



Institutionen för hälsovetenskap

Säker vård vid byte av vårdnivå

- hur sjuksköterskan på vårdavdelning upplever förflyttning av patient från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning.

Jolanta Guldborg Anna Lind Härle

Examensarbete i omvårdnad på

avancerad nivå

Specialistsjuksköterskeprogrammet

Institutionen för Hälsovetenskap/Högskolan Väst

Vårterminen 2020

Examensarbetets titel

Säker vård vid byte av vårdnivå

- hur sjuksköterskan på vårdavdelning upplever förflyttning av patient från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning.

Safe care when changing the level of care

-how a ward nurse experience the transfer of a patient from the intensive care unit to the general ward.

Författare: Jolanta Guldborg och Anna Lind Härle

Institution: Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst.

Kurs: Examensarbete i Omvårdnad, avancerad nivå, 15 högskolepoäng.

Handledare: Pia Alsén

Sidor: 45

Månad och år: maj, 2020

Sammanfattning

Intensivvårdsplatserna är få och behövs till de mest kritisk sjuka. Patienten på intensivvårdsavdelningen (IVA) är kontinuerligt övervakad och personalen är ständigt nära. På vårdavdelningen lämnas patienten ensam i större utsträckning då färre personal vårdar fler patienter. Otillräcklig kommunikation vid förflyttning kan leda till att viktig information missas. Det leder till brister i patientsäkerheten. Frågan är om det finns något i förflyttningsprocessen som kan förbättras för att öka patientsäkerheten?

Syftet med denna kvalitativa intervjustudie var att belysa hur sjuksköterskan på vårdavdelning upplevde förflyttning av patient från intensivvård till vårdavdelning. Studien gjordes i form av fokusgruppsintervjuer och nio sjuksköterskor deltog.

Resultatet redovisades i fyra huvudkategorier. Det som framkom var att sjuksköterskan på vårdavdelningen inte upplevde sig delaktig i förflyttningsprocessen. Det resulterade i att det blev kort tid för förberedelser och svårt att hinna ordna en plats på avdelningen. Det var oftast en bra rapport från IVA- sjuksköterskan men det saknades behandlingsplan och mål vilket försvårade arbetet och gjorde sjuksköterskan osäker på hur hon/han skulle agera. Ordinationerna var många gånger bristfälliga och resulterade i att mycket tid gick åt att reda ut oklarheter. Arbetsbördan ökade för sjuksköterskan på vårdavdelningen när IVA- patienten överlämnades. Patienten var inte alltid tillräckligt stabil medicinskt och krävde ständig tillsyn. Sjuksköterskorna skrev sällan avvikelser på oönskade händelser i samband med förflyttningen. Slutsatsen var att samarbete och stöd mellan IVA och vårdavdelning förstärkte patientsäkerheten.

Nyckelord: Förflyttning, IVA, patientsäkerhet, sjuksköterska, upplevelser, överlämning.

Abstract

The beds in the Intensive Care Unit (ICU) are few and are for the most critically ill people. The patient in the ICU is under constant supervision and the personnel are close at all times. The patients in the general ward are often left alone for longer periods of time, because a small amount of personnel is treating large number of patients. Inadequate communication during transformation can lead to missing information. It leads to deficiencies in the patient safety. The question is if there is something that can make the transfer process better to increase the patient safety?

The purpose with this qualitative interview study was to illustrate how the ward nurse experience the transfer of a patient from the ICU to the general ward. Data was collected from focus group interviews. A total of nine nurses participated.

The result was declared in four different main categories. It was shown that the nurse on the ward did not feel assessorial in the transfer process. The result of that makes it harder to prepare a place for the patient, there is not enough time. Most of the time the nurse would get a good report from the ICU- nurse but there was some missing information. The missing information was a plan and what the goal was. It made the work harder and it made the nurse unsure of how she/he should act. The ordinations were often inaccurate. It resulted in a lot of time spent to sort out obscurities. The workload increased for the nurse on the ward when the ICU-patient was delivered. The patient was not always fully stable medically and it claimed constant supervision. The nurses rarely wrote deviations on the unwished incidence associated with the transfer. The conclusion was that a good collaboration and support between the ICU and the ward increased the patient safety.

Keywords: experience, handover, ICU, nurse, patient safety, transfer

Populärvetenskaplig sammanfattning

Titel: Säker vård vid byte av vårdnivå

- hur sjuksköterskan på vårdavdelning upplever förflyttning av patient från IVA till vårdavdelning

En patientsäker förflyttning från IVA till vårdavdelning är beroende av gott samarbete och tid för förberedelse av patient och den avdelning som övertar ansvaret. Både tid och kapacitet saknas på vårdavdelningarna samtidigt som ständiga prioriteringar görs angående vem som är i störst behov av de förhållandevis få och dyra IVA-platserna.

Förflyttning mellan IVA och vårdavdelning tillhör en av de mer riskfyllda procedurerna som utförs i sjukvården sett till hur ofta fel begås. Dåligt planerade förflyttningar som sker forcerat ökar risken. Rapport och överlämning mellan IVA- sjuksköterska och sjuksköterska på vårdavdelning syftar till att bibehålla samma goda vårdkvalitet genom bytet av vårdnivå. Brist på tid och rapportering i störande omgivningar påverkar kvalitén. Patienten är inte alltid medicinskt stabil nog att vårdas på en vårdavdelning där en sjuksköterska vanligen ansvarar för över åtta patienter. Det kan föreligga otydligheter både gällande läkemedelsordinationer och behandlingsplan. Sammantaget leder situationen till en förlorad känsla av sammanhang för sjuksköterskan som upplever orealistiska krav och har svårighet att upprätthålla önskad vårdkvalitet. Syftet med studien var att belysa hur sjuksköterskan på vårdavdelning upplevde förflyttning av patient från IVA till vårdavdelning. Fokusgruppsintervjuer genomfördes med totalt nio sjuksköterskor från fem olika vårdavdelningar. Analys av datamaterial gjordes med kvalitativ innehållsanalys. IVA- sjuksköterskor ansågs kunniga och erbjöd stöd och hjälp när det efterfrågades. Rapporten från IVA- sjuksköterskan till mottagande sjuksköterska var innehållsrik men borde vara mer riktad på vad patienten hade för aktuella omvårdnadsbehov än en detaljerad beskrivning av vårdtiden på IVA. Vårdavdelningen fick anpassa sig efter IVA:s krav och tog emot patienter även om det både saknades vårdplats och resurser. Det innebär en belastning för sjuksköterskan att ta emot patient från IVA. Patienten var ofta dåligt förberedd inför hur mycket vården på vårdavdelningen skiljde sig från vården på IVA. Tidpunkten för förflyttning spelade stor roll för patientsäkerheten liksom hur väl IVA- sjuksköterskan hade förberett patienten. Sjuksköterskan på vårdavdelningen behövde förvarnas i god tid för att få möjlighet att ordna plats och hinna läsa i journalen. En tydlig behandlingsplan för fortsatt vård och tydliga ordinationer var avgörande för att sjuksköterskan på vårdavdelningen skulle kunna tillgodose en trygg och säker vård. Som förslag på klinisk tillämpning föreslås att ha uppföljning av alla IVA-patienter de första dagarna. Patientsäkerheten kan på så vis förstärkas och samtidig ges möjlighet för kunskapsutbyte mellan sjuksköterskor på IVA och vårdavdelning.

Tillkännagivande

Författarna riktar ett varmt tack till sjuksköterskor som deltog i studien. Författarna vill tacka handledaren Pia Alsén för hjälp och stöd under arbetsprocessen. Författarna tackar sina familjer för stort tålamod och hjälp med granskning av arbete.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Att arbeta som specialistsjuksköterska på IVA.....	1
Att arbeta som sjuksköterska på vårdavdelning.....	2
Förflyttningsprocessen från IVA till vårdavdelning.....	2
Rapport från IVA till vårdavdelning.....	3
Patientsäkerhet vid förflyttning	4
Teoretisk förankring: KASAM och hur sjuksköterskan på vårdavdelning upplever känslan av sammanhang.....	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	7
Design.....	7
Kontext	7
Urval	7
Datainsamling	7
Analys	8
Förförståelse.....	9
Etiska överväganden	9
Resultat	10
Ständig beredskap	10
Att ha framförhållning	10
Att ordna plats vid ständig platsbrist.....	11
Att få rapport från IVA- sjuksköterska	11
Plats, tid och omgivning	11
Rapportens struktur	12
Överlämnandet av patient från IVA till vårdavdelning.....	13
Första mötet med patienten	13
Samarbete och stöd	13
Organisatoriska hinder	14
Arbetsbördan på vårdavdelningen ökar när IVA- patienten kommer	15
Bristande förutsättningar.....	15
Att vårda medicinsk instabila patienter	16

Att möta patientens behov av trygghet	16
Diskussion	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	20
Slutsats.....	22
Förslag till klinisk tillämpning.....	23
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling.....	23
Referenser	24

Bilagor

I Brev till ansvarig vårdenhetschef på avdelning

II Brev till sjuksköterska på avdelning

III Frågeguiden för sjuksköterska

IV Skriftligt samtycke till att sjuksköterskor deltar i studie

V Enskild författares bidrag

Inledning

I Sverige finns det 84 intensivvårdsavdelningar. Där vårdas årligen ca 45 000 patienter. Medelvårdtiden på IVA är 2,7 dygn. Kostnaden per vårddygn kan uppskattas till 50–80 000 kronor (Svenska Intensivvårdsregistret (SIR), 2019). Jämförelsevis kostar ett vårddygn på vårdavdelning mellan 4600–9500 kronor enligt siffror från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2016a). Utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv är det av stor vikt att IVA- platserna finns tillgängliga för de patienter som har störst nytta av en sådan intensivvård (SIR, 2019). Den patientgrupp som är i behov av intensivvård är relativt liten, men står för en stor ekonomisk kostnad på grund av dess komplexa vårdssituation (Lundin, 2007). Cirka 80% av patienterna som vårdats på IVA blir utskrivna till vårdavdelning på samma sjukhus. Återinläggning från vårdavdelning till IVA kan förekomma, bland annat på grund av för tidig utskrivning, försämring i patientens tillstånd, bristande omhändertagande eller bristande kommunikation inom och utanför IVA (SIR, 2019). Arbetsmiljön kring tidpunkt för överlämnandet av information har visat sig ha stor betydelse (Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), 2017). Problemet med bristande kommunikation under förflyttning mellan avdelningar är ett erkänt problem i vården internationellt. Denna brist kan orsaka allvarliga avbrott i kontinuiteten av vården med risk för felaktig behandling, patientskada och patientsäkerhet (World Health Organization (WHO), 2007). Syftet med studien är att belysa hur sjuksköterskan på vårdavdelning upplever förflyttning av patient från IVA till vårdavdelning.

Bakgrund

Att arbeta som specialistsjuksköterska på IVA

På IVA bedrivs intensivvård av kritiskt sjuka patienter med svikt i minst ett organsystem. Intensivvård innefattar avancerad invasiv övervakning, diagnostik, behandling och komplex omvårdnad (Svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI), 2015). En IVA-sjuksköterska ansvarar vanligen för en till två patienter med hjälp av en undersköterska (Soini & Stiernström, 2016). IVA- vården bedrivs med hjälp av kvalificerad medicinsk teknologi (Cognet & Coyer, 2014). På IVA arbetar sjuksköterskor med utbildning på avancerad nivå, specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Enligt kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska inom intensivvård (2012) ska IVA-sjuksköterskan kunna vårda patienter med svikt i ett eller flera organ och utifrån fysiologiska och patofysiologiska kunskaper kunna ge behandling och omvårdnad. IVA- sjuksköterskan ska kunna hantera högteknologisk medicinsk utrustning och kunna utvärdera den information som ges från den ständiga övervakningen och åtgärda problem som uppstår. IVA-sjuksköterskan ska kunna samarbeta personcentrerat i team under hela vårdförloppet. Hon/han ska kunna förbereda och följa upp utskrivning av patienten till vårdavdelning samt dokumentera och rapportera vid förflyttning av patienten med bibehållen patientsäkerhet. IVA- sjuksköterskan ska även bidra med stöd och råd till sjuksköterskor på vårdavdelningar (Riksföreningen för anestesi och intensivvård (ANIVA) & SSF, 2012).

Intensivvården idag handlar inte bara om att behandla manifest svikt i ett eller flera organ. Det handlar lika mycket om att ligga steget före och att arbeta proaktivt. Det innebär att IVA-sjuksköterskan ska beredas möjlighet att finnas med i hela vårdförloppet och förmedla en beredskap för oförmodade situationer, inte bara under tiden på IVA. IVA- sjuksköterskan ska finnas med på ett naturligt sätt före och efter tiden på IVA (Häggström, 2012).

Att arbeta som sjuksköterska på vårdavdelning

Vårdmiljön på avdelningen är mindre teknisk i jämförelse med IVA. Sjuksköterskan på vårdavdelningen är fokuserad på att hjälpa patienten att finna sina egna styrkor och på så vis kunna nå fortsatt tillfrisknande (Häggström m.fl., 2009).

Sjuksköterskan på vårdavdelning ansvarar för flera patienter. Anhöriga till patienter som har förflyttats från IVA till vårdavdelning oroade sig ibland för att patienten fick sämre vård relaterat till att det var färre personal som vårdade fler patienter och att det fanns mindre teknisk övervakning av patienten (Cognet & Coyer, 2014; Whittaker & Ball, 2000). Enligt Bridges m.fl. (2019) var risken mindre för negativa händelser med färre patienter per sjuksköterska. Om sjuksköterskan ansvarade för fler än åtta patienter tredubblades risken för felaktiga händelser i jämförelse med när sjuksköterskan ansvarade för färre än åtta patienter. Lågt antal sjuksköterskor påverkade även kvalitén på omvårdnaden (Bridges m.fl., 2019).

