ytterligare en gång. Då finns materialen hemma hos patienten utan att användas och då måste kommunen stå för kostnader.

”... då får man ju betala... för vi hyr... det är en hyravgift på de här grejerna så att man betalar hyran för någonting man inte använder per dygn så är det lite onödigt.”(intervju 3)

Distriktssköterskorna upplever ofta att patienterna inte är medicinskt klara vid hemgång, patienter skickas ibland hem ändå bara för att utskrivningsdatumet bestämdes för tidigt. Distriktssköterskorna måste ta emot patienten oavsett därför att datum är bestämt. Det finns en risk att patienten blir sämre och skickas tillbaka till slutenvården för fortsatt vård eller utredning. Det blir fler medicinska utredningar som lämnas över till premiärvården eller till kommunen. Distriktssköterskorna upplever att det blir ofta mycket resande fram och tillbaka till sjukhuset för att utföra olika undersökningar, som skulle kunnat ha gjorts innan patienten skickades hem. Det finns möjlighet att dra tillbaka det färdiga medicinska i SAMSA. Distriktssköterskorna ringer då till sjukhuset och frågar om patienten verkligen är medicinskt färdigbehandlad den dagen eller om prov svaren och undersökningssvar ska inväntas innan patienten skickas hem. Det blir ofta att de ringer och tjuvar på personalen på sjukhuset. Distriktssköterskorna upplever att detta inte är personalens fel utan är det läkarens ansvar att bestämma när patienter egentligen är medicinskt färdigbehandlad. Distriktssköterskorna upplever att datumet ofta sätts litet för snävt, vilket i sin tur påverkar patientens vårdande i hemmet. De betonar att det är äldre, sköra och sjuka personer som ofta kommer i kläm.

Att känna patienten och ge information skapar trygghet och kontinuitet

Distriktssköterskorna känner patienterna genom sina hembesök som gör bedömningar av behov och önskemål, vilket i sin tur ska förmedlas till de berörda i vårdandet runt patienten. Distriktssköterskorna upplever från egen erfarenhet att de flesta patienter känner sig trygga vid hemgång, de tycker att det är lugnare hemma. Distriktssköterskorna tror att tryggheten hos patienterna kommer från att dem ofta känner personalen och ansvarig distriktssköterska. De påpekar att sjukhusets miljö inte ger tillräckligt mycket lugn och ro. Distriktssköterskorna berättar att de flesta patienter vill hem snabbt och är nöjda med att komma hem trots att de är fortfarande osäkra på sin hälsa.

Samordnade vårdinsatser innefattar riktlinjer och redskap samt kontinuerlig uppföljning av patientens vårdande.

Distriktssköterskorna upplever att de kan göra det mesta hemma för att stödja patientens vårdande i hemmet. De har möjlighet att kontakta läkaren i kommunen för att ordna mediciner och olika ordinationer som kan ha blivit fel med patienten från sjukhuset.

”Det blir lugnare när man kommit hit för att miljö är lugnare så. Det finns ju de som kommer hit och säger gud vad skönt nu får jag börja träna”(intervju 1)

Distriktssköterskorna upplever ibland oro och otrygghet hos äldre patienter vid utskrivningen eftersom de skickas hem för tidigt. Många patienter känner sig inte färdiga och inte riktigt trygga med att komma hem så tidigt. De hade gärna stannat en dag till på sjukhuset. Brist på information från sjukhuset kan skapa oro hos äldre, oftast vet patienter inte vad som kommer näst i hemmet. De vet inte vilka som ska hjälpa dem med sina recept eller återbesök. De kan ha frågor om olika mediciner som läkaren på sjukhuset har ordinerat och som dem har fått på sjukhuset fast mediciner har blivit utsatta eller pausade vid utskrivningen. Då är inte patienter säkra på om de ska fortsätta med den behandlingen eller inte. Det händer ibland att patienten inte får belasta exempelvis ett skadat ben på sjukhuset men vid utskrivningen har läkaren bestämt att patienten får belasta och träna hemma, men informationen har aldrig fram till patienten. En annan orsak är att patienterna är gamla och sköra och oftast glömmet vad det är som sagts innan hemgången. Patienterna vet ofta inte att distriktssköterskorna har information om deras hälsa.

”De har mycket frågetecken och inte kanske ordentligt informerade eller anhörig inte varit informerad heller ordentligt om sjuksituationen och så vidare.”(intervju 1)

Distriktssköterskorna betonar betydelsen av noggrann information till de äldre patienterna och deras anhöriga. Brist på information till anhöriga och patienter medför otrygga patienter vid hemgång. Multisjuka äldre patienter har ofta inte förmåga att förmedla den informationen som hen har fått på rondan till sina anhöriga, många gånger är patienten så sjuk och kan inte riktigt ta till sig informationen vid hemgången. Distriktssköterskorna anser att det är viktigt med tydlig information till anhöriga om vad det är som gäller nu och vad som kommer att ske i hemmet.

Olika aktörer som är beroende av varandra

Distriktssköterskorna i kommunen hade inget direkt ansvar under patientens vistelse på sjukhuset. Ansvaret började efter bestämda insatser, om patienten ska skrivas in i hemsjukvård eller primärvård. Planeringsteam höll i planeringen vid utskrivningen innan den nya lagen om samverkan började gälla, sedan fördes information vidare till nästa aktör om vilka insatser patienten behövde i hemmet. Patienten fanns på sjukhuset under vårdtiden då skötte vårdplaneringsteamet uppföljning och planeringen för patienten innan hemgång. Kontaktpunkten i kommunen finns fortfarande och fungerar som innan vid SIP men skillnaden nu är att distriktssköterskorna ska ha ansvaret att vara uppdaterad i SAMSA redan dag ett vid inskrivningen. Ansvaret mellan de olika aktörerna ändrades, förr låg det största ansvaret på kommunen vid hemgång, men nu har primärvården ett större ansvar än de hade innan.

