



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Distriktssköterskans upplevelse av digitalt informationsutbyte inför patientens utskrivning från slutenvård genom IT-stödet Mina planer

En intervjustudie

The district nurse´s experience of digital information exchange prior to the patient´s discharge from inpatient care through IT-support
“Mina planer”

A interview study

Författare: Julia Ekström, Louise Remlén

Handledare: Christina Bökberg

Magisteruppsats

Hösten 2021

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Brister i informationsöverföring i vårdens övergångar utgör en stor risk. När en patient skrivs ut från slutenvården i Region Skåne för vidare vård i hemmet sker informationsutbytet via IT-stödet Mina planer. För att distriktssköterskorna i hemsjukvården ska kunna ge en säker vård är de helt beroende av att informationsöverföringen och kommunikationen fungerar optimalt med slutenvården. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva hur distriktssköterskor i hemsjukvården upplever den digitala informationsöverföringen, när en patient planeras hem från slutenvården via IT-stödet Mina planer för vidare vård i hemmet. **Metod:** Studien genomfördes med intervjuer av distriktssköterskor verksamma i hemsjukvården i Skåne. Innehållet analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman. **Resultat:** Distriktssköterskorna beskrev Mina planer som ett lättarbetat system men som är i behov av förbättringar. Både fördelar och nackdelar med Mina planer framkom under intervjuerna, där nackdelarna med Mina planer fick konsekvenser för distriktssköterskorna. Distriktssköterskorna beskrev även vikten av förståelse för varandras arbete samt gav förslag till förbättringar. **Slutsats:** En ökad kunskap och förståelse för varandras arbete leder till en bättre arbetssituation och en säkrare hemgång för patienterna.

Nyckelord

Distriktssköterska, hemgångsplanering, hemsjukvård, innehållsanalys, intervju, Mina planer.

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
Samverkan.....	6
Hemsjukvård.....	7
Distriktssköterskans ansvar.....	8
Informations- och kommunikationsteknik	8
Mina planer	9
Perspektiv och utgångspunkter.....	10
Travelbees kommunikationsteori.....	10
Syfte	11
Metod	11
Urval	12
Intervjuguide.....	13
Datainsamling.....	13
Analys av data.....	14
Förförståelse.....	15
Forskningsetiska avvägningar.....	15
Resultat.....	16
Lättarbetat system i behov av förbättring.....	16
Fördelar med Mina planer	16
Nackdelar med Mina planer	18
Konsekvenser av bristande informationsöverföring.....	20
Förståelse för varandras arbete	23
Förslag till förbättring.....	24
Diskussion	26
Metoddiskussion	26
Resultatdiskussion.....	29
Konklusion och implikationer	32
Referenser.....	33
Bilaga 1 (1).....	37

Problemområde

För att en hemgång från slutenvården ska fungera krävs samverkan och tillit mellan slutenvården, kommunen, primärvården och socialtjänsten. En av de viktigaste förutsättningarna för en god och säker vård är en fungerande kommunikation som underlättar informationsutbytet mellan olika vårdgivare. Lagen om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvården (2017) syftar till att främja en god och säker vård, en socialtjänst av god kvalitet för de personer som efter utskrivning från slutenvården behöver insatser från socialtjänst samt primärvården eller den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Vidare står det i lagen att patienten så snart som möjligt ska skrivas ut och återgå till bostaden, efter att den behandlande läkaren inom slutenvården bedömt patienten som medicinskt färdigbehandlad. I Region Skåne (2021) görs informationsutbytet i IT-stödet Mina planer, vilket sker via elektroniska meddelanden. Med hjälp av IT-stödet kan slutenvård, primärvård och kommun tillsammans planera och säkra den utskrivningsklara patientens hemgång från sjukhuset (SVU- samverkan vid utskrivning) samt upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Brister i informationsöverföringen i vårdens övergångar utgör en stor risk. Det gäller framför allt när en patient har kontakt med många olika vårdgivare. Då föreligger en stor risk för glapp i vårdkedjan eftersom nödvändig information inte följer med patienten samt att personal inte kan skapa eller tappar den gemensamma bilden av vad som hänt eller vad som är planerat (Socialstyrelsen, 2021a, 2021c).

Allt fler personer lever längre med kroniska sjukdomar och har ett omfattande vårdbehov vilket leder till ett ökat behov av slutenvård (Nordmark et al., 2016). Fler patienter stannar kortare tid inom slutenvården samtidigt som tiden som är avsatt för utskrivning minskar. Enligt en rapport från Socialstyrelsen så har medelvårdtiden inom slutenvården minskat de senaste åren med i snitt 1,8 % per år och år 2018 var medelvårdtiden fyra dygn (Socialstyrelsen, 2018). Personalen inom slutenvården behöver ständigt göra prioriteringar för att frigöra vårdplatser, vilket innebär att patienter skrivs ut till den egna bostaden trots omfattande vårdbehov (Nordmark et al., 2016). För att den fortsatta vården i hemmet ska bli så säker som möjligt behövs både verbal och icke-verbal kommunikation vid informationsutbytet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Om kommunikationen och samarbetet mellan vårdgivare inte fungerar kan det leda till försenad utskrivning av patienten, försämrade eftervård samt återinläggningar (Nordmark et al., 2016). Beräkningar av Socialstyrelsen visar på att ca 98 000 vårdskador uppkommer varje år inom den svenska

hälso- och sjukvården och en av de vanligaste orsakerna uppges vara kommunikationsbrist framför allt mellan professionella yrkesgrupper (Socialstyrelsen, 2021a; Socialstyrelsen, 2020, svensk sjuksköterskeförening, 2017). Hur kommunikationen via Mina planer upplevs av distriktssköterskan i hemsjukvården, som övertar omvårdnadsansvaret när patienten skrivs ut från slutenvården, saknas det kunskap om.

Bakgrund

Socialstyrelsen (2021a) menar att varje gång en patient förflyttas mellan vårdinstanser krävs kommunikation och överföring av information. Detta gäller till exempel när en patient skrivs ut från slutenvården till den kommunala hemsjukvården. Ofta finns det då flera vårdgivare inblandade. Några patientgrupper är extra utsatta för risk när information försvinner eller glöms bort mellan olika aktörer, detta är främst patienter med komplexa vårdbehov exempelvis patienter med cancersjukdom eller multisjuka äldre. Enligt Socialstyrelsen (2020) har slutenvården idag kortare vårdtider och därmed tidigare utskrivning av medicinskt färdigbehandlade patienter vilket leder till ökade insatser för rehabilitering och habilitering i den kommunala hälso- och sjukvården. Med hjälp av den tekniska utvecklingen så vårdas patienter med komplexa vårdbehov i hemmet i stället för på sjukhus. Hemmet som vårdplats har och kommer få en allt större betydelse i framtiden (Josefsson & Ljung, 2017). Vid komplexa vårdbehov är en välfungerande samverkan ytterst väsentlig för patient och personal. När en patient flyttas från en verksamhet till en annan finns det en hög risk att uppföljning uteblir på grund av att informationsutbytet går förlorad. Bestämmelser om utskrivningsklara patienter ställer höga krav både på kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst (Socialstyrelsen, 2021a).

Övergångssituationer kräver extra mycket uppmärksamhet för vilken information som mottagaren behöver för att ge den bästa uppföljningen av patienten. I en studie av Foged et al. (2018) lyftes det fram som ett stort problem att slutenvårdspersonalen hade dålig kunskap om vilken information hemsjukvårdspersonalen behöver när det tar emot en patient i hemmet. Brister i kommunikationen och informationsöverföringen är de mest frekventa orsakerna till vårdskador vid hemgång vilket kan åtgärdas genom bättre dokumentation och upprättande av tydliga rutiner om när och hur vårdplanen ska upprättas före utskrivning (Öhrn, 2013).

Flera studier som har undersökt hur sjuksköterskor arbetar vid utskrivningar samt även hur samarbetet med andra professioner fungerar bekräftar stressen inom slutenvården (Foged et al., 2018; Goldman et al., 2018; Lemetti et al., 2015; Pellet 2016). Exempel på stressiga situationer var att patienter behöver skrivas ut snabbare för att frigöra platser inom slutenvården. När detta sker så ökar risken att patientens hemförhållanden samt vilka resurser som finns i hemsjukvården inte tas i beaktande. Sjuksköterskan som är ansvarig för utskrivningen har ingen avsatt tid för planeringen och ska ofta vårda flera sjuka patienter samtidigt (Lemetti et al, 2015; Pellet, 2016). En välplanerad utskrivning leder till bättre hälsa och välbefinnande hos patienten samt minskar risken för skador, återinläggningar och bidrar till en positivare patientupplevelse (Lemetti et al., 2015; Pellet, 2016).

Sjuksköterskorna i hemsjukvården upplevde en ökad arbetsbelastning vid ofullständiga medicinlistor, avsaknad av information samt när viktiga läkemedel eller medicinteknisk utrustning inte följde med patienten hem från slutenvården (Lundereng et al. 2020; Melbye et al., 2015). Ett stort problem som studierna belyser är bristen på att identifiera patientens behov av hjälp vid hemgång, fokus på fysiska aspekter, otillräcklig kommunikation samt osäkerhet kring ansvarsområdena. Brister i systemet och luckor i kommunikationen gör att sjuksköterskorna i hemsjukvården får fungera som en säkerhetsmekanism genom att uppmärksamma slutenvården på patientens kommande vårdbehov (Lundereng et al. 2020; Melbye et al., 2015).

Samverkan

Genom att olika professioner samarbetar kring patienten kan betydligt större effekter uppnås än vad varje yrkeskategori kan åstadkomma enskilt. De olika professionerna är bra på olika saker och kompletterar varandra. Samverkan innebär att de olika aktörerna bidrar med sin specifika kompetens och resurser i det specifika patientfallet. När patienten skrivs ut från slutenvården och ska följas upp behövs det samverkan med slutenvården, kommunal hälso- och sjukvård och primärvården för att underlätta utskrivningen till exempel genom att ha en SVU. Det är inte enkelt att samverka, då olika aktörer i samhället har olika ansvar och mål

med sin verksamhet vilket styrs av olika lagar. Detta kräver kännedom om och respekt för varandras verksamhet (Wästerberg & Ardenvik, 2013).

