



Institutionen för hälsovetenskap

Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri

-Två sidor av samma mynt

Britta Joelsson Linnéa Johansson

**Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Institutionen för Hälsovetenskap
Vårterminen 2018**

Titel	Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri Collaboration between primary care and specialist psychiatry
Författare	Britta Joelsson Linnéa Johansson
Handledare	Catrin Alverbratt
Examinator	Anette Ekström
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för Hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i psykiatrisk omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Specialistsjuksköterskeprogrammet, 60 hp inriktning mot psykiatrisk vård
Termin/år	VT 2018
Antal sidor	18
Nyckelord	Erfarenheter, Personcentrerad vård, Psykisk ohälsa, Sjuksköterskor, Organisation,

Abstract

Background: Mental illness is increasing in society. Collaboration between primary care and specialist psychiatry is ongoing. The experience is that many people with mental illness refer to different activities and being left without treatment. Good interaction is important for persons seeking mental health care to get the right help. **Aim:** to describe the primary care nurse's experience of collaboration with specialist psychiatry. **Method:** a qualitative study based on semistructured interviews of primary care nurses. The material was analyzed by qualitative content analysis. **Results:** appeared in the following categories; *Collaboration characterized by differences* with the subcategories *Good collaboration for emergency transfers* and *poor accessibility and inadequate feedback between the activities*. *Unclear division of responsibilities* with the subcategories *care different assessments of the same person*, *Inadequate knowledge on the division of responsibilities between the professions* and *gray zone patient - primary care or specialist psychiatry*. Last category are *resource shortage and low interest in mental health* with the subcategories *Inadequacy* and *Interest and respect for psychiatry*. **Conclusion:** Working according to the division of responsibilities can be an obstacle to cooperation in such a way that the nurse expires blindly from the division of responsibilities without knowing what he/she refers to. Resource shortage, in turn, leads to experiences of insufficiency of nurses. Increased knowledge of each other's activities could lead to closer cooperation and understanding of each other. The person-centered care would benefit from the fact that both instances took care of more people than they actually consider to be part of their area of responsibility.

Keywords: Experiences, Nurses, Mental illness, Person-Centered Care, Organisation

Populärvetenskaplig sammanfattning

Den psykiska ohälsan ökar i samhället. Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri pågår ständigt då personer kan få sin vård både inom primärvården och specialistpsykiatri. Upplevelsen av att många personer med psykisk ohälsa hänvisas mellan dessa olika verksamheter och lätt trillar mellan stolarna är anledningen till att detta ämne är intressant att studera. En god samverkan är betydelsefull för att personer som söker vård för psykisk ohälsa ska få rätt hjälp. Syftet med denna studie är att beskriva primärvårdsjuksköterskans erfarenheter av samverkan med specialistpsykiatri. För att undersöka sjuksköterskors erfarenheter gjordes intervjuer. Textmaterialet från intervjuerna gick igenom och likheter och skillnader identifierades. Detta ledde fram till resultatet. Dessa fynd delades in i olika kategorier som beskriver sjuksköterskors erfarenheter av samverkan. Kategorierna var: *Samverkan präglad av olikheter* med underkategorierna *Bra samverkan vid akuta överflyttningar* och *Dålig tillgänglighet och Bristfällig återkoppling mellan verksamheterna*. Samt *Oklar ansvarsfördelning* med underkategorierna *Vårdens olika bedömningar av samma person*, *Bristfällig kännedom om ansvarsfördelningen mellan professionerna* och *Gråzonpatienter –primärvård eller specialispsykiatri*. Sista kategorin *Resursbrist och lågt intresse för psykisk ohälsa* med underkategorierna *Otillräcklighet* och *Intresse och respekt för psykiatri*. Det forskarna ansåg som väsentligast i resultatet i studien var att när verksamheterna samarbetar är det viktigt att ha kunskap om varandras arbetssätt. Detta för att förbättra samarbetet och öka förståelsen. Sjuksköterskornas intresse för psykisk ohälsa visade sig ibland påverka personens vårdkontakter. Resursbristen kan leda till att sjuksköterskorna får en känsla av otillräcklighet. Personerna som söker vård för psykisk ohälsa skulle gynnas av att samarbetet är välfungerande för att de ska få tillgång till den vården de har rätt till.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Psykisk ohälsa	1
Primärvårdens uppdrag vid psykisk ohälsa	2
Specialistpsykiatriens uppdrag vid psykisk ohälsa	3
Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri	3
Personcentrerad vård	4
Sjuksköterskans roll inom primärvården och specialistpsykiatri	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Design.....	6
Kontext	6
Datainsamling.....	7
Forskningsetik	9
Resultat.....	10
Samverkan präglad av olikheter	10
Bra samverkan vid akuta överflyttningar	10
Oklar ansvarsfördelning	11
Vårdens olika bedömningar av samma person	11
Bristfällig kännedom om ansvarsfördelning mellan professionerna	12
Gråzonpatienter – primärvård eller specialistpsykiatri?	12
Resursbrist och lågt intresse för psykisk ohälsa	13
Otillräcklighet.....	13
Intresse och respekt för psykiatri.....	13
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion	15
Slutsats	17
Kliniska implikationer	17
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom specialistsjuksköterskans kompetensområde	18
Referenslista	19

Bilagor

I Informationsbrev

II Samtyckesbrev

Inledning

Den psykiska ohälsan ökar i samhället. Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri pågår ständigt och är reglerat enligt lag. Samarbetet mellan verksamheter påverkar den enskilde individens vård. Forskning visar dock att de olika verksamheter som behandlar personer med psykisk ohälsa har dålig kännedom om varandra, vilket leder till dålig kommunikation och bristande samverkan. I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor med inriktning mot psykiatrisk vård beskrivs sjuksköterskans roll som samordnare kring den enskilde individens behov. Omvårdnadsåtgärderna sker i relation till anhöriga och andra vårdgivare. Vid personcentrerad vård är det viktigt att utgå ifrån personen samt att organisationen och ledningen främjar detta arbetssätt. Störst hänsyn bör dock tas till personens behov mer än till organisationens rutiner. Upplevelsen är att många personer med psykisk ohälsa hänvisas mellan enheterna och lätt trillar mellan stolarna, exempelvis då verksamheterna gjort olika bedömningar kring vart personen ska få sin vård. Målet är att beskriva vilka erfarenheter primärvårdssjuksköterskan har kring samverkan med specialistpsykiatri. Förhoppningen med studien är att de specialistsjuksköterskor som arbetar med psykisk ohälsa ska få ökad kunskap om vilka faktorer som påverkar och där igenom utveckla samverkan mellan verksamheterna. En god samverkan är betydelsefull för att personer som söker vård för psykisk ohälsa ska få rätt hjälp. Vilket är anledningen till att detta ämne är angeläget att studera.

Bakgrund

Psykisk ohälsa

Idag är psykisk ohälsa ett folkhälsoproblem, inte bara i Sverige utan även globalt. Under de senaste två decennierna har symtom som ångslan, oro, ångest och sömnproblem ökat (Sveriges Kommuner och Landsting, 2017). Den psykiska ohälsan har ökat både bland kvinnor och män i de flesta åldersgrupper, samt på olika utbildningsnivåer, under perioden 2006-2016. Andelen av befolkningen som uppgav psykisk ohälsa var 16 procent år 2016. Besvaren omfattar alltifrån svåra psykiatriska tillstånd till olika former av mildare symtom som varierar i intensitet och varaktighet (Folkhälsomyndigheten, 2017) Personer med psykisk ohälsa ska ha tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad och säker vård och omsorg av god kvalitet. Så ser det inte alltid ut idag (Socialstyrelsen, 2017). Den psykiska ohälsan är stor bland de personer som sökt vård inom primärvården. En fördel med ett välfungerande samarbete mellan primärvård och specialistpsykiatri är att det ger en bredare kompetens kring den psykiska ohälsan. Hinder för en god behandling är det bristande samarbetet där varje verksamhet enbart ser till sitt eget ansvarsområde (Campbell & Kisley, 2007).