Sjuksköterskans unika kompetens är omvårdnad av patienten. Detta innefattar att leda omvårdnadsarbetet utifrån aktuell lagstiftning samt sjukhusets rutiner och riktlinjer. Omvårdnad innebär både det rent praktiska arbetet med patienten men även att hålla sig uppdaterad gällande ny forskning och kunskap. Sjuksköterskan är även ansvarig för administrering av de läkemedel som ordinerats av läkaren samt noga uppföljning av given behandling. Sjuksköterskan ska samarbeta med andra yrkeskategorier och medverka till säker vård (SSF, 2017). Sjuksköterskan ska kunna planera sitt arbete och ständigt kunna prioritera arbetsuppgifter (Jahren Kristoffersen & Ottvik Jensen, 2007).

Sjukhuset är uppdelat i olika områden efter specialitet. En studie beskriver att det fanns en påtaglig skillnad mellan kirurgisk och medicinsk vårdavdelning. Deltagarna i studien uttryckte det som att vården hade ett snabbare händelseförlopp på en kirurgisk vårdavdelning och att vården hade en tydligare karaktär. På medicinsk vårdavdelning handlade det mer om att avvakta vilket innebar mer väntan för patienterna och längre vårdtider. Denna skillnad påverkade både patienter och personal. Att som sjuksköterska behöva byta avdelning gav en tydlig känsla av otrygghet och otillräcklighet. Den egna vårdkulturen gav tillhörighet och tydlighet kring hur vården skulle bedrivas (Rytterström m.fl., 2009).

Förflyttningsprocessen från IVA till vårdavdelning

Med förflyttningsprocessen avses förflyttning av patient från IVA till vårdavdelning, men även vården som ges före, under och efter det att patienten förflyttas. Den första fasen, förberedelsefasen, sker på IVA inför förflyttning till vårdavdelning och kan i vissa fall pågå under flera dagar, beroende på vårdbehov (Häggström, 2012). När patienten är färdigbehandlad på IVA, beslutar IVA-läkaren, i samråd med ansvarig läkare från vårdavdelningen, om patientens förflyttning (Lin m.fl., 2013). IVA-sjuksköterskan förbereder patienten och anhöriga för förflyttningen. Det innebär till exempel att successivt minska på all teknisk apparatur som används till att övervaka patientens vitala parametrar. Patienten informeras om vad denne kan förvänta sig av vården på avdelningen (Chaboyer m.fl., 2012). Överlämnandesfasen tar vid när det är dags för vårdavdelningens personal att ta över hela ansvaret för vidare vård av patienten på sin enhet (Häggström, 2012). Synonymer till begreppet överlämna är "*lämna ifrån sig, anförtro, överbringa, och leverera*" (Walter, 2009, s. 669). Denna fas initieras genom rapporteringen (Häggström, 2012). Synonymer till rapportera är "*meddela, berätta, redogöra för och anmäla*" (Walter, 2009, s.464). En rapport ska vara strukturerad och endast innehålla det av betydelse för fortsatt säker vård. Ett bra överlämnande är nödvändigt för kontinuiteten i den fortsatta vården och för att minimera fel och brister. Målet är att efter överlämnandet har inblandad personal, enskild eller i team, samma förståelse och sätt att prioritera (The Royal College of Surgeons of England, 2007).

Enligt Kauppi m.fl. (2018) upplevde sjuksköterskorna på vårdavdelning liten möjlighet att vara med och påverka förflyttningsprocessen. Klyftan mellan hur vården var organiserad på IVA gentemot vårdavdelning upplevdes som alltför stor och det krävdes mer arbete för att få en mjuk övergång i förflyttningen till annan vårdnivå. Faktorer som kunde underlätta var förbättrad bemanning i samband med överlämnandet och extra resurser för bedside-vård första tiden på avdelningen, detta om patienten var i behov av täta observationer (Kauppi m.fl., 2018).

Efter överlämnandesfasen tar vårdavdelning över och nu följer en uppföljnings- och nystartsfas, där patienten och sjuksköterskan skapar en ny och trygg tillvaro (Häggström, 2012). Förflyttningsprocessen är beroende av olika faktorer såsom organisatoriska, samarbete och kompetens hos personalen (Lin m.fl., 2009). Vid de tillfällen där samarbetet fungerat bra mellan avdelningarna är vården gränslös och båda använder sig av rutiner där patienten är i centrum (Häggström m.fl., 2009).

Rapport från IVA till vårdavdelning

I en studie av Rytterström m.fl. (2009) visade resultatet att det fanns kulturella skillnader i vårdens alla verksamheter. Att inte känna sig komfortabel med den rådande kulturen kunde bland annat påverka engagemanget i arbetet. Personalen på varje avdelning hade sitt sätt att agera mot varandra och detta påverkade även omvårdnaden av patienterna. För att förstå kulturen behövde man vistas på avdelningen. Hur personalen talade och betedde sig mot varandra och patienterna gav ledtrådar till vilken kultur som rådde (Rytterström m.fl., 2009).

Skillnader i vårdkulturen mellan IVA och vårdavdelning skapade vissa bekymmer. Problem uppstod speciellt vid överlämnande av rapport (Frølund & Beedholm, 2013). Enligt Häggström (2012) hade IVA- sjuksköterskan en önskan att förmedla hela vårdförloppet för att undvika att missa viktig information. Detta innehållsrika informationsflöde resulterade i en alltför omständlig rapport och motsvarade inte helt det behov som mottagande sjuksköterska hade. Fokus på vad patienten klarade att göra själv och vilket socialt kontaktnät som fanns runt patienten upplevdes som värdefull information för det fortsatta vårdandet. Även en tydlig skriftlig dokumentation och tydliga ordinationer underlättade det fortsatta patientarbetet (Häggström, 2012).

Frølund och Beedholm (2013) påvisade att sjuksköterskan på vårdavdelningen önskade veta vilken vård patienten behövde utifrån aktuell status. IVA- sjuksköterskan gav information utifrån sin kultur. Det innebar bland annat att mycket fackspråk användes. Genom rapporten transformerades patienten från att ha varit en komplex IVA- patient som fått intensiv och avancerad omvårdnad på en välbemannad enhet till en patient som skulle vårdas tillsammans med flera andra på en vårdavdelning. Endast enstaka kontroller av vitala parametrar skulle nu komma att utföras. Det innebar en stor kontrast för patienten. Mottagande sjuksköterska måste förstå och kunna hantera patientens reaktioner på denna omställning. Erfarenheten hos mottagande sjuksköterska visade sig spela roll. En rutinerad sjuksköterska fann den information som var relevant och hade förmågan att tolka de kurvor och diagram som är en del av den omfattande dokumentationen på IVA. IVA- sjuksköterskan kunde inte utgå från att alla klarade detta (Frølund & Beedholm, 2013). I en annan studie upplevde deltagarna att kvalitén på rapporten var beroende av IVA- sjuksköterskans erfarenhet (Johnson m.fl., 2015).

Ett gemensamt språkbruk ökar säkerheten vid informationsöverföring och rapportering. Kommunikationsinstrument SBAR infördes i svensk sjukvård 2010 av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). SBAR är akronym för: Situation; Bakgrund; Aktuellt tillstånd och Rekommendationer. "Situation" används som en kort introduktion och "Bakgrund" beskriver relevant historik och anamnes. Under rubriken "Aktuellt" rapporteras patientens nuvarande

status utifrån vitala parametrar och mentala situation. Här ges information om till exempel andning, cirkulation, hud, näringsstatus, sömn och fysisk aktivitet. "Rekommendationer" innefattar rapport om den framåtsyftande planen och beredskap för förväntade och oförväntade händelser (Haddleton, 2019). Instrumentet öppnade upp möjligheten att fokusera på den information med högst betydelse i budskapet och att utesluta ovidkommande information som kunde förvirra. På detta vis renodlades fakta, tydliga rekommendationer gavs och tiden från det praktiska patientarbetet minskades då kommunikationen blev mer koncis. Metoden gav möjlighet att utan omskrivningar kommunicera tydligt. SBAR gav även möjlighet till "read-back". Det innebär att man sänder tillbaka ordinerade åtgärder och rekommendationer för att tydliggöra för sändaren att informationen är uppfattad på det sätt det är menat (WHO, 2007).

Bristfällig användning av kommunikationsinstrument SBAR alternativt avsaknad av checklistor vid rapportering, kunde vara bidragande faktor till missad information. Sjuksköterskor förlitade sig på minnet istället för att använda verktyg på rätt sätt (Marshall m.fl., 2019).

I en studie av Chaboyer m.fl. (2012) framkom att det blev fel när IVA- sjuksköterskan gav en detaljerad rapportering om patienten via telefon till koordinator på vårdavdelningen. Koordinatoren var fokuserad på fördelning av sängar och personal. När IVA- sjuksköterska anlände till vårdavdelningen för att överlämna patienten gav hon kortfattad information till sjuksköterskan som skulle vara ansvarig för patienten. Huvudproblematiken var att rapporten blev vid samordning av plats (Chaboyer m.fl., 2012). Enger och Andershed (2018) beskrev att dialog, kompetens och god kommunikation var verktyg för förbättring.

Att ge rapport hos patienten vid sängen benämns bedside-rapport. Den främjar personcentrerad vård då patienten även rent fysiskt finns i centrum (Tobiano m.fl., 2019). Bedside-rapporter visade sig ha flera funktioner. IVA-sjuksköterskan presenterade sjuksköterskan för patienten och anhöriga. Det gavs goda möjligheter att diskutera och ställa frågor (Halm, 2013). Enligt Tobiano m.fl. (2017) fanns det olika slags hinder för bedside-rapport. Sjuksköterskor ansåg att känsliga saker skulle diskuteras på avstånd från patienten. Sjuksköterskor uttryckte oro över att andra patienter och deras familjer som befann sig i samma rum kunde höra vad som sades om patientens tillstånd. De kände sig obekväma att göra patienten och hans/hennes familj delaktig på grund av oro för sekretess och tystnadsplikt (Tobiano m.fl., 2017).

Rapportering skedde många gånger på en gemensam expedition med störningsmoment från både kollegor, ringande telefoner och patientlarm. Administrativ personal kunde avbryta med frågor som inte hade med den rapporterade patienten att göra. Tre av fyra rapporttillfällen hade någon form av störningsmoment från omgivningen. Bedside-rapport kunde ofta genomföras med få störningsmoment från omgivningen (Spooner m.fl., 2019). Bedside och rapport ansikte mot ansikte ansågs vara den mest effektiva och patientsäkra metoden och borgar därmed för ett överlämnande av hög kvalitet (Spooner m.fl., 2019).

Patientsäkerhet vid förflyttning

Effektiv kommunikation och kontinuitet av informationen är ett fundament för god och säker patientvård (British Medical Association (BMA), 2004). Överlämnandet från en vårdavdelning till en annan är en av de mest riskfyllda procedurerna inom sjukvården och när den utförs felaktigt kan det vara en bidragande orsak till uppkomst av negativa händelser (BMA, 2004). När förflyttning sker oplanerat; om patienten flyttas på natten eller när patienten blivit för tidigt utskriven till vårdavdelning, ökar risken för att patienten återinläggs

på IVA. Återinläggning ökar inte bara mortaliteten; vårdtiden förlängs och återhämtningen tar längre tid (Azevedo m.fl., 2015; Utzolino m.fl., 2010).

Felaktigheter under förflyttning kan leda till negativa händelser. De mest frekventa felen gällde bristande läkemedelsordinationer och avsaknad av behandlingsplan. Det ansågs vara IVA- sjuksköterskans roll att effektivt och noggrant fånga upp felen (Perren m.fl., 2008). Avsaknad av behandlingsplan skapade frustration hos sjuksköterskan och bidrog till förseningar i behandling (Johnson m.fl., 2015). Brist på en behandlingsplan för den närmaste tiden gjorde att sjuksköterskan saknade tydliga mål, vilket i sin tur skapade osäkerhet och ökade arbetsbördan (Enger & Andershed, 2018). I en studie publicerad 2019 uppgav åtta av tio deltagare att de ägnade trettio minuter eller mer åt att reda ut oklarheter som uppstått på grund av sviktande kommunikation vid förflyttning av patient från IVA till vårdavdelning. Nästan lika många, sju av tio, var tvungna att kontakta IVA för att reda upp oklarheter som uppstått i samband med förflyttningen. Så gott som alla i studien efterfrågade en strukturerad mall för att förbättra förflyttningen från IVA (Santhosh m.fl., 2019). En majoritet av negativa händelser uppkom på grund av den mänskliga faktorn relaterad till brist på kontinuitet och rutiner, kommunikation samt organisatoriska faktorer. Det brast i patientsäkerheten i form av oklara eller inte tillgängliga rutiner och policys men även otillräcklig följsamhet av befintliga riktlinjer. Det saknades även personal med adekvat kompetens (O'Connell m.fl., 2018).

Bristfällig kommunikation vid skriftlig och muntlig rapportering utgjorde således en risk för patientsäkerheten (James m.fl., 2013; Lin m.fl., 2009). Även begränsningar av tillgängliga resurser på vårdavdelningen och brist på kunskap att vårda patienten som kom från IVA påverkade patientsäkerheten (Lin m.fl., 2009).

Forsberg m.fl. (2011) beskrev att IVA hade en benägenhet att vara en aning distanserad från vårdavdelningarna och personalen hade begränsad kontakt med varandra. I samband med förflyttning av patient kunde bristen på samarbete skapa problem i en situation där vårdavdelningen inte kontaktade IVA om det uppstod osäkerhet kring någonting i förflyttningen (Forsberg m.fl., 2011).