År 2018 var det ca 50 000 patienter som hade fortsatt behov av vård och omsorg efter utskrivning, 48 procent av dem återinlades på sjukhus inom 30 dagar (Socialstyrelsen, 2021b). I studien av Lundereng et al. (2020) visade det sig att dåligt planerade hemgångar ofta leder till återinläggningar. Efter utskrivning från slutenvården drabbas ungefär var femte patient av en avvikande händelse som till exempel avsaknaden av förbrukningsmaterial. Bristfällig samverkan mellan olika huvudmän och professioner gör att patienten utsätts för onödiga risker i vården (Lyngstad et al., 2014; Socialstyrelsen, 2017).

Hemsjukvård

Definitionen av hemsjukvård är enligt Socialstyrelsen (2014) hälso- och sjukvård som ges i patientens bostad eller motsvarande och där åtgärderna samt insatserna är sammanhängande över tid, detta ska dessutom föregåtts av en SVU eller SIP. Ungefär 364000 patienter vårdades i kommunal hälso- och sjukvård 2019 och merparten av patienter som omfattas av kommunal hälso- och sjukvård var 65 år och äldre (Socialstyrelsen, 2021b).

År 1992 införde regeringen Ädelreformen som innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade (Josefsson & Ljung, 2017). Ungefär hälften av kommunerna i Sverige tog över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende i samband med ädelreformen och därefter har ansvaret för vården i ordinärt boende successivt växlats över till kommunerna (Socialstyrelsen, 2021a). Vid Ädelreformens införande tillkom även tröskelprincipen som avgör vem som är berättigad till hemsjukvård. Det innebär att om patienten själv eller med hjälp av assistans kan ta sig till tillhörande primärvård har regionerna vårdansvaret (Region Skåne & Kommunförbundet, 2016). Diskussion om vem som har ansvaret för patientens vård uppstår ibland mellan kommunen och landstingets företrädare då bedömningen av tröskelprincipen är subjektiv (Bökberg & Drevenhorn, 2017).

I en studie genomförd i Sverige skriver Hansson et al. (2018) att det är kommunen som bestämmer när en patient bör tillhöra den kommunala hemsjukvården. Detta innebär att samma patient kan tillhöra kommunal hemsjukvård och primärvården samtidigt, vilket skapar

osäkerhet om vem som har ansvar för patienten. Den kommunala hemsjukvården anses besitta bättre möjligheter att bedöma patienten hemma samt lättare kunna vidta förebyggande åtgärder för att undvika inläggning på sjukhus i samråd med ansvarig primärvårdsläkare.

Distriktssköterskans ansvar

I samband med bildandet av Region Skåne år 1999 slöts den första Skåneövergripande överenskommelsen kring ansvarsfördelning och samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner. Denna överenskommelse innebär att hemsjukvård är ett kommunalt ansvar upp till och med distriktssköterskenivå, medan läkarstöd på primärvårdsnivå är Region Skånes ansvar. Det innebär att det är distriktssköterskan som har den högsta medicinska kompetensen i hemsjukvården (Region Skåne & Kommunförbundet, 2016). Enligt sjuksköterskeföreningen är det oftast distriktssköterskan som är den fasta vårdkontakten i hemsjukvården. En fast vårdkontakt som ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Vidare beskrivs att en distriktssköterska ska utforma och utvärdera omvårdnadsplaner samt utgöra ett stöd för patienten och närstående i det dagliga livet utifrån deras rätt till autonomi och självbestämmande (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Det finns ett ansvar om att ha en övergripande bild och se till att vårdkedjan fungerar för den enskilde genom att samordna patientens olika vårdbehov av hälso- och sjukvård vilket sker genom SIP (Josefsson & Ljung, 2017). Förändringar i samhället påverkar hur vården måste organiseras vilket resulterar i en alltmer avancerad hemsjukvård som kräver en annorlunda och noggrann planering. Att inte få rätt information i tid av slutenvården leder till ökat arbete för distriktssköterskan i hemsjukvården. Nödvändig information om patienten framkommer genom bra samarbete och kommunikation med hemsjukvården vilket även leder till bra arbetsflöde (Nordmark et al., 2015; Petersen et al, 2019).

Informations- och kommunikationsteknik

Inom hälso- och sjukvården lyfts betydelsen av kommunikation fram allt oftare. Fossum (2019) anser att kommunikation inom vården är nödvändig samt definierar kommunikation som ett ömsesidigt utbyte. Inom vården används begreppet främst vid överföring av information (Fossum, 2019). Informations- och kommunikationsteknik menar Sävenstedt och Florin (2013) att det är ett viktigt verktyg för att utveckla patientsäkerhet, vårdkvalitet samt

tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Detta gäller främst vid informationsöverföring mellan olika vårdnivåer och mellan vårdgivare. I dagens komplexa vårdssystem har möjligheten till att utbyta information över informationssystemets gränser och mellan organisationer en avgörande betydelse. En förutsättning för det är att informationen som genereras i hälso- och sjukvården har en hög grad av standardisering. Om detta saknas kan inte kommunikationen och dokumentationen inom och mellan olika informationssystem vara säker och tillförlitlig (Sävenstedt & Florin, 2013). När ansvaret för en patient ska överlämnas till annan vårdgivare måste kommunikationen fungera säkert. Tydliga rutiner och ett standardiserat arbetssätt bör eftersträvas vid informationsutbyte (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). En studie av Melby et al. (2015) visar på att sjuksköterskorna som intervjuades var överens om att elektroniska meddelanden är effektivare då de är mindre tidskrävande än tidigare verbal kommunikation. Deltagarna tyckte det var lättare att mer exakt få ned vad de ville få fram i skrift eftersom de då hade möjlighet att tänka igenom flera gånger innan de skrev ned informationen.

Mina planer

En samordnad utskrivning från slutenvården är en lagstyrd process som syftar till att patienten ska få en så snabb, säker och trygg utskrivning som möjligt. För att detta ska ske behöver berörda vårdkontakter samverka i en planeringsprocess tillsammans med patienten (Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården, 2017). Region Skåne använder sig av IT-stödet Mina planer där planering av SVU samt SIP sker. Patienten ska under hela processen vara delaktig i planeringen av sin vård och omsorg. Om en patient skrivs ut från slutenvården och ska erhålla hjälp från socialtjänsten, kommunens hälso- och sjukvård eller primärvården ska patienten erhålla all nödvändig information om den vård och behandling som givits under vårdtiden och den följande planeringen av insatser (Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården, 2017). Patienten har rätt att läsa all dokumentation i Mina planer, vilket kan på patientens begäran skrivas ut av behörig vårdpersonal. Det är således viktigt att informationen som skrivs är tydligt och omsorgsfullt utformat så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som kränkande av patienten eller dennes närstående. Utskrivningen ska göras effektivt och med bibehållen patientsäkerhet (Region Skåne & Kommunförbundet, 2021).

SVU är en process som innehåller flera olika moment i Mina planer. När

slutenvårdspersonalen informerar patienten om Mina planer, att planering sker digitalt i systemet behövs även medgivande från patienten och en informationsblankett delas ut med förklaring om vad det innebär att vara registrerad i Mina planer. Efter samtycke skrivs patienten in i systemet och i samband med detta fylls datum i när patienten inkom till sjukhus samt inläggningsorsak. Vidare påbörjas kartläggning, där slutenvården fyller i patientens nuvarande hälsostatus, något som ska uppdateras kontinuerligt under vårdtiden. Ansvarig vårdcentral och hemsjukvård fyller i sin del i kartläggningen samt väljer en fast vårdkontakt. När slutenvårdsläkaren anser att patienten är medicinskt färdigbehandlad fylls ställningstagandet, medicinsk ansvarsfördelning och planering i. Slutenvårdspersonal tar även ställning till omedelbara insatser efter utskrivning. Denna publicering kan komma att leda till en SIP vilket primärvården kallar till då de har samordningsansvar (Region Skåne & Kommunförbundet, 2021).

Ett SIP-möte kan hållas inom slutenvården eller i hemmet i nära anslutning till utskrivning från slutenvården (Region Skåne & Kommunförbundet, 2021). Om en patient behöver insatser efter utskrivning från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en SIP genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för dessa insatser. Om insatser behövs från den kommunala hälso- och sjukvården, ska även primärvården medverka i SIP (Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2017).

Perspektiv och utgångspunkter

Författarna har valt att använda Travelbees kommunikationsteori som utgångspunkt i arbetet. Travelbee menar att kommunikation är en process genom meddelanden som delas (Kirkevold, 2000). För att kommunicera behövs en sändare, en mottagare och ett meddelande som måste vara förstådd av de involverade individerna. Kommunikationen är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap. När två människor möts pågår en kommunikation, både verbalt och icke-verbalt. Kommunikation kan beskrivas som en ömsesidig process mellan personer där tankar och känslor delas eller förmedlas. För att kommunikation ska fungera krävs enligt Travelbee bestämda förutsättningar som till exempel förmågan och kunskap att tillämpa den, ett sinne för timing samt att kunna behärska olika kommunikationstekniker. Vidare tar Travelbee starkt avstånd från generaliserande människosyn och förkastar begreppen patient och sjuksköterska,

detta då generella definitioner blir styrande och tar över möjligheterna att se individens unika egenskaper. Enligt Travelbee är målet med omvårdnaden att hjälpa patienten att hantera lidande och sjukdom och att patienten kan känna en mening där den befinner sig (Kirkevold, 2000). Ett problem i kommunikationen som Travelbee pekar på är risken med att inte uppfatta olika nivåer i kommunikationen samt att det glöms bort att se patienten som en individ.