Primärvårdens uppdrag vid psykisk ohälsa

Primärvården beskrivs som en hälso- och sjukvårdsverksamhet där grundläggande medicinsk behandling och omvårdnad ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper (SFS 2017:30). Primärvården i Västra Götalandsregionen kallas för Närhälsan och finns i 49 kommuner med hundratals mottagningar med ett flertal olika inriktningar. Det arbetar cirka 6000 medarbetare inom 50 yrkesgrupper. Hit vänder man sig oftast för en första kontakt när man inte mår bra (Västra Götalandsregionen, 2017).

Var tredje person i väntrummet på en svensk vårdcentral har psykisk ohälsa. För att förebygga psykisk ohälsa har fem utvecklingsområden tagits fram för vidare förbättringsarbete. *Psykosociala team* har arbetats fram för att kunna erbjuda snabba kvalificerade insatser. *Förebyggande arbete för att minska sjukskrivningarna*, ungefär 40 procent av alla sjukskrivningar beror på psykiatriska diagnoser. Tidiga och samordnade insatser från arbetsgivare och vårdgivare utvecklas. *E-hälsa och egenvård*, ökad tillgång till behandling för depression, ångest och stress via internet. *Samarbete mellan primärvård och psykiatri*, det finns behov av samarbetsmodeller för att kunna ge effektiv behandling som vilar på de senaste kunskaperna. *Arbete med asylsökande och nyanlända*, för att kunna identifiera psykisk ohälsa (Uppdrag psykisk hälsa, 2018).

Primärvården har ett ansvar att tidigt upptäcka och bedöma psykiatriska tillstånd. Möjlighet till konsultation med psykiatrin ska finnas vid behov. Primärvården har även ansvar för patienternas somatiska hälsa. Innan remiss till specialistpsykiatrin bör minst två försök med adekvata behandlingsmetoder gjorts. Vid behov av akut omhändertagande kan direktkontakt tas med psykiatrin oavsett tidigare behandlingsförsök. Följande tillstånd ligger under primärvårdens ansvar: uppmärksamma neuropsykiatriska funktionshinder, depressioner samt ångest- och tvångssyndrom, krisreaktioner, beroendeproblematik, lindriga personlighetssyndrom, lindrig PTSD, lindriga ätstörningssyndrom samt somatiska sjukdomar inklusive folksjukdomar hos patienter som tillhör specialistpsykiatrin (Västra Götalandsregionen, 2017).

Primärvården har en central betydelse för personer med psykisk ohälsa. För att patienter ska få en mer positiv bild av sjukvården är det viktigt med en god tillgänglighet. Personer upplever att de behöver överdriva sina symtom för att få en primärvårdskontakt. Vårdpersonalen har även en stor roll i att förmedla hopp om återhämtning (Lester, Sorohan & Tritter, 2005). Primärvården har tidigare ansett att vården av svårt psykiskt sjuka har legat utanför deras uppgift. Under senare år har det arbetats mycket med att utarbeta olika system för att underlätta kommunikationen mellan olika verksamheter. Detta har lett till en förändring, fler vårdinsatser av psykisk ohälsa sker via primärvården med stöd från andra instanser (Lester, 2006).

Specialistpsykiatrins uppdrag vid psykisk ohälsa

Specialistpsykiatrin i Västra Götalandsregionen är uppbyggd med fem sjukhusförvaltningar där den psykiatriska slutenvården bedrivs. Öppenvårdsmottagningar finns på flertalet orter i regionen. Klinikerna erbjuder specialiserad psykiatrisk diagnostik och behandling samt dagsjukvård och mobila resurser. (Uppdrag psykisk hälsa, 2018). Slutenvård innebär att personen vårdas på en vårdinrättning. Öppenvården tar över då personen inte längre är i behov av inläggande vård. Samverkan i samband med utskrivning från slutna hälso- och sjukvård regleras enligt lag. Vid utskrivning till den psykiatriska öppenvården ska en planering för vidare insatser för personen finnas så att utskrivningen till öppenvården blir trygg och säker (SFS 2017:612).

Psykiatrin har konsultationsansvar gentemot primärvården. Det finns framtagna remissregler som fastställts av hälso- och sjukvårdsdirektören som ska följas och samtliga remisser ska innefatta en bedömning av suicidrisken. Vid konsultation ges ett skriftligt remissvar med eller utan föregående patientbesök. Då aktiva insatser från psykiatrin inte längre behövs remitteras/återremitteras personen till primärvården. Långtidssjuka personer i ett stabilt skede med underhållsbehandling kan behandlas av primärvården enligt överenskommelse. Psykiatrin ansvarar för uppföljning efter suicidförsök oavsett tillstånd. Följande ligger under psykiatrins ansvar: neuropsykiatriska syndrom, komplexa tvångssyndrom, psykossjukdomar, bipolära syndrom, återkommande depressioner, komplexa utmattningssyndrom, beroendeproblematik i kombination med psykisk sjukdom, komplexa personlighetssyndrom, svår PTSD, ätstörningar, samt uppmärksamma somatisk ohälsa hos patienter med långvarig psykiatrisk ohälsa. Specialistpsykiatrin tar emot remisser från bland annat primärvården (Västra Götalandsregionen, 2017).

Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri

Samverkan beskrivs som "övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte" (Socialstyrelsen, 2018). Samverkan krävs i samband med förflyttning mellan olika vårdgivare, för att personen ska få en god och säker vård. En viktig förutsättning för samverkan genom vårdkedjan är att information som behövs för personens fortsatta vård kan överföras mellan vårdgivare. Grundstenarna i god samverkan bygger på ömsesidig tillit och förtroende samt en god kommunikation mellan respektive verksamheter (Vårdhandboken, 2018). Vårdkedjan kan beskrivas som vårdinsatser från olika verksamheter som länkar i varandra med en väl fungerande informationsöverföring. Det fordrar att personal deltar aktivt och samverkar över traditionellt uppbyggda gränser (Lindberg, 2002).

Samverkan vid utskrivning från slutenvård regleras enligt lagen (SFS, 2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Lagens syfte är att främja god vård efter utskrivning från slutenvården då insatser behövs från exempelvis socialtjänsten, kommunen eller landstingsfinansierad öppenvård. Om inte sekretess hindrar ska den slutna vården överföra information, som är nödvändig för att ge personen en god uppföljning, till berörda verksamheter (SFS, 2017:612).

Ansvarsfördelningen har utarbetats mellan primärvård och specialistpsykiatri för att finnas som stöd och vägledning för att optimera samarbetet mellan parterna. Syftet är att förtydliga vårdnivåer, ansvarsområden och roller för vård av patienter med psykisk ohälsa, för att förbättra vården för den enskilde patienten. Med hjälp av ansvarsfördelningen kan sjuksköterskans kompetens utvecklas och arbetet underlättas. Målsättningen är att vården ska upplevas sömlös mellan öppenvårdsenheterna inom psykiatri och vårdcentralerna. När kontakt behöver tas mellan de båda vårdnivåerna är den kliniska bedömningen avgörande. Vid tolkning av ansvarsfördelningen ska det som är bäst för patienten vara vägledande. När samarbete och konsultationer görs på rätt sätt i rätt tid minskar den totala konsultationstiden. För att minska risken för att patienter faller mellan stolarna bör alla behandlare ha som riktmärke att ta hand om fler patienter än man egentligen anser ingår i ansvarsområdet (Västragötalandsregionen, 2012). Staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har som uppdrag av regeringen att främja psykisk hälsa och ständigt arbeta för att förbättra tillgängligheten av vård med god kvalitet. Arbetet ska baseras på ett gemensamt ansvarstagande. Arbeta sker med att identifiera ansvarsfördelning för att kunna samordna de vård- och stödinsatser som behövs, planera sina verksamheter, var för sig och gemensamt för ett bättre samarbete med den enskilde individen som utgångspunkt (Sveriges Kommuner och Landsting, 2017). Flera studier visar att verksamheter som arbetar med psykisk ohälsa har dålig kännedom kring varandras arbetssätt och organisation vilket leder till dålig kommunikation. Det är av största vikt att kommunikationen fungerar för att underlätta samverkan, öka kompetensen för båda verksamheterna samt för att kunna ge en god vårdkvalitet. Det finns behov av att utveckla samarbetsmetoder och kommunikationsverktyg (Bransley, Berta, Durbin, Finlayson, Jaakkimainen, Lin & McMurray 2012; Danbolt, Hestad, Hynnekleiv, Kjøsberg & Kvalvik, 2016; Chaudry, Kennedy & Polivka 1997;2000). Det finns ett behov av vidare forskning kring samverkan mellan verksamheter vid psykisk ohälsa för att kunna utbyta kompetens och kunna identifiera rätt insatser och vårdnivå (Campbell & Kisely, 2007; Chouinard, Girard, Hudon, Poitras & Roberge, 2016).

