

ATT VÅRDA HELA VÄGEN HEM
Distriktssköterskors erfarenheter av att ta emot
sköra äldre som skrivs hem från sjukhus

TO NURSE ALL THE WAY HOME
District nurses' experiences of receiving frail elderly who
are discharged from hospitals

Examensarbete för specialistsjuksköterskeexamen
med inriktning mot distriktssköterska och
magisterexamen med huvudområdet omvårdnad

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Vårtermin 2024

Student: Jessica Ahoniemi och Emma Åbom

Handledare: Dip Raj Thapa

Examinator: Cecilia Åberg

SAMMANFATTNING

Titel: Att vårda hela vägen hem – Distriktssköterskors erfarenheter av att ta emot sköra äldre som skrivs hem från sjukhus

Författare: Ahoniemi, Jessica; Åbom, Emma

Institution: Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad A1E

Handledare: Thapa, Dip Raj

Examinator: Åberg, Cecilia

Sidor: 38

Nyckelord: Distriktssköterska, erfarenheter, skörhet, utskrivning, äldre

Bakgrund: Andelen av befolkningen som blir äldre och multisjuka ökar i samhället. När dessa personer vårdas på sjukhus är problemen ofta komplexa. Många som skrivs hem behöver fortsatt hälso-och sjukvård i hemmet och distriktssköterskan blir då omvårdnadsansvarig. De arbetar bland annat med att tillgodose behov av trygghet, kontinuitet och samordning samt ansvarar för säkerheten i den vården som bedrivs.

Syfte: Syftet är att belysa distriktssköterskors erfarenheter av sköra äldres utskrivning från sjukhus till kommunal primärvård i hemmet.

Metod: En kvalitativ intervjustudie användes där data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med tio distriktssköterskor. Data analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet presenteras i två kategorier; *Framgångsfaktorer för en säker utskrivningsprocess* samt *Hinder för en trygg och säker hemgång*, med sju tillhörande underkategorier. För att säkerställa trygga hemgångar krävs god planering, ett gott samarbete, tydlig dokumentation och information. Hinder för en lyckad utskrivning är användandet av olika journalsystem, tidsbrist och hög arbetsbelastning

Konklusion: För att upprätthålla patientsäkerheten vid utskrivning av sköra äldre är samarbete och god kommunikation nödvändig. Distriktssköterskor i kommunal primärvård har en viktig samordnande roll och behöver säkerställa god och säker vård när patienten kommer hem.

ABSTRACT

Title: To nurse all the way home –District nurses' experiences of receiving frail elderly who are discharged from hospitals

Author: Ahoniemi, Jessica; Åbom, Emma

Department: School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS

Supervisor: Thapa, Dip Raj

Examiner: Åberg, Cecilia

Pages: 38

Keywords: Discharging, district nurse, elderly, experience, frailty

Background: The number of elderly people with multiple diseases is increasing in society. When these people are treated in hospital, the problems are often complex. Many of those who are sent home need continued healthcare at home, and the district nurse then becomes the responsible nursing manager. District nurses work for the safety and satisfaction of elderly people and work in teams to provide a safe care for the patients.

Aim: To shed light on district nurses' experiences of frail elderly being discharged from hospital to municipal primary care at home.

Method: A qualitative interview study was used where data was collected through semi-structured interviews with ten district nurses. Data were analyzed according to qualitative content analysis.

Findings: The results are presented in two categories; *Successfactors for a safe dischargeprocess* and *Obstacles for a safe and secure return home*, with seven associated subcategories. To ensure safe returns home, good planning, good cooperation and clear documentation of medicines and continued care are required. Obstacles to a successful discharge are the use of different medical record systems, lack of time and a heavy workload.

Conclusion: To maintain patient's safety when discharging frail elderly, cooperation and good communication are necessary. District nurses in municipal primary care have an important coordinating role and need to ensure good and safe care when the patient returns home.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING.....	1
2	BAKGRUND.....	1
2.1	ÄLDRE OCH ÅLDRANDE	1
2.1.1	SKÖRHET	2
2.1.2	MULTISJUKLIGHET	2
2.2	UTSKRIVNINGSPROCESSEN	3
2.2.1	SÄKER VÅRD VID UTSKRIVNING.....	4
2.2.2	SAMORDNAD VÅRDPLANERING	4
2.2.3	ANHÖRIGAS PERSPEKTIV	5
2.3	KOMMUNAL PRIMÄRVÅRD I HEMMET.....	6
2.3.1	DISTRIKTSSKÖTERS KANS ROLL.....	6
2.3.2	SAMVERKAN I TEAM.....	7
2.3.3	PERSONCENTRERAD VÅRD	8
3	PROBLEMFÖRMULERING.....	10
4	SYFTE	10
5	METOD	11
5.1	URVAL.....	11
5.2	DATAINSAMLING.....	12
5.3	ANALYS.....	13
5.4	ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	14
5.4.1	FÖRFÖRSTÅELSE	15

6	RESULTAT	16
6.1	FRAMGÅNGSFAKTORER FÖR EN SÄKER UTSKRIVNINGSPROCESS	16
6.1.1	GOD PLANERING OCH FÖRBEREDELSE	16
6.1.2	TYDLIGA ORDINATIONER OCH PLANER	17
6.1.3	BETYDELSEN AV ATT SAMARBETA SOM ETT TEAM	18
6.2	HINDER FÖR EN TRYGG OCH SÄKER HEMGÅNG	19
6.2.1	SNABBA UTSKRIVNINGAR	19
6.2.2	BRISTANDE KOMMUNIKATION.....	20
6.2.3	OTYDLIGHET KRING LÄKEMEDEL OCH MATERIAL	21
6.2.4	BEGRÄNSADE RESURSER OCH FÖRUTSÄTTNINGAR	23
6.3	RESULTATSAMMANFATTNING	24
7	DISKUSSION.....	25
7.1	METODDISKUSSION	25
7.2	RESULTATDISKUSSION	27
7.3	KONKLUSION	30
7.4	KLINISKA IMPLIKATIONER OCH FÖRSLAG TILL UTVECKLING AV ÄMNET	30
8	REFERENSER	32

BILAGOR

1. Intervjuguide
2. Brev till enhetschef
3. Brev till deltagare
4. Tabell över intervjuernas innehåll

1 INLEDNING

Gruppen av äldre personer i samhället ökar och därmed behovet av sjukvård i hemmet (Bjornsdottir, 2018). Det är gruppen av personer över 90 år som har vuxit mest och dubblats de senaste 50 åren (SCB, 2022). Äldre har i regel en stor multisjuklighet och olika funktionsnedsättningar, såväl fysiska som psykiska. Det bidrar till att de allra sjukaste av de äldre patienterna har längre vårdtid vid inläggning på sjukhus jämfört med övriga patienter. Återinläggning på sjukhus inom 30 dagar från utskrivningsdagen är dubbelt så hög hos de sjukaste äldre jämfört med yngre personer (Socialstyrelsen, 2021). Arbetet som distriktssköterska inom kommunal primärvård i hemmet (KPH), tidigare kallad hemsjukvård, är en varierande och utmanande uppgift som innebär att vara omvårdnadsansvarig för dessa patienter. Då många äldre med kroniska sjukdomar bor kvar hemma i sitt ordinära boende ställs krav på en säker och effektiv vård hemma. Den vården bör kunna erbjuda läkande, stödjande och palliativa insatser (Nilsson et al., 2022). Nivån på den vård som ges i hemmet har blivit mer avancerad och idag ges vård hemma som tidigare endast kunde utföras på sjukhus (Melby et al., 2018). Trots att avancerad vård kan ges i hemmet är sjukhusvård vanligt förekommande för multisjuka äldre patienter. För att patientsäkerheten ska kunna upprätthållas vid utskrivning från sjukhus till KPH krävs god kommunikation mellan samtliga vårdgivare som är involverade i patientens vård (Åhsberg, 2019). Syftet med studien är att synliggöra distriktssköterskors erfarenheter av utskrivningsprocessen samt mottagandet av dessa patienter till KPH. Detta på grund av det ökande antalet äldre personer med komplexa vårdbehov som vårdas på sjukhus och som behöver fortsatt vård i hemmet.

2 BAKGRUND

2.1 ÄLDRE OCH ÅLDRANDE

Det finns ingen etablerad definition av vad "äldre" innebär, att åldras måste snarare ses som en helhet bestående av flera olika delar (Ernst Bravell et al., 2017). Dessa delar kan innefatta kronologisk ålder, biologisk ålder, psykologisk ålder och social ålder. Kronologisk ålder avser det antal år en människa har levt. Ålder kan delas upp i yngre-äldre, äldre-äldre samt de allra äldsta. De yngre-äldre innefattar personer som är 60 - 75 år. Äldre-äldre är 75 - 85 år och de allra äldsta är de som är över 85 år. De fysiska förändringar av kroppen som sker när vi blir äldre brukar benämnas som biologiskt åldrande. Förändringarna startar redan i 35 - 40-års åldern och leder på sikt till en förändrad funktion i kroppens organsystem. Många äldre blir känsligare för yttre påverkan som kan vara relaterat till förändrad homeostas. Homeostas beskrivs som en inre jämvikt i kroppen. Till exempel minskar produktionen av hormoner med åldern, vilket påverkar bland annat immunsystemet. Det blir också svårare att reglera temperatur och vätskebalans. För äldre personer innebär det att de kan uppvisa annorlunda och vaga symtom vid olika sjukdomstillstånd som kan vara svåra att identifiera. Som en följd av det biologiska åldrandet minskar motståndet mot yttre påfrestningar vilket ger en ökad risk att drabbas av olika sjukdomar.

Psykologiskt åldrande definieras som “*en persons förmåga att anpassa sig till sin miljö och förändringar i denna*” (Ernst Bravell et al., 2017). Det som kan försämrats hos äldre är den aktiva delen av korttidsminnet samt inlärningsförmågan, vilket minskar vid stigande ålder. Äldre är också mindre öppna för nya erfarenheter. Det kan dock kopplas ihop med en allmänt sämre hälsa och funktionsnedsättningar som begränsar möjligheten att ta sig ut och träffa nya människor (Dahl, 2020). Socialt åldrande handlar om kontakter med andra människor samt funktion i samhället. Åldrande kan innebära förlust av viktiga roller i samhället, minskad samvaro med andra och förlust av vänner och närstående (Ernst Bravell et al., 2017). Åldrandets olika delar kan innebära att en individ upplever flera olika åldrar samtidigt. Den kronologiska åldern spelar sällan så stor roll när patienter söker hälso- och sjukvård. För att kunna ge god vård gäller det att se till patientens behov i relation till både funktionsnedsättningar, multisjuklighet och skörhet (Ekdahl, 2020).

2.1.1 SKÖRHET

Skörhet som begrepp definieras bland annat av “Frieds fenotypiska modell” eller “the circle of frailty”. Där identifieras följande fem riskfaktorer för skörhet: Ofrivillig viktnedgång (tio kg de senaste tio åren), nedsatt ork (fatigue), muskelsvaghet, långsamhet och låg eller minskad fysisk aktivitet. Om den äldre uppfyller minst tre av dessa kriterier betraktas denne som skör (Fried & Tangen, 2001). Olika åldersförändringar kan leda till ökad känslighet och minskad motståndskraft. Äldre har därmed minskad reservkapacitet och ett minskat motstånd mot sjukdomar. Ett sätt att beskriva det tillstånd som uppkommer till följd av naturligt åldrande, sjukdomar och läkemedelspåverkan är skörhet (Ernst Bravell & Eriksson, 2020). För att kunna bedöma hur skör en patient är finns ett flertal olika skattningsskalor som kan användas på olika sätt. Vissa används för att beräkna ekonomiska kostnader och resursåtgång, andra för att förstå den biologiska innebörden av begreppet skörhet. Skatta skörhet kan vara till hjälp för att planera vård, mäta risker för fallolyckor, återinläggning på sjukhus men även risk för död (Rockwood et al., 2015).

När en skör person utsätts för små stressfaktorer upplever de oproportionerligt stor negativ effekt på hälsan. Sköra individer har ökad risk för dödlighet, fallolyckor, sjukhusinläggning, långa vårdtider, ensamhet och försämrad livskvalitet (Tazzeo et al., 2021). Vissa patienter upplever skörhet som något bestående medan andra ser det som något övergående. För att minska känslan av skörhet och bidra till ökad livskvalitet är det värdefullt att kunna bo kvar i sitt eget hem. Det beror delvis på tryggheten i den välkända miljön som hemmet erbjuder men även känslan av att vara så pass självständig att det till viss del går att klara sig själv (Bjerkmo et al., 2023). Det finns ett samband mellan att vara skör och att vara multisjuk. Skörhet kan förekomma enskilt men är vanligare förekommande tillsammans med multisjuklighet (Fried & Tangen, 2001).

2.1.2 MULTISJUKLIGHET

Multisjuklighet innebär att en person har två eller flera kroniska sjukdomar (Lutomski et al., 2023). De vanligaste förekommande symtomen bland dem som är multisjuka är smärta, muntorrhet och trötthet. Orsakerna som ligger bakom dessa besvär är ofta hjärt-kärlsjukdomar, läkemedelsbiverkningar samt olika problem med

rörelseapparaten, till exempel artros, osteoporos och inflammationer (Eckerblad et al., 2015). För individen kan detta innebära minskad fysisk förmåga, försämrad livskvalitet, ökad kontakt med hälso- och sjukvård samt polyfarmaci (Lutomski et al., 2023). Polyfarmaci innebär att en patient har fem eller fler olika läkemedel. En äldre, skör patient som har många läkemedel löper ökad risk för biverkningar och att läkemedlen påverkar varandra på ett negativt sätt. Relaterat till åldersförändringar kan känsligheten för vissa läkemedel som till exempel lugnande och smärtstillande öka. Det kan orsaka trötthet, yrsel och förvirring, vilket kan leda till fall och inskrivning på sjukhus. Några faktorer som kan leda till polyfarmaci är avsaknad av gemensam läkemedelslista eller ordination, bristande dokumentation mellan vårdgivare och uppföljning av ordinerade läkemedel (Socialstyrelsen, 2017).

Som äldre och multisjuk ökar behovet av hjälp och detta kan i sin tur påverka livskvaliteten. Livskvalitet är svårt att mäta då det innebär olika saker för olika individer samt att det är föränderligt över tid. Upplevelse av livskvalitet är beroende av vilket synsätt individen har. Många anpassar sig efter sin situation och kan uppleva god livskvalitet trots sjukdom medan andra upplever låg livskvalitet även om de är friska (Skog & Grafström, 2013). Multisjuka patienter har en förlängd vårdtid samt ökad risk för dödlighet vid sjukhusvård (Tazzeo et al., 2021). I många fall saknas rekommenderade behandlingsmetoder för dessa patienter. Vården är istället specialiserad mot ett särskilt område och ser inte patienten som en helhet. För patienter kan detta leda till otillräcklig klinisk bedömning, ökat antal diagnoser och fler terapeutiska interventioner. Detta på bekostnad av att tid tas från annat som är viktigt för patienter, såsom smärta, elimination och bevarande av funktionell och kognitiva funktioner (Clerencia-Sierra et al., 2015).

