



**Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för magisterexamen i
omvårdnad
VT 2020**

Distriktssköterskors upplevelser av samverkan med vårdcentralen, från hemsjukvårdens perspektiv En kvalitativ intervjustudie

Therése Svensson och Marielle Fridh

Handledare

Lars Axelsson

Examinator

Liselotte Jakobsson

Sektionen för hälsa och samhälle

Författare

Therése Svensson och Marielle Fridh

Titel

Distriktssköterskors upplevelser av samverkan med vårdcentralen, från hemsjukvårdens perspektiv. En kvalitativ intervjustudie.

Handledare

Lars Axelsson

Examinator

Liselotte Jakobsson

Sammanfattning

Bakgrund: Minskade antal vårdplatser tillsammans med en stigande ålder på befolkningen innebär att behovet av vård i hemmet ökar. Därför är det viktigt att samverkan fungerar mellan distriktssköterskan i hemsjukvården och vårdcentralen då primärvården är första linjens sjukvård. Samverkan kan ses som en arbetsform där olika aktörers handlingar strävar mot ett gemensamt mål och är ett komplext begrepp.

Syfte: Syftet var att undersöka distriktssköterskors upplevelser av samverkan med vårdcentralen, från hemsjukvårdens perspektiv.

Metod: En empirisk intervjustudie i södra Sverige med totalt 11 informanter och kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Samverkan mellan hemsjukvård och vårdcentral speglas av hur organisationen fungerar utifrån ansvarsfördelning, resurser och organisatoriska förändringar. Samverkan innebär relationer där förståelse, kännedom och kontinuitet i dessa relationer påverkar samverkan mellan hemsjukvården och vårdcentralen. Dialogen mellan hemsjukvården och vårdcentralen var viktig där tillgänglighet, återkoppling och möten var betydelsefulla komponenter för att samverkan skulle fungera. Samverkan kunde även gynnas av erfarenhet och kompetens från andra kollegor.

Slutsats: Att samverkan fungerar är en nödvändig del i distriktssköterskornas arbete i hemsjukvården. Förbättringsarbetet kring samverkan behöver ständigt pågå för att kvaliteten på samarbetet ska kunna upprätthållas. Studies resultat visade att samverkan brister mellan hemsjukvården och vårdcentralen och kan förbättras. Den stora utmaningen och möjligheten till förbättring kan finnas i organisationen, relationer, dialogen och kompetensen.

Ämnesord

distriktssköterska, samverkan, samarbete, vårdcentral, hemsjukvård, upplevelser

Authors

Therése Svensson and Marielle Fridh

Title

District nurses in home health care experiences of collaboration with the health center. A qualitative interview study.

Supervisor

Lars Axelsson

Examiner

Liselotte Jakobsson

Abstract

Background: Declining care places along with an increasing age of the population means that the need for care in the home is increasing. Therefore, it is important that collaboration works between the district nurse in home health care and the health care center, since primary care is the first-line healthcare. Collaboration can be seen as a working method in which the actions of different actors strive towards a common goal and is a complex concept.

Aim: The aim of the study was to investigate district nurses in the home nursing experiences of collaboration between a care center and home health care.

Method: An empirical interview study in southern Sweden with a total of 11 informants and qualitative content analysis took place in year 2019.

Result: Collaboration between home health care and care center is reflected in the result of four categories: organization, relationship, dialogue and competence. Collaboration is influenced by how the organization is working based on division of responsibilities, resources and organizational changes. The collaboration is about relationships where understanding, knowledge and continuity in these relationships are affecting the collaboration between home health care and the care center. The dialogue between home health care and the health center is important where accessibility, feedback and meetings are important components for the collaboration to work. Collaboration could also benefit from the experience and expertise of other colleagues.

Conclusion: The study reveals that there is a deficiency of collaboration and can be improved between home health care and the health center. The great challenge and opportunity for improvement can be found in the organization, relationships, dialogue and competence.

Keywords

district nurse, collaboration, co-operation, healthcare center, home health care, experiences

Innehåll

BAKGRUND	6
Samverkan	6
Teorier	7
Hälsa- och sjukvården	8
Distriktssköterska	9
SYFTE.....	9
METOD.....	10
Design.....	10
Tillvägagångssätt.....	10
Kontext	10
Urval.....	11
Datainsamling.....	11
Analysmetod.....	11
Etiska överväganden och undersökningens betydelse.....	12
Förförståelse	13
RESULTAT.....	14
Organisation	14
Upplevelse av ansvarsfördelning.....	14
Upplevelser av organisatoriska förändringar.....	16
Upplevelse av resursbrist.....	17
Relationer	18
Upplevelse av kontinuitet och kännedom	18

Upplevelse av förståelse	19
Dialog	21
Upplevelse av tillgänglighet och återkoppling	21
Upplevelse av möten	24
Kompetens	25
Erfarenhet kan gynna samverkan	25
Upplevelse av andras kompetens.....	25
DISKUSSION	26
Metoddiskussion.....	26
Resultatdiskussion	27
REFERENSER	35

Bilaga 1 Intervjuguide

BAKGRUND

Samhället ställs inför stora utmaningar när människor lever längre vars omsorgsbehov ökar med stigande ålder. Patienter med komplexa vårdbehov sköts ofta i hemmet av kommunen. Det ställer högre krav på en fungerande primärvård som i samverkan med kommunen ska bedriva hälso- och sjukvård med fokus på patientens behov. Kravet på hemsjukvården har ökat i samma takt som patienter snabbare blir utskrivna från slutenvården (Socialstyrelsen, 2019). Behovet av insatser från distriktssköterskan ökar för patienterna har ofta kvarstående behov av omvårdnad, rehabilitering och behandling när de skrivs ut från slutenvården (Socialstyrelsen, 2000). När en patient är utskrivningsklar från slutenvården ska utskrivning ske snarast enligt *lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården hälso- och sjukvård* (SFS 2017:612). Efter införandet av lagen om samverkan (LOS) vårdas patienter färre dagar i slutenvården än innan lagen trädde i kraft (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018). I vårdcentralernas uppdrag ingår det att samverka med andra vårdgivare för att samarbeta kring patientens vård och behandling (Socialstyrelsen, 2016).

Samverkan

Samverkan har beskrivits som en arbetsform där olika aktörers handlingar strävar mot ett gemensamt mål (Danermark & Kullberg, 1999). Samverkan är ett komplext begrepp där skillnaden mellan samverkan, samordning och samarbete försökts förklaras av många olika författare (Leutz, 1999; Axelsson & Axelsson, 2006). Förslag på definition av samverkan från Storstadsutredningens betänkanden:

Samverkan är det som kan ske och sker mellan myndigheter, organisationer och förvaltningar på organisationsnivå, men även mellan enskilda individer och myndigheter, organisationer och förvaltningar (Storstadskommittén, 1995 s 31)

Sullivan och Skelcher (2002) beskriver samverkan och att det finns inslag av förhandling och kompromiss även fast aktörerna har ett gemensamt positivt mål vid samverkan:

“Collaboration is now central to the way in which public policy is made, managed and delivered throughout the world. It is a way of working with others where there is shared interest in positive outcomes (Sullivan & Skelcher, 2002 s 1).

Sandberg och Kristensson (2017) diskuterar begreppet fragmentering och menar att helhetssynen över patienten försvinner när professionalisering delas upp och varje aktör arbetar var för sig. Vidare menar de att arbetsmodeller som utgår från helheten med bättre samordning och samverkan, kan minska fragmentering (Sandberg & Kristensson, 2017). Enligt Danermark och Kullberg (1999) är det gynnsamt för samverkan att det finns en gemensam utgångspunkt och referensramar. Faktorer som kan inverka negativt på samverkan är personkemi, maktstrukturer, ekonomiska intressen, skillnader i kunskapsmönster och oklara målsättningar. Samverkan ska fungera i en komplex verklighet där olika aktörer och många faktorer samspelar för att ett behov ska tillgodoses (Danermark & Kullberg, 1999).

Teorier

Systemteorin bygger på ett samspel mellan delar eller system som är beroende av varandra för att kunna uppnå samma mål. Ur ett systemteoretiskt perspektiv är det viktigt att ha kunskap om delarna för att kunna förstå helheten. Ett system ses som föränderliga och påverkbara, de måste kunna anpassa sig till sin omgivning för att kunna utvecklas och anpassas. System bör vara öppna och transparenta vilket anses göra att systemen kan agera och ta initiativ hellre än att reagera. Att delarna ser sig själva i ett större sammanhang och som en helhet görs genom anpassningar, att vara flexibla och i samverkan med varandra. Det är först när alla parter tänker på helheten som möjligheten att åstadkomma förändringar och nå resultat blir möjligt (Öquist, 2018).

