



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

SAMVERKAN VID VÅRDÖVERGÅNG AV ÄLDRE PERSONER MED KOMPLEXA VÅRD- OCH OMSORGSBEHOV

Den kommunala primärvårdssjuksköterskans
erfarenheter

**Terése Johansson
Tove Lantz**

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning vård av
Program och/eller kurs:	äldre
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT-VT/2023-24
Handledare:	Zahra Ebrahimi
Examinator:	Kerstin Ulin

Titel svensk:	Samverkan vid vårdövergång av äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov - den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter
Titel engelsk:	Collaboration during transition of care for elderly with complex health and care needs - the experiences of the municipal primary care nurse
Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning vård av äldre
Program och/eller kurs:	Avancerad nivå
Nivå:	HT-VT/2023-24
Termin/år:	Zahra Ebrahimi
Handledare:	Kerstin Ulin
Examinator:	Sjuksköterska, vårdövergång, kommunal primärvård, omvårdnad, erfarenheter, äldre personer, komplexa vård- och omsorgsbehov
Nyckelord:	

Sammanfattning

Bakgrund: Sämre vårdkvalitet, bristande omvårdnadsinsatser och onödiga sjukhusinläggningar är konsekvenser av brister i samverkan för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. För samhället innebär brister i samverkan felaktig fördelning av vårdresurser och höga ekonomiska kostnader. Hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar i att tillgodose vårdbehovet hos den åldrande befolkningen där multisjuklighet ökar och hälso- och sjukvårdsresurser minskar. Sjuksköterskan har en central och utmanande roll vid vårdövergång och det är därför intressant att undersöka den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan vid vårdövergång.

Syfte: Att undersöka den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Metod: Studien har en kvalitativ ansats. Tolv semistrukturerade kvalitativa individuella intervjuer genomfördes utifrån en intervjuguide bestående av öppna frågor. Ljudmaterialet transkriberades ordagrant och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Resultat: Resultatet från intervjuerna analyserades och sammanställdes i fyra kategorier: att vårda utifrån ett helhetsperspektiv, kommunikation som nav vid vårdövergång, gränsöverskridande interprofessionell samverkan och ansvarsfördelning samt att vårda med rätt förutsättningar.

Slutsats: Resultat av studien visade att sjuksköterskor inom kommunal primärvård erfar bristande patientdelaktighet, brister i informationsöverföringen och utmaningar med att

säkerställa kontinuitet och samarbete mellan olika vårdgivare. För att förbättra vårdkvaliteten och patientens välbefinnande krävs ett ökat fokus på personcentrerad vård, där patienten involveras i beslut kring sin vård och där samverkan mellan olika vårdgivare förstärks. För fungerande vårdövergång krävs interprofessionell samverkan och gemensamt ansvarstagande på olika nivåer där äldre är involverade och informerade i samtliga beslut genom hela vårdprocessen. Denna studie kan användas för att förbättra samverkan och informationsöverföring vid vårdövergångar för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Nyckelord: Sjuksköterska, vårdövergång, kommunal primärvård, omvårdnad, erfarenheter, äldre personer, komplexa vård- och omsorgsbehov

Abstract

Background: Inferior quality of care, inadequate nursing interventions and unnecessary hospital admissions are consequences of shortcomings in collaboration for elderly with complex care needs. For society, deficiencies in collaboration result in improper allocation of healthcare resources and high economic costs. Health care faces major challenges in meeting the health care needs of the aging population, where multimorbidity is increasing as health care resources are decreasing. The nurse has a central and challenging role in transition of care and it is therefore interesting to examine the municipal primary care nurse's experiences of collaboration during transition of care.

Aim: To examine the experiences of the municipal primary care nurse in collaboration during the transition from hospital care to municipal primary care in the work with elderly with complex health and care needs.

Method: The study has a qualitative approach. Twelve semi-structured qualitative individual interviews were conducted based on an interview guide consisting of open questions. The audio material was transcribed verbatim and analyzed using qualitative content analysis with an inductive approach.

Results: The results from the interviews were analyzed and compiled into four categories; caring from a holistic perspective, communication as a hub during transition of care, cross-border interprofessional collaboration and distribution of responsibilities and caring under appropriate conditions.

Conclusion: The study results showed that nurses in municipal primary care experience lack of patient participation, deficiencies in information transfer and challenges in ensuring continuity and collaboration among different healthcare providers. In order to improve quality of care and patient's well-being, an increased focus on person-centered care is required, where the patient gets involved in decisions concerning their care and where collaboration between different care providers is strengthened. To get a well-functioning transition of care, interprofessional collaboration and shared responsibility at various levels are required, where the elderly are involved and informed in all decisions throughout the entire care process. This study can be used to improve collaboration and information transfer during transition of care for elderly with complex health and care needs.

Key words: Nurse, transition of care, municipal primary care, nursing, experiences, elderly, complex health and care needs

Förord

Först och främst enormt mycket tack till alla sjuksköterskekollegor inom olika kommunala primärvårdsverksamheter som delat med sig av sina erfarenheter av samverkan vid vårdövergång av äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov så att vi fått möjlighet att genomföra och slutföra detta examensarbete.

Stort tack till vår handledare Zahra Ebrahimi för den tid, vägledning och engagemang som du lagt ner på oss och vårt examensarbete under de senaste månaderna.

Tack till alla runt omkring oss; kollegor, vänner och familj, som visat hänsyn, stöttat, barnvaktat och stått ut med oss under arbetets gång. Utan er hade det aldrig gått!

Vi vill också tacka oss själva och varandra för spännande reflektioner, gott samarbete och nya kunskaper. Vi önskar varandra lycka till som blivande specialistsjuksköterskor i vård av äldre!



Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Demografisk utveckling	1
Äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov	2
Nära vård, en reformation av hälso- och sjukvården.....	2
Vårdformer och ansvarsfördelning	3
Vårdövergång och samverkan	3
Den kommunala primärvårdssjuksköterskans ansvar vid mottagande av patient vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård	5
Specialistsjuksköterskans kompetensbeskrivning	5
Tidigare forskning	5
Teoretisk referensram.....	7
Personcentrerad vård	7
Problemformulering	8
Syfte	9
Metod	9
Design.....	9
Urval	9
Datainsamling.....	10
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden.....	11
Resultat.....	12
Att vårda utifrån ett helhetsperspektiv.....	13
Att främja patientens delaktighet.....	13
Att ha patientkännedom	14
Kommunikation som nav vid vårdövergång	15
Att ha en fungerande överrapportering vid vårdövergång.....	15
SAMSA – ett tidskrävande kommunikations- och samverkansverktyg	15
Rutiner för hantering och överföring av journalhandlingar behöver förbättras.....	17
Gränsöverskridande interprofessionell samverkan och ansvarsfördelning	18
Interprofessionell teamsamverkan	18

Vikten av att ha tydlig ansvarsfördelning – vem gör vad och när	20
Kännedom och förståelse för varandras verksamheter och ansvarsområden	20
Att vårda med rätt förutsättningar	21
Samordnade insatser är en förutsättning för god och säker vård	21
Arbetsmiljömässiga faktorer påverkar vårdövergång	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	26
Slutsats	32
Kliniska implikationer	32
Förslag till fortsatt forskning	33
Referenslista	34

Bilaga 1, Intervjuguide

Bilaga 2, Forskningspersonsinformation

Bilaga 3, Informationsbrev till verksamhetschef

Bilaga 4, Institutionens informationsbrev till enhetschef

Inledning

Föreställ dig att du arbetar som sjuksköterska inom den kommunala primärvården och tar emot en patient från slutenvården. För fjärde gången i rad brister informationsöverföringen. Överrapportering och journalhandlingar stämmer inte och det saknas tydlig planering. Ännu en gång har vårdövergången brustit och du skriver ytterligare en avvikelse samtidigt som du funderar över om andra kommunala primärvårdssjuksköterskor har samma erfarenheter som du?

Fungerande samverkan vid vårdövergång kan förebygga onödigt lidande för patienten, felaktig vårdresursfördelning och reducera samhällsekonomiska kostnader (Sveriges kommuner och landsting, 2012; Vårdanalys, 2017). Äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov har ofta sämre förutsättningar att klara av sin vardag och är beroende av anhöriga, hälso- och sjukvårdspersonal och sociala insatser för detta. Trots att bättre samverkan och vård för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov är en högt prioriterad fråga inom svensk sjukvård saknas det fortsatt resurser som krävs för att säkerställa en patientsäker vård för dessa personer (IVO, 2018; Socialstyrelsen, 2021b).

Författarna till detta examensarbete är sjuksköterskor som tillsammans har lång erfarenhet av vårdövergångar för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov inom både kommunal primärvård och slutenvård. Sjuksköterskan har en central roll av samordning vid vårdövergångar men trots detta har få studier gjorts som belyser sjuksköterskans erfarenheter. Vi har därför valt att undersöka den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan vid vårdövergång i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Bakgrund

Demografisk utveckling

Enligt Statistiska centralbyrån (2020) lever människan längre. Fram till år 2030 beräknas antalet personer över 80 år att ha ökat med 50%. Från 2020 till 2050 beräknas äldre över 75 år ha dubblats (World Health Organization [WHO], 2020). Färre födslar och längre livslängd leder till minskat antal personer i arbetsför ålder (Eurostat, 2023). Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar i att få vårdens resurser att räcka till. Forskning behövs för att förstå hur nya arbetssätt som skapar förutsättningar för en hållbar och säker hälso- och sjukvård bäst kan utformas (Song & Ferris, 2017). De senaste 30 åren har hälso- och sjukvården ändrat riktning. Idag vårdas äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov i första hand i kommunal primärvård i stället för inom slutenvården. Tack vare forskning, som bidragit till utveckling av nya behandlingsalternativ inom såväl medicinsk som kirurgisk vård, har vårdtiden inom slutenvården förkortats samtidigt som mer avancerad sjukvård idag kan utföras i hemmet. Detta har tillsammans med den sociala utvecklingen som skett med anpassningar i hemmiljön och

hjälpmedel, gjort att fler personer har möjlighet att bo kvar i sitt ordinära boende. Härav behövs en väl fungerande vårdkedja där övergångarna mellan vårdenheterna fungerar sömlöst varje gång. På så sätt kan en patientsäker vård enklare uppnås med så få avvikelser som möjligt (Sveriges kommuner och regioner [SKR], 2020).

Äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov

Med hög ålder ökar risken för multisjuklighet, polyfarmaci och skörhet. Multisjuklighet är ett vanligt men allvarligt hälsotillstånd där en person har två eller flera långvariga sjukdomar som ofta kräver omfattande hälso- och sjukvårdsinsatser. Multisjuklighet är starkt kopplat till låg livskvalitet, stora vård- och omsorgsbehov, hög dödlighet och osäker patientsäkerhet (WHO, 2016a). Med multisjuklighet kommer ofta ett ökat behov av läkemedelsbehandling. Polyfarmaci, ofta definierat som samtidig användning av fem eller fler läkemedel, är vanligt förekommande hos äldre multisjuka personer och ökar risken för läkemedelsbiverkningar och över- eller felmedicinering (Socialstyrelsen, 2017a). Förlust av fysiska, psykiska och sociala funktioner och förmågor kommer som en naturlig del av biologiskt åldrande. Äldre personer har mindre reserver och kan vid ökad påfrestning, som sjukdom, läkemedelsbiverkning eller förlust i den sociala närmiljön, snabbt utveckla ohälsotillstånd. Nedsatt ork, ofrivillig viktförlust, ökad trötthet och svaghet samt försämrad mental och fysisk funktion är symptom som kan kopplas till skörhet (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2013).

Patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov kräver omfattande samordning av vård och omsorgsinsatser från olika vårdgivare (Johnson & Bacsu, 2018). För att möta och tillgodose komplexa vård- och omsorgsbehov hos äldre personer krävs ömsesidiga vårdrelationer som grundar sig i engagemang, kunskap och god kommunikation mellan vårdgivare, patient och anhöriga. Hälso- och sjukvårdssystemet är inte anpassat till den äldre personen med komplexa vårdbehov och det saknas ofta kunskap och resurser för omhändertagandet av denna patientgrupp (Kuluski m.fl., 2017). Äldre personer med komplexa vårdbehov upplever att de inte får sina vård- och omsorgsbehov tillgodosedda (Kalánková m.fl., 2021).

I aktuell studie kommer begreppet *äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov* användas för att beskriva personer över 65 år som på grund av biologiskt åldrande, funktionsförlust, ohälsa och låg reservkapacitet har omfattande och komplexa vård- och omsorgsbehov som kräver samordnade insatser från flera vårdgivare och instanser.

Nära vård, en reformation av hälso- och sjukvården

I enlighet med Agenda 2030 sker internationell förändring och investering av all hälso- och socialvård världen över (WHO, 2021). Syftet med reformationen är att tydliggöra ansvar- och resursfördelningen mellan kommun och region och samtidigt öka patientsäkerheten genom personcentrerad samverkan av vårdplan för patienter med omfattande och komplexa vård- och omsorgsbehov. Reformation och omorganisation av hälso- och sjukvårdsinsatser innebär att

vården flyttas ut från slutenvården till primärvård (SOU, 2020:19). Primärvårdsverksamheter skall erbjuda lättillgänglig vård, tillgodose vårdbehov samt innefatta förebyggande och samordnade insatser utifrån ett personcentrerat förhållningssätt (Regeringskansliet, 2023). Primärvård, slutenvård och socialtjänsten skall tillsammans arbeta för god, nära och samordnad vård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt där primärvården är navet för den vård som ges. Primärvården står inför stora utmaningar i att tillgodose befolkningens ökade vårdbehov i och med ökat åldrande och multisjuklighet. Med hjälp av ekonomiskt stöd är förhoppningen att kunna möta befolkningens behov av vård, tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet samt utveckla och främja omställningen till en god och nära vård. Det krävs kompetensutveckling, utbildning och samordning av interprofessionell vård och omsorg för att uppnå målen med reformeringen utifrån ett demografisk såväl som ekonomiskt hållbarhetsperspektiv (prop. 2019/20:164).

I denna studie kommer begreppet *primärvård* i första hand att användas och syfta på vårdcentralen. Vidare kommer även begreppet *kommunal primärvård och kommunal primärvårdssjuksköterska* användas med syfte att förklara tidigare benämnda kommunal hemsjukvårdsverksamhet och sjuksköterskan som arbetar inom den kommunala primärvårdsverksamheten.

Vårdformer och ansvarsfördelning

I Sverige är det regionerna som är ytterst ansvariga för hälso- och sjukvård medan kommunerna ansvarar för särskilda delar (Socialstyrelsen, 2021a). Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) beskriver ansvarsfördelningen mellan regioner och kommuner i Sverige enligt 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 § samt 14 kap. Regionen ansvarar för akut-, öppen- och slutenvård samt den planerade vården, det vill säga vård som ges på sjukhus och inom primärvård. Även läkarmedverkan, specialistvård som ges i hemmet samt informationsöverföring omfattas av regionernas ansvar. Patienter med ohälsotillstånd som kräver frekventa och omfattande hälso- och sjukvårdsinsatser kan erbjudas vård i hemmet. Kommunen ansvarar i första hand för den vård som bedrivs i särskilt och ordinärt boende, boende med särskild service, dagverksamhet, servicebostad samt personlig assistans och socialpsykiatri.

