



# LUND UNIVERSITY

## Mobila tvärprofessionella hemsjukvårdsteam

### påverkan på arbetsmiljön för hemsjukvårds- och hemtjänstpersonal och utformning av digitalt stöd : slutrapport

Rydenfält, Christofer; Persson, Johanna; Larsson, Roger; Erlingsdottir, Gudbjörg; Johansson, Gerd

2022

*Document Version:*

Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Rydenfält, C., Persson, J., Larsson, R., Erlingsdottir, G., & Johansson, G. (2022). *Mobila tvärprofessionella hemsjukvårdsteam: påverkan på arbetsmiljön för hemsjukvårds- och hemtjänstpersonal och utformning av digitalt stöd : slutrapport*. AFA Försäkring.

*Total number of authors:*

5

*Creative Commons License:*

Ospecificerad

#### General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117  
221 00 Lund  
+46 46-222 00 00

Projekttitel	Dnr
Mobila tvärprofessionella hemsjukvårdsteam: påverkan på arbetsmiljön för hemsjukvårds- och hemtjänstpersonal och utformning av digitalt stöd	170278

Projektledare
Universitetslektor Christofer Rydenfält

Innehåll:
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Projektets syfte och bakgrund</li><li>2. Projektets genomförande</li><li>3. Uppnådda resultat</li><li>4. Genomförda insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning</li><li>5. Publikationer, presentationer och annan spridning inom projektets ram</li></ol>

## 1 Projektets syfte och bakgrund

*I detta projekt har vi studerat organisationsformer och behov av digitalt stöd för mobila tvärprofessionella hemsjukvårdsteam vid vård av multisjuka äldre. Projektet är en direkt fortsättning på AFA-projektet "Hur kan arbetsmiljön för personer inom hemsjukvården förbättras genom att e-hälsolösningar skapar kompetensstöd vid ensamarbete?" (Dnr 150137).*

Idag arbetar 22% av kvinnorna på arbetsmarknaden inom vård och omsorgen (Försäkringskassan, 2015), merparten i kommunal regi. Sektorn karaktäriseras av höga sjuktal, hög personalomsättning och rekryteringsproblem. Framöver förväntas antalet brukare öka och trenden är att allt fler personer, framförallt äldre, vårdas i hemmet även vid svåra och långvariga sjukdomstillstånd (Socialstyrelsen, 2014a, 2014b). Detta betyder att mycket vård som tidigare utförts på sjukhus och äldreboenden nu utförs i personernas hem, vilket ökar behoven av en sammanhållen vård och omsorg som inkluderar kommunal hemsjukvård och hemtjänst (SOU, 2016). När vården flyttar hem blir vård- och omsorgsarbetet i princip ett ensamarbete där det saknas någon att rådfråga i den aktuella situationen (Öhlén, 2015). Det betyder också att det team av olika vårdprofessioner som tidigare fanns kring patienten saknas. Som ett svar på denna problematik har ett hälso- och sjukvårdsavtal skrivits mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne. Avtalet trädde i kraft 2016-09-01. Till avtalet knöts ett implementeringsprojekt, vilket innebar att det nya arbetssättet skulle införas successivt fram tills utgången av 2020. När arbetssättet implementerats fullständigt skulle det innebära en i grunden förändrad organisering av arbetet runt de allra sjukaste patienterna. Vården av multisjuka äldre som uppfyller ett antal kriterier skall då enligt avtalet utföras i patientens

hem av tvärprofessionella mobila hemsjukvårdsteam bestående av bl.a. sjuksköterskor från kommunal hemsjukvård, undersköterskor från hemtjänsten, allmänläkare från primärvården och specialister från slutenvården. Det nya arbetssättet innebär bl.a. att sjuksköterskorna när som helst, vid akuta fall, kan tillkalla läkare vilken skall inställa sig hos patienten inom två timmar. Å ena sidan innebär detta en potentiell möjlighet till ökat stöd för vårdpersonalen eftersom de nu får ett team att vända sig till. Å andra sidan innebär det att brukarnas vårdtyngd kan komma att öka ytterligare när allt tyngre vård flyttas från sjukhus och äldreboenden till patientens hem, vilket kan påverka arbetsmiljön negativt.

### ***Syfte***

Projektets syfte är att undersöka hur organisering i mobila tvärprofessionella hemsjukvårdsteam påverkar arbetsmiljön för hemsjukvårds- och hemtjänstpersonalen. Vi avser också ta fram konceptuella förslag på digitala och organisatoriska lösningar som dels tillfredsställer de kommunikations- och stödkompetensbehov som finns i och med det tvärprofessionella arbetssättet, dels, skapar förutsättningar för en förbättrad arbetsmiljö.

Mer konkret avser vi:

1. Undersöka hur arbetet i de tvärprofessionella teamen utförs och organiseras i praktiken utifrån respektive professions perspektiv?
2. Undersöka hur arbetsmiljön förändras t.ex. med avseende på arbetsuppgifter, brukarnas vårdtyngd och möjlighet till stöd från kollegor?
3. Undersöka vilka kommunikations- och stödkompetensbehov som hemsjukvårds- och hemtjänstpersonalen har när de arbetar i de tvärprofessionella teamen?
4. Ta fram konceptuella lösningar avseende arbetsorganisationen samt prototypexempel på digitala stödsystem i relation till dessa och testa dem på användargruppen.

## 2 Projektets genomförande

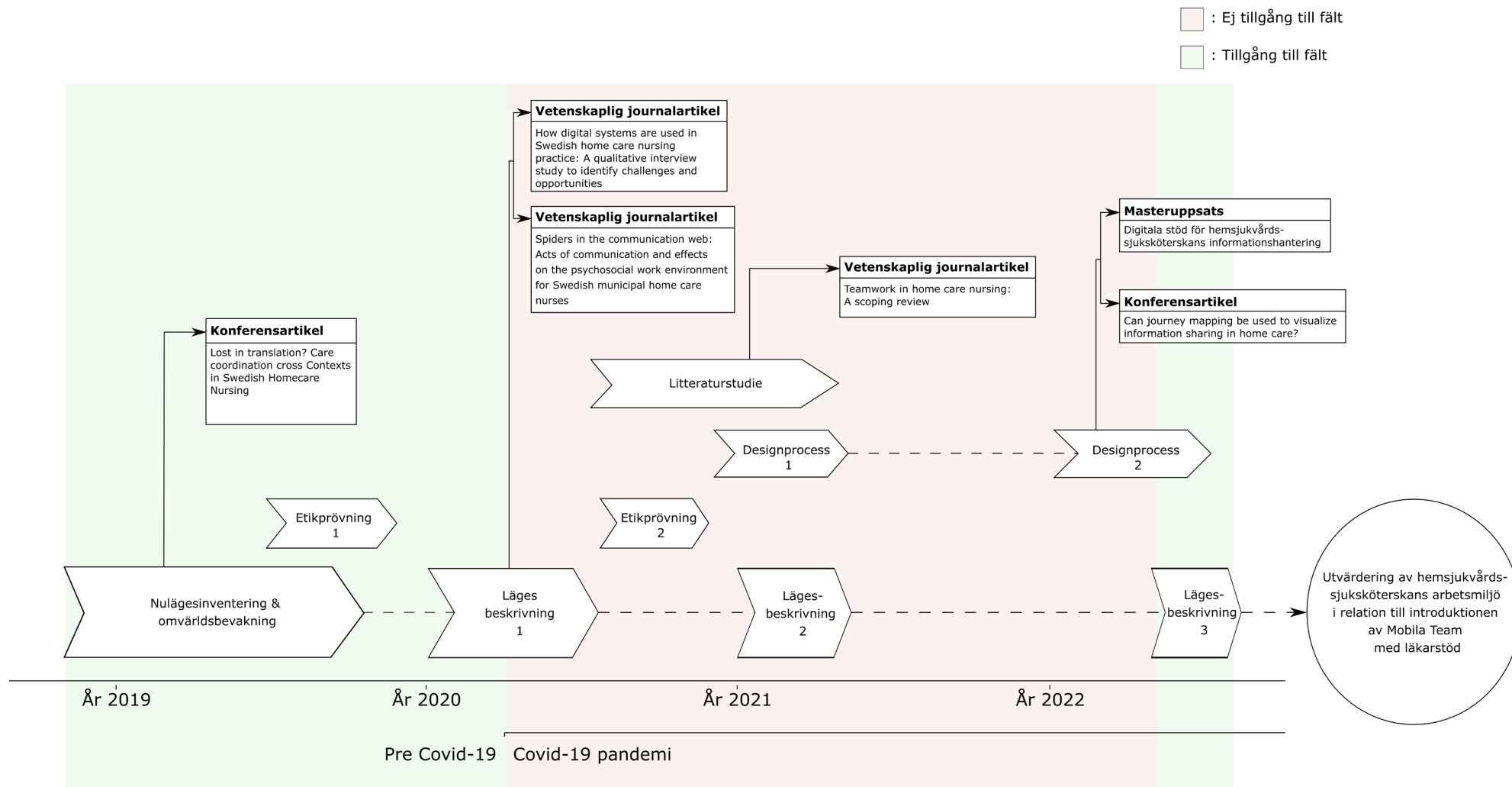
I projektet har vi följt implementeringen av mobila tvärprofessionella hemsjukvårdsteam i fyra skånska kommuner. Tre på varandra följande kartläggningar av hur arbetet förändrats, här kallade *lägesbeskrivningar*, har genomförts. I början av projektet genomförde vi också en *omvärldsbevakning* med avseende på andra kända och lyckade implementeringar av mobilt teamarbete med läkarstöd till hemsjukvården, samt en *nulägesinventering* eller baslinestudie i de fyra kommunerna. I nulägesinventeringen inkluderades representanter för hemsjukvården samt från en vårdcentral som jobbar mot hemsjukvården i respektive kommun. Lägesbeskrivningarna har legat till grund för projektets två huvudsakliga analysfrågor: *kartläggning av hemsjukvårdens arbetsmiljö då de arbetar mobilt och hur det påverkats av organisationsförändringen till mobila team*, och *konceptgenerering och design med avseende på organisatoriska och tekniska lösningar med avseende på utmaningar relaterade till teamarbete och ett mobilt arbetssätt*.

I början av projektet rekryterades, enligt plan, en doktorand till projektet. Doktoranden Roger Larsson började arbete i projektet i början av 2019. Som del av konceptgenerering och designspåret initierades också ett examensarbete på master-nivå.

I mitten av första lägesbeskrivningen (mars 2020), slog Covid-19 pandemin till. Det medförde att vi fick justera vår metod. I praktiken flyttades intervjuer till telefon och fältobservationer pausades tills efter att forskargruppen och alla berörda i hemsjukvården, inklusive patienter, erbjudits full vaccination mot Covid-19. Vid denna tidpunkt rådde också stor osäkerhet om huruvida vi överhuvudtaget skulle kunna genomföra datainsamling framöver eftersom vi inte visste hur hårt hemsjukvården i Skåne skulle drabbas av Covid-19 pandemin eller hur mycket tid de skulle ha över för att delta i våra datainsamlingsaktiviteter. För att använda tiden konstruktivt genomfördes en *litteraturstudie avseende teamarbete i hemsjukvård* (Larsson et al., inskickad). Då vi direkt förstod att hemsjukvården och hemtjänsten skulle drabbas hårt av Covid-19 pandemin, väcktes nya frågor om hur arbetsmiljön i hemsjukvård och hemtjänst påverkas av pandemin och om pandemin skulle innebära förändringar med avseende på sköterskornas mobila arbete och användning av läkarstöd från vårdcentralerna. Dessa frågor resulterade i ett tillägsprojekt *Covid-19 pandemins påverkan på arbetsmiljön för kommunal hemsjukvårds- och hemtjänstpersonal: lärande för framtiden och för ett mer mobilt arbetssätt* som söktes hos och beviljades av Afa försäkring (DNR: 200137). Sen lägesbeskrivning två har vi jobbat integrerat med det projekt som rapporteras här och det fortfarande pågående tillägsprojektet.

Lägesbeskrivningarna har etikprövats vid två tillfällen. Först i början av projektet. Denna etikprövning omfattar lägesbeskrivning 1, och sen en andra etikprövning för lägesbeskrivning 2 och 3. Den senare etikprövningen var nödvändig då tillägsprojektet om Covid-19 medförde att metoden justerades. I praktiken innebar det att intervjufrågor och teman för observationer tillkom.

I de följande avsnitten kommer vi först att kort beskriva avtalet om mobila team mellan kommun och region, därefter kommer vi att gå igenom genomförandet av de olika delarna av projektet. En illustration av arbetsflödet i projektet och output från olika delar återfinns i Figur 1 nedan.



Figur 1. En översikt över arbetsflödet i projektet. Artiklar och andra produkter av arbetet visas med pilar från respektive arbetspaket.

## 2.1 Avtalet om mobila team mellan kommuner och region

Det hälso- och sjukvårdsavtal som ligger till grund för det förändringsinitiativ som studerats i detta projekt skrevs redan 2016 (Kommunförbundet Skåne and Region Skåne, 2016). En central del i avtalet är den teambaserade vårdform för hemsjukvårdspatienter som uppfyller vissa förutbestämda kriterier som studeras i det rapporterade projektet.