Antonovskys teori känsla av sammanhang, KASAM, grundar sig på en samverkan av det som främjar hälsa. KASAM består av tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Komponenten som har störst inverkan på en persons känsla av sammanhang är meningsfullhet och har en stark känslomässig grund. Meningsfullhet handlar om motivation och när en människa ställs inför en uppgift kan den kännas mer eller mindre meningsfull. Begriplighet handlar om i vilken grad människan upplever information och intryck som förståeliga, strukturerade och förutsägbara. Människan har en stabil förmåga att bedöma och förstå verkligheten. Begriplighet har ett mått av kontroll och är en förutsättning för nästa komponent hanterbarhet. Hanterbarhet innebär att människan har de resurser som behövs för att agera utifrån de krav som ställs. Resurserna kan både vara egna och tillgång på resurser hos omgivningen, det handlar om förmågan att styra över sitt eget liv. Hanterbarhet är starkt kopplat till nivån av upplevd stress. En högre nivå av KASAM gör att utmaningar lättare kan hanteras och det skapas utrymme för välmående och hälsa (Antonovsky, 2005).

Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården i Sverige är organiserad efter systemteori. Sveriges kommuner och landsting lyder under hälso- och sjukvårdslagen. Ansvariga huvudmän för hälso- och sjukvård kan vara en statlig myndighet, kommun, landsting, enskild näringsidkare eller juridisk person. Lagen skiljer på öppenvård och slutenvård. All vård som den enskilde erhåller inskriven på vårdinrättning är slutenvård och all vård utanför slutenvård är öppenvård. Både kommun och landsting är ålagda enligt lag att samverka vid utveckling, organisering och planläggning av hälso- och sjukvården. Vidare sker samverkan mellan slutenvård och öppenvård för att säkerställa god vård och behandling. När en patient har behov av insatser från mer än en vårdgivare upprättas en samordnad individuell plan (SIP) där samtliga aktörer ska samverka för en gemensam plan (*Hälso- och sjukvårdslag* [HSL], SFS 2017:30).

Redan på 1970-talet fanns en strävan mot förbättrad samverkan mellan primärvården och kommunens verksamheter. Enligt primärvårdsutredningen skulle primärvården verka utifrån följande ledord: helhetssyn, samverkan, tillgänglighet, kvalitet och

kontinuitet (Medicinalansvarskommittén, 1977). Primärvården är grunden i hälso- och sjukvårdssystemet och beskrivs som första linjens sjukvård. Personcentrerad vård ges av primärvården med hälsoinriktning, erbjuder vård till alla förutom de mest ovanliga tillstånden och är den del av vårdssystemet som integrerar och samordnar vård med andra (Smith, 2001).

Utanför sjukhuset bedrivs hälso- och sjukvård i hemmet och innefattar särskilt boende eller ordinärt boende. Hemsjukvård kan ske utifrån tre olika organisationer: när kommun eller landsting är vårdgivare benämns det som *primärvårdsansluten hemsjukvård* och kan innebära både lättare vård till vård i livets slut. Vården kan även vara *specialiserad hemsjukvård* och innefatta *somatisk hemsjukvård* och *psykiatrisk hemsjukvård* och är ansluten till sjukhuset men sker i hemmet. Ansvar är uppdelat mellan kommun och landsting vilket styrs politiskt där strukturering och fördelning av resurser kan se olika ut (Josefsson & Ljung, 2017).

Distriktssköterska

Distriktssköterskan arbetar med samverkan genom att samordna vården runt patienten (Riksföreningen för Distriktssköterskor, Familjemedicinska institutet, FAMMI, Vårdförbundet, 2008). Distriktssköterskan kan fungera som patientens företrädare i vården och kan genom hembesök tillgodose omvårdnadsbehov där möjlighet för ett förtroendefullt förhållande kan skapas (Nygren-Zotterman, Skär, Olsson & Söderberg, 2014). För att uppleva meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet i sin profession är en god samverkan med andra professioner en förutsättning. I en studie av Josefsson och Peltonen (2015) fann de att det fanns behov av förbättringar och verktyg för att distriktssköterskan i hemsjukvården skulle kunna genomföra sitt arbete. De belyser att samarbete mellan hemsjukvård, primärsjukvård och slutenvård behöver förbättras (Josefsson & Peltonen, 2015).

SYFTE

Syftet var att undersöka distriktssköterskors i hemsjukvården upplevelser av samverkan mellan vårdcentral och hemsjukvård

METOD

Design

För att få informanternas upplevelse beskrivna utifrån sina perspektiv genomfördes en kvalitativ intervjustudie (Danielson, 2017). Analys av intervjumaterialet skedde med induktiv ansats (Priebe & Landström, 2017). Med kvalitativ innehållsanalys kunde en djupare förståelse skapas (Graneheim & Lundman, 2004).

Tillvägagångssätt

För att få informanter till studien kontaktades chefer för hemsjukvård i södra Sverige. För att tydliggöra innebörden och syftet med studien skickades information om studien skriftligt med brev till chefer. Efter skriftligt godkännande från informanternas chefer kontaktades varje aktuell informant för att ge muntlig och skriftlig information om studien. Intervjuerna spelades in digitalt efter samtycke från informanterna och inspelat material hölls inlåst för obehöriga (Kjellström, 2017).

Kontext

Studien pågick mellan vårterminen 2019 och vårterminen 2020. Geografiskt genomfördes studien i södra Sverige på mindre orter och städer. Informanterna bestod av distriktssköterskor i hemsjukvården från kommunen. Intervjun genomfördes där informanterna och författarna till studien gemensamt ansåg lämpligt. Hänsyn till plats och omständigheter skedde för att behålla fokus på intervjun (Danielson, 2017). I de hemsjukvårdsområde som ingick i studien arbetade distriktssköterskor dygnets alla timmar. På dagtid fanns det en omvårdnadsansvarig distriktssköterska på varje område och på kväll/natt fanns det mindre antal distriktssköterskor som täckte planerade insatser och akuta behov som uppkom. Distriktssköterskorna tog kontakt med vårdcentralen på dagtid gällande patienterna och på jourtid vände de sig till jourcentralen. Läkarbilen fanns sedan år 2019 på dagtid, måndag till fredag och hade tagit över patienterna i hemsjukvården i några av kommunerna som ingick i studien.

Urval

Informanterna valdes utifrån ändamålsenligt urval och därför tillfrågades distriktssköterskor i hemsjukvården (Danielson, 2017). Fyra kommuner tillfrågades varav tre kommuner valde att ingå i studien. Chefen för verksamheten vidarebefordrade förfrågan till utvalda anställda om att delta i studien. Nio distriktssköterskor valde att delta, verksamheternas chefer hade inte fler distriktssköterskor tillgängliga. En distriktssköterska valde att inte delta på grund av personliga skäl, innan intervjun hade inletts. Urvalet utökades till att inkludera sjuksköterskor som arbetade som distriktssköterskor i hemsjukvården. Genom att utöka urvalet rekryterades en sjuksköterska till. När författarna till studien befann sig i hemsjukvården för att genomföra intervjuer tillkom två informanter som tidigare inte hade blivit tillfrågade om att delta i studien, de var sjuksköterskor. I arbetet har författarna valt att benämna sjuksköterskor som distriktssköterskor för att de arbetar som distriktssköterskor. De totalt 11 distriktssköterskorna som deltog var samtliga kvinnor mellan 30-64 år och hade mellan 7-44 års erfarenhet inom yrket.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde med hjälp av en intervjuguide uppbyggd av semistrukturerade frågor (bilaga 1). Om någon underliggande fråga redan besvarats tidigare i intervjun fortsatte intervjuaren till nästa fråga för att behålla en bra dialog. Två pilotintervjuer genomfördes för att prova intervjuguidens kvalitet och användbarhet. Brister i intervjuguiden identifierades och gjorde att författarna ändrade intervjuguiden. De två pilotintervjuerna exkluderades. Intervjuerna inleddes med att informera gällande frivilligt deltagande och att informanterna när som helst kunde avbryta intervjun utan att behöva nämna orsak. Samtalen spelades in med bandspelare efter att informanten tillfrågats om tillstånd (Danielson, 2017). Intervjuerna tog mellan 15-60 minuter.

Analysmetod

För att besvara syftet valdes en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim och Lundman, 2004). Det insamlade intervjumaterialet transkriberades till text som utgav

analysenheten. Texterna lästes av författarna till studien upprepade gånger för att få en övergripande helhet och klarhet. En tabell användes för att få en strukturell överblick av det som skulle analyseras. De delar av texten som svarade mot syftet (upplevelsen) blev meningsenheter och placerades i kolumnen för meningsenheter. Vidare kondenserades meningsenheter till en avskalad lättläst kärna som därefter kunde kodas. Innehållet fick genom kodningen en etikett som berättade om innehållet. Från kodernas innehåll identifierades underkategorier som i det större perspektivet under analyseringen tillät att kategorier bildades (Graneheim & Lundman, 2004).

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Huvudkategori
Jag är inte säker på att vårdcentralen förstått sin egen roll i det här (LOS). Kanske de (vårdcentralen) börjat nu men i början hängde de (vårdcentralen) ju inte med. Egentligen har det ju alltid varit de (vårdcentralen) som haft ansvar...	Oklart om vårdcentralen förstått sin roll i LOS, kanske har de börjat nu men i början hängde de inte med. Egentligen har det ju alltid varit vårdcentralen som haft ansvaret.	Förändring	Upplevelser av organisatoriska förändringar	Organisation

Figur 1. Exempel på analysprocessen.

Etiska överväganden och undersökningens betydelse

För att skydda den enskilde följdes lagar och principer om forskningsetik, de respekterades och applicerades i studien. Författarna till studien tog hänsyn till Belmonterapportens tre etiska principer. Författarna till studien kom fram till att nyttan övervägde riskerna enligt *göra-gott-principen* (Kjellström, 2017).