För att minska organisatoriska mellanrum och säkerställa att patienter får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda har Västra Götalandsregionen och Västkom (2017) tillsammans tagit fram ett Hälso- och sjukvårdsavtal som reglerar ansvarsfördelningen mellan regioner och kommuner. Syftet med avtalet är att öka samverkan mellan vårdgivare utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Vårdövergång och samverkan

Begreppet vårdövergång innefattar de aktiviteter sjukvården utför med avsikt att bevara en samordnad vård när patienter flyttar mellan vårdgivare (WHO, 2016b). Tydlig kommunikation, planering och uppföljning är nödvändigt vid vårdövergång för äldre personer med komplexa

vård- och omsorgsbehov för att förebygga bland annat återinläggning, felaktig läkemedelsbehandling, fallrisk, infektioner och feldiagnostisering. Personcentrerad vård är en förutsättning för en välfungerande vårdövergång (Allen m.fl., 2014). I föreliggande studie används begreppet *vårdövergång* för att beskriva den samverkan och kommunikation som sker mellan hälso- och sjukvårdspersonal när patienten förflyttas från slutenvård till kommunal primärvård.

Enligt Lag om ändring i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård har vårdgivaren skyldighet att bedöma om det finns ett behov av insatser från socialtjänsten, den finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården (SFS 2019:979). Lagen innefattar bestämmelser om samverkan mellan slutenvård, kommun och öppenvård. Syftet är att främja en god och samordnad vård samt säkerställa och tillgodose patientens fortsatta vård- och omsorgsbehov efter utskrivning. Inom Sverige sker planering, dokumentation och kommunikation kring patientens vård i olika digitala samverkanssystem (SKR, 2020). Ansvarig vårdgivare inom slutenvården skall uppdatera patientens status och aktuella vård- och omsorgsbehov (SFS 2019:979). Inom Västra Götaland används den länsgemensamma rutinen Samordnad vård- och omsorgsplanering med det tillhörande kommunikations- och samverkansverktyget SAMSA, ett IT-stöd för digital informationsöverföring mellan region och kommun. Nödvändig informationsöverföring skall ske samma dag som patienten skrivs ut ur slutenvården och viktiga journalkopior i form av slutanteckning från läkare, vårdtidssammanfattning och läkemedelslista skall överlämnas till mottagande vårdgivare (Västra Götalandsregionen & Västkom, 2017). I de fall då patienten har vårdbehov som kräver omfattande insatser skall vården samordnas mellan hälso- och sjukvård, öppenvård och socialtjänst genom samordnad individuell plan (SIP) (SFS 2019:979).

Brister vid vårdövergångar är problematiskt för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Bristerna kan medföra negativa konsekvenser i form av låg vårdkvalitet, ohälsa, skador och för tidig död (Blomqvist & Winblad, 2023). År 2017 genomförde Inspektion för vård och omsorg (IVO, 2018) en nationell tillsyn för att undersöka hur samverkan påverkar välbefinnandet hos multisjuka äldre i ordinärt boende. Utebliven uppföljning av åtgärder och insatser, dålig informationsöverföring, återkommande frånvaro av eller felaktiga läkemedelslistor, otydlig ansvarsfördelning vid vårdövergång samt avsaknad eller dålig kontinuitet på hälso- och sjukvårdspersonal var brister som identifierades. Samtidigt identifierar Socialstyrelsen (2017b) ökat vårdbehov, avsaknad av vårdplatser, bristande kompetens bland hälso- och sjukvårdspersonal och brister i informationsöverföring som övergripande svårigheter vid vårdövergångar i Sveriges samtliga hälso- och sjukvårdsorganisationer.

Samverkan av hälso- och sjukvårdsinsatser mellan kommunal primärvård och slutenvård är otillräckliga. Det saknas kompetens och kunskap kring förebyggande insatser, uppföljning och identifiering av vård- och omsorgsbehov för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov (Socialstyrelsen, 2014). Socialstyrelsen (2021b) beskriver hur oplanerade återinskrivning inom slutenvård har ökat och menar att ökningen kan ses som ett mått på samverkan eftersom det signalerar att planerade vård- och omsorgsinsatser i öppenvården inte

har fungerat som avsett. Vidare framkommer det att samverkan hämmas av att det bland annat inte finns journalföringssystem som är tillgängliga för alla delaktiga aktörer samt att olika informationssystem används för olika uppgifter. Gemensamma datasystem där samtliga vårdaktörer kan ta del av information kan skapa helhetsperspektiv som ökar patientsäkerheten. Tillgänglighet och tydliga rutiner kring läkarbedömning dygnet runt skulle kunna minska onödig sjukhusvård.

Den kommunala primärvårdssjuksköterskans ansvar vid mottagande av patient vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård

I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2023) står det beskrivet att sjuksköterskan ansvarar för överföring och mottagande av information och kommunikation vid vårdövergång. När en patient skrivs in i slutenvården skall den kommunala primärvårdssjuksköterskan påbörja planering samt inhämta nödvändig information för att påbörja utredning av patientens vård- och omsorgsbehov och eventuella behov av insatser efter utskrivning (SFS 2019:979; Västkom & Västra Götalandsregionen, 2022). Den kommunala primärvårdssjuksköterskan gör bedömning av behov om eventuellt fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser, säkerställer att det finns tillräcklig och nödvändig information gällande patienten genom att besvara checklista i SAMSA samt fattar beslut om inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård är adekvat (Närvårdssamverkan Södra Älvsborg, 2023).

Specialistsjuksköterskans kompetensbeskrivning

Kärnkompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskan med inriktning mot vård av äldre beskriver personcentrerad vård med fokus ur ett helhetsperspektiv där vården bygger på patientens delaktighet och önskemål. För att säkerställa kvaliteten på den vård som ges till äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov behöver omvårdnadsinsatser och åtgärder bygga på evidensbaserad kunskap. Den specialistutbildade sjuksköterskan ingår i ett interprofessionellt team och bidrar genom samverkan till kompetensutveckling och förbättringsarbete kring äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov (Svensk sjuksköterskeförening, 2022). Kraven och kompetensbeskrivningen kommer med utmaningar där sjuksköterskan har en central och samordnande roll. För att sjuksköterskan ska kunna fortsätta bedriva evidensbaserat förbättringsarbete behövs mer och omfattande forskning kring vårdövergång i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov (Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldreomsorg & Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Tidigare forskning

Forskning visar att det finns brister i kunskap, förståelse och intresse hos och mellan vårdgivare vid utskrivning av patienter från slutenvård. Hesselink m.fl. (2013) menar att vårdgivare som visar förståelse och intresse för vårdövergångsprocessen, patienten och andra vårdgivares

arbete bidrar till bättre samverkan vid vårdövergång. Det finns samband mellan graden av kvalitet i vården och risken för återinläggning av patienten efter utskrivning från slutenvården till hemmet (Allen m.fl., 2014). Vårdövergång och utskrivning av äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov saknar ofta säkra insatser vilket leder till konsekvenser för såväl patient som vårdgivare i form av återinläggning, ökade resurs- och ekonomiska kostnader samt felmedicinering och ökad dödlighet. Personcentrerade och riktade insatser vid vårdövergång och utskrivning av patienter från slutenvården ökar effektivitet och patientsäkerhet för denna patientgrupp (Laugaland m.fl., 2012).

Vid vårdövergångar har sjuksköterskan en viktig och samtidigt utmanande roll. Upplevelser av att det finns brister i kommunikation och ansvarsfördelning samt att de saknar kunskap om äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov är vanligt förekommande vilket påvisas i en studie av Acosta m.fl. (2018). Jones m.fl. (2017; 2019) har gjort flera studier som beskriver brister i kommunikation och informationsöverföring samt ansvarsfördelning mellan vårdgivare inom slutenvård och kommunal primärvård. Förbättringsarbete behövs för att göra vårdgivare medvetna om ansvarsfördelningen och vad som kan förväntas av enskild yrkesutövare. Samverkan och förberedelser inför utskrivning ger förutsättningar för säkert överlämnande och mottagande av patienter. Tydlig uppdragsbeskrivning och kommunikation kan bidra till högre patientsäkerhet och minska läkemedelsavvikelser.

I en studie av Kirsebom m.fl. (2013) framgår det att sjuksköterskor verksamma på särskilt boende inom kommunal primärvård upplever att äldre personer ofta skrivs ut från slutenvården utan tillräcklig, tydlig och säker planering. Patienten kommer åter till boendet utanför ansvarig sjuksköterskas arbetspass, saknar läkemedel och utskrivningsinformation. Samtidigt upplever sjuksköterskor som arbetar inom slutenvården att de lämnas med beslut och ansvar inför en tidigarelagd eller oförberedd utskrivning som är svårt att tillfredsställa när läkare bedömer att patienten är medicinskt färdigbehandlad. Olika synsätt och avsaknad av förståelse kan leda till konflikter mellan sjuksköterskor inom olika verksamheter. Kirsebom m.fl. (2013) menar också att sjuksköterskor verksamma i kommunal primärvård lider av stor tidsnöd och delvis saknar kunskap kring äldres komplexa vård- och omsorgsbehov. Med bra vårdplaner kan äldre personer få avancerad vård i hemmet och därmed avlasta akutsjukvården. Brist på vårdplatser och långa väntetider bidrar ofta till att patienterna inte vårdas färdigt på sjukhuset. Sjuksköterskor på akuten upplever stress över att inte kunna ge de äldre patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov den vård de behöver. På geriatriska vårdavdelningar upplever sjuksköterskorna i stället att det finns bra teamarbete och vårdplaner för patienten inför utskrivning. Det finns dock brister i att vårdplanen inte uppdateras i hemmet och att patienten därför skickas åter till sjukhuset.

Rogn Nilsen m.fl. (2021) har undersökt hur vårdövergången vid utskrivning från slutenvård till hemmet erfars ur ett patientperspektiv. Patienter upplever låg delaktighet och har en önskan om kontinuitet, ökad delaktighet samt information och stöd anpassat utifrån sina resurser och funktioner.

Teoretisk referensram

Personcentrerad vård

I föreliggande studie ses patienten som en person med resurser snarare än en sjuk patient. Patienten har länge varit objektifierad och reducerad till sin sjukdom inom sjukvården. Genom att använda ett personcentrerat synsätt kan patienten ses utifrån dess perspektiv, upplevelser och resurser. Oavsett kognitiva förmågor är det viktigt att ta vara på patientens egna resurser genom att göra patienten delaktig (Ekman m.fl., 2011; Kristensson Ugglå, 2020). Syftet med personcentrerad vård är att främja hälsa så som den erfars av den enskilda personen. Vården bör formis utifrån personens egna upplevelser, tolkningar och strategier (Blomqvist, 2017; Edvardsson, 2010).

Personcentrering grundar sig i personalismen, en etik som fokuserar på vem (latinets ipse) en människa är som person snarare än vad (idem) hen är. Den personliga identiteten är en sammanflätad enhet av vem och vad en människa är. Vad en människa är kan ofta ses genom den diagnostiska processen medan vem en människa är lyfter fram ytterligare en dimension av personkänndom. Berättandet förefaller ha en läkande effekt och den franske filosofen Paul Ricoeur (1913-2005) menade att berättandet humaniserar tiden. Livet och världen får ett sammanhang och en gestalt genom berättelsen. Patientens självförståelse kan förändras när hen bjuds in att delge sin berättelse och likaså vårdpersonalens syn på patienten och vårdrelationen. Vårdpersonal kan vara expert på en sjukdom och dess påverkan på kroppens funktioner men det är alltid personen med en eller flera sjukdomar som är expert på hens egna upplevelser. I den personcentrerade vården kan vi genom ett gemensamt och utforskande bemötande tillsammans lära oss hur vi på bästa sätt ska bemöta aktuella symtom (Kristensson Ugglå, 2020).

Personcentrerad vård betonar att människan är fri och autonom samtidigt som hen är ömsesidigt beroende av andra (Ekman & Norberg, 2021). Människan önskar bli lyssnad på och bemött med respekt och empati, vilket Coluter och Oldham (2016) menar är särskilt viktigt för personer med kroniska sjukdomstillstånd och komplexa vård- och omsorgsbehov. För att personcentrerad vård ska kunna bedrivas på ett framgångsrikt sätt behöver det finnas en god relation mellan sjuksköterskan och den äldre där den äldres prioriteringar och önsknings framkommer (McCormack, 2004). Personcentrerad vård lyfter fram vikten av att se och känna personen bakom patienten och genom detta kunna engagera personen som en aktiv partner i hens vård och behandling. Vårdpersonalens utmaning blir att kunna ta emot det som personen uttrycker på ett sätt som innebär att förtroendet stärks och att kunna identifiera resurser för tillfrisknande. När en människa blir sjuk så hotas meningen och sammanhanget i livet. Genom att låta patienten tydliggöra sig själv som en person i form av berättelsen går det att skapa ett partnerskap som uppmanar och motiverar patienten att aktivt delta till att hitta lösningar på sitt problem (Ekman m.fl., 2011).

Personcentrerad vård innebär i praktiken att ett partnerskap mellan patient och vårdpersonal initieras och att partnerskapet utgår ifrån patientens berättelse och önskemål. Det är patientens förutsättningar som ligger till grund för planering och framtida vård i stället för sjukdom eller

diagnos. Genom att låta patienten skildra sin berättelse kan en förståelse skapas om att hens upplevelser, känslor och preferenser är av betydelse (Britten m.fl., 2020; Ekman & Norberg, 2021). Till skillnad från den medicinska anamnesen som utgår från diagnostisering och behandling av sjukdom så fångar berättelsen patientens lidande i förhållande till det dagliga livet (Ekman m.fl., 2021). Utifrån patientberättelsen sker en överenskommelse med patienten och anhöriga. Med partnerskapet som grund kan en personlig hälsoplan utvecklas. Hälsoplanen består av identifierade resurser, hinder och förutsättningar och ansvaret för vården klargörs och fördelas i denna (Britten m.fl., 2020; Ekman & Norberg, 2021). Vårdgivare har i uppdrag att dokumentera patientberättelsen och hälsoplanen vilket legitimerar patientens perspektiv och ökar transparensen i samspelet samt säkerställer fortsatt vård (Ekman m.fl., 2011). Hälsoplanen ska vara ett levande dokument, skapad i samförstånd mellan patient och vårdpersonal, och anpassad till varje enskild patient och sammanhang (Britten m.fl., 2020).

McCance och McCormack (2021) framställer en modell för personcentrerad vård som är utvecklad och testad inom vård av äldre. Modellen innehåller fyra områden som belyser de aspekter som behöver uppfyllas för att genomföra personcentrerad vård på ett effektivt och framgångsrikt sätt. Förutsättningar för personcentrerad vård innefattar sjuksköterskans egenskaper och inkluderar professionell och social kompetens, hängivenhet, självkännedom och självinsikt. Vårdmiljö handlar om sammanhanget i vilken vården utövas och vilken inverkan fysisk omgivning och organisation har. Personcentrerade processer innebär att vården utförs holistiskt med utgångspunkt från den äldre personens värderingar, att sjuksköterskan har ett genuint sympatiskt engagemang där delat beslutsfattande är centralt. För att erhålla personcentrerade resultat ska vården leda till välbefinnande, tillfredsställelse samt delaktighet i vården och skapandet av en helande vårdmiljö.