Precis som när en sjuksköterska gör en bedömning att en patient behöver vidare hjälpinsatser i hemmet så beskriver Travelbee att sjuksköterskan måste identifiera patientens omvårdnadsbehov samt de åtgärder som är aktuella för att tillgodose dessa (Kirkevold, 2000). Travelbees omvårdnadsprocess består av att observera och utforska om en person har behov av omvårdnad, att bekräfta eller vederlägga sin behovsbedömning, att avgöra om man är i stånd att tillgodose dessa behov och att i annat fall eventuellt hänvisa till annan vårdgivare samt att planera hur omvårdnadsbehoven ska tillgodoses. Travelbee menar inte att omvårdnadsprocessen måste följas punktligt utan att det viktigaste är att sjuksköterskan kan identifiera och tillgodose patientens behov (Kirkevold, 2000).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur distriktssköterskor i hemsjukvården upplever den digitala informationsöverföringen, när en patient planeras hem från slutenvården via IT-stödet Mina planer för vidare vård i hemmet.

Metod

För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ ansats, då denna är den mest lämpliga för att studera individers upplevelser av ett visst ämne. Vid den kvalitativa forskningen menar Olsson och Sörensen (2021) att förhållningssättet är förutsättningslöst och forskaren försöker möta situationen som om den alltid vore ny och strävar efter helhetsförståelse av speciella förhållande. Detta för att få en så fullständig bild som möjligt av situationen (Olsson & Sörensen, 2021). Vidare vill den kvalitativa metoden karaktärisera något. Centralt är att söka

kategorier, beskrivningar eller modeller som bäst beskriver ett fenomen eller sammanhang i omvärlden. Huvudsyftet med informationsinsamlingen är att upptäcka eller uppmärksamma många och olika mönster. Studien formas av den kontext som den utförs i tillsammans med forskare och informant (Henricson & Billhult, 2017).

Urval

Ett ändamålsenligt urval gjordes av distriktssköterskor och allmänsjuksköterskor med erfarenheter av det som undersöks utifrån studiens syfte. Vilket i denna studie är distriktssköterskor eller allmänsjuksköterskor i hemsjukvården inom Skånes kommuner med erfarenhet av att arbeta i Mina planer. Enligt Henricson och Billhult (2017) är det viktigt att deltagarna kan förmedla sina erfarenheter i form av berättelser muntligt eller skriftligt. För att få en så heterogen grupp som möjligt gjordes inga begränsningar utifrån arbetslivserfarenhet, kön eller etnicitet. För att få ett större urval beslutades att även inkludera de allmänsjuksköterskor som tackat ja till att delta i studien.

Via email kontaktades 15 verksamhetschefer för hemsjukvården och informerades om studien och syftet med den samt ombads att signera en medgivandeblankett om de gav sitt godkännande samt returnera denna till författarna. Nio verksamhetschefer gav sitt godkännande till studien. Tre verksamhetschefer återkom inte med något svar och tre valde att inte delta på grund av för hög arbetsbelastning under Covid-19. Verksamhetscheferna som gav sitt godkännande till studien ombads att vidarebefordra informationsbrev och samtyckesblankett till deras distriktssköterskor och allmänsjuksköterskor i hemsjukvården. De distriktssköterskor och allmänsjuksköterskor som valde att delta i studien fick i informationsbrevet uppgifter om hur de kunde gå till väga för att kontakta författarna. Eventuella frågor besvarades via email eller via telefonkontakt.

Studiegruppen omfattade 13 sjuksköterskor som valde att delta i studien. Av dessa var tio distriktssköterskor och tre allmänsjuksköterskor, några arbetade inom samma kommun. I studien medverkade en manlig distriktssköterska. Medelåldern på deltagarna var 48,3 år där den yngsta var 29 år och den äldsta var 65 år. Den som hade arbetat längst i nuvarande tjänst inom hemsjukvården hade arbetat i 18 år och den som arbetat kortast i fem månader. Genomsnittet för tid i nuvarande tjänst var 6,11 år. Bortfallet är okänt då det var

verksamhetscheferna som skickade ut informationsbrev till sina anställda. Uppgifter samlades inte in om hur många anställda som tillfrågades och hur många som tackade nej.

Intervjuguide

En intervjuguide (Bilaga 1) utformades specifikt för studien och under de specifika frågorna fanns följdfrågor. Följdfrågorna ställdes till informanterna när deras svar behövdes utvecklas (Danielsson, 2017a).

Datainsamling

För att samla in kvalitativa data genomfördes individuella semistrukturerade intervjuer. Det innebär att frågorna var öppna och att de inte behöver tas i samma ordning utan att det anpassas till vad som kom upp i intervjun (Danielsson, 2017a). Författarna planerade att genomföra tolv intervjuer då detta antal anses lämpligt för intervjustudier enligt Kvale & Brinkmann (2014). Eftersom Covid-19 begränsade möjligheten för fysiska möten genomfördes intervjuerna via Zoom under våren 2021. Intervjutider bokades efter informanternas möjlighet samt önskemål. Samtliga informanter blev tillfrågade om inspelning fick göras vilket alla godkände. Två informanter hade problem med programmet Zoom vilket löstes genom att intervjun skedde via högtalarläge på mobilen men ljudinspelningen kunde genomföras via Zoom. Intervjuerna varade mellan 22–41 min. I enlighet med Danielsson (2017a) genomfördes en provintervju där frågorna och upplägget testades. Några frågor togs bort då de uppfattades som lika av deltagaren samt mindre justering av formulering på enstaka frågor gjordes för att förtydliga frågan. Då provintervjun innehöll fynd med relevans för studiens syfte valde författarna att inkludera denna i studien. Oberoende av intervjuordning tilldelades informanterna olika koder efter genomförd intervju. Intervjuerna förvarades i en lösenordskyddad dator och raderades efter att de transkriberats ordagrant.

Analys av data

Inför dataanalysen transkriberades de inspelade intervjuerna av författarna. Det transkriberade materialet analyserades enligt Graneheim och Lundmans (2004; Lundman & Graneheim, 2017) innehållsanalys, vilka menar att intervjutexterna måste läsas ett antal gånger innan analysformen blir tydlig. För att få en helhetsförståelse läste författarna materialet enskilt vid ett flertal tillfällen för att sedan tillsammans diskutera innehållet och få en gemensam förståelse av innehållet. Syftet med den kvalitativa innehållsanalysen är att hitta teman, skillnader och likheter som är återkommande i forskningsmaterialet (Danielsson, 2017b). Nästa steg i analysprocessen var att ta ut meningsbärande enheter vilket kan bestå av en mening, ord eller ett mindre stycke text som svarar på studiens syfte. Grunden för analysen menar Graneheim & Lundman (2004; Lundman & Graneheim, 2017) är att meningsenheterna är lagom stora då för korta kan förlora sammanhanget och för långa kan bestå av flera kategorier och därmed riskera att delar försvinner när analysprocessen fortskrider. Meningsenheterna kondenserades vilket enligt Graneheim & Lundman (2004; Lundman & Graneheim, 2017) innebär att de kortas ner utan att det centrala i innehållet försvinner. De kondenserade meningsenheterna granskades noga och koder diskuterades fram. Koder med liknande betydelse sammanställdes till underkategorier och bildade i sin tur kategorier. För att en innehållsanalys som metod ska få hög tillförlitlighet krävs att redovisningen av stegen i analysen redovisas tydligt, vilka sedan ska gå att verifiera i framkommit resultat (Danielsson, 2017b).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Kod	Underkategori	Kategori
Mina planer där går vi in varje morgon och ser om det har hänt någonting, om vi har någon av våra patienter som har kommit in och blivit inlagda eller om där är någon ny som vi misstänker kan vara på gång till oss(.....)	Går in varje morgon och eftermiddag ser vad som är planerat för våra inskrivna patienter.	Lätt att hålla sig uppdaterad	Fördelar med Mina planer	Lättarbetat system i behov av förbättringar
Erfarenheten är ju att man kanske inte använder kartläggningen i den utsträckningen som man kanske behöver inför en utskrivning (...)	Man använder inte kartläggningen i den utsträckning man behöver inför en utskrivning till hemmet	Kartläggningen används inte som det är tänkt	Nackdelar med att arbeta i ett digitalt system	Lättarbetat system i behov av förbättringar

Förförståelse

Graneheim och Lundman (2004; Lundman & Graneheim, 2017) menar att förförståelsen är den bild som forskaren har av ett fenomen som studerats. Förförståelsen inkluderar bland annat teoretisk kunskap, tidigare erfarenheter men även förutfattade meningar. Förförståelsen kan öppna för möjligheten att upptäcka ny kunskap och få en djupare förståelse (Lundman & Graneheim, 2017). En av författarna har sedan tidigare arbetat med Mina planer inom slutenvården men ingen erfarenhet från hemsjukvårdsperspektivet. Författaren är medveten om sin förförståelse och författarna har diskuterat förförståelsen med varandra kontinuerligt under arbetets gång för att inte färga resultatet.

Forskningsetiska avvägningar

En etisk utmaning när studier genomförs kan vara att människor utnyttjas, skadas eller såras. För att öka sannolikheten att säkerhet, välbefinnande och rättigheter hos deltagarna kan garanteras är att ta hjälp av etiska principer (Kjellström, 2017). Enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, WMA, 2018) betonas att deltagarnas intressen och välfärd väger tyngre än samhället och forskningens behov. Inför studiens genomförande skickades projektplanen samt ansökan in till Vårdvetenskapliga Etikprövningsnämnden (VEN) diarienummer 18–21/2021-01-18 som lämnade sina yttrande gällande studiens genomförande. Efter mindre justeringar skickades informationsbrev samt projektplanen till verksamhetschefer som godkände att studien genomfördes inom deras verksamhet. Vidare gav informanterna sitt samtycke till att intervjuerna genomfördes i enlighet med studiens syfte. Förslag på olika intervjutider mejlades till informanterna och bokades efter deltagarens möjlighet samt önskemål. De blev informerade om att intervjuerna kommer att bli kodade vid transkriberingen samt vid presentation av resultatet. Informanterna informerades även om att det är frivilligt att ingå i studien samt att de kunde välja att avbryta studien vid vilken tidpunkt som helst. Materialet kommer förstöras efter avslutad studie. Deltagarna kommer tillfrågas om de vill ta del av den färdiga studien som då kommer mejlas ut. Resultatet från studien kan bidra till att alla som arbetar med Mina planer kan få en större förståelse för vikten av en gemensam informationsöverföring.