2.2 UTSKRIVNINGSPROCESSEN

Äldre multisjuka patienter är nästan lika sjuka när de skrivs ut från sjukhus som när de skrivs in då de har många sjukdomar som inte går att bota. De behöver ofta fortsatt vård i sina hem. På sjukhus finns personal dygnet runt, när de kommer hem minskar tillgången på läkare och sjuksköterskor drastiskt (Hansson et al., 2018). Vad gäller utskrivningsprocessen så finns det olika prioriteringar och förväntningar. På sjukhus eftersträvas korta vårdtider med snabba utskrivningar för att få tillgång till lediga sängplatser. För personal inom den kommunala verksamheten ligger fokus på att bedöma och samordna de vårdinsatser som krävs när patienten kommer hem. Det erfordras planering för att utrustning och material ska finnas tillgängligt samt att vården ska samordnas med hemtjänst (Melby et al., 2018). I en studie av Nordmark et al. (2015) har distriktssköterskor uppfattningen att sjuksköterskor på sjukhus i många fall saknar kunskap om vilken information som distriktssköterskor behöver ha om patienter. De är heller inte insatta i vad som finns tillgängligt i form av material och läkemedel när patienten kommer hem vilket kan skapa problem om det missas att skickas med patienten hem. Då sjukhus, vårdcentraler (regional primärvård) och kommuner inte använder sig av samma dokumentationssystem krävs noggrann överföring av information. Det är viktigt att berörda vårdgivare ges möjlighet att ta del av viktig information (Nordmark et al., 2015).

2.2.1 SÄKER VÅRD VID UTSKRIVNING

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som resulterar i att kraven på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Åtgärder behövs också för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador (SFS 2010:659). Säker vård innebär att ha kunskap om risker och att anpassa arbetet på ett sådant sätt att riskerna minimeras. Ansvaret gäller för alla som arbetar inom hälso- och sjukvården. För att undvika vårdskador krävs god yrkeskunskap, ett etiskt förhållningssätt och ett samarbete mellan olika professioner och vårdgivare, vilket är grundat på respekt och kännedom om både den egna och andra professioners kompetenser (Svensk Sjuksköterskeförening et al, 2020).

Som sjukvården i Sverige ser ut idag kan det vara upp till tre organisationer som är involverade i en patient, sjukhus, vårdcentral och kommunal primärvård. En äldre, multisyjuk patient kan träffa så många som 15 olika läkare under en 18 månadersperiod hos olika vårdgivare. Dessutom har läkare en tendens att fokusera på sitt specialområde vilket gör att det blir svårt att få en helhetsbild av patienten. När vården är uppdelad finns risk att patienter slussas fram och tillbaka i systemet då det saknas någon som har det övergripande ansvaret (Hansson et al., 2018). Övergångsvård kallas den hälso- och sjukvård som ges under övergången till annan typ av vård. Målet är att upprätthålla god samordning och kontinuitet för patienten när den flyttas mellan olika vårdgivare, vilket kan medföra svårigheter i att upprätthålla god patientsäkerhet. De vanligaste felen som uppstår vid förflyttningar mellan vårdgivare är läkemedelsfel, infektioner, missade uppföljningar, bristfällig dokumentation samt fall (Soares et al., 2012). Återinläggning av äldre patienter beror ofta på brister i information och samförstånd mellan sjukhus och KPH. För att förhindra återinläggningar samt för att kunna skapa en trygg och säker hemgång för patienter bör en samordnad vårdplanering hållas (Åhsberg, 2019).

2.2.2 SAMORDNAD VÅRDPLANERING

Många av de multisyjuka äldre patienterna som vårdas på sjukhus är i behov av hjälp av hemtjänst, KPH och vårdcentral när de kommer hem. När behov uppmärksammas skickas meddelande till kommun och vårdcentral för kännedom. När det närmar sig utskrivning enas de olika parterna om en mötestid ihop med patient och anhörig där fortsatta insatser planeras, en så kallad SIP (samordnad individuell planering) (Rämgård & Petersson, 2017). Utskrivningsplanering är en komplex process som innefattar patientbedömning, utveckling av en lämplig plan, uppföljning och utvärdering. Även tillhandahållande av utbildning och information till patienter och vårdgivare. Processen kräver multiprofessionellt samarbete, kommunikation mellan flera olika hälso- och sjukvårdskontexter men också delaktighet av patienter och anhöriga. Tillsammans kan vårdgivare därefter utveckla lämpliga strategier för att möta behov efter utskrivning (Bauer et al., 2009). Den första januari 2018 infördes lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612). Syftet är att tillgodose god vård efter utskrivning för de som behöver kommunala insatser efter sjukhusvistelse. Den syftar även till att förhindra återinläggningar av äldre. Lagen innebär att behandlande läkare, redan vid inskrivning av patienter, ska bedöma om behov av fortsatt vård krävs efter vårddagen. Om så är fallet ska berörda enheter underrättas om planerad utskrivningsdag för att kunna påbörja planering av nödvändiga insatser. Senast på utskrivningsdagen ska all nödvändig information

överförs från slutenvården till kommun eller vårdcentral. Detta för att utskrivningen ska bli så trygg och säker som möjligt (Socialstyrelsen, 2021).

Vid planering av fortsatt vård och omsorg är det av vikt att se till hela patientens livssammanhang (Hansson et al., 2018). Det kan vara svårt när det gäller sköra och multisjuka äldre personer. De har inte enbart flera olika diagnoser utan även andra ospecifika funktionsnedsättningar att ta hänsyn till. Vid planering av fortsatt vård behövs hänsyn tas till hur patienten klarade sig innan vårdtillfället samt hur patienten kan väntas klara sig hemma efter utskrivningen. Planeringen utgår ofta från de problem som patienten sökte för snarare än de problem som kan tänkas kvarstå vid utskrivning. Korta vårdtider gör också att fysioterapeuter och arbetsterapeuter på sjukhuset inte hinner göra en ordentlig bedömning av patientens funktionsstatus innan patienten skickas hem igen. Detta medför att patientens hem inte hinner anpassas för eventuell försämrad funktionsförmåga till dess att patienten kommit hem (Hansson et al., 2018). För sjukhuspersonalen kan det vara svårt att veta hur en patient klarar sig hemma då de inte vet hur patientens hem ser ut och vilka hjälpmedel som finns där. Patienten kan vara tillfälligt nedsatt fysiskt och/eller psykiskt av sjukdom eller mediciner vilket kan påverka personalens helhetsupplevelse av patienten. För att få en klarare bild av helhetssituationen och vilken hjälp som kan behövas i framtiden kan det vara bra att ta del av anhörigas berättelser (Rämgård & Petersson, 2017).

2.2.3 ANHÖRIGAS PERSPEKTIV

Utskrivning av äldre patienter kan försvåras av ett flertal faktorer. De kan vara kognitivt nedsatta dels på grund av en demenssjukdom, dels av sjukhusvistelsen i sig vilket påverkar deras förmåga att ta till sig och förstå information. Många äldre hör inte vad som sägs och vissa förstår inte. Ett stort ansvar hamnar då på de anhöriga (Hansson et al., 2018). Deras roll kan bestå i att vårda, ta medicinska beslut samt agera för sin anhöriges räkning (Bauer et al., 2009). Många anhöriga upplever att de inte blir tillräckligt involverade i utskrivningsprocessen. Vissa tycker att det går bra och känner en lättnad då de inte behöver ta något ansvar utan får rätta sig efter beslut som redan tagits. Andra känner oro då de inte involveras i planering kring fortsatt vård. Ofta saknas information kring hur prognosen ser ut framåt och vad som kan förväntas (Smith et al., 2022). Anhöriga upplever ofta att de inte får tillräckligt med information om vem som är ansvarig för fortsatt vård, eller vart de ska vända sig vid frågor. Efter utskrivning får de ofta ta ett stort ansvar för patientens fortsatta vård, vilket de inte alltid är förberedda på. Genom tydligare information vid utskrivningen hade de känt en större delaktighet och känt sig mer förberedde för uppgiften (Hansson et al., 2018). Ytterligare ett orosmoment är hur den äldre ska klara sig hemma, om behovet av hjälp är tillgodosett. Anhöriga upplever brist i informationsutbyte och samarbete mellan olika vårdgivare. Det skapar ovisshet för vilken information som når ansvarig sjukvårdspersonal som ska ta hand om patienten när den kommer hem igen. Många känner också oro för att deras anhörige kommer att bli skickad till sjukhus igen strax efter utskrivning fast det egentligen inte skulle behövas (Smith et al., 2022).

2.3 KOMMUNAL PRIMÄRVÅRD I HEMMET

Den hälso- och sjukvård som utförs i patientens bostad kallas för kommunal primärvård i hemmet. Vem som helst kan inte bli inskriven, ofta krävs att personen har långvariga behov av hälso- och sjukvård samt har svårt att ta sig till annan vårdgivare, till exempel vårdcentralen (Rämgård & Petersson, 2017). Tidigare fanns en uppdelning där landstinget ansvarade för dem som behövde sjukvård och kommunen för dem som behövde omsorg. År 1992 infördes Ädelreformen som innebär att kommunerna tog över landstingets uppdrag och ansvarar nu även för personer som behöver hälso- och sjukvård, upp till sjuksköterskenivå. Tack vare detta kan en helhetssyn över patientens sociala och medicinska behov samordnas och tillgodoses av kommunen som huvudman. Det är två lagar som styr omvårdnaden av sköra äldre, socialtjänstlagen (SOL) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Det finns även privata vårdbolag men de arbetar efter samma lagar och enligt offentliga upphandlingar som regleras av staten (Rämgård & Petersson, 2017).

År 2022 beslutade regeringen tillsammans med SKR (Sveriges kommuner och regioner) att en omställning till god och nära vård skulle genomföras. Omställningen innebär en mer personcentrerad hälso- och sjukvård där patienter utifrån sin förmåga är mer delaktiga i vården. Målet är en sammanhållen vård där hälsan och individens behov står i fokus. Primärvården ska utgöra navet i vården och behöver samverka med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst. För att öka kontinuitet, trygghet, samordning och säkerhet ska en hälso- och sjukvårdspersonal utses till fast vårdkontakt. Patienter med flera vårdgivare kan vid frågor vända sig direkt till sin vårdkontakt för att få hjälp. Distriktssköterskor i den kommunala primärvården kan vara exempel på en fast vårdkontakt (SKR, 2024).

2.3.1 DISTRIKTSSKÖTERSANS ROLL

Distriktssköterskor kan arbeta inom många olika verksamheter, däribland KPH (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). En av grunderna i att arbeta som distriktssköterska är att verka som ett stöd för människor oavsett ålder och sjukdomstillstånd. Enligt kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor är några av distriktssköterskans uppgifter att utforma omvårdnadsplaner för patienter. De ska även verka som ett stöd för patienter och närstående i det dagliga livet utifrån sin rätt till autonomi och självbestämmande. Distriktssköterskor ska vara företrädare i frågor gällande vården i de fall patienter själva inte vill eller kan föra sin egen talan. De ska även tillgodose behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Arbetsuppgifterna inom KPH är varierande och kräver kunskap inom flera områden (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Förutsättningarna för att kunna ge vård i hemmiljö skiljer sig markant från att vårda patienter på sjukhus. Bostaden är inte anpassad för vårdinsatser vilket kan försvåra utförandet av vårdtekniska moment likväl som hygien inte kan säkerställas på samma sätt som i en sjukhusmiljö. För distriktssköterskor gäller det att kunna arbeta på ett säkert sätt utan att gå emot patientens vilja, integritet och autonomi (Nilsson et al., 2022). Som distriktssköterska i KPH innebär en del av arbetet att vara gäst i någons hem. Genom att göra patienter delaktiga i olika moment kan distriktssköterskor arbeta på ett respektfullt sätt och balansera rollerna som distriktssköterska och gäst med varandra (Sundler et al., 2020).

Distriktssköterskors roll i KPH består bland annat av att bedöma och tillhandahålla behovet av vård och viss medicinsk behandling (Modin et al., 2010). I takt med att

befolkningen växer och allt fler multisjuka äldre patienter vårdas hemma sker allt mer avancerad vård i hemmet. Vård som tidigare enbart utfördes på sjukhus utförs nu i patienternas hem (Melby et al., 2018). Enligt Bjornsdottir (2018) beskriver distriktssköterskor inom KPH sitt arbete som att skapa ett nät runt varje patient för att se till att de har den hjälp som behövs för att kunna bo kvar hemma. De behöver hjälpa patienter att upprätthålla känslan av välbefinnande genom bra kost, rörelse och god sömn samtidigt som de behandlar tillstånd som andningsbesvär, hjärtsvikt och sår. Vissa patienter som behöver hjälp hemma har endast tillfälliga hälsoproblem men de flesta har kroniska sjukdomar, äter mellan sex och tolv mediciner dagligen och är i behov av komplexa behandlingar (Bjornsdottir, 2018).

En stor del av arbetet inom KPH är att identifiera och åtgärda olika risker hos sköra äldre patienter. Till hjälp finns olika kvalitetsregister, till exempel Senior Alert. Där kan risker för fall, trycksår, undernäring och risk för ohälsa i munnen identifieras och förebyggas med olika åtgärder för att sedan utvärderas kontinuerligt. Vid vård av äldre patienter med komplexa problem läggs ett stort ansvar på distriktssköterskor då de i regel har en bättre helhetssyn av situationen än vad läkare har. De måste sedan ge god information till läkare så rätt beslut kan fattas angående patienters vård och behandling. Tiden som läkare har avsatt för varje enskild patient är ofta begränsad. Distriktssköterskor har här en viktig roll i att bedöma och prioritera vem som har störst behov av läkarkontakt. Det är ofta distriktssköterskor som ser till att behandling efterföljs, utvärderar dess effekt och sedan återkopplar till läkaren (Socialstyrelsen, 2011).

Enligt Melby et al. (2018) anser många distriktssköterskor att det är utmanande att ta emot patienter som skrivs hem från sjukhus. Behov av utskrivning direkt efter avslutad behandling står ibland i konflikt med kommunens behov av förberedelse och att få nödvändig utrustning på plats i patientens hem. Hansson et al. (2018) beskriver flera svårigheter med utskrivning, bland annat kommunikation mellan vårdgivare och avsaknad av plan från sjukhus. För att underlätta utskrivningar krävs bättre kommunikation med patient och anhöriga men den behöver även förbättras mellan olika vårdgivare (Hansson et al., 2018). Att vårda patienter i deras hem innebär för distriktssköterskor kontakt och samordning med många olika professioner och personer som är involverade i patientens vård och kräver därmed god samarbetsförmåga (Pusa et al., 2015).

2.3.2 SAMVERKAN I TEAM

Äldre personer som är inskrivna i KPH träffar många olika professioner beroende på vilket vårdbehov som finns. Utöver distriktssköterska/sjuksköterska och läkare kan det vara omvårdnadspersonal, biståndshandläggare, fysioterapeuter och arbetsterapeuter som tillsammans bildar ett team runt patienter (Wijk & Rämgård, 2017). Samverkan i team är en av distriktssköterskans kärnkompetenser och innebär att leda och organisera omvårdnadsarbetet. Genom att skapa goda relationer med andra professioner i teamet kan omvårdnaden utvecklas och den vård som ges förbättras (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019).