Personcentrerad vård

Personcentrerad omvårdnad är ett begrepp som används för att lyfta fram vikten av att inkludera livsvärldsperspektivet i hälso- och sjukvården. Detta innebär att den sjuke personens upplevelser, tankar och tolkningar av vad sjukdomen betyder för dennes liv blir viktiga. Vårdpersonalens uppgift är att lyssna på personen "bakom" sjukdomen, detta för att kunna erbjuda bästa möjliga vård utifrån både ett biomedicinskt vetande och personens egna förutsättningar och upplevelser (Edvardsson, 2013). Trots att kontakt finns med primärvården, är personer med allvarlig och ihållande psykisk sjukdom mer benägna att bli underbehandlade och söka akut vård. Viktigt i behandlingen av psykisk ohälsa är att betrakta engagemanget som gemensamt mellan personen och vårdaren. Det krävs tid och ansträngning för ett bra möte. Det uppmärksammas att de rutinemässiga tio minuter långa besöken inom primärvården inte är optimala för personer med psykisk ohälsa. Även miljön och bemötandet är en viktig del för att främja engagemang. Det är också viktigt att se hela människan och vilket psykosocialt stöd han/hon är i behov av för att främja de kognitiva förmågorna (Gallon & Heifner Graor, 2012). Uppdelningen av ansvar mellan olika organisationer och verksamheter

kan vara ett hinder för att arbeta personcentrerat. Personcentrerad vård handlar om att lyssna till och försöka förstå hur vården ges och hur den upplevs av personen. Att ta del av personens egen berättelse kan ge en bättre bild av personen bakom sjukdomen. När vårdpersonalen är beredd att se och möta personens livsvärld kan det leda till ökad öppenhet. De fasta rutiner och strukturer som styr vården kan ofta vara ett hinder och stå i vägen för den personcentrerade vården och öppenheten (Hörberg, 2017). Inom personcentrerad vård är det viktigt att ge vård utifrån personens behov och att både organisationen, strukturen och ledningen arbetar för att främja detta. Vid personcentrerat förhållningssätt är det viktigare att ta hänsyn till personens behov än organisationens rutiner (Meidell 2010). I denna studie ska primärvårdssjuksköterskors erfarenheter kring samverkan med specialistpsykiatri undersökas. Den personcentrerade vården är aktuell i studien då både primärvården och specialistpsykiatri har denna som utgångspunkt. Sjuksköterskan har en betydelsefull roll i samverkan.

Sjuksköterskans roll inom primärvården och specialistpsykiatri

Primärvårdssjuksköterskan är en legitimerad sjuksköterska som är anställd inom primärvården. Vanlig specialistutbildning är distriktssköterskeutbildningen, dock förekommer flera andra specialistutbildningar hos de anställda sjuksköterskorna. Primärvårdspersonalen har fått ett större ansvar kring personer med psykisk ohälsa. Primärvårdssjuksköterskan arbetar ofta i samverkan med andra verksamheter, forskning visar dock att sjuksköterskans fulla kompetens inte alltid utnyttjas. Ett bättre samarbete kan leda till ett ökat tillvaratagande av befintliga resurser (Chouinard, Girard, Hudon, Poitras & Roberge, 2016). Distriktssjuksköterskans kompetens omfattar ett hälsofrämjande arbetssätt som innebär att möta, stödja, hjälpa, förebygga, råda, vårda samt behandla personen i livets alla skeden. Detta innefattar att samarbeta med andra yrkesgrupper, organisationer och myndigheter. För att kunna integrera ett hälsofrämjande, omvårdnads- och medicinskt ställningstagande är det nödvändigt med ett personcentrerat arbetssätt (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008).

I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård beskrivs sjuksköterskans roll som spindeln i nätet, att samordna omvårdnadsarbetet och insatser utifrån den enskilda personens behov samt i relation till anhöriga och andra vårdgivare. Inom specialistsjuksköterskans kompetensområde åligger det sjuksköterskan att utgå från ett personcentrerat förhållningssätt med ett helhetsperspektiv (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Vid psykiatrisk omvårdnad har det stor betydelse att sjuksköterskan känner engagemang inför sitt yrke och att arbetsmiljön främjar de terapeutiska förutsättningarna. Sjuksköterskan upplever då den psykiatriska omvårdnaden som mycket tillfredställande och givande där deras kompetens tas tillvara (Ward, 2011).

Problemformulering

Personer med psykisk ohälsa tar ofta sin första kontakt med vården via primärvården, som sedan hjälper personen vidare i vårdkedjan. Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri pågår ständigt. Upplevelsen är att många personer med psykisk ohälsa hänvisas mellan primärvård och specialistpsykiatri och lätt trillar mellan stolarna. Dessa personer riskerar att vara obehandlade i väntan på kontakt samt tappar förtroende och tryggheten till vården. Det pågående samarbetet som finns mellan primärvård och specialistpsykiatri sker utefter en ansvarsfördelning. Detta kan leda till att fokus hamnar enbart på den egna verksamhetens ansvarsområde, trots att det finns ett stort behov av mer överlappande gränser mellan verksamheterna. Flera studier påvisar bristfällig kunskap om vårdgrannars verksamheter. Det är av största vikt att samverkan är välfungerande. Att undersöka vad primärvårdssjuksköterskor har för erfarenheter av samverkan med specialistpsykiatri leder till bättre kännedom kring de hinder och möjligheter som påverkar och kan utveckla samverkan. Specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård arbetar med att samordna olika insatser utifrån personens behov, en förbättrad samverkan skulle kunna främja detta arbete.

Syfte

Syftet är att beskriva primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan med specialistpsykiatri.

Metod

Design

Studiens syfte är att beskriva primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan med specialistpsykiatri. Då erfarenheter efterfrågas blev valet att göra en kvalitativ intervjustudie som är deskriptiv, beskrivande. Uppsatsen har en induktiv ansats som enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) beskrivs som upptäckandes väg med utgångspunkt i människors upplevelser och berättelser. Forskaren med kvalitativ ansats blir medskapare i forskningsprocessen då man växlar mellan närhet och distans till det som ska studeras (a.a).

Kontext

Sjuksköterskor inom primärvården intervjuades. De sjuksköterskor som inte arbetade i specifika psykiskt ohälsa team kom främst i kontakt med personer med psykisk ohälsa via telefonrådgivningen eller i samband med att personerna sökt vård för andra åkommor. Många gånger kände sjuksköterskorna ett behov av att kunna hänvisa personer vidare vilket skulle underlättats av en välfungerande samverkan. Inom primärvården finns specifika team som arbetar enbart med psykisk ohälsa. Psykiatrisjuksköterskorna i dessa team har en tätare samverkan med specialistpsykiatri, dock skedde en stor del av samverkan genom läkarna.