Sjukhusets ansvar

Distriktssköterskorna uppger att slutenvårdens ansvar börjar redan vid dag ett det vill säga vid inskrivningen, de skall bestämma utskrivnings datum och uppdatera status i

SAMSA dagligen helst flera gånger om dagen. Syftet med detta är att hålla kommunen, primärvården och biståndshandläggarna uppdaterade under patientens vistelse på sjukhuset. Vid SIP skall en sjuksköterska från sjukhuset vara med i mötet. Distriktssköterskorna upplever att det under dessa möten inte framkommer all information om hur patienten mådde eller mår nu vid hemgång, de tror på att kanske sjuksköterskan inte ha all information att ge. Det saknas information om mediciner och ordinationer från läkaren. Distriktssköterskan önskar att läkaren tar sitt ansvar att informera patienten om hur det kan bli vid utskrivningen, när det gäller de medicinska undersökningar och mediciner som ordinerats vid utskrivningen. Distriktssköterska tycker att läkaren ska kunna gå in i SAMSA och uppdatera den medicinska delen.

Sjukhuset ska stå bakom ordinationen vid hemgång. Om patienten skrivs ut med avancerad vård så är det sjukhuset som ska ha ansvaret för ordination, det är en kostnadsfråga. Sjukhuset ansvarar vid utskrivning av material som kräver avancerad vård i hemmet till exempel näringsdropp. Distriktssköterska belyser att de utför arbetet på hemsjukvård på ordination från sjukhuset, så är det sjukhuset som får stå på allt material. Distriktssköterskor upplever att sjukhuset oftast tar sitt ansvar enligt den nya lagen, de tycker att den nya lagen förtydligar allas ansvar.

samtidigt är med att den här nya lagen om sjukhuset måste fixa de här grejerna, där är också skönt för man slipper och tjata, det man gjorde tidigare man tjarar för att få ...jag tycker att det har blivit bara bättre (intervju 5)

Kommunens ansvar

Distriktssköterskorna belyser att de som är kommunalanställda har ett stort ansvar vid utskrivningen. Det största ansvaret ligger på att planera en säker hemgång, detta sker genom att vara väl uppdaterad i status via SAMSA.

Distriktssköterskornas ansvar ligger på att utföra den medicinska delen enligt ordinationen från sjukhuset. Följa upp patienten och planera för en ny SIP redan så snart patienten kommer hem. Uppföljning för patienten i hemmet klargör om patienten verkligen behöver fortsatt inskrivning i hemsjukvård eller är patienten för frisk för att skrivas in på hemsjukvård. Patienter som har behov av att ha insatser av sjukgymnaster eller arbetsterapeuter har rätt till att vara inskrivna i hemsjukvård enligt HSL, vilket gör att distriktssköterskorna har ansvar för dessa patienter trots de behöver inga medicinska insatser. Distriktssköterskorna säger att det kan finnas patienter som de ansvarar för men aldrig träffats.

uppföljande sippen hemma, alltså det är ju jätte bra att man har mötet men det är kanske lite för snart efter hemgång ibland helt ovärd faktiskt, för ibland har de insatserna de är nöjda, man följer upp sedan händer ingenting mer (intervju 3)

Primärvårdens ansvar

Distriktssköterskorna tycker att det är bra att vårdcentralen är mer involverad nu och tas nu på mer allvar, samt belyser vikten att vårdcentralen har grund ansvaret. Vårdcentralen har större ansvar nu än de hade tidigare, vid utskrivning skall patienten i första hand ha

kontakt med vårdcentral för fortsatt medicinsk vård. Patienter som behöver ha kontinuerligt uppföljning för sina prover till exempel, men samtidigt är frisk nog och kan ta sig till vårdcentralen, då är det vårdcentralens ansvar att ta dessa prover. I SAMSA processen är vårdcentralen involverad nu och är uppdaterad, syftet med det är att vid utskrivningen då det är primärvård som har grundansvaret.

Distriktssköterskorna betonar vikten för vårdcentralen ska ha en kännedom om patienten och bedömningen om den verkligen är i behov av inskrivning i hemsjukvården när den kan klara sig och går på vårdcentral.

”Det stora skillnaden det vi märker det är väl primärvården är mycket mer involverad nu än vad de var innan.”(intervju, 4)

Resultatsammanfattning

Distriktssköterskor uppger att samverkan mellan olika aktörer runt äldre patienter skall fungera, för att de ska kunna utföra trygg och säker hemgång. De anser att alla aktörer behöver lära sig de nya rutinerna för att arbetet skall kunna flyta på ett rätt sätt, aktörerna behöver ha koll på sitt ansvar kring sitt område. Distriktssköterskor betonar att alla personal från sjuksköterskor, läkaren på sjukhuset samt sjuksköterskor och distriktssköterskor på primärvård och kommunen skall kunna sitt ansvar och inte skicka ansvaret vidare till nästa vårdomsorgsgivare. Patienter har rätt till en god vårdande och stöd, samt rätt till fullständig information om sin hälsa. Distriktssköterskor upplever att brist på information från olika vårdgivare till patienter eller anhöriga vid utskrivningen kan skapa oro och otrygghet hos dem vid hemgång. Distriktssköterskor tycker att SAMSA som en ny kommunikationssätt är nödvändigt men den skall fungera för att kunna gå vidare i vårdplanering i hemmet och vidare med vårdandet i hemmet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa hur distriktssköterskor upplever arbetet utifrån den nya samverkanslagen vid utskrivningen av multisjuka äldre till hemmet. Utifrån syftet valdes en kvalitativ metod som ansågs lämplig att använda, och intervjuer med öppna frågor som datainsamlingsmetod. Intervjuer gav möjlighet att skapa en djupare förståelse i deltagarens upplevelser av det studerade fenomenet distriktssköterskors upplevelse av att arbeta enligt den nya lagen om samverkan (Lundman & Graneheim, 2017). I studier med kvalitativ ansats används begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet för att beskriva olika aspekter av trovärdighet (Lundman & Graneheim, 2017).