Patienter som vårdas i sina hem har inte ständig närvaro av en distriktssköterska. Ofta är det omvårdnadspersonal som hjälper patienter med det dagliga och patienter träffar distriktssköterskan mer sporadiskt. För att upprätthålla en god patientsäkerhet i KPH är det därför extra viktigt med ett gott samarbete och bra kommunikation med

omvårdnadspersonal (Nilsson et al., 2022). Distriktssköterskor fungerar som samordnare av patientens vård och samordnar kontakten bland annat med anhöriga och olika externa vårdgivare, till exempel dietist eller olika mottagningar (Modin et al., 2010). Patienter som är inskrivna i KPH idag har ofta långa och komplexa vårdförlopp. De har ofta många olika diagnoser vilket innebär att de kan ha flera vårdgivare som medverkar i vården och detta behöver samordnas på ett bra sätt (Melby et al., 2018).

Sjukvård är en gemensam tjänst som skapas tillsammans av olika vårdgivare och av människor som söker hjälp antingen för sig själva eller för sina anhöriga. Det innebär att det inte bara är samarbetet mellan hälso- och sjukvårdspersonal som är av betydelse utan att även patienten och anhöriga är en viktig del av teamet. Ibland kan samarbete vara utmanande då anhöriga kan uppleva vården otillräcklig. För att skapa en god relation med anhöriga behövs tillit och förståelse för varandras roller. Genom att ge anhöriga information och support stärks de i sin roll och känner en större delaktighet i vården (Pusa et al., 2015). Patienter har, beroende på situationen, olika stort behov av att vara en del av teamet. Ofta önskar de medverka i olika beslut gällande sin hälsa men vid vissa situationer, till exempel vid akut sjukdom eller operationer upplever många lättnad av att ha ett sjukvårdsteam omkring sig som kan ta hand om dem på bästa sätt. Då känner de att de kan släppa kontrollen. Dock önskar de information om vad som händer och det är då viktigt att informationen anpassas efter patientens behov så att hen verkligen förstår (Batalden et al., 2016).

2.3.3 PERSONCENTRERAD VÅRD

Att involvera patienter i sin hälsa och sitt välbefinnande är något som är betydelsefullt inom personcentrerad vård. Det leder till partnerskap och ett delat beslutsfattande som bygger på att vårdgivare låter patienter vara aktiva i sin vård och behandling (Ekman et al., 2011). En av distriktssköterskors kärnkompetenser är att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Syftet är att kunna guida och stödja patienter genom vårdprocessen för att hålla samman vården och upprätthålla patientsäkerheten (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Att arbeta personcentrerat innebär att ha medicinsk kunskap och tekniska färdigheter för att kunna göra korrekta bedömningar och utöva sjukvårdande uppgifter. Det handlar även om att ha social kompetens för att kunna kommunicera med olika människor (Wijk & Råmgård, 2017). Grunden i den personcentrerade vården är att ta reda på vad patienter själva ser som problematiskt och vad som är viktigt i deras liv. Liksom att utgå från patienters egna värderingar och erfarenheter. För att lära känna patienter som unika personer kan en så kallad levnadsberättelse användas. Där kan de berätta om favoritmat, familj, yrke och livshändelser med mera för att förstå patienters val på ett bättre sätt. Ett personcentrerat arbetssätt innebär att ha en medveten närvaro, där distriktssköterskor trots en stressig miljö, kan lyssna uppmärksamt och inte lägga in egna värderingar i det som sägs (Blomqvist & Beck, 2017). Det finns inget färdigt arbetssätt för att arbeta personcentrerat, utan det måste anpassas efter varje enskild person. Vårdgivare ska anpassa sig efter den person som söker vård och se vilka behov den personen har. Det är särskilt viktigt i hälso- och sjukvården då vårdgivare alltid står i maktposition i förhållande till den som söker vård (Eriksson, 2020).

För äldre patienter som skrivs hem från sjukhus innebär ett personcentrerat förhållningssätt att personalen har ett vänligt bemötande och är förstående. Information är en viktig del och många patienter önskar kontinuerlig information angående både sin behandling och sin planerade utskrivning (Nilsen et al., 2022).

Genom att ge tydlig information som mottagaren förstår, samt att fråga om personens egna tankar och åsikter skapas en känsla av jämställdhet som ger förutsättningar för ömsesidiga interaktioner (Sundler et al., 2020). Något annat som värdesätts bland patienter är sjukvårdspersonals förmåga att arbeta flexibelt och ge individanpassad vård. När det utförs på ett bra sätt skapas en känsla av frihet och oberoende hos patienterna (Nilsen et al., 2022). Många vårdgivare anser att de arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. I en studie visade det sig dock att vårdpersonal på sjukhus prioriterade att enbart dokumentera de medicinska åtgärderna, ofta på grund av tidspress. Det gjorde att patienternas känslor, önskningar och kunskap om sin sjukdom och behandling prioriterades bort vid dokumentationen (Ekman et al., 2011).

3 PROBLEMFORMULERING

Andelen äldre i samhället ökar ständigt, av dem är många multisjuka och sköra. Att vara äldre och multisjuk kan leda till många kontakter med olika vårdgivare, inneliggande sjukhusvård och långa vårdtider. Patienter skrivs ut från sjukhus så snart de är färdigbehandlade då det råder brist på vårdplatser. På grund av hög arbetsbelastning läggs inte alltid tillräckligt med tid för planering och information vid utskrivning, vilket i sin tur leder till att patientens helhetssituation riskerar att förbises. Finns det ett ökat vårdbehov hos den äldre jämfört med innan sjukhusinläggningen så kommer det att krävas en större samordningsinsats från kommunens sida för att utskrivningen ska vara så säker som möjligt. Förutom patienten själv är anhöriga också viktiga att göra delaktiga i beslut som tas. När vårdtiderna förkortas för patienterna finns även risker att informationsöverföringen blir bristfällig. Trots gemensamma samordningssystem kan inte alltid de olika vårdgivarna läsa varandras dokumentation. Det finns inte heller någon sammanhållen dokumentation för läkemedelshantering. I och med det så riskerar mycket av informationen att missas vilket kan påverka patientsäkerheten. Tidigare forskning har beskrivit svårigheter med att vårda multisjuka äldre samt vilka faktorer som påverkar en trygg utskrivning från sjukhus. Då antalet sköra äldre patienter ökar samt att arbetet inom KPH blir mer avancerat ställs allt högre krav på distriktssköterskor. Denna studie fokuserar därför på att identifiera faktorer som distriktssköterskor i KPH anser påverka en trygg hemgång av sköra äldre.

4 SYFTE

Syftet är att belysa distriktssköterskors erfarenheter av sköra äldres utskrivning från sjukhus till kommunal primärvård i hemmet.

5 METOD

Metoden som användes var en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie. Vid semistrukturerad intervju används ett antal förutbestämda frågor som syftar till att få svar som håller sig till studiens syfte. Metoden är flexibel då frågorna inte behöver ställas i någon speciell ordning utan den ger möjlighet att följa upp och ställa följdfrågor där det behövs (Polit & Beck, 2016). Genom att använda intervjuer som datainsamlingsmetod ges möjlighet att få en djupare förståelse av ett fenomen då utgångspunkten ligger i deltagarnas egna berättelser och beskrivningar (Engström & Juuso, 2023). Enligt Kvale och Brinkmann (2014) kan författare genom att använda en kvalitativ forskningsintervju undersöka deltagarnas erfarenheter vilket bidrar till att utveckla mening och förståelse för deras levda värld. Enligt Henricsson och Billhult (2023) beskriver den kvalitativa metoden ingen absolut sanning utan syftar till att studera erfarenheter av ett fenomen och har sitt ursprung i det holistiska synsättet. Studien har en induktiv ansats vilket innebär att fenomenet studeras förutsättningslöst och sedan återges på ett så korrekt sätt som möjligt (Priebe & Landström, 2023). Vid induktiv ansats utgår forskare inte ifrån någon förutbestämd teori utan teorier kan skapas utifrån vad som framkommer i resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

5.1 URVAL

Urvalet bestod av tio distriktssköterskor som arbetade inom den kommunala primärvården. Samtliga distriktssköterskor var kvinnor mellan 28 - 61 år, medelålder var 48 år. De hade arbetat som distriktssköterska mellan 1 - 14 år vilket gav medelvärdet 7,5 år. Alla deltagare hade magisterexamen inom omvårdnad. Åtta av de tio distriktssköterskorna hade erfarenhet av att arbeta på sjukhus. Inklusionskriterier för studien var distriktssköterskor som vid tidpunkten för intervjun arbetade inom KPH och hade minst 6 månaders erfarenhet. Detta för att deras erfarenheter skulle vara aktuella och för att de skulle ha skaffat sig erfarenheter kring utskrivning och mottagandet av sköra äldre patienter. Distriktssköterskor som arbetade inom KPH men som inte var patientansvariga exkluderades då distriktssköterskornas helhetsbild av patientens situation eftersträvades att undersökas.

Det urval som användes är ett så kallat ändamålsenligt urval tillsammans med snöbollsurval. Ändamålsenligt urval innebär enligt Polit och Beck (2016) att personer som har erfarenhet inom det specifika ämnet som ska studeras väljs ut med förhoppning att få innehållsrika berättelser. Snöbollsurval innebär att deltagarna ombeds att ge kontaktuppgifter till ytterligare personer som kunde vara aktuella för intervju. Denna form av urval är tidssparande och forskare har lättare att skapa en relation med deltagarna samt möjlighet att specifikt välja vilken bakgrund deltagarna ska ha (Polit & Beck, 2016). I denna studie var syftet att belysa erfarenheter hos distriktssköterskor som arbetade inom kommunal primärvård och därför togs kontakt med utvalda enhetschefer.

5.2 DATAINSAMLING

Data samlades in under januari och februari 2024 genom semistrukturerade intervjuer. Brev med information om studien och en samtyckesblankett (bilaga 2) mejlades till tio olika enhetschefer för kommunal primärvård inom södra Sverige. Fyra enhetschefer godkände förfrågan om att få intervjua distriktssköterskor. Några lämnade in ifyllt samtyckesblankett och några godkände medverkan muntligt eller via mejl. Enhetscheferna gav kontaktuppgifter till de distriktssköterskor som ville medverka i studien. Några distriktssköterskor kontaktades genom personlig kännedom och fick efter godkännande från sin chef delta i studien. Vid några intervjuer gav deltagarna kontaktuppgifter till ytterligare distriktssköterskor som kunde vara aktuella. Detta resulterade i tre informanter. Totalt genomfördes intervjuer med tio distriktssköterskor från fyra olika kommuner i Västra Götaland. Deltagande distriktssköterskor fick ett mejl med information om studien samt samtyckesblankett (bilaga 3). De fick även skriftliga instruktioner om att försöka ge exempel på utskrivningssituationer som fungerat bra och mindre bra. Samtyckesblanketten lämnades till författarna vid intervjutillfället eller via mejl i de fall där intervjun skedde digitalt. Då det var erfarenheter kring sköra äldre som avsågs studeras var även begreppet sköra äldre definierat i informationsbrevet. Deltagarna fick information både skriftligt och muntligt i samband med intervjun om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta sin medverkan om så önskades utan att ange orsak.

Författarna sammanställde, med handledares hjälp, en intervjuguide som ansågs besvara studiens syfte. En provintervju utfördes för att undersöka om nödvändig information framkom eller om frågorna behövde formuleras om. En av frågorna omformulerades för att bli tydligare och en fråga som uppkom under provintervjun lades till i intervjuguiden (se bilaga 1). Författarna var nöjda med innehållet i provintervjun då det som framkom stämde väl med studiens syfte. Provintervjun inkluderades i resultatet. Intervjuerna började med bakgrundsfrågor som deltagarnas ålder och utbildning samt hur länge de arbetat inom KPH. Som inledande fråga ombads deltagaren berätta lite om hur en vanlig arbetsdag såg ut. Därefter togs frågorna i den ordning som passade bäst.

Intervjuerna genomfördes fysiskt eller digitalt via Teams. Författarna önskade i första hand ett fysiskt möte, men i de fall där resvägen blev lång användes Teams med påslagen kamera i enlighet med deltagaren. Enligt Engström och Juuso (2023) kan intervjuer som äger rum på samma plats vara fördelaktigt då icke verbala data såsom kroppsspråk och ansiktsuttryck lättare kan uppfattas. Sju intervjuer skedde fysiskt där distriktssköterskan valde lokal. Några intervjuer genomfördes på deltagarnas kontor då de satt enskilt. Andra intervjuer skedde i olika konferensrum för att kunna sitta ostört. Engström och Juuso (2023) menar att platsen för intervjuer är viktig. Det bör vara en plats som är trygg, ostörd och icke lyhörd. Distriktssköterskorna fick välja tid för intervjun då det skulle vara en tid som passade i deras arbete. Båda författarna var med vid åtta intervjuer. En intervjuade och den andra var mer av en observatör, förde anteckningar och flikade in följdfrågor. Två intervjuer hölls enskilt där författarna var med var sin gång. Detta på grund av att det var svårt att få ihop tider där båda författarna och deltagaren kunde närvara. För att inget som sades skulle missas spelades samtliga intervjuer in via röstinspelning på lösenordsskyddade mobiltelefoner. Intervjuerna varade mellan 21 - 35 minuter. Efter tio genomförda intervjuer upplevde författarna att materialet var mättat och nöjde sig därmed.

Thorén-Jönsson (2017) menar att datainsamlingen kan avslutas när mättnad uppstår, det vill säga när ingen ny information framkommer.

5.3 ANALYS

Materialet som framkom under intervjuerna analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys av Graneheim och Lundman (2004). Den kvalitativa innehållsanalysen bygger på erfarenhetskunskap, det som uttrycks genom beskrivningar och tolkningar och bör bygga på en medvetenhet om deltagarnas personliga historia och livsvillkor (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Den kvalitativa innehållsanalysens olika delar sammanfattas för att bearbeta data på ett sätt som ger den kvalitativa forskningen ett resultat som är trovärdigt, överförbart och pålitligt (Graneheim & Lundman, 2004). Den kvalitativa innehållsanalysen består av flera delar vilka är; analysenhet, domän, meningsenhet, kod och kategori. *Analysenheten* är den data som samlats in, i detta fall intervjuer. *Domän* beskriver ett eller flera områden i analysen som framkommer i svaren från en intervju. *Meningsenhet* är en sammanställning av ord och meningar som har ett gemensamt budskap och som svarar på syftet. Meningsenheterna *kondenseras* för att korta ner texten och ta bort upprepningar och ord som inte anses meningsbärande. Delen som kallas *kod* är en etikett på en meningsenhet som beskriver innehållet kortfattat. Koder med liknande innehåll kan därefter grupperas ihop och bilda underkategorier som sedan bildar en kategori. Att skapa *kategorier* är grunden i den kvalitativa innehållsanalysen och svarar på frågan *vad* texten innehåller. De ska vara som en röd tråd genom koderna. Vid kvalitativ innehållsanalys finns både manifest och latent innehåll i texten. Det manifesta innehållet beskrivs som uppenbart och textnära. Det latent innehåll handlar om tolkningar, det som sägs mellan raderna (Graneheim & Lundman, 2004).