Urval

Först togs kontakt med primärvårdschef och information gavs att de inte kunde bistå med informanter med hänvisning till hög arbetsbelastning. Kontakt fick då tas med informanter via personlig kännedom samt tips från andra kollegor. Henricson och Billhult (2012) beskriver att slumpmässiga urval inte görs då erfarenheter efterfrågas och deltagaren ska kunna berätta om sina erfarenheter. Ett strategiskt urval är mer lämpat för att få så variationsrika och informationsrika beskrivningar som möjligt (a.a.) Ett strategiskt urval var nödvändigt för att kunna svara på studiens syfte kring sjuksköterskors erfarenheter av samverkan med specialistpsykiatrin. Studiens inklusionskriterier var att informanterna skulle vara legitimerade sjuksköterskor och ha erfarenhet av arbete med vuxna personer med psykisk ohälsa inom primärvården. Studien genomfördes i primärvården inom Västra Götalandsregionen, Närhälsan, med anledning av närhet till informanterna. Studiens exklusionskriterier var legitimerade sjuksköterskor utan erfarenhet av arbete med psykisk ohälsa. Tolv sjuksköterskor tillfrågades om medverkan i studien varav åtta stycken tackade ja och intervjuades individuellt. De hade olika mycket erfarenhet kring psykisk ohälsa. Hälften arbetar som psykiatrisjuksköterskor i specifika team med inriktning mot psykisk ohälsa inom primärvården. Resterande fyra arbetar som distriktsjuksköterskor. Sju stycken av informanterna är kvinnor och en man. Åldern sträckte sig mellan 39-63 år.

Datainsamling

Erfarenheter kring samverkan med specialistpsykiatrin efterfrågades. Det var nödvändigt att de intervjuade sjuksköterskorna hade dessa specifika erfarenheter. Detta innebar att informanterna blev färre och inte slumpmässigt utvalda (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna skedde på Närhälsan i fem olika kommuner i sydvästra Sverige, vilket gav en bra geografisk spridning. Vilket minimerar risken att lokala erfarenheter av samverkan skulle påverka resultatet. Datainsamlingen genomfördes i form av semistrukturerade intervjuer med färdiga öppna frågor kring ämnet. Informanterna ombads att tala utförligt och utveckla sina idéer, svaren var öppna och fokus låg på informantens synpunkter (Denscombe, 2009). Intervjuerna genomfördes gemensamt av forskarna på överenskommen plats, på deras arbetsplats eller närliggande neutral plats. Det är viktigt att intervjuerna sker på en lugn och trygg plats utan störningsmoment för att få ut så mycket data som möjligt ur intervjuerna (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna varade mellan 25-40 minuter, spelades in och transkriberades. Informanterna fick först svara på bakgrundsfrågor och ombads därefter att berätta om sina erfarenheter kring när samverkan med specialistpsykiatrin fungerat bra samt mindre bra. Intervjuerna ägde rum under januari 2018.

Dataanalys

Datamaterialet analyseras genom kvalitativ innehållsanalys som fokuserar på tolkning av texter, där skillnader och likheter i texten identifieras. Innehållet delas i manifest och latent innehåll. Manifest innehåll fokuserar på det synliga, uppenbara innehållet i en text som kodas och kategoriseras med liten grad av tolkning (Graneheim Hällgren & Lundman, 2012). Analysen är gjord enligt Graneheim Hällgren och Lundmans (2012) process för analys.

Datamaterialet lyssnades igenom och transkriberades ordagrant. Båda forskarna läste igenom materialet först var för sig och därefter gemensamt. De delar av texten som speglar syftet togs ut, dessa benämns som domäner. Domänerna identifierades i det fullständiga datamaterialet. Informanternas namn byttes och färgkodades. Därefter delades domänerna in i meningsenheter, som innebär ord, meningar och stycken som hör ihop genom sitt innehåll och svarar på syftet. Därefter kondenserades meningsenheterna vilket innebär att göra texten kortare genom att bevara det centrala innehållet och ta bort onödiga ord. Texten kodades sedan vilket innebär en kortfattad beskrivning av meningsenheterna. Koderna svarade på syftet. Därefter påbörjades sorteringsprocessen då likheter och skillnader urskildes i innehållet och skapade kategorier samt underkategorier som är en grupp av koder som har någonting gemensamt. En kategori är ett uttryck för det manifest innehållet, kärnan, i texten. Latent innehåll innebär en tolkning av det underliggande budskapet i texten. Detta innehåll benämns som tema, ”den röda tråden”, som kan urskiljas i koderna eller kategorierna på en tolkande nivå (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Graneheim och Lundman, (2012) skriver att en fördel med kvalitativ innehållsanalys kan anpassas till olika syften samt data med olika kvalitet samt till forskarens erfarenhet och kunskap. Resultatet blir mer sammanhängande och fullständigt ju bättre datamaterial och ju större erfarenhet forskaren har (a.a.) Analysen av datamaterialet resulterade i tre kategorier med sju underkategorier, se tabell 1 nedan.

Tabell 1: Analysprocessen med exempel från de tre kategorierna

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Under-kategori	Kategori
Jag tror inte att vi missar dem alls, de som är riktigt dåliga och i akut behov får ju hjälp. Får de inte hjälp av oss på plats så hjälper vi dem ju vidare med vart de ska gå någonstans.	Akut dålig patient missas inte. Vi hjälper på plats eller vidare.	Akut dålig patient får alltid hjälp.	Bra samverkan vid akuta överflyttningar	Samverkan präglad av olikheter
Jag tycker ändå att det inte är svart eller vitt utan gråzonpatientskategorin som är svår.	Inte svart eller vitt. Gråzonpatienter.	Gråzon	Gråzonpatienter – primärvård eller specialistpsykiatri?	Oklar ansvarsfördelning
Det finns för få resurser inom närhälsan...många patienter per dag och det ska gå snabbt. Det var ju alltså hela tiden den här att vi inte skulle ha patienter som fastnade.	Det finns för få resurser inom närhälsan.	För få resurser	Otillräcklighet	Resursbrist och lågt intresse för psykisk ohälsa

Forskningsetik

Inom forskningsetiska principer finns det fyra huvudkrav vilka är; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Informationskravet innebär att information om den aktuella forskningen ska ges till de som är berörda. Kontakt med informanter togs via telefon eller mail och informationsbrev mailades ut. Informationsbrevet innehöll en kort beskrivning av studiens syfte, genomförande samt underskrift av samtycke. Samtyckeskravet innebär att deltagarna ska lämna samtycke till att medverka i studien. Deltagandet är frivilligt och de har rätt att avbryta sin medverkan utan påföljder. Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter kring deltagarna i studien ska ges största möjliga konfidentialitet samt ska bevaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Nyttjandekravet innebär att de insamlade uppgifterna endast får användas till forskningens ändamål (Helsingforsdeklarationen, 2013). De sjuksköterskor som deltar i studien har informeras om studiens syfte, analysmetod samt att deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas. Datamaterialet kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt. Studien medför inga risker för deltagarna.

Resultat

Resultatet visade att det fanns många olika faktorer som påverkade samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri vilket resulterade i följande kategorier; *Samverkan präglad av olikheter* med underkategorierna *Bra samverkan vid akuta överflyttningar* och *Dålig tillgänglighet och bristfällig återkoppling mellan verksamheterna*. Samt *Oklar ansvarsfördelning* med underkategorierna *Vårdens olika bedömningar av samma person*, *Bristfällig kännedom om ansvarsfördelning mellan professionerna* och *Gråzonpatienter – primärvård eller specialistpsykiatri?* Sista kategorin *Resursbrist och lågt intresse för psykisk ohälsa* med underkategorierna *Otillräcklighet* och *Intresse och respekt för psykiatrin*, se tabell 2.

Tabell 2: Resultatets kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Samverkan präglad av olikheter	Bra samverkan vid akuta överflyttningar
	Dålig tillgänglighet och bristfällig återkoppling mellan verksamheterna
Oklar ansvarsfördelning	Vårdens olika bedömningar av samma person
	Bristfällig kännedom om ansvarsfördelning mellan professionerna
	Gråzonpatienter –primärvård eller specialistpsykiatri?
Resursbrist och lågt intresse för psykisk ohälsa	Otillräcklighet
	Intresse och respekt för psykiatrin

Samverkan präglad av olikheter

Sjuksköterskorna beskrev både positiva och negativa erfarenheter kring samverkan. De positiva erfarenheterna handlade främst om akuta situationer och de negativa erfarenheterna var mer kopplade kring mindre akuta situationer. Det framkom också en bristfällig återkoppling från specialistpsykiatrin efter att de gjort en bedömning av personen.