”Mobil läkare från Region Skåne, ML, och den kommunala sjuksköterskan i den enskildes hemkommun utgör kärnan i det teambaserade arbetssättet och ska svara för det gemensamma uppdraget att utföra insatser riktade mot de mest sjuka i hemsjukvården” (Stavenow, 2016, s. 5) enligt Region Skåne. Att man inte bara talar om läkarstöd i form av punktinsatser från läkare utan att det handlar om ett *teambaserat* arbetssätt där regional läkare och kommunal sjuksköterska anses utgöra ett team, ställer höga krav på en god samverkan. Redan från början var planen ett stegvis införande av det nya arbetssättet. Fullt implementerat säger planeringen att regional läkare skall kunna infinna sig på akuta hembesök inom högst 2 timmar dygnet runt. Som interventionen var planerad från början, dvs. 2016, var det vårdcentralernas uppgift att tillhandahålla läkare för dessa hembesök (Stavenow, 2016). För vårdcentralerna innebär detta att de får uppdrag att bedriva akut verksamhet långt utanför sina traditionella arbetstider (dvs. på dagtid vardagar).

För att en patient skall vara aktuell för det mobila teamets insatser och därmed ha rätt till hemsjukvård med läkarstöd krävs att patienten skrivs in i vårdformen *mobilt team*. Inskrivningen skall vara ett gemensamt beslut mellan region och kommun. Det krävs också att patienten själv godkänner beslutet och att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas. För att vara aktuell för mobilt team krävs det dessutom att patienten uppfyller fyra av sex inklusionskriterier som säkerställer att patienten är i stort behov av vård. Inklusionskriterierna behandlar exempelvis sådant som multipla diagnoser, mängd läkemedel patienten behandlas med och att denne skall ha en historia av multipla sjukhusinläggningar i närtid bakom sig (Kommunförbundet Skåne and Region Skåne, 2016; Stavenow, 2016).

När avtalet skrevs och förändringen planerades hade regionen upphandlat en privat tjänst för läkarbesök i hemmet. I och med att det teambaserade arbetssättet med mobila team implementerats fullt ut hade man planerat för att den tjänsten skulle upphöra och därmed att alla läkarbesök i hemmet skulle skötas av vårdcentralerna eller regionens egen personal (Stavenow, 2016).

## 2.2 Litteraturstudie avseende teamarbete i hemsjukvård

Litteraturstudien påbörjades våren 2020 när det stod klart att Covid-19 pandemin skulle begränsa tillgängligheten till fältet. Litteraturstudien tog formen av en ”scoping review”, dvs. en litteraturstudie med avsikt att få överblick över den existerande forskningen. Syftet var att kartlägga den existerande forskningen om teamarbete i hemsjukvården och identifiera forskningsbehov. Sju databaser inkluderades i litteraturstudien. Dessa söktes igenom efter artiklar som behandlade hemsjukvård i någon form i titeln i kombination med termen ”team\*” i titel, sammanfattning eller nyckelord. Den senare termen ”team\*” fångar också upp ”teamwork”. Dubletter i sökresultatet togs bort och för resterande artiklar granskades titel och abstract för att avgöra om de verkligen handlade om hemsjukvård samt om teamarbete. Om inte, exkluderades de. Resterande artiklar lästes i sin helhet och ytterligare gallring gjordes utifrån fastställda inklusionskriterium. T.ex. togs artiklar där sjuksköterskor inte deltog och icke empiriska studier, bort. Kravet att studierna skulle inkludera sjuksköterskor grundades på att projektet har dem som huvudsaklig målgrupp och deras centrala roll i de team som studeras i projektet. Resterande artiklar analyserades och teman formulerades.

## 2.3 Nulägesinventering och omvärldsbevakning

Nulägesinventeringen och omvärldsbevakningen genomfördes höstterminen 2018 och under 2019, innan den egentliga följeforskningen med lägesbeskrivningarna började. Syftet med nulägesinventeringen var dels att lära känna de deltagande hemsjukvårdsorganisationerna, dels att få en uppfattning om hur pass långt de kommit med implementeringen av mobila tvärprofessionella team. Trots att implementeringsprojektet formellt initierats redan 2016, misstänkte vi, baserat på kontakter från tidigare AFA-projekt om digitalisering (Dnr 150137), att arbetet inte kommit särskilt långt.

Syftet med omvärldsbevakningen var dels att få en bättre uppfattning om hur mobila hemsjukvårdsteam med läkarstöd implementerats på andra ställen i Sverige och få en uppfattning om vad som anses varit viktigt för utfallet av tidigare kända lyckade implementeringar. Både nulägesinventeringen och omvärldsbevakningen bestod av semistrukturerade intervjuer där en fördefinierad intervjuguide användes som utgångspunkt men intervjun anpassades till situationen och följdfrågor ställdes efter behov beroende på hur intervjuerna utvecklade sig (Kvale & Brinkmann, 2009).

### 2.3.1 Deltagare och datainsamling

Nulägesinventering och omvärldsbevakningen utgjorde två olika datauppsättningar. Nulägesinventeringen bestod dels av intervjuer med representanter för de fyra kommunala hemsjukvårdsorganisationerna vi följer i projektet, dels med representanter från fyra vårdcentraler, en kopplad till varje kommun. Då kommunala hemsjukvårdsorganisationer ofta arbetar mot flera vårdcentraler, har vi specifikt inriktat oss på de vårdcentraler med vilka hemsjukvården ansett att ett samarbete funnits (se Tabell 1 för översikt). Hemsjukvården intervjuades först (dec 2018 – jan 2019). Därefter följde vårdcentralerna på hösten 2019.

Tabell 1. Översikt över data nulägesinventering.

Kommun	Hemsjukvården	Av hemsjukvård rekommenderad vårdcentral	Totalt antal intervjupersoner
Eslöv	2 (verksamhetschef och sjuksköterska)	1 (verksamhetschef)	3
Hörby	2 (MAS och sjuksköterska)	2 (en verksamhetschef och en läkare)	4
Landskrona	6 (1 socialchef, 2 enhetschefer, 3 sjuksköterskor)	1 (verksamhetschef)	7
Simrishamn	3 (2 enhetschefer, 1 sjuksköterska)	1 (verksamhetschef)	4
Totalt antal	13	5	<b>18</b>

Till nulägesinventeringen utformades två intervjuguides, en som riktade sig till hemsjukvården och en som riktade sig till vårdcentraler. För både hemsjukvården och vårdcentralerna riktade vi främst in oss på ledningspersoner. Men när möjlighet gavs intervjuade vi också andra som ledningen ansåg hade god kännedom om implementationen av mobila hemsjukvårdsteam med läkarstöd. Fokus i nulägesinventeringen låg på implementeringen av mobila team, organisationen och förutsättningarna för mobilt teamarbete i respektive kommun. Vi gick inte direkt in på frågor om enskilda sköterskors arbetsmiljö, även om en del av resultaten indirekt handlade om arbetsmiljön.

Hemsjukvårdsintervjuerna berörde följande teman: *den nuvarande organiseringen av arbetet, mobila teamens utformning vid intervjutillfället, hur de mobila teamen är tänkta att utvecklas*

framåt, vilka patientgrupper som berörs av teamarbetet och hur man upplever att de mobila teamen fungerar i praktiken.

Vårdcentralsintervjuerna berörde följande teman: *Nuläget vad gäller organisering av läkarstöd i form av mobila hemsjukvårdsteam vid intervjutillfället, vilka patientgrupper som berörs av teamarbetet, hur de mobila teamen är tänkta att utvecklas framåt, vad man tror om teamens framtid och hur man upplever att de mobila teamen fungerar i praktiken.*

Till omvärldsbevakningen intervjuades representanter från tre olika implementeringar av mobila hemsjukvårdsteam med läkarstöd som vi uppfattat som lyckade (se Tabell 2 för översikt). Omvärldsbevakningsintervjuerna genomfördes våren 2019. Även för detta ändamål utformades en intervjuguide. I omvärldsbevakningsintervjuerna behandlades följande teman: *det mobila teamarbetets organisering, den aktuella teamorganisationens historia och utveckling, hur man upplever att de mobila hemsjukvårdsteamerna fungerar, vilka hinder man ser för de mobila hemsjukvårdsteamerna och vilka framgångsfaktorer man kan identifiera.*

**Tabell 2.** Översikt över data omvärldsbevakning.

Organisation	Mobilt vårdteam Malmö (f.d. ÄMMA teamet)	Mobilt vårdteam Hälsostaden Ängelholm	Skaraborgsmodellen	Totalt antal intervjupersoner
<i>Antal intervjupersoner</i>	3 (1 verksamhetschef, 1 läkare och 1 sjuksköterska)	2 (1 tillförordnad enhetschef och 1 tillträdande enhetschef)	1 (samordnare/ initiativtagare)	6

### 2.3.2 Analys

Intervjuerna från nulägesinventeringen och omvärldsbevakningen analyserades tematiskt (Braun & Clarke, 2006). Intervjuerna från hemsjukvården analyserades också teoretiskt utifrån ett översättningssociologiskt perspektiv (Callon, 1986; Latour, 1986).

## 2.4 Lägesbeskrivningar

Syftet med lägesbeskrivningarna var att nå djupare insikt i hur införandet av mobila team förändrat arbetets förutsättningar för hemsjukvårdssjuksköterskorna och hur arbetsmiljön i sin tur förändrats samt att undersöka användning av digitala stödsystem och deras eventuella roll i det mobila teamarbetet. Den sista lägesbeskrivningen var också tänkt att ge en bild av hur den slutgiltiga implementationen av mobila tvärprofessionella team såg ut. Lägesbeskrivningarna användes också som behovskartläggning till konceptgenerering och design beskrivet under punkt 2.4.3 nedan.

Totalt genomfördes tre datainsamlingar till lägesbeskrivningarna, vårterminen 2020, 2021 och 2022 där de sista två samordnades med tilläggsprojektet om Covid-19 (DNR: 200137). Det var alltså ca ett år mellan datainsamlingstillfällena. Från början hade vi planerat att genomföra datainsamlingen något tätare då de mobila teamen skulle vara fullt implementerade vid utgången av 2020. Men vi fick anpassa oss efter det rådande läget med Covid-19. Därför sköts den andra datainsamlingsomgången fram tills efter att vaccinationerna mot Covid-19 var klara i hemsjukvården våren 2021. Tyvärr fick vi sen även skjuta fram den tredje datainsamlingsomgången på grund av omikron Covid-19 vågen under vintern 2021-2022. Det senare på grund av att sjukfrånvaron i de deltagande kommunerna var så hög att det inte fanns möjlighet att delta i datainsamling. Då Covid-19 pandemin också innebar stora förändringar och påfrestningar för hemsjukvården och vårdcentralernas verksamhet, vilket troligtvis ledde



till att fokus flyttades från implementering av mobila team till hantering av Covid-19, var det ingen nackdel för projektet att skjuta fram datainsamlingen. När tredje datainsamlingsomgången genomfördes våren 2022 hade covid-19 pandemins påverkan på verksamheten minskat rejält och verksamheten delvis återgått till det normala.

#### 2.4.1 Deltagare och datainsamling

Datainsamlingsmetoderna till lägesbeskrivningarna bestod av semistrukturerade intervjuer, fältobservationer i form av skuggning samt fokusgrupper (Czarniawska, 2007; Emerson, Fretz, & Shaw, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009; Wibeck, 2010).

De tre lägesbeskrivningarna utgör tre olika delstudier i projektet (se Tabell 3 för översikt). Till varje lägesbeskrivning rekryterades deltagare i samråd med kommunerna. Deltagare kunde återkomma i flera lägesbeskrivningar och de som intervjuades kunde sen också observeras. Den första lägesbeskrivningen bestående av intervjuer och observationer fokuserade främst på hemsjukvårdssjuksköterskans situation och upplevelser av mobilt teamarbete och läkarstöd från vårdcentralerna. I den andre lägesbeskrivningen, som endast bestod av intervjuer, applicerades också ett ledningsperspektiv. Denna gång intervjuades både sjuksköterskor, hemsjukvårdschefer och hemtjänstchefer. Den sista lägesbeskrivningen bestod förutom av intervjuer med hemsjukvårdssjuksköterskor och hemsjukvårdschefer, samt observationer, också av fokusgrupper med hemtjänstpersonal.