I den kvalitativa innehållsanalysen är målet att beskriva variationer av och skapa en djupare förståelse i distriktssköterskornas upplevelser i fenomenet. I studien deltog en sjuksköterska som har en växeltjänst mellan slutenvård och hemsjukvård och jobbar nu på korttiden, en till distriktssköterska som jobbar också på korttiden, motivet för val av dessa deltagarna var på grund av att korttiden erbjuder vård en tid efter sjukhusvistelse och inför hemgång till det egna hemmet, vilket ger ökade variation i upplevelser. De andra tre var sjuksköterskor med specialistexamen till distriktssköterska. Deltagarna hade minst 4 år erfarenhet inom yrket och arbetade inom kommunal hälso- och sjukvård där de hunnit skaffa sig erfarenhet från samverkan mellan slutenvård och hemsjukvård. Distriktssköterskorna kom från samma kommun i Västra Götaland och representerade både landsbygd och tätort vilket möjliggjorde erfarenheter av varierande slag samt att de arbetade mot olika vårdcentraler och sjukhus. Alla deltagarna var kvinnor, det fanns inga män som deltog i studien detta är en svaghet i studien därför att det inte blev några variationer av olika köns upplevelser. Vilket ger en viss kvinnlig dominans och speglar en bild av könsfördelningen inom yrket. Distriktssköterskornas erfarenhets i yrket, olika vidareutbildningar men även deras ålder har också bidragit till rik variation av upplevelser, vilket ytterligare stärker giltigheten i denna studie.

Datainsamlingen gjordes via intervjuer med öppna frågor, för att deltagarna skulle få möjlighet att berätta om sina upplevelser. Intervjuerna bestod av sju öppna frågor med följdfrågor och detta gav deltagarna möjlighet att fritt berätta. Sista frågan var en sammanfattande fråga om problemet (bilaga 6). Detta gav också en öppenhet för förståelse av fenomenet vilket anses stärka tillförlitligheten det vill säga att undvika egna tolkningar av fenomenet. Vid intervjutillfällena var deltagarna positiva och delade med sig av sina upplevelser samt svarade villigt och gav fullständig och tydliga svar på frågorna. Några läste inte informationsbrevet som författaren skickade via mail, då fick de läsa igenom brevet innan intervjun började och författaren fick sammanfatta problemet innan intervjun. Detta gav möjlighet för deltagaren att ställa reflektions frågor runt fenomenet. Dessutom ställdes frågor kring följande tema: en ny lag om samverkan, patienter kommer snabbare hem och jämförelse innan och efter lagen vid utskrivningen. Författarens förståelse är en viktig del i processen, författaren är en medskapare i intervjuer som i sin tur samspelade genom att ställa följdfrågor till deltagaren när den blev tyst eller när den tappat tråden. Intervjuerna genomfördes på de platser som deltagarna själva valt ut för att erbjuda en trygg och lugn miljö, alla var på sin egen

arbetsplats. Det inträffade dock störningar under två intervjuer som fick avbrytas och dessa återupptogs efter ett kortare uppehåll samma dag. Intervjuerna genomfördes av en författare med erfarenhet av att arbeta inom slutenvården, vilken hade erfarenhet av utskrivningar av patienter från slutenvård, detta var en svaghet därför att författaren har uppfattningar om hur samverkan kan fungera mellan olika aktörer utifrån ett slutenvårdsperspektiv. Risk fanns att de egna uppfattningarna kunde påverka analysen av data, för att motverka det har analysen av data diskuterats med handledaren.

Tolkningsprocessen kräver uppmärksamhet och noggrannhet vid analys av datamaterialet, det är viktigt att låta texten tala då undviker författaren egna tolkningar och dra obetänkta slutsatser (Lundman & Graneheim, 2017).

Datamaterialet grundade sig på fem intervjuer, vilket bedömdes tillräckligt och ansågs att de hade värdefulla resultat som svarade tydligt på syftet. Informationsbrevet skickades till sex distriktssköterskor en av dem hörde av sig så sent och ville delta vid kontakt via mail med deltagaren i frågan om tid och plats då fick författaren aldrig något svar tillbaka om tid och plats som intervjun skulle genomföras. Då bedömdes att datamaterialet skulle baseras på fem intervjuer. Detta gav variationer och detaljerad information som speglades deltagarnas upplevelser om fenomenet i resultatet Detta bedömdes tillräckligt med tanken på att författaren skriver detta arbetet ensam. Transkribering av de inspelade intervjuerna var ordagrann efter varje intervju detta genomfördes av författaren själv samma dag. Syftet var att ha alla nyanser färskt i minnet och därigenom öka trovärdighet (Lundman & Graneheim, 2017). En detaljerad redogörelse av studiens urval och analys är viktigt för tillförlitligheten enligt Lundman & Graneheim (2017).

I analysprocessen stärktes tillförlitligheten genom att studiens delar var i alla delar av metodbeskrivningen, då är det lättare för andra att forska vidare på aktuell grupp eller situation. En noggrann beskrivning av analys arbete är nödvändigt för att stärka resultatens tillförlitlighet.