Resultat

Genom analysen framkom en huvudkategori och fem underkategorier som gemensamt beskriver hur distriktssköterskor i hemsjukvården upplever den digitala informationsöverföringen, när en patient planeras hem från slutenvården via IT-stödet Mina planer för vidare vård i hemmet (tabell 2). Resultatet presenteras utifrån kategorierna och underkategorierna där samtliga citat är hämtade från intervjuerna och presenteras i kursivt. Vidare används distriktssköterska som samlingsbegrepp för samtliga deltagare i studien oavsett om deltagaren är sjuksköterska eller distriktssköterska.

Tabell 2. Beskrivning av kategorier och underkategorier

Huvudkategori	Underkategori
Lättarbetat system i behov av förbättringar	Fördelar med Mina planer
	Nackdelar med att arbeta i ett digitalt system
	Konsekvenser av bristande informationsöverföring
	Förståelse för varandras arbete
	Förslag till förbättring

Lättarbetat system i behov av förbättringar

Distriktssköterskorna beskrev Mina planer som ett *lättarbetat system* i behov av förbättringar. Både *fördelar* och *nackdelar* beskrevs av distriktssköterskorna. Nackdelarna med Mina planer fick *konsekvenser* för distriktssköterskorna. Distriktssköterskorna beskrev även *förståelse för varandras arbete* samt gav *förslag till förbättringar*.

Fördelar med Mina planer

Distriktssköterskorna beskrev Mina planer som ett lättarbetat system som snabbt gav dem en överblick över patienter som vårdas inom slutenvården, som inom en snar framtid planerades hem. Distriktssköterskorna beskrev att de gjorde frekventa inloggningar i systemet för att hålla sig uppdaterade på patienternas vårdförlopp, för att se beslut om hemgångar samt

kontrollera om några nya patienter skrivits in i systemet. Mina planer beskrevs även som att ge distriktssköterskorna en möjlighet att bättre planera den hjälp som patienten kunde tänkas behöva utifrån patientens aktuella situation. Exempel på saker som distriktssköterskorna kunde planera var såromläggningar samt läkemedelshantering.

”Jag använder den mycket i samband med att patienter planeras hem. Och det är då att de legat inne på sjukhus och ja liksom får en överblick vad de vill ha hjälp med efter sjukhusvistelsen och det är framför allt läkemedelsansvar från vår sida eller såromläggningar eller andra omvårdnadsbitar men jag använder den främst för att planera hemgångar utifrån de patienter som är mina.”

Distriktssköterska F

Det framkom också att Mina planer sparade mycket tid för distriktssköterskorna. Detta beskrevs som att i stället för att besöka patienter som var ineliggande på olika sjukhus så kunde de enkelt logga in i Mina planer och få en samlad bild över patienterna oavsett var de vårdades. En annan tidssparande effekt av Mina planer som distriktssköterskorna lyfte var att samtliga av patientens vårdgivare dokumenterade i Mina planer. Vilket underlättade för distriktssköterskorna som inte behövde ringa runt till de olika vårdgivarna för att samla information. Distriktssköterskorna ansåg även att en annan fördel med det gemensamma systemet är att samtliga vårdgivare får samma information om patienten samt att alla kan följa dialogerna i meddelandefunktionen. Genom att de olika stegen i Mina planer måste ske systematiskt så upplevde distriktssköterskorna en trygghet, som till exempel att ställningstagande måste vara vidimerad av samtliga vårdgivare innan patienten lämnar slutenvården. Distriktssköterskorna förklarar även att Mina planer har en stor fördel genom att tidigare utförda SIPar finns kvar i systemet, vilket kan underlätta vid en ny SVU då samtliga vårdgivare kan se vilka besluta som är fattade sedan tidigare.

”Att man har ett gemensamt forum där kommunen och regionen kan samla information för att vi ska kunna vårda patienter på bästa vis, det kan jag tycka är bra så att man inte för telefondialoger hit och dit och pratar med olika människor utan det är ett gemensamt verktyg. Det tycker jag är en fördel.”

Distriktssköterska D

Genom att använda sig av Mina planer upplevde distriktssköterskorna att de fick en möjlighet att vara med och påverka planeringen när en patient skrivs hem från slutenvården. Exempel som togs upp av distriktssköterskorna var att de kunde stoppa en hemgång när patienten inte hade haft något brytpunktsamtal eller avsaknad av beslut om fortsatt behandlingsplan i hemmet. Distriktssköterskorna beskrev vidare att med en tydlig planering så finns det information om hur de ska agera om en patient plötsligt blir försämrad i hemmet eller om patienten ska fortsätta med exempelvis näringsdropp. En distriktssköterska belyste hur de genom Mina planer i förväg kan göra slutenvården uppmärksam på vad patienten är i behov av vid en hemgång. Distriktssköterskorna gav exempel som vilka material som behöver skickas med patienten hem eller om extra anpassningar behövde genomföras i hemmet innan hemgång, som då eventuellt kan fördröja patientens hemgång. Vidare upplevde även distriktssköterskorna i hemsjukvården att de har möjlighet att kommunicera med slutenvården om all planering är klar för att kunna ta emot patienten i hemmet.

”Det är att jag kan påverka känner jag. Om jag vet att jag har en patient på väg hem där jag redan innan ser att det kommer bli problem med det ena eller det andra så kan jag framföra det. Till exempel vi kan inte ta hem patienten förrän det eller det är klart liksom.....Som en vårdsäng kan vara jättebra att ha...”

Distriktssköterska C

Nackdelar med att arbeta i ett digitalt system

Något som distriktssköterskorna upplevde som en nackdel var att SVU-planeringen enbart sker digitalt. Distriktssköterskorna upplevde en oro att patienten inte blir lika delaktig i sin planering av vården genom Mina planer när det inte längre förekommer ett fysiskt möte mellan patient, vårdgivare och anhöriga, där patienten har möjlighet att föra sin egen talan. Distriktssköterskorna belyste vikten av att vara observant på att information kan förloras med ett digitalt system. Exempelvis upplevde flera distriktssköterskor att en muntlig rapport ger en bredare bild av patientens tillstånd och att det även ger en möjlighet att ställa följdfrågor om något upplevs oklart. Distriktssköterskorna påtalade även att en text kan tolkas olika av olika personer vilket kan öka risken för missförstånd och därmed orsaka en fara för patienten. Andra nackdelar som distriktssköterskorna upplevde med Mina planer är hur skört det är när tekniken inte fungerar. Vid avbrott i systemet beskriver en del distriktssköterskor känslan av

att inte ha kontroll, då viktig information om patienterna inte finns tillgänglig och hur detta skapar svårigheter för distriktssköterskan att utföra sina arbetsuppgifter.

”Nackdelen är när det ligger nere. För då är vi helt lost och det händer ibland. Inte så jätteofta det gör det inte men så fort systemet ligger nere så har vi ju ingen koll på nya som kommer in så att säga.”

Distriktssköterska A

”Nackdelarna är att väl kanske att man förlorar den muntliga kommunikationen på ett visst sätt att det blir mycket att man....den där chatt funktionen finns...och den är både bra och dålig...men det blir kanske lätt att man får missförstånd sinsemellan och att man kan tolka det på olika sätt olika bedömningar.”

Distriktssköterska F

En nackdel som några distriktssköterskor lyfte fram var att informationen i kartläggningen i Mina planer kunde ändras precis innan hemgång. Distriktssköterskorna upplevde att kartläggningen påbörjades när patienten skrevs in i Mina planer vid inskrivningen på avdelningen. Därefter uppdaterades den inte förrän när distriktssköterskorna ställde frågor via meddelandefunktionen eller när distriktssköterskorna påminde om det. Ytterligare en nackdel som lyftes under intervjuerna med distriktssköterskorna var upplevelsen av att slutenvården kunde missa att dokumentera bland annat patienternas in eller utfarter samt om patienterna hade något sår.

Distriktssköterskorna upplevde en nackdel med att dokumentationen i kartläggningen inte överensstämde med verkligheten. Distriktssköterskorna upplevde att det inte framkommer via dokumentationen i kartläggningen hur patienternas aktuella tillstånd är på sjukhuset. Som exempel menar distriktssköterskorna att patienterna kan vara i ett annat skick än kartläggningen beskriver, när patienterna kommer hem. Distriktssköterskorna upplevde att när patienterna var i bättre skick än kartläggningen uppgav så var det inte ett så stort bekymmer. Det upplevdes värre om patienterna var i ett sämre tillstånd vilket gör att akuta insatser måste ombesörjas eller att extra personal måste kontaktas vilket kan bli problematiskt med kort varsel. Vidare upplevde distriktssköterskorna att patienter med ett större vårdbehov får en tydligare dokumentation i kartläggning i Mina planer och att det framgår mer distinkt vem som har ansvar för patientens vidare vård jämfört med patienter med ett mindre vårdbehov.

”En viss otrygghet, stämmer verkligheten?...Jag hade velat ha lite mer, aktuellt tillstånd kan man säga. Det hade jag velat ha.... så att man inte behöver utgå från att jaja....det stämmer ungefär...eller ja 70%-80% ...sen förväntar jag mig precis allt möjligt.”