Socialstyrelsen (2021b) lyfter fram att ett personcentrerat förhållningssätt inte bara medför bättre vård för den enskilde utan att det även fungerar som vägledning i verksamhetsutveckling och samverkan mellan vård- och omsorgsgivare. Forskning har påvisat att patienter som vårdas på inrättningar där personcentrerad vård praktiseras får en stärkt självkompetens och förbättrad upplevelse av hälsa samtidigt som utskrivningsplaneringen blir bättre och vårdtiderna minskas (Britten m.fl., 2020).

Problemformulering

Antalet äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov i befolkningen ökar. En fungerande samverkan kan främja välbefinnande och minska lidande för äldre personer samt skapa förutsättningar för ett mer effektivt arbetssätt för samverkan vid vårdövergångar. Trots tidigare forskning, rapporter och riktlinjer kvarstår problematik och brister i samverkan vid vårdövergångar för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov, vilka ofta faller mellan stolarna. Få studier undersöker den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan kring äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård. Då sjuksköterskan har en viktig,

central och utmanande roll vid vårdövergång vill vi undersöka sjuksköterskans erfarenheter av samverkan vid vårdövergång. Vår förhoppning med detta examensarbete är att bidra till ökat välbefinnande och bättre vård för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Det finns även en förhoppning om att bidra till ökad samverkan och förståelse mellan vårdgivare inom slutenvård och kommunal primärvård och att denna förståelse kan leda till bättre arbetsmiljö.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Metod

Design

Denna studie har en kvalitativ ansats med semistrukturerade individuella intervjuer för att få en djupare förståelse för den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan vid vårdövergång i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov (Polit & Beck, 2021). En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats valdes för att analysera insamlade data utifrån studiens syfte (Graneheim m.fl., 2017; Polit & Beck, 2021).

Urval

Informanter i föreliggande studie var legitimerade sjuksköterskor som arbetade inom tre olika kommunala primärvårdsverksamheter; ordinärt boende, särskilt boende och korttidsboende. Mejl med information och samtycke för studien skickades ut till verksamhetschefer och enhetschefer inom Södra Älvsborgs kommunala primärvårdsverksamheter (Bilaga 3, Bilaga 4). Mejl skickades även ut via en Närvårdssamverkansgrupp verksam i Södra Älvsborg för att nå verksamheter uppifrån. Inklusionskriterier var att informanter skulle arbeta inom verksamheter som vårdar äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov inom kommunal primärvård. Vidare skulle informanterna ha minst ett års erfarenhet av samverkan vid vårdövergång av äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Sjuksköterskor som arbetat inom kommunal primärvård mindre än ett år samt de som inte arbetar med vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård och inte hade erfarenhet av arbete med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov har exkluderats ur denna studie.

Då återkopplingen var begränsad kontaktades sjuksköterskor i olika verksamheter personligen genom direkt telefonkontakt eller mejl av författarna. Några av de tillfrågade nekade deltagande

på grund av personalbrist och pressade scheman. De informanter som visade intresse fick mejl med information om studiens syfte och tillvägagångssätt (Bilaga 2). I samband med kontakt bokades tid in för intervjutillfälle. Ambitionen var att intervjua tio till fjorton sjuksköterskor. Totalt intervjuades tolv sjuksköterskor. Vid intervjuerna fick informanterna muntlig information om studiens syfte samt information om samtycke och att de när som helst hade rätt att avbryta deltagandet utan att uppge anledning.

Datainsamling

Data samlades in genom semistrukturerade kvalitativa individuella intervjuer. En intervjuguide (Bilaga 1) med öppna frågor utarbetades av oss författare och användes som stöd under intervjuerna. De olika frågorna i intervjuguiden gav en ram till intervjun innehållande bakgrundsfrågor och huvudfrågor men ordningen av frågorna kunde anpassas utefter vad som uppkom under intervjun. Informanterna fick på så sätt möjlighet att med egna ord berätta om sina erfarenheter och intervjuaren kunde ställa lämpliga följdfrågor för att kunna få djupare eller mer detaljerade beskrivningar (Danielsson, 2017a).

Det genomfördes en pilotintervju för att säkerställa intervjuguidens utformning och kvalitet för att möta syftet. Efter pilotintervjun lades det till en fråga i bakgrundsfrågorna. Materialet i pilotintervjun bedömdes innehålla värdefull information som svarade på syftet och inkluderades således i studiens resultat (Polit & Beck, 2021).

Eftersträvan var att i första hand genomföra individuella fysiska intervjuer med möjlighet till digital intervju. Majoriteten av intervjuerna genomfördes fysiskt på informanternas arbetsplats under arbetstid, ett fåtal digitalt eller i annan miljö. Informanterna var bortkopplade från verksamheten och intervjuerna genomfördes i avskilt rum med endast en informant och en av författarna närvarande. En intervju beräknades ta cirka 45-60 minuter för att det skulle finnas tid för förberedelse och reflektion efter intervjun. Datamättnad uppnåddes vilket tydligt noterades då liknande information upprepades under flera intervjuer. Intervjuerna genomfördes under december 2023. Intervjuerna spelades in på diktafon vilket godkändes av alla sjuksköterskor. Genom att spela in intervjuerna gav det författarna större utrymme att kunna koncentrera sig på intervjun och sedan gavs större möjlighet att vid transkribering lyssna på det färdiga resultatet (Kvale & Brinkmann, 2014). De inspelade intervjuerna transkriberades sedan ordagrant där upprepningar, pauser och skratt inkluderades. Allt material, bestående av inspelningar, de transkriberade intervjuerna samt utskrifter av dessa, har raderats vid avslutandet av studien.

Dataanalys

Data analyserades med hjälp av kvalitativ induktiv innehållsanalys. Analysmetoden har som avsikt att systematiskt, objektifierat och med distans identifiera likheter, skillnader och variationer i olika typer av texter (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarna läste upprepade gånger igenom det insamlade materialet var och en för sig för att på så sätt få en helhetsbild och en djupare förståelse inför analysen. Vidare analyserades datamaterialet systematiskt genom att dela upp texten i meningsenheter, kondensering, koder, underkategorier och kategorier (Graneheim m.fl., 2017; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). I det första steget togs meningsbärande enheter som svarade på syftet ut ur den transkriberade texten. Kärnan i texten bevarades och utgjorde i nästa steg kondenserade meningsbärande enheter. Dessa enheter analyserades vidare av författarna för att få fram en beskrivande kod av innehållet. Med hjälp av färgkodning grupperades koderna utifrån likheter och skillnader avseende innehåll och abstraherades sedan vidare för att kunna sorteras in i underkategorier. Underkategorier innehållande gemensamma faktorer bildade slutligen kategorierna (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2021). I tabell 1 ses exempel på den kvalitativa analysprocessen.

Tabell 1. Exempel på den kvalitativa analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
... att man får med alla delar som är viktiga att veta om, att sjuksköterskan som rapporterar till mig från sjukhuset i sin tur har fått korrekt information ifrån läkare, logoped, dietist, alltså alla delar som har varit inne på sjukhuset för att jag ska kunna få samlad bild...	... att sjuksköterskan som rapporterar från sjukhuset har fått korrekt information ifrån läkare, logoped, dietist för att jag ska kunna få samlad bild...	Samordnad information från olika professioner	Interprofessionell teamsamverkan	Gränsöverskridande interprofessionell samverkan och ansvarsfördelning

Forskningsetiska överväganden

Alla personer som deltar i forskningsstudier skall skyddas genom individskydds krav som innefattar krav om information, konfidentialitet, nyttjande och samtycke. Samtliga informanter i denna studie har erhållit muntlig och skriftlig information kring syfte, villkor, rättigheter, tillvägagångssätt och frivilligt deltagande. Innan påbörjad studie har informanternas chefer skrivit på en informations- och samtyckesblankett. I informationsbrevet framgår det tydligt vad studiens resultat och insamlade data skall användas till vilket säkerställer nyttjandekravet.

Avidentifiering av material och personuppgifter har gjorts och allt intervjumaterial har förvarats utan åtkomst för obehöriga (Vetenskapsrådet, 2017).

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) skyddar människor som deltar i forskningsstudier. Lagen ställer krav på forskaren och är såväl person- som kvalitetssäker. Studier och forskning som bedrivs via högskola på grund- och avancerad nivå behöver inte gå via etikprövningsmyndigheten men däremot har föreliggande arbete genomgått granskning av institutionens etikgrupp.

Forskare som bedriver studier med kvalitativ ansats bör reflektera över hur den egna förförståelsen kan påverka studiens trovärdighet. Genom inkludering av egen förförståelse kan ökad kunskap, erfarenhet och djupare förståelse tillämpas i studien. Det finns dock en risk att forskarnas förförståelse styr insamling av data och påverkar resultatet genom egen tolkning. Det är därför viktigt att som forskare vara kritisk till den egna påverkan och hålla en balans mellan närhet och distans om förförståelsen skall få ta plats i studien (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

För att forskning skall vara av betydelse bör den vara till nytta för individ, samhälle och profession (Kjellström, 2017). Regeringskansliets (2015) Agenda 2030 innehåller mål om att främja hälsa och välbefinnande och är en förutsättning för att samhällsutvecklingen skall kunna ske. Sjukvården behöver därför vara tillgänglig men också säker för alla. Målet innefattar bland annat att investera i hälso- och sjukvårdssystem och är en indikation på att vården kan göras säkrare och bättre om kommunikationen och informationsöverföring är säker och smidig. Om vi skall kunna erbjuda patienten en säker vårdövergång behöver samverkan mellan slutenvård och kommunal primärvård förbättras.

Resultat

Resultatet från intervjuerna har analyserats och sammanställts i följande fyra kategorier; att vårda utifrån ett helhetsperspektiv, kommunikation som nav vid vårdövergång, gränsöverskridande interprofessionell samverkan och ansvarsfördelning och att vårda med rätt förutsättningar samt deras tio underkategorier (Tabell 2). Dessa kategorier har beskrivits med belysande citat hämtade ur intervjutexterna. I de fall citaten är tagna ur sitt sammanhang har vi valt att markera detta med tre punkter innan citatet börjar. I de fall vi valt att utesluta vissa delar av citaten för att underlätta läsningen har även detta markerats med tre punkter. För att påvisa vilken informant som uttalat vilket citat har detta angetts med Informant 1, 2 etcetera. Denna identifiering syftar till att vi önskar påvisa variationen i citaten så att inte intrycket ges att en informant uttalat alla citat.

Tabell 2. Översikt av de kategorier som framkom i resultatet

Underkategori	Kategori
Att främja patientens delaktighet	Att vårda utifrån ett helhetsperspektiv
Att ha patientkännedom	
Att ha en fungerande överrapportering vid vårdövergång	Kommunikation som nav vid vårdövergång
SAMSA – ett tidskrävande kommunikations- och samverkansverktyg	
Rutiner för hantering och överföring av journalhandlingar behöver förbättras	
Interprofessionell teamsamverkan	Gränsöverskridande interprofessionell samverkan och ansvarsfördelning
Vikten av att ha tydlig ansvarsfördelning – vem gör vad och när	
Kännedom och förståelse för varandras verksamheter och ansvarsområden	
Samordnade insatser är en förutsättning för god och säker vård	Att vårda med rätt förutsättningar
Arbetsmiljömässiga faktorer påverkar vårdövergång	

Att vårda utifrån ett helhetsperspektiv

Att främja patientens delaktighet

Det fanns en upplevelse och erfarenhet av sjuksköterskorna i studien om att patienten oftast inte är delaktig i sin vård och den information som ges kring patientens situation och vård. Det är lätt att sjukvården tar över i stället för att uppmuntra till involvering och självständighet. Sjuksköterskor erfor att det ofta saknas dialog med patienten om vad hen själv önskar och vill. Det fanns en enighet om att patienten behöver erbjudas och ges tid till egenvård inför utskrivning och hemgång. Det upplevdes viktigt att patienten och anhöriga får samma information som sjuksköterskan och att de känner sig delaktiga och involverade i beslut som fattas kring vård och behandling för att underlätta samverkan vid vårdövergång.

“Det jag upplever ibland också, det är väl att man har, inte riktigt kanske har dialogen med patienten, vad patienten själv önskar och vill.” (Informant 12)

Att ha patientkännedom

För att samverkan skall bli god och säker för patienten vid vårdövergången krävs att hälso- och sjukvårdspersonal som är involverade i vården har god kännedom om patienten och dess vård- och omsorgsbehov. De behöver lära känna patienten som en hel person så att behov, resurser och förmågor hos patienten får tid att framträda. Genom detta kan de bli varse om patientens strategier för att hantera sin sjukdom i vardagen. För att detta ska kunna ske behöver förutsättningar och rutiner skapas som möjliggör detta. Flera sjuksköterskor i studien erfor att samverkan blir bättre och mer personcentrerad om patientkännedom finns.

“... när där man får rapporten av sköterskan där har ja, “men jag har träffat patienterna och jag har liksom”, de har koll, alltså de, de vet vad patienters behov är så att då går det oftast mycket bättre.” (Informant 7)

Samtliga sjuksköterskor i studien hade erfarenhet av att sjuksköterskan inom slutenvården ofta saknar kunskap och kännedom om patienten vid överrapportering inför utskrivning. Inte allt för sällan har rapporterande sjuksköterska inte träffat patienten när hen skall lämna rapport till sjuksköterskan inom kommunal primärvård. Här saknas förutsättningar för att lära känna patienten som en helhet vilket medför att endast kännedom finns om vilka olika diagnoser en patient har. Det blir vid överrapporteringen ett endimensionellt fokus på *vad* en patient är istället för *vem* den är.

“...när man får en rapport eller när man ska få information så är det ju inte helt ovanligt att den man pratar med säger att 'jag har aldrig träffat patienten, jag känner inte patienten.’” (Informant 11)

Det fanns även erfarenhet av att patienter ibland utlokaliseras och flyttas mellan olika avdelningar och att det då var svårt för sjukvårdspersonalen på sjukhuset att ha god patientkännedom. Att vårda en patient på samma avdelning under en längre period ökar förutsättningar för att personalen träffat patienten under flera dagar och således även lärt känna patienten ur ett helhetsperspektiv. Kontinuitet ansågs vara viktigt för en god patientkännedom.

“... men det har varit de få gångerna där man har haft patienter som har legat inne, alltså jättelänge, kanske på flera olika avdelningar, mellan kliniker, att de har bytt avdelning kanske två eller tre gånger och så just att det är någon stackars person som ska rapportera och försöka få en samlad bild, som kanske inte ens har träffat patienten.” (Informant 1)

Sjuksköterskorna i studien ansåg att det är den kommunala primärvårdssjuksköterskans ansvar att ha god kännedom om patienter som de vårdar. När en patient som är inskriven i den kommunala primärvården skickas till sjukhuset är det viktigt att slutenvården får rätt information om patientens habitualtillstånd, detta sker med hjälp av dokumentation i vårdbegäran som finns i det digitala kommunikations- och samverkansverktyget SAMSA.

“...det är väldigt viktigt att sjukhuset har fått rätt information ifrån oss redan vid inläggning...” (Informant 1)

Kommunikation som nav vid vårdövergång

Att ha en fungerande överrapportering vid vårdövergång

Sjuksköterskorna i studien var överens om att det viktigaste för att få en fungerande vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård var överrapporteringen av patienter. Flera av dem hade erfarenhet av att övergången blir allra bäst när rapporten ges muntligt och det fanns möjlighet att ställa frågor kring patienten.