Den andra etiska principen, *rättvisep principen* applicerades genom att distriktssköterskor tillfrågades att ingå i studien som syftet ämnade undersöka och att deltagandet var frivilligt. Med hänsyn till *rättvisep principen* hade informanterna rätt att avbryta deltagande i studien när som helst utan anledning och de kunde uppleva det gynnsamt att delta i studien genom att få sin röst hörd. Citat från samtliga informanter finns representerade i resultatet. Informanterna får tillgång till studien på Högskolan Kristianstad öppna publikationsarkiv DIVA. Den tredje etiska principen, *respekt för*

personen visades av författarna till studien genom att informerat samtycke fanns med i informationsbrevet och efter betänketid inhämtades samtycke innan intervjuerna påbörjades. Dataskyddsförordningen, GDPR respekterades i studien genom att författarna till studien bevarade intervjumaterialet inlåst och att insamlad data kodades i analysprocessen för att inte kunna härledas till enskild informant (Kjellström, 2017). För att minska risken för att intervjun skulle orsaka skada konstruerades intervjufrågorna på ett öppet och övergripande sätt (bilaga 1). Författarna till studien var kvar en stund efter avslutad intervju om informanterna behövde prata om känslor eller upplevelse som framkom under intervjun. Informanterna fick kontaktuppgifter till författarna till studien via informationsbrevet om de hade tankar och frågor efter avslutad intervju. En risk som identifierades var om författarna till studien och informanterna kände varandra kunde det påverka resultatet. Risken med att informant och författare kände varandra var att informanterna berättade svar de trodde att författarna till studien ville höra istället för att säga det de verkligen kände, det hade lett till ett resultat som inte varit tillförlitligt (Kjellström, 2017).

Den nya kunskap som studiens resultat givit författarna till studien har ökat deras förståelse för hur distriktssköterskor upplever samverkan med vårdcentralen. Andra yrkesprofessioner kan också ha nytta av resultatet för att få en ökad förståelse för distriktssköterskans upplevelse av samverkan. Samhället kan gynnas av kunskapen som studien kan inbringa, med förhoppning om att förbättrad samverkan leder till tryggare och säkrare vård för alla i samhället. Studien kan även komma att ligga till grund för förbättringsarbete (Kjellström, 2017).

Förförståelse

Förförståelse kan underlätta men även hindra utveckling av ny förståelse och det är därför viktigt att reflektera över sin förförståelse. Vid forskning på välkänt område kan förförståelsen öka insikten om det som framkommer men även försvåra möjligheten att vidga sitt synsätt (Rosberg, 2012). Inför den kvalitativa studien reflekterade författarna över sina kunskaper och erfarenheter om det ämne som skulle studeras och undersökas (Priebe & Landström, 2017). Förförståelsen författarna hade var att samverkan finns med i många resonemang som begrepp men är svårt att hantera i praktiken.

Förförståelsen författarna hade var att samverkan hade brister, för att vårdcentralen inte prioriterar hemsjukvårdens ärenden och hemsjukvården får inte svar när de behöver. Genom att författarna reflekterade över sina kunskaper och erfarenheter ökades medvetenheten om förförståelsen och dess betydelse i processen. Författarna diskuterade och reflekterade kring förförståelserna regelbundet med varandra under studiens gång. Båda författarna till studien hade arbetserfarenhet från hemsjukvård och en av författarna till studien hade arbetat på vårdcentral.

RESULTAT

Analysen av det insamlade materialet från intervjuerna resulterade i fyra huvudkategorier och nio subkategorier, som beskriver distriktssköterskans upplevelse av samverkan mellan hemsjukvård och vårdcentral. Vid nästan alla intervjuer svarade distriktssköterskorna samarbete trots att frågorna handlade om samverkan. Studiens resultat presenteras i fyra kategorier; *Organisation, Relation, Dialog och Kompetens*. Under samtliga kategorier presenteras olika subkategorier med text och citat från intervjuerna.

Kategorier	Organisation	Relationer	Dialog	Kompetens
Subkategorier	Upplevelse av ansvarsfördelning	Upplevelse av kontinuitet och kännedom	Upplevelse av tillgänglighet och återkoppling	Erfarenhet kan gynna samverkan
	Upplevelse av organisatorisk förändring	Upplevelse av förståelse	Upplevelse av möten	Upplevelse av andras kompetens
	Upplevelse av resursbrist			

Figur 2. Resultatsammanställning över kategorier och subkategorier.

Organisation

Upplevelse av ansvarsfördelning

I resultatet framkom att distriktssköterskorna upplevde att ansvarsfördelningen mellan vårdcentralen och hemsjukvården fungerar otillfredsställande. Samverkan fungerade

som sämst när vårdcentralen inte är med i planeringen kring patienten och samverkan är något som måste fungera. Innan lagen om samverkan (LOS) trädde i kraft tog hemsjukvården oftast ansvaret för fler patienter än de skulle ha gjort om vårdcentralen tagit sitt ansvar. Vårdcentralen och hemsjukvården tolkade ansvarsfördelningen olika.

”...alla skall ta sin del enligt lag (LOS), alla skall veta, vad är min roll, vad skall jag göra, vad innebär det när en patient skrivs ut och det är det jag menar. Vårdcentralen skall inte tro att alla patienter blir hemsjukvårdspatienter. Alla patienter skall inte hamna i hemsjukvården utan utifrån behovet...sen måste vi utarbeta ett system som fungerar mellan oss så att inte patienten hamnar mellan stolarna...” (ip 1)

Distriktssköterskorna uttryckte att utbildningen om lagen om samverkan (LOS) säger en sak men att lagen inte appliceras i verkligheten. Vårdcentralen kan skriva fast vårdkontakt med det är ingen som vet vad det står för och det behöver förbättras. Hemsjukvården upplevde att de tagit ett stort ansvar för att vårdcentralen inte ser i Prator vilka patienter som behöver hemsjukvård när patienterna skrivs ut från sjukhuset. Samtidigt underlättade Prator när ansvaret skulle fördelas mellan parterna.

”...det ser jag att man behöver jobba på själva vårdcentralens, synen att se på sitt ansvar.” (ip 11)

Upplevelser av otillräcklighet och negativa känslor beskrevs när samverkan inte fungerade. Samverkan fungerade bra när de har en samordnad individuell planering (SIP) med vårdcentralen när det gäller patienter, där de kommer fram till vem som ska ansvara för vad. De patienterna som inte behöver SIP hamnar mitt emellan och behöver uppmärksammas mer av vårdcentralen. De upplevde att om de har en SIP innan patienten skrivs ut från sjukhuset så fungerar samverkan bra.

”...vad lagen liksom har inneburit för mig alltså det är ju mer att man måste samarbeta (skratt) mer med vårdcentralerna och att dem måste ta sitt ansvar mer enligt den här lagen för annars har ju vi liksom skött allting...” (ip 9)

Upplevelser av att samarbetet med vårdcentralen anpassades till vilken patient det är och de flesta patienter hamnar i hemsjukvården ändå när vårdcentralen bedömer vem som ska ha ansvaret för patienten. När det finns det en sjuksköterska på vårdcentralen som tar mer ansvar för de patienter som skrivs ut från sjukhuset fungerar samverkan bättre och ju mer parterna diskuterar patienten med varandra blir ansvarsfördelningen tydligare. Det saknades engagemang från vårdcentralens när det gäller multisjuka patienter i hemmet, de ska följas upp i rimlig tid och vårdcentralen behöver planera ansvarsfördelningen för patienten i hemmet. Det beskrevs att LOS inte har förändrat samverkan, samtidigt som det har blivit mer tydligt vem som har ansvar för vad. Samverkan upplevdes som något som pågår hela tiden när hemsjukvården initierade SIP och vårdcentralen kallar till SIP.

”Om alla gör sin del och det fungerar på varje ställe så fungerar det men brister det någonstans så blir det pannkaka.” (ip 6)

Upplevelser av organisatoriska förändringar

Innan lagen om samverkan (LOS) infördes upplevde distriktssköterskorna att samverkan med vårdcentralen inte fungerade. De beskrev att vårdcentralerna inte var inkopplade i samarbetet trots att det var vårdcentralerna som hade huvudansvaret för patienterna egentligen och de upplevde att efter införandet av LOS är vårdcentralerna mer tvingade att vara med. Det har tagit tid att nå dit vårdcentralen och hemsjukvården är idag efter införandet av LOS, vårdcentralen har hittat sin roll men att det har kommit efter hand.

”... jag tycker att i början var det lite svårt att få med sig vårdcentralen. För det kändes som att dem (vårdcentralen) tyckte inte dem riktigt hade med detta att göra. Men det kan ju ha varit så att det brustit i informationen för de blev ju också lite inslängda i det här... Men sen efter hand tycker jag att det har vuxit fram...” (ip 4)

Distriktssköterskorna berättade att de inte har märkt någon förändring sedan införandet av LOS men samtidigt så beskrev de en förändring från vårdcentralens sida att de nu ser i Prator att vårdcentralen identifierar patienter som behöver hjälp. De gjorde fler samordnade individuella planeringar (SIP) nu efter införandet av LOS och det hade förbättrat samverkan genom att de kunde ringa till vårdcentralen och avsluta hemsjukvårdspatienter utan att behöva skicka remiss. De upplevde samtidigt att det hade varit bra med förberedelser innan LOS infördes. Samarbetet är bättre när vårdcentralen nu är med i planeringen kring patienten från början.