Den insamlade datan lästes först ett antal gånger innan analysen på började. Sedan delades texten under olika kolumner som byggdes sedan till meningsenheter kondensering, koder, subkategorier och kategorier. Enligt Lundman och Graneheim (2017) är det värdefullt för trovärdigheten att en forskaren som är insatt i forskning granskar att kategorisystemet är logiskt. En ytterligare aspekt av trovärdighet är överförbarhet till andra situationer eller grupper, studien resultat kan överföras till andra aktörer och arbetsgrupper som har ansvaret kring patienter vid utskrivningen, läkare, sjuksköterskor eller distriktssköterskor inom kommunal hemsjukvård. Resultatet som anses giltigt och lyfter fram distriktssköterskornas upplevelser av fenomenet genom att styrka med citat, då resultatet representerar deltagens upplevelser, en tydlig presentation av urval, deltagare, datainsamling ökar tillförlitligheten till studiens resultat (Lundman och Graneheim, 2017).

Resultatdiskussion

Resultaten i denna studie visar att fungerande samverkan gör planeringen enklare vid hemgång och den sparar tid och arbete. En fungerande samverkan mellan de tre aktörerna är central för att distriktssköterskorna ska kunna ge en trygg och säker vård till äldre multisjuka patienter i hemmet. Vidare visar denna studies resultat att processen fortfarande är ny för alla aktörer och att brister beror på att inte alla vet hur processen

fungerar. I resultatet framkommer att lagen om samverkan är under inläring. I Midtbust et al. (2018) och Goodman et al., (2005) studier rapporteras att distriktssköterskors uppfattning av förändringar i vårdssystemet och extra uppgifter utgör ett hinder i att vårda äldre patienters och detta försvårar planeringen av arbetet. Goodman et al. (2005) argumenterar runt omorganisering och nya rutiner i vården som distriktssköterskor måste följa, vilket medför extra arbetsuppgifter där distriktssköterskan upplever ett hinder för planeringen av vårdandet. Enligt Midtbust et al.(2018) innebär bristen på resurser och tid att distriktssköterskor inte kunde tillhandahålla vård och stöd på det sätt som de ville till multisyjuka äldre patienter

I denna studies resultat framkommer vikten av uppdaterad dokumentation och rätt skrivna ordinationer i SAMSA innan hemgång. Detta sparar tid och minskar stress hos distriktssköterskor. I studiens resultat framkommer att fel på ordination och på den medskickade medicinlistan medför att distriktssköterskorna behöver kontakta slutenvården och ansvarig läkare för att få rätt ordination, eller att de kontaktar läkaren i kommunen för att kunna ge rätt medicinskt stöd som patienten behöver i hemmet vilket tog tid. Uppdaterad dokumentation och rätt ordination vid utskrivningen från slutenvården är grunden för att distriktssköterskorna ska kunna ge ett professionellt vårdande till multisyjuka äldre patienter. I en tid då antalet patienter i den kommunala vården ökar och relationen som distriktssköterskorna skapar med patienter bygger på att de ger tillförlitlig information och vård, försvåras detta när distriktssköterskorna inte har tillgång till korrekt dokumentation i journalhandlingar. Allt fler äldre patienter som har behov av insatser från distriktssköterskors stöd och omvårdnad i det egna hemmet (Goodman et al., 2005). Studier visar att distriktssköterskan har en ledande roll genom att planera för kommande behov samt skapa en trygg och professionell relation till patienten i hemmet (Eyre, 2010; Törnkvist et al., 2000). Det professionella stödet från distriktssköterskor till multisyjuka äldre patienter som behöver hjälp med medicinsk vård utgår ifrån rätt ordination av läkare. Ordinationen vid utskrivningen är ofta fel, vilket ofta leder till att distriktssköterskor behöver ta kontakt med den ordinerade läkaren för att få rätt ordination. Rätt ordination från början underlättar planeringen av arbetet för distriktssköterskorna (Jaarsma, Abu-Saad, Halféns & Dracup, 1997; Törnkvist, Gardulf & Strender, 2000). Distriktssköterskans roll är att ge gott medicinskt stöd och god omvårdnad till multisyjuka äldre patienter (Goodman et al., 2005).

I studiens resultat framkommer att digitala kommunikationssätt via SAMSA fungerar tillfredsställande. Det som framkommer i studiens resultat är att distriktssköterskorna saknar telefonkontakt med personal vid utskrivning via de digitala kommunikationssätten. Enligt Buckland (2017) ger ny teknologi vårdpersonalen nya kunskaper om den digitala kommunikationen, vilket är bra när det gäller effektivitet. Vidare framkommer att vikten av direkt kontakt med en annan betrodd kollega är viktigt, särskilt i komplicerade patientfall som med till exempel äldre multisyjuka patienter, där vill distriktssköterskor kunna komma i kontakt direkt med en sjuksköterska. I studiens resultat framkommer att brist på kommunikation via SAMSA skapar extra arbete och kräver mer tid. Samt att icke fungerande kommunikation skapar stress och frustration för distriktssköterskorna. Brist på kommunikation påverkar vårdandet i hemmet, skapar extra kostnader för kommunen och kräver mer personal. Studiens resultat belyser att dokumentationen måste vara noggrann förd, med tanke på att ett dålig uppdaterad status i SAMSA påverkar vårdandet vilket i sin tur påverkar distriktssköterskornas stöd till multisyjuka äldre patienter. Resultaten i studien visar att multisyjuka äldre patienter vårdas av distriktssköterskor efter informationen som uppdaterats i SAMSA. Kommunikation är

absolut nödvändigt och det är viktigt att de berörda får den rätt (Buckland, 2017). Dickinson et al. (2009) belyser att vikten av ett gemensamt datasystem eller journalsystem inom olika vårdnivåer kan spara tid, kraft och resurser.

I studiens resultat framkommer att patienter kommer hem utan att vara medicinskt klara vilket gör att risken finns för att patienter skickas tillbaka till slutenvård inom en kort tid för fortsatt vård. En försämring kan snabbt ske (Buckland, 2017). Studiens resultat visar att kommunen måste ta emot patienter oavsett därför att utskrivningsdatumet är bestämt. Då det är äldre sköra patienter som oftast kommer i kläm.