Efter att intervjuerna var genomförda transkriberades de i sin helhet. Genom att transkribera datamaterialet skapas en grund för analysen och det är ett sätt att få överblick över insamlat material (Engström & Juuso, 2023). Intervjuerna transkriberades ordagrant och författarna utförde hälften av transkriberingen var. Texterna lästes inledningsvis igenom individuellt ett flertal gånger. Meningar och stycken som ansågs svara på studiens syfte markerades och lades i ett nytt dokument. Därefter diskuterades innehållet i intervjuerna gemensamt och olika domäner som diskuterats fram sorterades ut. Det som inte ansågs svara på studiens syfte togs bort. Det viktigaste i texten plockades ut och kortades ner för att göra den mer lätthanterlig och bevara det mest centrala. Därefter markerades texterna med olika färger och sorterades efter liknande innehåll. Efter kodningen skapades underkategorier utifrån kodernas innehåll. Totalt identifierades sju underkategorier som sedan delades upp i två kategorier. Goda erfarenheter från utskrivningar separerades från dåliga erfarenheter och blev varsin kategori. Se *Tabell 1* för exempel på hur analysen har utförts. Data har i detta examensarbete analyserats på en manifest nivå där innehållet har behållits textnära och skapat resultatdelen. För att skapa kategorier tolkades resultatet till viss del på latent nivå.

Tabell 1: Exempel på meningsbärande enhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori samt kategori

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Om de håller en bra kommunikation med en bra planering så tar vi hem så snabbt vi bara kan	Bra kommunikation och planering leder till snabba hemgångar	Planering och samarbete	Betydelsen av att samarbeta som ett team	Framgångsfaktorer för en säker utskrivningsprocess
De kanske har förberett epikrisen några dagar innan, och så skickar de iväg utan att uppdatera, det är ju en patientsäkerhetsfråga	Dåligt uppdaterad dokumentation är en fara för patientsäkerheten	Kommunikation och ansvar	Bristande kommunikation	Hinder för en trygg och säker hemgång

5.4 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forskning som syftar till ökad förståelse av ett fenomen eller vid önskan om att ta del av andras erfarenheter kring ett ämne, kräver andra människors deltagande. Vid deltagande i olika studier finns alltid en risk att deltagare utnyttjas för andra ändamål. Forskningsetikens syfte är att värna om människors värde och rättigheter bland annat genom att se till deras självbestämmanderätt och deras frihet (Kjellström, 2023). Forskningsetik består av fyra olika grundkrav vilka är; informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav. Informationskrav innebär att forskare måste informera deltagare i studien om vilken uppgift de har i studien samt vad syftet är. Detta krav tillgodosågs genom det informationsbrev som skickades ut både till enhetschefer samt till deltagande distriktssköterskor. Informationen gavs även muntligt i samband med intervjun. Forskare ska informera deltagarna om att det är frivilligt att delta och att de när som helst kan avbryta sin medverkan. Forskare ska ge information och inhämta samtycke från deltagare (Vetenskapsrådet, 2002). För att säkerställa samtyckeskravet lämnades en blankett för samtycke som skrevs på av både enhetschefer och distriktssköterskor samt att de fick information skriftligt och muntligt att de kunde avbryta sin medverkan om de ville.

Enligt Vetenskapsrådet (2002) innebär konfidentialitetskrav att personuppgifter för dem som deltar i studien ska ges konfidentialitet, det vill säga att inga obehöriga ska ha tillgång till personuppgifter eller någon annan information som kan spåras till deltagarna. Författarna tog hänsyn till konfidentialitetskravet genom att material från intervjuerna sparades på lösenordsskyddade datorer och mobiltelefoner för att ingen obehörig skulle få tillgång till materialet. Efter avslutad examination raderades intervjuerna samt ljudfilerna. Intervjuerna avidentifierades samt försågs med nummer i stället för namn för att inget skulle kunna spåras till enskilda deltagare.

Enligt nyttjandekravet får data som är insamlade av forskare inte användas för kommersiellt bruk eller inom andra områden som ej är vetenskapliga (Vetenskapsrådet, 2002). Författarna har ej för avsikt att använda uppsatsen i kommersiella ändamål eller andra icke vetenskapliga syften. För att skydda den enskilda personen och dess människovärde vid forskning krävs ansökan om etikprövning. Det gäller dock inte för högskolestudier på kandidat- eller magisternivå varför heller inte detta har utförts (SFS 2003:460).

5.4.1 FÖRFÖRSTÅELSE

Förförståelse innebär att kunskap redan finns inom det område som kommer att studeras. Det kan handla både om fakta men även erfarenheter och värderingar. För att få ett tillförlitligt resultat krävs att forskare reflekterar kring sin bakgrund och dess betydelse för eventuell påverkan av resultatet (Priebe & Landström, 2017). Den förförståelse som finns inom området kommer att tas i beaktning då båda författarna har erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska inom KPH. Förförståelse finns även med i form av att den ena författaren har erfarenheter av att arbeta som sjuksköterska på vårdavdelning på sjukhus och de utmaningar personalen där ställs inför. Den andra författaren har erfarenheter från att arbeta som sjuksköterska inom ambulansverksamhet och har där vårdat många äldre som skickas in till sjukhus. Under analysprocessen förde författarna en dialog och reflekterade tillsammans utifrån olika perspektiv för att säkerställa att inget som inte satts ord på tolkades in i resultatet. Enligt Polit och Beck (2016) kan risken att förförståelsen påverkar resultatet minskas genom kontinuerlig reflektion.

6 RESULTAT

Analysen resulterade i två kategorier med totalt sju tillhörande underkategorier vilka ansågs besvara syftet att beskriva distriktssköterskors erfarenheter kring utskrivning av sköra äldre. En översikt över kategorier och underkategorier presenteras i *Tabell 2*.

Tabell 2: Översikt över kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Framgångsfaktorer för en säker utskrivningsprocess	<ul style="list-style-type: none">• God planering och förberedelse• Tydliga ordinationer och planer• Betydelsen av att samarbeta som ett team
Hinder för en trygg och säker hemgång	<ul style="list-style-type: none">• Snabba utskrivningar• Bristande kommunikation• Otydlighet kring läkemedel och material• Begränsade resurser och förutsättningar

6.1 FRAMGÅNGSFAKTORER FÖR EN SÄKER UTSKRIVNINGSPROCESS

För att kunna säkerställa en trygg och säker hemgång var det flera delar som var väsentliga enligt distriktssköterskorna. En viktig del var att ha tid på sig för att hinna förbereda. En annan var att den nya läkemedelslistan stämde överens med de ändringar som gjorts enligt läkar Slutanteckningen, samt att nyinsatta läkemedel var medskickade för några dagar. Den sista delen involverade samarbete mellan de olika vårdaktörerna för att kunna ge patienten bästa möjliga vård och en trygg hemgång.

6.1.1 GOD PLANERING OCH FÖRBEREDELSE

Något som var genomgående för erfarenheterna av en säker utskrivningsprocess var att tidigt få information om planerad utskrivningsdag. Distriktssköterskorna fick då tid och möjlighet att hinna förbereda för ett tryggt mottagande. Det kunde handla om att hinna beställa hem material till såromläggningar eller tillbehör till parenteral näringstillförsel. Det var extra viktigt att hinna förbereda för en palliativ patients hemgång då det ofta krävdes mer förberedelser hemma hos patienten. Ibland behövdes en vårdsäng med tryckavlastande madrass som då skulle beställas och

hinna levereras innan hemgången. Vården behövde också samordnas tillsammans med hemtjänsten så att besöken kunde startas så fort patienten kommit hem. Genom tidig information om hemgång gavs också möjlighet att planera för att möta upp och ta emot när patienten kom hem från sjukhuset.

Det är när vi har en bra planering, att vi vet i tid när patienten ska komma hem, så att vi i kommunen hinner förbereda och ta hem på ett bra sätt. Vi hinner komma överens om en bra tid för patienten att komma hem, och vi kan möta upp. Då tycker jag att det fungerar väldigt bra. (*Distriktssköterska 10*).

Det var också viktigt med god planering för att kunna förbereda för eventuella delegeringar av omvårdnadspersonal om nya vårdbehov uppstått under sjukhusvistelsen. Om patienten kom hem med syrgas som den behövde ha i hemmet behövde distriktssköterskan försäkra sig om att den kunde hanteras på ett säkert sätt. Då behövde omvårdnadspersonal läras upp i de moment som var nödvändiga för den dagliga skötseln. När allt var väl förberett ansågs det tidsbesparande för distriktssköterskan som istället kunde ge mer tid för att samtala med patienten.

Distriktssköterskorna upplevde att de snabbt kunde ta hem en patient som redan var inskriven om vårdbehovet var oförändrat. När en ny patient skulle skrivas in i KPH krävdes dock mer tid för planering. Det var därför viktigt att få veta i god tid när patienten förväntades vara utskrivningsklar. ”När vi ser i SAMSA att en patient kommer att bli inskriven, då kan vi planera under gången. Ju fortare vi får reda på det, desto snabbare kan vi också ta hem patienten när den är utskrivningsklar.” (*Distriktssköterska 10*).

6.1.2 TYDLIGA ORDINATIONER OCH PLANER

Något som var viktigt vid utskrivningen var att läkemedelslistan stämde samt att patienten fått med sig nyinsatta läkemedel hem för att klara några dagar. Då ändringar var gjorda och justerade i läkemedelsprogrammet Pascal så Apodos-listan stämde bidrog det till en trygg hemgång för patienten. Tillgången till läkemedel i kommunen är väldigt begränsad så därför var det viktigt att nyinsatta läkemedel skickades med hem. För de flesta var tre dagar tillräckligt för att de skulle hinna beställa och få hem egna läkemedel till patienten. ”När de skickar med nyinsatta läkemedel, och epikrisen stämmer överens med läkemedelslistor då fungerar det perfekt, då är det inga bekymmer.” (*Distriktssköterska 7*).

Distriktssköterskorna ansåg att det var betydelsefullt att få dokumentation, läkarlutanteckning och slutanteckning från sjuksköterskan lite innan patienten kom hem. När de fick anteckningarna i god tid hann de stämna av att de ändringar som gjorts stämde överens med medicinlistan och vad som skulle följa upp efter patientens vårdtid. En bra slutanteckning kännetecknades av en tydlig plan för patientens fortsatta vård. Det kunde gälla återbesök som planerades till mottagningar eller information om att patienten skulle fortsätta följas på sin vårdcentral. Det viktigaste ansågs vara att det tydligt stod vem som var huvudansvarig för den fortsatta vården så de visste till vem de skulle vända sig vid frågor. En annan viktig del var att omvårdnadsstatus för patienten var uppdaterad när patienten kom hem. Områden

som hud, nutrition och fallrisk var något som snabbt kunde ändras under sjukhusvistelse. Då bra och tydlig information fanns var det bara att ta över omvårdnaden och fortsätta där sjukhuset slutat.

Att det finns en bra epikris. Vad är tänkt framöver och att det finns en bra omvårdnadsepikris från sköterskan, hur status är. Det är väl då man tycker att det fungerar. När man har en bra plan och tydlig information. (*Distriktssköterska 6*).

Många distriktssköterskor beskrev vikten av att ha en bra plan för sköra äldre patienter. För att undvika återinläggningar på sjukhus behövde både patienten och anhöriga ha fått vara delaktiga vid upprättandet av en vårdplan. Det var viktigt att arbeta personcentrerat genom att involvera patienten och ta hänsyn till egna önskemål om sin fortsatta vård. När alla var informerade och överens om vårdens utformning kunde mycket av den vård som skulle skett på sjukhus utföras hemma i stället. ”De kanske bara vill må så bra som möjligt hemma. De kanske inte vill fortsätta åka in på undersökningar.” (*Distriktssköterska 5*). Tydliga planer ansågs vara något som gynnade både patienter och vårdgivare. Det minskade belastning på sjukhus och gav ekonomiska vinster genom resor som kunde sparas. Framför allt blev det bättre för patienten som kunde få rätt hjälp direkt på plats. Dock såg de detta som något av en utmaning för framtiden, att kunna fortsätta erbjuda vård av hög kvalitet hemma i ett samhälle där allt fler multisjuka behöver vårdas hemma.

6.1.3 BETYDELSEN AV ATT SAMARBETA SOM ETT TEAM

En av de viktigaste aspekter var ett gott samarbete mellan olika vårdgivare. Genom att tidigt bli involverade och få snabba uppdateringar kring patientens vårdtid möjliggjordes en snabbare hemgång vilket även frigjorde vårdplatser för sjukhuset. Även om den huvudsakliga informationsöverföringen skedde via SAMSA (IT-stöd för samordnad vård och omsorgsplanering) uppskattades personlig kontakt. Det kunde också möjliggöra att information framkom som annars inte hade uppmärksammats.

En sjuksköterska ringde till mig och efterfrågade lite information, och även jag fick information. Man ska ju inte behöva ringa men ibland kan det vara lättare också att ha den här kontakten. Då förklarade jag läget, hur det hade varit hemma. De såg ju inte det, på avdelningen, det som vi hade sett hemma. (*Distriktssköterska 9*).

Samarbetet med vissa avdelningar upplevdes fungerade bättre än med andra. Det var betydelsefullt att det stod tydligt vem som var huvudansvarig för patienten. En annan bidragande orsak var när de fanns tillgängliga på telefon och att distriktssköterskorna hade möjlighet att nå dem. De kunde ringa och rådfråga kring ordinationer som behövde ändras eller annan rådgivning. Det var också tydligt vem som var huvudansvarig för patienten. Distriktssköterskorna upplevde då att de arbetade som en förlängd arm av avdelningen, vilket gav känslan av ett gott samarbete. ”Du kan alltid återkoppla till teamet, och när inte teamet är där har du alltid avdelningen du kan ringa. Så du har alltid någon att rådfråga.” (*Distriktssköterska 3*).

För att utskrivningen skulle bli så bra som möjligt krävdes också ett gott samarbete med andra professioner inom kommunen. De patienter som var inskrivna i KPH behövde ofta hjälp av hemtjänst, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. När flera professioner arbetade i team runt en patient var det lättare att få en helhetsbild av patientens situation. Vid utskrivning och mottagandet av patienter som vårdats på sjukhus behövdes ett gott samarbete och en tät kontakt med övriga i teamet. När alla var informerade gavs förutsättningar att ge en så god vård som möjligt. Distriktssköterskorna upplevde att det ofta var hemtjänsten som styrde när en patient kunde komma hem då de hade svårare att lösa bemanning. Ambitionen var att ta hem patienterna till kommunen så fort de var utskrivningsklara utan att äventyra patientsäkerheten. När samarbete fungerade bra upplevdes patienterna vara nöjda med sin situation och kände sig väl omhändertagna. ”Vi är ett team allihop, oavsett om vi inte jobbar på samma arbetsplats så är ju vårdcentral, sjukhus och kommuner ett team ihop. Så är det ju faktiskt.” (*Distriktssköterska 10*).