” LOS-lagen visste dem (vårdcentralen) ju att den skulle komma, skulle man börjat arbetet förra våren, alltså inte våras utan förra våren, för att vara förberedd då hade man varit inarbetad när lagen kom... nu har vi...hållit på här ett tag och nu så först börjar det liksom falla på plats...” (ip 10)

Distriktssköterskorna beskrev hur framtida organisatoriska förändringar hade kunnat se ut genom att organisera arbetet annorlunda och arbeta mer förebyggande med patienter som skrivs ut från sjukhuset för att undvika att patienterna blir återinlagda igen.

”Det stora arbetet ska ju egentligen ligga inom hälsofrämjande arbete och primärvård, framförallt så hade många i slutenvården sluppit vara där om primärvården hade varit mer effektiva eller snabba att upptäcka saker...Det är ju mest fokus på de mest akuta sakerna och man hade ju önskat en bättre samverkan när det gäller ”småsakerna” att man jobbar mer hälsofrämjande...” (ip 11)

Upplevelse av resursbrist

Distriktssköterskorna beskrev upplevelser av resursbrist på vårdcentralerna där de upplevde svårigheter i samverkan på grund av läkarbrist på vårdcentralen. De upplevde att bristen leder till att patienter inte följs upp efter utskrivning från sjukhuset, patienterna blir hängandes i luften. De beskrev att hemsjukvården tar hand om många

olika sorters patienter som gör att det kräver bra uppföljning och att det måste satsas resurser på primärvården för att det ska fungera. Vårdcentralen måste få mer resurser för att de ska kunna följa lagen om samverkan (LOS). Samverkan haltade på sommaren men när all personal var tillbaka från semestern så fungerade samverkan igen.

”Det är svårt att få till det här riktiga bra samarbetet...det är fortfarande att du sköter ditt så sköter jag mitt och jag kan tänka mig att det beror på stressen och underbemanning i vården och man har helt enkelt inte tid att lösa titta på helheten utan man löser det enskilda problemet som syns där och då. Lite som att släcka bränder. Man har ju sett en del fall där folk faller mellan stolarna just för att man inte har den här samverkan mellan parterna...” (ip 11)

Relationer

Upplevelse av kontinuitet och kännedom

Resultatet visade upplevelser av kontinuitet och personkännedom i samverkan mellan hemsjukvården och vårdcentralen. Det som var mest framträdande är upplevelsen av läkarkontinuitet både i aspekten för patienter och för distriktssköterskor. Upplevelsen av personkännedom framstod betydelsefullt både i relationen mellan patient och läkare men även i samverkan mellan olika samverkanspartners på vårdcentralen.

Distriktssköterskorna upplevde de måste få stöd av läkaren på vårdcentralen och att det är en fördel med personkännedom. De nya läkarna sätter igång en stor apparat när de ber dem om hjälp för läkarna känner inte patienten. De upplevde att varken de eller patienterna får tillgång till en fast läkare på vårdcentralen utan de får träffa olika varje vecka och att det inte fungerar. Hemsjukvården upplevde arbetet som tungrovt när läkaren på vårdcentralen vill att de ska skicka in patienter till sjukhus för att läkaren inte har träffat och inte känner patienten.

”...sen är det många hyrläkare (på vårdcentralen) och dem har fullt upp med vårdcentralsjobbet och det är inte lätt att bli inslängd i ett fall dem inte har en aning om.” (ip 5)

Distriktssköterskorna var överens om att samverkan kan bli bättre och de vill förbättra samverkan genom kontinuitet av läkare på vårdcentralen som är insatt i situationen, så att de slipper ta allting från början. När de är ont om läkare på vårdcentralen blir kontinuiteten försämrad. Samverkan upplevdes svårare på jourtid när läkarna inte känner distriktssköterskorna eller patienterna. De upplevde att hemsjukvården och vårdcentralen är i olika världar, att de inte känner varandra även om de har samma patienter. Det är en fördel i en liten kommun där många känner varandra och känner de varandra har de enklare att bedöma det den personen säger. De upplevde att det nästan alltid blir bra med uppföljning och kontinuitet när patienten träffar samma läkare eller sjuksköterska på vårdcentralen.

”... att det var mer...kontinuitet för patienterna hade ju varit jättebra...men det är olika (läkare) hela tiden...men de är väl inte nåt som regeringen lär satsa på direkt, de ska nog snarare skära ner (skratt)...” (ip 9)

Upplevelse av förståelse

I resultatet framkom upplevelser av att förståelsen för varandras arbete saknas och att det kan påverka samverkan mellan hemsjukvården och vårdcentralen.

Distriktssköterskorna upplevde att samverkan försvåras av parternas oförståelse för varandras arbete och det försvåras även av att de sitter på olika ställen. De beskrev en önskan om att de ska se varandra som partners och de beskrev att hemsjukvården skulle kunna vara en större del av patientens vård inne på vårdcentralen. När vårdcentralen är mer involverade i planeringen runt patienten kanske de kan förstå hemsjukvården lite bättre och att förståelsen ökar när de får prata med någon på vårdcentralen som har samma yrkeskategori, för de förstår lättare distriktssköterskans situation. Samverkan

kan förbättras om de gör någonting mer gemensamt ibland tillsammans med vårdcentralen.

Distriktssköterskorna upplevde att vårdcentralen och hemsjukvården måste vara lite mer ödmjuka för gränsdragningar och att samverkan innebär att hjälpa varandra utan något bråk. De upplevde att de ömsesidigt måste förstå och respektera varandras arbete. Att ha förståelse för varandra kunde också beskrivas genom att det kan vara svårt för vårdcentralen att göra bedömningar i telefon. Hemsjukvården åker då ut och gör en bedömning och de hjälper varandra. Samtidigt upplevde hemsjukvården att de pratar mycket samverkan men att varken hemsjukvården eller vårdcentralen lever upp till det. De upplevde att ökad förståelse hade kunnat innebära att vårdcentralen hade åtgärdat hemsjukvårdens förfrågningar mycket snabbare och med mindre tjafs.

”Jag hade egentligen velat att man hade alltså från primärvården liksom att man hade kanske gett sig ut lite mera för att få en ökad förståelse vad vi jobbar med idag. Jag tror att det hade ju hjälpt eller jag tror att det hade nog kanske just det där ökad förståelse för vad vi jobbar med och sen att man hade fått en bättre kommunikation med varandra...” (ip 7)

Distriktssköterskorna upplevde att samverkan fungerar bra rent sjukvårdsmässigt och att det var länge sedan de inte kom överens. De upplevde att det finns någon sorts barriär mellan vårdcentralen och hemsjukvården. När de inte kommer överens och när de inte delar samma åsikt med varandra, hamnar patienten i kläm mellan stolarna. När patienter har varit hos läkare på vårdcentralen så är det inte alltid som läkaren förstår vad distriktssköterskorna menar eller tycker att de ska göra, vissa läkare lyssnar mer än andra. Även när de försöker förklara vad de menar med läkarbesöket är det inte alltid lätt. De tycker det är jobbigt med hyrläkare som inte bryr sig så mycket.

”... de (vårdcentralen) gör inte det så då kan inte vi (hemsjukvården) göra det vi ska...vi hinner inte det, dem förstår inte. Det är ju ändå någon sorts barriär där

emellan, det har blivit bättre, det märker man, särskilt på de ställen, arbetsställen som har jobbat mycket med det att de har en vilja att det iallafall ska bli bra...” (ip 11)

Distriktssköterskorna upplevde att det optimala samarbetet är när alla bidrar på sitt område. De beskrev att när de ringer till läkaren vill de bemötas med respekt, de vill bli betrodda och de önskar att de suddar ut hierarkin. De upplevde att de tappar känslan de får när de pratar med en kollega i luren när de bara ska kommunicera via IT-system där allt inte går att utläsa, de saknar dialogen mycket i lagen om samverkan (LOS).

Distriktssköterskorna upplevde att utbildning behövs för att både vårdcentralen och hemsjukvården ska få den här förståelsen för varandra.

”... sen kan man alltid förbättra...jag tror nog ändå på det här med förståelse för varandras situation...men det är inte lätt, sitter man där borta (på vårdcentralen) och vi här och vi har helt annat jobb så är det lätt att skjuta över både på den ena än det andra hållet. Att tycka: Nej men det är deras bekymmer, det där skall inte vi ta tag i. ”
(ip 2)

Dialog

Upplevelse av tillgänglighet och återkoppling

Distriktssköterskorna i studien beskrev upplevelser av tillgänglighet och återkoppling i samverkan mellan hemsjukvården och vårdcentralen. De beskrev upplevelser av tillgänglig läkare och när det saknas kan arbetet bli tungrott. Där det finns bra tillgänglighet och snabb återkoppling, där fungerar samverkan.