Distriktssköterska J

”Jag tror att man hade behövt vara ärligare i sin kartläggning. Tror jag faktiskt.”

Distriktssköterska B

Konsekvenser vid bristande informationsöverföring

Distriktssköterskorna påtalade hur beroende de är av att utskrivningsdatumet i Mina planer uppdateras kontinuerligt av slutenvården. Distriktssköterskorna beskrev vilka konsekvenser som uppstår när utskrivningsdatumet exempelvis plötsligt flyttas fram till dagen efter. De upplevde att de i en sådan situation utsätts för hög stress och att planeringen inte blir optimal samt att risken för att misstag uppstår upplevs som stor. Vidare berättade distriktssköterskorna under intervjuerna att de förstår att patienternas tillstånd snabbt kan förändras och att patienterna planeras hem tidigare än tänkt. Distriktssköterskorna beskrev ytterligare en konsekvens när de inte får information i tid i Mina planer, det gör då att de tvingas till att göra akutbeställningar för att få hem saker i tid. Distriktssköterskorna förklarar att de planerar och arbetar efter beräknat utskrivningsdatum och ändras inte datumet så utgår distriktssköterskorna från att datumet stämmer. Dessa akutbeställningar skapar då onödiga kostnader när material i stället hade kunnat beställas hem med ordinarie leveranser och på så sätt minska utgifterna för kommunen enligt distriktssköterskorna.

”Jag hade nog önskat att de kartlade lite hela tiden under hela vårdförloppet så att man liksom har lite koll för helt plötsligen... alltså det kan stå still och så helt plötsligt bara pang! Nu ska de hem och så har man inte hunnit med. Så det hade varit skönt om man hela tiden får uppdatering om någonting ändras och sen att vi får rapporten dagen innan de kommer hem!”

Distriktssköterska H

Distriktssköterskorna upplevde att en bristfällig dokumentation i kartläggningen får många konsekvenser när patienten kommer hem. Som exempel lyfte distriktssköterskorna att de står

utan information om varför patienten har kvar till exempel sin in eller utfart. Ett annat stort bekymmer blir då att distriktssköterskorna inte har något material för att sköta omvårdnaden kring denna. Distriktssköterskorna upplevde att patientsäkerheten äventyras när en patient kommer hem utan material, läkemedel med mera då inte rätt behandling kan uppnås. Trots att distriktssköterskorna påtalar via meddelandefunktion i Mina planer att till exempel läkemedelsmodulen ska uppdateras, att det ska beställas apodos-rullar samt att läkemedel ska skickas med för X antal dagar så missas detta vid hemgång. Vidare upplevde distriktssköterskorna att det kan uppstå stora konsekvenser för patienten om distriktssköterskorna inte kan sköta omvårdnaden av patienten utifrån SVU-planeringen som skett i Mina planer. Distriktssköterskorna menade att de har rätt att skicka tillbaka patienten till sjukhuset för en återinläggning men att distriktssköterskorna inte upplevde det är etiskt rätt för en skör äldre person att åka med sjuktransport fram och tillbaka på en hård brits från hemmet. Distriktssköterskorna menade då att de istället väljer att försöka göra det bästa för patienten genom att leta material från kollegor eller i det lilla basförrådet som finns samt att de kör väldigt långa sträckor till närmsta apotek, allt för att underlätta för patienten tills nästa beställning finns på plats.

”Egentligen så får vi ju om det inte är medskickat och vi inte kan vårda patienten utifrån vad som är bestämt så får ju vi egentligen skicka tillbaka patienten till utskrivande enhet. Men många gånger gör man ju inte det på grund av ja man tänker ju etiskt, att det inte är etiskt korrekt att göra så mot patienten..... För har jag inte grejerna för att kunna vårda patienten utifrån de behoven de har så är det ju inte alls patientsäkert.”

Distriktssköterska D

”Alltså..... informationsöverföringen..... det är där det brister så klart, kartläggningen. Ja, alltså man kan börja med då med att kartlägga en person som kommer in till slutenvård sen uppdaterar man inte. Oftast är det brister i uppdateringen över tid.”

Distriktssköterska E

Distriktssköterskorna beskrev en konsekvens som uppstår när slutenvården skriver hem en patient innan ställningstagande i Mina planer är ifyllt av samtliga vårdgivare. Enligt distriktssköterskorna blir konsekvensen av detta att slutenvården fortfarande står som ansvarig

för patienten tills primärvården har godkänt ställningstagandet. Distriktssköterskorna beskrev att de då kan hamna i en svår situation eftersom de då upplever att slutenvården oftast anser att de inte har ansvar för patienten efter hemgång. Samtidigt beskrev distriktssköterskorna även att de i en sådan situation måste vända sig till slutenvården för att exempelvis få hjälp med ordinationer. Distriktssköterskorna upplevde också att det är svårt att få tag i ansvarig läkare inom slutenvården då de befinner sig på många olika platser och oftast står upptagna vilket gör det osäkert för distriktssköterskorna att få klarhet i vissa beslut. Det framkom att distriktssköterskorna upplevde det som väldigt tidskrävande att samordna och reda ut saker i efterhand för att kunna lösa det så bra som möjligt för patienten.

”De skrivs ut utan att det är justerat och ifyllt. Oftast fylls det i fem i tolv och så förväntas vi att ta hem dem klockan tolv.”

Distriktssköterska H

”Börja med att ringa till avdelningen, fråga om de har några grejer där som är glömda. Annars måste vi be dem kontakta läkarna och de är ju inte alltid intresserade av det heller. För har de väl fått ut patienten så är de klara tycker de. Så det är jättemycket jobb med att just få allt rätt.”

Distriktssköterska A

Vidare belyste distriktssköterskorna en konsekvens av dubbeldokumentationen i Mina planer för sjuksköterskorna inom slutenvården. De beskrev att först ska sjuksköterskorna dokumentera i Regionens journaler och därefter uppdatera dokumentationen under kartläggningen i Mina planer med samma information. Distriktssköterskorna upplevde att sjuksköterskorna undviker dubbeldokumentation genom att i kartläggningen dokumentera att de faxar till exempel en sårjournal vid hemgång. Vilket distriktssköterskorna anser blir ett problem då de har svårt att planera tidsåtgången för såromläggningen innan hemgången eftersom de inte känner till sårets karaktär när det inte finns dokumenterat i kartläggningen. Dock belyste distriktssköterskorna att de förstår att det är väldigt tidskrävande och stressande för sjuksköterskorna.

”Vi får ofta till oss från slutenvården att många gånger så blir det en dubbel dokumentation. Dom har redan dokumenterat i sina journalsystem tex om man

har en stor såromläggning så kan det ibland vara svårt att få in i kartläggningen.” Distriktssköterska E

Förståelse för varandras arbete

Flertalet av distriktssköterskorna påtalade flera gånger under intervjuerna att för ett bättre samarbete med slutenvården i Mina planer krävs en förståelse för varandras arbete. Distriktssköterskorna upplever att slutenvårdspersonalen inte förstår hur ensamma och utsatta distriktssköterskorna är i hemsjukvården som endast har sin kunskap och arbetar utan redskap. De menar att det är slutenvården som förser distriktssköterskorna med redskap i form av material som skickas med patienten samt information i Mina planer för att de ska kunna vårda patienten i hemmet på bästa sätt. Distriktssköterskorna menar att den enda informationen de har att tillgå är informationen som framkommer från Mina planer. Distriktssköterskorna uppgav att de inte kan läsa i Regionens journaler och har heller ingen läkare på plats att kunna vända sig till snabbt, då läkarna finns på vårdcentralen och ofta är upptagna med bokade patienter. En distriktssköterska påtalade att de nyexaminerade sjuksköterskorna och läkarna som arbetar inom slutenvården hade bättre förståelse för vikten av väldokumenterade kartläggningar och ställningstagande.

”Vi har ju ingen journal där vi kan se någon annans anteckning. Det är ett stort mörker. Vi bygger upp det själv, vi ser ju inga labprover, inga röntgensvar, inga undersökningar, ingenting. Och är det väldokumenterat, är det bra för det är det jag lägger in i journalen och det är det jag bygger på.....sjukhuset måste förstå och tänka sig in i vår sits hemma, som jag sa vi har ingenting. Det jag inte får, det kan inte jag ta reda på någon annanstans liksom. Så vikten av bra planer. Jag har jobbat inom slutenvården i 26 år så det var en chock på många sätt att komma hit och se hur ensam man står i hemsjukvården, det är fullständigt olika världar.”

Distriktssköterska C

Distriktssköterskorna hade förståelse för stressen som sjuksköterskorna har inom slutenvården när de inte känner patienten sedan föregående pass och står inför en SVU-planering i Mina planer. Distriktssköterskorna berättade att de tidigare varit verksamma som sjuksköterskor inom slutenvården och därför vet hur det fungerar. Enligt distriktssköterskorna i hemsjukvården har de helt andra förutsättningar än sjuksköterskorna inom slutenvården, då de

ofta står helt ensamma med patienten i hemmet. Distriktssköterskorna upplevde att slutenvården inte alltid tog vara på deras kunskap och erfarenhet.

”Att de skulle veta mer om våra olika organisationer om man säger så. Det är för dålig förståelse... De tror tex man har allt hemma i ett medicinskåp men det har man ju inte. En ökad förståelse för varandra kan man säga.” Distriktssköterska M

Förslag till förbättring

Flera gånger påtalade distriktssköterskorna att de önskade att slutenvårdens personal var bättre insatta i hur Mina planer är tänkt att fungera samt kring rutiner och lagar. Som förslag önskade distriktssköterskorna att slutenvården hade dokument som finns angående Mina planer lättillgängliga som de kunde uppdatera sig på. De upplevde att slutenvårdspersonalen inte förstod omfattningen av Mina planer och hur systemet var tänkt att fungera. Enligt distriktssköterskorna så hade troligen kartläggningen och ställningstagandet blivit bättre vilket i sin tur leder till bättre och säkrare hemgångar om kunskapen och förståelsen ökade. För att öka förståelsen för varandras arbetssituation föreslog en distriktssköterska att de skulle hospitera hos varandra.