“Att vi får ordentlig rapport, att man vet vad omvårdnadsbehovet är hos patienterna som kommer hit... eller att vi har en bra kommunikation mellan varandra så att vi kan säkerställa att det blir så bra som möjligt för patienten.” (Informant 3)

Återkommande fanns erfarenhet att patienter kommer hem utan överrapportering eller informationsöverföring från slutenvården. Sjuksköterskorna upplevde att utebliven information skapade stress på grund av det merarbete som det innebär för sjuksköterskor inom både slutenvård och kommunal primärvård. Det fanns också en känsla av otillräcklighet i att patient och anhöriga blir lidande, när patientsäkerheten äventyras.

“...den äldre har bara åkt hem från sjukhuset och dyker upp utan någon som helst informationsöverföring.” (Informant 8)

I andra fall fick sjuksköterskorna information i SAMSA och utskrivningsinformationen faxades, men muntlig överrapportering uteblev.

“...är inte alltid de ens rapporterar utan... man ser i SAMSA; utskrivningsklar och sen faxar de en massa papper.” (Informant 10)

Det fanns även erfarenhet om att överrapportering från slutenvården inte skedde automatiskt. Sjuksköterskan inom kommunal primärvård fick då på eget initiativ eftersöka information och rapport.

“...alltså vi får ofta ringa efter rapport. Det är inte så att de tar kontakt med oss och vill rapportera sin patient till oss till exempel, utan det är ofta vi som får ringa och be om en rapport.” (Informant 3)

SAMSA – ett tidskrävande kommunikations- och samverkansverktyg

Enligt sjuksköterskorna i denna studie används IT-stödet SAMSA som kommunikations- och samverkansverktyg för informationsutbyte och dokumentation av patientens sjukvårdsförlopp mellan slutenvård och kommunal primärvård. Det var en tydlig enighet bland sjuksköterskorna i att erfarenheten av att dokumentationen i SAMSA varierade beroende på faktorer som vårdavdelning, samordning och så vidare.

“Man skriver ju ändå i SAMSA. Vi försöker ju få med allt och att man liksom kan ha kommunikationen där men det är ju väldigt olika hur bra den kommunikationen fungerar tycker jag, hur uppdaterad den är.” (Informant 11)

Sjuksköterskorna uppgav att det fanns brister vid informationsöverföring i SAMSA. Det fanns upplevelser och erfarenhet om att informationen inte alltid stämmer och att det saknas kunskap i hur samverkanssystemet skall användas. De poängterade att SAMSA är ett bra system om slutenvården uppdaterar patientens sjukvårdsförlopp och aktuella vård- och omsorgsbehov.

“Vi arbetar ju väldigt mycket i SAMSA. Tyvärr känns det ju inte som att sjukhuset, både även från den kommunala sidan, men framför allt att sjukhuset inte är så långt inarbetat i det. Så det känns som, att den inte är tillräcklig.” (Informant 6)

Sjuksköterskor i kommunal primärvård uppgav att SAMSA ställer krav på aktiv närvaro i systemet vilket är tidskrävande. Det erfors svårt att leva upp till då mycket arbete sker utan tillgänglighet till dator.

“... allting sker via SAMSA då som är ganska, ja, bristfälligt också ibland tycker jag och även kräver att vi sköterskor sitter ständigt vid bordet och så jobbar vi inte riktigt då.” (Informant 10)

Enligt rutin är det utskrivningskoordinatorer som uppdaterar patientinformation och aktuellt vårdbehov i SAMSA inom slutenvården. Ofta kan det vara så att utskrivningskoordinatören inte ens träffat patienten utan att hen sammanställer den informationen som finns tillgänglig i journalsystemet. Sjuksköterskorna som deltog i denna studie uppgav att det fanns brister i att inte ansvarig sjuksköterska sköter kommunikationen. De menade att om patientansvarig sjuksköterska i stället hade skött all kommunikation i SAMSA så hade det blivit en tydligare helhetsbild och gett bättre förutsättningar för en säker vårdövergång.

“Jag förstår tanken med att det ska vara en utskrivningskoordinator på varje avdelning, men jag förstår också att det ofta är en undersköterska och det kan jag också tycka är en brist, det skulle behöva vara den patientansvariga sjuksköterskan som också uppdaterar.” (Informant 1)

Sjuksköterskorna i studien berättade att det tidigare varit digitala eller fysiska vårdplaneringsmöten inför utskrivning av äldre personer med komplexa vård- och

omsorgsbehov och att samordningen då var tydligare och bättre. Det fanns en gemensam erfarenhet av att SAMSA fungerade bättre när den sortens vårdplanering erbjöds. Idag sker stora delar av informationsöverföring och kommunikation direkt i SAMSA.

“... nu när vi då inte har några vårdplaneringar längre utan att informationen ska framkomma i SAMSA, så, så, tycker jag att det tappas jättemycket...” (Informant 4)

En sjuksköterska hade erfarenhet av att kommunal primärvård, slutenvård och primärvård använder sig av SIP för sällan och då oftast med fel syfte. Hen beskrev vidare att hälso- och socialvård behöver använda SIP mer frekvent och på rätt sätt för att samordna planering kring patienter med omfattande vård- och omsorgsbehov.

“...det jag tror mer på också det är väl de här SIP’arna som jag tror inte man använder kanske riktigt på rätt sätt...” (Informant 12)

Sjuksköterskorna i studien erfor att SAMSA brister från båda håll. Slutenvården genom att inte alltid dokumentera aktuellt status och uppdatera kring planerat utskrivningsdatum och vårdbehov, men även från den kommunala primärvårdssidan gällande patientens habitualtillstånd. Samtidigt var sjuksköterskorna eniga om att SAMSA är ett bra system att använda för kommunikation, i de fall det fungerar.

“...jag har inget problem att kommunicera via SAMSA. Det kan vara rätt bra att ha allting i skrift.” (Informant 9)

Rutiner för hantering och överföring av journalhandlingar behöver förbättras

Sjuksköterskorna beskrev att ha korrekta journalhandlingar och uppdaterade läkemedelslistor kännetecknar en bra samverkan som underlättar vårdövergången för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. När föregående åtgärder brister skapar det merarbete som tar mycket tid från den ansvariga sjuksköterskan. Det fanns erfarenhet av att patienter skrivs ut från slutenvården och kommer åter till hemmet utan journalhandlingar för att det glöms bort på vägen.

“...det kan ju likvärdigt vara att “nej, men epikrisen är inte klar. Vi faxar den sen”. Det glöms bort, eller så kommer det ”den är inte färdig”, men det är ju a och o.” (Informant 5)

En av studiens största och mest uppmärksammade brister var att sjuksköterskorna erfor att läkemedelslistor sällan stämmer när patienter skrivs ut från slutenvården. Detta trots att det finns rutiner och lagar som tydligt beskriver hur detta ska fungera. Deras erfarenhet var att läkemedelslistan ofta inte är färdigjusterad utifrån korrekt ordination vid överrapporterandet av patienten vilket försvårar arbetet för sjuksköterskorna i den kommunala primärvården.

“...det här med läkemedelslistorna, två felaktiga läkemedelslistor sex gånger på samma dag...” (Informant 9)

En återkommande erfarenhet som flera av sjuksköterskorna i studien nämnde var att det finns flera olika system för läkemedelslistor och att dessa system och listor sällan stämmer överens med varandra. Det fanns önskemål från sjuksköterskor att det skall finnas *en* gemensam läkemedelslista.

“... så stämmer ju liksom inte listorna överens då. Då har ju vårdcentralen sin och Melior har sin liksom. Det är också en brister i det, man vill ju alla skall ha Pascal egentligen. Alla skall ha samma lista, det är ju verkligen en, ja, stor fördel.” (Informant 7)

Sjuksköterskorna uppgav att det innebär extra arbete när det saknas information kring patienten vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård. Deras erfarenhet och upplevelse var att det är tidskrävande och svårt att söka saknad information i efterhand då det i regel krävs flera telefonsamtal mellan olika vårdgivare. De beskrev det som detektivarbete som fordrar att sjuksköterskan är lösningsorienterad.

“... ofta så blir det ju jag som får sitta med de frågetecknen sen när patienten kommer hem att nej, men ingenting stämmer ju, då får man ju ringa tillbaka och fråga.” (Informant 1)

Trots att samtliga sjuksköterskor i studien uppgav bristande erfarenheter kring överföring av patientinformation vid vårdövergång så upplevde ändå majoriteten att vårdövergången oftast fungerar bra. Det fanns en enighet i att sjuksköterskorna löser mottagandet av patienten trots brister efter avsaknad av journalhandlingar, rapporter och patientkännedom. Sjuksköterskan eftersöker information i olika journaldatasystem, samtalar med patienten och anhöriga samt vårdpersonal inom slutenvården såväl innan utskrivning som efter.

“ Överlag så tycker jag ändå att det fungerar...ja, men ganska bra.” (Informant 2)

Gränsöverskridande interprofessionell samverkan och ansvarsfördelning

Interprofessionell teamsamverkan

Sjuksköterskorna uppgav att en samlad bild av patientens olika vård- och omsorgsbehov skapas genom samarbete mellan olika professioner. Många vårdgivare är inblandade i vården av den äldre personen med komplexa vård- och omsorgsbehov vilket kräver god samverkan i hela vårdkedjan. Det finns en eftersträvan och en medvetenhet att om alla arbetar mot gemensamma mål ges patienten rätt förutsättningar för en god och säker vård. Sjuksköterskorna menade att den personcentrerade vården bygger på de olika professionernas kunskap och kompetens och att dessa tillsammans skapar en helhetsbild. När olika professioner inom slutenvården är

delaktiga och delar med sig av sin kompetens och erfarenhet ges sjuksköterskan tillsammans med teamet i den kommunala primärvården rätt förutsättningar för att tillgodose patientens behov. Målet, menade sjuksköterskorna, är att erbjuda en sömlös vårdövergång för den äldre personen med komplexa vård- och omsorgsbehov genom interprofessionell teamsamverkan.

“... att sjuksköterskan som rapporterar till mig från sjukhuset i sin tur har fått korrekt information ifrån läkare, logoped, dietist, alltså alla delar som har varit inne på sjukhuset för att jag ska kunna få samlad bild och kunna fortsätta vården här i den kommunala regimen tänker jag.” (Informant 1)

Erfarenhet och upplevelser från sjuksköterskor i studien visade att helhetsperspektivet är viktigt för en fungerande samverkan. Det fanns tillfällen då sjuksköterskan tagit emot rapport om en patient men att viktig information uteblivit. Det har i stället uppkommit ny information om större vård- och omsorgsbehov först när patienten kommit hem.

“Men ibland är det svårt att få, helhetsbild och vad behöver man verkligen hjälp med. De kanske säger att det är någon liten sak och sen när man kommer hem så inser man ju att det är ett mycket större behov och det kanske är svårt att se till att den får all den hjälpen den behöver redan från början då när de redan är hemma och man ska styra upp det.” (Informant 11)

Det fanns önskemål om ökat utbud och tillgänglighet av samarbete med mobila specialistteam runt om kommunerna. Sjuksköterskorna i studien hade goda erfarenheter av och var nöjda med samarbetet mellan kommunal primärvård och de mobila specialistteam som finns i Södra Älvsborgsregionen. De uppgav att när specialistteam var inblandade i patienternas vård så blev samverkan vid vårdövergångar bättre och mer säkra. Detta för att hälso- och sjukvårdspersonalen som arbetar i de olika teamen har god patientkännedom och där både patient och anhöriga involveras i vården.

“... då tror jag ju även att olika specialiserade team som jobbar med detta, som möter upp och är en länk emellan, har en stor plats. Liksom framöver också, exempelvis närsvårdsteamet, palliativa resursteamet, andningsresursteamet. Att vården flyttar hem.” (Informant 8)

För att möta de förändrade vårdbehoven som den kommunala primärvården står inför i och med övergång till nära vård behöver samarbetet mellan olika vårdgivare och vårdformer förbättras. Detta var något som sjuksköterskorna i studien erfor.

“... att förstå det här med nära vård, att vården ska flytta ut och att de behöver vara lite mer noggrannare och se varje patient vem man har framför sig... att man behöver arbeta mer på kommunal plats då.” (Informant 10)

Sjuksköterskorna i studien delade erfarenheter om brister och att det fanns potentiella förbättringssynpunkter men ansåg trots detta att samverkan överlag fungerade tämligen väl. Dock hade de en önskan om bättre och mer sammansvetsat interprofessionellt teamsamarbete för att patientsäkra vården för den äldre personen.

” Jag tycker absolut att det finns många gånger som, som samverkan fungerar bra.”
(Informant 6)

Vikten av att ha tydlig ansvarsfördelning – vem gör vad och när

Det var viktigt för de deltagande sjuksköterskorna att det finns en tydlig plan och ansvarsfördelning mellan olika vårdgivare inför utskrivning från slutenvården. Ansvarsfördelningen handlar om patientsäkerhet och att kunna säkerställa en trygg vård som följer rutiner och riktlinjer. Deras erfarenhet var att när ansvarsfördelning saknas finns ökad risk för felbehandling, återinläggning och dödlighet. Det fanns även erfarenhet om att slutenvården inte vill ta ansvar för behandling och beslut som de anser bör tas inom primärvården och vice versa. Inte allt för sällan skickas patienter mellan olika vårdgivare utan tydlig information, plan eller uppföljning.

“... att det finns en bra plan vem som ska följa upp vad, vad jag som sköterska ska göra, vad vårdcentralen ska göra, alltså tydligt om återbesök, vem som sköter dem och remittering och så vidare. Att allt kring patienten liksom är tydligt.” (Informant 10)

En av sjuksköterskorna uttryckte förhoppning om att införande av det nya IT-stödet Millennium skulle förbättra och förtydliga ansvarsfördelningen i och med en ökad tillgänglighet till patientinformation för de inblandade parterna.

”att primärvården lite grann...där man även har läkaren och...jag tänker med nya Millennium...att inte primärvården vill ta sitt ansvar innan de har alla handlingar på patienten... men då har de ju det kanske i samma stund som patienten kommer hem...om det då kan tydliggöra eller underlätta lite mer för och vem som kan hjälpa till, för ibland lägger man mycket tid och resurser på att söka ansvarig person och få hjälp.” (Informant 12)

Kännedom och förståelse för varandras verksamheter och ansvarsområden

Sjuksköterskorna i studien upplevde att det ofta saknades förståelse mellan gränsöverskridande verksamheter och professioner. Deras erfarenhet var att de som arbetar inom slutenvården inte är medvetna om hur kommunal primärvårdsverksamhet fungerar. De var överens om att om det hade funnits en större ömsesidig förståelse för varandra så skulle arbetet bli bättre för den äldre personen med komplexa vård- och omsorgsbehov.

“...om man nu har förståelse för varandras verksamheter så brukar det ibland också bli bättre.” (Informant 12)

En sjuksköterska uppgav att hen själv saknade kunskap om hur sjuksköterskor inom kommunal primärvård arbetade när hen tidigare arbetade inom slutenvården.

“När jag jobbade på sjukhus och jag började ju på sjukhuset och då hade jag ju inte någon förståelse för hur det funkade i hemsjukvården.” (Informant 4)

En av sjuksköterskorna beskrev att hen upplevde att det finns kunskapsbrister för varandras arbete inom såväl slutenvård som kommunal primärvård. Hen menade att om alla gavs samma utbildning och information så skulle det säkerställa en god och säker vårdövergång med en ömsesidig förståelse.