Distriktssköterskorna i hemsjukvården upplevde att det är svårt att få kontakt med vårdcentralen när de behöver det, därför upplevde de att samverkan inte fungerar. Det betyder mycket för hemsjukvården att kunna få kontakt med vårdcentralen. De upplevde att det är svårt att utföra sitt jobb om inte samverkan med vårdcentralen

fungerar. De beskrev att samverkan är att kunna få hjälp av läkare på vårdcentralen eftersom det inte finns läkare i hemsjukvården, de måste ha den backupen. De vill förbättra samverkan genom att ha en läkare på vårdcentralen som de kan gå till direkt och att de har rond någon gång i veckan för mindre brådslande ärenden på en avsatt tid. De beskrev att om hemsjukvården i framtiden ska byggas ut och patienterna är sämre då behöver antalet läkare också öka. De upplevde samtidigt att det hade varit bra om kommunen haft sina egna läkare

Distriktssköterskorna i studien upplevde att det är svårt att få till hembesök hos patienten av en läkare. De upplevde att det inte finns någon tid från vårdcentralens sida och att läkarna har svårt att frigöra tid och vara tillgängliga för hemsjukvårdens patienter i hemmet. Arbetssättet har förändrats och patienterna är betydligt sämre nu än för 10 år sedan. De upplevde att det har förändrat hemsjukvårdens arbete mycket och att de är mer beroende av kontakten med vårdcentralen nu än de varit tidigare. De konstaterade att läkaren på vårdcentralen måste hjälpa till så att hemsjukvården slipper skicka in gamla människor till sjukhuset och de behöver kunna ringa vårdcentralen för råd. Distriktssköterskorna kände sig utsatta när de är hos en patient och inte får tag på vårdcentralen.

”och då de (vårdcentralen) inte är tillgängliga och ofta när det är akuta saker då är dem inte tillgängliga, de kan inte göra akuta hembesök. Om en patient blir akut dålig då fungerar det inte heller så bra. Hade de varit lite mer flexibla och inte så många stängda dörrar hade det kunnat bli bättre och det blir det kanske.” (ip 3)

Distriktssköterskorna upplevde att samverkan fungerar som bäst när de har ett telefonnummer som de kan ringa direkt till sjuksköterska eller läkare på vårdcentralen och att det är betydelsefullt för hemsjukvården att få snabba svar. När distriktssköterskorna ringer och behöver hjälp av en läkare då behöver de ofta akut hjälp. De beskrev samtidigt att de förstod att det inte finns direktnummer till läkarna på vårdcentralen, det är högt tryck på vårdcentralen och de upplever att det är svårt för läkaren att hinna med.

”I en drömvärld så hade det funkat bra också om vi (hemsjukvården) hade fått kontakt med dom (vårdcentralen) för nu när vi ringer dit så är det receptionen som svarar och lämnar ett meddelande dom ska ringa upp och då ringer dom upp när vi är på hembesök så kan vi inte svara. Så kanske en avsatt tid och en öppen telefonlinje.” (ip 8)

Distriktssköterskorna upplevde att återkoppling saknas och de saknar återkopplingen efter att medicinändringar har gjorts på vårdcentralen. De tycker att det är viktigt att få information om vad vårdcentralen har gjort med patienten efter ett besök och beskrev att vårdcentralen ofta är snabba med att sätta in åtgärder men att de inte återkopplar om åtgärderna. Vid kommunikation via mail upplevde distriktssköterskorna att det alltid är hemsjukvården som mailar vårdcentralen och sällan tvärtom. De upplevde att samverkan försvåras när de inte har samma journalsystem och inte kan se varandras anteckningar. De berättade att IT-system finns på arbetsplatsen och att det ger förutsättningar för samverkan mellan hemsjukvården och vårdcentralen. Samverkan fungerar bättre om läkaren har tid att återkoppla och diskutera patienten. De upplevde en frustration över att behöva invänta svar och de får lägga ner mycket tid på att jaga rätt person på vårdcentralen.

” ...om det fungerar väl vårt samarbete då flyter det på och det betyder väldigt mycket...om det fungerar bra...då frigör det mera tid åt patienterna...” (ip 7)

Distriktssköterskorna upplevde att de saknar återkoppling från vårdcentralen för att få reda på vad de på vårdcentralen tänker och planerar när patienter skrivs ut från slutenvården. De önskar att de är mer aktiva i patientärenden och bättre på att ge feedback till hemsjukvården. De berättade att vårdcentralen är ganska snabba på att besvara frågor i kommunikationssystemet Prator, när det gäller patienter som ska skrivas ut från slutenvården och de får ofta till bra utskrivningar från slutenvården. De beskrev Prator som ett verktyg som gör det möjligt att kommunicera med vårdcentralen.

Upplevelse av möten

I studien beskrev distriktssköterskorna en önskan om att ha fler möten med vårdcentralen för att samverkan skulle bli bättre. De upplevde att det hade varit önskvärt att vårdcentralen och hemsjukvården hade haft bättre samverkan kring gemensamma patienter, bättre kommunikation och möten med vårdcentralen. De berättade att vårdcentralen inte är så engagerad i patienterna på samma sätt som de är i hemsjukvården. De upplevde att det vore bra om vårdcentralen och hemsjukvården kunde träffas så att de lärde känna varandra, att ha flera möten tillsammans och inte bara att det var cheferna som deltog. I en drömvärld hade de i hemsjukvården velat sitta tillsammans med vårdcentralen för att kunna ha mer naturliga möten. Hemsjukvården vill ha samverkan med vårdcentralen genom regelbundna träffar för att stämma av där det inte får gå för långt mellan gångerna.

”vi vill ju ha samverkan med primärvården som är sköterska att vi träffar dom (vårdcentralen) en gång i månaden för att stämma av lite hur det är och om det någonting så, man ska liksom inte vänta för länge om du har liksom samverkan en gång per halvåret, det är alldeles för lite, man behöver ha liksom mycket tätare intervaller.”

(ip 7)

De upplevde att om vårdcentralen och hemsjukvården pratar med varandra mer och får möjlighet att träffas antingen fysiskt eller via telefon skulle de ha bättre kommunikation och samarbete. Distriktssköterskorna upplevde att de i hemsjukvården har mycket annat kring de patienter som redan är hemsjukvårdspatienter som behöver tas upp men att den mötestiden inte finns avsatt.

”...fysiska träffar där man sitter och diskuterar hur vill vi jobba (förbättrar samverkan) ...fysiska möten för att ha en gemensam syn, samsyn på hur tar vi hand om denna patienten...” (ip 8)

Kompetens

Erfarenhet kan gynna samverkan

Erfarenhet kan gynna samverkan och där det finns erfarenhet, där fungerar samverkan bra. Distriktssköterskorna upplevde att kollegor med erfarenhet, identifierar patientens behov i kommunikationssystemet Prator och ser direkt om patienten bör vara en hemsjukvårdspatient eller om patienten ska tillhöra vårdcentralen. De berättade att när det är erfarna distriktssköterskor som arbetar på vårdcentralen fungerar samverkan jättebra. De vet hur det ska organiseras i vården och det leder till minskad belastning på hemsjukvården. De har en annan syn på vården och ser behovet lite mer än vad nya sjuksköterskor gör och de vågar fråga, de vågar ifrågasätta läkarordinationer, de vågar ifrågasätta läkaren.

”Jag förväntar mig att det (samverkan) skall bli bättre för att vi skall lära varandra, så vi får lära oss att ge och den erfarenheten jag (i hemsjukvården) har den lämnar jag till den som är oerfaren på vårdcentralen eller någon annanstans och vi utarbetar det systemet att vi måste hjälpas åt så att det fungerar från bägge håll.” (ip 1)

Upplevelse av andras kompetens

Resultatet av studien visade att distriktssköterskorna upplevde behov av andras kompetens, framförallt av läkare och sjuksköterskor men också av andra samverkanspartners på vårdcentralen. De upplevde att hemsjukvården är ett team tillsammans med vårdcentralen, där de med andra kompetenser kan diskutera patienterna. Distriktssköterskorna upplevde att de behöver vårdcentralen eftersom det inte finns någon läkare i hemsjukvården. Andras kompetenser blir också aktuella när det gäller ordinationer, provtagning, receptförnyelse, ronder med läkare, rådfrågning med sjuksköterska och hjälpmedel. De upplevde också läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som viktiga samverkanspartners. Det finns patientfall som behöver konsulteras med någon annan kollega på vårdcentralen och därför är det väldigt viktig

med bra samverkan. Kompetens från både hemsjukvården och vårdcentralen behövs och de upplevde kompetens som ett krav, för att uppföljning och bedömning av patienten ska kunna ske. Distriktssköterskorna berättade att de ibland behöver ha hjälp av en dietist men att det inte finns någon dietist på vårdcentralen.

”... ibland hade vi behövt ha hjälp med eller av dietist men det finns inte i primärvården så där haltar det...om man skulle se helheten runt patienten och samverkanspartners så då är det en dietist som hade behövts...dietist är det man saknar oftast. Det är liksom det vi jagar på sjukhuset och dem har ju inga där heller så de är liksom. Så de hade, de saknas för då hade man sett att man hade varit ett komplett team med region och vi runt patienten.” (ip 10)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Det finns aldrig en sanning när studier genomförs utan det finns möjlighet för alternativa tolkningar. Författarna beskriver olika åtgärder för att visa *trovärdigheten* i resultatet. Olika begrepp diskuteras för att visa hur väl forskningsprocessen genomförts och utgår från följande begrepp *tillförlitlighet*, *överförbarhet* och *delaktighet* (Lundman & Graneheim, 2012).