**Tabell 3.** Översikt över data som samlats in till de tre lägesbeskrivningarna.

Kommun	Lägesbeskrivning 1 (2020)	Lägesbeskrivning 2 (2021)	Lägesbeskrivning 3 (2022)	Totalt
<b>Intervjuer</b>	24 (totalt 26 personer 2 parintervjuer, av dessa var: 24 sjuksköterskor, 1 samordnare/ stabsperson och 1 MAS)	26 (14 sjuksköterskor och 12 chefer inom hemsjukvård och/eller hemtjänst)	14 (totalt 15 personer 10 sjuksköterskor och 5 chefer)	64 intervjuer (67 personer)
<b>Observationer</b>	Totalt 10 arbetspass (ca 80 timmar) samt ett möte mellan sjuksköterskor och en av kommunernas dedikerade samordnare för de mobila teamen	-	Totalt 8 arbetspass (ca 70 timmar)	18 arbetspass (totalt ca 150 timmar) + ett möte
<b>Fokusgrupper med hemtjänst</b>	-	-	6 grupper (totalt 23 deltagare)	6 grupper (totalt 23 deltagare)

I förhållande till de mobila teamen berörde intervjuerna teman som: *mobilitet i arbetet, organisationsförändring till mobila team, teamets sammansättning, arbetets förändring, användning av digitala stöd och ehälsa-system, samt ledning och mobila team.*

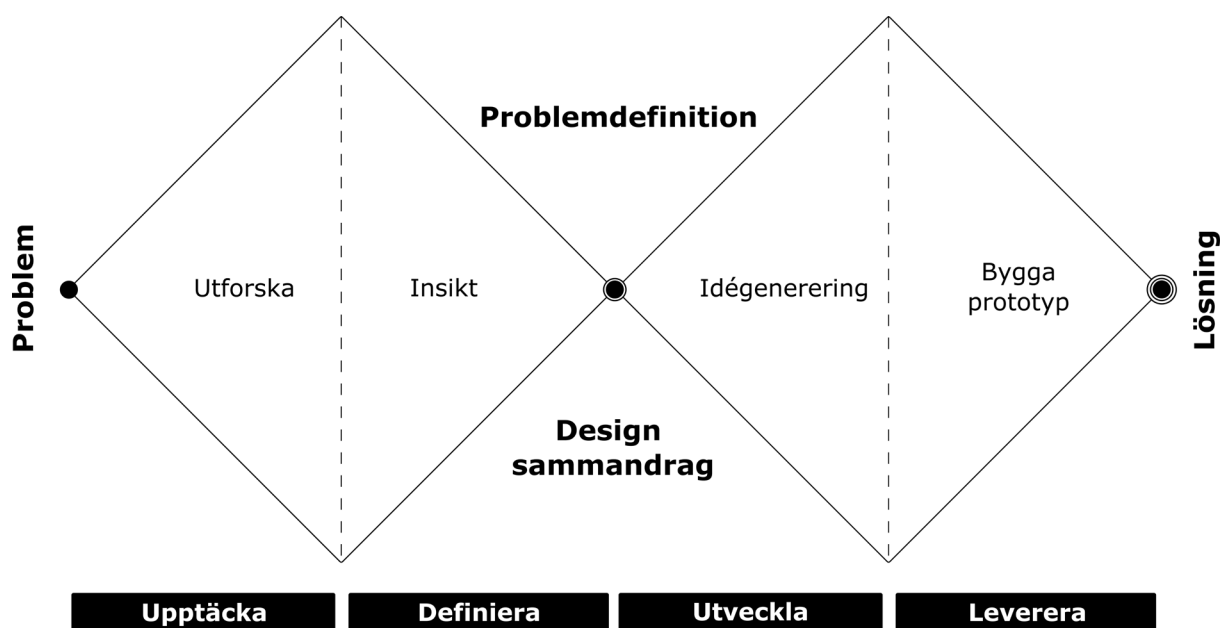
Observationerna i form av skuggning fokuserade hur *de mobila teamen, samarbete med kollegor, användning av teknik och hinder i arbetet* manifesterades i praktiken. Fokusgrupper med hemtjänsten genomfördes i kombination med tilläggsprojektet om Covid-19. Det innebar att det förekom frågor om både Covid-19 och de mobila teamen. Det samma gäller intervjuer och observationer från och med lägesbeskrivning 2. Angående de mobila teamen berörde fokusgrupperna temana: *kommunikation med kollegor, organisationsförändringen till mobila team, stöd från kollegor eller andra och användning av digitala stöd och ehälsa-system i arbetet.*

## 2.4.2 Analys

Lägesbeskrivningarna bestod av flera relaterade delstudier som analyserats i flera omgångar och på olika nivåer. Dels har vi analyserat dem tematiskt på en övergripande nivå för att få *insikt i hur arbetet i de mobila teamen organiserats i praktiken samt hur de mobila teamen utvecklats under projektet* och vad resultatet av införandet blivit. Vi har också gjort djupare analyser för att få *insikt i dels hur teknik och ehälsolösningar används i hemsjukvårdsarbetet och vilka utmaningar och möjligheter som fanns i relation till användning av teknik, och i hur kommunikation går till i teamet runt hemsjukvårdssjuksköterskan*. Båda dessa analyser har induktiva kvalitativa metoder använts för att koda och analysera materialet (Braun & Clarke, 2006, 2019; Silverman, 2006). Analysen angående användning, utmaningar och behov i relation till teknik utgjorde startpunkten för konceptgenerering och design-delen av projektet som beskrivs i nästa avsnitt. Kommunikation utgör en mycket viktig del av teamarbetet, därför är förutsättningarna för kommunikation av extra intresse (Manser, 2009; Rydenfält, Odenrick, & Larsson, 2017; Weller, Boyd, & Cumin, 2014). Därför valde vi också att analysera hur de använda kommunikationsvägarna påverkade förutsättningarna för att skapa en god psykosocial arbetsmiljö för sjuksköterskorna.

## 2.4.3 Konceptgenerering och design

I lägesbeskrivning 1 gjordes en specifik analys med fokus på att kartlägga behoven kopplade till användning av teknik samt utmaningar och möjligheter i relation till teknikanvändning. Dessa behov validerades sen i lägesbeskrivning 2 av de hemsjukvårdssjuksköterskor som deltog där. Framtagningen av behov utgjorde första fasen i den användarcentrerade designprocess som utfördes i projektet. Totalt består denna designprocess av fyra faser, att 1) upptäcka och kartlägga behoven i den praktiska verkligheten, 2) definiera områden med potential för vidareutveckling, 3) generera idéer och utveckla koncept samt 4) skapa testbara digitala prototyper för utvalda koncept. Processen som tillämpades bygger på den väl etablerade Double Diamond-processen (se Figur 2). Fas 1 och 3 motsvarar divergerande faser där nya insikter fås genom insamling av data om användargruppen (fas 1) och många idéer genereras för att spänna upp designrymden (fas 3). Medan fas 2 och 4 är konvergerande där fas 2 handlar om att avgränsa problemet och i fas 4 skapa lösningsförslag (i form av prototyper) för att nå en lösning. Avsikten i detta projekt har aldrig varit att nå en unik lösning utan att generera koncept för att visa på möjliga vägar framåt för digitaliseringen av hemsjukvården samt skapa testbara prototyper för ett urval av dessa koncept för att visa potentialen i lösningarna och hur de kan integreras i den existerande arbetsmiljön.



**Figur 2.** Designprocessen Double Diamond som använts som ramverk för konceptgenerering och design i forskningsprojektet

Inom projektet förekom två designprocesser, projektgruppen drev en process för att generera en bredd av koncept med utgångspunkt i behovskartläggningen från lägesbeskrivningen (benämnd designprocess 1), medan en annan designprocess drevs av master-studenter med utgångspunkt i den process som påbörjats av projektgruppen, där även prototyputveckling ingick (benämnd designprocess 2). Tabell 4 nedan beskriver den interna designprocessen och Tabell 5 master-studenternas designprocess.

**Tabell 4.** Designprocess 1 driven av projektgruppen: aktiviteter i respektive fas.

<i>Fas 1 - Upptäcka (divergerande)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behovskartläggning genom intervjuer i Lägesbeskrivning 1.</li><li>• Identifiera teman relaterade till behov</li></ul>
<i>Fas 2 - Definiera (konvergerande)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Återkoppling och validering av teman med praktiken genom intervjuer i Lägesbeskrivning 2</li><li>• Prioritering och urval av teman</li></ul>
<i>Fas 3 - Utveckla (divergerande)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idégenerering med hjälp av designmetodik med koppling till specifika scenarios</li><li>• Workshop i projektgruppen utifrån det genererade materialet</li><li>• Presentation av ett antal designkoncept för respektive scenario</li></ul>
<i>Fas 4 - Leverera (konvergerande)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• I första designprocessen gjordes ej aktiviteter i fas 4</li></ul>

**Tabell 5.** Designprocess 2 driven av masterstudenter, handled av projektgruppen: aktiviteter i respektive fas.

<i>Fas 1 – Upptäcka (divergerande)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behovskartläggning genom intervjuer med personal i andra kommuner samt med utgångspunkt i materialet från designprocess 1.</li></ul>
<i>Fas 2 - Definiera (konvergerande)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Framtagning av Information journey maps.</li><li>• Återkoppling av information journey maps med sjuksköterskor.</li><li>• Identifiera effektmål som anger vilka effekter slutprodukten bör bidra till.</li></ul>
<i>Fas 3 - Utveckla (divergerande)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idégenerering med hjälp av designmetodik såsom storyboards och scenarios.</li><li>• Generera parallella designkoncept och utvärdera dessa gentemot journey maps och effektmål.</li></ul>
<i>Fas 4 - Leverera (konvergerande)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Urval av tre designkoncept för vidareutveckling.</li><li>• Två iterationer av digitala prototyper från enkel till mer utvecklad. Återkoppling med sjuksköterskor i varje iteration.</li></ul>

### 3 Uppnådda resultat

I följande avsnitt presenteras projektets uppnådda resultat. Först kommer resultaten från litteraturstudien presenteras, därefter från nulägesinventeringen och omvärldsbevakningen. På detta följer en genomgång av de olika analyserna som gjorts på materialet från de tre lägesbeskrivningarna. Presentationen av resultaten från lägesbeskrivningarna delas in i *kartläggning av hemsjukvårdens mobila arbetsmiljö och hur den påverkas av organisationsförändringen till mobila team* samt i den mer lösnings- och teknikorienterade delen *konceptgenerering och design* som tar avstamp i data från lägesbeskrivningarna. Till sist kommer vi att diskutera resultaten i relation till forskningsfrågor och rekommendationer.

#### 3.1 Litteraturstudien – Teamarbete i hemsjukvården

I den systematiska sökningen i sju olika databaser identifierades 798 artiklar. Dubletter togs bort, därefter granskades artiklarna i ett antal steg enligt ovan (se punkt 2.2). Efter granskningen återstod 32 artiklar som inkluderades i litteraturstudien.

Resultaten visar på att forskning om teamarbete kring *specifika uppgifter och problem* är vanligast. Metoderna som använts var mestadels kvalitativa och det var ganska ovanligt att kombinera metoder eller att genomföra etnografiska studier. Den forskning som granskades visade sig också lägga relativt lite fokus på teamarbetets kontext. Istället fokuserade forskningen på specifika typer av arbetsuppgifter eller patientgrupper. Det visade sig också vara ovanligt att teoretisera vad team och teamarbete är och vad det innebär. Detta riskerar introducera otydlighet i forskningen då teamarbete som term är förknippat med positiva egenskaper och därför anses vara önskvärt. Risken är alltså stor att team och teamarbete används för att beskriva saker i positiva ordalag men som i praktiken egentligen inte är kvalificerat som teamarbete i teoretisk mening (Lyubovnikova, West, Dawson, & Carter, 2015; Rydenfält, Borell, & Erlingsdottir, 2018). Utifrån litteraturstudien kunde vi också konstatera att det var ovanligt med studier av teamarbete i hemsjukvården som också tog hänsyn till teknik och digitalisering. Endast en sådan studie identifierades. Därför tar vi med oss från litteraturstudien att det behövs fler studier av tekniken roll och möjligheter i relation till teamarbete i hemsjukvården. Det fanns också relativt lite om arbetsmiljö i relation till teamarbete. Resultaten från detta delsteg är under granskning för publicering hos en vetenskaplig journal (Larsson et al., inskickad).

#### 3.2 Den initiala nulägesinventeringen och omvärldsbevakningen

Nulägesinventeringen berör främst frågeställning 1 ovan, dvs. hur olika aktörer och professioner ser på de mobila teamen. Omvärldsbevakningen berör främst frågeställning 3 och 4, dvs. vilka förmågor och behov som andra "som lyckats" anser vara viktiga för implementationen av mobila team. Detta är viktig kunskap som kompletterar och konkretiserar teamteorin och som utgör goda exempel att jämföra de studerade fyra kommunala hemsjukvårdsorganisationernas situation med.

Nulägesinventeringen har hittills resulterat i en konferensartikel som behandlar tolkningen av avtalet om läkarstöd i form av mobila team utifrån respektive hemsjukvårdsorganisations perspektiv (Erlingsdottir, Persson, Johansson, Larsson, & Rydenfält, 2019). I denna används ett översättningssociologiskt perspektiv för att analysera hur avtalet tolkats i respektive kommun. Vid tidpunkten för studien pekade våra resultat på att avtalet tolkats och översatts på ett sådant sätt att det i alla fall från kommunernas perspektiv tillät dem att i princip jobba på som vanligt. Små justeringar av arbetet hade gjorts på vissa ställen, men där det fungerade bra, fanns det redan sedan tidigare väl utarbetade samarbetsrutiner med vårdcentralerna som man fortfarande använde. En hypotes som lyfts i vår analys är att denna typ av avtal kanske

måste vara vaga och så pass abstrakta att de tillåter lokal tolkning för att de lokala aktörerna skall kunna översätta det till sin verksamhets förutsättningar (Erlingsdottir et al., 2019)?

Nedan följer först en kort redogörelse av huvudbudskapen som kunde härledas från omvärldsbevakningen. Därefter görs en jämförelse mellan den initiala nulägesinventeringen som alltså genomförts när ca halva implementeringsperioden för de mobila teamen gått och resultat från omvärldsbevakningen. Resultaten från nulägesinventeringen relateras också till relevant teamteori.