”Det är viktigt med en bra planering och att alla är insatt i det och kan det, hur allting ska fungera. För att det ska bli bäst, tryggt, säkert både för mig som sjuksköterska och för patienten hemma. För det är ju så att man står alldeles ensam sen när man hemma med patienten. Har man då ingen bra utskrivning kan det bli hur fel och jättetröst som helst.”

Distriktssköterska C

”Ett stort problem inom slutenvården är att kunskap saknas om hur man ska använda Mina planer och informationsöverföringen. Det har blivit betydligt bättre men just informationsöverföringen är där det brister. Det ser vi näst intill dagligen.”

Distriktssköterska E

Ytterligare ett förslag som distriktssköterskorna gav var att alla som är delaktiga i vården inne på sjukhuset dokumenterade i Mina planer. De upplevde att sjuksköterskorna inte alltid är de

som hade uppdaterad information om patienternas omvårdnadsbehov utan hade önskat att undersköterskorna var mer aktiva i Mina planer. Distriktssköterskorna menar att det oftast är undersköterskorna som är uppdaterade då de hjälpt patienten med till exempel såromläggning, toalettbesök, förflyttningar då sjuksköterskorna gör mycket annat som medicindelning, rond med mera. Vidare lyfte distriktssköterskorna att de upplevde att paramedicinerna var mycket aktiva i Mina planer med uppdateringar. Distriktssköterskorna önskade att slutenvården arbetade mer i Mina planer gentemot hemsjukvården redan från början genom att slutenvården påbörjade kartläggningen direkt vid inskrivningen och sedan arbetar med uppdatering av den kontinuerligt. Att slutenvården ser helheten runt patienten och inte bara sjukhusförloppet upplevdes viktigt av distriktssköterskorna för att patienten ska få en säker och god vård. För att få en tydligare kartläggning gav distriktssköterskorna förslag på att Mina planer automatiskt skulle hämta information från Regionens journaler för att på så sätt minimera dubbeldokumentationen. Ett annat förslag som lyftes av distriktssköterskorna var att när det beräknade utskrivningsdatumet flyttas med kort varsel att de då får en notis eller annat som gjorde att de blev uppmärksammade på de nya ändringarna i Mina planer.

”Kanske om undersköterskorna hade varit mer delaktig som kanske är närmare patienten, hur den förflyttar sig och sköter hygien...kanske.... Kanske mer att var och en dokumenterar det de är bra på.”

Distriktssköterska B

Ett annat förslag på förbättring av SVU-planeringen i Mina planer samt hemgången som distriktssköterskorna gav var att varje avdelning inom slutenvården skulle ha en ansvarig sjuksköterska som enbart arbetade med Mina planer och ansvarade för utskrivningarna. En sjuksköterska som distriktssköterskorna snabbt kunde få svar av via meddelande eller vända sig till vid oklarheter. En samordnande sjuksköterska på avdelningen som såg till att allt var klart i Mina planer vid hemgången, att läkemedel var packade, att material samt epikris var med hade varit önskvärt för distriktssköterskorna. Distriktssköterskorna upplevde att det hade varit en stor vinst för patienterna då mycket fel hade minimerats.

”Jag skulle vilja, det allra bästa hade varit om de på sjukhusen hade haft någon som samordnar det här med hemgångar. Det hade varit bra tycker jag att någon hade varit en samordnande länk i det, när det är tid att skriva ut dem. Det hade varit ett sådant drömscenario.” Distriktssköterska A

”Då skulle det vara någon på sjukhuset som har tid till detta. Jag vet ju hur de springer och försöker få ihop allt att det ska bli rätt. Att någon bara sysslade med det där och såg till att varje hemgång är klar att alla grejor är med. Det hade varit bra. Så där skulle varit någon som bara sysslar... såg till det, som kanske var frikopplade från andra uppgifter.”

Distriktssköterska C

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna valde en kvalitativ metod då syftet var att beskriva distriktssköterskornas upplevelser av Mina planer, eftersom Olsson & Sörensson (2021) menar att kvalitativ forskning utgår från en erfarenhetsbaserad kunskap med människans perspektiv på världen. Syftet är att sträva efter en helhetsförståelse och bidra till ny kunskap inom området. Eftersom det oftast inte bara finns en sanning utan flera alternativa tolkningar menar Graneheim och Lundman (2004) att det är viktigt att forskaren genom olika åtgärder påvisar studiens trovärdighet, vilket kan göras utifrån begreppen giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet. Dock menar Graneheim och Lundman (2004) att även om begreppen delas in olika så bör de inte ses som oberoende av varandra.

Enligt Lundman och Graneheim (2017) kan ett resultat anses giltigt genom att finna deltagare som bedöms ha erfarenhet av det som ska studeras och är villiga att berätta. Det upplevdes generellt svårt att komma i kontakt med verksamhetscheferna för att få ett medgivande och flertalet mejl skickades ut varje vecka. Hög arbetsbelastning under pandemi Covid-19 var en anledning till att tre verksamhetschefer valde att tacka nej till att delta. Tre verksamhetschefer svarade inte på mejlet överhuvudtaget. Vidare är det oklart hur många distriktssköterskor/sjuksköterskor som tillfrågades samt avböjde om att medverka i studien då verksamhetschefen delgav sin anställda. Författarna anser inte detta som något som påverkat resultatet som trots allt omfattar de antal intervjuer som var planerade från början. Vidare anses förfarandet etiskt korrekt då verksamhetschefen inte ville lämna ut uppgifter om distriktssköterskorna vilket uppfyllde kravet på frivillighet. Vid vissa fall delgav verksamhetschefen författarna

mejladresser till distriktssköterskor som var intresserade att delta i studien som författarna sedan kontaktade. Informanternas varierande ålder (29–65 år) samt antal år i nuvarande tjänst (5 månader-18 år) ansågs berika resultatet med fler infallsvinklar. Endast en man deltog i studien vilket kan förklaras av att endast 3% manliga distriktssköterskor fanns i yrket 2018 (Statistiska centralbyrån, 2020). Graneheim och Lundman (2004) menar att en viktig del i en studies trovärdighet är hur stabil datamaterialet är över tid. Eftersom genomförd studie är utförd under relativt kort tid anses det som en styrka då datamaterialet är insamlat under tre månader.

Tillförlitligheten handlar om ifall datainsamlingsmetoden är den mest lämpliga för studiens syfte och om den mängd data som samlats in är tillräckligt stor för att svara på studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004). Med anledning av den rådande pandemin med covid-19 genomfördes semistrukturerade intervjuer med öppna frågor digitalt med e-mötesprogrammet Zoom, där deltagarna godkände att inspelning genomfördes. Författarna i studien använde sig av en intervjuguide vilket gjorde att alla deltagarna erhöll samma frågor, vilket anses som en styrka enligt Graneheim och Lundman (2004). En risk med detaljerade frågor är att det kan förstöra interaktionen i intervjusituationen genom att intervjuaren är styrd av sin intervjuguide (Danielsson, 2017a). Vid en intervju fick författarna använda flertalet följdfrågor för att få svar på syftet vilket kan anses som en svaghet genom att författarna kan ha styrt intervjudeltagaren.

Vidare utfördes intervjuerna av båda författarna tillsammans vilket upplevdes som en fördel då en kunde ställa frågor och den andra kunde observera och komma med kompletterande frågor vid behov. Vid ett intervjutillfälle genomfördes en intervju enskilt av den ena författaren vilket kan anses som en svaghet genom att eventuella följdfrågor uteblev. Dock bedömdes intervjun innehålla ett värdefullt bidrag till resultatet vilket gjorde att den inkluderades. Möjligheten att kunna lyssna på intervjun i efterhand flera gånger bidrar till en högre kvalitet av resultatet då transkriberingen eftersträvas att bli ordagrann och risken för att författarna förvränger vad informanterna sagt blir mindre än om endast anteckningar gjorts under samtalet. Att intervjuerna genomfördes digitalt besparade både informanterna och författarna tid då författarna kunde anpassa sig till stor del efter informanternas önskemål om tid och datum eftersom inga resor och förflyttningar var nödvändiga för att genomföra intervjun. Det ökade även möjligheterna att nå kommuner långt från orten där författarna utgick ifrån. Digitala intervjuer kan också varit en bidragande orsak till att när informanterna

väl hade fått information om att studien skulle genomföras digitalt av verksamhetscheferna så var intresset övervägande positivt till att delta. En svaghet med studien då intervjuerna skedde digitalt var att författarna inte kunde se hela rummet som den intervjuade satt i. Vid två intervjutillfällen blev det även tydligt att informanterna blev störda av att en person kom in i rummet för att hämta något. Enligt Olsson och Sörensson (2021) har rummet betydelse i den meningen att svaren kan påverkas om miljön runt omkring är stressande eller om någon utomstående lyssnar på vad som sägs. Avbrotten var korta och intervjuerna tog vid direkt när det störande momentet var över. Författarna bedömde att intervjuerna med avbrott var lika rika på information som övriga intervjuer.

För att tillförlitligheten av studien ska uppnås menar Lundman och Graneheim (2017) att det är viktigt att analysen utförs av flera författare eftersom en likvärdig tolkning skapar ett tillförlitligt resultat samt att de mest adekvata meningsenheterna väljs ut. Författarna läste intervjuerna enskilt ett flertal gånger och diskuterade sedan innehållet för att få en gemensam förståelse av innehållet. I enlighet med studiens syfte valdes sedan meningsenheter ut. För att säkerställa att meningsenheternas rätta innebörd uppfattades korrekt diskuterade författarna kontinuerligt med varandra. Vid oklarheter diskuterades meningssenheter till consensus mellan författarna uppstod. En styrka med gemensamma diskussioner kontinuerligt är att resultatet minimeras att bli färgat av en författares förförståelse. Vidare fortsatte analysarbetet med att formulera koder, underkategorier och kategorier. Dessa formulerades tillsammans av författarna som även diskuterat med handledare då författarna har lite erfarenhet av kvalitativ innehållsanalys. Även vissa underkategorier och kategorier har omstrukturerats och reducerats under arbetets gång.