Tillförlitligheten handlar om att metoden av studien beskrivs noggrant och begripligt. Det handlar om hur datainsamling och hantering av denna beskrivs samt hur den har bearbetats (Lundman & Graneheim, 2012). Författarna ville fånga distriktssköterskornas upplevelse och förhoppningsvis nå ett djup och därför valdes med fördel en kvalitativ ansats med ändamålsenligt urval (Danielsson, 2017) Deltagandet kan ha påverkats av att chefen för respektive verksamhet fick välja ut lämpliga distriktssköterskor till studien och det kan ha påverkat resultatet. Deltagandet kan ha påverkats av att chefen för respektive verksamhet fick välja ut lämpliga distriktssköterskor till studien och det kan ha påverkat resultatet. Tillförlitligheten stärktes av semistrukturerade frågor i intervjuguiden som först hade testats genom

pilotintervjuer och därefter reviderats för att ge svar på syftet. Fördelen med intervjuguiden var att författarna hade en ram att förhålla sig till, vilket även kan ses som en begränsning när författarna saknade erfarenhet av att sätta samman intervjufrågor och att genomföra intervjuer vilket kan ha påverkat resultatets *tillförlitlighet* (Lundman & Graneheim, 2012). Efter elva intervjuer upplevde författarna att inget nytt framkom, det fanns en mättnad och uppfattades som en styrka med studien (Polit & Beck, 2008). Möjligtvis kan andra mer erfarna författare gjort en annan bedömning av mättnaden och flera intervjuer hade kanske stärkt tillförlitligheten. En styrka med studien var att intervjuerna spelades in med bandspelare vilket gjorde att författarna kunde fokusera på att lyssna aktivt (Polit & Beck, 2008). Överförbarheten visades även genom att analysprocessen presenterades i både text och tabell. Fördelar med analysprocessen var att den gjordes av författarna enskilt, tillsammans samt i grupp (Lundman & Graneheim, 2012). Möjligtvis skulle författarna börjat med att analysera intervjuerna tillsammans först och därefter enskilt då det kanske gett ett annorlunda resultat. För att stärka trovärdigheten användes numrerade citat från samtliga intervjuer. Författarna ansåg att detta stärkte trovärdigheten samt att hänsyn för rättvisepincipen visades. Nackdelen med detta var att det fanns en risk för att konfidentialitet inte kunde upprätthållas. Citaten visar samtidigt att resultatet överensstämmer med verkligheten. Lundman och Graneheim (2012) menar att det är ofrånkomligt att tolka in i kvalitativa undersökningar då man är delaktig i intervjuerna. För att minimera det diskuterade författarna sin förförståelse genom hela studiens gång. Medvetenheten av förförståelsen kunde därför lättare lyftas åt sidan för att inte påverka forskningen och eftersträva neutralitet. Troligtvis kunde författarnas förförståelse bearbetas ännu mer för att stärka delaktigheten (Lundman & Graneheim, 2012).

Resultatdiskussion

Studiens resultat grundar sig på intervjuer där frågorna handlade om samverkan men som av de flesta distriktssköterskor har besvarats som samarbete. Förklaringen till det kan vara att begreppet samverkan är komplext och skillnaden mellan samverkan, samordning och samarbete försökts förklaras av många olika (Leutz, 1999; Axelsson & Axelsson, 2006). En teori som kan hjälpa oss att förstå distriktssköterskornas

upplevelser kopplat till det komplexa begreppet samverkan är Antonovskys teori om känsla av sammanhang, KASAM (Antonovsky, 2005). Den komponent som anses ha störst betydelse för känsla av sammanhang är meningsfullhet som handlar om att en uppgift kan kännas mer eller mindre meningsfull, uppgiften kan kopplas till distriktssköterskans kompetensbeskrivning (2019) där distriktssköterskan är ansvarig för samverkan när den behövs för att upprätthålla en säker och sammanhållen vård för patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Distriktssköterskornas känsla av sammanhang kan ha ökat genom en ökad känsla av meningsfullhet relaterat till att ha fått dela sina upplevelser om samverkan och att upplevelserna skulle kunna ligga till grund för framtida förbättringsarbeten inom omvårdnad.

Inför organisatoriska förändringar är det bra med förberedelser för att få en smidig övergång. Studien visade att det kunde gjorts mer förberedelser organisatoriskt inför uppstart av Lagen om samverkan (LOS) 2018 än det gjordes för att få en smidigare övergång och det beskrevs ha varit en lång inkörsperiod för parterna efter införandet av lagen. Liknande beskrivning innehåller en rapport (2018:11) från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, där informanterna upplevde bristande tydlighet i hur rutiner och riktlinjer när det gäller LOS skulle införas i verksamheterna (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018). Mer förberedelser inför införandet av LOS hade kunnat öka distriktssköterskornas känsla av begriplighet om resultatet tolkas med hjälp av Antonovskys teori känsla av sammanhang, KASAM. Ökad begriplighet med hjälp av information om LOS hade i sin tur kunnat leda till högre känsla av hanterbarhet (Antonovsky, 2005). Om hemsjukvården får resurser för att agera utifrån de krav som LOS ställer kan känslan av hanterbarhet öka vilket kan gynna distriktssköterskornas känsla av sammanhang.

För en god samverkan krävs en tydlig ansvarsfördelning mellan samverkanspartners. Distriktssköterskorna i studien upplevde behov av ansvarsfördelning kring patientens vård och de upplevde att det står en sak i LOS men att en del vårdcentraler inte lever upp till lagen i verkligheten. Liknande resultat beskriver Alvinus, Wilde Larsson och Larsson (2016) i sin studie med syftet att få en djupare förståelse för gränserna mellan landsting och kommun. I deras resultat beskriver informanterna att de upplevde att det

stod en sak i avtalen men att det levs inte upp till i verkligheten (Alvinus et al., 2016). Brister i ansvarsfördelningen kan leda till att distriktssköterskornas känsla av sammanhang minskas. När de inte får tillgång till de resurser som behövs från vårdcentralen utifrån de krav som LOS ställer minskar hanterbarheten, vilket i sin tur kan leda till ökad nivå av upplevd stress (Antonovsky, 2005). Det kan vara fördelaktigt för verksamheter att förbättra arbetsmiljö gällande förtydligande av ansvarsfördelningen. Om ansvarsfördelningen blir tydlig kan det minska upplevd nivå av stress vilket i sin tur leder till friskare distriktssköterskor som kan arbeta hållbart.

En god relation med läkaren på vårdcentralen är viktig för att samverkan ska fungera bra. Det framkom att distriktssköterskornas relation till läkaren är viktig där kontinuitet och personkännedom främjar samarbetet. Samarbetet fungerar bra när de har kontakt med en läkare som de känner. Tidigare studier har visat att sjuksköterskor upplever det gynnsamt för samverkan att ha en personlig relation till läkaren på vårdcentralen (Agovic & Pascolo, 2018). Vikten av att känna varandra personligen beskrevs också vara positivt för samverkan i Östlings studie som undersökte vilka faktorer som påverkade samverkan mellan landstinget och kommunen för de mest sjuka äldre (Östling, 2016). I studiens resultat beskrev distriktssköterskorna att ha kontinuitet i läkarkontakt även gynnar patienterna. De beskrev konsekvenser av när läkaren inte känner patienten, det kunde ofta leda till att distriktssköterskorna fick skicka in patienterna till sjukhuset. Att bristen på kontinuitet kunnat leda till att patienter åker till sjukhuset har också visat sig i en studie av Kohnke och Zielinski (2017) där patienter med låg läkarkontinuitet söker vård på akutmottagning två gånger mer än patienter som har hög läkarkontinuitet (Kohnke & Zielinski, 2017). Med hjälp av Antonovskys teori kan vi tolka att distriktssköterskorna har ett behov av ökad hanterbarhet genom ökade resurser i omgivningen, att ha läkarkontinuitet med vårdcentralen (Antonovsky, 2005). För att främja en hållbar utveckling kan hälsovinster ses för distriktssköterskorna i hemsjukvården om hanterbarheten ökar som är kopplad till nivån av upplevd stress. Att frambringa kontinuitet i läkarkontakt kan vara en utmaning för framtidens vårdcentraler, särskilt i framtidens hälso- och sjukvård där färre ska ta hand om fler. Om distriktssköterskorna i hemsjukvården får ökad kontinuitet i läkarkontakt på vårdcentralen kan samarbetet bli bättre och leda till ökad kvalitet på patientens vård.