### **3.2.1 Lärdomar från omvärldsbevakningen**

Analysen av intervjuerna med de tre organisationer som ingick i omvärldsbevakningen pekar på en rad framgångsfaktorer som kan påverka arbete i mobila team med både läkare från regionen och sjuksköterskor från kommuner positivt:

1. Att man har helt fasta eller delvis fasta läkare i teamet.
2. Att läkare från region och sjuksköterskor från kommunen helt eller delvis samlokaliseras.
3. Att man tillhör och identifierar sig som samma organisatoriska enhet. En aspekt av detta kunde vara att man även hade gemensam budget. En annan att man jobbar aktivt med att skapa en gemensam kultur.
4. Personal som är trygg i sin yrkesroll och som vågar be om hjälp och är öppen mot sina medarbetare i teamet.

Detta är i linje med tidigare teamteori, t.ex. visar Rydenfält, Odenrick och Larsson (2017) på vikten av teamstabilitet, tillfällen för kommunikation och ett participativt och adaptivt ledarskap för att uppnå många av de egenskaper som anses karaktärisera ett välfungerande teamarbete. Det vi kan se är att man organiserat så stabila team som möjligt, dvs. man byter ogärna personal i dem, även om vissa läkare går in och ut i teamen över tid. Dock har alla de organisationer vi intervjuat haft en eller flera fasta läkare som varit dedikerade till de mobila teamen. Man har också valt att samlokalisera, antingen genom att läkarna flyttar ut till hemsjukvårdens sjuksköterskor, eller genom att teamet har egna kommunala sjuksköterskor som sitter med läkarna. Dessutom förekom organiserade ronder mellan teamets läkare och de kommunala hemsjukvårdssköterskor som inte ingick i teamet. Detta betyder sammantaget att man arbetat aktivt med att korta kommunikationsvägar och skapa möjlighet till möten i vardagen mellan läkare och sjuksköterskor.

### **3.2.2 Status på de mobila teamen vid nulägesinventeringen**

När nulägesinventeringen genomfördes hösten 2018 och 2019 hade implementeringen av de mobila teamen delvis gått i stå. I flera av kommunerna uttryckte man att förväntningarna inte uppfyllts. I vissa kommuner innebar inskrivning i de mobila teamen inte någon direkt förbättring för patienterna då det i praktiken inte ändrade på vården då vårdcentralen sällan eller aldrig ändå hade möjlighet till akuta hembesök så som utlovats i avtalet. En av vårdcentralerna uttryckte också att de först hade varit skeptiska till att skriva in patienter i det mobila teamet då de befارande att de inte längre skulle få lov att anlita den upphandlade privata tjänsten för läkarbesök i hemmet för de inskrivna patienterna. Eftersom de själva visste med sig att de skulle ha problem att leva upp till åtaganden om hembesök skulle det i värsta fall kunna innebära en lägre läkartillgänglighet för hemsjukvårdspatienterna och det ville inte vårdcentralens läkare bidra till. Även vissa kommuner delade denna frustration, de ansåg också att de förväntade fördelarna för patienterna i princip uteblev. I kommuner där man jobbat aktivt med att få igång de mobila teamen hade man också lagt en hel del arbetstid

på administration och förberedelser. Det påpekades också att patienter skrevs ut från sjukhus tidigare vilket ställde högre krav på förmågan att ta emot dem i kommunen.

Det var tydligt att kommunerna arbetade olika mot olika vårdcentraler. Där samverkan fungerade bra hade den gjort det redan innan de mobila teamen infördes. Inte sällan bars arbetet upp av upparbetade samverkansstrukturer och personliga kontakter mellan läkare på vårdcentral och kommunens sjuksköterskor. I två kommuner hade t.ex. en av de berörda vårdcentralerna dedikerade hemsjukvårdsläkare som skötte hemsjukvårdskontakten med berörda sköterskor för vårdcentralens patienter. En konsekvens av detta var att sjuksköterskorna kände läkarna och hade bättre kontakt. Detta upplevde kommunerna som positivt. Det var dock inget som initierats i och med införandet av mobila team. Dock motsvarar det i praktiken tanken med förändringen till mobila team. Som vi skriver om hur avtalet tolkats ovan så sågs detta som att man till viss del redan levde upp till avtalet om mobilt teamarbete, trots att inget eller väldigt lite ändrats i praktiken (Erlingsdottir et al., 2019).

Där teamsamarbetet inom ramen för avtalet fungerade mindre väl, vilket vi upplever var normalfallet, kunde vårdcentralerna inte tillgodose behovet av läkare för hembesök och mobilt teamarbete med hemsjukvården. Avtalet säger att vårdcentralerna skall tillhandahålla läkare även på jourtid (kväll, natt, helg), men man påpekar att det känns avlägset då det är svårt att få tag på läkare redan på dagtid. När nulägesinventeringen genomfördes hade regionen precis infört ett sjukhusbaserat mobilt uppbackningsteam som komplement till vårdcentralerna i vissa kommuner. I praktiken innebar det att vårdcentralerna ofta slussade vidare ärenden till det sjukhusbaserade teamet på de ställen där det var tillgängligt (2 av 4 deltagande kommuner hade detta).

Vårdcentralerna var noga med att påpeka att kommunen hade ansvar för de mobila teamen upp till sjuksköterskenivå, dvs. för att bemanna med sjuksköterskor vid hembesök. Vad gäller ansvaret för mobila team-implementationen som helhet ansåg vissa i kommunerna att de var vårdcentralernas ansvar och att de själva inte var särskilt delaktiga. Sett i ljuset att kommunerna jobbade olika mot olika vårdcentraler är en tolkning att vårdcentralerna bestämde ramarna för samverkan och att kommunernas inflytande var begränsat.

### 3.2.3 Hur förhåller sig nulägesinventeringen till omvärldsbevakningens goda exempel och teori om team?

De goda exemplen från omvärldsbevakningen skiljer sig från de studerade kommunerna då de endast utgörs av välfungerade exempel på teamsamverkan mellan kommunala sjuksköterskor och regionernas läkare. I de deltagande kommunerna fanns det vid nulägesinventeringen egentligen nästan alltid flera teamkonstellationer då man arbetade mot många olika vårdcentraler och mot olika läkare på de vårdcentralerna. I vissa fall fungerade det bra, i många fall hade det ännu inte blivit så mycket av det som avtalet om mobila team utlovade, exempelvis i form av akuta hembesök från vårdcentralens läkare.

Den typ av teamarbete som undersöks i projektet kan beskrivas som både *interorganisatorisk* och *interprofessionell*. Interorganisatoriska team avser team där medlemmarna kommer ifrån och potentiellt i första hand identifierar sig med olika organisationer. För denna typ av samverkan anses *samlokalisering* vara en faktor som kan stärka teamidentiteten och påverka teamarbetet positivt (Rockmann, Pratt, & Northcraft, 2007). Interprofessionellt teamarbete innebär teamarbete över professionsgränserna där man jobbar mot ett gemensamt mål och på ett holistiskt sätt tar hänsyn till andra professioners bidrag till det gemensamma arbetet (Hall,

2005; Hall & Weaver, 2001). Interprofessionellt teamarbete har studerats mycket inom sjukvården (Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010). Tidigare forskning identifierar en rad olika faktorer som anses gynna interprofessionellt teamarbete, exempelvis teamstabilitet och goda möjligheter att kommunicera (Rydenfält et al., 2017).

Till skillnad från omvärldsbevakningen tillämpades inte någon samlokalisering av läkare och sjuksköterskor i de studerade kommunerna. Det innebär att sjuksköterskor och läkare inte sågs i vardagen utan endast när det fanns konkreta patientärenden att hantera och då bara i den mån läkaren hade tid för ett hembesök. Förutom att kunna påverka teamidentiteten negativt finns som vi ser det en risk att avsaknaden av samlokalisering kan skapa en barriär som försämrar möjligheterna till kommunikation i teamet (Rockmann et al., 2007; Rydenfält et al., 2017). De organisationer som studerades i omvärldsbevakningen hade också till skillnad från kommunernas teamsamverkan med många av vårdcentralerna, helt eller delvis fasta läkare. Detta är något som ger mer stabila team och därmed också bättre kontinuitet och förutsättningar för teamarbetet (Rydenfält et al., 2017).

Sammanfattningsvis var det tydligt att kommunerna och vårdcentralerna de samarbetade med vid nulägesinventeringen hade en bra bit kvar för att uppnå goda förutsättningar för ett välfungerande interorganisatoriskt och interprofessionellt teamarbete. Att utveckla teamarbete är i mycket en process, och förutsättningarna för denna process, så som teamstabilitet och goda möjligheter till effektiv kommunikation i teamet, fanns inte alltid (Rydenfält et al., 2017; Wheelan, 2005). Det var också tydligt att de organisatoriska förutsättningarna för vårdcentralerna att leva upp till samarbetsavtalet med kommunerna så som det var tänkt, inte heller fanns (Stavenow, 2016).

### **3.3 Lägesbeskrivningar - Kartläggning av hemsjukvårdens mobila arbetsmiljö och hur den påverkats av organisationsförändringen till mobila team**

Data från lägesbeskrivningarna gav möjlighet att följa utvecklingen av de mobila teamen samt fördjupa sig i hemsjuksköterskans perspektiv, roll och behov i teamet. Detta motsvarar projektets frågeställningar 1 till 3. Nedan följer dels en *övergripande analys av hur arbetet i de mobila teamen organiserats i praktiken samt hur teamen utvecklats under projektet*, dels en djupare analys med avseende på *hur kommunikation går till i teamet runt hemsjukvårdssjuksköterskan*. I båda fallen tittar vi speciellt på hur arbetsmiljön påverkas. I den senare analysen som också ligger till grund för en vetenskaplig artikel (just nu i manuskript), användes media synkronitetsteorin i kombination med krav-kontroll-stöd modellen för att analysera kommunikationens natur och relatera den till förutsättningarna för hemsjukvårdssjuksköterskans arbetsmiljö (Dennis, Fuller, & Valacich, 2008; Karasek Jr, 1979; Karasek et al., 1998; Karasek & Theorell, 1990). I analysen av hur arbetet i de mobila teamen organiserats i praktiken tar vi även hänsyn till förändringsprocessen med avstamp i nulägesinventeringen som presenterats ovan. Till sist kommer vi också presentera resultaten från *konceptgenerering och design* delen av projektet. Det senare motsvarar projektets frågeställning 3 och 4.

#### **3.3.1 Hur arbetet i de mobila teamen organiserats i praktiken samt hur de mobila teamen utvecklats under projektet**

Resultat från lägesbeskrivningarna visade på att organiseringen av teamsamverkan varierade både inom kommunerna och mellan kommunerna. Inom kommunerna varierade formerna för samverkan på grund av att olika vårdcentraler hade olika rutiner för samverkan eller till och med olika avtal (det fanns privata vårdcentraler som inte anslutit sig till teamsamarbetet). Mellan kommunerna varierade det dels på grund av att kommunerna jobbade olika, dels på



grund av att kommunernas läge i regionen gav dem tillgång till olika typer av stöd. Två av de deltagande kommunerna hade t.ex. tillgång till ett sjukhusbaserat mobilt team som uppbackning till vårdcentralerna, de andra två hade det inte. Jämfört med nulägesinventeringen innebär detta inte så stor förändring i sak.

### ***Arbetets förändring över tid***

Jämfört med den initiala nulägesinventeringen, beskriven ovan, visar lägesbeskrivningarna på en viss progression hos implementeringen då antalet patienter inskrivna i vårdformen mobilt tvärprofessionellt vårdteam ökat rejält när lägesbeskrivning 1 genomfördes. Dock var det fortfarande vid de sista två lägesbeskrivningarna så att vårdcentralsläkare i princip aldrig var tillgängliga för hembesök efter ordinarie arbetstid som avtalet stipulerade. Det var också fortfarande i många fall svårt att få till hembesök med kort varsel dagtid. Det som gjordes var oftast planerade hembesök t.ex. för att fastställa en SIP. I de kommuner där vårdcentralerna fått tillgång till hjälp från mobilt sjukhusbaserat uppbackningsteam blev användningen av dessa en normaliserad och integrerad del av verksamheten som ersatte de insatser som det från början var tänkt att vårdcentralerna själva skulle utföra. Man fortsatte också att använda den upphandlade privata tjänsten för läkarbesök i hemmet som de mobila teamen var tänkta att ersätta. I praktiken var det oftast antingen läkare från den privata upphandlade tjänsten eller det sjukhusbaserade uppbackningsteamet som besökte patienterna när läkarstöd behövdes med kortare varsel eller akut. En konsekvens av detta kan vara att teamsamverkan mellan kommunala sjuksköterskor och regionens läkare inte blev så tät och utvecklad som avtalet antydde att den skulle bli.