Bra samverkan vid akuta överflyttningar

Många sjuksköterskor upplevde att samverkan fungerade bra i stort. Sjuksköterskorna beskrev positiva erfarenheter vid akuta övertag, exempelvis då det fanns behov av inläggning eller rådgivning vid akut försämring. Det fanns någon att nå och de fick ett bra bemötande. När personer uppvisade tydliga akuta psykiatriska symtom såsom psykos, djup depression och suicidalitet fungerade samverkan väl.

”...psykotiska patienter brukar inte vara något bekymmer...eller om de är paranoidea eller hallucinerar...snabbt in utan tvekan” -Susanne

Mobila teamet beskrevs som ett mycket bra stöd vid akuta situationer vilket upplevdes som en trygghet. De var lätta att nå för rådgivning och bedömningar. Sjuksköterskorna beskrev också att de kunde komplettera remisser och beskriva personens situation mer detaljerat och att detta kunde vara ett stöd i bedömningen och att patienten får en snabbare överflytt från primärvården till specialistpsykiatri

Dålig tillgänglighet och bristfällig återkoppling mellan verksamheterna

Det framkom en stor frustration över dålig tillgänglighet vid icke akut ärenden, svårigheter att veta vart de kunde vända sig samt dålig närhet. Det fanns svårigheter att få kontakt med specifika behandlare och de upplevde att de bara hade psykakuten att hänvisa till. Sjuksköterskorna tog sällan själva kontakt med specialistpsykiatri utan det var i första hand läkarna, som också påpekat kontaktsvårigheter. I många fall skickades personerna akut till specialistpsykiatri utan att kontakt togs innan, oavsett om personen sökte frivillig vård eller inte.

”...känner inte att jag kan ringa och få stöd...jag känner ingen samverkan alls” -Siv

Erfarenheter framkom att det var svårt att veta vad det fanns för planering och uppföljning efter att personer varit i kontakt med specialistpsykiatri. De fick inte alltid information om ifall beslut togs om inläggning eller om exempelvis medicinändringar gjorts. Att olika journalsystem används är en bidragande faktor till bristfällig återkoppling. Sjuksköterskorna hade heller inte möjlighet att se om personen var uppsatt på väntelista till specialistpsykiatri, vilket hade varit av värde för både sjuksköterska och de vård sökande.

Oklar ansvarsfördelning

Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri styrs av ansvarsfördelningen, som är ett dokument som beskriver vilket ansvarsområde primärvården respektive specialistpsykiatri har. Kategorin samt underkategorierna speglar olika faktorer kring ansvarsfördelningen som påverkar samverkan.

Vårdens olika bedömningar av samma person

Det framkom att det kunde vara svårt att bedöma vart personen skulle få sin vård och att de olika verksamheterna gjorde olika bedömningar av samma person. Detta ledde ibland till diskussion kring vem som hade ansvaret vilket blev frustrerande. Primärvården upplevde att specialistpsykiatri hade tolkningsföreträde då de remitterade personer med önskan om inläggning och att de oftast blev hemskickade.

”...de gör inte samma bedömningar av samma individ, det är frustrerande...jag säger inte vilken bedömning som är rätt...ofta så hamnar vi tyvärr i en diskussion om vem som ska ta vad” -Susanne

Sjuksköterskorna upplevde ofta ett hårt tryck inom primärvården. Personer som hade en befintlig kontakt på primärvården upplevdes som extra svåra att flytta över till

specialistpsykiatrin, trots bedömning om försämring. Då personen stod i kö för att bli överflyttad blev behandlingsansvaret luddigt vilket försvårade exempelvis läkemedelsförskrivning och vårdtagaren kunde då bli utan medicin. Sjuksköterskorna beskrev att de ibland upplevde en motvilja från specialistpsykiatrin till att ta emot personer som sjuksköterskorna önskade skulle få komma för en bedömning.

Bristfällig kännedom om ansvarsfördelning mellan professionerna

Många av sjuksköterskorna hade inte kännedom kring ansvarsfördelningen, framför allt var det de intervjuade distriktssköterskorna som inte hade blivit uppdaterade. Inom primärvården var det läkarna som arbetade utefter och hade kunskap kring ansvarsfördelningen. Oftast gick även den interna kontakten med psykisk ohälsa teamen via läkarna.

”Det är nog inte hugget i sten vem som har ansvar för vad egentligen...” -Annelie

De sjuksköterskor som jobbar inom psykiskt ohälsa team var väl insatta i ansvarsfördelningen då varje inkommen remiss bedömdes utefter dessa kriterier. Många gånger valde dock sjuksköterskorna att överlåta många av dessa ställningstaganden till läkarna med anledning av att deras bedömning hade mer tyngd.

Gråzonpatienter – primärvård eller specialistpsykiatri?

Sjuksköterskorna beskrev en grupp ”gråzonpatienter” som inte passade i psykiatrin och inte i primärvårdens ständiga flöde. Det fanns ett glapp mellan primärvården och specialistpsykiatrin, där personer hänvisades mellan verksamheterna. Ansvarsfördelningen har tydliga riktlinjer kring vart personen ska få sin vård men flertalet sjuksköterskor erfor att personer ändå lätt hamnade emellan stolarna .

”...det finns ju tydliga gränssnitt men det finns alltid de som hamnar utanför” -Mona

Det framkom flera erfarenheter hos sjuksköterskorna av att personer söker vård för annat än kärnproblematiken. Vårdtagarna hade svårigheter att veta varför de mår dåligt och sökte ibland vård för symtom såsom ont i bröstet och hjärtklappning som i efterhand visade sig handla om psykisk ohälsa. Bedömningarna fick i första hand utgå ifrån symtomatologi och ibland till och med bortse från befintliga diagnoser.

Resursbrist och lågt intresse för psykisk ohälsa

Många av sjuksköterskorna erfor en stor resursbrist både inom primärvård och specialistpsykiatri vilket påverkade vårdkvaliteten och möjligheterna till en god samverkan. Ytterligare faktorer som påverkade samverkan visade sig vara primärvårdssjuksköterskornas intresse för psykisk ohälsa samt deras respekt för specialistpsykiatri.

Otillräcklighet

Primärvårdssjuksköterskorna ansåg att det var brist på personal inom båda verksamheterna. Inom primärvården är det många vårdsökande per dag och sjuksköterskorna beskrev att det skulle vara ett ständigt flöde. Det ökade antalet patienter gjorde att det inte fanns samma utrymme för samma vård som tidigare. Utbildningar så som kognitiv beteendeterapi kunde inte utnyttjas fullt ut då det inte fanns möjlighet till så täta och regelbundna behandlingstillfällen som krävdes. Personalbristen inom psykiatri märkte sjuksköterskorna inom primärvården främst av genom långa kötider och minskade resurser, som till exempel att specialistpsykiatri tidigare kunnat vara mer mobila. Detta var frustrerande.

”Det finns inga resurser åt något håll...det känns jobbigt” -Birgitta

Det var svårt att göra rättvisa bedömningar av personer med psykisk ohälsa inom primärvården på grund av tidsbrist. Primärvårdssjuksköterskorna uttryckte att kompetensen inom primärvården sällan var tillräcklig och att de önskade mer kunskap om psykiatri.

Intresse och respekt för psykiatri

Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att intresset för den psykiatriska vården i många fall hade betydelse i bedömningarna som var avgörande för fortsatt vård och samverkan med specialistpsykiatri. Intresset blev en viktig resurs i samband med samverkan med specialistpsykiatri. Vissa sjuksköterskor kände att de inte hade kunskap eller det rätta intresset för personer med psykisk ohälsa vilket ledde till att de prioriterades lågt vid exempelvis tidsbokning. Sjuksköterskorna såg även att läkarnas intresse för psykisk ohälsa hade betydelse för patientens gång i vårdkedjan, som vid exempelvis remissförfarande.

*”...sen beror det ju på hur pass intresserad man är för psykisk hälsa...det faller lite på det...”
-Lotta*

Många primärvårdssjuksköterskor beskrev att de gjorde noggranna värderingar och bedömningar innan överremittering till specialistpsykiatri. Personer som hänvisades vidare bedömdes vara allvarligt sjuka. Sjuksköterskorna beskrev en respekt för psykiatri som specialitet och hade förtroende för att de gjorde så gott de kunde.