6.2 HINDER FÖR EN TRYGG OCH SÄKER HEMGÅNG

Kategorin beskriver vilka hinder som fanns för en trygg hemgång. Det kunde vara snabba och oväntade utskrivningar, ordinationer som inte stämde, trycksår som inte dokumenteras och avsaknad av plan för fortsatt behandling. Det medförde problem som tog tid från alla inblandade, skapade frustration hos distriktssköterskorna och bidrog till onödigt lidande för patienten. Distriktssköterskorna kände avsaknad av förståelse från personal på sjukhuset för hur arbetet i kommunen fungerade.

6.2.1 SNABBA UTSKRIVNINGAR

Distriktssköterskor beskrev vikten av att få tid och möjlighet till en bra planering innan patienten skrevs ut. Dock hade alla negativa erfarenheter av situationer när utskrivning skett för snabbt. De kunde plötsligt få reda på att en patient skulle skrivas ut senare samma dag. I många fall handlade det om att sjukhuset behövde vårdplatser och inte kunde vänta ytterligare någon dag med utskrivningen. ”Sjukhuset har ju ett väldigt tryck på sig så de reder inte upp sin situation. Det drabbar ju patienten när den ska skrivas ut sen.” (*Distriktssköterska 3*).

I vissa av dessa fall upplevde de att patienterna inte var färdigbehandlade när de skrevs ut, eller att de hade ett större vårdbehov än tidigare vilket skulle krävt mer planering för utökade insatser. En distriktssköterska berättade om en patient som skrevs ut innan hjälpmedel fanns på plats i hemmet. Det resulterade i att patienten låg på soffan i två veckor utan att kunna ta sig upp, vilket bland annat innebar ökad risk för trycksår. Ibland saknades planering för fortsatt vård när det blev snabba utskrivningar. Det var då svårt att hinna förbereda och ta emot patienten på ett säkert sätt. Vid några tillfällen fick patienter skickas tillbaka till sjukhuset med ambulans för att förberedelserna hemma inte varit klara eller för att de inte mätte tillräckligt bra för att kunna vara hemma. ”Då känner jag att, är de verkligen utskrivningsklara? Jag känner att de får ju bara bekymmer igen för det blir ju att vi skickar in igen. För mår de inte bra så vi kan inte ha dem hemma.” (*Distriktssköterska 10*).

Många distriktssköterskor visade förståelse för sjukhusets situation med platsbrist och ville hjälpa till genom att ta hem patienterna så snabbt som möjligt. I de fall där patienten inte var färdigbehandlad krävdes det dock en tydlig plan kring den fortsatta

behandlingen från ansvarig läkare. Det behövdes också ordinationer på de läkemedel som kunde bli aktuella att ges hemma. Vid de utskrivningar som skedde snabbt saknades ofta ordinationer. Många ansåg att de hade resurser och kunskap för att utföra mycket vård i hemmet men det handlade om att få rätt förutsättningar. Det kunde till exempel vara patienter med hjärtsvikt som behövde fortsatt behandling med vätskedrivande läkemedel intravenöst. Då krävdes det en tydlig ordination och information om på vilka indikationer behandlingen skulle ges. I de fall det inte fanns någon tydlig plan blev det patienten som drabbades hårdast. I yttersta fall kunde det leda till felbehandling eller vårdskada genom utebliven behandling.

Det kan ju bli ett väldigt stort lidande för det kan ju dröja längre innan de får mediciner eller rätt vård. Man hade ju kunnat förhindra mycket om man redan på sjukhuset hade börjat med vissa saker eller har en plan. (*Distriktssköterska 5*).

6.2.2 BRISTANDE KOMMUNIKATION

De problem som uppstod kring utskrivningarna ansåg många distriktssköterskor berodde på en bristande förståelse för deras arbete och dålig kommunikation mellan kommun och sjukhus. Erfarenheten var att vissa avdelningar var sämre på att uppdatera i SAMSA gällande vårdförlopp och utskrivningsdatum. Ibland stod det att patienten skulle vara utskrivningsklar nästkommande dag, men fortfarande väntade på någon undersökning eller var i behov av insatser som krävde sjukhusvård. Det skapade osäkerhet hos distriktssköterskorna om de skulle börja planera för patientens hemgång eller inte. De saknade också ofta information kring hur status var för patienten, om den var försämrad jämfört med hur den varit hemma. Även i de fall där det fanns omfattande dokumentation i SAMSA var känslan ofta att de trots detta ändå inte fått all information de behövde för att kunna ta hem patienten på ett tryggt sätt. ”Nämen det är ju hur mycket kommunikation som helst tycker man ju, mellan sjukhuset och kommunen med SAMSA och så där. Men det fattas ju alltid. Det felas ju alltid något i någon länk.” (*Distriktssköterska 6*).

Många distriktssköterskor ansåg att kommunikationsverktyget SAMSA inte fungerade optimalt trots att flera kommuner hade speciella vårdplaneringssköterskor som arbetade med SAMSA och skötte vårdplaneringsmötena. Flera ansåg att kommunikationen skedde i för många led innan informationen nådde dem och att det kunde försvinna information under vägen. Situationen på sjukhus upplevdes vara mer pressad nu och vårdplatsbrist beskrevs vanligt förekommande. Patienter flyttades ofta mellan avdelningar och många sjuksköterskor var inblandade i samma patient. Byten av avdelningar och personal ansågs vara en orsak till att information försvann på vägen. Flera distriktssköterskor hade önskat en bättre möjlighet till direktkommunikation i de mer komplicerade patientfallen. Det var ofta svårt att få tag i patientansvarig sjuksköterska på sjukhuset och det tog mycket tid att ringa upprepade gånger. ”Det blir ju merjobb för dom i sista ändan, när vi måste hålla på att ringa tillbaka. Så det är bättre att göra rätt från början.” (*Distriktssköterska 2*).

Flera distriktssköterskor önskade att de själva hade tid och möjlighet att vara med tidigare vid utskrivningsprocessen i de fall där de skulle bli patientansvariga. De önskade få vara delaktiga i de beslut som tagits för att kunna skapa en bättre helhetsbild av patienten. De beskrev många gånger oklarhet i vilken information som patient och anhöriga fått av sjukhuset och i vilken grad de kunnat ta till sig den

informationen. ”Oftast så upplever jag att det kommer i efterhand, mycket tankar och frågor kring patientens tillstånd, som är väldigt svåra för oss att svara på, som kanske inte har varit med vid diskussionen.” (*Distriktssköterska 1*).

När patienterna kommit hem var det ibland tydligt att kommunikationen inte fungerat. Ett exempel gällde information om att patienten hade trappor in till huset vilka den inte kunde ta sig upp för när den blev avlämnad av en taxichaufför. Flera distriktssköterskor uppgav att information saknades om vårdbehov som uppkommit under vårdtiden men som missats att rapporterats, till exempel trycksår. Ibland var sjuksköterskans och läkarens slutanteckningar förberedda flera dagar i förväg och inte uppdaterad samma dag som patienten skrevs ut och ansåg vara en bidragande orsak till att information missades. Korrekta och utförliga slutanteckningar var av stor vikt då många patienter inte hade förmåga att själva redogöra för sina behov.

Alla patienter vet ju själva inte hur de har det. Både att de kan vara trötta och påverkade av sjukdom eller så har de snurrat till det. Det har blivit för mycket helt enkelt, så de ter sig som dementa. Och är de då också dementa, att de har en diagnos, då är det än värre. (*Distriktssköterska 3*).

När brister i dokumentationen uppstod kunde det medföra risker att patientsäkerheten hotades. Distriktssköterskorna framhöll vikten av att dokumentera noggrant i SAMSA och att följa de riktlinjer och rutiner som finns. De ansåg även att en stor del av förbättringsarbetet kring utskrivningar är beroende av att fler avvikelser skrivs för att lyfta de problem som finns. Tyvärr var detta något som många ansåg att de inte hade tid att göra. Problemet löstes i stället för stunden genom att rätta till de oklarheter som fanns. ”Vi skriver jättedåligt med avvikelser, och när det inte står skrivet så har det inte hänt. Det är det som är problemet.” (*Distriktssköterska 7*).

Enligt många distriktssköterskor var en förklaring till bristerna i kommunikationen att personalen på sjukhuset inte hade förståelse och kunskap för hur arbetet i KPH fungerade. En annan förklaring ansågs vara att personalen på sjukhuset arbetade under stor press och att de ofta var underbemannade. ”Det är ju oftast så att det är kommunikationsbrist eller att man inte förstår varandras verksamheter som gör att ja, det brister. Och att vården inte blir, ja utformad på bästa sätt för patienten helt enkelt.” (*Distriktssköterska 1*). En annan brist som uppmärksammats var avsaknad av kommunikation mellan olika vårdgivare. Många äldre är multisyka och har då flera olika vårdgivare. Flera distriktssköterskor tyckte att det inte alltid togs hänsyn till patientens helhet utan var och en såg till sin egen specialitet. ”Just det här med att det inte finns någon kommunikation mottagningarna emellan, så blir det också felaktigheter.” (*Distriktssköterska 2*).

6.2.3 OTYDLIGHET KRING LÄKEMEDEL OCH MATERIAL

Ett stort problem många distriktssköterskor påtalade var att läkemedelslistorna inte stämde vid utskrivningen. Många patienter som var inskrivna i KPH fick sina läkemedel ordinerade i Pascal och fick där en läkemedelslista. Sjukhusen ordinerar läkemedel enligt en särskild modul i sitt journalsystem Melior vilket genererar ytterligare en läkemedelslista. De ändringar som gjordes i läkemedelslistan behövde då göras på båda listor, vilket ofta missades. ”Det är lite jobbigt att vi har olika system.

Sjukhuset har Melior och våra patienter har ofta Pascal. Det tycker man väl kan vara ett hinder, att inte ha samma system.” (*Distriktssköterska 8*).

När dessa listor inte stämmer överens skapades osäkerhet kring ordinationerna. Det kunde vara läkemedel som var nyinsatta, utsatta eller dosjusterade under vårdtiden. Distriktssköterskorna uppmärksammade felaktigheter i form av dubletter av ordinationer och att läkemedel som skulle bytts ut eller tagits bort fortfarande funnits kvar på listan eller otydliga doseringar. För att klargöra vilken dosering som gällde var det viktigt att de ändringar som var gjorda stod specificerade i läkar Slutanteckningen. Ibland fanns ingen tydlig dokumentation om de ändringar som gjorts och det bidrog till ytterligare osäkerhet. Det var inte bara distriktssköterskorna som blev osäkra kring ordinationen. Det blev även rörigt för patienterna att få olika information och svårt för dem att veta vad som skulle gälla. För att få klarhet i vilken ordination som stämde var det många distriktssköterskor som ringde till sjukhuset för att be dem ändra i ordinationen. ”Jag brukar ringa sjukhuset, faktiskt, framförallt när det gäller läkemedel. Det är ju väldigt viktigt att det stämmer.” (*Distriktssköterska 8*).

Ibland var ändringarna gjorda i Pascal men det var inte akutbeställt någon ny Apodos-rulle till patienten vilket innebar att de inte kunde följa den aktuella ordinationen. Distriktssköterskorna upplevde att läkarna på sjukhuset i många fall saknade kunskap i att arbeta i Pascal. Många visste till exempel inte att det kunde dröja upp till två veckor innan den nya dosleveransen kommer om den inte beställdes akut. När det inte akutbeställdes någon ny Apodos-rulle behövde de nya läkemedlen skickas med patienten hem. Ett återkommande problem var att de nyinsatta läkemedlen ej var medskickade. Patienten riskerade därmed att inte få de ordinerade läkemedlen, då kommunen endast hade tillgång till ett fåtal akutläkemedel. Många patienter kom hem sent på eftermiddagen eller kvällen och då fanns inte möjlighet att gå till apoteket och hämta ut läkemedel. I vissa fall saknades recept på läkemedlen när distriktssköterskan var på Apoteket för att hämta ut dem. Om anhöriga fanns tillgängliga hade de ibland möjlighet att hjälpa till att hämta ut från apoteket men alla hade inte den möjligheten.

Ett annat fall där vi hade fått med tabletter, blodförtunnande. Och så har patienten fått med sig för en dag... Då måste man ju kanske ha någon kommunikation över, man kan ju säkra upp det lite... Varav det slutar med att Närsjukvårdsteamet åker ut med mer mediciner. Alltså ganska onödig insats... Ja hade de skickat med för två dagar till, så hade vi löst det. (*Distriktssköterska 2*)

Det var inte enbart läkemedel som missades att skickas med patienten hem. Material till parenteral nutrition, sond och infusioner samt olika omläggningar saknades ofta när patienterna kom hem. Det medförde att distriktssköterskorna inte kunde utföra sitt arbete. I flera fall saknades förskrivningar av material som behövdes för att kunna utföra arbetet på ett säkert sätt. De fick i stället göra tillfälliga lösningar utifrån sin erfarenhet och kunskap med material som inte var ordinerat till ändamålet. Även här var upplevelsen att det saknades förståelse för att kommunen inte har något stort förråd att hämta material ifrån, utan att speciella förband och material måste förskrivas på den enskilda patienten.

Det blir ju att patienter blir lidande återigen. Det blir inte patientsäkert om inte vi utför omläggningar och sånt på ett säkert sätt. De kan ju drabbas av ja, infektioner eller vad som helst om det inte utförs på ett bra sätt. (*Distriktssköterska 1*).

6.2.4 BEGRÄNSADE RESURSER OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Distriktssköterskorna ansåg att de i många fall hade kunskap att lösa de problem som uppstod vid utskrivningar men att det inte alltid fanns resurser och rätt förutsättningar för att lyckas. Många uttryckte frustration över att de inte gavs förutsättningar för att sköta sitt jobb på ett bra sätt. Vid läkemedelsfel tog det mycket tid och energi att ringa till avdelningen för att försöka få rätt ordination. Detta tog inte enbart tid från distriktssköterskan utan även från personalen på sjukhuset som redan upplevdes vara hårt belastade. Det var dock nödvändigt för att säkerställa att behandling gavs. ”Det är framför allt väldigt frustrerande och stressande tycker jag, man vill ju patientens bästa givetvis. Man vill ju inte att hen ska få något avbrott i sin behandling.” (*Distriktssköterska 8*).

När patienten kom hem blev distriktssköterskan ansvarig för patientens fortsatta vård. Det kunde ibland upplevas utmanande då många patienter var multisjuka och sköra. Inom KPH vårdas patienter med allt från ögonbesvär till hjärtsvikt, kronisk obstruktiv lungsjukdom och palliativa patienter. Distriktssköterskorna kunde känna osäkerhet och oro för vilka konsekvenser som kunde uppstå om patienterna fick vänta några dagar med vissa läkemedel. Då distriktssköterskorna ofta arbetade självständigt och inte alltid hade en läkare att tillgå var det viktigt att det fanns tydliga ordinationer och planer för patienterna. ”Ja, för då står du ju plötsligt som ansvarig. Du är ju ansvarig för den här patienten. Man får vara spindeln i nätet.” (*Distriktssköterska 3*).