“... alltså utbildning att alla gör likadant skulle säkra övergången där.” (Informant 6)

Sjuksköterskorna kände ibland otillräcklighet i att ta emot patienter som kommer från slutenvården. Det kan saknas läkemedel, förbrukningsmaterial och personal för att kunna utföra ett patientsäkert arbete. Enligt erfarenhet saknades ofta förståelse för vilka resurser och möjligheter som den kommunala primärvårdsverksamheten har tillgång till.

“... man har inte likadana resurser i äldreomsorg eller ordinärt boende.” (Informant 10)

Inte allt för sällan kommer patienter hem från sjukhuset sent på eftermiddagen eller under jourtid. För sjuksköterskan inom kommunal primärvård var det då svårt att tillgodose vård- och omsorgsbehov på grund av begränsade personalresurser, tillgång till läkemedel och förbrukningsmaterial. Sjuksköterskan som tar emot patienten på jourtid har sällan patientkänedom.

“Det är ju sällan jättebra för kommunen att ta emot sen eftermiddag, för då blir det nästa organisation som tar emot, kväll och natt, som inte alls har riktigt samma sätt att arbeta.” (Informant 8)

Att vårda med rätt förutsättningar

Samordnade insatser är en förutsättning för god och säker vård

Äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov kräver ofta samordnade insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänsten. En sjuksköterska i studien uppgav att det fanns tillfällen då samverkan vid vårdövergång från slutenvård brustit och att viktig information om vård- och omsorgsbehov uteblivit och därmed även insatser. För att vården skall bli säker och god för den äldre personen behöver den äldre personens vård- och omsorgsbehov tydligt framkomma vid informationsöverföring.

”...de med komplexa vårdbehov, det är ju inte bara det vi från HSL sidan gör utan de är ju även, de har ju stort behov av andra omsorgsinsatser från SOL... Och det innebär ju att vi kan ha svårt och tillgodose de vårdbehoven som behövs om inte vi har möjlighet att förbereda oss ordentligt, hade vi fått bättre kommunikation från sjukhuset att det här är det som behövs när de kommer hem i tillräckligt god tid så hade vi kunnat göra en säkrare övergång från slutenvården till hemsjukvården då.” (Informant 6)

Arbetsmiljömässiga faktorer påverkar vårdövergång

Tidsbrist, personalbrist och stress var tre arbetsmiljömässiga faktorer som sjuksköterskorna i studien upplevde påverkade vårdövergångar. De var eniga om att det är en organisatorisk fråga och att det ligger på chefsnivå för att förbättra rutiner, arbetssätt och förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonal för att kunna erbjuda bästa möjliga vård till äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Genomgående i intervjuerna påpekar sjuksköterskorna även att mycket av de brister som finns vid vårdövergång hade kunnat förebyggas genom ökad kunskap hos vårdgivare. Även om det i studien uppfattades som en organisatorisk fråga, är det tydligt att detta rör sig om vilken vård vi som samhälle vill och är villiga att betala för, för medborgarna i livets alla skeenden. En av sjuksköterskorna beskrev att när arbetsmiljömässiga faktorer som tids- och personalbrist råder inom slutenvården så påverkas även sjuksköterskan inom kommunal primärvård. Givetvis fanns även en upplevelse av att när det råder brister inom slutenvården så påverkas vårdövergången och patienten blir lidande.

“Jag tror att det är arbetsmiljö i grunden som är boven till när det blir fel, i de allra flesta fall... men det är väl egentligen att ge sköterskorna där resurser att kunna följa rutinerna och möjlighet och ringa och rapportera och packa läkemedel... rapportera i lugn och ro utan att vara stressad.” (Informant 2)

Det fanns en upplevelse av att sjuksköterskor på sjukhuset har svårt att ge rapport på grund av arbetsmiljömässiga faktorer. När sjuksköterskan blir avbruten vid flertalet gånger kan inte rapport ges i sin helhet och information uteblir. Det fanns en upplevelse och erfarenhet från sjuksköterskan i kommunal primärvård att de ofta söker informationen på annat sätt istället för att störa igen.

“...för det är ju bara när man får en rapport, så blir de ju avbrutna gånger flera med frågor från undersköterska. Så det kan bli väldigt, hattigt så.” (Informant 5)

Något som sjuksköterskorna ansåg var viktigt för att kunna planera och förbereda för att ta emot patienter var att det fanns tid att ha en tidig dialog och överrapportering helst dagen innan vårdövergången från slutenvård till kommunal primärvård. Muntlig rapport och översändelse av journalhandlingar dagen innan ansågs leda till minskad stress, bättre planering och säkrare arbete för mottagande sjuksköterska. Det fanns en upplevelse om att även den rapporterande sjuksköterskan inom slutenvården verkade mindre stressad om rapporten gavs dagen innan

patienten planerades för utskrivning. Flera sjuksköterskor hade positiva erfarenhet av att få rapport och informationsöverföring dagen innan patienten skulle komma hem.

“...ibland så får vi jättebra information i förväg, till exempel om det är bra uppdaterat i SAMSA och att de ringer och rapporterar kanske dagen innan så vi hinner förbereda och sådana grejer.” (Informant 3)

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ metod valdes i aktuell studie då syftet var att fånga och beskriva sjuksköterskans erfarenheter. Polit och Beck (2021) menar att en kvalitativ metod är lämplig när erfarenheter skall undersökas och beskrivas. Utifrån syfte och frågeställning ansåg författarna därmed att den kvantitativa metoden inte var ett alternativ.

Samverkan vid vårdövergång berör inte enbart den kommunala primärvårdssjuksköterskan utan även hälso- och sjukvårdspersonal inom slutenvården. Det fanns en medvetenhet hos författarna om att vårdövergång är en ömsesidig process och att det är av vikt att undersöka sjuksköterskors erfarenheter angående detta oavsett organisationstillhörighet. Författarna beslutade dock att begränsa sin studie och enbart utgå ifrån den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenhet av vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård. Valet grundades i att författarna ansåg att en studie som undersöker erfarenhet hos sjuksköterskor inom både slutenvård och kommunal primärvård kändes för omfattande, tidskrävande och övermäktig i relation till den tidsram som examensarbetet hade. Förutom detta urval beslutade även författarna om att exkludera sjuksköterskor med mindre än ett års yrkeserfarenhet, detta för att de ansåg att sjuksköterskor med kortare erfarenhet inte skulle kunna delge tillräckligt med information och erfarenhet för berört ämne och undersökning.

Författarna valde att inkludera sjuksköterskor som arbetade inom tre områden i den kommunala primärvården; ordinärt boende, särskilt boende samt korttidsboende. Detta för att få en så stor variation av erfarenhet som möjligt. Genom att välja informanter som arbetar inom olika primärvårdsverksamheter belyses erfarenhet ur varierande perspektiv och områden vilket, enligt Graneheim och Lundman (2004), ökar studiens giltighet. I denna studie deltog tolv informanter verksamma i fem olika kommuner i Södra Älvsborg. Av de tolv sjuksköterskor som deltog i studien var åtta grundutbildade och fyra hade specialistutbildning med relevans för arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Åtta av sjuksköterskorna arbetade inom ordinärt boende, två på särskilt boende och två på korttidsboende. Två av sjuksköterskorna arbetade i samverkan vid vårdövergång nästan dagligen. Sex sjuksköterskor arbetade med informationsöverföring en till tre gånger i veckan och fyra sjuksköterskor en till tre gånger i månaden. Sjuksköterskorna hade mellan 4–23 års yrkeserfarenhet med ett genomsnitt på 14 år. De hade arbetat olika länge inom kommunal primärvårdsverksamhet med en spridning på 2–14 år och med ett genomsnitt på åtta år.

Graneheim och Lundman (2004) poängterar att genom att välja informanter med olika omfattande erfarenheter ökar möjligheten att belysa studiens syfte från olika perspektiv. Variationen av sjuksköterskor och erfarenhet med spridning mellan olika verksamheter och kommuner i denna studie kan därför anses stärka studiens giltighet.

Av de tolv informanter som deltog i intervjuerna var det en person som återkopplade och ville delta efter mejlutskick till Närvårdssamverkansgrupp samt enhets- och verksamhetschefer inom Södra Älvsborg. Resterande elva informanter har kontaktats personligen och handplockats av författarna. Bekvämlighetsurval anses i många fall vara den svagaste urvalsmetoden. I en studie där bekvämlighetsurval tillämpas kan resultatet anses svagt på grund av brist på variation och bias vilket kan anses ha begränsad validitet (Polit & Beck, 2021). Att författarna själva handplockat informanterna kan därför anses vara en svaghet och ha en negativ inverkan på förekommen studie.

Det finns olika datainsamlingsmetoder som kan användas för att fånga personliga erfarenheter, däribland intervjuer, fokusgrupper, observationer eller nedskrivna berättelser (Polit & Beck, 2021). I föreliggande studie har datainsamling skett genom semistrukturerade kvalitativa individuella intervjuer. Metoden valdes då den tillät en bred och djupgående utforskning av sjuksköterskornas erfarenheter av samverkan vid vårdövergång vilket Danielsson (2017b) beskriver som metodens huvudsyfte. Metoden ansågs även vara praktiskt genomförbar med hänsyn till de resurser och det tidschema som författarna hade att förhålla sig till. Fokusgrupper övervägdes initialt men valdes bort då författarna ansåg att det hade varit svårt att samla informanterna med tanke på geografiska avstånd och svårigheter att få till tid för flera personer. Observationer bedömdes svårt att genomföra utifrån tidsaspekten för examensarbetet. Sett till informanternas dagliga arbetsbörda i den kommunala primärvården gjorde författarna bedömningen att det inte var rimligt att be dem skriva ner sina berättelser runt sina erfarenheter av samverkan. Berättelserna hade troligtvis inte blivit lika uttömmande och detaljrika som de individuella intervjuerna blev. Genom att använda intervjuer gavs informanterna möjlighet att fullt ut berätta om sina högst personliga erfarenheter gällande samverkan vid vårdövergång utan att låta sig påverkas av andras åsikter eller perspektiv. Ytterligare en styrka vid intervjuer enligt Kvale och Brinkmann (2014) är att informationen som framkommer kan kompletteras direkt och härav kan eventuella otydligheter klargöras på plats. Vid en semistrukturerad intervju används ofta en intervjuguide med öppna frågor eller frågeområden, vilket har använts som stöd under intervjuerna i denna studie (Bilaga 1). Intervjuguiden presenterades och godkändes av institutets etiska råd och av författarnas handledare innan första intervjun genomfördes, detta menar Graneheim och Lundman (2004) är en styrka för studien.

Inför start av intervjuer genomfördes en pilotintervju. Detta för att säkerställa kvaliteten, kontrollera inspelningsutrustning och undersöka att frågorna i intervjuguiden var relevanta utifrån studiens syfte. Efter testintervjun kompletterades intervjuguiden med ytterligare en fråga. Intervjuerna delades sedan upp mellan författarna och utfördes enskilt av respektive författare. Två av intervjuerna utfördes digitalt medan de övriga genomfördes fysiskt. Att inte genomföra samtliga intervjuer likvärdigt och genom fysisk närvaro kan ha påverkat studien negativt och skulle kunna ses som en svaghet. Samtliga informanter ställdes samma frågor

utifrån intervjuguiden men då intervjuerna utfördes av olika författare blev det något olika kompletterande frågor. Lundman och Graneheim (2017) menar att variationen på intervjuledare kan säkerställa tillförlitlighet och trovärdighet för studiens resultat. En annan av studiens styrkor är att allt material spelades in på diktafon. Detta gjorde det möjligt för författarna att lyssna på insamlade data obegränsat antal gånger under transkribering och analysprocess. När insamlade data spelas in ökar trovärdigheten och viktiga detaljer och olika nyanser belyses (Kvale & Brinkmann, 2014). Det var inte någon av informanterna som ifrågasatte att intervjuerna skulle spelas in och författarnas uppfattning var att informanterna inte heller kände sig hindrade av detta.

Vid intervjuer finns det risk för maktasymmetri då forskaren innehar en överlägsen makt då forskaren bestämmer över intervjuens utformning och miljö (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervju är en enkelriktad dialog som används som redskap för att få fram text som skall tolkas. Författarna har genom regelbunden reflektion fått insikt om de olika sociala maktförhållandena som kan uppstå vid en kvalitativ intervju och motverkat detta genom att försöka jämna ut de ojämbna maktförhållandena. Författarna i denna studie lät informanterna bestämma tid och plats för intervjuerna och anpassade sig efter informanternas önskemål, detta för att informanten inte skulle känna att vi inkräktade på deras tid och arbete. Författarna visade även intresse för sjuksköterskornas erfarenhet och underströk att informanternas berättelse var viktig.

Det fanns stora variationer mellan de olika intervjuernas varaktighet. Majoriteten av intervjuerna varade kortare tid än vad vi som författare hade räknat med. Den intervjun som varade kortast tid varade i elvaminuter medan den längsta varade i 36 minuter. Detta kan anses vara en svaghet och bero på flera olika faktorer. I något fall kunde inte informanten komma på fler eller längre svar och i något fall har författarna inte givit tillräckligt mycket betänketid till informanten. Under två av intervjuerna fick intervjun avbrytas på grund av telefonsamtal eller andra personer som kom in i lokalerna. Detta kan ha haft negativ påverkan på intervjun och anses vara en svaghet i studiens resultat då det gjorde att både informant och författare kom av sig. Att några informanter inte kunde komma på mer uttömmande svar samt blev avbrutna under intervjuerna kan ses som tecken på stress på grund av hög arbetsbelastning vilket kan ha påverkat studien negativt.

Efter cirka hälften av intervjuerna började författarna se ett mönster som gav antydning på mättnad för data. Inom kvalitativ forskningsmetod bör datainsamlingens omfattning av informanter anpassas utifrån behovet av vilken information författarna ämnar samla in för studien (Polit & Beck, 2021).

Som analysmetod valdes en kvalitativ induktiv innehållsanalys, vilket enligt Polit och Beck (2021) är en fördel för att kunna bearbeta och framställa narrativ och kvalitativ information. Det empiriska materialet har kodats förutsättningslöst utifrån ej förutbestämda kategorier. Genom att använda en induktiv ansats kunde författarna försäkra att informanternas berättelser och upplevelser överordnades författarnas idéer och teorier (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim m.fl., 2017). I denna studie ansågs en induktiv ansats lämplig att använda utifrån bristen på sjuksköterskans erfarenheter kring valt ämne.

Båda författarna tog del av insamlade data, lyssnade igenom och transkriberade tillsammans intervjuerna ordagrant i anslutning till då intervjuerna ägde rum. Meningsbärande enheter plockades gemensamt ut och bearbetades till kondenserade enheter och kodades sedan till framtagna kategorier och underkategorier. Att båda författarna varit engagerade, pålästa och delaktiga under hela analysprocessen gör studiens resultat mer trovärdigt enligt Graneheim och Lundman (2004). Tillsammans med handledaren har de olika kategorierna som presenteras i resultatet vuxit fram. Vidare stärks giltigheten genom de citat som presenteras i resultatet. Läsaren kan utifrån detta själv bilda sig en uppfattning om rimligheten i den utförda tolkningen.

