



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av patientöverflyttning - Från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning

En kvalitativ studie

Författare: Christina Kindahl
Katarina Thörner
Åsa Tiljander Jormelius

Handledare: Annica Sjöström-Strand

Magisteruppsats

Januari 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av patientöverflyttning - Från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning

En kvalitativ studie

Författare: Christina Kindahl
Katarina Thörner
Åsa Tiljander Jormelius

Handledare: Annica Sjöström-Strand

Magisteruppsats

Januari 2013

Abstrakt

Bakgrund: Dagligen överflyttas patienter mellan intensivvårdsavdelningar till vårdavdelningar i Sverige. **Syfte:** Denna studie syftade till att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av patientöverflyttning från intensivvårdsavdelningen till vårdavdelningen. **Metod:** Studien har genomförts på en intensivvårdsavdelning vid ett sjukhus i Sverige i form av fokusgruppsintervjuer. Intervjuerna analyserades utifrån induktiv innehållsanalys med hjälp av Burnards system om 14 steg. **Resultat:** Resultatet visade på att majoriteten av informanterna var överrens om att akuta överflyttningar upplevdes negativt. Informationsöverföringen påverkades och mycket av patientomvårdnaden kunde förloras vid snabba överflyttningar.

Nyckelord

Patientöverflyttning, intensivvård, intensivvårdssjuksköterska, fokusgrupper, innehållsanalys

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet,
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Definition av överflyttning	3
Definition av intensivvård	3
Kompetensbeskrivning samt Lagar och författningar	4
Överflyttning och konsekvenser	6
Syfte	8
Metod	8
Fokusgrupper	9
Urval av undersökningsgrupp	9
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	10
Genomförande av datainsamling	10
Genomförande av databearbetning	12
Etisk avvägning	13
Resultat	14
Upplevelse av oro och stress på grund av otillfredsställdhet med akuta och oplanerade överflyttningar	15
Brist på vårdplatser och otillfredsställd organisationsplanering	15
Upplevelse av oro och stress	16
Upplevelse av samarbete och acceptans inom och mellan olika vårdnivåer	18
Kommunikation	19
Samarbete över gränserna	20
Upplevelse av rutiner och dokumentationsskillnader inom och mellan vårdnivåerna	22
Rutiner	22
Patientjournalen	23
Diskussion	24
Diskussion av vald metod	24
Diskussion av framtaget resultat	27
Konklusion	31
Referenser	32
Bilaga 1 (3)	38
Bilaga 2 (3)	39
Bilaga 3 (3)	44

Problembeskrivning

Patienter överflyttas dagligen från intensivvårdsavdelningar (IVA) till vårdavdelningar. Flertalet av dessa förflyttningar genomförs snabbt vilket medför att varken personal på IVA, vårdavdelningen eller patienten inte har haft möjlighet att genomföra nödvändiga förberedelser inför överflyttning (Häggström, Asplund & Kristiansen, 2009; Watts, Pierson & Gardner 2005b).

Det förekommer olika vårdnivåer inom vården och skillnaderna blir speciellt tydliga mellan IVA och vårdavdelning (Mollberg, 2008; Wu & Coyer, 2007). IVA tar vanligtvis emot svårt sjuka patienter som är i behov av avancerad vård för att upprätthålla vitala funktioner. Efter att patienten har vårdats på IVA och nivån på vårdbehovet har förändrats, överflyttas patienten oftast till en vårdavdelning för fortsatt vård (Perren, Conte, De Bitonti, Limoni & Merlani, 2008).

Enligt Folkhälsoguiden (2009) ökar kraven på vården från både samhället och arbetsgivaren. Detta medför att vårdpersonal måste öka sin arbetskapacitet för att tillmötesgå verksamhetens behov. Patientöverflyttningar från IVA till vårdavdelning sker betydligt tidigare idag trots att patienten har behov av fortsatt övervakning och observation på IVA. I praktiken kan det ske så fort de inte längre är i behov av invasivt andningsstöd även om de egentligen inte har ett tillräckligt stabilt hälsotillstånd. Patienters hälsotillstånd och tillgänglighet på intensivvårdsplatser avgör överflyttningen av patienter (Gibson, 1997).

Överflyttningar mellan olika vårdnivåerna är inte alltid planerade och detta medför snabba förändringar i intensivvårdssjuksköterskans dagliga arbete. Det kan innebära att intensivvårdssjuksköterskan upplever en fysisk och psykisk belastning vid patientöverflyttningar samt en upplevelse av att inte kunna räcka till i sitt arbete (Folkhälsoguiden, 2009). Det är viktigt att vara medveten att överflyttning av patienter kan vara riskfyllda moment som kan leda till bland annat brister i ordination och administrering av läkemedel till patienten (Häggström et al., 2009; Perren et al., 2008).