Från kommunernas del gjordes en del arbete på att driva på implementeringsarbetet. I en kommun med låg inskrivningsgrad i de mobila teamen hade man tillsatt en samordnare som drev på implementationen, inte minst genom att uppmuntra sköterskorna att skriva in patienter. Dock var sköterskornas möjlighet att påverka inskrivningstakten och därmed implementeringen klart begränsad då det formella beslutet att skriva in patienter togs på SIP-möten av läkare från vårdcentralen. Vissa läkare verkade inte vara intresserade av att skriva in patienter. En möjlig orsak till detta kan vara att vårdcentralen inte upplevde sig ha möjlighet att leva upp till avtalet. En sjuksköterska beskrev denna problematik så här:

*...tillgängligheten har inte funnits på vårdcentralerna. De har fått ändra sitt sätt att arbeta för att få loss läkare. Och det har varit jättemycket motstånd. Och inför ett mobilt inskrivande, så ska det alltid vara en SIP. Och det är många läkare som inte vet vad en SIP är. Så redan där stoppar det ju. – Sjuksköterska – Lägesbeskrivning 1*

En annan sjuksköterska beskrev problematiken kring att få patienter inskrivna i de mobila teamen så här:

*...i början fick man till sig från läkarna ”det här fungerar inte, vi har inte resurser, vi har ingenting som fungerar, vi tar inte upp det, vi skriver inte in patienten”. – Sjuksköterska – Lägesbeskrivning 1*

Dessa två sjuksköterskor jobbade i en av kommunerna där vårdcentralerna inte hade tillgång till något uppbackningsteam från sjukhus. Det innebar att ansvaret att svara upp och åka ut i de fall hemsjukvården begärde hembesök låg tyngre på vårdcentralerna. Tittar vi över tid i ovan nämnda kommun hände väldigt lite mellan lägesbeskrivning 1 och 3. Känslan bland sjuksköterskorna vid lägesbeskrivning 3 (första halvan av 2022) var snarare att inskrivningen i de mobila teamen gått tillbaka något och att man från ledningens sida tittade på alternativ då vårdformen mobilt vårdteam helt klart inte fungerade enligt avtal. I de andra kommunerna var

det inte alltid lika uppgivet. Men det var tydligt att det som utlovats i avtalet mellan kommun och region i form av läkarstöd med kort varsel dygnet runt, inte fungerade som det var tänkt.

Beroende på förutsättningarna i kommunerna uppstod nya normallägen som mer eller mindre accepterades, t.ex. som nämns ovan, att de som kom ut för akuta hembesök i de kommuner där det fanns ett uppbackningsteam från sjukhus, som regel var uppbackningsteamet snarare än vårdcentralens läkare. I de två kommuner där man inte hade tillgång till uppbackningsteam var vårdformen mobila team beroende av lokala förutsättningar och relationer. Ibland mellan enskilda sjuksköterskor och läkare på specifika vårdcentraler. Som en sjuksköterska uttryckte det i lägesbeskrivning 1:

*INTERVJUARE: Hur brukar det gå till när du kontaktar läkare för hembesök, hur ser gången ut?*

*RESPONDENT: Om det är akut så ringer jag, absolut.*

*INTERVJUARE: Vem ringer du då?*

*RESPONDENT: Då ringer jag doktorn. Jag har doktors nummer [skratt].*

*INTERVJUARE: Okej.*

*RESPONDENT: Ja, så jag har det bra förspänt. – Sjuksköterska lägesbeskrivning 1*

I de flesta fall fungerade det dock inte så här smidigt och det som beskrivs är inte heller det officiella gränssnittet (mer om det nedan) mellan hemsjukvård och vårdcentral, utan hur det kunde fungera om det fanns goda personliga relationer mellan enskilda personer. Där det fanns ett uppbackningsteam på sjukhuset uppskattades de insatser som gjordes:

*...vi är väldigt glada för mobila teamet [från sjukhuset], oavsett det är Covid eller inte, därför att de flesta bedömer att de är väldigt engagerade. De kommer, behandlar, tar hand, följer upp. Jag tycker att vi ändå har väldigt gott samarbete. Och det har kanske inte att göra med covid, för vi har inte haft så värst ... mycket covidpatienter egentligen, inga stora utbrott här. Men när vi har haft det, så ... ja, vad jag upplever ... vad jag har hört, så är det ... så har man haft väldigt gott samarbete med mobila teamet. – Enhetschef hemtjänst och hemsjukvård – Lägesbeskrivning 2*

Jämfört med den *privata tjänsten för läkarbesök i hemmet*, som det från början var tänkt skulle ersättas men som fortfarande används uppskattade man i de kommuner som hade tillgång till uppbackningsteam från sjukhus speciellt att de följde upp och tog ansvar för patientens tillstånd. Den privata tjänsten gjorde bara punktinsatser och ansvaret för patienten blev på så vis alltid kvar hos hemsjukvården om den anlätades. Det är troligt att upplägget med att uppbackningsteamet från sjukhuset "tar över" patienten för med sig en tydligare arbetsfördelning och avlastning för hemsjukvårdssjuksköterskorna. Sköterskans behov av att själv följa upp minskar. På så sätt skapas bättre förutsättningar för sköterskan att *ta kontroll* över sin arbetssituation vilket kan öka deras förmåga att hantera stress och krav i arbetet (Karasek Jr, 1979; Karasek & Theorell, 1990). En viktig skillnad mellan den privata tjänsten för läkarbesök i hemmet och uppbackningsteamet från sjukhuset var också att uppbackningsteamet hade egen sjuksköterska. Det var alltså både en läkare och en sjuksköterska som kom. Därmed blev de i sig ett team.

### **Gränssnittet mellan kommun och vårdcentraler**

Gränssnittet för kommunikation mellan vårdcentralerna och den kommunala hemsjukvården, t.ex. med avseende på kontaktvägar såg olika ut för olika vårdcentraler. Detta medförde att hemsjukvårdssjuksköterskorna hade olika rutiner att förhålla sig till beroende på vilken

vårdcentral en specifik patient var inskriven på. Enligt sköterskorna fungerade det bättre på vissa ställen och t.o.m. med vissa läkare och sämre på andra. Detta fungerade på ungefär samma sätt under hela projektet men var något mer formaliserat vid sista lägesbeskrivningen. T.ex. kunde en vårdcentral ha en VIP telefon dit hemsjukvården kunde ringa under en timme på morgonen för att boka in läkarkontakt under dagen, en annan kunde tillhandahålla möjligheten att ringa för att sen bli uppringd av läkaren när läkaren hade tid. Det senare kunde ibland ta hela dagen innan sjuksköterskan fick återkoppling från läkaren och ett eventuellt hembesök bli bokad. Så här beskrev en sjuksköterska förloppet:

*INTERVJUARE: Hur går det till när du kontaktar en läkare? Hur ser gången ut?*

*RESPONDENT: Ja, då så ... då är det så att om det är mellan klockan åtta och nio, så kan vi ringa direkt, för då är det någon av läkarna som svarar på vårdcentralen.*

*INTERVJUARE: Ja, ja, okej.*

*RESPONDENT: Är det efter nio, vilket det för det mesta är ju, så ringer man då antingen till en sekreterare eller till en sjuksköterska. Och sen så utifrån vad det är man behöver hjälp med, så kontaktar ... pratar hon då med doktorn. Och i bästa fall ringer doktorn upp, eller så ringer sköterskan tillbaka. – Sjuksköterska – Lägesbeskrivning 1*

I en annan kommun beskrev en sjuksköterska förloppet så här:

*INTERVJUARE: Men när man då behöver kontakta en läkare, hur kontaktar ni läkare?*

*RESPONDENT: Det är via ett VIP-nummer vi har till vårdcentraler för att slippa sitta i kö.*

*INTERVJUARE: Ja, okej.*

*RESPONDENT: Så får man prata med sköterska. Och sen ... ja, har man tur, får man prata med en doktor. Har man lite tur, så kanske de ringer upp. Har man inte tur alls, så ... får man ringa igen. Ja, eller ringa [Den privata upphandlade tjänsten för läkarbesök i hemmet] då. De svarar alltid. – Sjuksköterska – Lägesbeskrivning 1*

En annan modell var att hemsjukvården i kommunen fick en telefonrondstid på någon timme med vårdcentralens läkare någon dag i veckan. Under denna tid fick alla kommunens sjuksköterskor ringa in till vårdcentralen. En konsekvens av detta var att det var svårt att hinna med och att sjuksköterskorna spenderade mycket tid i kö efter varandra för att få ta upp ärenden med läkarna.

I fokusgrupperna med hemtjänsten i lägesbeskrivning 3 var det tydligt att hemtjänsten mycket sällan tog kontakt direkt med läkaren. När de hade medicinska frågor eller det uppstod situationer som krävde medicinsk expertis kontaktade de istället sjuksköterskan som tog beslut om att kontakta läkare. Om det var ett mycket akut fall ringde hemtjänsten ambulans direkt.

Som vi ser det utgjorde denna fragmentering och otydlighet i gränssnittet ett stort problem och hinder. Vårdcentralerna avsatte olika mycket resurser till att stötta hemsjukvården så tillgängligheten varierade. I många fall tycktes sådant som den enskilde läkarens prioritering eller uppfattning om nyttan med vårdformen mobilt vårdteam ha stor betydelse för dels om patienterna blev inskrivna i vårdformen och dels för om den sedan innebar någon reell

förändring, dvs. om patienterna fick hembesök av läkare från vårdcentralen när hemsjukvården begärde det eller inte.

Det är tydligt att organiseringen av samverkan kring de mobila vårdteamen som vi studerat i projektet i mycket organiseras utifrån vårdcentralernas logik. Sjuksköterskorna får fungera som vårdcentralsläkarens förlängda arm, lite som sjuksköterskorna på en vårdavdelning eller vårdcentral skulle gjort. Problemet är att en enskild hemsjukvårdssjuksköterska kan jobba mot tre olika vårdcentraler och en kommunal hemsjukvårdsorganisation som helhet mot ännu fler. Dessutom är mycket av hemsjukvårdssjuksköterskans jobb ganska frikopplat från vårdcentralen och det följer också en annan rytm. Som beskrivs i citatet ovan är det t.ex. oftast inte när läkarna på vårdcentralen har telefontid mellan kl. 8 och 9 som sjuksköterskan behöver kontakta läkaren. En orsak till detta är att hemsjukvårdssjuksköterskans dag, som regel, är uppdelad i en förmiddag med planerade besök och en eftermiddag med administration och akuta ärenden som dykt upp under dagen. Det är ofta först efter att hemtjänst eller hemsjukvårdssjuksköterskan själv hunnit besöka patienterna på förmiddagen som hen blir varse om att det finns ett nytt behov av att konsultera läkare. Tyvärr är vårdcentralens läkartelefontid oftast över då. För att komma tillrätta med fragmenteringen har vissa vårdcentraler försökt styra sina hemsjukvårdspatienter mot en och samma läkare. Som nämns ovan föreföll kontaktvägarna in till vårdcentralen något mer formaliserade vid sista lägesbeskrivningen. Det kan också ses som ett försök att förbättra gränssnittet. Från kommunernas håll försöker man också göra gränssnittet mot omvärlden tydligare och mer enhetligt. I den sista lägesbeskrivningen visade det sig att det i en kommun inrättats en så kallad "en väg in sjuksköterska" som skötte mycket av korrespondensen utåt från hemsjukvården inklusive med olika vårdcentraler. Detta skapade en större tydlighet i kommunikationen och kan också leda till en högre grad av standardisering.

Kommunikation är viktigt för teamarbetet (Manser, 2009; Rydenfält et al., 2017). Men vi kan inte se någon större förändring i sättet att kommunicera mellan kommunal hemsjukvård och vårdcentralerna. Precis som tidigare användes olika former av fax och telefon. Som beskrivs ovan innebar telefon ofta att hemsjukvården först fick prata med en sjuksköterska på vårdcentralen som triagerade och därefter pratade med en läkare som sen kontaktade hemsjukvården när läkaren fick tid. Fax användes fortfarande vid slutet av projektet men i några kommuner hade den analoga faxen bytts mot en digital fax, dvs. man faxade via datorn. I litteraturen om teamarbete och inte minst de goda exempel vi tagit upp i omvärldsbevakningen ovan, lyfts vikten av att effektiv kommunikation (Rydenfält et al., 2017). I de tre organisationer som studerats i omvärldsbevakningen valde man t.ex. att samlokalisera läkare och sjuksköterskor vilket möjliggör snabb muntlig kommunikation. I de organisationer vi studerat fanns inget liknande. Eftersom kommunikation är så central för teamarbetet valde vi att detaljstudera hur kommunikationen runt hemsjukvårdssjuksköterskan gick till och att relatera det till arbetsmiljön (se nedan).

### ***Effekter av de mobila teamen på arbetsmiljön***

Det är svårt att säga att organisationsförändringen till mobila team haft någon större effekt på hemsjukvårdssjuksköterskornas arbetsmiljö då den från vårdcentralernas sida aldrig implementerats till fullo. En viss förändring har skett och nya normallägen har infunnits sig. Dock är verksamheten fragmenterad i den mening att skillnaderna är stora beroende på vilka kommuner och vårdcentraler det rör sig om.

För sjuksköterskornas del är det möjligen så att förändringen lett till merarbete då den enda delen som fungerat som tänkt verkar vara kraven på administration. I de deltagande kommunerna gjordes ett stort arbete med att förbereda inskrivning av patienter. I en kommun

tillsattes en samordnare för vårdformen mobilt vård team och sjuksköterskorna uppmuntrades att driva på för inskrivning av patienter i vårdformen, vilket de sen upplevde att i många fall bromsades av de berörda vårdcentralernas läkare. Från observationerna vet vi att sjuksköterskorna jobbade aktivt med att driva på inskrivning på SIP-möten med läkare. Denna administration tog tid och det upplevdes inte alltid att det spelade så stor roll för patienterna.