I föreliggande studie baseras författarnas tolkning av insamlade data utifrån deras förförståelse och erfarenhet som sjuksköterskor med mångårigt arbete av att vårda äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Under arbetets alla delar har det funnits en aktiv reflektion och medvetenhet hos författarna om att fördomar och förutfattade meningar undermedvetet kan påverka intervjuer och tolkning av data. Författarna har noggrant gått igenom all insamlade data och låtit informanternas texter tala ur sitt sammanhang. På detta sätt och med hjälp av de öppna frågor som ställts kunde innebörden förstås ur sin helhet. Graneheim m.fl. (2017) beskriver att resultatet styrks när författare använder sin förförståelse och erfarenhet som reflektion under studiens gång.

En studies överförbarhet bygger på möjligheten till att överföra studiens resultat till andra verksamheter och grupper (Polit & Beck, 2021). Författarnas val av metod, urval, datainsamling och analysprocess är noggrant beskrivet och har lett fram till ett resultat som är baserat på 12 sjuksköterskors individuella erfarenheter av samverkan vid vårdövergång för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov vilket anses ge god överförbarhet. Resultatet anses vara överförbart på andra kommunala primärvårdsverksamheter och hälso- och sjukvård som arbetar i samverkan med dessa. Överförbarheten är dock förutsatt till länder med liknande vårdorganisationer och befolkningsmönster. Värdet av studien ligger i läsarens möjlighet att tolka och överföra resultatet till egen verksamhet.

Resultatdiskussion

Denna studie syftade till att undersöka den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Analysen resulterade i fyra kategorier: att vårda utifrån ett helhetsperspektiv, kommunikation som nav vid vårdövergång, gränsöverskridande interprofessionell samverkan och ansvarsfördelning samt att vårda med rätt förutsättningar. Resultatdiskussionen kommer att utgå från dessa kategorier och genomsyras av den teoretiska referensramen personcentrerad vård

I studiens resultat framkom att det fanns brister i att patienten inte informeras och görs delaktig i beslut kring vårdprocessen, vårdövergång och vård- och omsorgsinsatser. Sjuksköterskorna erfor att patientens önskemål och behov inte inkluderades och att det även fanns brister i utbildning av egenvård inför utskrivning från slutenvården. Patients berättelse inviger

vårdgivare att ta del av patientens behov och önskemål för att kunna vårda utifrån ett helhetsperspektiv. Ekman m.fl. (2011) beskriver att ett partnerskap uppstår när vårdgivaren tar del av patientens berättelse för att lära känna patienten som en hel person och gör patienten involverad och delaktig i sin vård för att komma fram till genomförbara åtgärder som passar personen i sin unika situation.

Flera av informanterna i aktuell studie hade erfarenhet av att det ofta saknades patientkännedom hos hälso- och sjukvårdspersonalen som lämnar rapport. Upplevelsen av låg patientkännedom grundade sig många gånger i att sjuksköterskorna i studien upplevde att det saknades kontinuitet bland vårdpersonal inom slutenvården och att överrapporterande slutenvårdssjuksköterska inte träffat patienten när hen lämnar rapport till sjuksköterskan inom kommunal primärvård. Ljungholm (2023) lyfter fram att långsiktiga och personcentrerade vårdrelationer bygger på kontinuitet av hälso- och sjukvårdspersonal inom olika vårdverksamheter. Vidare framhåller Ljungholm att kontinuitet hos vårdgivare innebär bättre patientkännedom som i sin tur kan leda till ökad kunskaps- och informationsförståelse hos såväl patient, anhörig som hälso- och sjukvård. Kontinuitet bland vårdgivare ökar patientkännedomen men även patientsäkerheten vilket även sjuksköterskorna i aktuell studie hade erfarenhet av. Föreliggande studies resultat visar att sjuksköterskorna upplevde bättre vårdövergångar när det fanns kontinuitet och patientkännedom hos överrapporterande vårdgivare. Personcentrerad vård är en förutsättning för att arbeta med ett helhetsperspektiv där patienten involveras och är i fokus genom hela vårdprocessen.

Resultatet i aktuell studie visade att sjuksköterskorna hade erfarenheter av att kommunikationen oftast brister i den samverkan som sker vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård. Sjuksköterskorna uppgav att viktig information uteblev vid överrapportering och att patienten ibland kom hem utan informationsöverföring. Flera av sjuksköterskorna i studien ansåg att muntlig överrapportering var viktigt och en central del för att en god samverkan skulle kunna ske. Vikten av en god kommunikation som nav vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård framkom som en av de viktigaste aspekterna för en fungerande vårdövergång. Även Girdham (2016) belyser i sin studie att bristande och undermålig kommunikation är ett vanligt förekommande hinder för en säker och smidig vårdövergång. Sjuksköterskor i föreliggande studie medgav att det även finns brister i informationsöverföring från kommunal primärvård till slutenvård. Om viktig information gällande patientens habitualtillstånd uteblir när patienten skickas till sjukhuset försämras chansen för korrekt informationsöverföring och kommunikation vid utskrivning. Även Griffiths m.fl. (2014) beskriver brister i informationsöverföring till akutsjukvården från kommunal primärvård som ett återkommande problem för säker patientvård där kvaliteten av informationsöverföring varierar stort.

Sjuksköterskorna i aktuell studie uppgav brister i informationsutbytet som sker i kommunikations- och samverkansverktyget SAMSA. Samtidigt uppgav samtliga av sjuksköterskorna att SAMSA är ett bra kommunikations- och samverkansverktyg när det fungerar men att det finns kunskapsbrister i hur det skall användas. Flera av sjuksköterskorna i studien uppgav att det saknas tydliga vårdplaner för patienters fortsatta vård. Kirsebom m.fl.

(2013) vidhåller att det saknas tydliga vårdplaner för äldre personer som vårdas i hemmet och att de få vårdplaner som finns inte uppdateras och efterföljs. Jobe (2020) använder titeln "A chain is only as strong as its weakest link" i sin avhandling som handlar om att samverkansfunktionen inte är komplett om samverkan inte sker utifrån personcentrerad vård där patienten har en individuellt anpassad vårdplan. Hon beskriver att personcentrerad vård förutsätter god kommunikation och ett ömsesidigt samarbete där vårdplaner är hälso- och sjukvårdens största verktyg för ett gemensamt arbete där patientens hälsa och välbefinnande står i centrum. För att ta fram en god vårdplan behöver patienten och anhöriga vara involverade och delaktiga, utifrån patientens vård- och omsorgsbehov skapas vårdplanen tillsammans med berörd vård- och omsorgspersonal, vården skall säkerställa att patientens behov uppfylls. Studiens resultat visar att kommunikation är det viktigaste verktyget inom hälso- och sjukvård och när kommunikationen brister leder det till konsekvenser för patienten.

Studieresultatet visade att sjuksköterskor hade en önskan om att återuppta vårdplaneringsmöten som tidigare användes för att samordna vård- och omsorgsinsatser för patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov. En av sjuksköterskorna menade att om hälso- och socialvård använde SIP mer frekvent och utifrån rätt syfte så skulle samordningen kring den äldre personen med omfattande vård- och omsorgsbehov förbättras. I enlighet med nuvarande rutiner och lagar skall SIP användas för vårdplanering när patienten har omfattande behov av såväl hälso- och sjukvårds- som socialtjänstinsatser (SKR, 2019). SKR's undersökning visar att SIP inte används i den utsträckning som är tänkt. Anledningen bedöms vara bristande kunskap hos vårdgivaren där särskilt låg användning ses bland äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.

För att säkerställa patientens fortsatta vård efter utskrivning ansåg sjuksköterskorna i studien att det var nödvändigt att aktuell läkemedelsordination, recept samt eventuella nyinsatta läkemedel fanns tillgängliga för den kommunala primärvårdssjuksköterskan när patienten skrevs ut från slutenvården. Det framkom att alla sjuksköterskor hade erfarenhet av att läkemedelslistor ofta var ofullständiga vilket genererade tidskrävande efterarbete för den kommunala primärvårdssjuksköterskan. Kirsebom m.fl. (2013) beskriver hur arbetet försvåras för den kommunala primärvårdssjuksköterskan när det saknas korrekta läkemedelslistor, recept och läkemedel. Bristen på och avsaknaden av korrekta och aktuella läkemedelslistor ökar risken för felmedicinering, återinläggning och dödlighet hos äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Föreliggande studie visade att sjuksköterskorna hade förhoppningar om förbättrad samverkan och säkrare läkemedelsordinationer i och med vårdskiftet till god och nära vård och den digitalisering av vården som pågår just nu. Hösten 2024 planeras Millennium införas, ett nytt IT-stöd för informationsutbyte mellan region och kommuner (Västra Götalandsregionen, 2023). Millennium skall erbjuda en gemensam läkemedelsinformation och underlätta åtkomst till den gemensamma patientjournalen, vilket förväntas leda till en mer effektiv samverkan mellan region och kommuner.

I studiens resultat uppgav sjuksköterskorna att otydlig ansvarsfördelning, tidsbrist och låg patientkännedom vara några av anledningarna till att kommunikationen brister. Sjuksköterskorna menade att det saknas samarbete mellan olika vårdgivare och verksamheter

vid vårdövergången och att den äldre patienten med komplexa vård- och omsorgsbehov ofta hamnar mellan stolarna. De menade att om det finns en gränsöverskridande interprofessionell samverkan och tydlig ansvarsfördelning runt den äldre personen så leder det till förbättrad patientsäkerhet samt att vårdkvaliteten och vården blir mer tids- och kostnadseffektiv. I enlighet med Hansson m.fl. (2018) bidrar tidsbrist, sen information och vårdövergång utan samverkan till återinläggning och onödigt lidande som konsekvenser för patienten. Resultatet i föreliggande studie visade att sjuksköterskorna såg sig själva som en del i det interprofessionella teamet och lyfte upp betydelsen av att alla jobbar tillsammans för och med patienten. Det fanns insikt i att alla olika professioner fyller olika funktioner som bidrar till att patientens behov blir tillgodosedda ur ett helhetsperspektiv. Personcentrerad vård kännetecknas av en interprofessionell samverkan där vårdgivare ser patienten och dess anhöriga som jämlikar som inkluderas i vårdprocessens olika delar och beslut av insatser (Ebrahimi m.fl., 2020). Ebrahimi m.fl. menar att det interprofessionella samverkansteamet behöver arbeta med och för patienten genom hela vårdprocessen för att tillgodose vård som bygger på en helhetssyn med kännedom och bekräftelse av patienten som en person. Aktiv reflektion och medvetenhet kring personcentrerad vård förbättrar vårdrelationen mellan vårdgivare, kommunikation och det etiska förhållningssättet i samverkan kring den äldre personen med komplexa vård- och omsorgsbehov. Interprofessionellt förebyggande och hälsofrämjande åtgärder och insatser är väsentliga för den äldre personen med komplexa vård- och omsorgsbehov och en av de mest avgörande grundstenarna i personcentrerad vård.

Resultatet visade att sjuksköterskorna som deltagit i denna studie ändå upplevde att samverkan ofta fungerade väl. Mest välfungerande upplevdes vården vara när patienten var kopplad till ett mobilt specialistteam. Det fanns önskemål om utökad tillgänglighet av dessa mobila specialistteam att arbeta med och mot. Sjuksköterskornas erfarenhet var att samarbetet fungerade väl och att vården blev både bättre och mer säker för patienten då det fanns en hög grad av både patientdelaktighet och patientkännedom bland de involverade vårdgivarna. I enlighet med den demografiska utvecklingen och vårdreformationen mot nära vård belyser Blomqvist och Winblad (2023) betydelsen av ökad samverkan för multisjuka äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov. Flera regioner och kommuner i Sverige erbjuder mobila närvårdsteam som förstärkning och förskjutning av resurser och kunskap från slutenvård till primärvård.

Kommunikation och gränsöverskridande interprofessionellt samarbete ansågs ligga till grund för god och säker samverkan enligt de sjuksköterskor som deltog i denna studie. Bristande samarbete ansågs vara en orsak till att samverkan vid vårdövergång för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov inte alltid var välfungerande. Brister i kommunikation och samverkan har beskrivits i tidigare avhandling av Ljungholm (2023). Ljungholm beskriver hur brister i kommunikation och samverkan skapar klyftor mellan vårdgivare och att det leder till patientlidande och dåligt samarbete. För att vård och vårdövergång skall vara personcentrerad behövs ett flerdimensionellt synsätt där samtliga vårdgivare arbetar tillsammans med gemensamt ansvar mot samma mål. Även Anwari m.fl. (2022) menar att det finns ett samband mellan god samverkan och minskat lidande för patienten. Gemensamma värderingar och

ömsesidig respekt leder till ett öppet arbetsklimat utan hierarki som i sin tur skapar förutsättningar för bättre kommunikation och förståelse mellan slutenvård och kommunal primärvård. Trots att sjuksköterskor i föreliggande studie uppmärksammade brister i samverkan vid vårdövergångar och uppgav flera potentiella förbättringssynpunkter så fanns det ändå erfarenhet av att samverkan ofta ansågs välfungerande. De menade att de flesta vårdgivare trots allt gjorde sitt bästa för att den äldre personen skulle få det bra.

Studiens resultat visade att det saknades förståelse och ömsesidig respekt mellan vårdgivare som arbetar inom slutenvård och kommunal primärvård. Några av sjuksköterskorna menade att orsakerna var bristande kunskap om den andres arbete och förutsättningar inom respektive vårdverksamhet. Sjuksköterskorna uppgav att ökad förståelse och ömsesidig respekt skulle säkerställa god och säker vårdövergång. Resultatet kan liknas med Hesselink m.fl. (2013) som framhåller att samverkan, ömsesidig förståelse och respekt för varandra inom hälso- och sjukvård är av betydelse för vårdens kvalitet och resultat. När det finns förståelse, respekt och intresse för vårdövergångsprocessen, patienten och andra vårdgivares arbete blir resultatet bättre samverkan vid vårdövergång. Socialstyrelsen (2023) beskriver behovet av ökad utveckling inom den egna verksamheten och hur förbättringsarbete och förebyggande åtgärder kan leda till ökad förståelse och respekt mellan olika vårdgivare. Samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter behöver arbeta för att kvalitetsutveckla och kvalitetssäkra sin verksamhet genom förbyggande åtgärder, uppföljning och utbildning. Genom samsyn och förtroende och med hjälp av gemensamma rutiner och mål, strukturerad kommunikation, samt regelbunden uppföljning och utvärdering förstärks samverkan mellan verksamheter och därmed även vården för patienten.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie uppgav att sjuksköterskor inom kommunal primärvård saknar tillgång till läkemedel, läkemedelslistor, journalanteckningar och annan viktig information på jourtid. Det är dessutom begränsad tillgång till läkare utanför ordinarie arbetstid. Sjuksköterskorna önskade att istället för att spendera tid och resurser på att jaga runt efter läkemedel, förbrukningsartiklar eller hjälpmedel som patienterna behöver när de kommer hem från sjukhusvistelsen, kunna fokusera på att tillgodose patienternas behov och önskemål. Johannessen och Steihaug (2014) beskriver att sjuksköterskor upplever att de lägger onödig tid på fel uppgifter i sitt arbete och att arbetsbelastningen bör ses över för mer effektiv och säker vård.