Diskussion

Metoddiskussion

Valet att göra en kvalitativ intervjustudie föll ut väl med tanke på att erfarenheter skulle beskrivas. Den induktiva ansatsen är relevant då människors upplevelser och berättelser studeras. För att stärka *trovärdigheten* i studiens resultat bör hänsyn tas till *giltighet, tillförlitlighet* samt *överförbarhet. Giltigheten* i studien avgörs av hur väl resultatet lyfter fram det karaktäristiska för det som är avsett att studera. Valet av deltagare har betydelse, bör inkludera både män och kvinnor samt olika åldersgrupper för att få olika perspektiv. Det är viktigt att beskriva urval och analysarbete för att kunna bedöma tolkningen av datamaterialet. Citat stärker giltigheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Förhoppningen var att få informanter via primärvårdschef för att inte ha för mycket personlig relation till de intervjuade sjuksköterskorna. Tyvärr var detta inte möjligt med hänvisning till hög arbetsbelastning. Informanter fick istället efterfrågas via personliga kontakter. Till en början kändes det negativt för studiens resultat att forskarna själva tillfrågade informanter. I efterhand anser forskarna att resultatet inte påverkats då det blev en bra spridning på informanter, framförallt geografiskt. Henricson och Billhult (2012) förordar ett strategiskt urval då erfarenheter kring ett specifikt ämne efterfrågas (a.a.) Inklusionskriterierna var att informanterna skulle vara legitimerade sjuksköterskor och ha erfarenhet av arbete med vuxna personer med psykisk ohälsa inom primärvården. Fyra av de intervjuade sjuksköterskorna arbetade i specifika team för psykisk ohälsa, resterande arbetade som distriktssköterskor. Erfarenheter kring samverkan med specialistpsykiatri skiljde sig därför mycket åt. För att få ett smalare resultat borde valet gjorts att studera en av grupperna i taget, detta för att sjuksköterskorna då skulle haft samma perspektiv på samverkan. Forskarna anser det som en svaghet i studien. Semistrukturerade intervjuer som beskrivs av Denscombe (2009) användes, informanterna fick utförligt berätta om sina erfarenheter, svaren var öppna och fokus låg på informanternas synpunkter (a.a.) *Tillförlitligheten* styrks då båda forskarna deltagit i samtliga intervjuer och bearbetat analysprocessen tillsammans samt reflekterat och diskuterat kring olika tolkningsmöjligheter (Graneheim Hällgren & Lundman, (2012). Två större öppna frågor med korta följdfrågor användes. Under intervjuperioden uppmärksammades efter hand att forskarna fyllde ut med fler och fler följdfrågor som inte kunde svara för syftet. De två större frågorna svarade väl på syftet och det var där det väsentliga datamaterialet samlades in. Då forskarna är oerfarna hade intervjuerna kunnat komprimeras och oväsentliga följdfrågor uteslutas. Den överflödiga intervjutiden gav inte studiens resultat så mycket men var ändå av värde för forskarnas förståelse.

All forskning syftar till att få ny kunskap, sanningen kan dock tolkas på flera sätt. Forskarnas förförståelse präglar analysen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Forskarna till denna studie arbetar båda inom specialistpsykiatri och har erfarenhet av samverkan med primärvården. Förförståelsen är att många personer som söker vård har svårt att få kontakt med rätt instans och ofta bollas mellan verksamheterna. Uppfattningen var att många personer hade möjlighet att få en kontinuerlig kontakt inom primärvården. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) säger att tolkningen av resultatet är ofta omedveten så istället för att sätta

förförståelsen åt sidan bör det utnyttjas för att upptäcka nya kunskaper och få en djupare förståelse. Resultatets *överförbarhet* till andra kontext bedöms av läsaren men det är av värde att det finns en noga beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys samt kontext. I kvalitativa studier spelar forskarnas delaktighet stor roll för resultatet, och då också för överförbarheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Kanske är överförbarheten i denna studie till liknande kontext i Sverige rimlig, detta lämnas till läsaren att bedöma. Vid analysprocessen plockades domäner ut, vilka i efterhand kunde ses som meningsenheter. Under kondenseringen av meningsenheterna fick forskarna hålla fokus på syftet för att få koder som svarade väl på syftet. Processen att identifiera kategorier och underkategorier var svår, forskarna fick vid ett flertal tillfällen gå tillbaka i texten för få ett tydligare begrepp om sammanhanget, vilket var till stor hjälp vid kategoriseringen. *Trovärdigheten* i denna studie bedömer forskarna vara god, dock kan okunskap föranlett att resultatfynd missats. Deltagandet i studien följer de forskningsetiska principernas fyra huvudkrav då sjuksköterskorna har informerats om studiens syfte och analysmetod. Deltagandet var också helt frivilligt och kunde avbrytas när som helst. Allt material behandlades konfidentiellt och studien medförde inga risker (Helsingforsdeklarationen, 2013).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva primärvårdsjuksköterskors erfarenheter av samverkan med specialistpsykiatri vilket resulterade i kategorierna Samverkan präglad av olikheter, Oklar ansvarsfördelning samt Resursbrist och lågt intresse för psykisk ohälsa. I studien av Bourgueil , Catala, Chemla, Letrilliart, Lustman, Supper (2014) identifieras några av de hinder som finns för en god samverkan. Utmaningarna låg i att öka medvetenheten om varandra roller och kompetenser samt kunskap om ansvarsområde och informationsöverföring (a.a) Resultatet i denna studie visar att okunskap kring ansvarsfördelningen kan leda till att personer hänvisas fel. När personer söker för psykisk ohälsa är det viktigt att de får kontakt på rätt ställe. Primärvården ser på specialistpsykiatri som svårtillgänglig vid icke akuta ärenden. Det är till primärvården allmänheten söker vård i första hand, den är lättillgänglig till skillnad från den specialiserade vården som är mer sluten. Studien av Cunningham (2009) påvisar också en brist på tillgänglighet av specialistpsykiatrisk vård vilket leder till ökad arbetsbelastning för primärvården (a.a.) I resultatet framkom att specialistpsykiatri alltid gör en ny bedömning om vårdnivå trots att primärvårdens bedömning är önskat övertag. Enligt forskning behandlas en stor del av den psykiska ohälsan inom primärvården. Det finns behov av mer resurser hos primärvårdspersonalen för att kunna göra fler bedömningar och diagnostiseringar av psykisk ohälsa (Flaskerud, 2012). För att samverkan ska fungera friktionsfritt krävs det enligt ansvarsfördelningen, Västra Götalandsregionen (2012), att båda verksamheterna tar hand om fler personer än vad man egentligen anser ingår i ansvarsområdet, för att minska risken för att personer faller mellan stolarna (a.a.) Resultatet visar att primärvården efterföljer dessa riktlinjer, då de exempelvis ofta har kontakt med personen trots beslut om överflyttning till specialistpsykiatri. Specialistpsykiatri tycks kunna bli bättre på att se bortanför sitt ansvarsområde för att underlätta samverkan och för att fler personer får den vård de har behov av. Hörberg (2017) beskriver den personcentrerade vården med att vårdpersonalen vill möta

personens livsvärld, vilket kan leda till en ökad öppenhet. Fasta rutiner och strukturer kan försvåra den personcentrerade vården och dess fördelar (a.a.) Ett hinder för god samverkan är enligt Campbell och Kisley (2007) att varje verksamhet enbart ser till sitt eget ansvarsområde (a.a.) Sjuksköterskorna i primärvården erfar att specialistpsykiatrin har tolkningsföreträde och det framkommer även en känsla av motvilja till att ta emot personer som primärvården bedömt behöver specialiserad vård. Trots att det enligt Västra Götalandsregionen (2012) är den kliniska bedömningen som ska vara avgörande för vårdnivå (a.a.) Förtroendet för de kliniska bedömningarna respekteras inte alltid. Verksamheterna verkar se på ansvarsfördelningen från olika perspektiv. En ökad kännedom om varandras organisation samt vilken vård som kan erbjudas skulle gynna samverkan som även ett flertal studier visar (Bransley, Berta, Durbin, Finlayson, Jaakkimainen, Lin & McMurray 2012; Danbolt, Hestad, Hynnekleiv, Kjønnsberg & Kvalvik, 2016; Chaudry, Kennedy & Polivka 1997;2000). En bättre kännedom kring varandras verksamheter samt en förbättrad tillgänglighet till specialistpsykiatrin kan fånga upp de personerna som hamnar mellan stolarna. Det framkommer att primärvården inte har de resurser som krävs för att tillgodose det ökade behovet av vård av psykisk ohälsa. Den finns också en brist på en bra samverkan mellan primärvården och specialistpsykiatrin. Utmaningen är att hitta gemensamma arbetsmodeller för att underlätta samverkan (Agyapong, Conway & Guerandel, 2011).