Ett incitament till att genomföra projektet var att vårdtyngden för sjuksköterskorna skulle komma att öka när man möjliggör att allt fler patienter vårdas i hemmet längre. I våra resultat såg vi också tendenser till att arbetsbördan ibland ökade för sjuksköterskorna som följd av implementationen av de mobila teamen. Exempelvis kunde läkarna på vårdcentralerna delegera arbetsuppgifter till sjuksköterskorna när de kontaktades, trots att det inte kom ut någon läkare och besökte patienten. Det kunde t.ex. röra sig om att hemsjukvårdssköterskan fick sköta provtagningar och dylikt som skulle skötts av sjukhuset om patienten skickats dit istället. Som beskrivs ovan kan dock införandet av det sjukhusbaserade uppbackningsteamet bidra positivt till hemsjukvårdssjuksköterskornas arbetsmiljö. Inte minst på grund av att de också följde upp patienterna och därmed avlastade hemsjukvårdssjuksköterskan.

### 3.3.2 Kommunikation i teamet runt hemsjukvårdssjuksköterskan

Då kommunikation är essentiellt för ett välfungerande teamarbete gjorde vi en fördjupad analys av hemsjukvårdssjuksköterskans kommunikationspraktik, inklusive hur de kommunicerade med vårdcentralerna. Vi analyserade också hur kommunikationspraktikens karaktär kan påverka den psykosociala arbetsmiljön. För att beskriva kommunikationens natur användes media synkronitetsteorin och för att koppla den till arbetsmiljön användes kravkontroll-stöd modellen (Dennis et al., 2008; Johnson & Hall, 1988; Karasek Jr, 1979; Karasek et al., 1998; Karasek & Theorell, 1990). I analysen delar vi in de olika medierna för kommunikation i de övergripande kategorierna *mundlig*, *skriftlig* och *visuell kommunikation*. Där muntlig kommunikation innefattar kommunikation ansikte mot ansikte och via telefon och visuell kommunikation överföring av bilder av olika slag. Skriftlig kommunikation omfattar allt från anteckningar till fax och SMS. En viktig aspekt är hur pass synkron kommunikationen är. Där muntlig kommunikation generellt är mer synkron än t.ex. skriftlig. Synkron kommunikation möjliggör att eventuella missförstånd och otydligheter kan repareras direkt. Den innebär också att endera parten slipper invänta svar. Motsatsen är asynkron kommunikation där det inte ingår som en naturlig del i kommunikationsmediet att det som kommuniceras omedelbart bekräftas (Dennis et al., 2008). Styrkan hos synkron kommunikation är att den ger bättre möjlighet att skapa samsyn (Billett, 2014; Dennis et al., 2008). Styrkan hos asynkron kommunikation är framförallt att stora mängder information kan överföras snabbt.

Resultaten visar på att hemsjukvårdssjuksköterskan ombesörjer ett mycket omfattande nät med relationer runt sina patienter som upprätthålls genom kommunikation. Att arbeta förebyggande med patienterna är en central aspekt av hemsjukvårdssjuksköterskans arbete. För att kunna göra det effektivt behövs uppdaterad information om patientens hälsa och om vad som händer runt patienten. Samtidigt kan patientens status ändras snabbt och oplanerade, akuta arbetsuppgifter tillkomma. Sköterskorna jobbar i kollektiv så till viss del går deras arbete också ut på att täcka upp och hålla sig uppdaterade om varandras situation i den närmaste arbetsgruppen. Sen tidigare är det känt att hemsjukvårdssjuksköterskan ombesörjer ett stort nätverk för patientens skull (Bjornsdottir, 2018). Men våra resultat visar att det också handlar om att underlätta och skapa förutsättningar för sköterskan själv. God kommunikation blir på detta sätt en förutsättning för en god arbetsmiljö.

Att arbeta proaktivt och ha beredskap att svara på oförutsägbara händelser ställer stora krav på hemsjukvårdssjuksköterskorna. Inte minst då de oftast jobbar ensamma. Därför är det inte förvånande att våra resultat visar att hemsjukvårdssjuksköterskorna ofta kommunicerar med syfte att ta mer *kontroll* över sin arbetssituation. Här följer ett exempel på hur ett muntligt möte kunde gå till:

*[Sjuksköterskan] börjar sitt möte med [undersköterskorna och vårdbiträdena i]... hemtjänstgruppen där ... [dagens] händelser samt viktig information/uppdateringar om patienterna [gås igenom]. Sjuksköterskan skriver ner detaljer i sin almanacka om ärenden hon behöver ta vidare till andra personalgrupper såsom t.ex. [arbets-] och fysioterapeut samt information till anhöriga. – Fältobservation – Lägesbeskrivning 1*

I exemplet behöver både sjuksköterskan och hemtjänstgruppen information. Sjuksköterskan använder informationen från mötet till att strukturera upp sitt eget arbete. Konsekvensen blir att osäkerheten kring vad sjuksköterskan skall göra minskar och *kontrollen* över arbetssituationen ökar.

Om att ta kontakt med hemtjänsten över telefon uttrycker en annan sjuksköterska sig så här:

*...Och sen hemtjänsten, om jag har några frågor hos ... patienten. De har redan varit där, och jag är lite ... förstår inte varför de inte har gjort [en specifik uppgift], eller jag vill fråga [om] någonting, då brukar jag ringa till hemtjänsten... - Sjuksköterska – Lägesbeskrivning 1*

Sjuksköterskan ringer alltså till hemtjänsten för att få den information som behövs för att *ta kontroll* över sitt arbete. I detta exempel vet inte sjuksköterskan riktigt vad hen har att förhålla sig till, men hemtjänsten vet för de har varit hos patienten redan.

Utöver att kommunikation användes för att ta kontroll eller få stöd från andra sköterskor eller professioner såg vi också att man tog kontroll över sin arbetssituation genom att begränsa och styra valet av kommunikationsvägar i sig själv. Detta var något som både hemsjukvårdssjuksköterskorna utsatte andra för och som de själva utsattes för. Till exempel fanns det sjuksköterskor som försökte styra hemtjänstpersonalens kommunikation med dem till muntlig telefonkontakt framför SMS som hemtjänsten gärna skickade. Genom att göra det kan de själva välja om de vill svara och det för också med sig att ansvaret på att följa upp kommunikation stannar hos hemtjänsten till dess att sjuksköterskan svarat. Ett SMS skulle istället blivit liggande i sjuksköterskans telefon och medfört att sjuksköterskan måste lägga energi på att kolla telefonen samt komma ihåg att följa upp att eventuella uppgifter som kommit via SMS faktiskt blivit gjorda. Hemsjukvårdssjuksköterskorna interaktion med regionen inklusive kommunikation med vårdcentralen och läkarstödet i den mobila teamsamverkan begränsades på liknande sätt. Men i det här fallet är det sjuksköterskans möjlighet till kontakt som begränsas av vårdcentralerna. Exempel på detta finns ovan när gränssnittet mot vårdcentralen för att få läkarstöd beskrivs. En annan aspekt av detta som inte tas upp i detalj ovan är faxen:

*Är [tillgängligheten på vårdcentralen] bra, så kan vi få en läkare och prata med [denne] per telefon samma dag, eller samma tillfälle [som vi] ringer. [A]nnars ... kan du få vänta ... [Du kan] faxa och sen kan det ta flera dagar innan du får svar. – Sjuksköterska – Lägesbeskrivning 1*

Fax är en asynkron typ av kommunikation och det innebär att vårdcentralen kan välja när de skall svara. Det samma gäller även mycket av kommunikationen med vårdcentralen via

telefon då sjuksköterskorna sällan fick prata med en läkare direkt. Läkare ringde upp senare på den tid som passade läkaren och dennes arbetsuppgifter. En konsekvens är att sjuksköterskan inte kan vara säker på att informationen gått fram eller på när hen får svar. Detta ökar *kraven* på sköterskan som måste följa upp. Det var inte ovanligt att sköterskorna hade en hög med obesvarade fax för vilka svar behövde bevakas och påminnelser skickas till vårdcentralerna. Man kan alltså säga att vårdcentralerna har valt att styra hemsjukvårdens kommunikation mot det asynkrona hållet, även den muntliga kommunikationen blir asynkron om man inte pratar med varandra direkt och skickar meddelanden med mellanhänder istället. Förutom att det bidrar till en ökad komplexitet (med fler uppgifter som måste följas upp), och en mer kravfylld arbetsmiljö är detta också något som kan försvåra teamsamverkan mellan hemsjukvården och vårdcentralerna.

Som sagt ovan är kommunikation och stabilitet viktiga förutsättningar för att bygga effektiva team (Rydenfält et al., 2017). En viktig roll för kommunikationen i ett team är att bygga teamkänsla och samsyn samt att upprätthålla goda relationer i teamet (Bales, 1950; Billett, 2014; Rydenfält et al., 2017; Wheelan, 2005). En fungerande arbetsgrupp eller ett team kräver att medlemmarna kommunicerar, inte bara funktionellt om arbetsuppgiften i sig, utan även på det personliga och emotionella planet. Man måste få möjlighet att känna in varandra som människor och reparera missförstånd när man kommunicerar i teamet. För detta lämpar sig asynkron kommunikation mindre bra.

Av dessa skäl är det tydligt att för att få till effektiva team där både kommunala hemsjukvårdssjuksköterskor och läkare från primärvården ingår, behöver något göras åt förutsättningarna för kommunikation. Inte bara för att arbetet skall bli effektivare, utan också för att skapa bättre förutsättningar för kontroll i arbetet och därmed en bättre arbetsmiljö. Det är dock viktigt att också beakta vårdcentralernas roll i detta, när de begränsar hemsjukvårdens möjlighet att kommunicera med dem, sker det troligtvis delvis utifrån perspektivet att vårdcentralens personal behöver ta kontroll över sin arbetssituation. Därför räcker det inte bara att släppa på begränsningarna för hemsjukvården att ta kontakt med läkare. Läkarnas arbete måste även det anpassas så de har möjlighet att svara upp på behovet.

### 3.3.3 *Konceptgenerering och design*

I analysen från lägesbeskrivning 1 togs ett antal teman fram som fokuserade på behov kopplade till användning av teknik, samt utmaningar och möjligheter i relation till teknikanvändning. Dess finns sammanfattade i en vetenskaplig artikel som just nu är under granskning för publicering (Persson et al, inskickad). Dessa teman visar på områden där digitaliseringen i hemsjukvården kan utvecklas vidare och utgjorde utgångspunkt för fortsatta designprocesser inom projektets ram. Tabell 6 nedan visar teman samt bakomliggande orsaker till att de identifierades.

**Tabell 6. Teman relaterade till behov av teknik från lägesbeskrivning 1. Dessa är utgångspunkten för den fortsatta designprocessen.**

<b>Tema</b>	<b>Bakgrund</b>
<i>Tillgång till information i fält</i>	Trots tillgång till bärbar dator så är det få som uttrycker att de arbetar mobilt och söker information aktivt ute i fält. Behöver man någon information ringer man en kollega eller den vårdinstans som är aktuell. Att ta med en bärbar dator anses för klumpigt att släpa på och att komma igång med ute hos patienten.
<i>Dokumentation i fält</i>	Ett tema som ligger nära det första temat då det också berör möjligheten att arbeta mobilt och ha tillgång till digitala system ute i fält. Det görs därmed inte mycket digital dokumentation ute i fält. Den dokumentation som görs sker ofta på papper, där dagens insatser är nedskrivna.
<i>Kommunikation</i>	En stor del av sjuksköterskans arbete i hemsjukvården ägnas åt att kommunicera med annan personal inom den egna organisationen, med vårdpersonal i andra delar av vårdorganisationen samt med patienter och anhöriga. Här finns en uppsjö av kommunikationskanaler att hantera och sjuksköterskan i hemsjukvården får i hög grad anpassa sitt arbete till alla dessa.
<i>Ökad komplexitet som en effekt av digitalisering</i>	Ett av syftena med digitalisering i vården är effektivisering. I vår lägesbeskrivning framkom flera exempel på där användbarhetsproblem störde arbetsflödet och där digitaliseringen inte underlättade arbetsuppgifter utan snarare gjorde dem mer komplexa.

I första designprocessen skapades två huvudscenarion som framförallt relaterade till de tre första temana ovan. Det ena scenariot (scenario 1) handlar om hanteringen och flödet av information under sjuksköterskans arbetsdag; från förberedelser på kontoret på morgonen, till arbete ute hos patienter under förmiddagen och vidare till administration och dokumentation på kontoret under eftermiddagen. Fokus i scenario 1 är alltså den information och dokumentation som följer sjuksköterskan under dagen eller som hen själv skapar, och hur digitala system stödjer hen i detta arbete. Det andra scenariot (scenario 2) handlar om informationsutbyte och kommunikationen med andra aktörer såsom sjuksköterskekollegor, hemtjänst, vårdcentral, patient och anhöriga. I Figur 3 nedan återfinns ett exempel från scenario 1 med utdrag ur scenario-texten, funktionalitet som vi identifierat ett behov av samt en övergripande beskrivning av ett designkoncept som tagits fram för att möta dessa behov. Notera att på en konceptuell nivå pratar man inte om detaljer i den tekniska lösningen utan presenterar övergripande funktionalitet. I beskrivningarna nedan är det därför inte angivet om detta är ett system som skall finnas på en mobiltelefon, i en platta eller på en dator, om det är en app eller ett webbaserat system, om det styrs med touch eller med röst. Genom att först specificera vilka behov som finns och vilken funktionalitet som matchar de behoven, så kan man i senare steg bestämma vilken teknisk lösning som passar systemet bäst.