Forskarens delaktighet är given enligt Lundman och Graneheim (2017) eftersom samspelet under intervjuerna av berättande karaktär innebär att författaren är medskapare av texten. Resultatet av en intervjustudie kan således inte ses som oberoende av forskaren, dock är det intervjupersonens röst som ska redovisas (Lundman & Graneheim, 2017). Mot bakgrund av detta har författarna valt att presentera citat från intervjuerna kursivt i resultatet för att förtydliga deltagarnas röster. Vidare har författarna valt ut de citat som är mest representativa från transkriberad text i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Eftersom intervjuerna genomfördes via Zoom kan delaktigheten påverkats genom att samspelet mellan intervjudeltagarna och författarna blivit sämre även om författarna försökte uppnå en så bra interaktion som möjligt. Genom digitala intervjuer kan deltagarna uppleva att det blir ställt till

skillnad från ett personligt möte samt kroppsspråket blir svårare att tyda. Samtidigt genomfördes intervjuerna ett år efter Covid-19 utbrott och många av intervjudeltagarna uppgav att de blivit relativt vana vid digitala möten det senaste året.

Överförbarhet innebär i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer. Genom att noggrant beskriva urval, deltagare, datainsamling, analys samt de omständigheter som utgör kontexten för studien så underlättas bedömningen av överförbarheten enligt Lundman och Graneheim (2017). I denna studie är tillvägagångssättet väldokumenterat och beskrivet samt urvalet utförligt beskrivet för att ge läsaren en möjlighet att avgöra om resultatet är överförbart till en annan grupp eller kontext. En svaghet i denna studie kan vara att endast en man deltog, vilket kan påverka överförbarheten till andra manliga distriktssköterskor. Intervjuguiden finns med som en bilaga för att underlätta överförbarheten.

Resultatdiskussion

Det framkom både fördelar och nackdelar med Mina planer i studien. Fördelarna med systemet är bland annat att det var tidsbesparande och att distriktssköterskorna kunde planera med framförhållning. Den största fördelen var att Mina planer är ett gemensamt forum för alla vårdgivare och det upplevdes som en trygghet att systemet kräver att samtliga vårdgivare måste godkänna planeringen innan patienten lämnar slutenvården. Detta har i tidigare forskning (Melby et al, 2015; Munchhof et al, 2020) visat att sjuksköterskorna både inom slutenvården och kommunen var överens om att elektroniska meddelanden är effektiva samt att de föredrog detta eftersom det upplevdes mindre tidskrävande än verbal kommunikation. Dock upplevde distriktssköterskorna att de var tvungna att gå in i systemet flera gånger per dag för att se om någon uppdatering skett. Det kan tolkas som stressande för distriktssköterskorna att hela tiden hålla sig a jour för att inte missa någon ny uppdatering i systemet. Någon form av notis hade underlättat för distriktssköterskorna vid exempelvis uppdateringar i patientens kartläggning. Munchhof et al. (2020) menar att när en ny vårdgivare ska ta över ansvaret för en patient kan elektroniska meddelanden som är uppdaterade bidra till en mer komplett utskrivningsinformation. Vid uppdatering av patientinformation kan även automatiserade notiser i systemet underlätta arbetet (Munchhof et al., 2020).

I resultatet framkom att en nackdel med systemet var osäkerheten kring informationen från slutenvården om det som dokumenteras om patienten i kartläggningen samt risken för feltolkning av den skrivna texten. Många gånger upplevs informationen som missvisande då patienten ofta är i ett annat tillstånd när patienten kommer hem. Vidare upplevde distriktssköterskorna att de fick ifrågasätta om informationen som uppdaterats i Mina planer verkligen stämmer. Detta är något som skapar en stor osäkerhet för distriktssköterskorna om de verkligen kan lita på informationen som slutenvården uppdaterar i Mina planer. Tidigare studier (Lundereng et al., 2020) uttrycker att även om sjuksköterskorna inom slutenvården och i hemsjukvården uttryckte en genuin omtanke för patienten så präglas samarbetet av olika uppfattningar av patientens behov. Travelbee (1971) menar att det viktigaste är att sjuksköterskan kan identifiera och tillgodose patientens behov och att sjuksköterskan ska göra en behovsbedömning och utifrån den planerade vården. Om ansvarig sjuksköterska inte kan tillgodose omvårdnaden ska denna lämnas över till en annan vårdgivare för vidare vård (Kirkevold, 2000; Travelbee, 1971). Om behovsbedömningen fallerar och information uteblir kan heller inte mottagande vårdgivare tillgodose patientens initiala behov utan måste direkt göra en ny behovsbedömning. En konsekvens till bristande kartläggningen medför att distriktssköterskorna måste avgöra om de ska skicka in patienten till slutenvården igen. Tidigare forskning (Dolu et al., 2021) menar att patienter ofta skrivs hem utan tillräcklig information och att det blir upp till patienten att berätta om sina behov. Vidare menar andra studier (Facchinetti et al., 2019; Pursaczyk et al., 2019) att en av de vanligaste orsakerna till återinläggning är den bristfälliga kommunikationen från slutenvårdens sida och där välplanerade hemgångar kan minska återinläggningarna. Även en osäkerhet beskrevs om vilken information som skulle delas samt om den uppfattats korrekt av mottagaren (Lundereng et al. 2020). Vilket kan vara en orsak till att informationen i Mina planer uppfattas olika av slutenvårdspersonalen och distriktssköterskorna. Travelbee (1971) menar i sin kommunikationsteori att den reflekterande tekniken ska få sändaren att reflektera över meddelandet som kommunicerats, något som slutenvården borde ta i beaktande och ge mer utrymme till i SVU-planeringar. Som tidigare studier (Lemetti et al., 2016; Pellet, 2016; Facchinetti et al., 2021) belyst så har patientansvarig sjuksköterska ingen avsatt tid för hemgångsplaneringen och ska ofta vårda flera sjuka patienter samtidigt. Detta skulle kunna medföra att hemgångsplaneringen blir forcerad och därmed bristfällig samt att patientsäkerheten kan ifrågasättas. En tidigare studie (Munchhof et al., 2020) beskriver hur betydelsefull informationen i elektroniska meddelanden är när en patient skrivs ut från slutenvården och hur det kan orsaka patientskada om information missas.

Ytterligare en nackdel som framkom i resultatet var hur tidskrävande distriktssköterskorna upplevde det är att reda upp felaktigheter efter patienternas hemgång när informationsöverföringen brister. När detta sker beskrev distriktssköterskorna att de kände sig otillräckliga och stressade men även känslan av att vara ensamma. De upplevde att i stället för att vara med patienten så spenderas tiden med att lösa situationen. Travelbee (1971; Kirkevold, 2000) menar att för att omvårdnaden ska uppnå sitt syfte måste patienten och sjuksköterskan etablera en relation. Men detta blir svårt att uppnå när distriktssköterskan inte får tid till det. Tidigare studier (Foged et al., 2018; Lundereng et al., 2020; Nordmark et al., 2015; Petersen et al. 2019) menar att genom att inte få rätt information i tid av slutenvården så leder det till ökat arbete för distriktssköterskan i hemsjukvården. Vidare menar de att en bristande utskrivningsplanering kan leda till att sjuksköterskorna i hemsjukvården står utan avgörande material, mediciner och utrustning samt att slutenvården inte förstod hur svårt det var för distriktssköterskorna att få tag i material (Foged et al., 2018; Lundereng et al., 2020; Nordmark et al., 2015; Petersen et al. 2019). Dolu et al. (2021) menar att det ofta saknas tydliga instruktioner vid utskrivningsplaneringen om bland annat såromläggningar samt hur uppföljningar ska ske och att detta kan leda till utbrändhet hos distriktssköterskorna eftersom mycket tid spenderas på att få ordning på felaktigheterna.

I resultatet framkom att många distriktssköterskor börjat sina karriärer inom slutenvården och har en lång arbetslivserfarenhet samt en bred kunskap. Något som kunde upplevas som frustrerande av distriktssköterskorna var när de kände att slutenvårdspersonalen inte tog vara på deras kunskap. Tidigare studier (Petersen et al., 2019) bekräftar att sjuksköterskor i kommunen oftast har längre erfarenhet än sjuksköterskor inom slutenvården. Trots detta ansåg slutenvårdspersonalen sig som specialister och var osäkra på om distriktssköterskorna kunde tillgodose patientens omvårdnadsbehov då de var dåligt insatta i distriktssköterskornas kunskap och utbildning (Lino, 2021; Petersen et al., 2019). Ett annat och stort problem som distriktssköterskorna upplevde var att slutenvårdspersonalen har dålig kunskap om vilken information hemsjukvårdspersonalen behöver när de tar emot en patient i hemmet och ett önskemål var att slutenvården var mer insatt i lagar och rutiner. Tidigare forskning (Dolu et al., 2021; Foged et al., 2018; Lundereng et al., 2020; Munchhof et al., 2020) menar att många felaktigheter från slutenvårdens sida hade minimerats genom en ökad kunskap kring hemsjukvårdens arbetsförhållande. Samt att all personal som arbetar med utskrivningar från slutenvården borde vara välutbildade i utskrivningar samt hålla sig uppdaterade till rutiner.