Det har framkommit att prevention av ogynnsamma händelser var bättre än att behandla dessa då de väl uppstått (Ullman m.fl., 2013). Det är av största betydelse att aktivt använda sig av avvikelserapportering och därmed bidra till att riskanalyser genomförs med syfte att vidmakthålla en hög patientsäkerhet (ANIVA & SSF, 2012). Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) i 6 kap. 4 § är all sjukvårdspersonal skyldig att sträva efter hög patientsäkerhet och att rapportera alla risker för vårdskador eller andra negativa händelser.

Teoretisk förankring: KASAM och hur sjuksköterskan på vårdavdelning upplever känslan av sammanhang

Aaron Antonovsky (1923–1994) var en internationellt känd professor i medicinsk sociologi. Han myntade begreppet KASAM, känslan av sammanhang. Antonovsky arbetade utifrån ett salutogent perspektiv vilket innebär att ha fokus på det friska och välfungerande. Antonovsky menade att människans upplevelse av sammanhang i tillvaron var grundläggande för att kunna reagera och agera konstruktivt i svåra situationer (Antonovsky, 1987).

Antonovskys teori innehåller de tre elementen *begrifflighet*, *meningsfullhet* och *hanterbarhet*. Personer som har en stark känsla av sammanhang upplever situationen begriplig, meningsfull och hanterbar oavsett om den är påfrestande och svår och intar ett aktivt förhållningssätt. Personer som har en svag känsla av sammanhang upplever istället att det inte går att undvika kaos och har svårt att hitta konstruktiva lösningar på problem. De personerna försöker inte

göra läget mer begripligt. De intar ett passivt förhållningssätt vilket leder till ineffektivitet (Antonovsky, 1987).

Basińska m.fl. (2011) genomförde en studie för att undersöka hur stor förmåga sjuksköterskan hade att förhålla sig till olika typer av påfrestningar på jobbet. Forskarna sökte svar på frågan om det fanns ett förhållande mellan KASAM och hur sjuksköterskan uppträdde på sitt jobb. De studerade också om KASAM var en förutsättning för sjuksköterskans beteende på arbetet. Resultatet visade att en stark KASAM gjorde det möjligt för sjuksköterskan att uppbåda de krafter som behövdes och använda dem fullt ut. Det gjorde det också lättare för sjuksköterskan att känna igen känslor som var arbetsrelaterade och därmed hantera dem på ett riktigt sätt. Det gav acceptans inför det som ej gick att påverka. Studien påpekade att genom utbildning kunde man hjälpa sin personal att hantera de påfrestningar som ej lät sig påverkas. Genom insikt kunde man undgå utbrändhet. Genom att träna skicklighet i kommunikation och empati och att bära med sig det positiva förstärktes sjuksköterskans egna resurser (Basińska m.fl., 2011).

Kauppi m.fl. (2018) granskade sjuksköterskors på vårdavdelning erfarenhet av förflyttningsprocessen från IVA till vårdavdelning. Resultatet visade att sjuksköterskan upplevde maktlöshet gentemot den sköra patienten och dennes omfattande vårdbehov. Sjuksköterskan upplevde orealistiska krav på den vård som patienten fortfarande behövde, med täta kontroller av vitala parametrar och att ge läkemedel i doser de inte var vana vid. De fick i denna situation sträva efter att bibehålla sin professionella hållning, då de av patient och anhöriga kände sig jämförda med personalen på IVA. Sjuksköterskorna använde mycket energi till att bevisa sin kompetens. De kände också ett visst motstånd till att kontakta läkare utan en konkret problemställning, bara med en diffus känsla av att inte kunna hantera situationen kring patienten (Kauppi m.fl., 2018). Personal som arbetade i team över avdelningsgränser upplevde däremot en ökad känsla av sammanhang. Teamkänslan förbättrade möjligheter kring förflyttning och säkerställde patientsäkerheten. Bra samarbete mellan läkare och sjuksköterskor både på IVA och vårdavdelning gav smidigare förflyttningar (Lin m.fl., 2014).

Problemformulering

Både nationell och internationell forskning visar att förflyttning av patienter mellan IVA och vårdavdelning innebär risker gällande patientsäkerheten. Rapportering och överlämning syftar till att bibehålla kontinuiteten i vården vid byte av vårdnivå. Det har framkommit brister i kommunikationen mellan IVA- sjuksköterskan och sjuksköterskan på vårdavdelningen vid förflyttning. Ibland sker en forcerad förflyttning. Anledningen kan vara platsbrist på IVA. Det föreligger ett fortsatt stort vårdbehov när patienten skrivs ut till vårdavdelning vilket det ibland är svårt för sjuksköterskan att tillgodose då hon ansvarar för många patienter. Sammantaget kan detta bidra till patientskada och förlängd vårdtid. Vilka hinder finns i förflyttningen för att bibehålla trygg vård vid byte av vårdnivå från IVA till vårdavdelning? Genom denna studie ville författarna ta reda på vilka upplevelser sjuksköterskor på vårdavdelningen har kring förflyttning av patienter från IVA till vårdavdelning.

Syfte

Syftet med studien var att belysa hur sjuksköterskan på vårdavdelning upplevde förflyttning av patient från IVA till vårdavdelning.

Metod

Design

En kvalitativ ansats valdes för att studera och belysa sjuksköterskors egna upplevelser. Kvalitativ ansats är lämplig när forskaren vill studera ett fenomen utifrån människans erfarenheter och upplevelser (Henricson & Billhult, 2017). Data samlades in med intervjuer i fokusgrupper. I fokusgrupp diskuterar deltagarna med varandra utifrån tidigare förberedd frågeguide (Justesen & Mik-Meyer, 2011). Till analysmetod av resultatet valdes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, som är en vedertagen metod inom omvårdnadsforskningen för att analysera och tolka transkriberat intervjumaterial (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Kontext

Studien genomfördes under mars månad 2020 på ett medelstort sjukhus i västra Sverige.

Urval

Identifiering av de vårdavdelningar som tog emot flest patienter från IVA gjordes utifrån egen erfarenhet och genom att fråga personal på IVA. Totalt elva vårdavdelningar kontaktades via mejl till avdelningscheferna på vårdavdelningarna med förfrågan om att få tillåtelse att utföra studien (Bilaga 1). Samtidig bifogades inbjudan till sjuksköterskorna att delta i studien efter vårdavdelningschefens godkännande (Bilaga 2). Mejlet skickades i början av februari. Totalt fem vårdavdelningar tackade ja till att delta i studien.

I denna studie genomfördes tre fokusgruppsintervjuer med två till fyra deltagare i varje grupp. Totalt intervjuades nio sjuksköterskor, varav sex kvinnor och tre män. Deltagarnas ålder varierade mellan 23 och 46 år, där median var 37 år. Antal år som yrkesverksamma varierade mellan 1 och 21 år, där median var 10 år. Enda exklusionskriteriet var sjuksköterska på vårdavdelning som ej tagit emot patient från IVA.

Tre deltagare föll bort med kort varsel på grund av hög sjukfrånvaro på avdelningen i samband med utbrottet av coronaviruset Covid-19. Det var vårdenhetschefen på berörd avdelning som beslutade detta, inte deltagarna själva.

Datainsamling

För att få ett så rikt analysmaterial som möjligt valdes fokusgruppsintervjuer. Detta är en fokuserad intervjuform där människor deltar som delar en upplevelse eller befinner sig i en liknande situation (Olsson & Sörensen, 2011). Denna intervjuform syftar till att skapa dynamik i diskussionen (Justesen & Mik-Meyer, 2011). Sjuksköterskor från olika vårdavdelningar med olika specialiteter fick möjlighet att dela med sig av varandras upplevelser utifrån studiens syfte. Båda författarna deltog under alla tre intervjutillfällen. Författarna turades om att ha rollen som moderator. Moderators uppgift är att skapa en trygg atmosfär för att deltagarna ska kunna dela med sig av åsikter och upplevelser kring ämnet (Kvale & Brinkmann, 2014).

Datum och tid för fokusgruppsintervjuer bestämdes i samråd mellan vårdavdelningschefer, deltagarna och författarna. Författarna var tydliga med att vara flexibla gällande datum och tidpunkt.

Intervjuerna genomfördes i ett bokalt konferensrum som inte låg i anslutning till vårdavdelningarna, men som var i samma byggnad som deltagarnas arbetsplatser, för att underlätta för deltagarna att kunna ta sig till intervjun.

Alla tre fokusgrupperna bestod av sjuksköterskor från minst två olika vårdavdelningar. I första gruppen ingick fyra deltagare, varav tre från samma avdelning. I grupp nummer två ingick tre personer varav två från samma avdelning. Den tredje gruppen bestod av två sjuksköterskor från olika avdelningar, som inte kände varandra. Deltagarna kan vara både kända och okända för varandra (Justesen & Mik-Meyer, 2011).

Vid intervjuerna användes en semistrukturerad frågeguide med följdfrågor såsom "utveckla vidare" och "beskriv mera". Enligt Polit och Beck (2016) guidar moderatorn diskussionen utifrån i förväg förberedda frågor. Frågeguiden innehöll öppnings-, huvud- och avslutningsfrågor (Bilaga 3). Intervjuerna pågick i 60–70 minuter och spelades in på ljudinspelare på författarnas båda mobiltelefoner för att ha back-up.

Analys

De inspelade intervjuerna lyssnades igenom och transkriberades ordagrant av båda författarna. Intervjutexten lästes igenom av båda författarna var för sig några gånger. På så vis skapades ett helhetsintryck. Därefter reflekterades tillsammans om textens innehåll.

Texten analyserades genom kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Analysmetoden innebär att texten delas in i bärande meningsenheter utifrån syftet. Dessa kondenseras därefter och gör på så vis texten mer hanterbar, men utan att förlora det centrala budskapet. Nästa steg i denna metod består i att koda, vilket innebär att sätta en etikett på de kondenserade meningsenheterna. Kodningsarbetet syftar till att abstrahera innehållet, att texten tolkas på en högre nivå. Koden ska ses som ett redskap och som en hjälp till reflektion kring texten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Kondensering och kodning utfördes av båda författarna. När kodningen var klar klipptes koderna ut och sorterades i högar med liknande innehåll. Bildade koder med liknande innehåll sorterades in i underkategorier vilka i sin tur sammanfördes till kategorier. Resultatet blev fyra kategorier med underkategorier. Diskussioner kring kodning, byggnad av underkategorier och kategorier pågick under hela analysen till dess konsensus uppnåts.

Kontexten har betydelse i arbetet kring kategorisering på så vis att man behöver ha viss kunskap om deltagarna för att kunna tolka vad som sägs. Även själva texten har betydelse då man måste förhålla sig till det som sägs i sin helhet. Att ta texten ur sitt sammanhang är att ta den ur sin kontext och den kan då förlora sin mening (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Exempel på analysprocessen finns att se i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocess.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
många gånger bli vi förvarnade och att det är någon som kommer att bli färdig under dagen så	Förvarnade om att någon kommer under dagen	Förvarning	Att ha framförhållning	Ständig beredskap
Ofta är det att man ska ha ett enkelrum och det är jäkligt svårt att bara skaka fram så	Man ska ha ett enkelrum och det är svårt att bara skaka fram	Svårt att lösa platsproblem	Att ordna plats vid ständig platsbrist	

Förförståelse

Med förförståelse menas att ha uppfattning och erfarenhet av det som ska studeras. Värderingar och egna erfarenheter har betydelse. Det är viktigt att författarna tar ställning och reflekterar kring den egna förförståelse (Priebe & Landström, 2017). Författarna har arbetat som sjuksköterskor på vårdavdelning, samt fått klinisk utbildning på IVA under studietiden. Det innebar erfarenhet av hur det var att ta emot en patient som varit kritiskt sjuk och även hur det kändes att överlämna en patient från IVA till vårdavdelning. Under intervjutillfället var det viktigt att uppmärksamma sin förförståelse. Den hanterades med stor försiktighet och författarna undvek att ställa ledande frågor. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) får man utnyttja sin förståelse för att kunna uppmärksamma det som är nytt. Därför bad författarna deltagarna i studien att berätta mer och utveckla sina tankar.

Etiska överväganden

Utifrån forskningsetiken behövs reflektion kring alla moment som görs i ett forskningsprojekt. Forskningsetik värnar om människors integritet, värdighet och deras rättigheter (Sandman & Kjellström, 2018). Enligt Helsingforsdeklarationen (2013) får ingen person som kan ge informerat samtycke registreras i en forskningsstudie, såvida hon/han inte samtycker till det. I informationsbrevet till deltagarna fick deltagarna information om att alla insamlade data skulle behandlas konfidentiellt för att skydda deltagarnas integritet och sekretessen för deras personliga information. Ingen obehörig fick tillgång till insamlade data och de förvarades inlåst och ska förstöras när studien är klar för publicering. Resultatet redovisas så enskilda personer inte kan identifieras (Sandman & Kjellström, 2018).

Författarna i denna studie diskuterade syftet med studien. Utifrån syftet bestämde sig författarna för intervjuer i fokusgrupper. Alla deltagare fick information både muntligt och skriftligt. Deltagandet var frivilligt och deltagarna kunde avsluta deltagandet när som helst utan att ange orsak. Alla deltagare skrev under ett samtycke innan intervjun startades (Bilaga 4). Under transkriberingen av varje gruppintervju kodades deltagarna från 1 till 9, för att bevara deltagarnas konfidentialitet. Deltagarna informerades om att resultatet skulle redovisas anonymt och att hela datainsamlingen skulle förstöras och ljudinspelningar från lösenordskyddade mobiler raderas efter avslutat arbetet.