<b>Scenario 1: Informationen under dagen</b>	
<i>Utdrag ur scenario-text</i>	<i>Vad produkten bör erbjuda</i>
<p>”Karin återgår till patienten i hemmet, avslutar insatsen där, för in anteckningar på sin papperskopia i anslutning till patientens namn på sin lapp, så att hon kommer ihåg informationen till journalföringen i eftermiddag. Sedan packar hon ihop, småpratar lite med Gert och lämnar hemmet för att bege sig till nästa patient på listan.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha översikt över information som är relevant för den specifika situationen/dagen/platsen</li> <li>• Notera daglig (temporär) info för personal <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Göra anteckning</li> <li>○ Skapa notiser/påminnelser</li> <li>○ Spara mätvärden, foton, etc</li> </ul> </li> <li>• Hantera information som uppkommer under dagen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Skilja på information som är ”privat” för sjuksköterskan och info som skall delas med andra</li> <li>○ Kunna dela information med berörda parter</li> <li>○ Kunna ”plocka upp” information som lämnats på platsen</li> <li>○ Kunna ta med sig information tillbaka till kontoret</li> <li>○ Bocka av och agera på anteckningar som gjorts</li> <li>○ Uppdatera patientpärm</li> </ul> </li> <li>• Särddokumentation <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plocka med sig bild från patient till kontor</li> <li>○ Uppföljning</li> <li>○ Jämföra</li> <li>○ Dela till andra</li> </ul> </li> </ul>
<i>Ex på designkoncept för scenario 1</i>	
<p><b>”Som om sjuksköterskan är hos patienten”</b></p> <p>I detta koncept är tanken att den information som finns hemma hos patienten samt den information sjuksköterskan använder under dagen, speglas i ett digitalt system. I systemet finns tex.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientens pärm (digital)</li> <li>• Patientens medicinskåp – en digital motsvarighet till det fysiska skåp som står hos patienten med info om patientens mediciner</li> <li>• Patientens kalender (digital)</li> <li>• Sjuksköterskans anteckningsblock (digitalt) med schema för dagens, insatser, samt möjlighet att göra noteringar</li> </ul> <p>Detta koncept matchar den mentala modellen för hur sjuksköterskans arbete utförs idag där hen kontinuerligt uppdaterar information i patientpärm, håller koll på medicinskåpets innehåll, koordinerar med patientens egen kalender samt har översikt över sitt schema och möjlighet att göra anteckningar. Samtidigt kan delar av systemet delas med de som har access till motsvarande funktion, såsom att hemtjänstpersonalen tittar i pärm, och patienten själv har bäst koll på sin kalender.</p>	

**Figur 3.** En översikt av designkoncept i relation till scenario 1 från designprocess 1.

För respektive scenarion togs 2-4 idéer på koncept fram. Dessa har sedan kommunicerats in i designprocess 2 och delar av dem finns med i de slutgiltiga koncept som presenteras där.

Den andra designprocessen, driven av mastersstudenter, hade ett smalare fokus på informationshantering i hemsjukvården, baserat på analysen i designprocess 1. Som del i arbetet utforskades så kallade informationskartor (information journey maps), för att visualisera informationsflöden runt sjuksköterskan i hemsjukvården. Journey maps är verktyg som används för att visuellt representera aktiviteter i kronologisk ordning tillsammans med underliggande känslor och mål, vanliga exempel är så kallade kundresor eller att utforska användarupplevelsen för en utvald tjänst. I denna typ av analyser tittar man ofta på kontaktpunkter mellan t.ex. ett varumärke eller en tjänst och den tilltänkta kunden eller användaren. Normalt görs alltså dessa utifrån en persons perspektiv, men i detta arbete har journey maps används med information som utgångspunkt (Carayon, Wooldridge, Hoonakker, Hundt, & Kelly, 2020; Halvorsrud, Kvale, & Følstad, 2016). På detta sätt har arbetet bidragit till metodutveckling inom interaktionsdesign-fältet.

I denna designprocess valdes tre designkoncept ut, som sedan utvecklades vidare till fungerande prototyper. Dessa berörde 1) en digital ”att göra”-lista, 2) patientinformation för att hantera och koppla information (i form av text eller bild) till respektive patient, och 3) en meddelandefunktion för krypterad meddelandehantering och med ett anpassat gränssnitt för den specifika arbetskontexten. Koncepten utvecklades iterativt till digitala, testbara prototyper. Av praktiska skäl integrerades de i en sammanhängande prototyp som testades. Hela processen och resultatet finns presenterat i rapporten ”*Digitala stöd för hemsjukvårdssjuksköterskans informationshantering*” (Lindmark & Svensson, 2022).



**Figur 4.** Översikt över de tre koncept som utvecklades till prototyper i designprocess 2

De olika koncepten som valts ut och prototypats i designprocess 2 skulle svara mot sjuksköterskans behov angående smidigare *kommunikationsvägar*, *tillgång till information* och *bättre samverkan med befintliga system*. Koncepten förenklar en del arbetsmoment genom att ta bort delsteg, minska dubbeldokumentering och ger chans att spara information istället för att ha det ”i huvudet” eller antecknat på ett papper. Risken att information

försvinner i mängden eller glöms bort kan därmed minska. En översikt över de tre koncept som togs fram i designprocess 2 återfinns i Figur 4.

Avsikten med designprocesserna i forskningsprojektet har varit att bidra med kunskap om områden där digitalisering i hemsjukvården har potential att vidareutvecklas. Temana från lägesbeskrivningen är områden som hemsjukvårdspersonal lyfter i beskrivningen av det dagliga arbetet. De olika designkoncepten kan ses som pusselbitar som kan integreras och komplettera funktionaliteten i existerande system. De utgör alltså inte ett nytt, fristående digitalt system som ska läggas ovanpå existerande system utan visar på funktionalitet som skulle kunna underlätta arbetet och minska komplexiteten.

### **3.4 Sammanfattande diskussion i relation till forskningsfrågor och rekommendationer**

Införandet av tvärprofessionella team inom ramen för vårdformen mobilt vårdteam blev inte alls en så radikal förändring som planerats. På många ställen är förtroendet lågt för vårdformen mobilt vårdteam. Vid sista lägesbeskrivningen uttryckte ingen deltagare att de förväntade sig att det skulle fungera enligt avtal, dvs. att hemsjukvården skulle kunna få läkarstöd inom 2 timmar dygnet runt. Från hemsjukvårdssjuksköterskornas perspektiv har relativt lite förändrats som berör det faktiska patientarbetet. Det som har tillkommit är rutiner för inskrivning i vårdteamet och att rutinerna för att begära läkarstöd har styrts upp under implementeringen. Men det går inte att påstå att hemsjukvårdens tillgång till läkare från vårdcentralerna har ökat på grund av införandet av vårdformen mobilt vårdteam i de kommuner som studerats i projektet. Vår uppfattning är att kommunerna skulle kunna använt sig av mer läkarstöd från vårdcentralerna om sådant varit tillgängligt. I teamteorin och de goda exempel som studerats i omvärldsbevakningen lyfts stabilitet, t.ex. att ha samma läkare som jobbar mot hemsjukvården över tid, och goda möjligheter till kommunikation, t.ex. genom att samlokalisera läkare och sjuksköterskor eller på annat sätt korta kommunikationsvägarna, fram som viktigt för att få till ett bra teamarbete (Rydenfält et al., 2017). Inget av det har vi sett i anslutning till de fyra kommunala hemsjukvårdsorganisationer vi studerat i projektet. Våra resultat ligger helt i linje med Region Skånes och Skånes kommuners egen uppföljning av införandet av vårdformen mobilt vårdteam säger om förändringen, att effekten av införandet tycks begränsad (Häger Glenngård & Anell, 2021).

Utifrån ett arbetsmiljöperspektiv har effekterna för hemsjukvårdssjuksköterskorna varit ganska små. Nya arbetsuppgifter har tillkommit angående inskrivning av patienter, och rutiner för att tillkalla läkarstöd har ändrats på vissa ställen. Ibland på ett sådant sätt att det blivit mer omständligt. Ett möjligt hot mot arbetsmiljön är att införandet av vårdformen mobilt vårdteam, trots att lite ändrats i sak utifrån hemsjukvårdssjuksköterskans perspektiv, för med sig förväntningar på att vårdformen skall leverera vissa funktioner. Mer vård skulle t.ex. kunna förflyttas till hemmet och hemsjukvårdens regi med argumentet att ”nu har hemsjukvården tillgång till mobila läkare som stöttar dem vid behov”. I förlängningen skulle detta kunna leda till en ökad vårdtyngd som inte är i paritet med tillgängliga resurser. Även om våra resultat visar att tillgången till läkarstöd för hemsjukvården inte alls lever upp till det avtal som skrivits mellan region och kommuner är det viktigt att påpeka att det sjukhusbaserade uppbackningsteam som på vissa ställen införts som komplement till vårdcentralerna uppskattas och förefaller ha en avlastande funktion för hemsjukvården.

Angående hemsjukvårdens och hemtjänstens kommunikationsbehov är det tydligt att kommunikation är en mycket central del av hemsjukvårdssjuksköterskans arbete. Sjuksköterskan kan liknas vid en spindel som upprätthåller ett stort nätverk runt sina patienter (Larsson et al., manuskript). Ett viktigt resultat från projektet är att detta nätverk inte bara

finns där för patientens skull utan också används av hemsjukvårdssjuksköterskan för att ta kontroll över sin arbetsituation. Därför blir fungerande kommunikationsvägar inte bara en fråga om effektivt teamarbete och patientsäkerhet för hemsjukvårdens patienter, utan också en arbetsmiljöfråga. Asynkrona kommunikationsformer där svar måste bevakas eller följas upp, skapar merarbete för hemsjukvårdssjuksköterskan samt ökar osäkerheten och komplexiteten i arbetet. Tyvärr visar resultaten på att denna typ av kommunikation är mycket vanlig när hemsjukvårdssjuksköterskan har kontakt med vårdcentralerna. Här finns ett stort behov av att reformera formerna för samverkan mellan hemsjukvård och vårdcentralerna.

Det togs fram fyra teman relaterade till behov av teknikutveckling i projektet: *tillgång till information i fält, dokumentation i fält, kommunikation* och *ökad komplexitet som en effekt av digitalisering*. De tre första berör informationsflödet i någon mening. Det sista temat berör användbarhetsproblem relaterad till redan genomförd digitalisering och hur de kan öka komplexiteten i arbetet på ett sådant sätt att arbetsmiljön hotas. En viktig lärdom från projektet är att oavsett om det gäller utformning av digitala lösningar eller rutiner för kommunikation bör hänsyn tas till personalens förmåga att ta kontroll över sin arbetsituation och arbetets komplexitet. Digitalisering och nya rutiner bör inte göra arbetet mer komplext. Det bör inte heller minska arbetstagarnas möjlighet att få överblick och ta kontroll över sin arbetsituation. Information journey maps som utforskades i designprocess 2 kan vara ett användbart redskap för att kartlägga komplexiteten hos arbetsuppgifter och ge insikter med avseende på vad som lämpar sig att digitalisera samt vad som bör ingå i de lösningar som tas fram.

Från ett organisatoriskt perspektiv pekar resultaten och litteraturen på att framtida organisering för läkarstöd med teamarbetsambition bör fokusera mer på att skapa förutsättningar för god kommunikation och en stabil teamsammansättning. En annan lärdom är att framtida organisationskoncept bör ta mer hänsyn till vad som är rimligt utifrån de resurser som finns. Organisationsformen mobilt vårdteam är, inte minst från vårdcentralernas perspektiv, en radikal förändring av arbetssättet och förutsättningarna för både verksamhet och personal. För att förbättra arbetsmiljön för hemsjukvårdssjuksköterskorna måste kommunikationsvägarna till vårdcentralerna förbättras. Läkarna bör bli mer tillgängliga och kommunikationen bör bli mer synkron för att inte binda upp allt för mycket resurser och uppmärksamhet för hemsjukvården. Tid som används för att sitta i telefonkö och skicka påminnelsefax kan användas bättre. För att det skall vara möjligt och förbättra måste dock även vårdcentralens arbete och läkarnas förutsättningar förbättras.

## 4 Genomförda insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning

Nedan sammanfattar genomförda insatser för att få ut projektets resultat till praktiker samt framtida planerade insatser.