Som förslag på förbättringsarbete framkom det i resultatet att det hade varit önskvärt att få hospitera hos varandra, dels för att öka förståelsen för varandras arbetssituation, dels för ett mer fungerande samarbete. Då det i dagsläget upplevdes som att man var väldigt långt ifrån varandra när det gällde kunskap om varandras arbetsmiljö. Travelbee (1971) menar att empati uppstår när individerna har liknande erfarenheter och att förmågan att förstå eller förutse den andras handlingar begränsas av sina egna erfarenheter. Empati ökar således av omfattande erfarenhet samt av en önskan om att förstå den andra personen. Tidigare forskning (Dolu et al., 2021; Facchinetti et al., 2019; Lino, 2021; Lundereng et al., 2020; Munchhof et al., 2020) belyser att samarbetet mellan sjuksköterskorna på sjukhuset och i hemsjukvården präglas av brist på kunskap och förståelse för varandras situation. Sjuksköterskorna beskrev att de kände sig långt ifrån varandra vad det gäller arbetsätt samt en osäkerhet kring vad den andre kan om olika procedurer. Vidare beskrivs att när det fanns en personlig kännedom om den man samarbetade med så ökade även förtroendet för varandras förmågor och bedömningar. Dåligt samarbete och bristande kommunikation mellan olika vårdgivare kan påverka patientens hälsa negativt (Dolu et al., 2021; Facchinetti et al., 2019; Lino, 2021; Lundereng et al., 2020; Munchhof et al., 2020).

Konklusion och implikationer

Studiens resultat visar att tydlig informationsöverföring framkommer genom bra samarbete och förståelse för varandras arbetssituation vilket även leder till bra arbetsflöde och en ökad patientsäkerhet. Fördelarna med Mina planer var framför allt att det sparade tid för distriktssköterskorna, att de fick en sammanhållen information som var gemensam med slutenvården. Nackdelarna var hur och när det dokumenteras samt hur dokumentationen uppfattas. Studien belyser risker med digital informationsöverföring vilket är viktigt att beakta vid en hemgångsplanering för samtliga användare i Mina planer.

Denna studie hade distriktssköterskorna i hemsjukvårdens perspektiv men framtida studier kan med fördel genomföras från både sjuksköterskorna i slutenvården- och primärvårdens perspektiv. Vidare hade det varit intressant att jämföra för och nackdelar med Mina planer mot andra digitala informationssystem som används i andra län.

Referenser

- Bökberg, C., & Drevenhorn, E. (2017). Omvårdnad av vuxna och äldre. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (2 uppl., s. 59–76). Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (4 uppl., s. 143–155). Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (4 uppl., s. 285–301). Studentlitteratur.
- Dolu, İ., Naharçl, M. İ., Logan, P. A., Paal, P., & Vaismoradi, M. (2021). Transitional “hospital to home” care of older patients: healthcare professionals’ perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), 871–880. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/scs.12904>
- Facchinetti, G., Ianni, A., Piredda, M., Marchetti, A., D’Angelo, D., Dhurata, I., Matarese, M., & De Marinis, M. G. (2019). Discharge of older patients with chronic diseases: What nurses do and what they record. An observational study. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 28(9/10), 1719–1727. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.14782>
- Facchinetti, G., Albanesi, B., Piredda, M., Marchetti, A., Ausili, D., Ianni, A., Di Mauro, S., & De Marinis, M. G. (2021). “The light at the end of the tunnel”. Discharge experience of older patients with chronic diseases: A multi-centre qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 77(5), 2417–2428. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jan.14790>
- Foged, S., Nørholm, V., Andersen, O., & Petersen, H. V. (2018). Nurses’ perspectives on how an e-message system supports cross-sectoral communication in relation to medication administration: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 27(3–4), 795–806. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.14109>
- Fossum, B. (2019). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården* (2 uppl., s. 27–77). Studentlitteratur.
- Goldman, J., MacMillan, K., Kitto, S., Wu, R., Silver, I., & Reeves, S. (2018). Bedside nurses’ roles in discharge collaboration in general internal medicine: Disconnected, disempowered and devalued? *Nursing Inquiry*, 25(3), 1. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/nin.12236>
- Graneheim UH, & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
- 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.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1403494817716001>

- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (4 uppl., s. 111–121). Studentlitteratur.
- Josefsson, K., & Ljung, S. (2017). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (2 uppl., s. 19–40). Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering* (2 uppl.). Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (4 uppl., s. 57–81). Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativ forskningsintervjun* (3 uppl.). Studentlitteratur.
- Lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.* (SFS 2017:612). Socialdepartementet.
https://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612
- Lemetti, T., Stolt, M., Rickard, N., & Suhonen, R. (2015). Collaboration between hospital and primary care nurses: a literature review. *International Nursing Review*, 62(2), 248–266.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/inr.12147>
- Lino, P. (2021). Challenges and complexities of discharge planning from a district nursing perspective. *British Journal of Community Nursing*, 26(4), 184–188. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12968/bjcn.2021.26.4.184>
- Lundereng, E. D., Dihle, A., & Steindal, S. A. (2020). Nurses' experiences and perspectives on collaborative discharge planning when patients receiving palliative care for cancer are discharged home from hospitals. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(17/18), 3382–3391. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.15371>
- Lundman, B., & Graneheim, UH. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I BH. Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 uppl., s. 211–227). Studentlitteratur.
- Lyngstad, M., Grimsmo, A., Hofoss, D., & Hellesø, R. (2014). Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 23(23–24), 3424–3433. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.12590>
- Melby, L., Brattheim, B. J., & Hellesø, R. (2015). Patients in transition - improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(23–24), 3389–3399. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.12991>
- Munchhof, A., Gruber, R., Lane, K. A., Bo, N., & Rattray, N. A. (2020). Beyond Discharge Summaries: Communication Preferences in Care Transitions Between Hospitalists and Primary Care Providers Using Electronic Medical Records. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 35(6), 1789–1796. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s11606-020-05786>

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

Nordmark, S., Zingmark, K., & Lindberg, I. (2016). Process evaluation of discharge planning implementation in healthcare using normalization process theory. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 16, 1–10. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12911-016-0285-4>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen* (4 uppl.) Liber.

Pellett, C. (2016). Discharge planning: best practice in transitions of care. *British Journal of Community Nursing*, 21(11), 542–548. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12968/bjcn.2016.21.11.542>

Petersen, H. V., Foged, S., & Nørholm, V. (2019). “It is two worlds” cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(9/10), 1999–2008. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.14805>

Prusaczyk, B., Kripalani, S., & Dhand, A. (2019). Networks of hospital discharge planning teams and readmissions. *Journal of Interprofessional Care*, 33(1), 85–92. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/13561820.2018.1515193>

Region Skåne & Kommunförbundet. (19 januari 2016). *Ansvarsfördelning och utveckling hälso- och sjukvård Region Skåne*. https://www.skane.se/siteassets/organisation_politik/styrandedokument/avtal-om-ansvarsfordelning-och-utveckling.pdf

Region Skåne & Kommunförbundet. (8 juni 2021) *Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård* <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/kommunsamverkan/svu/rutin-for-samverkan-vid-utskrivning.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Hemvård - En kartläggning av översikter*. (Artikelnummer 2014-12-22). https://www.sbu.se/contentassets/e6c06e9b0d1545aaeb3d2ef44918531/hemvard_2014-12-22.pdf

Socialstyrelsen. (2017). Om övergångar mellan slutenvård och öppenvård och omsorg. (Artikelnummer 2017-1-13). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-1-13.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *DRG-statistik*. (Artikelnummer 2020-2-6657). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-2-6657.pdf>

Socialstyrelsen. (7 september 2021a). *Kommunikation och informationsöverföring*.
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varadskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/>

Socialstyrelsen. (2020). *Statistik om kommunal hälso- och sjukvårdvårdinsatser 2019*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-5-6783.pdf>

Socialstyrelsen. (2 juli 2021b). *Samverkan och kontinuitet*.
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varadskador/riskomraden/samverkan-och-kontinuitet/>

Socialstyrelsen. (2021c). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2021*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7307.pdf>

Statistiska centralbyrån. (2020). *Yrkesregister med yrkesstatistik 2018*. (Serie nr 1654–2894).
https://www.scb.se/contentassets/b49d7efc2653457f8179f18461d2bf38/am0208_2018a01_sm_am33sm2001.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (9 november 2017). *Teamets kommunikation inom vård och omsorg*.
<https://www.swenurse.se/publikationer/teamets-kommunikation-inom-var-d-och-omsorg>

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*. [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening.
<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktssjukskoterskor-kompetensbeskrivning-2019-klar-for-webb.pdf>

Sävenstedt, S., & Florin, J. (2013). Informations- och kommunikationsteknik. I C. Edberg A-K, Ehrenberg, A, Friberg, F, Wallin, L, Wijk, H, Öhlén, J (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 218–253). Studentlitteratur.

Travelbee, J. (1971) *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

World Medical Association, WMA. (9 juli 2018). Declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wästerberg, B., & Ardenvik, B. (2013). Primärvårdens ansvar och uppgifter. I C. Bökberg (Red), *Omvårdnad i primärvården* (s. 51–58) Studentlitteratur.

Öhrn, A. (2013). Säker vård. I C. Edberg A-K, Ehrenberg, A, Friberg, F, Wallin, L, Wijk, H, Öhlén, J (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 182–215). Studentlitteratur.

Bilaga 1 (1)

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor, besvaras i samband med intervjun

- Ålder?
- Kön?
- Vidareutbildning inom specialistprogram?
- Antal år i nuvarande tjänst?

Specifika frågor

- Vad är din erfarenhet av Mina planer?
- Vad upplever du för fördelar med Mina planer?
- Vad upplever du för nackdelar med Mina planer?
- Berätta om en SVU-planering som du upplevde gick extra bra
- Berätta om en SVU-planering som du upplevde gick mindre bra

Klargörande frågor

Hur menar du?

Kan du ge ett exempel?

Förstår jag dig rätt om jag säger så här.....

Kan du berätta mer om.....

Jag förstår inte riktigt- kan du utveckla eller förklara?