I föreliggande studie upplevde sjuksköterskor att samverkan vid vårdövergångar inte alltid sker ur en patientsäker aspekt. Det fanns tillfällen då sjuksköterskor erfarit att information kring patientens vård- och omsorgsbehov uteblivit och därmed även nödvändiga insatser. I resultatet uppgavs personalbrist, kunskapsbrist, tidsbrist och stress som uppenbara arbetsmiljömässiga faktorer som påverkar vårdövergång och i förlängningen patienten. För att kunna vårda med rätt förutsättningar menade sjuksköterskor i studien att vårdgivare behöver säkerställa samordnade insatser genom korrekt och tidig kommunikation och informationsöverföring. Tidigare forskning av Storm m.fl. (2014) beskriver betydelsen av att vårdpersonal besitter rätt kompetens för muntlig och elektronisk informationsöverföring. Informationen bör innehålla presentation av patientens besvär som är av vikt för patientens bedömning. Utöver kompetens

hos vårdpersonal anser Storm m.fl. att framtagande av rutiner kring informationsöverföring vid vårdövergång är viktiga åtgärder i att utveckla och förbättra kvaliteten i vårdövergången.

Trots brister och sjuksköterskornas negativa erfarenheter av samverkan vid vårdövergång för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov så fanns det ändå en enighet att vårdövergången oftast fungerar. Sjuksköterskorna inom den kommunala primärvården ansåg sig vara experter på att eftersöka information inför överrapportering och när informationsöverföring saknas eller uteblir ser de ändå till att ta reda på den informationen som krävs. De var mycket måna om att kunna ge den äldre personen med komplexa vård- och omsorgsbehov den vård och insatser som hen var i behov av. Detta är något som även framkommer av Agerholm m.fl. (2023). Agerholm m.fl. beskriver att sjuksköterskor känner behov av att ta egna initiativ, även utöver sitt arbetsansvar, för att se till att patienten blir väl omhändertagen. För sjuksköterskan är personcentrerad vård viktigt för en god och säker vård och trots brister försöker sjuksköterskan arbeta personcentrerat utifrån patientens behov och önskemål. I enlighet med McCance och McCormacks (2021) modell är en av förutsättningarna för personcentrerad vård att sjuksköterskan besitter både professionell och social kompetens. Det framkom tydligt i resultatet i föreliggande studie att sjuksköterskorna var hängivna sitt arbete och gjorde det som krävdes för att vårdövergången skulle bli så bra som möjligt för patienterna, även om det krävdes en hel del detektivarbete. Utifrån erfarenheter och professionell och social kompetens utför sjuksköterskorna sitt arbete med holistisk utgångspunkt och sympatiskt engagemang där patientens välbefinnande är det centrala, oavsett vilken tid som krävs för att utföra det.

Författarna anser att en välfungerande samverkan vid vårdövergång, där den äldre personens komplexa vård- och omsorgsbehov blir tillgodosedda, är i linje med hållbar utveckling kopplat till Agenda 2030 (WHO, 2021) och dess globala mål. Utifrån demografisk utveckling behöver synsätt och arbetssätt kring ålderism och äldres behov av vård- och omsorgsinsatser utvecklas. Integrerad personcentrerad hälso- och sjukvård samt socialvård i arbetet med äldre personer kan leda till ökad upplevelse av hälsa och välbefinnande hos den äldre, vilket kan leda till hållbar utveckling för samhälle, både ekonomiskt och ekologiskt. I denna studie uppmärksammades de brister som sjuksköterskor erfor inom samverkan vid vårdövergång i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Resultatet kan bidra till förbättringsåtgärder och högre vårdkvalitet inom hälso- och sjukvård och i förlängningen leda till minskat lidande, färre återinläggningar på sjukhus och längre dödlighet hos den äldre personen. Författarna anser även att studien kan bidra till bättre arbetsvillkor för vårdgivare som arbetar med samverkan vid vårdövergång.

Resultaten av studien visar på brister i informationsöverföringen, bristande patientdelaktighet och utmaningar med att säkerställa kontinuitet och samarbete mellan olika vårdgivare. För att förbättra vårdkvaliteten och patientens välbefinnande krävs ett ökat fokus på personcentrerad vård, där patienten involveras i beslut kring sin vård och där samverkan mellan olika vårdgivare förstärks. För att förbättra kvaliteten i svensk hälso- och sjukvård behöver individ, organisation och samhälle gemensamt ta ansvar för och ta vara på de vårdresurser som finns. Personcentrerad vård skapar förutsättningar för vårdgivaren att utforma vården utifrån patientens enskilda behov

och därmed öka patientdelaktigheten. Pågående förändring av vårdstrukturen innebär förskjutning och förflyttning av vården från slutenvården till primärvården. Genom förebyggande arbete skall primärvårdens närhet till patienten underlätta för samtlig hälso- och sjukvård i linje med den demografiska utvecklingen som vården står inför. Socialstyrelsen (2023) benämner att ”Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov” (s. 17) och vi har alla ett ansvar för att tillsammans utveckla, reformera och kvalitetssäkra svensk hälso- och sjukvård (WHO, 2021).

Slutsats

Studien visade att sjuksköterskor inom kommunal primärvård erfar bristande patientdelaktighet, brister i informationsöverföringen och utmaningar med att säkerställa kontinuitet och samarbete mellan olika vårdgivare. Fungerande kommunikation och informationsöverföring i samverkan är avgörande för att säkerställa en effektiv vårdövergång med och för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov från slutenvård till kommunal primärvård. Resultat från denna studie betonar vikten av att arbeta utifrån en personcentrerad etik, där den äldre ses och behandlas som en hel person och där vård och omsorgsinsatser planeras och genomförs tillsammans samt kontinuitet och samverkan säkerställs genom dokumentation och en fungerande informationsöverföring. För att få en fungerande vårdövergång krävs interprofessionell samverkan och gemensamt ansvarstagande på olika nivåer där äldre involveras och informeras i samtliga beslut genom hela vårdprocessen. Sjuksköterskorna inom kommunal primärvård är skickliga på att eftersöka information inför överrapportering och även om det saknas eller uteblir information ser de till att få det som behövs. Slutligen framhålls vikten av att alla inblandade parter tar ansvar för att gemensamt utveckla och kvalitetssäkra svensk hälso- och sjukvård med patientens behov i centrum.

Kliniska implikationer

Den här studien beskriver hur den kommunala primärvårdssjuksköterskan erfor samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Resultat från denna studie visar på vikten av att skapa en fungerande kommunikation och informationsöverföring för att minska risken att falla mellan stolarna i de olika vård- och omsorgsorganisationer som den äldre personen med komplexa vård- och omsorgsbehov ofta är i kontakt med. Att tillämpa ett personcentrerat arbetssätt på olika nivåer, där sammanhållen vård och omsorg skapas tillsammans med och för de äldre personerna, rekommenderas. Resultatet kan appliceras och användas av sjuksköterskor verksamma inom både kommunal primärvård och slutenvård. Resultatet kan även nyttjas av chefer inom såväl slutenvård som kommunal primärvård i upprättande av nya arbetssätt, rutiner och riktlinjer och för ökad kunskapsförståelse mellan de olika organisationerna.

Förslag till fortsatt forskning

Samverkan vid vårdövergångar för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov kräver vidare forskning. Som komplettering till denna studie vore forskning som ämnar undersöka erfarenheter ur slutenvårdssjuksköterskans perspektiv aktuellt att genomföra. Även forskning som undersöker de erfarenheter som äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov och deras anhöriga har av samverkan vid vårdövergång hade varit av intresse. Detta för att få en samlad bild av fungerande och icke-fungerande faktorer och utifrån det kunna bidra till ökad kunskapsförståelse och utveckling inom aktuellt område.

Referenslista

- Acosta, A. M., Câmara, C. E., Weber, L. A., & Fontenele, R. M. (2018). Nurse's activities in care transition: realities and challenges. *Journal of Nursing Ufpe Online*, 12(12), 3190-3197. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>
- Agerholm, J., Jensen, N. K., & Liljas, A. (2023). Healthcare professionals' perception of barriers and facilitators for care coordination of older adults with complex care needs being discharged from hospital: A qualitative comparative study of two Nordic capitals. *BMC Geriatrics*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03754-z>
- Allen, J., Hutchinson, M. A., Brown, R., & Livingstone, P. M. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home- a systematic review. *BMC Health Services Research*, (14)1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>
- Anwari, C., Balasubramanian, S., Sawant, P. S., Kuri, U., Anand, A. K., Rao, B. C., & Prasad, R. (2022). Elder care: The need for interprofessional collaboration between Family Physicians, Clinical Pharmacists, and Physiotherapists in home-based primary care teams. *Journal of family medicine and primary care*, 11(9), 5170-5175. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_2282_21
- Blomqvist, K. (2017). Avsnitt I - Personcenterade möten med äldre. I K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernsth Bravell & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & Äldre* (s.39–45). Studentlitteratur.
- Blomqvist, P., & Winblad, U. (2023). *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*. SNS Förlag. <https://snsse.cdn.triggerfish.cloud/uploads/2023/04/samverkan-kring-multisjuka-aldre--lardomar-fran-praktik-och-forskning.pdf>
- Britten, N., Ekman, I., Naldemirci, Ö., Javinger, M., Hedman, H., & Wolf, A. (2020). Learning from Gothenburg model of person centred healthcare. *BMJ*, 370, m2738. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2738>
- Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? *Future Hospital Journal*, 3(2), 114–116. [FHJv3n2-Oldham.indd \(nih.gov\)](https://doi.org/10.1136/fhjv3n2-oldham.indd)
- Danielsson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 143-154). Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 285-299). Studentlitteratur.
- Ebrahimi, Z., Patel, H., Wijk, H., Ekman, I., & Olaya-Contreras, P. (2020). A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings. *Geriatric Nursing*, 42(2021), 213–224. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.08.004>

- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s 29-37). Studentlitteratur.
- Ekman, I., Ebrahimi, Z., & Olaya Contreras, P. (2021). Person-centred care: looking back, looking forward. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(2), 93-95. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa025>
- Ekman, I., & Norberg, A. (2021). Personcentrerad vård. I A. K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk, & J Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå -kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (2:a uppl., s. 47-80). Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Eurostat. (2023). *Population structure and ageing*. [Search - Eurostat \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat)
- Girdham, M. S. (2016). District nurse views on improving the transfer of care from hospital to home. *Primary Health Care*, 26(8), 23–27. <https://doi.org/10.7748/phc.2016.e1132>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56(1), 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Griffiths, D., Morphet, J., Innes, K., Crawford, K., & Williams, A. (2014). Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), 1517-1523. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.002>
- 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/10.1177/1403494817716001>
- Hesselink, G., Schoonhoven, L., Plas, M., Woolersheim, H. & Vemooij-Dassen, M. (2013). Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 66-74. doi: 10.1093/intqhc/mzs066
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018). *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande. Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård 2017*. [Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande - Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård 2017 \(ivo.se\)](https://www.ivo.se/Samverkan-f%C3%B6r-multisjuka-aldres-vaelbefinnande)

- Jobe, I. (2020). *A chain is only as strong as its weakest link” Collaborative care planning as a person-centred practice*. [Doktorsavhandling, Luleå tekniska universitet]. DiVA. tu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1466829&dswid=2344
- Johannessen, A.-K., & Steihaug, S. (2014) The significance of professional roles in collaboration on patients’ transitions from hospital to home via an intermediate unit. *Scandinavian Journals of Caring Science*, 28(2), 364-372. doi: 10.1111/scs.12066
- Jones, C., Jones, J., Bowles, K., Flynn, L., Masoudi, F., Coleman, E., Levy, C. & Boxer, R. (2019). Quality of Hospital Communication and Patient Preparation for Home Health Care: Results From A Statewide Survey of Home Health Care Nurses and Staff. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(4), 487-491. doi:10.1016/j.jamda.2019.01.004.
- Jones, C., Jones, J., Richard, A., Bowles, K., Lahoff, D., Boxer, R., Masoudi, F., Coleman, E. & Wald, H. (2017). "Connecting the Dots": A Qualitative Study of Home Health Nurse Perspectives on Coordinating Care for Recently Discharged Patients. *Journal of general internal medicine*, 32(10), 1114-1121. doi: 10.1007/s11606-017-4104-0
- Johnson, S., & Bacsu, J. (2018). Understanding complex care for older adults within Canadian home care: a systematic literature review. *Home Health Care Services Quarterly*, 37(3), 232-246. doi:10.1080/01621424.2018.1456996
- Kalánková, D., Stolt, M., Scott, P. A., Papastavrou, E., & Suhonen, R. (2021). Unmet care needs of older people: A scoping review. *Nursing ethics*, 28(2), 149–178. <https://doi.org/10.1177/0969733020948112>
- Kirsebom, M., Wadensten, B., & Hedström, M. (2013). Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. *Journal of advanced nursing*, 69(4), 886-895. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06077.x>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 57-80). Studentlitteratur.
- Kristensson Ugglå, B. (2020). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik* (2:a uppl., s. 58-105). Liber.
- Kuluski, K., Ho, J. W., Hans, P. K., & Nelson, M. (2017). Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *International journal of integrated care*, 17(4), 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.2944>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl.). Studentlitteratur.
- Laugaland, K., Aase, K., & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence. *Work (Reading, Mass.)*, 41 (1), 2915–2924. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0544-2915>

- Ljungholm, L. (2023). *Patients' experiences of continuity of care: What is needed and how can it be measured?* [Doktorsavhandling, Linnéuniversitetet] DiVA. [FULLTEXT01.pdf \(diva-portal.org\)](#)
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen, & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3:e uppl., s. 219-233). Studentlitteratur.
- Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. (2023). *Delregional tillämpning gällande in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Enskild med behov av samordning efter utskrivning från sjukhus. 2023-01-23 Delregional tillämpning gällande in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård - Enskild med behov av samordning efter utskrivning från sjukhus.pdf* (vgregion.se)
- McCance T, & McCormack B. (2021). The Person-centred Practice Framework. I B. McCormack, T. McCance, C. Bulley, D. Brown, A. McMillan, & S. Martin (Red.), *Fundamentals of Person-centred Healthcare Practice* (s. 23-32). Wiley-Blackwell.
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of clinical nursing*, 13(s1), 31-38. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11:e uppl.). Wolters Kluwer.
- Prop. 2019:20/164. *Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform. Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform - Regeringen.se*
- Regeringskansliet. (2015). *Agenda 2030- Mål 3-Hälsa och välbefinnande. Agenda 2030 | Mål 3 | Hälsa och välbefinnande - Regeringen.se*
- Regeringskansliet. (2023). *God och nära vård 2023 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. överenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner-om-god-och-nara-var-d-2023.pdf* (regeringen.se)
- Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldreomsorg och Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre. https://swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231f29/1584103010398/Kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20v%C3%A5rd%20av%20C3%A4ldre.pdf*
- Rogn Nilsen, E., Hollister, B., Söderhamn, U., & Dale, B. (2021). What matters to older adults? Exploring person-centred care during and after transitions between hospital and home. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5-6), 569-581. <https://doi.org/10.1111/jocn.15914>
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-*

[lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460](#)

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. [Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\) | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)

SFS 2019:979. *Lag om ändring i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård*. Socialdepartementet. [SFS2019-979.pdf \(svenskforsattningssamling.se\)](#)

Socialstyrelsen. (2014). *Försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mest sjuka äldre Slutrapport från utvärderingen*. [Försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mest sjuka äldre \(socialstyrelsen.se\)](#)

Socialstyrelsen. (2017a). *Indikation för god läkemedelsterapi hos äldre*. [Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre \(socialstyrelsen.se\)](#)

Socialstyrelsen. (2017b). *Om övergångar mellan slutet vård och öppen vård och omsorg*. [Om övergångar mellan slutet vård och öppen vård och omsorg \(socialstyrelsen.se\)](#)

Socialstyrelsen. (2021a). *Regioner och kommuner*. [Regioner och kommuner - Socialstyrelsen](#)

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

Socialstyrelsen. (2023). *Hälso- och sjukvård i hemmet. Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering*. [Hälso- och sjukvård i hemmet \(socialstyrelsen.se\)](#)

Song, Z., & Ferris, T.G. (2017). Baby Boomers and Beds: a Demographic Challenge for the Ages. *Journal of General Internal Medicine*, 33(3), 367-369. doi: 10.1007/s11606-017-4257-x

SOU 2020:19. *God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Socialdepartementet. https://www.regeringen.se/contentassets/320f37078d854712ab89e8185466817b/god-och-nara-var-d-en-reform-for-ett-hallbart-halso--och-sjukvardssystem-sou_2020_19_webb.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus -med fokus på sköra äldre*. https://www.sbu.se/contentassets/5f0e7213e73b4369acd4874fd3dcbf89/akutvard_aldre.pdf

Statistiska centralbyrån. (2020). *Prognos: Stora lokala skillnader när Sveriges befolkning växer*. <https://www.scb.se/pressmeddelande/prognos-stora-lokala-skillnader-nar-sveriges-befolkning-vaxer/#:~:text=Skillnaderna%20mellan%20Sveriges%20290%20kommuner,%C3%A4ldre%20ber%C3%A4knas%20antalet%20%C3%A4ldre%20f%C3%B6rdubblas>.