### 4.1 Genomförda insatser

#### *Workshops med kommuner (2019, 2020, 2021)*

Inom projektet har det återkommande hållits workshops med enhetschefer och andra personer från de deltagande kommunerna. Totalt har tre stycken genomförts, en per projektår. Vid dessa har projektresultat presenterats och deltagarna har diskuterat dessa tillsammans med forskargruppen. Vid dessa workshops har deltagarna kunnat ge återkoppling på resultaten och både bekräftat att de stämmer för den egna organisationen och att vissa saker har behövt förtydligas. Deltagarna har också blivit uppmärksamma på mönster i arbetsmiljön som man tidigare inte sett, såsom skillnader och likheter i hur man arbetar i de olika organisationerna, samt att man fått idéer för hur man kan arbeta vidare inom organisationen med de områden som lyfts inom projektet. För de mobila teamen har workshoparna gjort deltagarna mer varse om skillnader mellan olika kommuner. De stora kontrasterna och lärandet blev dock mest tydligt under den andra workshopen som hölls 2020 mitt under Covid-19 pandemins första år. Då ledde workshopen till ett utbyte och en möjlighet till lärande mellan kommunerna med avseende på Covid-19 hanteringen. Det var tydligt att kommunerna jobbade olika med pandemin och att vissa kommit längre och därmed utgjorde goda exempel för de andra.

#### *eHealth@LU Webbinarium "Digitalisering i hemsjukvården" (26 nov, 2020)*

Inom det samverkansinitiativ om e-hälsa som finns på avdelningen eHealth@LU (koordinator Gudbjörg Erlingsdottir) har ett särskilt seminarium med utgångspunkt i digitaliseringen av hemvården hållits. Johanna Persson och Roger Larsson presenterade då resultat från projektet för en bred grupp åhörare, dels från eHealth@LU nätverket dels från andra intresserade kommuner.

#### *SKR Webbinarium "Att arbeta i hemsjukvård och hemtjänst under Covid-19 pandemin" (9 dec, 2021)*

Christofer Rydenfält presenterade resultat från tilläggsprojektet om Covid-19 på ett webbinarium med över 200 deltagare som relaterar till detta projekt också.

#### *Artikel i Suntarbetsliv (2018-10-29)*

Projektet har presenterats i Suntarbetsliv, <https://www.suntarbetsliv.se/forskning/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo/forskare-studerar-mobila-team-i-hemsjukvard/>

#### *Artikel i Dagens medicin – Kommunal hälsa (2020-08-27)*

Projektet nämns tillsammans med tilläggsprojektet om Covid-19 i dagens medicins nyhetsbrev om kommunal hälsa.

#### *Kurs "Framtidens äldreboende – design för det moderna äldre livet" (våren 2022)*

Under vårterminen 2022 har den fristående kursen "Framtidens äldreboende – design för det moderna äldre livet" gått som distanskurs vid avdelningen. Lärare är Susanne Frennert (kursansvarig), Johanna Persson och Gerd Johansson. I kursen har personer som är yrkesverksamma inom äldreboende, eller på andra sätt arbetar eller är intresserade av äldreboende och äldreboendemiljöer, deltagit (totalt var det 11 aktiva kursdeltagare). Resultat från projektet har lyfts i diskussioner med kursdeltagare i denna kurs.

### ***Konferenspresentationer***

Projektet har presenterats vid flertalet konferenser där framförallt FALF – Forum för arbetslivsforskning är central för att nå ut till praktiker. En lista på dessa finns i kapitel 5.

### ***Föredrag "Teamarbete och patientsäkerhet: Ett human factors perspektiv" (hösten 2019)***

Under 2019 har projektet nämnts och diskuterats i samband med föredrag om teamarbete och patientsäkerhet som Christofer Rydenfält hållit vid tre tillfällen, dels för operationsavdelningen i Region Blekinge, dels på SUS Malmö.

## **4.2 Planerade insatser**

### ***eHealth@LU Symposium "E-hälsa de senaste och kommande 5 åren" (25-6 aug, 2022)***

Samverkansinitiativet kommer att hålla ett större symposium 25-26 augusti med såväl nationella som internationella deltagare. Symposiet vänder sig till både forskare och praktiker. Där kommer resultat från projektet att presenteras tillsammans med resultat från tillägsprojektet om Covid-19.

### ***Projektsymposium/seminarium***

I slutet av tillägsprojektet om Covid-19 avser vi bjuda in till ett större symposium/seminarium där vi presenterar och diskuterar det samlade resultatet från det projekt som rapporteras här och tillägsprojektet om Covid-19.

### ***Hemtjänstportalen***

Resultat från projektet som berör hemtjänsten kommer att länkas och refereras till från hemtjänstportalen, vilken är en resurs som tillhandahålls från avdelningen för ergonomi och aerosolteknologi fokuserad på hemtjänstens arbetsmiljö.  
<https://www.eat.lth.se/hemtjanstportalen/>

## 5 Publikationer, presentationer och annan spridning inom projektets ram

### 5.1 Journalartiklar

Två journalartiklar är inskickade till vetenskapliga journaler:

1. Larsson, R., Erlingsdóttir, G., Persson, J., & Rydenfält, C. (2022). Teamwork in home care nursing: A scoping literature review. *Health & Social Care in the Community*. (Inskickad: Inväntar besked från journal efter omarbetning).
2. Persson, J., Larsson, R., Erlingsdóttir, G., & Rydenfält, C. (2022). How digital systems are used in Swedish home care nursing practice: a qualitative interview study to identify challenges and opportunities. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. (Inskickad: Under granskning).

Fem artiklar är planerade eller under arbete:

1. Larsson, R., Erlingsdóttir, G., Persson, J., & Rydenfält, C. Spiders in the communication web: Acts of communication and effects on the psychosocial work environment for Swedish municipal home care nurses. *Artikeln handlar om hur praktik och sätt för kommunikation påverkar hemsjukvårdssjuksköterskors psykosociala arbetsmiljö*. Förmodligen kommer artikeln skickas till *Global Qualitative Nursing Research*.
2. Rydenfält, C., et al. En artikel som beskriver utgångsläget för de mobila teamen inom de fyra samarbetskommunerna vid projektets början samt en omvärldsbevakning av framgångsrika föregångsmodeller. *Analysen av detta material är färdig och skrivande pågår*.
3. XXXXX. En artikel som utvärderar den slutgiltiga organisationsutformningen runt läkarstödet samt de sjukhusbaserade mobila teamen.
4. XXXXX En artikel om synen på teamarbete utifrån hemsjukvårdssjuksköterskans perspektiv.
5. XXXXX En artikel om journey maps som metod vid behovskartläggningar. Möjlig utveckling av konferensbidrag till NES 2022 (punkt 6 under 5.2 nedan).

### 5.2 Konferensartiklar

Erlingsdóttir, G., Persson, J., Johansson, G., Larsson, R., & Rydenfält, C. (2019). Lost in Translation? Care Coordination cross Contexts in Swedish Homecare Nursing. I R. Marcilly, C. E. Kuziemsky, C. Nohr, & S. Pelayo (Red.), *Context Sensitive Health Informatics: Sustainability in Dynamic Ecosystems* (ss. 42-47). (Studies in Health Technology and Informatics; Vol. 265). IOS Press. DOI: 10.3233/SHTI190135

### 5.3 Konferensbidrag och presentationer på vetenskapliga konferenser

1. Rydenfält, C., Erlingsdóttir, G., Persson, J., Larsson, R., & Johansson, G. (2019). *Införande av mobila tvärprofessionella hemsjukvårdsteam i praktiken: Några preliminära reflektioner på resultat och framgångsfaktorer*. I M. Berglund (Red.),

- FALF (Forum för arbetslivsforskning) 2019. (ss. 77-79). Linköping University Press. Norrköping, Sweden.
2. Larsson, R., Erlingsdóttir, G., Persson, J., Johansson, G., & Rydenfält, C. (2019). *Care coordination challenges between regional and municipal care when integrating mobile interprofessional teams in practice*. I C. Edwards (Red.), 13<sup>th</sup> NOVO Symposium. (ss. 35-35). DTU. Lyngby, Denmark. DOI: 10.11581/dtu:00000066
  3. Larsson, R., Persson, J., Erlingsdóttir, G., Johansson, G., & Rydenfält, C. (2021). *Införande av mobila tvärprofessionella hemsjukvårdsteam i praktiken: Lägesbeskrivning i fyra skånska kommuner före covid-19*. FALF (Forum för arbetslivsforskning) 2021. (ss. 83-84). Digitalt. <https://www.mdu.se/download/18.570a28f3179f54f71943b3/1623324220285/Konferensbok%20FALF.pdf>
  4. Persson, J., Larsson, R., Erlingsdóttir, G., Johansson, G., & Rydenfält, C. (2021). *Digitalization and mobile work in home care nursing – how does it work in everyday practice?* IEA 2021 (21st Congress of the International Ergonomics Association). Digitalt.
  5. Persson, J., Larsson, R., Erlingsdóttir, G., Johansson, G., & Rydenfält, C. (2021). *Use of digital systems in Swedish home care nursing practice*. Swedish Collaboration on Digital Care Research: Nationell forskningskonferens om digital vård. Digitalt.
  6. Persson, J., Svensson, N., Lindmark, A., Larsson, R., Erlingsdóttir, G., & Rydenfält, C. (2022). *Can journey mapping be used to visualize information sharing in home care*. NES 2022. Uppsala, Sverige. (Accepterat men kommande).



## 6 Referenser

- Bales, R. F. (1950). *Interaction process analysis: a method for the study of small groups*. Cambridge Mass: Addison-Wesley.
- Billett, S. R. (2014). Securing intersubjectivity through interprofessional workplace learning experiences. *Journal of Interprofessional Care*, 28(3), 206-211.
- Björnsdóttir, K. (2018). 'I try to make a net around each patient': home care nursing as relational practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 177-185.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597.
- Callon, M. (1986). Some elements of a sociology of translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St Brieu Bay. In J. Law (Ed.), *Power, action and belief* (pp. 196-233). London: Routledge & Kegan Paul.
- Carayon, P., Wooldridge, A., Hoonakker, P., Hundt, A. S., & Kelly, M. M. (2020). SEIPS 3.0: Human-centered design of the patient journey for patient safety. *Applied Ergonomics*, 84, 103033.
- Czarniawska, B. (2007). *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Malmö: Liber
- Dennis, A. R., Fuller, R. M., & Valacich, J. S. (2008). Media, tasks, and communication processes: A theory of media synchronicity. *MIS Quarterly*, 575-600.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (2011). *Writing Ethnographic Fieldnotes* (2 ed.). Chicago: The University of Chicago Press.
- Erlingsdóttir, G., Persson, J., Johansson, G., Larsson, R., & Rydenfält, C. (2019). Lost in Translation? Care Coordination cross Contexts in Swedish Homecare Nursing. In *Context Sensitive Health Informatics: Sustainability in Dynamic Ecosystems* (pp. 42-47): IOS Press.
- Försäkringskassan. (2015). *Yrken och sjukfall*.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(s1), 188-196.
- Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education*, 35, 867-875.
- Halvorsrud, R., Kvale, K., & Følstad, A. (2016). Improving service quality through customer journey analysis. *Journal of service theory and practice*, 26(6), 840-867.
- Häger Glenngård, A., & Anell, A. (2021). *UPPFÖLJNING AV ETABLERING OCH FUNKTION AV VÅRDFORMEN MOBILT VÅRDTEAM I REGION SKÅNE 2017-2020*.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342.
- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 285-308.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of occupational health psychology*, 3(4), 322 - 355.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kommunförbundet Skåne and Region Skåne. (2016). *Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälsooch sjukvården i Skåne*. Retrieved from
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2 ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Latour, B. (1986). The powers of association. In J. Law (Ed.), *Power, action and belief* (pp. 264-280). Boston, Mass: Routledge & Kegan Paul.
- Lindmark, A., & Svensson, N. (2022). *Digitala stöd för hemsjukvårdssjuksköterskans informationshantering*. (Master). Lunds universitet, Lund.

- Lyubovnikova, J., West, M. A., Dawson, J. F., & Carter, M. R. (2015). 24-Karat or fool's gold? Consequences of real team and co-acting group membership in healthcare organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 24*(6), 929-950.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 53*, 143-151.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork in Health and Social Care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Rockmann, K. W., Pratt, M. G., & Northcraft, G. B. (2007). Divided loyalties: Determinants of identification in interorganizational teams. *Small Group Research, 38*(6), 727-751.
- Rydenfält, C., Borell, J., & Erlingsdottir, G. (2019). What do doctors mean when they talk about teamwork? Possible implications for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care, 33*(6), 714-723.
- Rydenfält, C., Odenrick, P., & Larsson, P. A. (2017). Organizing for teamwork in healthcare: An alternative to team training? *Journal of Health Organization and Management, 31*(3), 347-362.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data: Methods for analyzing talk, text and interaction, 3rd ed.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Socialstyrelsen. (2014a). *Hemvård - en kartläggning av översikter* (2014-12-22).
- Socialstyrelsen. (2014b). *Samordnad vård och omsorg om de mest sjuka äldre- Redovisning av arbetsläget hösten 2014* (2014-9-35).
- SOU. (2016). *Effektiv vård : slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*.
- Stavenow, L. (2016). *Organisering av Region Skånes läkarstöd till kommunal hemsjukvård - samt vissa övriga mobila läkarinsatser utanför vårdinrättning*.
- Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Medicine Journal, 90*, 149-154.
- Wheelan, S. A. (2005). *Group processes : a developmental perspective* (2 ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod: Studentlitteratur*.
- Öhlén, A. (2015). *Advanced home care: nurses' everyday practice*. (Licentiate). Karolinska Institute, Stockholm.