Resultat

Översikt av resultat presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Översikt av kategorier och underkategorier

Underkategori	Kategori
Att ha framförhållning	Ständig beredskap
Att ordna plats vid ständig platsbrist	
Tid, plats och omgivning	Att få rapport från IVA- sjuksköterska
Rapportens struktur	
Första mötet med patienten	Överlämnandet av patient från IVA till vårdavdelning
Samarbete och stöd	
Organisatoriska hinder	
Bristande förutsättningar	Arbetsbördan på vårdavdelningen ökar när IVA- patienten kommer
Att vårda den medicinskt instabila IVA-patienten	
Att möta patientens behov av trygghet	

Ständig beredskap

Att ha framförhållning

Det framkom en tydlig och ständig strävan om att kunna ha framförhållning för att få arbetet att fungera. Ett definitivt besked om att patienten skulle komma och tidig förvarning underlättade planeringen. För att kunna förbereda sig optimalt var det önskvärt att få ett personnummer innan patientens förflyttades till vårdavdelningen. Att få möjligheten att läsa i patientens journal några minuter innan den muntliga rapporten betydde mycket för sjuksköterskan.

... vi är ganska dåligt förberedda när det kommer någon, mentalt dåligt förberedda ibland för att vi inte vet vi att den ska komma en (patient).....det finns väl ingen som säger att den inte får komma då utan då den hör ju till avdelningen...” Deltagare 7

Själva tidpunkten för när patienten förflyttades från IVA till vårdavdelning hade en avgörande betydelse för att ge IVA-patienten ett optimalt omhändertagande. Frågan kring vilken tidpunkt som passade bäst var komplex och styrdes av flera faktorer. Som direkt olämplig tidpunkt angavs mitt i rondan och sent på kvällen eller nattetid. Tiden kring rapport i samband med skiftbyte identifierades som en annan olämplig tidpunkt. Då saknades översikt över avdelningen och det försvårade planering och prioritering på ett patientsäkert sätt. Direkt på morgonen upplevdes som sämsta tidpunkten men med fördelen att patienten då blev “rondad” på vårdavdelningen. Tretiden på eftermiddagen angavs som en lämplig tidpunkt. Då fanns dubbel bemanning någon timma innan dagpersonalen gick hem och man kunde hjälpas åt. Nackdel som fanns vid denna tidpunkt var att det pågick många utskrivningar och därmed rengöring av rum och sängar. Det kunde ge ett rörigt intryck av vårdavdelningen för den nya patienten.

“tidpunkt på dygnet... det finns ju vissa tidpunkter som funkar jättedålig. Direkt på morgonen klockan 7, det är typ sämsta sen...när man sitter i rondan.....Men bästa tiden är ju ändå efter lunch tidig eftermiddag liksom...även förmiddag funkar också många gånger om man har fått bockat av en del rondarbete men just morgonen är ju väldigt dum tid” Deltagare 2

Att ordna plats vid ständig platsbrist

Vårdavdelningen hade ofta överbeläggningar. Det var ett logistiskt projekt för sjuksköterskan att ordna en ledig plats. Det fanns ofta ett stort behov av enkelrum för de patienter som tidigare vårdats på IVA. Det var ofta brist på enkelrum då flera kritisk sjuka vårdades på vårdavdelningen.

” det kan vara lite stressig att få plats ibland tycker jag när det är bråttom och den ska ut därifrån (IVA) och då finns det verkligen ingen säng att lägga den i ” Deltagare 8

För att ordna plats till en patient från IVA måste andra patienter flyttas och de blev tillfälligt placerade i korridoren. Det framkom en stark önskan hos sjuksköterskan om att ge patienten som kom från IVA den vård den behövde samtidigt som man ville undgå att vårda andra medicinskt instabila patienter i korridoren.

Om avdelningen hade framförhållning och ordnade en plats kvällen innan för en patient som skulle komma från IVA nästa dag fanns ingen möjlighet att hålla den platsen. Då var det bara att börja om från början nästa dag eftersom lediga platser blev upptagna av nya patienter.

“och vi får inte hålla platser om vi skickar en patient till IVA och vi ändå kan tänka så den kommer tillbaka imorgon så få vi inte hålla den platsen” Deltagare 9

Sjuksköterskorna upplevde att ett ökat tryck på IVA- platser ökar antalet forcerade förflyttningar av patienter till vårdavdelningen. Sjuksköterskorna hade en stor respekt för IVA:s vårdplatser. De upplevde att platsbristen på vårdavdelningen inte är IVA:s problem. De var medvetna om att IVA måste prioritera.

“vet vi att det ska komma en så får man lösa en plats men det är inte alltid man kan göra det, det är fullt överallt” Deltagare 7

Att få rapport från IVA- sjuksköterska

Tid, plats och omgivning

Sjuksköterskan fick rapport vid olika tidpunkter och på olika sätt. Ibland gavs rapporten via telefon en kort tid innan patienten kommer till vårdavdelning. Andra gånger levererades den muntliga rapporten flera timmar innan den fysiska förflyttningen. När patienten sedan förflyttades till vårdavdelningen kunde den sjuksköterska som tagit emot rapporten hunnit avsluta sitt arbetspass. Andra gånger kunde rapportering ske “ansikte mot ansikte” när IVA-sjuksköterska kom till vårdavdelningen med patienten. Rapporten gavs då vanligtvis på sjuksköterskans expedition. Hämtades patienten på IVA kunde sjuksköterskan få bedside rapport inne hos patienten eller en sittande rapport på IVA:s sjuksköterskeexpedition. Innehållsmässigt var rapporten lika bra oavsett var den skedde.

Sjuksköterskorna hade begränsade möjligheter till att finna en plats med lugn och ro på vårdavdelningen vid rapport. Det fanns många störningsmoment: telefoner som ringde och kollegor pratade. Läkare kunde passera igenom expeditionen på väg till sitt kontor. Samtidigt upplevde de att de var så vana vid att bli störda att de lärt sig hantera det. Några av sjuksköterskorna reflekterade dock kring att det kunde finnas risk för patientsäkerheten när det uppstod distraktioner under rapporten. Om de kunnat välja så skulle de hellre vilja sitta i lugn och ro. En annan sjuksköterska uttryckte att störningsmoment under pågående rapport inte nödvändigtvis var ett hot mot patientsäkerheten om tid för eftertanke fanns i samband med rapporten.

“men det behöver inte vara tyst men att man får en liten stund till får beakta det man får i huvudet kanske” Deltagare 5

Enlig sjuksköterskorna önskade flera av IVA- sjuksköterskorna att ge bedside rapport. Sjuksköterskorna på vårdavdelning hade liten erfarenhet av detta sätt att rapportera. De upplevde att bedside rapport passar bättre på IVA. Där gavs bättre förutsättningar till bibehållen patientintegritet genom att patienterna vårdades på enkelrum. Vården blev mer personcentrerad och sekretessen kunde vara hotad om bedside rapport gavs på avdelningen i ett vådrum med flera patienter. Flera av sjuksköterskorna upplevde dock ett visst motstånd mot att få rapport med patienten närvarande då de bekymrade sig för att viss information kunde skapa oro hos patienten. Det kunde till exempel vara information om förväntad prognos.

“jag tror det är en trygghet för patienten, föräldrarna, för då vet de att IVA har sagt det till personalen och att vi har hört det så det tror jag är säkert jättebra!” Deltagare 5

Rapportens struktur

IVA- sjuksköterskan uppfattades vara väl insatt i sin patient och gav generellt en väl förberedd, grundlig, strukturerad och korrekt rapport. Sjuksköterskorna kunde ställa frågor i samband med rapporten och fick då alltid konkreta svar. IVA- sjuksköterskor ansågs kunniga inom sitt område. Rapporten upplevdes ibland som alltför omfattande. Det fick en del sjuksköterskor att lyssna mindre uppmärksam. En sjuksköterska sade att hon automatiskt sållade i den information som gavs. Forcerade förflyttningar kunde resultera i en mindre väl förberedd rapport. Vid dessa tillfällen kunde orsaken vara att IVA- sjuksköterskan var stressad.

“IVA:s rapport kan vara bristfällig där vi söker mer information än vad de kan ge på grund av att de har en stressad situation också” Deltagare 1

Innehållet i rapporten var till viss del avhängigt av vem som rapporterade och IVA- sjuksköterskans erfarenhet spelade viss roll. Några av sjuksköterskorna upplevde att IVA- sjuksköterskan ibland använde sig av ett alltför avancerat fackspråk. IVA- sjuksköterskans rapport kunde innehålla information om givna läkemedel som var okända för sjuksköterskan på vårdavdelningen eller alltför noggranna beskrivningar om inställningar på apparaturen för andningsstöd, respiratorn. Detta kunde upplevas som irrelevant information. Respiratorvården avslutades i de allra flesta innan patienten lämnade IVA. Sjuksköterskan på vårdavdelningen ville veta hur patienten mätte här och nu.

“och ibland får vi ju mycket information som jag inte är nåt intresserad av liksom... som rapporteras väldigt mycket...siffror ...och sådär som inte men det är ju nåt som de har i deras rapportering på IVA men det är inte lätt för dem att veta vad jag vill veta och inte vill veta” Deltagare 3

Sjuksköterskorna hade goda upplevelser av kommunikationsmallen SBAR. SBAR betraktades som ett verktyg som hjälpte sjuksköterskan att sälla information. Rapport enligt SBAR gav sjuksköterskorna tryggheten att de inte missade något väsentligt. SBAR gav rapporten struktur och tiden för rapport kunde kortas ned. IVA upplevdes vara bra på att rapportera enligt SBAR. Några sjuksköterskor upplevde dock att vissa IVA- sjuksköterskor rapporterade utifrån sin skriftliga sammanfattning i den digitala journalen och inte utifrån SBAR.

“SBAR... alla ska jobba efter... det är självklart för mig. Det är för att jag är nyskolad ... lite ointressant att man får veta att patienten är laktosintolerant men kanske har haft ett andningsstopp liksom” Deltagare 6

Överlämnandet av patient från IVA till vårdavdelning

Första mötet med patienten

Den första fysiska kontakten mellan sjuksköterska och patient blev bäst då den skedde på IVA. Då fanns sjuksköterskan där exklusivt för den aktuella patienten. Det personliga övertagandet erbjöd ett bra sätt att själv presentera sig för patienten. Genom denna handling skapades goda möjligheter för att bygga ett första förtroende mellan sjuksköterskan och patienten. Samtidigt fick det patienten att känna sig sedd och väl omhändertagen. Sjuksköterskor önskade att förmedla trygghet till patienten. Att möta patienten på IVA gav sjuksköterskan möjlighet att bilda sig en egen uppfattning om patienten och dennes behov. Arbetet med att strukturera och planera den fortsatta vården på vårdavdelningen tog sin början i detta första möte.

“bra att komma till IVA. ... hej! Det är jag som ska ta hand om dig nu...jag gör den grejen själv än bara komma rullandes till avdelning, de möter nån i korridoren som inte vet var de ska vara. Det blir inte bra...Jag tycker att det är viktigt att de känner att man ta hand om de...”. (patienterna) “känner sig välkomna” Deltagare 5

Vid det forcerade överlämnandet upplevde sjuksköterskan att inte alls kunna påverka överlämnandet. Vid behov av ett forcerad överlämnande så kom patienten oavsett hur fullt det var på vårdavdelningen. Det forcerade överlämnandet kunde ske mitt i natten, mitt i skiftbyte eller när sjuksköterskan på vårdavdelning stod upptagen med annan patient. Beslutet fattades av läkaren på IVA utifrån en bedömning som innefattade vilken patient som var i störst behov av en IVA plats. Forcerade överlämningar kunde skapa både etiska, moraliska och praktiska dilemma hos sjuksköterskan.

”...vi sitter i rapport från dag till kväll och så kommer en IVA sköterska in och ska rapportera... det var brännskada... infektionskänslig,... palliation mitt uppe i allting...det kändes... för dåligt tajming på det hela...antagligen behövde de få rummet där ,... men det var mindre bra tillfälle liksom både rent etiskt och rent praktiskt alltså” Deltagare 2

Vid ett forcerat överlämnande kom patienten till en vårdavdelning som inte var optimalt förberedd på att ta emot på det trygga och välkomnande sätt som sjuksköterskan önskade. Det var inte alltid möjligt för sjuksköterskan på vårdavdelningen att direkt tillse patienten vid snabba förflyttningar och det upplevdes som att det fick vara på IVA:s ansvar att patienten lämnades ensam. Vid det planerade överlämnandet blev situationen hanterbar och sjuksköterskan hade kontroll över situationen. Sjuksköterskan kunde ha en dialog med IVA-sjuksköterskan och de kunde komma överens om när patienten kunde hämtas eller komma till vårdavdelningen. Planerade överlämningar av patienter var väl förberedda och fungerade bra.

Samarbete och stöd

Samarbetet mellan sjuksköterskor och IVA- sjuksköterskor fungerade oftast bra. Det var till viss del beroende av person och situation. Bra samarbete ökade möjligheterna för att arbetet kring forcerade förflyttningar blev smidigare.

En sjuksköterska upplevde att IVA- sjuksköterskor ofta hade ett trevligt bemötande men att de själva kanske inte upplevdes som att de var lika trevliga tillbaka. Det förklarades med att en alltför stor arbetsbörda gjorde att de många gånger känner sig stressade. De kunde vända sig till IVA- sjuksköterskan för att få hjälp och råd att lösa problem kring patienten.

”...finns möjlighet att ha en dialog kring det så brukar det funka väldigt bra. Att man kanske har två patienter redan som är lite sådär. Man känner att man inte har riktig koll, de är lite

dåliga och de jag måste bara fixa till det och jag ringer tillbaka om en timme då tycker jag att det funkar jättebra!” Deltagare 4

Sjuksköterskornas ambition var att vara tillmötesgående vid överlämnandet i den utsträckning som de gick. Det fanns tillfällen då några sjuksköterskor upplevde att det inte fanns samma förståelse tillbaka. En sjuksköterska nämnde att enstaka negativ händelse hade en tendens att fastna och ibland överskuggade det som faktiskt var positivt.