För att upprätthålla patientsäkerheten använde distriktssköterskorna olika strategier för att lösa situationer som uppstod. De beskrev att med ökad erfarenhet skapades kunskap om hur problemen kunde lösas, till exempel vart de kunde vända sig. Flera distriktssköterskor berättade att läkemedel ibland fick skickas med taxi från sjukhuset om det missats att skickas med patienten. Dock var dessa lösningar något som användes i yttersta nödfall om läkemedel eller material ansågs nödvändiga för att upprätthålla patientsäkerheten. I några fall löstes problemet genom att personal från sjukhuset som bodde i samma kommun som patienten lämnade läkemedlen till sjuksköterskan i kommunen. I något fall åkte distriktssköterskan själv till sjukhuset för att hämta material. Detta var tid som togs ifrån andra patienter och det påverkade även distriktssköterskans arbetsmiljö.

Den tiden har vi ju inte egentligen... Det blir mycket, och det slår tillbaka på dig själv. Du får ingen lunch, du får jobba över liksom. För det finns ingen annan som kan ta det. Och det är ju för patienternas säkerhet framför allt känner jag, som det måste lösas, och det finns ingen annan som löser det åt dig. (*Distriktssköterska 3*).

Som resultat av de brister som uppstod när delar i utskrivningen lämnades ofullständiga blev patienten lidande. Fler distriktssköterskor berättade att de blivit ombudda att skicka tillbaka patienten till sjukhuset när det fattades delar. Det kunde handla om ordinationer eller material och läkemedel som saknades, eller att det inte fanns någon plan för fortsatt vård för en försämrad patient. Istället försökte de lösa situationen med tillfälliga åtgärder för att patienten skulle slippa ytterligare en påfrestande resa. ”Dom är sjuka, och sen när de kommer hem är de helt slut. Man kan inte sätta dem i en taxi eller ambulans tillbaka, det känns inte mänskligt.” (*Distriktssköterska 7*)

6.3 RESULTATSAMMANFATTNING

I resultatet framkom att utskrivning av sköra äldre var en komplex situation där många delar ska samordnas och kommuniceras mellan olika vårdgivare. För att bibehålla en god patientsäkerhet vid utskrivning från sjukhus krävdes en god planering och kommunikation mellan de olika vårdaktörerna. I de fall där allt var förberett och tydliga planer fanns för patienten fungerade utskrivningarna väl. Distriktssköterskorna fick då mer tid att planera för den fortsatta omvårdnaden i hemmet. När läkemedelslistan var korrekt och läkemedel medskickade bidrog det till en trygg hemgång för patienten. Det var viktigt att arbeta personcentrerat genom att skapa en bra plan för varje enskild patient. När patient, anhörig och personal vet hur vården i hemmet ska bedrivas och hur eventuellt försämrat tillstånd ska hanteras, skapas goda möjligheter för patienter att få bo kvar i hemmet och att undvika onödiga sjukhusvistelser. Genom en god teamsamverkan ökade också möjligheten för en trygg och säker hemgång för patienter. De svårigheter som fanns uppstod ofta vid utskrivningar som skedde snabbt. Det ledde till att vården inte hann samordnas och att hemmet inte hunnit förberedas om patienten hade ökat vårdbehov. Många brister ansågs bero på otillräcklig kommunikation mellan vårdgivare och dålig förståelse för varandras organisationer. Ett stort problem var att läkemedelslistorna inte stämde, vilket skapade osäkerhet och tog mycket tid att lösa. De problem som uppstod vid utskrivningarna löste distriktssköterskorna med olika strategier. De upplevde att med ökad erfarenhet hade de lättare att hitta lösningar på problemen.

7 DISKUSSION

7.1 METODDISKUSSION

I metoddiskussionen diskuteras trovärdigheten i studien i form av begrepp som pålitlighet, tillförlitlighet, och överförbarhet som beskrivs av Graneheim och Lundman (2004). Trovärdigheten redovisas genom att klargöra för läsaren hur forskningsprocessen fortlöpt, hur och varför beslut har tagits. För att trovärdigheten ska anses som hög ska en röd tråd kunna följas genom arbetet (Graneheim et al., 2017). Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors erfarenheter av utskrivning av sköra äldre från sjukhus till KPH. Författarna valde att använda sig av en kvalitativ design med ett induktivt förhållningssätt och data samlades in genom semistrukturerade intervjuer. Genom att välja den metod som lämpar sig bäst för studiens syfte ökar trovärdigheten i densamma enligt Graneheim och Lundman (2004). Att utgå från en induktiv ansats var utmanade då en viss förförståelse för ämnet fanns hos båda författarna. En deduktiv ansats hade kunnat användas då problem med utskrivningar, till exempel bristande kommunikation, finns beskrivna i tidigare forskning. För att inte riskera att gå miste om erfarenheter som tidigare inte beskrivits valde författarna att undersöka fenomenet förutsättningslöst.

Diskussioner och resonemang kring förförståelsen fördes genom hela processen. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) råder delade meningar om att använda sin förförståelse eller inte. Vissa forskare anser att den ska sättas inom parentes men risken finns då att viktiga tolkningar går förlorade. Kvale och Brinkmann (2014) menar dock att det kan vara en fördel att ha en god kunskap om det ämne som ska studeras. Det kan vara till hjälp i analysprocessen för att lättare skapa mening och urskilja mönster. Att välja en kvantitativ design ansågs inte heller vara lämplig, då en sådan metod enligt Billhult (2023), grundar sig på objektiv kunskap och analyseras med hjälp av strukturerade mätningar och resultatet presenteras i siffror. Det som kunde varit av intresse att undersöka med en kvantitativ alternativt mixad metod skulle vara att med hjälp av till exempel avvikelser se vilka brister som anmäls. Det ansågs dock inte besvara studiens syfte.

För att få innehållsrika och utförliga beskrivningar av deltagarnas erfarenheter av ämnet samlades data in genom individuella, semistrukturerade intervjuer. Andra intervjumetoder riskerar att begränsa möjligheten till följdfrågor eller att hamna för långt ifrån ämnet. En nackdel vid intervjustudier är att det är svårt för forskaren att förhålla sig helt neutral utan att påverka resultatet, de får därför till viss del ses som en medförfattare till texten vilket kan påverka bekräftelsebarheten negativt (Henricson & Billhult, 2023). Ett alternativ till enskilda intervjuer kunde vara att använda fokusgrupper för datainsamling. Denna metod hade varit bra för att minska den maktbalans som kan uppstå mellan intervjuare och deltagare. Metoden anses också fördelaktig då interaktion uppstår mellan deltagarna vilket kan generera djupare data (Wibeck, 2023). Anledningen till att metoden valdes bort var att det kräver mer planering och svårigheter att samla alla deltagare på en specifik tid och plats. Ett alternativ för att nå ett större antal deltagare kunde vara en enkätstudie med kvalitativ ansats, där förutbestämda frågor skickats ut för att besvaras skriftligt. Metoden ansågs begränsa möjligheten till att ställa följdfrågor vid intressanta ämnen samt tydliggöra svaren i svårtolkade fall. Åtta av tio intervjuer genomfördes gemensamt då båda författarna saknade erfarenhet av att intervjua. Diskussion fördes

kring hur intervjuerna skulle genomföras och det bestämdes att samma författare ställde frågorna medan den andra observerade, antecknade och ställde kompletterande följdfrågor. Det gjordes för att frågorna skulle ställas på ett så liknande sätt som möjligt. Kvale och Brinkmann (2014) beskriver att en nackdel i den kvalitativa forskningsintervjun kan vara att deltagarna både medvetet och omedvetet försöker besvara frågor på det sätt de tror att intervjuaren vill höra. För att försöka undgå detta ombads deltagarna beskriva specifika situationer som de upplevt, både positiva och negativa. För att de skulle ha möjlighet att minnas och redogöra för specifika situationer fick de information i förhand om dessa frågor.

För att uppnå trovärdighet och överförbarhet i resultatet är det enligt Graneheim et al. (2017) avgörande att hitta deltagare som har erfarenheter av fenomenet. Det är dock inte alltid nödvändigt med ett stort antal deltagare utan det viktigaste är tillräcklig kvalitet och variation av insamlade data. För att belysa problem från olika perspektiv anses det också vara viktigt att deltagarna är representerade både vad gäller kön och ålder. Åldern på deltagarna hade god spridning där den yngsta var 28 år och den äldsta var 61 år. Det var svårare att tillgodose fördelningen gällande kön, då det saknades manliga distriktssköterskor i de kommuner som deltog, därav att samtliga deltagare var kvinnor. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) anses dock inte könsfördelning vara avgörande för giltigheten i en studie. Det är snarare deltagarnas erfarenheter kring ämnet som har betydelse för resultatet. För att få innehållsrika intervjuer valdes deltagarna ut genom ett så kallat ändamålsenligt urval och för att rekrytera ytterligare deltagare användes även ett snöbollsurval. En svaghet med urvalet är att ett litet nätverk kan begränsa studien och forskare riskerar att inte få tag på tillräckligt med deltagare (Polit & Beck, 2016). Att exkludera dem som inte var patientansvariga valdes för att få distriktssköterskornas helhetsbild av patientens situation. Om detta kriterium hade uteslutits kunde fler deltagare rekryterats men då med risk att inte få den helhetssyn som efterfrågas utan snarare en kortsiktig lösning för patienten. Författarna upplevde att det framkom en mättnad i materialet efter tio intervjuer och avstod därför från att försöka få ytterligare deltagare.

För att öka studiens giltighet valde författarna att redovisa delar av analysprocessen i en tabell. Genom att analysera resultatet på en manifest nivå minskades risken för att det var författarnas tolkningar som redovisades utan att det var information som framkommit från deltagarna. Med tanke på att förståelse fanns inom ämnet hölls innehållet textnära för att undvika att applicera egna erfarenheter och på så sätt påverka resultatet. Analysprocessen genomfördes gemensamt där delar diskuterades för att säkerställa att det inte låg några bakomliggande tolkningar till grund för resultatet. Trovärdigheten stärks ytterligare genom att studien granskas av medstudenter och handledare regelbundet under processen (Henriksson, 2023).

Bekräftelsebarhet innebär att säkerställa att det är deltagarnas erfarenheter som framkommer i resultatet, inte författarnas (Polit & Beck, 2016). Bekräftelsebarhet redovisas till stor del genom de citat som har angetts i resultatet. Siffror valdes att användas efter citaten för att säkerställa att alla distriktssköterskor har varit med och bidragit till resultatet och att citaten inte tagits från enstaka intervjuer. Detta anses ej undanröja sekretessen då deltagarna endast är kopplade till en siffra, de arbetade också i flera olika kommuner och intervjuades enskilt vilket gör det svårt att spåra deltagarna.

Överförbarheten visar på hur studiens resultat kan överföras till en annan grupp eller studie. Det görs genom att tillvägagångssätt och resultat är tydligt beskrivet så att någon annan kan göra en liknande studie med samma resultat (Mårtensson & Fridlund, 2023). Totalt deltog tio patientansvariga distriktssköterskor i studien. De arbetade inom fyra olika kommuner i södra Sverige. Kommunerna låg i samma region och tillhörde samma sjukhus vilket får ses som en svaghet i studien. För ett mer överförbart resultat hade deltagare från olika regioner varit önskvärt för att undersöka om erfarenheterna skiljer sig åt beroende på vilket sjukhus de tillhör. Försök gjordes att kontakta en kommun i en annan region men på grund av hög arbetsbelastning fanns ingen möjlighet att delta i studien. Det fanns dock vissa erfarenheter från andra sjukhus med i studien då en del av deltagarna tidigare arbetat i andra regioner. Patienterna kunde även ha vårdats på större universitetssjukhus innan utskrivning vilket bidrar med en viss överförbarhet. I denna studie presenteras urval, datainsamling och metod på ett tydligt sätt för att möjliggöra överförbarheten. Det är upp till läsaren att avgöra i vilken grad studien är överförbar i andra kontexter.

7.2 RESULTATDISKUSSION

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors erfarenheter av sköra äldres utskrivning från sjukhus till KPH. I studiens resultat framgick betydelsen av en god planering vid utskrivning av sköra äldre. Det var viktigt att ha tid för att hinna förbereda för att ta emot patienter på ett säkert sätt. Resultatet styrks av Bauer et al. (2008) som också beskriver att utskrivning av sköra äldre är en komplex process som kräver samarbete mellan olika aktörer och det är därför viktigt med god planering. Vårdtiden på sjukhus är i regel kort och leder till mindre tid att bedöma patienternas behov och utforma en bra planering för utskrivningen. Dessutom får patienten kortare tid för att återhämta sig från akut sjukdom vilket kan göra att vårdbehovet ökat jämfört med tidigare. En framgångsfaktor för utskrivning av sköra äldre med kognitiv nedsättning som framkommer i Browne et al. (2024) är när en adekvat utskrivningsplanering görs där hänsyn tas till att tillräckliga resurser finns i hemmet. När utskrivningen är välplanerad minskar risken för återinläggning på sjukhus. Kinsey et al. (2024) instämmer i att vid utskrivning är det viktigt att göra både patient och mottagande vårdpersonal delaktiga vid utskrivningsplanering. Genom att involvera patienter i sin utskrivning känner de ökad trygghet i att få den hjälp de behöver när de kommer hem. Det ökar deras självförtroende och anpassar förväntningarna på den vård de ska få hemma. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) uppkom just för att säkerställa att patienter på ett tryggt och säkert sätt ska kunna återgå till hemmet och få sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda. En samordnad individuell vårdplan ska alltid upprättas när sjukhuset identifierar behov av insatser från kommun eller vårdcentral. Detta för att alla aktörer ska ha möjlighet att planera för patientens hemgång (SFS 2017:612). Genom god planering ökar både patienternas trygghet och delaktighet. Distriktssköterskorna ges också möjlighet att säkra och individanpassa vården, både vad gäller personalens kompetens men även genom att hinna få hem nödvändigt material.

En bidragande faktor till att utskrivningarna ansågs säkra och lyckade var när samarbetet över organisationsgränserna fungerade väl. Personlig kontakt ansågs positivt då det hjälpte till att skapa en helhetssyn över situationen. En mer realistisk planering för fortsatt vård kunde då skapas tillsammans. Provencher et al. (2021) framhåller att det är betydelsefullt att främja interprofessionell kommunikation och

informationsdelning mellan olika vårdmiljöer. Ett gott samarbete och en fungerande kommunikation är av yttersta vikt i de fall där patienterna är äldre och multisjuka och behöver hjälp från flera olika vårdgivare. Det är också avgörande för att kunna utöva personcentrerad övergångsvård för äldre personer. Cadel et al. (2022) beskriver svårigheter med teamarbete då kommuner ibland inte ses som en integrerad del av teamet. Problem beskrivs i form av att kommuner är ovilliga till att individanpassa den ordinarie processen vid utskrivning, även om det innebär fördröjd utskrivning för patienter. En viktig del i att arbeta som distriktssköterska är enligt Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor att kunna samverka i team och på så sätt utveckla omvårdnaden. För att erbjuda en god vård är det viktigt att skapa goda relationer med andra i teamet oavsett var de arbetar (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Det finns utmaningar med teamarbete vid utskrivningar då sjukhus och kommuner inte arbetar efter samma förutsättningar. För att skapa ett bättre samarbete krävs mer förståelse för varandras verksamheter och att alltid arbeta med patientens bästa i åtanke. Vid övergångsvård är distriktssköterskan en viktig länk i teamet för helhetssynen för en patients situation. Ett gott samarbete kan bidra till en bättre fungerande tillvaro när patienten kommit hem.