Storm, M., Simsen D., I. M., Laugaland A., K., Dyrstad Nåden, D., & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement

measures. *International Journal of Integrated Care*, 14(8), 1-15. doi: 10.5334/ijic.1194

- Svensk sjuksköterskeförening. (2022) *Kompetensbeskrivning avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning mot vård av äldre. [Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor med inriktning mot vård av äldre 2022.pdf \(swenurse.se\)](#)*
- Svensk sjuksköterskeförening. (2023). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. [Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska.pdf \(swenurse.se\)](#)*
- Sveriges kommuner och landsting. (2012). *Bättre liv för sjuka äldre. En kvalitativ uppföljning. <https://skr.se/download/18.45167e4317e2b341b24abee0/1642673155604/7164-763-4.pdf>*
- Sveriges kommuner och landsting. (2019). *SIP för äldre – satsning för att stödja gemensamt kunskapslyft. [SIP för äldre – satsning för att stödja gemensamt kunskapslyft \(uppdragpsykhalsa.se\)](#)*
- Sveriges kommuner och regioner. (2020). *Vård och omsorg i hemmet 2019 - svårigheter och framgångsfaktorer. <https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef5ed7c/1642511739182/7585-830-2.pdf>*
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>*
- Vårdanalys. (2017). *Från medel till mål - att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <https://www.vardanalys.se/rapporter/fran-medel-till-mal/>*
- Västkom och Västra Götalandsregionen. (2022). *Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland. [Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland \(vgregion.se\)](#)*
- Västra Götalandsregionen. (2023). *Programdirektiv: Program Millennium. [Program Internal Communication Plan FVM Stage 2 Implementation \(vgregion.se\)](#)*
- Västra Götalandsregionen och Västkom. (2017). *Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland. [Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017-2020 Utskriftsvänlig-3.pdf \(vgregion.se\)](#)*
- World Health Organization. (2016a). *Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. [9789241511650-eng.pdf \(who.int\)](#)*
- World Health Organization. (2016b). *Transitions of Care. Technical Series on Safer Primary Care. [9789241511599-eng.pdf;jsessionid=08FCC79EDB6223987AEFA4611AD59B0E \(who.int\)](#)*

World Health Organization. (2020). *AGEING AND HEALTH*. (Regional Office For The Western Pacific Bureau Régional Du Pacifique Occidental, 071). [RC71 - working document template \(who.int\)](#)

World Health Organization. (2021). *The 2030 Agenda for Sustainable Development and the UN Decade of Healthy Ageing 2021-2030*. [The 2030 Agenda for Sustainable Development and the UN Decade of Healthy Ageing 2021-2030 \(who.int\)](#)

Bilaga 1, Intervjuguide

Syftet är att undersöka den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Inledningsfrågor:

- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
- Vad har du för utbildning, är du specialistutbildad?
- Inom vilken typ av kommunal primärvårdsverksamhet arbetar du? Korttidsboende, särskilt/vård- och äldreboende eller ordinärt boende?
- Hur länge har du arbetat inom kommunal primärvård och i nuvarande verksamhet?
- Hur ofta arbetar du med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov där vårdövergång från slutenvård och kommunal primärvård förekommer?
 - Dagligen/nästan dagligen
 - 1-3 gånger/vecka
 - 1-3 gånger/månad
 - Mer sällan än 1 ggr/månad

Huvudfrågor:

- Vad innebär samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård för Dig?
- Kan du berätta om dina erfarenheter av samverkan vid vårdövergång för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov från slutenvård till kommunal primärvård?
- Vad anser du är viktigt för en fungerande och säker samverkan och vårdövergång?
 - På vilket sätt? Vad var orsaken?
 - Berätta om situationer, där samverkan vid vårdövergång har fungerat.
 - Berätta om situationer, där vårdövergång eventuellt har brustit i samverkan?
- Har du förslag på åtgärder som skulle kunna leda till förbättring för samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov?
- Finns det något mer Du vill tillägga när det kommer till Dina erfarenheter av samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov?

Bilaga 2, Forskningspersonsinformation



Göteborg 2023-11-14

Information till studiedeltagare

Vi vill fråga dig om du vill delta i en intervjustudie som ligger till grund för ett examensarbete på magisternivå. I det här dokumentet får du information om arbetet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för studie och varför vill ni att jag ska delta?

Vi tillfrågar dig om du vill delta i en intervju inför ett examensarbete på magisternivå då du är sjuksköterska och har mer än ett års erfarenheter av arbete i samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Det finns begränsat med forskning som undersöker sjuksköterskans erfarenhet av samverkan kring äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov vid vårdövergångar från slutenvård till kommunal primärvård. Vår förhoppning är att genom detta examensarbete få större förståelse och insikt i sjuksköterskans erfarenhet kring vårdssamverkan och hur den påverkar äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Syftet är att undersöka den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för projektet. Projektet ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning vård av äldre, 60 högskolepoäng (hp). Utbildningen drivs i samverkan mellan Göteborgs universitet, Jönköping University, Linnéuniversitetet, Högskolan Kristianstad och Högskolan Väst. Projektet har genomgått granskning av institutionens etikgrupp.

Hur går studien till?

Medarbetare verksamma inom kommunal primärvård kommer att tillfrågas om att delta i en intervju för att delge sin erfarenhet av samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Intervjuerna kommer ledas av ansvariga som kommer följa en semistrukturerad intervjuguide bestående av ett antal öppna frågor. I korthet går det ut på att samla in den kommunala

primärvårdssjuksköterskans erfarenhet av vårdssamverkan i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. Insamlad data kommer spelas in på ljudfil, dokumenteras, avidentifieras, kodas och analyseras utifrån en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet presenteras i ett examenarbete på magisternivå. Intervjun sker vid ett tillfälle och beräknas ta cirka 45–60 minuter.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

En känsla av att integriteten är hotad kan uppstå i samband med datainsamlingen. Att diskutera nuvarande arbetssätt och egna erfarenheter kan skapa en känsla av olust. Om du känner dig illa till mods så erbjuds du kontakt med studieansvarig för vidare handläggning. Din medverkan behandlas konfidentiellt och det kommer inte att gå att härleda dina svar tillbaka till dig när resultaten presenteras. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta deltagandet i intervjuerna utan att ange orsak.

Vad händer med mina uppgifter?

Ansvariga kommer att samla in och registrera information från dig.

Vi kommer inte att lämna ut några uppgifter och det som sägs under intervjun behandlas konfidentiellt. All insamlad data kommer att förvaras i låst förvar på lösenordskyddad dator och USB-minne och inga obehöriga kommer att kunna ta del av informationen. Samtlig information som inhämtas från deltagare hanteras inom ramen för EU:s dataskyddsförordning GDPR. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Efter avslutad studie kommer all insamlad data att raderas.

Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs universitet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta ansvariga för studien (se nedan). Dataskyddsombud nås på 031-786 00 00, eller via mail: dataskyddsombud@gu.se. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att lämna in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Resultatet kommer att presenteras i ett skriftligt examensarbete och offentliggöras i GUPEA, en universitetsgemensam databas för examensarbeten och eventuellt i en vetenskaplig tidskrift och presenteras för allmänheten. Individuella data kommer inte presenteras, detta för att avidentifiera insamlad data. Det är frivilligt att ta del av färdigt resultat men om det finns intresse av detta kan kontakt tas med ansvariga, kontaktuppgifter finner du i uppgifterna nedanför.

Försäkring

Du erhåller sedvanligt försäkringskydd från arbetsgivaren. I övrigt utgår ingen ersättning för deltagande i studien.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka ditt framtida yrkesutövande.

Om du vill avbryta ditt deltagande kontaktas den ansvariga för examensarbetet (se nedan).

Ansvariga för studien

Terése Johansson, 070-XXXXXXX, u-terese.johansson0007@stud.hkr.se

Tove Lantz, 070-XXXXXXX, u-tove.lantz0009@stud.hkr.se

Zahra Ebrahimi, universitetslektor, box 457 40530 Göteborg, 0766–186025,
zahra.ebrahimi@gu.se

Bilaga 3, Informationsbrev till verksamhetschef



Göteborg 2023-11-14

INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEF

Till:

Förfrågan om tillstånd att genomföra intervjuer som ska ligga till grund för examensarbetet; Den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Antalet äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov i befolkningen ökar. Få studier undersöker sjuksköterskans erfarenhet av samverkan för äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov vid vårdövergångar från slutenvård till kommunal primärvård. Det finns kunskapsluckor gällande kommunikation och samarbete mellan olika vårdaktörer. Forskning beskriver att god kommunikation och samverkan ökar patientsäkerheten och minskar onödig inläggning inom slutenvården. Vår förhoppning är att genom denna studie få större förståelse och insikt i sjuksköterskans erfarenhet av samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Syftet är att undersöka den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Studien kommer genomföras genom individuella intervjuer med sjuksköterskor som har mer än ett års erfarenhet av att arbeta med samverkan vid vårdövergång av äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov inom kommunal primärvård. Förfrågan om deltagande kommer skickas ut till enhetschefer som arbetar med sjuksköterskor inom kommunal verksamhet som i sin tur kommer fråga runt och välja ut potentiella deltagare. Data kommer samlas in genom fysiska eller digitala intervjuer som spelas in på diktafon.

Enhetschefer frågar potentiella studiedeltagare angående intresse om att delta i studie.

Information om studien kommer ges skriftlig och muntligt. Därefter får personen tid på sig att läsa igenom informationen och fundera på om hen vill delta i studien. Kontakt med deltagare kommer tas via mail för att kontrollera om deltagande fortfarande är aktuellt, eventuella frågor kan besvaras via mail eller på telefon. I samband med detta kommer samtycke inhämtas och intervju tid bokas.

I anslutning till intervju och deltagande kommer ansvarig och intervjuledare för studien muntligt informera och tillfråga potentiell deltagare om studiens syfte och om intresse för deltagande finns. Eventuella frågor kommer besvaras av ansvarig. Samtycke kommer spelas in och noggrant dokumenteras.

Allt material som presenteras kommer avidentifieras, kodas och förvaras på ett USB-minne i ett låst skåp vilket säkerställer att ingen obehörig kommer åt materialet. Allt material, bestående av ljudinspelningar, de transkriberade intervjuerna samt utskrifter av dessa, kommer att förstöras när studien avslutas och är godkänd.

För att kunna genomföra studien önskar vi att deltagande sjuksköterska får möjlighet att avsätta cirka 45–60 minuter för intervju. Vi önskar även ha tillgång till rum eller lokal för att kunna genomföra digitala eller fysiska intervjuer.

Innan studien påbörjas kommer ansökan att skickas till institutionens etikgrupp. Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning vård av äldre, 60 högskolepoäng (hp). Utbildningen drivs i samverkan mellan Göteborgs universitet, Jönköping University, Linnéuniversitetet, Högskolan Kristianstad och Högskolan Väst.

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

Med vänlig hälsning,

Terése Johansson, 070-XXXXXXX, u-terese.johansson0007@stud.hkr.se

Tove Lantz, 070-XXXXXXX, u-tove.lantz0009@stud.hkr.se

Zahra Ebrahimi, universitetslektor, box 457 40530 Göteborg, 0766–186025,
zahra.ebrahimi@gu.se

INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEF

Medgivande från verksamhetschef eller motsvarande

Den kommunala primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan vid vårdövergång från slutenvård till kommunal primärvård i arbetet med äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Er anhållan

Y Medgives

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde

Bilaga 4: Institutionens informationsbrev till enhetschef



SAHLGRENSKA AKADEMIN, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN
2023-10-31

Till berörda verksamhetschefer

Studenters examensarbete på grund- och avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på såväl grundnivå till sjuksköterska och röntgensjuksköterska som på avancerad nivå inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistsjuksköterska och barnmorska. Institutionen erbjuder också fristående kurser i genomförande av självständigt arbete på avancerad nivå. Det självständiga examensarbetet omfattar 15 respektive 30 högskolepoäng och ingår i en generell kandidat- magister- eller masterexamen i huvudområdena omvårdnad, radiografi, vårdpedagogik och reproduktiv och perinatal hälsa

Examensarbetet kan utgöras av en litteraturstudie eller en empirisk studie med datainsamling inom valt verksamhetsområde. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten, vilket ställer krav på rutiner för etisk prövning. Etikprövningslagen (EPL) gäller dock inte sådant arbete eller sådana studier som endast utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå.

Fakultetsstyrelsen för Sahlgrenska akademien har därför beslutat att fastställa rutiner för etisk prövning gällande examensarbeten på grundnivå och avancerad nivå enligt bilaga: ”Protokollsutdrag från Fakultetsstyrelsen för Sahlgrenska akademien den 29 januari 2020” med bilagd underbilaga, blankett för ”Uppdragstilldelning – tilldelning av särskilda uppdrag”. Studenter inom SU använder denna blankett. Studenter utanför SU (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) använder motsvarande blankett som erbjuds där du ska genomföra din studie för att inhämta godkännande från verksamhetschef eller motsvarande.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall först inhämta godkännande av etikgruppen vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa, som på prefektens uppdrag

genomfört etisk granskning av studentens forskningsetiska övervägande samt information till deltagare. Därefter inhämtar studenten tillstånd från verksamhetschef eller motsvarande med ovan beskrivna dokument för att kunna genomföra sitt planerade examensarbete. Studenten skall efter inhämtat tillstånd lämna den godkända informationen till deltagare, vanligen i samband med muntlig information. Deltagare som väljer att delta i examensarbetet skall ge muntligt samtycke och vara klara över att deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att deltagaren behöver förklara varför. Data förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer åt data, och förstörs/raderas när uppsatsen är godkänd.

Examensarbetet kan också ske som ett delarbete i ett pågående forskningsprojekt. I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt gäller inte ovan utan räknas som forskning och studenten skall uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar,

Etikgruppen

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, e-post:
etikgruppen@fhs.gu.se