“ .. men man kommer ju ihåg dom gångerna de går mindre bra liksom, man blir irriterad och så” Deltagare 2

Några av sjuksköterskorna upplevde att det fanns tydliga klinikgränser men att man försökte hjälpas åt över gränserna. Samarbetet vid själva överlämnandet var oftast bra. En av sjuksköterskorna uttryckte att de i vissa situationer upplevde att det fanns ett “vi” och “de”. Sjuksköterskorna önskade att det ibland fanns en mer uttalad teamkänsla kring patienterna.

“oftast tycker jag, det känns bra, att alla vill självklart patientens bästa, men mycket omständigheter rund omkring så att man kanske inte alltid känns som ett team ibland då känns det som ”vi” mot ”de” kanske” Deltagare 2

Flera av sjuksköterskorna uppskattade att få stöd och hjälp från IVA- sjuksköterskan vid själva förflyttningen av patienten till vårdavdelningen. De värdesatte att IVA- sjuksköterskan följde med till vårdavdelning vid förflyttningen. Önskvärt var att varje patient följdes upp med kort avstämning på telefon dagen efter förflyttningen. IVA- sjuksköterskan gav hjälp och stöd vid behov av kontakt med IVA- läkaren angående läkemedel.

“men jag tror i alla fall, många gånger, man skulle vara glad att få ett samtal i en halv minut alltså bara för att kolla läget, behöver jag komma till den patienten” Deltagare 2

Sjuksköterskorna från barnavdelningen hade vid vissa tillfällen en annan relation till IVA när det gällde stöd. De uppskattade att IVA fanns men önskade att få mer stöd från IVA- sjuksköterskan vid förflyttning. De upplevde i vissa situationer att det var omvänt, att de fick ge stöd och råd till IVA- sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna på barnavdelning är specialister på att ta hand om barn och deras familjer. De samarbetar mycket med specialister på barn-IVA (BIVA). De hade önskat att det fanns mer specialistkunskap om barn på allmänna IVA.

“Det känns som att hade vi haft nån biva -van liksom så hade det kanske fungerat bättre, eller, då hade vi kanske fått mer stöttning. Nu får vi ju inte så jättemycket stöttning när vi tar över barnen... skulle inte jag säga” Deltagare 6

Organisatoriska hinder

Sjuksköterskor upplevde att det fanns organisatoriska hinder som försvårade arbetet vid förflyttningen av patienter från IVA.

Sjuksköterskan på vårdavdelningen upplevde att vissa sekretessregler var ett hinder. Enligt flera sjuksköterskor gavs inte möjlighet att få tillgång till att läsa i patientens journal så länge patienten inte anmälts till vårdavdelningen.

Flera sjuksköterskorna berättade om tekniska begränsningar såsom olika kliniska IT system. Både IVA och vårdavdelning använde sig av samma journalsystem för dokumentation av omvårdnad men IVA använde sig av ett annat system för att registrera läkemedel och mätvärden. Det fanns tillgängligt som PDF fil i samband med förflyttningen. Det var få av sjuksköterskorna i studien som kände till detta. De som läst PDF filen tyckte att den var oöverskådlig. Detta medförde att sjuksköterskan på vårdavdelningen dels riskerade att missa information, dels tvingades spendera extra tid för att söka information. Flera av

sjuksköterskorna upplevde det förvånande att *ett* sjukhus har olika IT system gällande journal som inte samkördes. De hoppades på förändring, att IT system anpassades bättre. Sjuksköterskorna uttryckte att problemen låg på högre nivå i organisationen och upplevdes därför svårare att påverka.

”..och då vill man ha det på listan så man vet när man ska ge det då kan de liksom inte fixa det innan de kommer upp utan då får jag patienten och så en bunt med papper” Deltagare 7

Att skriva avvikelser upplevdes som tidsödande. En sjuksköterska var delvis av den uppfattningen att avvikelserrapportering inte ledde någonstans. Ibland hjälpte sjuksköterskorna på vårdavdelning varandra att skriva avvikelser.

“personligen gör inte så mycket avvikelser men vi hjälps ju åt, nån skriver då. Jag är dålig på avvikelser det känns inte som det leder till nåt men det kanske det gör” Deltagare 7

Några av sjuksköterskorna upplevde att det fattades beslut och förändringar gjordes angående förfarandet vid överlämningen av patient utan deras medverkan. De undrade också *”för vems skull”* förändringar genomfördes och vem som stod bakom beslut om förändringar. Vårdavdelningens personal fick anpassa sig till redan fattade beslut. Sjuksköterskorna uttryckte en önskan om att få vara delaktiga i beslutsfattande.

”Alla de här nu säger jag bestämmelser hur överlämning det IVA som bestämmer det här för att det är inte vi som på avdelning bestämmer om hur ni vill rapportera... före gick vi ner ibland kommer de upp...hur man gör... vem har bestämt det?...” Deltagare 3

Arbetsbördan på vårdavdelningen ökar när IVA- patienten kommer

Bristande förutsättningar

Läkemedel angavs av en sjuksköterska som *“ett kapitel för sig”*. Det som efterfrågades var tydliga ordinationer, riktiga ordinationer och att dessa låg i det IT- system som vårdavdelningen använde sig av. IVA:s läkare skulle ha ordinerat aktuella läkemedel och intravenösa vätskor i läkemedelsmodulen i samband med att patienten skrevs ut från IVA, om inget annat var avtalat. Det var av stort värde om de ordinerades på den aktuella tidpunkt som de skulle ges och att IVA- sjuksköterskan signerade de doser som var givna det aktuella förflytningsdygnet. Risken fanns annars att doser missades. Sjuksköterskorna upplevde att deras önskemål om en helt korrekt läkemedelslista efter förflyttning från IVA inte var en prioriterad arbetsuppgift hos ansvarig läkare. Några av sjuksköterskorna upplevde irritation över den tidsspillan som uppstod när det skulle *“ringa runt”* för att ordna läkemedelsordinationer. Andra uttryckte att *“det är så det är”*.

En av de situationer som beskrevs var ett tillfälle där det förelåg oklara besked om behandlingsbegränsningar till en patient som flyttats till vårdavdelning då man tagit beslutet att avsluta intensivvård och ge lindrande behandling. Sjuksköterskan fick då ringa flera samtal till olika läkare men ingen ansåg att det var deras ansvar då patienten färdades genom vårdkedjan inom en kort tidsrymd utan att någon läkare tydligt dokumenterat beslutet angående livsuppehållande åtgärder om patienten skulle få hjärtstopp. Det förekom även andra tillfällen då det förelåg oklara beslut angående behandlingsbegränsningar till patienter som kom från IVA. Patientens önskan om IVA- vård vid försämring var heller inget som läkare regelmässigt diskuterade med patienterna. Det talades i intervjuerna om en rädsla hos vårdpersonal att ta upp existentiella frågor med patienten.

“vad är det för plan ifall det inte gå vägen den här gången? är det några behandlingsbegränsningar insatta? är anhöriga införstådda med begränsningarna?, har ni pratat med patienten om dessa begränsningar?.....vi som sjukvårdspersonal oavsett vad man

jobbar vi är väldig ...det svårt och kanske ställa såna frågor som ... hur ser du på det här?, har du tänkt att du vill dö hemma eller på sjukhus?, har du pratat om det här med dina barn?, är dina barn införstådda med att du känner dig trött och vill inte orka mer?....” Deltagare 9

Avsaknaden av en tydlig behandlingsplan skapade en viss osäkerhet hos sjuksköterskan och flera av dem uttryckte en känsla av ensamhet när man inte hade tydliga behandlingsmål att förhålla sig till. Frågor som dök upp kunde vara hur länge skulle man våga vänta när till exempel blodtrycket var lite lågt men ändå höll sig stabilt. Det drabbade den som var oerfaren mest. Några sjuksköterskor upplevde att det inte gavs möjlighet att få vara ny.

”...framför allt när man var nyare och för dem som är nya att, man känner sig ensam liksom man har ingen plan kring.....alltså det finns ingen riktig, alltså så. Nej, den delen av överlämningen kan vara jobbig” Deltagare 4

Att vårda den medicinskt instabila IVA-patienten

Goda resurser på vårdavdelningen möjliggjorde vård av medicinskt instabila patienter. Problemet var att det oftast rädde brist på resurser utifrån patienternas behov. Det blev fokus på de sämsta och det gjorde det svårt att hinna med sina andra patienter som då riskerade att försämrans. En del patienter som kom från IVA upplevdes mer medicinskt instabila idag än för några år sedan. Patienterna blev ibland utskrivna från IVA på grund av platsbrist och sjuksköterskorna upplevde att de inte alltid var färdigvårdade och “redo” för vårdavdelning. Det skulle tas täta kontroller av vitalparametrar för att fånga upp en eventuell försämring. Ibland ledde försämringen till att patienten blev återinlagd på IVA. Rutin gav sjuksköterskan en helhetsbild som den nyutbildade saknade.

“de är rätt dåliga tycker jag många gånger... ibland de är inte färdiga när de kommer upp till oss” Deltagare 7

Sjuksköterskor ansvarade ofta för tio patienter och den elfte som kom blev, som en deltagare uttrycker det, “lågt prioriterad”. Patienten fick mindre vård rent procentuellt och, enligt en sjuksköterska, sämre vård, än på IVA. Antal patienter per sjuksköterska på vårdavdelningen påverkade patientsäkerheten om patienten inte var redo för vårdavdelning. Det uppstod brist på resurser om patientens behov översteg sjuksköterskans kapacitet. Denna brist blev en risk för patientsäkerheten.

“det är väldig sjuka patienter som går tillbaka till avdelning så det kan påverka patientsäkerheten att vi inte har tid att titta till den lika ofta som IVA sjuksköterskor gör” Deltagare 8

Att möta patientens behov av trygghet

Enligt några av sjuksköterskorna var inte patienter och anhöriga tillräckligt förberedda på hur vården på vårdavdelning skiljde sig från vården på IVA. Sjuksköterskorna upplevde att patienter och anhöriga gav uttryck för stor oro angående upplevda brister i tillsyn av patienten och att alltför få kontroller på vitala parametrar utfördes. De upplevde också att de blev jämförda med IVA-sjuksköterskan gällande hur deras arbetet utfördes. Sjuksköterskorna fick ägna mycket tid och energi åt att bygga upp ett förtroende och de upplevde att det kunde ta några dagar innan patienten funnit tryggheten i personalen på vårdavdelningen. En sjuksköterska beskrev till exempel att det blir som en “chock” för föräldrarna när de kom med sitt barn från IVA till vårdavdelningen. Sjuksköterskorna såg ett behov av att förbereda patienterna ännu bättre och kanske ännu tidigare i vårdförloppet.

“...kanske mer information från IVA sjuksköterskor nu flyttas patienten från IVA när det är övervakning hela tiden till en avdelning där inte är det. Att man på något sätt får göra

patienten och närstående trygga i det innan de lämnar IVA. Jag har inte tid att och gå in till den patienten en gång var femte minut, för att det funkar inte så” Deltagare 9

Diskussion

Resultatdiskussion

Resultatet i studien belyste hur sjuksköterskor på vårdavdelningen upplevde att ta emot patienter från IVA. Sjuksköterskan tvingades lägga mycket tid på logistik för att ordna plats. Den lämpligaste tidpunkten att ta emot IVA-patienten varierade men det fanns däremot direkt olämpliga tidpunkter. Det var därför viktigt med en god dialog och gott samarbete mellan IVA och vårdavdelning för att stärka patientsäkerheten. Forcerade förflyttningar som innebar att de var oplanerade upplevdes mer riskfyllda än de planerade. Vid det forcerade förflyttningarna var risken större att informationsöverföringen sviktade. Rapporten var vanligen strukturerad och utförlig. Rapporten på vårdavdelningen gavs oftast i störande miljö. Organisatoriska faktorer som försvårade arbetet var till exempel brist på vårdplatser och att en sjuksköterska ansvarade för alltför många patienter. Det var också ett problem med olika kliniska IT-system på IVA och vårdavdelning.

I denna studie betonades vikten av tidig förvarning för att kunna ordna plats, planera sitt arbete och vara tillgänglig för patienten vid överlämnandet till vårdavdelningen. James m.fl. (2013) bekräftade med sin studie att förvarning i god tid gav vårdavdelningen tid för förberedelser inför kommande patient. Chaboyer m.fl. (2012) beskrev att det var koordinatorm som ordnade plats för patienten, inte sjuksköterskan. I aktuell studie var det den patientansvariga sjuksköterskan som ordnade plats och det var ett logistiskt arbete som tog tid från omvårdnadsarbetet. Resultatet visade att om IVA förmedlade patientens personuppgifter i god tid till vårdavdelningen och på så vis gav tillgång till den journal som tillhörde patienten som förflyttades och i tillägg lade en tydlig behandlingsplan gavs bättre förutsättningar att ge patienten trygg och säker vård även vid en forcerad förflyttning. Det framkom tydligt att de sekretessregler som ej tillåter tillgång till patientens journal så länge patienten inte är anmäld till vårdavdelning från IVA ansågs vara ett hinder i förberedelserna. Enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) 4 kap. 1§ om *inre sekretess* anges att den som arbetar inom sjukvården får ta del av dokumentation om patienten om det föreligger annat skäl såsom att uppgifterna behövs för annat arbete gällande vård av patienten. Vidare utifrån 4 kap. 3§ *kontroll av elektronisk åtkomst* har vårdgivaren möjlighet att kontrollera att detta inte missbrukas.