Studiens resultat visar att möten kan genomföras via Skype och vårdpersonalen behöver inte ses fysiskt. Distriktssköterskorna upplever att detta skapar oro och otrygg känsla hos multisjuka äldre patienter, därför att informationen upplevs inte komma fram som den ska, när de pratar med personal bakom en skärm. Tidigare forskning visar att vårdpersonal saknar den personliga direkta kontakten med patienter, ansikte mot ansikte (Buckland, 2017).

I studiens resultat framkommer att distriktssköterskorna tycker det är viktigt att planera in SIP –möten i hemmet, men oftast har inte den multisjuka äldre patienten behov av nya insatser som kräver ett nytt SIP-möte i hemmet. Lenzen et al.(2018) studie visar på motsatsen där distriktssköterskans professionella hjälp och stöd ska vara inriktade på att göra omsorgsfulla handlingsplaner för att lösa äldre patienters problem och att uppfylla deras behov efter utskrivningen från hälso- och sjukvården.

I studiens resultat framkommer att preliminärt utskrivningsdatum inte stämmer vid utskrivningen, detta kräver mer fokus på när det verkligen stämmer därför att datumet flyttas oftast, vilket påverkar möjligheten att planera inför hemgång i god tid. De nya rutinerna gör arbetet svårare än det var innan. Vid planering enligt det datumet så måste den ansvariga vårdomsorg ordna personal och resurser och när datumet flyttar då kan kommunen stå med onödiga resurser och kostnader (Goodman et al., 2005).

Studiens resultat belyser att distriktssköterskorna erfar att patienters trygghet grundas i att de känner den ansvariga distriktssköterskan. Det kan också vara så att multisjuka äldre patienter vill hem bara för att slutenvårdsmiljö inte är anpassad för dem även om de känner sig osäkra på sin hälsa. Med detta menas att i studiens resultat kan distriktssköterskorna ordna det mesta hemma för att stödja patienters hälsa, därför att patienter känner sig trygga i sitt hem. Tidigare forskning visar att patienter som behandlas i sitt hem upplever att sjuksköterskor tar hänsyn till att de är individer och inte bara patienter. Sjuksköterskor visar intresse och är lyhörd till multisjuka äldre patienter i sitt hem. Att vårdas i sitt hem känner inte patienter sig sjuka som att vårdas på sjukhuset (Holmberg, Valmari & Lundgren, 2012).

I studiens resultat framkommer att slutenvård bestämmer utskrivningsdatum redan vid inskrivningen men trots detta skickas ofta otrygga patienter hem, distriktssköterskorna menar att detta beror på att patienter inte har fått tillräckligt med information från sjukhuset. De uppger att patienter ska komma hem så fort som möjligt det för att utskrivningsdatum bestäms vid inskrivningen. I studiens resultat framkommer att oftast sker utskrivningen på en och samma dag vilket kan skapa oro och brist på information hos äldre patienter. Distriktssköterskorna i studiens resultat menar att de äldre patienter inte kan ta till sig all information som ges på rondan innan hemgång. Enligt Lhussier et al. (2006) är en bra vård i hemmet efter utskrivning från sjukhus att undvika att skicka tillbaka patienter till sjukhuset genom att lägga fokus på vårdinsatser i hemmet för multisjuka äldre patienter.

I studiens resultat påtalar distriktssköterskor att olika aktörer har olika ansvar kring multisjuka äldre patienters behov vid utskrivningen men är de är också beroende av varandra och ersätter inte varandra. Kommuner och landsting har olika ansvar, olika professioner är anställda och utför olika arbetsuppgifter vid utskrivningen. Kommuner och landsting är beroende av varandra, om inte rätt ordinationer ges vid hemgång då kan det påverka planeringen av uppföljning i hemmet och detta i sin tur påverkar distriktssköterskans vårdnad i hemmet. Lymbery (2006) uppger att det är viktigt att aktörerna kompletterar varandra för en bättre samverkan. Olika aktörer är beroende av varandra och har samma samsyn trots olikheter med att samordna sina insatser kring den äldre multisjuka patienten i hemmet. I denna studies resultat visar att ansvaret för patienten ligger på alla aktörer utifrån de bestämda insatserna. I lagen (2017:612) om samverkan förskriver att ansvaret fördelades olika mellan de olika aktörerna. Buckland (2017) studie visar att olika aktörer arbetar för att omvandla kvaliteten på vårdandet vilket bidrar till att säkra en ekonomiskt hållbar framtid för det allmänna hälsosystemet och vården. Det ställs nya krav på de samverkande aktörerna både kunskapsmässigt och resursmässigt, det vill säga tid och pengar skall vara avsatta för samverkan (Danermark & Kullberg, 1999). Finns det inga avsatta resurser till samverkan kan denna förhindras på grund av att den begränsar andra arbetsuppgifter (Gannon- Leary, 2007). En reflektionen är att framgångsrik samverkan byggs på att aktörerna kompletterar varandra istället för att ersätta varandra.

Studios resultat betonar vikten av att ha vårdplanering inför att en patient ska vårdas inom den kommunala hälso- och sjukvården då det kan finnas flera aktörer kring patienten i hemmet. I denna studies resultat framkommer att ansvaret börjar redan vid inskrivningen på slutenvård, sedan slutenvård har stor ansvar med att utföra ordentligt och väl uppdaterad dokumentation i SAMSA. Slutenvårdens ansvar är att ge rätt information till patienten och dennes anhöriga vid hemgång, i studiens resultat belyses att det finns brist på information till den äldre eller i den äldres journal vid utskrivningen från slutenvård. I Buckland (2017) studie framkommer att effekten av hur bra potential ett bra informationsflöde har mellan aktörerna beror på hur patienterna ser sig själva och hur hälso- och vårdpersonal gör sitt arbete.