När dialogen med vårdcentralen fördröjs påverkar det samverkan negativt. Studien visade att distriktssköterskorna saknar en god dialog med vårdcentralen. Behovet av tillgänglighet och återkoppling från vårdcentralen var framträdande när de inte kunde rådfråga eller diskutera patienter med läkaren. Att invänta svar från läkaren gjorde det svårt för distriktssköterskan att utföra sitt arbete och hjälpa patienten. Mertens, De Gent, Deveugele, Hecke och Pype (2019) genomförde en studie i Belgien där de undersökte sjuksköterskor i hemsjukvårdens upplevelser av samverkan med allmänläkare och palliativsjuksköterska i teamet runt patienten. Deras resultat visar att god tillgänglighet och snabb respons från läkaren i teamet gynnar samverkan (Mertens et al., 2019). Även Larsen, Broberg och Petersen (2017) framhåller vikten av återkoppling mellan olika aktörer. I deras svenska studie beskrevs samverkan mellan olika yrkesgrupper från olika huvudmän, i vården av multisjuka hemsjukvårdspatienter. Resultatet visade att daglig återkoppling gav en helhetsbild mellan personal som kan förebygga och förhindra sjukhusvistelse som ett resultat av samverkan (Larsen et al., 2017). Studien visade att återkopplingen från vårdcentralen till hemsjukvården är bristfällig och samverkan kan fungera bättre om viktig patientinformation förankras snabbare till hemsjukvården. Resultatet stämmer väl överens med en annan svensk studie av Modin, Törnkvist, Furhoff och Hylander (2010) där de undersökte erfarenheter av att samverka med distriktssköterskan i hemsjukvården, utifrån ett läkarperspektiv. Studiens resultat visade att samtliga läkare anser att det är viktigt med en tillgänglig distriktssköterska både via telefonkontakt och regelbundna träffar (Modin et al., 2010). Så vad händer när tillgängligheten och återkopplingen inte fungerar? Studien visade att när arbetet stannar av, kan det ge följder för patientens hälsa. I en australiensisk studie av Jowsey, Dennis, Yen, Islam, Parkinson och Dawda (2016), undersöktes patienter med kronisk sjukdom och deras upplevelse av frånvaro av samordning och kontinuitet i vården. Deras resultat visar hur bristen på tillgänglighet och återkoppling mellan vårdgivare påverkar patienterna, de upplevde att vårdprocessen stannar av och att det är jobbigt att hantera. Patienterna i deras studie önskade en tydlig plan över vården för att känna kontroll över sin framtida hälsa och de beskrev förlusten av kontroll över situationen som en dysfunktionell vårdprocess (Jowsey et al., 2016). Resultatet om upplevelsen av tillgänglighet och återkoppling kan tolkas med hjälp av Antonovskys teori

(Antonovsky, 2005). Hanterbarheten i KASAM kan kopplas till när distriktssköterskorna upplever brist på tillgänglighet och återkoppling från läkaren på vårdcentralen, deras känsla av sammanhang minskar när de inte får tillgång till resurser de behöver. Distriktssköterskans upplevelse av förutsägbarhet i kommunikationen med vårdcentralen minskar när de inte får kontakt med vårdcentralen, vilket leder till påverkan på begripligheten i känslan av sammanhang. Vårdcentralen kan utveckla tillgängliga kommunikationsvägar för hemsjukvården för att öka känslan av sammanhang. Tillgängliga kommunikationsvägar kan leda till en bättre arbetsmiljö för distriktssköterskorna och en förbättrad patientsäkerhet, båda viktiga komponenter för en hållbar utveckling.

Möten med vårdcentralen är en komponent som bidrar till en förbättrad samverkan. Studien visade att fler fysiska möten efterfrågades av distriktssköterskorna i hemsjukvården för att främja dialogen i samverkan med vårdcentralen. Liknande resultat visar en norsk studie av Steihoug, Paulsen och Melby (2017) som undersökte vad som underlättar samverkan mellan allmänläkare och kommunala aktörer. De aktörer som deltar i avsatta möten har lättare för att samarbeta med varandra och det leder till bättre samverkan (Steihaug et al., 2017). Liknande resultat lyftes även i Sveriges kommuner och landstings rapport (2018) om uppföljningen efter införandet av Lagen om samverkan (LOS). Möten mellan aktörer i vården beskrivs som en viktig komponent i samverkan. Rapporten visar också att möten kan utvecklas genom bättre tydlighet, struktur, rollfördelning och målsättning, för att förbättra samverkan mot uppdraget av LOS (Sveriges kommuner och regioner, 2018). Ett systemteoretiskt perspektiv kan hjälpa till att tolka behov av möten som framkom av resultatet i studien. Enligt systemteorin är organisationen beroende av att det finns struktur, ledning och konkreta mål för att de ska vara effektiva. Liknande koppling kan göras till samverkansmöten. Samtidigt menar systemteorin att möten gynnas av ett flöde av olika människor som i dialog ger olika idéer och perspektiv och att de olika sätten med fördel går att förena och skulle kunna leda till bättre samverkan mellan hemsjukvården och vårdcentralen (Öquist, 2018). För att förbättra samverkan mellan hemsjukvården och vårdcentralen skulle verksamheterna kunna ha fler möten tillsammans.

Om distriktssköterskans kompetens förvaltas av verksamheterna gynnar det samverkan. Studiens resultat visade att erfarenhet underlättar samverkan där arbetssättet organiseras utifrån behovet hos patienten. Det framkom att distriktssköterskans kompetens kan ge en annan helhetssyn på patientens vård jämfört med en allmänsjuksköterska. I resultatet framkom även att vårdcentralen och hemsjukvården har behov av varandras kompetens för att kunna utföra sina arbeten. En annan svensk studie visar intressanta skillnader till resultatet i denna studie. Kvarnströms (2008) studie lyfte aspekten av att samverkan ibland kan begränsa mer än gynna. Studien visar att resurser och kompetens inte nyttjas så som det var tänkt utan stod tillbaka i processen av att samverka. Kunskap och färdigheter från olika yrkeskategorier tas inte tillvara på eller värdesätts. Helhetstänket runt patienten försvinner eftersom samverkan inte fungerar (Kvarnström, 2008). Distriktssköterskornas behov av vårdcentralens kompetens kan tolkas som ett behov av resurser. Behovet av kompetens speglar hanterbarheten i deras känsla av sammanhang som en viktig komponent för att öka deras känslan av sammanhang (Antonovsky, 2005). Ökad tillgängligheten på vårdcentralen kan leda till att distriktssköterskornas behov av kompetensen tillgodoses. Om verksamheterna även tar tillvara på distriktssköterskornas kompetens där en helhetssyn på vården runt patienten visas vara en fördel kan de med erfarenhet handleda de nya kollegorna i verksamheterna. Det kan både förbättra och utveckla samverkan mellan hemsjukvården och vårdcentralen.

En relation utan förståelse för varandra inverkar negativt på samverkan. I studien framkom att distriktssköterskorna upplevde i samarbetet med vårdcentralen en avsaknad av förståelse för varandras arbete. Alvinus, Wilde Larsson och Larsson (2016) visar liknande resultat, att det finns en okunnighet om varandras områden i kommun och landsting, att samarbete kan främjas av att besöka varandras verksamheter, delta i gemensamma utbildningar och etablera personliga kontakter (Alvinus et al., 2016). Även i Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport (2018:11) beskrivs gemensamma utbildningar och andra aktiviteter som värdefulla komponenter som ger ökad förståelse för varandras arbete och kan i sin tur främja samverkan (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018). Distriktssköterskorna upplevde att en ökad förståelse för varandra gynnar samverkan och för att stimulera till ökad förståelse beskrev de att parterna hade kunnat ha utbildningar tillsammans, besöka varandras

verksamheter eller sitta på samma ställe. Resultaten från studien kan tolkas med stöd av Öquist (2018) beskrivning av systemteorin där ett system som hemsjukvården är beroende av andra system som vårdcentralen för att fungera. Ett system som vårdcentralen måste kunna anpassa sig till sin omgivning för att kunna förändras i takt med hemsjukvården. System bör vara öppna och transparenta till exempel med hjälp av samverkan mellan parterna som vidare underlättas av en helhetssyn där hemsjukvården och vårdcentralen alltid ser sig själva som en del i ett större sammanhang. Utmaningen i samverkan ligger i att tänka system och se hela strukturen där även jaget är en del, strukturen styr hur normer tolkas och hur beslut fattas. Det är först när alla parter tänker på helheten som möjligheten att åstadkomma förändringar och nå resultat blir möjligt (Öquist, 2018). Gemensamma utbildningar och att besöka varandras verksamheter kan vara gynnsamma insatser att prioritera för att skapa mer förståelse för varandra och öppnar upp för möjligheten att se sig själv som en del i ett större sammanhang, det kan leda till bättre samverkan.

Slutsats

Det är en stor och intressant utmaning för hälso- och sjukvården att samverka med varandra för att möta den åldrande befolkningens behov. Distriktssköterskan i hemsjukvården arbetar i en komplex samverkan med vårdcentralen för att vårda patienter i hemmet. Viktiga aspekter för samverkan finns i organisationen där ansvarsfördelningen kan bli tydligare för att förbättra arbetsmiljön för distriktssköterskorna. Relationer, där kontinuitet och förståelse var en viktig del skulle kunna utvecklas genom mer gemensamma aktiviteter tillsammans. Tillgänglighet och att få återkoppling var viktigt och en utvecklingspotential fanns i att skapa tillgängliga kommunikationsvägar till vårdcentralen. Behov av andras kompetens och att erfarenhet gynnar samverkan framkom som en annan viktig del i samverkan med vårdcentralen. Utmaningen framöver ligger hos verksamheterna att ta tillvara på distriktssköterskornas kompetens där en helhetssyn på vården runt patienten visas vara en fördel och att de med erfarenhet skulle kunna handleda de nya kollegorna i verksamheterna.