Resultatet visade att det saknades *en* lämplig tidpunkt att ta emot patienten på vårdavdelningen. Därför var det viktigt att man gemensamt kom överens om när förflyttningen skulle ske utifrån hur situationen såg ut just denna dag. Det uppgavs flera olämpliga tidpunkter, till exempel mitt i skiftbytet. Utzolino m.fl. (2010) bekräftade i en studie att tidpunkten hade stor betydelse. Dagtid och kväll var den tid som ansågs mest effektiv för utskrivning av patienter från IVA till vårdavdelning.

Problem med brist på lediga vårdplatser visade sig vara ett dagligt fenomen både på IVA och vårdavdelning. Det kunde leda till att patienten vårdades kvar på IVA under den tid som det tog att ordna plats på vårdavdelningen. Samtidig behövde IVA prioritera sina platser. Det kunde vara orsaken till att vårdavdelningen upplevde att patienterna inte alltid var medicinskt redo för förflyttning. Detta bekräftades i en studie av Lin m.fl. (2009) där forskarna beskrev hur platsbrist, både på IVA och vårdavdelning, hade konsekvenser för andra patienter som behövde vårdplats på IVA.

Patienter på vårdavdelningen fick flyttas ut i korridoren i samband med att sjuksköterskan ordnade plats till IVA-patienten som ofta var i behov av enkelrum på grund av medicinska

orsaker. Att vårda patienten i korridor var något man önskade undvika av flera anledningar, bland annat ur patientsäkerhetssynpunkt och med tanke på att den personliga integriteten för patienten hotades. Det upplevdes stressande att tvingas till prioriteringar som gav sämre vård än den patienten hade rätt till. I en artikel av Ando och Kawano (2018) fann forskarna att tillfredsställelsen med den egna arbetsinsatsen försämrades mätbart av moralisk stress. Möjligheten att ge god omvårdnad ökade KASAM (känslan av sammanhang). Låg bemanning var en faktor som påverkade KASAM negativt och ledde till ökad risk för utbrändhet (Ando & Kawano, 2018).

Under intervjuerna framkom att det saknades möjlighet till rapportering i ostörd miljö på vårdavdelningen på grund av brist på lokaliteter. Det kunde påverka patientsäkerheten. Spooner m.fl. (2019) som forskat kring störningsmoment under rapport bekräftade att det fanns negativa effekter på informationsöverföringen om sjuksköterskan blev störd under rapport.

Det var viktig att den första kontakten mellan sjuksköterskan på vårdavdelning och IVA-patienten blev bra för att redan från början kunna börja bygga ett förtroende. Det upplevdes därför att det var bättre att hämta patienten på IVA. Då gavs goda möjligheter att fokusera på den enskilda patienten. Det framkom att det förelåg liten erfarenhet av bedside-rapport. Enligt Tobiano m.fl. (2017) ansågs bedside-rapport på flersal vara ett av de mest omtalade hindren, med tanke på sekretessen. Den genomförda studien bekräftade problematiken. Bedside på IVA fungerade om patienten hade enkelrum. Det fanns dock ett visst motstånd att få hela rapporten bedside, då det fanns en rädsla att viss information skulle skapa oro hos patienten, till exempel uttalanden om prognos.

De planerade förflyttningarna fungerade bra men det uppstod brister i patientsäkerheten när förflyttningen skedde oplanerat eller forcerat. Tidigare forskning verifierade att det spelade roll om förflyttning var planerad eller oplanerad. Där förflyttning skedde oplanerat återinlades patienten oftare på IVA. Patienter som återinlades på IVA hade ökad mortalitet (Utzolino m.fl., 2010). De som blev utskrivna nattetid hade ökad risk för återinläggning och därmed ökad mortalitet (Azevedo m.fl., 2015; Utzolino m.fl., 2010). Som kompletterande fynd visade forskning att patienter som vårdats längre tid på IVA hade en högre risk för återinläggning (Azevedo m.fl., 2015).

Ett gott samarbete bidrog till att känna delaktighet i förflyttningsprocessen. Delaktighet innebar även att bli sedd av kollegor på andra kliniker och av organisationen i stort. Under intervjuerna gavs uttryck för känslan att olika beslut gällande förflyttningsprocessen fattades på högre nivå utan förankring på vårdavdelning. Utifrån en rapport av SKL (2016b) gällande jämställdhet är det vårdenhetschefens roll att skapa ett gott arbetsklimat på arbetsplatsen. Det är organisationen som ska sträva efter att skapa god arbetsmiljö och en hälsofrämjande arbetsplats. Vårdenhetschefens ska ha en stödjande roll. Sjuksköterskor ska ha möjlighet till delaktighet och inflytande i olika beslut på arbetsplatsen och känna sig sedda och bli bekräftade. Utifrån ett mänskligt perspektiv är det viktigt med förebyggande arbete kring arbetsmiljön på vårdavdelning och därigenom skapa positiva konsekvenser för verksamheten såsom minskad sjukfrånvaro (SKL, 2016b).

Resultatet påvisade flera och återkommande brister gällande läkemedelsordinationer i samband med förflyttningen från IVA till vårdavdelning. Sjuksköterskorna spenderade mycket tid på att i efterhand ordna det som skulle varit i ordning redan innan patienten kom till vårdavdelningen. Liknande resultat har redovisats i en studie av Santhosh m.fl. (2019) som beskrev att sjuksköterskan lade i genomsnitt trettio minuter på att reda ut oklarheter när patienten förflyttades från IVA. Utifrån en studie av Perren m.fl. (2008) var det

sjuksköterskans roll att fånga upp alla brister. Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska inom intensivvård (2012) säger att IVA-sjuksköterskan ska förbereda utskrivning av patienter och därmed kontrollera att allt är i sin ordning. Artiklarna presenterade brist på ordinationer, men nämnde ingenting gällande olika kliniska IT- system på IVA och vårdavdelning. I aktuell studie visade resultatet att olika kliniska datasystem komplicerade sjuksköterskans arbete.

Resultatet visade att det ofta saknades behandlingsplan för patienten som förflyttades från IVA till vårdavdelning. Behovet av en tydlig behandlingsplan ökade när patienten var medicinskt instabil. Liknande resultat har redovisats i en studie av Enger och Andershed (2018). Det framkom vidare att sjuksköterskor kände ökad osäkerhet när de skulle vårda en medicinskt instabil patient som kom från IVA. Patienten hade fortfarande behov av tät uppföljning och på vårdavdelningen fanns inte alltid sådana resurser. I studie av Graan m.fl. (2016) framkom att IVA-sjuksköterskor sällan rapporterade en tydlig behandlingsplan för patienten vid överlämning till vårdavdelning. I en studie av Spooner m.fl. (2013) visade resultatet att IVA- sjuksköterskors rapport till varandra däremot alltid innehöll en behandlingsplan för patienten.

I resultatet framkom en allvarlig brist att det vid vissa tillfällen förelåg otydliga beslut kring behandlingsbegränsningar hos IVA-patienten efter förflyttning till vårdavdelning. Detta bekräftades av en tidigare studie av Jensen m.fl. (2013) där forskarna beskrev hur läkarna på vårdavdelningen hade svårt att fatta beslut kring återupplivning samt om patienten skulle återinläggas på IVA vid försämring. Läkarna motiverade sin oförmåga till beslut med att det var svårt att hitta rätt tillfälle att diskutera frågan med patient och anhöriga samt att de inte ville skapa oro hos patienten i onödan. Det var lättare för läkarna på vårdavdelning att ta sådana beslut i samråd med IVA-läkaren (Jensen m.fl., 2013).

Alla brister som uppkommer i vården ska markeras genom att skriva avvikelser för att säkerställa vårdkvaliteten. Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska vårdgivaren sträva efter att ge god och patientsäker vård till patienten. Vårdgivaren ska förebygga vårdskador. Om vårdskada inträffar ska händelsen utredas i verksamheten för att förhindra upprepning av samma eller liknande fel. Vårt resultat visade att fel och brister som kunde leda till vårdskada i samband med förflyttning av patient från IVA till vårdavdelning sällan rapporterades.

Resultatet visade att om patienten var medicinskt instabil när den kom från IVA kunde detta orsaka ökad arbetsbörda, något som kunde bekräftas av tidigare forskning av bland annat van Sluisveld m.fl. (2015). Forskarna fann att belastningen på vårdavdelningen påverkade sjuksköterskans arbetsuppgifter samt att den medicinskt instabila patienten inte alltid fick rätt vård. Whittaker och Ball (2000) beskrev i sin studie hur sjuksköterskor var oroliga över den kommande patientens mående och om den var redo att vårdas på vårdavdelning. De mer erfarna sjuksköterskornas oro var mer riktad mot de oerfarna kollegorna. De hade inte samma förmåga att se en försämring hos patienten utan täta kontroller. Samtidigt fanns en oro för ökad arbetsbelastning (Whittaker & Ball, 2000).

Resultatet i denna studie visade att tidsbrist vid förflyttning och låg personalstyrka på vårdavdelning hotade patientsäkerheten. Enligt Institute For Healthcare Improvement (2005) kunde personaltätheten på vårdavdelningen påverka patientsäkerhet vid överlämnandet. Hänsyn borde tas utifrån patientens behov för bibehållen patientsäkerhet. Det framkom i intervjuerna att en tung arbetsbörda kunde upplevas stressande. Tidsbristen orsakades till viss del av vårdtyngden. Sjuksköterskorna uppgav att de hade svårt att hinna med alla arbetsuppgifter; kvaliteten på omvårdnaden blev sämre och patienter blev lidande. Det

framkom i studien att låg bemanning ledde till risker gällande patientsäkerheten. Det gällde såväl patienten som kommit från IVA som de andra patienterna som redan vårdades på vårdavdelningen. Detta bekräftades i en studie av Bridges m.fl. (2019) som visade att kvaliteten på omvårdnaden och patientsäkerheten påverkades av det antal patienter en sjuksköterska ansvarade för.

Studiens resultat visade att patienter och anhöriga inte var tillräckligt förberedda inför hur vården på vårdavdelning skiljde sig från vården på IVA. Bättre förberedelser i god tid och mer information behövdes för att skapa trygghet i samband med förflyttning. Det var IVA-sjuksköterskans uppgift att förbereda patient och anhöriga på vad de kunde förvänta sig på en vårdavdelning. Enligt Chaboyer m.fl. (2012) gav IVA-sjuksköterskan omfattande information om vårdavdelningen, personaltätheten och att patienten kommer att bli lämnad ensam större delen av tiden. Detta bekräftades inte med denna studie. Sjuksköterskorna upplevde att patienten från IVA och anhöriga oroade sig över att det togs färre kontroller. Enligt Cognet och Coyer (2014) hade anhöriga svårt att anpassa sig till vården på vårdavdelning. Både anhöriga och patient hade orealistiska förväntningar angående vården på vårdavdelning. Färre sjuksköterskor som vårdar fler ändrar vårdens struktur. Sjuksköterskorna fick ta hand om anhörigas oro kring upplevd sämre kontroll av patienten. Anhöriga hade svårt att vänja sig vid mindre stöd av personal på vårdavdelningen och avsaknaden av teknisk utrustning (Cognet & Coyer, 2014). Sjuksköterskor på vårdavdelning upplevde sig jämförda med IVA-sjuksköterskor gällande hur de utförde sitt arbete. Kauppi m.fl. (2018) bekräftade i tidigare forskning att sjuksköterskor upplevde sig iakttaga och ifrågasätta av anhöriga.

Lagom arbetsbelastning framkommer som en avgörande faktor för att sjuksköterskan ska kunna utföra ett gott arbete och därigenom trygga patientsäkerheten. För att avslutningsvis återknyta till den teoretiska referensramen i bakgrunden är lagom belastning en av beståndsdelarna i begreppet hanterbarhet. Överbelastning är en fråga om de nödvändiga resurserna finns eller inte. Detta innebär, enligt Antonovsky (1987), att ha tilltro till att olika sociala strukturer, i detta fall arbetsplatsen, ska erbjuda de verktyg som behövs i form av material, kunskap, färdigheter och stöd. Ibland får resurserna runt större betydelse än den enskildes kapacitet. Finns det resurser i sjuksköterskans omgivning kan dessa leda till att öka den egna förmågan och därmed en starkt känsla av hanterbarhet (Antonovsky, 1987). Antonovskys teori kan på så vis slutligen ge oss en förståelse för hur viktigt samarbete är och hur det påverkar sjuksköterskan. Samarbete förändrar den enskildes möjligheter. Förutom det goda i att sjuksköterskor lär känna varandra får det var och ens förmåga att växa och känslan av hanterbarhet, skyddshöljet mot negativ stress, KASAM, att öka. En sjuksköterska som har kontroll kan erbjuda en trygg och säker vård, något som deltagarna i denna studie tydligt strävade efter var dag på sin arbetsplats men som har visat sig vara så svårt att uppnå.

Metoddiskussion

Denna studie gjordes enligt en kvalitativ metod som byggde på fokusgruppsintervjuer. Författarna kom nära deltagarna och deras miljö genom deras berättelser (Ahrne & Svensson, 2011). Till analys av studiens resultat valdes kvalitativ innehållsanalys som karakteriseras av tolkning av texten från datainsamling, enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Kvalitativ metod är lämplig att använda när man önskar belysa eller skapa en dialog kring ett fenomen såsom upplevelser eller erfarenheter (Polit & Beck, 2016). Den valda metoden bedömdes därmed vara lämplig utifrån syftet och gav studien trovärdighet.

I kvalitativ metod är författarna medskapare under studiens gång genom att de var delaktiga i alla intervjuer och resultatet blir beroende av dem. För att uppnå syftet och vara distanserade valde författarna att använda sig av en strukturerad frågeguide under alla

fokusgruppsintervjuer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Trovärdigheten kan anses öka genom att samma frågeguide användes till alla fokusgrupper.