Studios resultat visar att kommunens ansvar är att planera en god och säker hemgång utifrån de bedömda insatserna från slutenvård. Orlandos (1961) studie visar sjuksköterskans professionella stöd är riktat mot patienters behov och sjuksköterskor och distriktssköterskor behöver skapa en relation till patienter för att kunna planera omvårdnadshandlingar som utgår ifrån behoven. Studies resultat visar att det största ansvaret ligger på distriktssköterskan vid hemgång, att följa upp planeringen för patienten i hemmet att fortsätta med SIP i hemmet är viktiga steg för att kunna ge ett professionellt stöd till multisjuka äldre patienter i hemmet. Lenzen et al.(2018) visar att distriktssköterskans professionella hjälp och stöd ska vara inriktade på att göra omsorgsfulla handlingsplaner för att lösa äldre patienters problem och att uppfylla deras behov efter utskrivningen från hälso- och sjukvården. Hinder i att kunna utföra en noggrann handlingsplan är att multisjuka äldre patienter inte upplever en god hälsa efter utskrivningen från slutenvård och inte kan sätta egna mål utan hjälp av distriktssköterskans professionella stöd för att nå den goda omvårdnaden. Lenzen et al.(2018) uppger att sjuksköterskor tillsammans med äldre patienter ska sätta mål som är inriktade på dennes hälsa och upplevda behov av omvårdnad. En handlingsplan ska göras tillsammans med äldre patienter. Denna studies resultat visar att handlingsplaner kan upprättas av distriktssköterskor.

Konklusion

Denna studie har bidragit med kunskap om distriktssköterskors arbete med den nya samverkanslagen mellan berörda aktörer. Studien belyser olika grundstenar som behövs för att det digitala kommunikationssystemet SAMSA ska fungera mellan olika aktörer är rätt ordination, rätt information till patienter vid utskrivningen och korrekt medskickade journalhandlingar med patienter. Dessa grundstenar påverkar distriktssköterskornas roll i vårdande till äldre patienter i hemmet inom kommunal hälso- och sjukvård. Studiens deltagare betonar vikten av att rätt informationsföring och uppdatering vid utskrivningen sparar tid, pengar och minskar stress. Distriktssköterskorna som deltog i studien anser att rätt och tydlig information till multisjuka äldre patienter och deras anhöriga skapar trygghet vid hemgång. De upplever att anhöriga har en viktig funktion då om de inte känner tryggheten i situationen kan det innebära att patienten inte kan vårdas i hemmet. Distriktssköterskornas erfarenhet och kompetens medför att vårdandet som ges innebär att multisjuka äldre patienter ska få vård i hemmet så länge de behöver. Det finns dock brister både internt i den egna organisationen och externt, exempelvis insats av läkare och kommunikation mellan aktörerna. Resultaten av denna studie kan bidra till att alla aktörer som samverkar runt patienten innan hemgång bör ta sitt ansvar och se över sina förutsättningar, för att kunna ge den äldre patienten den kvalificerade vård som krävs i hemmet. Studien visar på att den kommunala hälso- och sjukvården är beroende av distriktssköterskan med sin breda kompetens för att kunna ge professionell omvårdnad av hög och säker kvalitet. Information och dokumentation föring via den digitala kommunikationssätten är under utveckling enligt distriktssköterskornas upplevelser i studien. Distriktssköterskorna anser att det är viktigt att alla vårdpersonal och de berörda aktörerna är uppdaterade i de nya rutinerna enligt de nya riktlinjerna och den nya lagen. Processen för det digitala kommunikationssättet SAMSA är under implementering tid. Fungerande kommunikation mellan de berörda aktörerna bidrar till ett gott stöd och vårdande till äldre patienter vid utskrivningen. Distriktssköterskorna betonar vikten av att alla aktörer tar sitt ansvar där alla kompletterar varandra och inte ersätter varandra.

Förslag på fortsatt forskning hur tillämpar vi detta i kliniken

Fortsatta studier behövs då alla aktörer kan vara väl insatta i den nya lagen och resultatet kan vara rikare för distriktssköterskornas upplevelser av att arbeta utifrån den nya samverkan lagen, upplevelser kan undersökas djupare och bidra till den digitala kommunikationssätten mellan de berörda aktörerna utvecklas eller förtydligas. I sin tur kanske kan detta bidra till tryggare hemgång vid utskrivningen. Det vore också intressant att undersöka slutenvårdpersonal och primärvårdspersonal bland annat läkare upplevelser hur samverkan fungerar vid utskrivningen. Ytterligare studier av distriktssköterskans upplevelser om samverkan mellan slutenvård och hemsjukvård, samverkan mellan hemsjukvård och primärvård eller samverkan mellan bistånd och hemsjukvård är relevanta för vidare forskning. Detta på grund av rutiner och riktlinjer enligt den nya lagen om samverkan är fortfarande nya och inte alla aktörer är insatta i processen än, det vill säga är under implementerings tid.