Det är inte lätt att arbeta utefter en ansvarsfördelning vid resursbrist. Resultatet visar att sjuksköterskors erfarenhet av samverkan är att det krävs mer resurser för att samverkan ska fungera väl. Primärvården har fått ett större ansvar än tidigare vilket är svårt att tillgodose samt att de behandlingar de tidigare kunnat genomföra blir lidande på grund av resursbrist. Även tidigare forskning visar på att sjuksköterskor som arbetar med psykisk ohälsa och som upplevt stress och utbrändhet påtalar brist på resurser och förändrade ansvarsområden som faktorer som påverkar negativt (Burnard, Coyle, Edwards, Fothergill & Hannigan, 2000). Är specialistpsykiatrin medveten om den stora resursbristen inom primärvården då de hänvisar tillbaka ärenden. Forskning visar att ett ökat samarbete kan leda till bättre tillvaratagande av befintliga resurser (Chouinard, Girard, Hudon, Poitras & Roberge, 2016). En förbättrad samverkan kan leda till att känslan av resursbrist inte skulle vara så stor. Enligt resultatet beskrevs erfarenheter av att sjuksköterskornas intresse för den psykiatriska vården ibland kunde vara avgörande för hur personer med psykisk ohälsa prioriterades. Enligt Socialstyrelsen (2017) har alla människor rätt till en jämlik och säker vård (a.a.) Med utgångspunkt i den personcentrerade omvårdnaden sätts personen och dess livsvärld i centrum (Edvardsson, 2013). Den personcentrerade vården riskerar att bli påverkad om sjuksköterskans intresse för psykisk ohälsa får vara avgörande. Med låg prioritet är risken att personer som söker vård inte får samma möjlighet att exempelvis få en tid bokad. Forskning visar att vid psykisk ohälsa spelar engagemanget mellan vårdaren och personen en viktig roll. Engagemanget påverkas i sin tur av miljön och bemötandet (Gallon & Heifner Graor, 2012). Vissa av de sjuksköterskor som inte arbetar inom specifika team för psykisk ohälsa uppgav att de inte hade vare sig kunskap eller rätta intresset för att engagera sig i dessa personer. Sjuksköterskorna i de specifika teamen för psykisk ohälsa kunde också uppleva att intresset för psykisk ohälsa kunde vara avgörande. Särskilt då de lämnat ärendet vidare till läkare för

remiss till specialistpsykiatrin så erfor de att läkarens intresse för psykisk ohälsa speglades i remissen.

Forsning visar att sjuksköterskans attityder påverkar behandlingen av personer med psykisk ohälsa. Det finns ett behov av utbildning för att främja engagemanget för vården av personer med psykisk ohälsa för att minska stigmatisering (Ihalainen-Tamlander, Löyttyniemi, Suominen, Vähäniemi & Välimäki, 2016; Schafer, Williams och Wood, 2011) Författarna anser att sjuksköterskans intresse för psykisk ohälsa inte ska påverka personens gång i vårdkedjan negativt och vara avgörande för samverkan med specialistpsykiatrin.

Slutsats

Syftet med studien var att beskriva primärvårdsjuksköterskors erfarenheter av samverkan med specialistpsykiatrin. Att arbeta enligt ansvarsfördelningen kan vara ett hinder för samverkan på så sätt att sjuksköterskan utgår blint ifrån ansvarsfördelningen utan att veta om det han/hon hänvisar till finns tillgängligt. Resursbristen leder i sin tur till att sjuksköterskorna upplever otillräcklighet. En ökad kunskap om varandras verksamheter skulle kunna leda till en tätare samverkan och förståelse för varandra. Den personcentrerade vården skulle gynnas av att båda verksamheterna tog hand om fler personer än vad de egentligen anser ingår i deras ansvarsområde. Då den personcentrerade vården prioriteras sätts den enskilde personen och dennes vårdbehov i första hand och organisationens rutiner i andra hand.

Kliniska implikationer

Specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk omvårdnad arbetar ofta som spindeln i nätet med mycket kontakter och samverkan med andra verksamheter. Resultatet i denna studie påvisar vikten av kunskap och förståelse för varandras ansvarsområden för en god samverkan. Primärvårdsjuksköterskan kan tillgodose sig resultatet i studien genom exempelvis ökad kännedom om ansvarsfördelningen. Sjuksköterskorna inom specialistpsykiatrin kan dra nytta av studiens resultat på ett helt annat sätt, då de får ta del av primärvårdsjuksköterskornas erfarenheter kring den gemensamma samverkan. Ett exempel är kännedomen om den erfarna resursbristen samt ett bevis på att samverkan vid akuta ärenden fungerar bra och är uppskattad. Från det organisatoriska perspektivet gynnas båda verksamheterna av en ökad kännedom kring varandra. Kvalitetsutvecklingen kan gynnas av utbildning kring ansvarsfördelningen framförallt inom primärvården men också mer insyn i varandras verksamheter framförallt för specialistpsykiatrin. I omvårdnadsarbetet är det av stor betydelse att utgå från personens specifika behov för att ge rätt vård inom rätt instans. Att utgå från personcentrerad vård och ha en ökad förståelse för varandras verksamheter gynnar personens gång i vårdkedjan samt samverkansarbetet.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom specialistsjuksköterskans kompetensområde

Vidare forskning behövs inom ämnet då det dagligen finns behov av samverkan. Ytterligare forskning kring sjuksköterskors erfarenheter av samverkan med specialistpsykiatri vore av värde, då bör enbart sjuksköterskor som arbetar inom psykisk ohälsa inom primärvården studeras. Det vore också intressant att få begrepp om hur stor andel av personer som söker psykiatrisk vård som hänvisas mellan verksamheter eller faller mellan stolarna. Även forskning som utgår från patienters samt läkares erfarenheter av samverkan vore av värde att studera för att underlätta specialistsjuksköterskans arbete som spindeln i nätet.

Referenslista

- Agyapong, V., Conway, C. & Guerandel, A. (2011). Shared Care between Specialized Psychiatric Services and Primary Care: The Experiences and Expectations of Consultant Psychiatrists in Ireland. *International Journal of Psychiatry in Medicine (INT J PSYCHIATRY MED)*, 2011; 42(3): 295-313
- Barnsley, J., Berta, W., Durbin, J., Finlayson, B., Jaakkimainen, L., Lin, E., & McMurray, J. (2012). Quality of Communication Between Primary Health Care and Mental Health Care: An Examination of Referral and Discharge Letters. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 39:4
- Bourgueil, Y., Catala O., Chemla C., Letrilliart, L., Lustman, M. & Supper, I. (2014). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, vol. 37, No. 4, pp. 716–727
doi:10.1093/pubmed/fdu102
- Burnard, P., Coyle, D., Edwards, D., Fothergill, A. & Hannigan B., (2000). *Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2000, 7, 7-14.
- Campbell, LA. & Kisley, S. (2007). Taking consultation-liaison psychiatry into primary care. *INT'L. J. PSYCHIATRY IN MEDICINE*, Vol. 37(4) 383-391, 2007.
- Carlsson, G. (2012). Critical incident. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 43-57). Lund: Studentlitteratur.
- Chaudry, R., Kennedy, C. & Polivka, B. (1997). Collaboration between local public health and community mental health agencies. *Research in Nursing & Health*, Vol 20(2), 153-160
- Chaudry, R., Kennedy, C. & Polivka, B. (2000). Public Health Nursing Directors' Perceptions Regarding Interagency Collaboration with Community Mental Health Agencies. *Public Health Nursing*, Vol 17(2), 75-84.
- Chouinard, M-C., Girard, A., Hudson, C., Poitras, M-E. & Roberge, P. (2016). Primary care nursing activities with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1385-1394, *doi: 10.1111/jocn.13695*
- Cunningham, PJ., (2009). *Beyond parity: primary care physicians' perspectives on access to mental health care*. Health Affairs 28, no. 3 (2009): w490–w501
- Danbolt, LJ., Hestad, K., Hynnekleiv, T., Kjønsberg, K. & Kvalvik A-M, (2016). *Fra ensidighet til gjensidighet*. TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 347–353
FAGFELLEVDERT
- Denscombe, M., (2009). *Forskningshandboken –för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur: Lund.