Intervjuer i form av fokusgruppsintervjuer valdes för att få igång en diskussion kring ämnet utifrån syftet. Det var bra dynamik i fokusgrupper. Enligt Justesen och Mik- Meyer (2011) är det gruppdynamiken som avgör hur diskussionen i fokusgruppen blir och följaktligen hur rik datainsamling som erhålls. I interaktion med varandra kan deltagarna vara mer ärliga och dela med sig av sina synpunkter (Justesen & Mik- Meyer, 2011). För att få en så nyanserad bild som möjligt valdes sjuksköterskor från olika verksamheter.

En svaghet kan vara att den bredd som önskades i resultatet delvis uteblev då endast fem av elva tillfrågade vårdavdelningar blev inkluderade. Deltagarna i intervjuerna delade med sig av en mängd av upplevelser, det vill säga ett rikt material.

Från början var målet att genomföra tre fokusgruppintervjuer med fyra till fem deltagare i varje grupp. Ett antal som kändes rimligt med tanke på att anpassa en tidpunkt som passade flera och även rekommenderades av Côté-Arsenault och Morrison-Beedy (1999). Polit och Beck (2016) beskriver fokusgruppintervjuer som noga planlagda diskussioner utifrån ett semistrukturerat frågeformulär, vanligen bestående av fem deltagare eller fler. Justesen och Mik- Meyer (2011) menar att mindre grupper tenderar att samtala mer på djupet än större grupper. Det är ingen nackdel om deltagarna inte känner varandra, då det delvis kan påverka svaren (Justesen & Mik- Meyer, 2011).

Antalet i varje fokusgrupp blev två till fyra deltagare. En av de främsta orsakerna till att antalet blev färre än önskat var att verksamheten inte hade möjlighet att lösgöra sjuksköterskor. I fokusgruppen med två deltagare blev gruppdynamiken till viss del påverkad och ökade författarnas aktivitet i intervjun genom fler följdfrågor.

Författarna tillät perioder av tystnad när sådan uppstod under några av intervjuerna för att ge tid till eftertanke och inte forcera. Det kan vara både en styrka och svaghet. Styrka för att deltagarna berättar mer detaljerat, svaghet på grund av risk för sämre dynamik i gruppen.

Analysmaterialet bearbetades och delades in i fyra kategorier med underkategorier. Det var ibland svårt för författarna att sortera data till de olika kategorierna då koderna gick i varandra. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) kan, som författarna nämnt i analysen, människans upplevelser passa flera kategorier. Detta kan ses som en svaghet för arbetets resultat.

Båda författarna var insatta i ämnet och har varit närvarande och aktiva under intervjuerna. Under analysprocessen diskuterade författarna och reflekterade över tolkningsmöjligheter kring koder. Kategorierna blev på detta sätt mer stringenta. Författarna upplevde att textens innehåll stämde med kategorier och underkategorier. Det ökade resultatets trovärdighet och tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Noggrant beskriven analysprocess ger även studien dess bekräftelsebarhet. Arbetets styrka ligger i noggrant beskrivet urval, datainsamling och analys som ökar studiens trovärdighet och tillförlitlighet (Mårtensson och Fridlund 2017).

Studiens resultat var giltigt genom att det svarade mot syftet men också genom att deltagarna var både män och kvinnor i olika åldrar med varierande yrkeserfarenhet och arbetade på olika vårdavdelningar. Noggrann beskrivning av urval och analysprocess samt citat från intervjuer ger läsaren möjlighet att själv bedöma giltigheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). En kvalitativ studie genomförs med färre antal deltagare än en kvantitativ och deltagarna kan vara av varierande ålder. Detta kan bidra till rikare materielinnehåll (Henricson & Billhult

2017). Presentation av citat och bilaga med frågeguide ökade resultatets trovärdighet (Chekol, 2012).

Överförbarhet handlar om hur studiens resultat kan överföras till andra grupper. Författarna föreslog kliniska tillämpningar till hur resultatet kan användas, men det är läsaren som själv avgör om resultatet kan vara överförbart till andra delar i vården. Noggrann beskrivning av urval, datainsamling och analysprocess kan påverka bedömning av överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Författarnas förförståelse kunde påverka tolkningen av resultatet. Båda författarna hade jobbat på vårdavdelning och erhållit klinisk utbildning på IVA. Detta har gett erfarenhet av att ta emot och överlämna patienter. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) är det bra att utnyttja förförståelse för att kunna öka kunskap och fördjupa förståelsen. Intervjuerna gav författarna möjlighet att reflektera och gav dem djupare kunskap kring situationen när patienten förflyttas från IVA till vårdavdelning och därmed sjuksköterskans övertagande av patient. Kunskap som kan komma till nytta i arbetet som intensivvårdssjuksköterska. Genom att författarna beskriver sin förförståelse stärks arbetets tillförlitlighet och bekräftelsebarhet, enligt Mårtensson och Fridlund (2017).

Innan studien påbörjades diskuterade författarna syftet med studien ur en etisk aspekt. Studien är genomförd enligt Helsingforsdeklarationen (2013). Deltagarna fick muntlig och skriftlig information om studien och gav sitt skriftliga samtycke (Bilaga 4). Att studiematerialet förblev konfidentiellt säkrades genom att deltagarnas integritet skyddades. Det gör studien mer trovärdig. Enligt Polit och Beck (2016) ska författarna beakta att alla deltagare i fokusgrupper kan uttrycka sin åsikt och inte tillåta att någon dominerar gruppintervjun. Deltagarna var från olika vårdavdelningar och deltagandet var frivilligt. De upplevdes obesvärade av att intervjuas i grupp och deltagarna lät varandra komma till tals.

Det finns tre grundläggande etiska principer som är relevanta i forskning: *respekt för personen, att göra gott och rättvisepincipen*. Den första principen innebär respekt för deltagarnas autonomi. Forskaren ska ge information om studien, att deltagandet är frivilligt och säkerhetsställa att informerat samtycke ges. Göra gott principen innebär att forskaren försöker bevara deltagarnas välbefinnande. Genom att hantera personuppgifter och studiematerial konfidentiellt skyddar forskaren deltagarnas integritet och säkerhetsställer att ingen kommer till skada. Rättvisepincipen säkerhetsställer att deltagarna i studien behandlas lika (Belmontrapporten, 1979).

Slutsats

Vid byte av vårdnivå, i skarven mellan IVA och vårdavdelning, hotas patientsäkerheten. Orsakerna är flera. En del av dessa beror på den mänskliga faktorn, hur och när vi väljer att förmedla information och tydligheten i det som sägs och görs. De organisatoriska faktorerna som gör att förflyttningen forceras och säkerheten riskeras är svåra att påverka men genom ett tätt samarbete över klinikgränserna och en strävan efter att lega steget före kan fel minimeras. Det är viktigt att det framkommer när det föreligger brister och risk för fel men här verkar finnas en stor underrapportering. För att trygga vården kring varje enskild patient krävs att alla tänker personcentrerat. Risken är annars att kvalitén på vården försämras genom en oplanerad förflyttning som sker på grund av att någon annan är i behov av intensiv vård och omvårdnad.

Förslag till klinisk tillämpning

Ett förslag kan vara att ha en kort återkoppling mellan sjuksköterskorna efter varje förflyttning - vad var bra, vad kan man förbättra. Ett annat förslag är att tillsammans få möjlighet att träna på akuta förflyttningar från IVA till vårdavdelning på samma sätt som man övar HLR eller mottagande av traumapatient för att förbättra rutinen i verksamheten. Att öva tillsammans skapar också möjlighet att lära känna varandras arbetssätt och erbjuder samtidigt ett ökat samarbete mellan avdelningarna. Att med viss regelbundenhet bjuda in till varandras arbetsplatsträffar och diskutera förflyttning av patient från IVA till vårdavdelning och uppmuntra varandra att skriva avvikelser gällande till exempel ordinationer kan skapa ett ökat fokus på området och därmed en större medvetenhet och ökad teamkänsla. Genom att ha uppföljning av alla IVA-patienter de första dagarna kan patientsäkerheten förbättras och samtidig ges möjlighet för kunskapsutbyte mellan sjuksköterskor på IVA och vårdavdelning.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling

Författarna föreslår granskning av vilka effektiva och enkla tilltag som kan användas vid de forcerade förflyttningarna för att på ett optimalt sätt förbereda patient, anhörig och vårdavdelning och därmed stärka patientsäkerheten. En enkel checklista skulle här kunna fylla en funktion. Det kan slutligen vara av värde att studera hur information given av IVA-sjuksköterskan uppfattas av patient och anhörig.

Referenser

- Ahrne, G., & Svensson, P. (2011). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I A. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (1 upp., s. 10–18). Liber.
- Ando, M., & Kawano, M. (2018). Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction. *Nursing Ethics*, 25, 571-579. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1177%2F0969733016660882>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. (1. ed.). Jossey-Bass.
- Azevedo, L. C., de Souza, I. A., Zygun, D. A., Stelfox, H. T., & Bagshaw, S. M. (2015). Association between nighttime discharge from the intensive care unit and hospital mortality: a multi-center retrospective cohort study. *BMC health services research*, 15(1), 378. <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=be282bb8-ea5f-4cd2-a091-616e083f6306%40pdc-v-sessmgr04>
- Basińska, M. A., Andruszkiewicz, A., & Grabowska, M. (2011). Nurses' sense of coherence and their work related patterns of behaviour. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 24(3) 256-266. doi 10.24778/S13382-011-0031-1
- Belmontrapporten (1979). *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Department of Health, Education, and Welfare. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html#xbasic>
- Bridges, J., Griffiths, P., Oliver, E., & Pickering, R. M. (2019). Hospital nurse staffing and staff-patient interactions: an observational study. *BMJ quality & safety*, 28(9), 706-713. <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/28/9/706.full.pdf>
- British Medical Association (BMA). (2004). *Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers*. London. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Handover>
- Chaboyer, W., Lin, F., Foster, M., Retallick, L., Panuwatwanich, K., & Richards, B. (2012). Redesigning the ICU nursing discharge process: a quality improvement study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(1), 40-48.
- Chekol, I-M. (2017). Fenomenografi. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär, (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 upp., s. 95–108). Studentlitteratur.
- Cognet, S., & Coyer, F. (2014). Discharge practices for the intensive care patient: a qualitative exploration in the general ward setting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(5), 292–300.
- Côté-Arsenault, D., & Morrison-Beedy, D. (1999). Practical advice for planning and conducting focus groups. *Nursing reserach*, 48, 280-283.

- Enger, R. Andershed, B. (2018). Nurses' experience of the transfer of ICU patients to General wards: A great responsibility and a huge challenge. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2) s. 186-194 DOI: 10.1111/jocn.13911
- Forsberg, A., Lindgren, E., & Engström, Å. (2011). Being transferred from an intensive care unit to a ward: searching for the known in the unknown. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 110-116. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/j.1440-172X.2011.01915.x>
- Frølund, C., & Beedholm, K. (2013). Erfaring og kompleksitet—en kvalitativ undersøgelse af betydningsfulde forhold hos sygeplejerskerne ved overflytning af patienter fra intensiv til sengeafdeling. *Vård i Norden*, 33(4), 9-13. <https://journals-sagepub-com.ezproxy.server.hv.se/doi/pdf/10.1177/010740831303300403>
- Graan, S. M., Botti, M., Wood, B., & Redley, B. (2016). Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian Critical Care*, 29(3), 165-171. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.aucc.2015.09.002>
- Haddleton, E. (2019). *Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation - SBAR. Vårdhandboken* (rev 190923). Uppsala. Hämtad 19 oktober 2019 från Vårdhandboken <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/situation-bakgrund-aktuell-bedomning-rekommendation---sbar/>
- Halm, M. A. (2013). Nursing handoffs: Ensuring safe passage for patients. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 158-162. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.server.hv.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=58ac6dbf-da5e-43ad-9048-27ddb26139bc%40pdc-v-sessmgr04>
- Helsingforsdeklarationen. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Henricson, M. & Billhult, A., (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2., upp. s. 111–120). Studentlitteratur.
- Häggeström M., Asplund K. & Kristiansen L. (2009). Struggle with a gap between intensive care units and general wards. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4(3), 181-192. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/j.1440-172X.2011.01915.x>
- Häggeström, M. (2012). *Att organisera en trygg och sammanhållen vårdkedja mellan IVA och allmän vårdavdelning.: En grundad teori om organisation, vård och samarbete i förflytningsprocessen* (Doctoral dissertation. Institutionen för Hälsovetenskap, Mittuniversitet).
- Institute for Healthcare Improvement (2005). *Clinical Handover and Patient Safety Literature Review Report*. Australian Council for Safety and Quality in Healthcare. <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/clinhovrlitrev.pdf>
- James, S., Quirke, S., & McBride-Henry, K. (2013). Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 297-306. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/nicc.12001>