REFERENSER

- Backlund-Hult, G., Dahlberg-Grundberg, M., Bergman, A., Kidndahl, C., Larsson, G., Wivast, G., Nilsson, L. & Norén, S. (2018). *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård*. Hämtad 24 april 2019 från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2018/samverkan-for-multisjuka-aldres-valbefinnande.pdf>
- Buckland, D. (2017). Communication in the age of digital healthcare. *Prescriber The Journal of Prescribing and Medicine Management*, 28, 40-42. doi:10.1002/psb.1627
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. (s.286-299). Lund: Studentlitteratur.
- Danermark, B. & Kullberg, C. (1999). *Samverkan - Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur
- Dickinson, T., Wright, K. M. & Harrison, J. (2009). The attitudes of nursing staff in secure environments to young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 947-951. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01510.x
- Eriksson, K. (2015). *Vårdandets idé*. Stockholm
- Eyre, S. (2010). Supporting informal carers of dying patients: the district nurse's role. *Nursing Standard*, 24, 43-48. doi:10.7748/ns2010.02.24.22.43.c7518
- Fridstedt, G. (2016). *Vårdsamverkan-Översikt*. Hämtad 24 april 2019 från <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/vardsamverkan/oversikt/>
- Gannon-Leary, P. (2006). Collaboration and partnership: A review and reflections on a national project to join up local services in England. *Journal of Interprofessional Care*, 20, 665-674. doi:10.1080/13561820600890235
- Goodman, C., Roob, N., Drennan, V. & Woolley, R. (2005). Partnership working by default: district nurses and care home staff providing care for older people. *Health and Social Care in the Community*, 13, 553-562. doi:10.1111/j.1365-2524.2005.00587.x
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.219-233). Lund: Studentlitteratur.
- Granskär, M. & Høglund-Nielsen, B. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

- Griffiths, J., Ewing, G. & Rogers, M. (2012). Early support visits by district nurses to cancer patients at home: A multi-perspective qualitative study. *Journals Permissions*, 27, 349-357. doi:10.1177/0269216312451949
- Henricson, M. & Billhult, M. (2017). Kvalitativ metod. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s111-119). Lund: Studentlitteratur.
- Holmberg, M., Valmari, G. & Lundgren, S. M. (2012). Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 705-712. doi:10.1111/j.1471-6712.2012-00983.x
- Ingleton, C., Chatwin, J., Semour, J. & Payne, S. (2011). The role of health care assistants in supporting district nurses and family carers to deliver palliative care at home: findings from an evaluation project. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2043–2052. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03563.x
- Inspektion för vård och omsorg. *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande, Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård*. (2017). Hämtad 20 april, 2019, från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2018/samverkan-for-multisjuka-aldres-valbefinnande.pdf>
- Jaarsma, T., Abu-Saad Huijjer, H., Halfens, R. & Dracup, K. (1997). "Maintaining the balance"- nursing care of patients with chronic heart failure. *International Journal of Nursing study*, 34, 213-22. doi:10.1016/s0020-7489(97)00008-4
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s 57-74). Lund: Studentlitteratur.
- Källerwald, S. (2017). *Ämnet omvårdnad – definition, beskrivning och progression*. Hämtad 14 januari, 2019, från <https://www.his.se/PageFiles/3459/Omvårdnad%20%20beskrivning%20och%20definition.pdf>
- Law, R. (2009). Bridging worlds': meeting the emotional needs of dying patients. *JAN Leding Global Nursing Research*, 65, 2630-2640. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05126.x
- Lenzen, S., Stommel, W., Daniëls, R., Bokhoven, M., Weijden T. & Beurskens, A.(2018). Ascribing patients a passive role: Conversation analysis of practice nurses' and patients' goal setting and action planning talk. *Res Nurs Health*, 41, 389-397. doi:10.1002/nur.21883
- Lennartsson, F. (2019). *Använda SIP-ett verktyg vid samverkan för alla över 18 år, vuxna och äldre*.

Lhussier, M., Dalkin, S. & Hetherington, R. (2006). Community care for severely frail older people: Developing explanations of how, why and for whom it works. *International Journal of Older People Nursing*, 14, 1-10. doi:10.1111/opn.12217

Lymbery, M. (2006). United we stand? Partnership working in health and social care and the role of social work in services for older people. *British Journal of Social Work*, 36, 1119-1134.

Midtbust, M., Alnes, R., Gjengedal, E. & Lykkeslet, E. (2018). Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals' experiences. *BMC Health Services Research*, 18, 1-10. doi:10.1186/s12913-018-3515-x

Orlando, I. J. (1961). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship*. United States of America: G.P. Putnam's son.

Samverkan Västra Götaland. (2018). *SAMSA*. Hämtad 22 januari, 2019, från <http://www.vastkom.se/samsa>

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Sveriges Riksdag. Hämtad 24 april, 2019, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 2001: 453. *Socialtjänstlagen*. Sveriges Riksdag. Hämtad 30 april, 2019, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

SFS 2017:612. *Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso-och sjukvård*. Sveriges Riksdag. Hämtad 23 december, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612

Vårdsamverkan i Västra Götaland. (2019). *Samordnad individuell plan, SIP*. Hämtad 11 januari, 2019, från <http://www.vardsamverkan.se/samverkanteman/vardplanering/sip/>

Wiklund, L. (2011). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1

Förfrågan samt information till verksamhetschef/enhetschef angående samtycket

Syftet: Belysa distriktssköterskor upplevelser av vårdandet till den äldre patienten utifrån den nya samverkanslagen.

Jag heter Ala Issa Almashik. Jag studerar specialistsjuksköterskautbildning med inriktning Distriktssköterska vid Högskolan i Skövde. I denna utbildning ingår ett examensarbete i form av en Magisteruppsats. Det valdes att fokusera på distriktssköterskors upplevelser kring samverkan mellan slutna hälso-sjukvård och kommunal sjukvård kring den äldre patienten. Den äldre patienten innebär personer som är 65 år och äldre.

Jag vill med detta brev skicka en förfrågan kring deltagande från distriktssköterskor inom er verksamhet. Om ni vill medverka med i studien vi önskar att ni skriver under bifogat dokument om informerat samtycke och skicka den tillbaka till mig, detta om Ni godkänner att studien genomförs med hjälp av deltagare från er verksamhet. Man strävar efter i denna undersökning är att identifiera vilka faktorer som påverkar samverkan mellan slutenvård och hemsjukvård vid utskrivningen av äldre patienter i hemmet utifrån distriktssköterska perspektiv. Detta för att på sikt kunna utveckla och förbättra samverkan däremellan och arbeta mot att främja vårdande och hälsan hos den äldre patienten.