I studiens resultat framkom att många distriktssköterskor hade erfarenheter av att patienter skrevs hem från sjukhus för snabbt. Erfarenheterna från dessa var ofta att delar missats eller inte var klara vilket skapade osäkerhet. Allen et al. (2023) beskriver att ett stort hinder för välfungerande utskrivningar är just snabba utskrivningar. När utskrivningar sker snabbt och oplanerat finns inte tillräckligt med tid för att involvera berörda parter kring ändringar som gjorts. Sjukvårdspersonal beskriver att det ibland är svårt att involvera och motivera patienter till att vara delaktiga i sin utskrivning eftersom äldre kan uppleva kognitiva svårigheter, bristande intresse för sin egen vård och bristande insikt i sitt vårdbehov. Enligt Kraun et al. (2023) finns motstridiga känslor hos patienter om att vara involverade i sin utskrivning. Några anser att de är en del av utskrivningsprocessen även om beslutet redan tagits av vårdgivaren. Andra anser däremot att de tvingas till utskrivning utan att bli involverade i processen. Flera äldre är inte ens medvetna om att beslutet redan tagits. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) har patienten rätt att vara delaktig i beslut och hälso- och sjukvården ska utformas och genomföras i samråd med patienten i största möjliga mån. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk Sjuksköterskeförening, 2021) framhåller att det är sjuksköterskans uppgift att ta reda på om patienter och närstående får begriplig och korrekt information. Patienter ska kunna fatta beslut kring samtycke till vård och behandling då informationen ska anpassas efter kognitiva, psykiska och fysiska behov. En av distriktssköterskans uppgifter är att hålla samman och säkra vården (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Det kan vara svårt vid snabba utskrivningar och speciellt vid de tillfällen de själva inte har tillgång till nödvändig information.

Flertalet tidigare studier visar att adekvat kommunikation och informationsöverföring mellan vårdgivare är en viktig del i utskrivning av sköra äldre. Trots användning av SAMSA, som ska underlätta informationen, bekräftade distriktssköterskorna i denna studie att brister i informationsöverföring var ett stort problem. I Åhsberg (2019) framkommer att brister i informationsöverföringen leder till förlängd vårdtid och återinläggningar. En orsak anses vara att det saknas ett gemensamt journalsystem vilket försvårar information mellan vårdgivare och påverkar därmed patientsäkerheten. Även Liljas et al. (2024) beskriver att då olika vårdgivare använder olika journalsystem är det starkt sammankopplat med dålig kontinuitet i vården. Många av de brister och fel som uppstår vid utskrivning av sköra

äldre anses bero på bristande kommunikation. Möjligheten till en god kommunikation försvåras ytterligare vid användning av olika journalsystem. Socialstyrelsen (2022) beskriver att informationsöverföring mellan vårdgivare utgör en stor risk för patientsäkerheten. När patienter med kroniska sjukdomar har kontakt med specialistsjukvård, vårdcentral, akutsjukvård och KPH är det lätt att det blir ett glapp i informationskedjan. Det kan leda till att en gemensam bild av vad som hänt och vad som planeras inte följer patienten vilket kan medföra risk för vårdskada (Socialstyrelsen, 2022). Brister i kommunikation mellan personalgrupper, otillräckliga resurser och organisatoriska hinder är kända faktorer som påverkar patientsäkerheten. All personal inom hälso- och sjukvården ansvarar för att arbeta enligt patientsäkerhetslagen (Svensk Sjuksköterskeförening et al., 2020). Trots att riskerna med att använda olika journalsystem är kända, är det i dagens sjukvård ett fortsatt stort problem med informationsöverföring som inte fungerar.

För att undvika onödiga återinläggningar hos sköra äldre visade resultatet att det var viktigt att det fanns en tydlig planering för fortsatt omvårdnad och uppföljning samt vem som var ansvarig. I Hansson et al. (2018) visar resultatet att många patienter skrivs ut innan de är helt färdigbehandlade, dessutom sker utskrivningar ofta införligen för att frigöra sängplatser på sjukhuset. Då patienter inte är färdigbehandlade och utredda leder det många gånger till återinläggning, kanske för samma symptom, vilket kan undvikas om det finns en tydlig planering. I Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor finns beskrivet att distriktssköterskor ska arbeta personcentrerat genom att möta patienter med närvaro, lyhördhet, ärlighet och bekräftelse samt att de ska stödja personens delaktighet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Det är ett arbetssätt som är önskvärt men som kan vara svårt att tillämpa i praktiken. Moore et al. (2021) beskriver att samarbete fungerar bäst när alla inblandade har fokus på personcentrerad vård, gemensamma mål, resultat samt gemensam planering och beslutsfattande om patientvården och övergångar mellan organisationerna. Omställning till *Nära Vård* är ett arbete som bedrivs i hela Sverige. Det beskrivs i Socialstyrelsen (2023) och utgår ifrån att organisera patientens hälso- och sjukvård med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Många patienter önskar bo kvar hemma trots att tillståndet försämras. Krav ställs på en god samverkan mellan olika vårdaktörer då en plan för vad som ska göras vid en försämring måste utformas. Det kräver också att patienter och närstående är involverade och delaktiga för att vården i hemmet ska vara trygg, säker och personcentrerad. En annan viktig uppgift i omställningen är att identifiera patienter som riskerar att försämras i sitt hälsotillstånd och upprätta planer för förebyggande åtgärder (Socialstyrelsen, 2023).

Resultatet visar slutligen att distriktssköterskorna ansåg att de många gånger hade kunskap om att lösa de problem som uppstod vid utskrivningarna men gavs inte alltid de bästa förutsättningarna. Deras åsikt var att ju mer erfarenhet distriktssköterskan hade, desto lättare kunde problemen lösas. Arbetet som distriktssköterska innebar ett stort ansvar då de fungerade som samordnare och var "spindeln i nätet". Enligt Nordmark et al. (2015) är förmågan att planera och ligga ett steg före en färdighet som distriktssköterskor utvecklar allt eftersom de skaffar sig mer arbetslivserfarenhet. Många gånger krävs eget driv och nyfikenhet för att själv söka information och på så sätt skaffa sig en bättre helhetsbild av en patient. För att kunna se varje patients unika behov och kunna bedöma på vilket sätt den enskilda individen behöver stöd krävs ett personcentrerat förhållningssätt. Kvaal et al. (2022) beskriver att distriktssköterskan har en viktig samordnande roll då patienter inte alltid kan ta till sig den information de får vid utskrivning. De informationsluckor som finns förväntas distriktssköterskor att fylla i. Ibland kan det handla om beslut och

åtaganden som ligger utanför deras kunskapsområde eller komfortzon, vilket bidrar till att den samordnande rollen många gånger upplevs som betungande och oförutsägbar. Distriktssköterskan ska arbeta personcentrerat bland annat genom att stödja personen i vårdens alla processer i syfte att hålla samman och säkra vården (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Det finns stora svårigheter med att kunna ge en skraddarsydd vård i ett system som ska jobba effektivt med ett stort patientflöde på det sätt som sjukhus gör. I hälso- och sjukvårdspersonalens situation finns konkurrerande motiv i form av standardisering och individualitet. Vid arbete enligt standardiserade system måste ofta patienter anpassa sig till att passa in i systemet i stället för tvärtom (Kvael et al., 2022). Sjukvården har ett fortsatt stort arbete framför sig med att följa de rutiner och riktlinjer som finns men samtidigt arbeta effektivt och kostnadseffektivt utan att tappa bort patienten som individ på vägen.

7.3 KONKLUSION

Utskrivning av sköra äldre från sjukhus till hemmet är en komplex situation som framkommer tydligt i denna, liksom tidigare studier. Distriktssköterskor i denna studie beskriver ett antal framgångsfaktorer som påverkar en trygg och säker hemgång för dessa patienter. En viktig faktor är att distriktssköterskor får god tid på sig att förbereda för patientens hemgång. Material ska finnas hemma och omvårdnadspersonalen ska vara informerad och delegerad för specifika uppgifter. Sådana förberedelser tar extra tid men anses viktiga för att kunna erbjuda en säker vård. Det som också visar sig vara viktigt är att det finns tydliga ordinationer och planer för fortsatt vård samt att veta var distriktssköterskan kan vända sig vid frågor. Speciellt viktigt är det när patienter har flera vårdgivare. Då det saknas ett gemensamt dokumentationssystem försvåras informationsöverföringen och är ett problem som ofta nämns. När informationen ska vidarebefordras i många led är det lätt att viktiga delar faller bort på vägen. Då patienten väl kommer hem är det distriktssköterskans ansvar att se till att vården kan bedrivas och samordnas på ett säkert sätt. Om det saknas information, uppdaterade läkemedelslistor eller material riskerar patientsäkerheten att äventyras. I många fall löser distriktssköterskor problemen på olika sätt men dessa lösningar är ofta tidskrävande och drabbar i slutändan patienterna. Sett ur ett ekonomiskt perspektiv är det inte heller försvarbart att som exempel akutbeställa läkemedel eller skicka material med taxi flera mil. Utskrivning av sköra äldre är en process som kräver tid och planering för att den ska bli patientsäker. Det är när alla inblandade har ett personcentrerat förhållningssätt, ett gränsöverskridande teamarbete och gör patienter delaktiga som utskrivningsprocessen fungerar bäst.

7.4 KLINISKA IMPLIKATIONER OCH FÖRSLAG TILL UTVECKLING AV ÄMNET

Denna studie har bidragit till ökad kunskap om distriktssköterskors erfarenheter av utskrivning av sköra äldre patienter som skrivs hem från sjukhus. I resultatet har faktorer som påverkar utskrivningen positivt och negativt framkommit. Fortsatt forskning behövs för att undersöka problemet även från sjukhuspersonalens perspektiv. Genom att identifiera påverkande faktorer även där skulle sedan en strategi kunna utarbetas för att förbättra utskrivningarna. Då många problem

grundar sig i bristande förståelse för varandras verksamheter skulle ett förslag vara att ge mer information och utbildning kring de olika verksamheterna och hur de fungerar till personal som arbetar inom vård och omsorg. Genom en ökad förståelse för varandras verksamheter och vetskap om vilka möjligheter respektive svårigheter som varje verksamhet står inför skulle vården kunna utformas på bästa sätt för patienterna. Kunskap finns idag om de risker som användandet av olika journalsystem medför. Då utveckling av gemensamma journalsystem fortsatt kommer vara ett problem vore det önskvärt att utarbeta riktlinjer för att säkerställa informationsöverföring. Då antalet sköra äldre som vårdas hemma ökar är detta ett problem som är aktuellt och där både tid, pengar och arbete kunde besparas om utskrivningarna skedde på ett bättre sätt. Det skulle också ge patienterna en bättre upplevelse av vården med ökad trygghet och säkerhet.

8 REFERENSER

- Allen, J., Woolford, M., Livingston, P. M., Lobchuk, M., Muldowney, A. & Hutchinson, A. M. (2023). Informal carer support needs, facilitators and barriers in transitional care for older adults from hospital to home: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19/20), 6773–6795. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/jocn.16767>
- Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L. & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 509–517. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1136/bmjqs-2015-004315>
- Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E. & Manfrin M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, 18(18), 2539–2546. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x>
- Bjerkmo, L., Helgesen, A-K. & Hansen Blixt, B. (2023). Being and becoming ”a frail older-adult”: Meaning making and resistance through storytelling. *Journal of Aging Studies*, 65 (4). DOI:10.1016/j.jaging.2023.101128
- Bjornsdottir, K. (2018). ‘I try to make a net around each patient’: home care nursing as relational practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 177–185. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12443>
- Blomqvist, K. & Beck, I. (2017) Personcentrerade processer. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnad & äldre*. (s. 71-88). Lund: Studentlitteratur.
- Browne, B., Ali, K., Ford, E. & Tabet, N. (2024). Determinants of hospital readmissions in older people with dementia: a narrative review. *BMC Geriatrics*, 24(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04905-6>
- Cadel, L., Sandercock, J., Marcinow, M., Guilcher, S. J. T. & Kuluski, K. (2022). A qualitative study exploring hospital-based team dynamics in discharge planning for patients experiencing delayed care transitions in Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–11. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/s12913-022-08807-4>
- Clerencia-Sierra, M., Calderón-Larrañaga, A., Martínez-Velilla, N., Vergara Mitxeltoarena, I., Aldaz-Herce, P., Poblador-Plou, B., Machón-Sobrado, M., Egúés-Olazabal, N., Abellán-van Kan, G. & Prados-Torres, A. (2015). Multimorbidity Patterns in Hospitalized Older Patients: Associations among Chronic Diseases and Geriatric Syndromes. *PLoS ONE*, 10(7), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132909>
- Dahl, A. (2020). Psykologiskt åldrande. I M. Ernsth Bravell (Red.), *Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi* (1. uppl., s. 168-189). Gothia.
- Eckerblad, J., Theander, K., Ekdahl, A., Unosson, M., Wirehn, A.-B., Milberg, A., Krevers, B. & Jaarsma, T. (2015). Symptom burden in community-dwelling older people with multimorbidity: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 15(1), 1. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/1471-2318-15-1>

Ekdahl, A. W. (2020). Multisjuklighet och geriatrisk skörhet-gerasteni. I L.-O. Wahlund (Red.), *Geriatriboken*. (s. 37-67). Liber.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K. I., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Engström, Å. & Juuso, P. (2023). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. (s. 151-164). Studentlitteratur.

Eriksson, I. (2020). Förhållningssätt i vården och omsorgen av äldre. I Ernsth Bravell, M (Red.), *Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi* (1. uppl., s. 308-321). Gothia.

Ernsth Bravell, M., Christiansen, M., Blomqvist, K. & Edberg, A-K. (2017). Åldrandets olika dimensioner. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnad & äldre*. (s. 107-155). Lund: Studentlitteratur.

Ernsth Bravell, M. & Eriksson, I. (2020). Geriatrik och psykogeriatrisk. I M. Ernsth Bravell (Red.), *Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi* (1. uppl., s. 261-307). Gothia.

Fried, L. P. & Tangen, C. M. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 56(3), M146–M156. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1093/gerona/56.3.M146>

Graabaek, T., Lundby, C., Ryg, J., Søndergaard, J., Pottegård, A. & Nielsen, D. S. (2021). “I simply don’t know, because I don’t know which drugs I get”: Perspectives on deprescribing among older adults with limited life expectancy and their relatives. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 128(1), 115–127. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/bcpt.13476>

Graneheim, U., Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis; A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doiorg.libraryproxy.his.se/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hansson, A., Svensson, A., Ahlström, B. H., Larsson, L. G., Forsman, B. & Alsén, P. (2018). Flawed communications: Health professionals’ experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 680–689. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/1403494817716001>

Henricsson, M. (2023). *Diskussion*. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. (s. 491-500). Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2023). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. (s. 115-125). Studentlitteratur.