- Jahren Kristoffersen, N. & Ottvik Jensen, K. (2007). Sjuksköterskans roll i organisation och samhälle. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. (Red.), *Grundläggande omvårdnad. Del 4*. (1 upp., s. 172–217). Liber.
- Jensen, H. I., Ammentorp, J., Johannessen, H., & Ørding, H. (2013). Challenges in end-of-life decisions in the intensive care unit: an ethical perspective. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(1), 93-101. <https://link-springer-com.ezproxy.server.hv.se/content/pdf/10.1007/s11673-012-9416-5.pdf>
- Johnson, C., Carta, T. R. I. C. I. A., & Thronson, K. A. R. E. N. (2015). Communicate with me: Information exchanges between nurses. *Canadian Nurse*, 111(2), 24-27. <https://www.canadian-nurse.com/en/articles/issues/2015/march-2015/communicate-with-me-information-exchanges-between-nurses>
- Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2011). *Kvalitativa metoder: från vetenskapsteori till praktik*. (1 uppl.). Studentlitteratur.
- Kauppi, W., Proos, M., & Olausson, S. (2018). Ward nurses' experiences of the discharge process between intensive care unit and general ward. *Nursing in Critical Care*, 23(3), 127-133. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/nicc.12336>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.
- Lin, F., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2009). A literature review of organisational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. *Australian Critical Care*, 22(1), 29-43. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.aucc.2008.11.001>
- Lin, F., Chaboyer, W., Wallis, M., & Miller, A. (2013). Factors contributing to the process of intensive care patient discharge: an ethnographic study informed by activity theory. *International Journal of Nursing Studies*, 50(8), 1054-1066. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.024>
- Lin, F., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2014). Understanding the distributed cognitive processes of intensive care patient discharge. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6), 673-682. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/jocn.12194>
- Lundin, S. (2007). Intensivvårdens tillblivelse och utveckling. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (1 upp., s. 655–656). Liber.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär, (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2 upp., s. 187-201). Studentlitteratur.
- Marshall, A. P., Tobiano, G., Murphy, N., Comadira, G., Willis, N., Gardiner, T., ... & Gillespie, B. M. (2019). Handover from operating theatre to the intensive care unit: A quality improvement study. *Australian Critical Care*, 32(3), 229–236. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.aucc.2018.03.009>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 upp., s. 421–438). Studentlitteratur.
- O'Connell, K. J., Shaw, K. N., Ruddy, R. M., Mahajan, P. V., Lichenstein, R., Olsen, C. S., ... Chamberlain, J.M. (2018). Incident reporting to improve patient safety: the effects of

- process variance on pediatric patient safety in the emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 34(4), 237–242.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3 upp.). Liber AB.
- Perren, A., Conte, P., De Bitonti, N., Limoni, C., & Merlani, P. (2008). From the ICU to the ward: cross-checking of the physician's transfer report by intensive care nurses. *Intensive Care Medicine*, 34(11), 2054-2061.
<https://link-springer-com.ezproxy.server.hv.se/content/pdf/10.1007/s00134-008-1138-0.pdf>
- Priebe, G. & Landström, A., (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2., upp. s. 25–42). Studentlitteratur.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10 upp.). Wolters Kluwer.
- Riksföreningen för anestesi och Intensivvård (ANIVA) & Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2012). *Kompetensbeskrivning-legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.och.intensivvard.kompbeskr.pdf>
- Rytterström, P., Cedersund, E., & Arman, M. (2009). Care and caring culture as experienced by nurses working in different care environments: A phenomenologicalhermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 689-698. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.005
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken. Etik för vårdande yrken*. (2 upp.). Studentlitteratur.
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- Santhosh, L., Lyons, P. G., Rojas, J. C., Ciesielski, T. M., Beach, S., Farnan, J. M., & Arora, V. (2019). Characterising ICU–ward handoffs at three academic medical centres: process and perceptions. *BMJ quality & safety*, 28(8), 627–634.
- Soini, K. & Stiernström, H. (2016). Organisation av en intensivvårdsavdelning. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (2 upp., s. 13–17). Liber.
- Spooner, A. J., Chaboyer, W., Corley, A., Hammond, N., & Fraser, J. F. (2013). Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), 214-220. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/ijn.12058>

- Spooner, A. J., Chaboyer, W., & Aitken, L. M. (2019). Interruptions During Senior Nurse Handover in the Intensive Care Unit: A Quality Improvement Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 15-21.
- Svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI). (2015). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. Göteborg. <https://sfai.se/download-attachment/3745>
- Svenska Intensivvårdsregistret (SIR). (2019). *Årsrapport 2018*. https://www.icuregsw.se/globalassets/arsrapporter/analyserande_arsrapport_2018.pdf
- Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2016a). Nationell jämförelse av vårdprocesser med KPP och kvalitet. Stroke – Hjärtsvikt – Höftfraktur - Prostatacancer. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-349-9.pdf?issuusl=ignore>
- Sveriges Kommuner och Landsting (2016). *Jämställdhet ur arbetsgivarperspektiv*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-419-9.pdf?issuusl=ignore>
- The Royal College of Surgeons of England. (2007). *Safe handover: Guidance from the Working Time Directive working part*. London. <https://www.rcseng.ac.uk/library-and-publications/rcs-publications/docs/safe-handover/>
- Tobiano, G., Whitty, J. A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017). Nurses' perceived barriers to bedside handover and their implication for clinical practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(5), 343-349. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/wvn.12241>
- Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J. A., & Chaboyer, W. (2019). Reprint of: Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 63-77. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.ijnurstu.2019.05.011>
- Ullman, A., Long, D., Horn, D., Woosley, J., & Coulthard, M. G. (2013). The KIDS SAFE checklist for pediatric intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 22(1), 61-69. <http://dx.doi.org.ezproxy.server.hv.se/10.4037/ajcc2013560>
- Utzolino, S., Kaffarnik, M., Keck, T., Berlet, M., & Hopt, U. T. (2010). Unplanned discharges from a surgical intensive care unit: readmissions and mortality. *Journal of Critical Care*, 25(3), 375-381. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1016/j.jcrc.2009.09.009>
- van Sluisveld, N., Hesselink, G., van der Hoeven, J. G., Westert, G., Wollersheim, H., & Zegers, M. (2015). Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Medicine*, 41(4), 589-604.
- Walter, G. (2009). *Bonniers synonymordbok: [vidgar och varierar ditt ordförråd]*. (4., helt rev. utg.). Bonnier Fakta.
- Whittaker, J., & Ball, C. (2000). Discharge from intensive care: a view from the ward. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(3), 135-143.
- World Health Organization. (2007). *Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Communication during patient hand-overs*. <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>

**Till ansvarig Vårdenhetschef på avdelning**

Samtycke att skicka förfrågan till sjuksköterskor på Din enhet om deltagande i gruppintervju angående hur de upplever att ta emot en patient från intensivvårdsavdelningen (IVA).

Vad handlar studien om?

Dagligen förflyttas patienter från IVA till vårdavdelning. Ibland är det en väl planerad förflyttning, andra gånger sker det mer oplanerat. Det pågår forskning kring risker gällande patientsäkerheten vid byte av vårdnivå från IVA till vårdavdelning. Dialog och kompetensutbyte är verktyg för förbättring liksom samarbete och god överrapportering. Små förändringar i samband med övertagandet av patienten kan leda till förbättringar gällande patientsäkerheten, öka den personcentrerade vården och underlätta arbetet för sjuksköterskan. Syftet med studien är att belysa sjuksköterskans upplevelse av IVA- sjuksköterskans överlämning av patienten från IVA.

Hur går studien till?

Vi behöver Ditt samtycke för att få tillfråga två till tre sjuksköterskor från Din enhet om att delta i en gruppintervju. Enda inklusionskriterier är att de ska ha tagit emot en patient från IVA. Gruppintervjun kommer att ske någon gång under vecka 9–13. Den beräknas ta 30–60 minuter beroende på antal deltagare. Lämplig tidpunkt väljs efter överenskommelse med deltagarna.

Vad händer med resultatet?

Studien kommer att redovisas i form av ett magisterarbete vid Högskolan Väst samt vid en muntlig populärvetenskaplig presentation på Norra Älvsborgs Länssjukhus.

Hantering av data och sekretess:

Insamlad data från fokusgruppsintervjuerna kommer att transkriberas till text. Vid databearbetning kommer namn att ersättas med en kod så att en enskild individ inte kan urskiljas. Materialet behandlas konfidentiellt så att inte obehöriga kan ta del av det. Deltagande är frivilligt och deltagaren har full rätt att när som helst avbryta sitt deltagande, utan att ange något skäl.

Vad händer nu?

Vi önskar svar och eventuellt samtycke via mail. Om Du samtycker till att Din enhet deltar i studien bifogas i detta mail ett informationsbrev som vi önskar att Du mailar ut till sjuksköterskorna på Din enhet. Om möjligt kan informationen läggas ut i veckobrevet.

Vilka är ansvariga för studien?

Vi är två legitimerade sjuksköterskor som studerar till specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård vid Högskolan Väst, Trollhättan. I utbildningen ingår att göra en magisteruppsats, vilket är anledningen till denna studie. Har du några frågor så är du varmt välkommen att höra av Dig.

Avslutande information

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående:

Student/ leg. sjuksköterska

Jolanta Guldborg

Student/ leg. sjuksköterska

Anna Lind Härle

Handledare/ Universitetslektorlektor

Pia Alsén

Högskolan Väst



Till sjuksköterska på avdelning

Information och förfrågan om att delta i gruppintervju angående hur du upplever att ta emot en patient från intensivvårdsavdelningen (IVA).

Vad handlar studien om?

Dagligen förflyttas patienter från IVA till vårdavdelning. Dessa patienter har ofta ett stort vårdbehov. I samband med att patienten lämnas över till vårdavdelning övergår omvårdansansvaret till sjuksköterskan på vårdavdelningen. För att öka kunskapen om en säker förflyttning önskar vi att få ta del av sjuksköterskans upplevelse av att ta emot en patient från IVA.

Vad handlar studien om?

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskans upplevelse av IVA- sjuksköterskans överlämning av patienten från IVA.

Vad krävs det av mig som vill delta?

Alla som vill vara med är välkomna, oavsett hur länge Du arbetat som sjuksköterska. Enda kriteriet är att Du tagit emot en patient från intensivvårdsavdelningen. Du väljer själv hur aktiv Du vill vara i intervjun. Det kommer inte ställas några rena kunskapsfrågor. Vi är intresserade hur du upplever situationen i samband med mottagandet och Du tar över ansvaret för patient som vårdats på IVA. Vi kommer att diskutera kring tillfällena där mottagandet fungerat bra och där det fungerat mindre bra.

Hur går studien till?

Det kommer att vara en gruppintervju. Deltagare kommer att vara sjuksköterskor från Din avdelning och andra berörda avdelningar. Gruppintervjun beräknas ta 30-60 minuter beroende på antal deltagare. Intervjun kommer att ske, om möjligt, i anknäytning till att Du går på ditt eftermiddagspass.

Vad händer sedan?

Studien kommer att redovisas i form av ett magisterarbete vid Högskolan Väst samt vid en muntlig populärvetenskaplig presentation på Norra Älvsborgs Länssjukhus.

Hantering av data och sekretess

Insamlad data från fokusgruppintervjuerna kommer att transkriberas till text. Vid databearbetning kommer namn att ersättas med en kod så att en enskild individ inte kan

urskiljas. Materialet behandlas konfidentiellt så att inte obehöriga kan ta del av det. Deltagande är frivilligt och Du har full rätt att när som helst avbryta ditt deltagande, utan att ange något skäl.

Vi frågar härmed om Du vill delta i denna studie.

Du anmäler ditt intresse för att delta i studien genom att ringa, maila eller skicka sms.

Studien är ett examensarbete på avancerad nivå och är en del av utbildningen till intensivvårdssjuksköterska vid Högskolan Väst i Trollhättan. Studien kommer att genomföras med intervjuer **under vecka 9–13, 2020**. Vi kommer gemensamt överens om lämpligt datum.

Har Du frågor om studien är Du närsomhelst varmt välkommen att höra av Dig till någon av oss!

Student/ leg sjuksköterska

Jolanta Guldborg

Student/ leg. sjuksköterska

Anna Lind Härle

Handledare/ Universitetslektor

Pia Alsén

Högskolan Väst



Frågeguiden för sjuksköterska

Öppningsfrågor:

Hur gammal är du?

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Har du någon specialistutbildning?

Nyckelfrågor:

1. Vad innefattar begreppet “överlämning” för dig? Upplever du att det finns en skillnad mellan överrapportering och överlämning? Beskriv
2. Hur ser processen ut när det ges besked att det ska komma en patient från IVA-hur förbereder avdelningen och du dig för att ta emot en patient från IVA? Beskriv
3. Hur upplever du överlämningen av patienten från IVA- sjuksköterskan?
4. Upplever du att överlämningen påverkar patientsäkerheten? Beskriv
5. Hur upplever du omgivningen (situation, miljö, tidpunkt) vid överlämningen. Beskriv?
6. Vad har du för erfarenhet av bedside överrapportering? Beskriv dina upplevelser
7. Kan man se en förändring i överrapportering efter att SBAR infördes? Beskriv
8. Hur upplever du intensivvårdssjuksköterskans stödjande roll vid förflyttningen av patienten från IVA till vårdavdelning. Beskriv!

Avslutande frågor:

9. Dina förslag till ökad säkerhet för patienten vid byte av vårdnivå?
10. Är det något mer som du önskar att tillägga?



Skriftligt samtycke till att sjuksköterskor deltar i studie

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskans upplevelse av IVA- sjuksköterskans överlämning av patienten från IVA.

Jag har skriftligen och muntligen informerats om studien. Jag har haft tillfälle att läsa igenom informationen och ställa frågor.

Jag är medveten att deltagande är frivilligt och jag har full rätt att när som helst avbryta mitt deltagande, utan att ange något skäl.

Datum.....

Sjuksköterskans
underskrift.....

Namnförtydligande.....

Student/ leg sjuksköterska

Jolanta Guldborg

Student/ leg. sjuksköterska

Anna Lind Härle

Handledare/ Universitetslektor

Pia Alsén

Högskolan Väst

Enskild författares bidrag

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, magister -Specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård. EXD 810

Arbetes titel: Säker vård vid byte av vårdnivå

- hur upplever sjuksköterskan på vårdavdelning förflyttning av patient från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning.

Författare:

Jolanta Guldborg 19760115-

Anna Lind Härle 19760729-

Inledning: Anna Lind Härle

Bakgrund: Jolanta Guldborg, Anna Lind Härle

Metod: Jolanta Guldborg, Anna Lind Härle

Resultat: Jolanta Guldborg, Anna Lind Härle

Diskussion: Jolanta Guldborg, Anna Lind Härle

Högskolan Väst

Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 30 00

www.hv.se