Efter ert godkännande kommer kontakt tas med de valda distriktssköterskor via er som enhetschefer, sedan kommer ni skicka de aktuella distriktssköterskors mailadresser till mig och sedan kommer jag kontakta de utvalda för att samla in information. Data insamling sker via djupa intervjuer med öppnafrågor, mötet kommer ta ca 30-45 minuter. Materialet som samlas in och data som spelas in kommer inte användas till något annat än till just denna studie. Deltagande är helt frivilligt. Det innebär att deltagaren när som helst kan avbryta sitt deltagande i studien utan vidare förklaring. När examensarbete är godkänt och färdigt kommer det skickas en kopia till Er verksamhet så Ni får del av resultatet.

Vid funderingar eller frågor kan jag kontaktas på: Mail: xxxx@student.his.se
Tele:*****

Handledare: Sirpa Rosendahl

Samtyckesblanketten skickas så snart som möjligt till:

Ala Issa Almashik

Adress: *****

Tackar i förhand för Ert samarbete. Med vänliga hälsningar
Ala

Bilaga 2

Blankett för medgivande av ansvarig enhetschef eller motsvarande Studie:

Godkänns

Godkänns inte

Datum: _____

Ort: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Titel: _____

Verksamhetsområde: _____

Bilaga 3

Information om deltagande i en studie avseende utskrivningen av äldre patienter i hemmet enligt samverkan lagen.

Vid utskrivning av en äldre patient från slutna hälso- och sjukvård sker en informationsöverföring mellan olika vårdgivare. Äldre patienter har olika upplevda behov efter en akutskada eller akutförsämring, som orsakat inskrivning på slutna hälso- och sjukvård. Vid utskrivningen skall de bedömda insatserna samordnas. Ingen tidigare forskning har dock gjorts på hur distriktssköterskor upplever utskrivning av äldre patienter i hemmet enligt den nya samverkan lagen. Därför är det rimligt att belysa distriktssköterskors upplevelse av hur samverkan mellan slutenvård och hemsjukvård, vid utskrivningen av den äldre patienten i hemmet enligt den nya lagen, fungerar.

Du tillfrågas i detta brev om deltagande i en studie. Studien kommer att genomföras via intervjuer med distriktssköterskor på hemsjukvård i kommunen. Din verksamhetschef har givet sitt godkännande till att du tillfrågas om deltagande i studien. Jag vill gärna intervjua dig om dina upplevelser inom detta område, och skulle se det som värdefullt om du vill delta i studien.

Intervjun kommer att spelas in via en mobiltelefon. Inspelningen kommer efter att studien är färdig och godkänd att förstöras. Det är enbart jag och mina handledare som kommer ha tillgång till texten från intervjuerna. Det kommer inte vara möjligt att identifiera vad just du har sagt i sammanställningen av resultatet. Intervjun kommer att ske under ett tillfälle och jag beräknar att det kommer ta ca 30- 45 minuter. Jag kommer kontakta dig via telefon inom några dagar för att boka in ett ev. möte.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge varför. Jag garanterar strikt konfidentialitet. Alla de uppgifter du lämnar kommer att behandlas med sekretess. Ingen kommer att få veta vad du har sagt till mig. Med detta brev följer ett svarsbrev för skriftligt samtycke som du lämnar vid intervjutillfället.

Syftet med studien är att belysa distriktssköterskors upplevelser av vårdandet till den äldre patienten utifrån den nya samverkanslagen, då det är viktigt med ökad kunskap inom området. Resultatet ska kunna användas och komma till nytta för mina kurskamrater på distriktssköterskeutbildningen, men även till verksamma distriktssköterskor. Om du är intresserad kommer jag gärna att delge dig resultatet.

Med vänliga hälsningar Ala Issa Almashik
Högskolan I Skövde

XXXX@student.his.se

Tel: *****

Handledare:

Sirpa Rosendahl

xxxx @his.se

Bilaga 4
Bakgrundsdata deltagare

1. Ålder

.....år

2. Legitimationsår

.....

3. Antal år som praktiskt verksam sjuksköterska

.....

4. Antal år som distriktssköterska

.....

a) Arbetsomfattning %, timmar/vecka?

.....

5. Utbildning efter legitimation (ange vad och ev. antal högskolepoäng)

1 Specialistsjuksköterskeexamen / vidareutbildning

1 Administrativ utbildning

1 Annan utbildning

Bilaga 5

Distriktssköterska	1	2	3	4	5
Ålder	48	34	34	48	57
Legitimationsår	2014	2014	2014	2016	1992
Antal år som distriktssköterska	5	0	4	2.5	29
Antal år som sjuksköterska	21	5	13	4	37
Tjänstgöringsgrad i %	100%	100%	100%	100%	100%

Bilaga 6

Intervju frågor

- Kan du berätta om dina upplevelser som distriktssköterska av samverkan mellan slutenvård och hemsjukvård vid utskrivningen?
- Kan du berätta dina upplevelser om att arbeta enligt den nya lagen om samverkan mellan olika vårdgivaren vid utskrivningen av äldre patienter i hemmet?''.
- Vilka fördelar och nackdelar upplever du med arbetet med den nya lagen om samverkan?
- Vilka faktorer finns som hindrar arbetet vid utskrivningen av patienter från slutenvård?
- Vilka faktorer finns som förebygger vårdandet av patienter i hemmet?
- Hur är möjligheterna till stöd i arbetet?
- Har du någon fråga eller fundering själv som jag har missat att tänka på eller vill du lägga till något?

Följd frågor

- Vad menar du?
- Kan du utveckla dina svar?
- Vad tänker du om detta?