- Distriktssköterskeförningen i Sverige, 2008. *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 2018-01-31 från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterksa.kompbeskr.webb.pdf>
- Edvardsson, D., (2013). Inledning. Edvardsson, D., (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*, (s. 15-18). Lund: Studentlitteratur.
- Flaskerud, Jacquelyn H., (2012). DSM-5: *Implications for Mental Health Nursing Education*. *Issues in Menal Health Nursing*, Sep2012; 33(9): 568-576.
- Folkhälsomyndigheten (2017). *Folkhälsorapportering och statistik*. Hämtad 2017-11-30, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>
- Galon, P., & Heifner Graor, C. (2012). *Engagement in Primary Care Treatment by Persons With Severe and Persistent Mental Illness*. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 26, No. 4. 272
- Graneheim Hällgren, U. & Lundman, B (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim Hällgren, U., Lindgren B-M. & Lundman, B., (2017). *Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper*. *Nurse Education Today* 56 (29-34).
- Helsingforsdeklarationen, (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad: 2018-03-01 från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/-284>
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 129-149). Lund: Studentlitteratur AB
- Hörberg, U., (2017). Betydelsen av förståelse inom rättspsykiatrisk vård. Dahlberg, K. & Ekman, I. (Red.), *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård*, (s. 271-287). Liber AB.
- Ihalainen-Tamlander, N., Löyttyniemi, E., Suominen, T., Vähäniemi, A. & Välimäki, M. (2016). *Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: a cross-sectional study in primary settings in Finland*. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, Aug/Sep2016; 23(6/7): 427-437
- Lester, H. (2006). Current issues in providing primary medical care to people with serious mental illness. *INT'L. J. PSYCHIATRY IN MEDICINE*, Vol. 36(1) 1-12

- Lester, H., Sorohan, H. & Tritter, JQ. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* May 14;330(7500):1122.
- Lindberg, K. (2002). *Kopplandets kraft – om organisering mellan organisationer*. Bokförlaget BAS.
- Meidell, L. (2010). Organisation och teamarbete – centralt i personcentrering? Edvardsson, D. (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 113-123). Lund: Studentlitteratur.
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Hämtad 2017-12-07, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>
- Schafer, T., Wood, S. & Williams, R., (2011). *A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: Implications for nurse training*. *Nurse Education Today*, May2011; 31(4): 328-332.
- SFS, 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 2017-11-30, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- SFS, 2017:612. *Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård*. Hämtad 2018-01-25, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612
- Socialstyrelsen (2017). *Psyksik ohälsa*. Hämtad 2017-11-23, från <http://www.socialstyrelsen.se/psykiskohalsa>
- Socialstyrelsen (2018). *Termbanken*. Hämtad 2018-01-19, från <http://termbank.socialstyrelsen.se/?fSortingFld=22&fSortingDir=0&fSwitch=0&fTerm=samverkan&fSubject=0.0.0>
- Sveriges Kommuner och Landsting, 2017. *Överenskommelsen för psykisk hälsa 2017*. Hämtad 2017-12-07, från <https://skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/overenskommelsenpsykiskhalsa.234.html>
- Uppdrag psykisk hälsa (2018). *Kartläggning av specialistpsykiatri 2017*. Hämtad 2018-01-25, från <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/gemensam-ledning-och-styrning/kartlaggning-av-specialistpsykiatri-2017/>
- Uppdrag psykisk hälsa (2018). *Primärvårdens roll för psykiska hälsa*. Hämtad 2018-01-25, från <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/primarvard/>
- Vårdhandboken (2018). *Vårdsamverkan*. Hämtad 2018-01-19, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Vardsamverkan/Oversikt/>

Västra Götalandsregionen (2012) *Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)*. Hämtad 2017-11-10, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/8368/Ansvarsf%C3%B6rdelning%20och%20konsultationer%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20och%20specialistpsykiatri.pdf?a=false&guest=true>

Västra Götalandsregionen, (2017) *Om Närhälsan*. Hämtad 2017-11-24, från <https://www.narhalsan.se/om-narhalsan/>

Ward, L. (2011). Mental health nursing and stress: Maintaining balance. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00715.x>

Högskolan Väst
Institutionen för hälsovetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se



Institutionen för vårdvetenskap i specialistsjuksköterskeprogrammet

Till deltagande sjuksköterska inom Västra Götalandsregionen

Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie med syfte att beskriva primärvårdssjuksköterskans erfarenheter av samverkan med specialistpsykiatri.

Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri pågår ständigt. Upplevelsen av att många patienter hänvisas mellan enheterna är anledningen till att detta ämne är angeläget att studera. I forskning framkommer att de olika vårdenheter som behandlar personer med psykisk ohälsa har dålig kännedom om varandras verksamheter, vilket leder till dålig kommunikation dem emellan. Förhoppningen är att denna studie ska kunna ge en förbättrad bild kring samverkan mellan primärvården och specialistpsykiatri. Att få en mer sömlös verksamhet där personcentrering är i fokus, att patientens väg genom vårdkedjan inte ska behöva vara så krokig.

Vi vänder oss till dig som sjuksköterska inom primärvården med förfrågan om deltagande i denna intervjustudie. Intervjuerna kommer ske i enskilt rum på överenskommen plats.

Tidsåtgången beräknas vara ca 40 minuter.

Studien utgår ifrån etiska forskningsprinciper som är; informations-, samtyckes-, konfidentialitets- samt nyttjandekrav. Deltagarna kommer få både muntlig och skriftlig information. Intervjuerna kommer att spelas in, skrivs ut ordagrant, analyseras och likheter och skillnader kommer identifieras. Därefter kommer resultaten sammanställas och redovisas som en del i uppsatsen. Deltagandet kommer vara helt frivilligt och de uppgifter som kommer fram i intervjuerna kommer att behandlas med konfidentialitet, vilket innebär att data kommer avidentifieras och kommer inte kunna härledas till någon enskild person. Deltagandet medför inga risker. Examensarbetet görs inom psykiatrisk omvårdnad på avancerad nivå där Högskolan Väst är huvudman. Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Om Ni har några frågor är Ni välkomna att kontakta oss eller vår handledare Catrin Alverbratt.

Britta Joelsson
Leg. Sjuksköterska
Telefon: xxx

Linnéa Johansson
Leg. Sjuksköterska
Telefon: xxx

Catrin Alverbratt
Leg.ssk, fil.dr, lektor vårdvetenskap
Institutionen för hälsovetenskap,
Högskolan Väst
Telefon: xxx



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för vårdvetenskap i specialistsjuksköterskeprogrammet

Samtyckesformulär intervjudeltagare

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien med syftet att beskriva primärvårdssjuksköterskans erfarenheter kring samverkan med specialistpsykiatri. Jag har haft möjlighet att ställa frågor. Jag är medveten om hur mina uppgifter kommer att hanteras och om mina rättigheter som deltagare.

Jag samtycker till att delta i studien **Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri**

Ort och datum	Underskrift

Ansvariga för studien:

Britta Joelsson
Leg. Sjuksköterska
Telefon: xxx

Linnéa Johansson
Leg. Sjuksköterska
Telefon: xxx

Catrin Alverbratt
Leg.ssk, fil.dr, lektor vårdvetenskap
Institutionen för hälsovetenskap,
Högskolan Väst
Telefon: xxx