Kinsey, D., Carrieri, D., Briscoe, S., Febrey, S., Kneale, D., Lovegrove, C., Nunns, M., Coon, J. T., McGrath, J., Hemsley, A. & Shaw, L. (2024). Experiences of interventions to reduce hospital stay for older adults following elective treatment: Qualitative evidence-synthesis. *International Journal of Older People Nursing*, 19(2), 1–15. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/opn.12602>

Kjellström, S. (2023). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. (s. 61-83). Studentlitteratur.

Kraun, L., De Vlieghe, K., Ellen, M. & van Achterberg, T. (2023). Interventions for the empowerment of older people and informal caregivers in transitional care decision-making: short report of a systematic review. *BMC Geriatrics*, 23(1). <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/s12877-023-03813-5>

Kvaal, L. A. H., Hellesø, R., Bergland, A. & Debesay, J. (2022). Balancing standardisation and individualisation in transitional care pathways: a meta-ethnography of the perspectives of older patients, informal caregivers and healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–17. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/s12913-022-07823-8>

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

Liljas, A. E. M., Pulkki, J., Jensen, N. K., Jämsen, E., Burström, B., Andersen, I., Keskimäki, I. & Agerholm, J. (2024). Opportunities for transitional care and care continuity following hospital discharge of older people in three Nordic cities: A comparative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 52(1), 5–9. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/14034948221122386>

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 219-234). Studentlitteratur.

Lutomski, J. E., Hoekstra, T., van den Akker, M., Blom, J., Calderón-Larrañaga, A., Marengoni, A., Prados-Torres, A., Olde-Rikkert, M. & Melis, R. (2023). Multimorbidity patterns in older persons and their association with self-reported quality of life and limitations in activities of daily living. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 115, N.PAG. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.archger.2023.105134>

Melby, L., Obstfelder, A. & Hellesø, R. (2018). “We Tie Up the Loose Ends”: Homecare Nursing in a Changing Health Care Landscape. *Global Qualitative Nursing Research*, 5, 1. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/2333393618816780>

Modin, S., Törnkvist, L., Furhoff, A.-K. & Hylander, I. (2010). Family physicians' experiences when collaborating with district nurses in home care-based medical

treatment. A grounded theory study. *BMC Family Practice*, 11, 13p. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/1471-2296-11-82>

Moore, J., Prentice, D. & Crawford, J. (2021). Collaboration among nurses when transitioning older adults between hospital and community settings: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(19/20), 2769–2785. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/jocn.15789>

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2023). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. (s. 473-490). Studentlitteratur.

Nilsen, E. R., Hollister, B., Söderhamn, U. & Dale, B. (2022). What matters to older adults? Exploring person-centred care during and after transitions between hospital and home. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 31(5/6), 569–581. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/jocn.15914>

Nilsson, L., Lindblad, M., Johansson, N., Säfström, L., Schildmeijer, K., Ekstedt, M. & Unbeck, M. (2022). Exploring nursing-sensitive events in home healthcare: A national multicenter cohort study using a trigger tool. *International Journal of Nursing Studies*, Feb 138:104434. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104434

Nordmark, S., Zingmark, K. & Lindberg, I. (2015). Experiences and Views of the Discharge Planning Process Among Swedish District Nurses and Home Care Organizers: A Qualitative Study. *Home Health Care Management & Practice*, 27(3), 108–118. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/1084822315569279>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 9781496300232.

Priebe, G. & Landström, C. (2023). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. (s. 27-43). Studentlitteratur.

Provencher, V., D'Amours, M., Menear, M., Obradovic, N., Veillette, N., Sirois, M.-J. & Kergoat, M.-J. (2021). Understanding the positive outcomes of discharge planning interventions for older adults hospitalized following a fall: a realist synthesis. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1–18. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/s12877-020-01980-3>

Pusa, S., Hägglund, K., Nilsson, M., & Sundin, K. (2015). District nurses' lived experiences of meeting significant others in advanced home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 93–100. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12134>

Rockwood, K., Theou, O. & Mitnitski, A. (2015). What are frailty instruments for? *Age and Ageing*, 44(4), 545–547. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv043>

Rämgård, M. & Petersson, P. (2017). Vården som system. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre*. (s. 553-565). Lund: Studentlitteratur.

SCB. (2022). *Efter 60. Efter 60. En beskrivning av äldre i Sverige (Demografiska rapporter 2022:2)*.
https://www.scb.se/contentassets/c4ac9fb5ad10451aabo885b716ode9bo/be0701_2022a01_br_be51br2202.pdf

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Utbildningsdepartementet. Hämtad 9 december, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Socialdepartementet. Hämtad 20 november, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2010:1369. *Patientsäkerhetsförordning*. Socialdepartementet. Hämtad 18 april, 2024, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369_sfs-2010-1369/

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Socialdepartementet. Hämtad 25 mars, 2024, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/

SFS 2017:612. *Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård*. Socialdepartementet. Hämtad 15 december, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612/

Skog, M. & Grafström, M. (2013). *Äldres hälsa och livskvalitet*. Sanoma Utbildning.

SKR. (2024). *God och nära vård 2024 En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav*. Hämtad 11 juni, 2024, från <https://skr.se/download/18.436e32a318c8af0ae994036/1703172720013/Overenskommelse-god-nara-var-d-2024.pdf>

Smith, H., Grindey, C., Hague, I., Newbould, L., Brown, L., Clegg, A., Thompson, C. & Lawton, R. (2022). Reducing delayed transfer of care in older people: A qualitative study of barriers and facilitators to shorter hospital stays. *Health Expectations*, 25(6), 2628–2644. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/hex.13588>

Soares, M. M., Jacobs, K., Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care - a review of the evidence. *Work*, 41, 2915–2924. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.3233/wor-2012-0544-2915>

Socialstyrelsen. (2011). *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser (2011-12-19)*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2011-12-19.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Indikationer för god läkemedelsterapi hos äldre (2017-6-7)*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-6-7.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). *Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre (2021-2-7195)*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7195.pdf>

Socialstyrelsen. (2022). *Samlat stöd för patientsäkerhet- Kommunikation och informationsöverföring*. Hämtad 29 april, 2024, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varvardskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/>

Socialstyrelsen. (2023). *Hälso- och sjukvård i hemmet, Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering (2023-3-8458)*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-3-8458.pdf>

Sundler, A. J., Hjertberg, F., Keri, H. & Holmström, I. K. (2020). Attributes of person-centred communication: A qualitative exploration of communication with older persons in home health care. *International Journal of Older People Nursing*, 15(1), N.PAG. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/opn.12284>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*. Hämtad 20 december, 2023, från <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623175b/1584023673165/kompetensbeskrivning%20distriktssköterska%202019.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad den 22 april, 2024, från <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817f0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Fysioterapeuterna, Sveriges Arbetsterapeuter, Dietisternas Riksförbund och Sveriges Tandläkarförbund. (2020). *Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. <https://swenurse.se/download/18.1dbf1316170bfff6748cd964/1584345995743/s%C3%A4ker%20v%C3%A5rd%202016.pdf>

Tazzeo, C., Rizzuto, D., Calderon-Larranaga, A., Roso-Llorach, A., Marengoni, A., Welmer, A., Onder, G., Trevisan, C. & Vetrano, D. (2021). Multimorbidity patterns and risk of frailty in older community-dwelling adults: a population-based cohort study. *Age and Ageing*, 50(6), 2183–2191. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab138>

Thorén-Jönsson, A-L. (2017). Grounded theory. I B. Nielsen & M. Graneskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 153-178). Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 8 december, 2023, från <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2002-01-08-forskningsetiska-principer-inom-humanistisk-samhällsvetenskaplig-forskning.html>

Wibeck, V. (2023). Fokusgrupper. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. (s. 165-183) Studentlitteratur.

Wijk, H. & Råmgård, M. (2017). Ledarskap och teamarbete. I Blomqvist, K., Edberg, A-K., Ernsth Bravell, M., Wijk, H. (Red.), *Omvårdnad & äldre*. (s. 583-590). Lund: Studentlitteratur.

Åhsberg, E. (2019). Discharge from hospital – a national survey of transition to outpatient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 329–335. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12625>

BILAGA 1

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor: 1. Ålder 2. Kön 3. Arbetslivserfarenhet 4. Arbetslivserfarenhet inom kommunal primärvård i hemmet 4. Utbildning

Inledande fråga: -Kan du berätta hur din arbetsdag ser ut?

Öppna frågor: -Kan du beskriva dina erfarenheter kring att ta emot sköra äldre patienter som skrivs ut från sjukhus?

-Kan du beskriva en utskrivningssituation där det fungerade bra? - Hur gynnade det patienten? -Hur var din upplevelse av situationen?

-Kan du beskriva en utskrivningssituation där det fungerade mindre bra? -Vad blev konsekvenserna? -Hur upplevde du situationen?

- Hur ser anhörigas roll ut vid utskrivningsprocessen?

-Vad ser du för möjligheter vid utskrivningsprocessen av de sköra äldre?

- Vad ser du för hinder vid utskrivningsprocessen av de sköra äldre?

-Något ytterligare du vill ta upp?

Följdfrågor: - Hur menade du med ... Vill du utveckla mer? -Vad hände sedan? -Hur kände du då? -Hur agerade du i situationen?



BILAGA 2

Till enhetschef/ motsvarande inom kommunal hälso- och sjukvård.

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”*Distriktssköterskors upplevelser av sköra äldres utskrivning från sjukhus*”

På grund av det ökande antalet äldre personer med komplexa vårdbehov som sjukhusvårdas och skrivs hem till kommunal primärvård i hemmet är syftet med studien att synliggöra distriktssköterskors upplevelser av utskrivningsprocessen samt mottagandet av dessa patienter. Tidigare forskning har beskrivit svårigheter med att vårda multisjuka äldre samt vilka faktorer som påverkar en trygg utskrivning från sjukhus. Då arbetet inom kommunal primärvård i hemmet blir mer avancerat ställs allt högre krav på distriktssköterskor och därför önskas deras erfarenheter undersökas.

Studien har en kvalitativ ansats och vänder sig till distriktssköterskor i kommunal hälso- och sjukvård med minst 6 månaders yrkeserfarenhet som distriktssköterska samt arbetar som patientansvarig/omvårdnadsansvarig. Till studien söks totalt 10-15 deltagare. Deltagande i studien innebär att delta i en intervju som beräknas ta ca 30-45 minuter och den kan genomföras på det sätt som passar bäst, antingen fysiskt möte eller digitalt. Data kommer att analyseras med innehållsanalys.

Distriktssköterskor kommer via e-postadress få ett informationsbrev som beskriver studien, distriktssköterskor som uppfyller inklusionskriterierna och är intresserad av att delta uppmanas att svara via e-post eller telefon. När vi ser distriktssköterskan för intervjun ges muntlig information och den skriftliga samtyckesblanketten lämnas. Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge varför. Intervjun kommer att spelas in. Den information som distriktssköterskor lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personers inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet.

Vänligen besvara denna förfrågan om att distriktssköterskor i din verksamhet tillfrågas om deltagande genom att skicka ett meddelande där du informerar om studien medges eller inte via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Du kan skriva i den medskickade blanketten för samtycke. Studien ingår som examensarbete distriktssköterskeprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Distriktssköterskestudent
Jessica Ahoniemi
Högskolan i Skövde
Tfn: XXXXXXXX
E-post: XXXXXXXX

Distriktssköterskestudent
Emma Åbom
Högskolan i Skövde
Tfn: XXXXXXXX
E-post XXXXXXXX

Handledare:
Dip Raj Thapa
Högskolan i Skövde
Tfn: XXXXXXXX
E-post: XXXXXXXX

BLANKETT FÖR MEDGIVANDE AV ENHETSCHEF ELLER MOTSVARANDE

”Distriktssköterskors upplevelser av sköra äldres utskrivning från sjukhus”

Er anhöllan:

- Medgives
- Medgives inte

Ort

Datum

Underskrift

Verksamhetsområde



BILAGA 3

DISTRIKTSSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV SKÖRA ÄLDRES UTSKRIVNING FRÅN SJUKHUS

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Din enhetschef har givet sitt godkännande till att du tillfrågas om deltagande i studien.

Studien syftar till att synliggöra distriktssköterskors upplevelser av utskrivningsprocessen samt mottagandet av sköra äldre patienter som vårdats på sjukhus och skrivs hem med kommunal primärvård i hemmet. Som skör räknas patienter med minst tre av följande symtom: ofrivillig viktnedgång, nedsatt ork, muskelsvaghet, långsamhet och låg eller minskad fysisk aktivitet. Detta önskas undersökas på grund av det ökande antal sköra äldre patienter med komplexa vårdbehov och avancerad vård i hemmet.

Vi skulle vilja göra en intervju med dig för att ta del av dina erfarenheter kring utskrivning och mottagande efter sjukhusvård för dessa patienter. Intervjun beräknas ta ca 30-45 minuter och genomförs av båda författarna. Intervjun kan genomföras på valfri plats eller digitalt. Med din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun.

Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information du lämnar och inspelningen av intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. så att ingen obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personers inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet av studien.

Om du vill delta ber vi dig att höra av dig via e-post eller telefon till någon av de undertecknande studenterna. Då återkommer vi till dig så vi kan bestämma tidpunkt för intervjun. Med detta brev följer en samtyckesblankett för skriftligt samtycke som du lämnar vid intervjutillfället.

Studien ingår som ett examensarbete i distriktssköterskeprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Distriktssköterskestudent
Jessica Ahoniemi
Högskolan i Skövde
Tfn: XXXXXXXX
E-post: XXXXXXXX

Distriktssköterskestudent
Emma Åbom
Högskolan i Skövde
Tfn: XXXXXXXX
E-post XXXXXXXX

Handledare
Dip Raj Thapa
Högskolan i Skövde
Tfn: XXXXXXXX
E-post: XXXXXXXX

SAMTYCKESBLANKETT

Jag har tagit del av information om ”*Distriktssköterskors upplevelser av sköra äldres utskrivning från sjukhus*”

Jag har även tagit del av information om att deltagande är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange varför.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift studiedeltagare

Ort, datum

Underskrift

BILAGA 4

Tabell över innehåll till de olika underkategorierna som framkommit vid varje enskild intervju.

	1	2	3	4	5	6	7
Distriktssköterska 1	X	X	X	X	X		
Distriktssköterska 2	X	X		X	X	X	X
Distriktssköterska 3	X		X	X	X	X	X
Distriktssköterska 4	X	X			X	X	X
Distriktssköterska 5	X	X	X		X		X
Distriktssköterska 6	X	X		X	X	X	
Distriktssköterska 7	X	X	X	X	X	X	X
Distriktssköterska 8	X	X	X		X	X	X
Distriktssköterska 9	X	X	X		X	X	X
Distriktssköterska 10	X	X	X	X	X	X	X

1 - God planering och förberedelse 2 - Tydliga ordinationer och planer 3 - Betydelsen av att samarbeta som ett team 4 - Snabba utskrivningar 5 - Bristande kommunikation 6 - Otydlighet kring läkemedel och material 7 - Begränsade resurser och förutsättningar.