Studiens resultat kan ligga till grund för vidare utvecklingsarbeten där distriktssköterskor arbetar i samverkan med andra. Fler studier behövs för att lyfta fram samverkan utifrån vårdcentralens perspektiv och utifrån patientens perspektiv, för att kunna få en helhetsbild omkring samverkan. Kunskapen samlad ifrån alla perspektiv skulle kunna leda till effektfulla åtgärder för att främja samverkan mellan hemsjukvården och vårdcentralen, en god samverkan som värnar om en personcentrerad omvårdnad med hållbar utveckling för patienter och alla samverkande professioner.

REFERENSER

Alvinus, A., Wilde Larsson, B. & Larsson, G. (2016). Managing boundaries in integrated care: A qualitative study of collaboration between municipalities and county councils in Sweden. *International Journal of Organization Theory & Behavior*, 19(2), 139-165. Hämtad 2020-03-10 från <https://doi.org/10.1108/IJOTB-19-02-2016-B001>

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. utg.) Stockholm: Natur och kultur.

Axelsson, R & Axelsson, B. S. (2006). Integration and collaboration in public health: a conceptual framework. *International Journal of Health planning and management*. 21 75-88. Hämtad 2020-03-10 från <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hpm.826>

Danermark, B. (2000). *Samverkan - himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka*. Stockholm: Gothia förlag

Danermark, B. & Kullberg, C. (1999). *Samverkan välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 upplagan s.143-154). Poland: Studentlitteratur AB.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

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. Hämtad 2020-03-10 från <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.hkr.se/science/article/pii/S0260691703001515>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Hämtad 2020-03-10 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Josefsson, K. & Ljung, S. (2017). Sjuksköterskan roll i hemsjukvården. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (2 upplagan s.19-40). Lund: Studentlitteratur.

Josefsson, K. & Peltonen, S. (2015). District nurses experience of working in home care in Sweden. *Healthy Aging Research*, 4(37). Hämtad 2020-03-10 från https://pdfs.semanticscholar.org/4fc7/92f076d48c8a534e35c31f7066a620838b9f.pdf?_ga=2.70314644.542208423.1584950060-1513372766.1551296232

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 upplagan s.57-80). Lund: Studentlitteratur AB.

Kohnke, H. & Zielinski, A. (2017). Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE*. 35(2). 113–119. Hämtad 2020-03-10 från <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1333303>^[59]

Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*. 22(2). 191–203. Hämtad 2020-03-10 från <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hkr.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=79bf8146-3952-4eb8-8ec9-5347e7b54623%40sdc-v-sessmgr01>

Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612). Hämtad 2020-03-10 från <http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2017:612>

Larsen, A., Broberger, E. & Petersson, P. (2017). Complex caring needs without simple solutions: the experience of interprofessional collaboration among staff caring for older persons with multimorbidity at home care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 342-350. Hämtad 2020-03-10 från <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.hkr.se/doi/full/10.1111/scs.12352>

Leutz, W. N. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly: A multidisciplinary journal of population health and health policy*, 77(1), 77–110. Hämtad 2020-03-10 från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751110/?tool=pmcentrez&report=abstract>

Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur AB.

Medicinalansvarskommittén. (1977). *Patienten i sjukvården: kontakt och information*. (SOU 1977:66). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2020-03-10 från https://data.kb.se/datasets/2015/02/sou/1977/1977_66%28librisid_14681145%29.pdf

Mertens, F., De Gendt, A., Deveugele, M. & Van Hecke, A. (2019). Interprofessional collaboration within fluid teams: Community nurses' experiences with palliative home care. *JCN Journal of Clinical Nursing*. 28(19-20). Hämtad 2020-03-10 från <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.hkr.se/doi/abs/10.1111/jocn.14969>

Modin, S., Törnkvist, L., Furhoff, A- K. & Hylander, I. (2010) Family physicians' experiences when collaborating with district nurses in home care-based medical treatment. A grounded theory study, *BMC Family Practice*. 11(82). Hämtad 2020-03-10 från <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-82>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2018). På väg. Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. (Rapport 2018:11). Hämtad 2020-03-10 från <https://www.vardanalys.se/rapporter/pa-vag/>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2019). *Internationell jämförelse av primärvården*. (IHP 2019). Hämtad 2020-03-10 från <https://www.vardanalys.se/rapporter/ihp-2019/>

Nygren-Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M. & Söderberg, S. (2014). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1(8). Hämtad 2020-03-10 från <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.hkr.se/doi/full/10.1111/scs.12146>

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar: Grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 upplagan s.25-42). Poland: Studentlitteratur AB.

Riksföreningen för Distriktssköterskor, Familjemedicinska institutet, FAMMI, Vårdförbundet (2008). *Distriktssköterskans uppdrag*. Hämtad 2020-03-10 från <https://old.liu.se/medfak/ssk/distriktsskoterska/hogerspalt/1.66513/uppdrag.pdf>

Rosberg, S. (2012). Fenomenologi. I M. Granskär & B. Höglund (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2 upplagan s. 109-133). Poland: Studentlitteratur.

Sandberg, M. & Kristensson, J. (2017). Case management för äldre människor. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (s.42- 58). Lund: Studentlitteratur.

Smith, J. (2001) Primary care: balancing health needs, services and technology. *International Journal of Integrated Care*, 1(3). Hämtad 2020-03-10 från <http://doi.org/10.5334/ijic.35>

Socialstyrelsen (2000). *Äldreuppdraget. Slutrapport*. (Rapport 2000:4). Hämtad 2020-03-10 från <http://docplayer.se/108764897-Socialstyrelsen-foljer-upp-och-utvarderar-2000-4-aldreuppdraget-slutrapport.html>

Socialstyrelsen (2016). *Primärvårdens uppdrag*. Hämtad 2020-03-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20066/2016-3-2.pdf>

Socialstyrelsen (2019). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie*. Hämtad 2020-03-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-17.pdf>

Steihaug, S., Paulsen, B. & Melby, L. (2017). Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers – a qualitative study of structural conditions. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*. 35(4). 344-351. Hämtad 2020-03-10 från <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1397264>

Storstadskommittén. (1995). *Att röja hinder för samverkan, egenmakt, arbetslinjen*. (SOU 1995:142). Hämtad 2020-03-10 från <https://lagen.nu/sou/1995:142?attachment=index.pdf&repo=soukb&dir=downloaded>

Sullivan, H. & Skelcher, C. (2002). *Working across boundaries: Collaboration in public services*. Houndmills: Palgrave. Hämtad 2020-03-10 från https://books.google.se/books?id=zC5dDwAAQBAJ&pg=PA1&lpg=PA1&dq=%22Collaboration+is+now+central+to+the+way%22&source=bl&ots=TjjEAerYQq&sig=ACfU3U2VtPGx5bZuwPiXCnrU1Uk_4mIAhQ&hl=sv&sa=X&ved=2ahUKEwjEm6yb_YnhAhVpsosKHxOmCvEQ6AEwAHoECAEQAO#v=onepage&q=%22Collaboration%20is%20now%20central%20to%20the%20way%22&f=false

Svensk sjuksköterskeförening (2019) *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*. Hämtad 2020-03-10 från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>

Sveriges kommuner och regioner (2018). *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård - framgångsfaktorer och utvecklingsområden. Uppföljningen kommunernas och landstingens arbete med införandet av lagen*. Hämtad 2020-03-10 från

<https://docplayer.se/114728767-Samverkan-vid-utskrivning-fran-sluten-halso-och-sjukvard-framgangsfaktorer-och-utvecklingsomraden.html>

Östling, A. (2016). *Samverkan inom vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Förutsättningar för samverkan mellan landsting och kommun i Västmanland*. (Magisteruppsats, Mittuniversitetet Sundsvall). Hämtad 2020-03-10 från <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:1083232/FULLTEXT01.pdf>

Öquist, O. (2018). *Systemteori i praktiken – konsten att lösa problem och nå resultat*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB

BILAGA 1

INTERVJUGUIDE

Demografiska fakta

- Ålder
- Kön
- Arbetsplats, inriktning, specifikt ansvarsområde
- Erfarenhet i år som distriktssköterska/sjuksköterska
- Antal år i aktuell organisation
- Annan utbildning

Inledande fråga

- Beskriv vad samverkan mellan hemsjukvård och vårdcentral betyder för dig i din roll som Distriktssköterska?
- Hur tänker du kring Los - lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården?
- Ge exempel på när samverkan mellan hemsjukvård och vårdcentral fungerar som bäst/sämst?
- Vilka samverkanspartners kan vara viktiga för dig som Distriktssköterska?

Avslutande fråga

- Hur skulle du vilja förändra så att samverkan blir bättre mellan hemsjukvård och vårdcentral?

Följdfrågor

- Kan du utveckla det?
- Hur känner du för det?
- Kan du ge exempel?
- Vad innebär det för dig?
- Nu har du pratat om.....låt oss nu prata om....