Intensivvårdssjuksköterskornas arbete regleras av olika lagar, förordningar och styrdokument. Syftet är att säkerställa en säker vård, men i stressade och krävande situationer kan lagar och förordningar medföra ytterligare stress (Folkhälsoguiden 2009; Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterska examen med inriktning mot intensivvård 2012; Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659).

Författarna till detta arbete kunde konstatera att det finns flertalet studier angående hur framförallt patient och/eller anhöriga upplever överflyttningar från IVA till vårdavdelningar. Däremot framkom att det inte fanns några tidigare genomförda studier med inriktat fokus på intensivvårdssjuksköterskans upplevelser vid patientöverflyttningar. Det är av intresse att undersöka intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av patientöverflyttning till vårdavdelningen.

Bakgrund

Definition av överflyttning

Transition – Överflyttning är en process där patienten går från ett stadie till ett annat (Chaboyer, James & Kendall, 2005b). För patienter som vårdas på IVA innebär överflyttningsprocessen att gå från en nivå av vård och övervakning till en annan nivå av omvårdnad och övervakning på en vårdavdelning. Intensivvårdssjuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelningar kan uppleva att skillnaden i nivå utgörs av olika vårdmiljöer, personalens kompetens och hur kommunikation sker (Häggström et al., 2009).

Definition av intensivvård

Svenska intensivvårdsregistret [SIR] definierar intensivvård enligt följande:

”Intensivvård är en vårdnivå och inte en vårdplats. Intensivvård definieras som avancerad övervakning, diagnostik eller behandling vid hotande eller manifest svikt i vitala funktioner. Om detta kriterium inte är uppfyllt skall patienten inte klassas som intensivvårdspatient. Postoperativ vård som

på grund av platsbrist, stängd postoperativ avdelning eller avsaknad av postoperativ avdelning sker på intensivvårdsavdelning är inte intensivvård. Däremot ska även vård på postoperativ avdelning som uppfyller kriterier för intensivvård klassas som intensivvård”.

All sjukvård klassificeras enligt behov av vårdbehovet och risker för patienten (Mollberg, 2008).

Tabell 1.

Klassificerade vårdnivåer inom sjukvården (Mollberg, 2008, s.5).

Nivå	Avdelning	Definition
0	Vårdavdelning	Avdelning på ett akutsjukhus där patientens vårdbehov kan tillfredsställas
1	Vårdavdelning	Det finns risk för att patientens hälsa kan försämrans, kan vara relaterad till behov av högre vårdnivå. Behoven kan tillfredsställas på en akutavdelning och med support från akutteam
2	Mellanvård	Patienten kräver mer detaljerad observation eller inflytande vilket innefattar medicinsk och omvårdnadssupport på grund Av svikt i ett organ. Postoperativ vård eller ”step down” avdelning från en högre vårdnivå vilket även kallas intermediärvård
3	Intensivvård	Patienten behöver avancerad andningsvård eller basalt andningsstöd tillsammans med svikt i åtminstone två organsystem. Denna nivå inkluderar även vård av multiorgansvikt.

Målet för intensivvården är att vårda patienten till en bättre funktionsnivå. När patienten uppnår denna nivå är patienten ”redo” för överflyttning. Intensivvårdssjuksköterskans uppgift är att förbereda och informera patienten om att överflyttningen är positivt och en förbättring av hälsotillståndet hos patienten (Guldbrandsen & Stubberud, 2009).

Kompetensbeskrivning samt Lagar och författningar

I allt omvårdnadsarbete styrs intensivvårdssjuksköterskor av lagar och författningar. En av dessa är kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor utgiven av socialstyrelsen

(artikelnummer 2005-105-1). I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård (2012) beskrivs vilka specifika områden intensivvårdssjuksköterskan skall behärska. Bland annat yrkeskunnande, kompetens och förhållningssätt i syfte att bedöma, analysera och planera för att genomföra samt utvärdera det avancerade omhändertagandet av patienter. Intensivvårdssjuksköterskor och allmänsjuksköterskor på vårdavdelningar har olika kompetens beroende på hur mycket erfarenhet och utbildning som de har sedan tidigare. En nyutbildad intensivvårdssjuksköterska ställs inför nya situationer dagligen och kan ha svårt att ta egna beslut i motsats till en intensivvårdssjuksköterska med flera års erfarenhet som kan känna sig trygg i fler situationer (Enander & Strandberg, 2010). Patricia Benner (1993) beskriver fem stadier av lärande och dessa stadier är användbara för att beskriva sjuksköterskans yrkesutveckling, från novis till expert. En sjuksköterska som uppnår expertnivån måste ha erfarenhetsnivå och förmågan att se den kliniska helhetsbilden. Det medför en framsynthet för oförberedda händelser (Benner, Tanner & Chesla, 2007). Utifrån sina erfarenheter upplever och hanterar intensivvårdssjuksköterskor situationer i det dagliga arbetet på varierande sätt (Benner, 1993; Enander & Strandberg 2010).

Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] beskriver målen för den vård som skall bedrivas och vilka krav som ställs för att uppnå god vård. I 2§ beskrivs en viktig aspekt, att vården skall utföras med respekt för människors lika värde och värna om personlig integritet. Lagen är en ramlag och anger mål för hälso- och sjukvård (SFS 1982:763).

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) syftar till att göra vården säkrare. Vårdgivaren har ansvar för att förhindra vårdskador hos patient eller personal. Patientsäkerheten påverkas vid samtliga förflyttningar. Det gäller mellan vårdteam och avdelningar, men ännu mer vid förflyttningar i vårdnivåer, då skillnaderna inom vården är påtagliga. En risk som bör uppmärksammas vid överflyttning av patienter är brister i ordination av läkemedel och att felaktiga ordinationer kan förekomma (Athifa et al. 2011). Tidpunkten på dygnet har betydelse vid patientöverflyttning då det under jour- och nattetid inte finns samma möjligheter som dagtid för mindre erfaren personal att få stöd från mer erfarna kollegor på grund av lägre personalbemanning (Cetina & Wyszynska, 2010; Forsberg, Lindgren & Engström, 2011; Häggström et al. 2009; Mollberg, 2008). Patientsäkerheten kan förbättras genom att en intensivvårdssjuksköterska finns tillgänglig dagligen mellan 08.00 och 18.00 på IVA som stöd för avdelningspersonalen, vilket medför att risken för felbehandlingar reduceras (Athifa

et al. 2011). När det finns ett samarbete mellan IVA och vårdavdelningen via en intensivvårdssjuksköterska så förbättras kommunikationen och sjuksköterskorna på vårdavdelningen känner sig säkrare, och kan genomföra korrekta beslut avseende patientens fortsatta omvårdnadsbehov. Detta leder till säkrare vård (Chaboyer, Gillespie, Foster & Kendall 2005a). Däremot visade Williams, Leslie, Brearley, Leen och O'Brien (2010) att "liasion nurse", som innebär att det finns en sambandssjuksköterska mellan IVA och vårdavdelning, inte minskar antalet återinläggningar, men att tiden till återinläggningen förlängs.

I Folkhälsoguiden (2009) från Stockholms läns landsting framkommer att det finns risker för både psykisk och fysisk belastning för personal som arbetar inom vissa vårdyrken. Detta är tydligt i situationer med låg kontroll i ett arbete där det ställs höga krav. Dessutom rapporteras sämre arbetsförhållanden och sämre hälsa för vårdanställda. I rapporten belyses att grundläggande för att leverera ett fullvärdigt arbete av hög kvalitet är att arbetsförhållandena är rimliga och personalen har god hälsa. Vidare i undersökningen som är baserad på arbetsmiljöverket, beskrivs det att anställda inom vården upplever att deras arbete är meningsfullt i jämförelse med andra yrkesgrupper. Däremot belyser arbetsstyrelsen att personalen ofta har en känsla av otillräcklighet. En positiv effekt på personalens välmående har påvisats genom en balans mellan arbetsinsats och ansträngning i förhållande till belöning (Folkhälsoguiden, 2009).

Överflyttning och konsekvenser

Överflyttningar av patienter från IVA till vårdavdelning är en arbetsuppgift som är vanligt förekommande för intensivvårdssjuksköterskan. Det är en accepterad arbetsrutin att planera och genomföra överflyttningar. Effekten av en icke planerad överflyttning kan leda till allvarliga konsekvenser, såsom återinläggning på IVA och i vissa fall även att patienten kan avlida (Häggström et al., 2009). Det är av stor vikt att intensivvårdssjuksköterskan har möjlighet att förbereda patienten innan överflyttningen genomförs (Coyle, 2001; Häggström, Asplund & Kristiansen, 2012a; Watts et al. 2005b).

Kommunikation anses vara en av de viktigaste faktorerna vid planering och överflyttning av patienter från IVA till vårdavdelning. (Watts et al 2005b; Watts, Pierson & Gardner, 2006).

Erfarenheten hos de sjuksköterskor som är inblandade i patientens omvårdnad är en viktig faktor för hur överflyttningen mellan IVA och vårdavdelningen sker.

Intensivvårdssjuksköterskan är mer insatt i den avancerade omvårdnaden av patienten medan sjuksköterskan på vårdavdelningen är mer insatt i patientens allmänna omvårdnadsbehov, vilket kan påverka kommunikationen (Häggström et al. 2009; Watts et al 2005b). Kulturella skillnader mellan IVA och vårdavdelningarna leder till brister i kommunikationen (Häggström et al. 2009). Denna skillnad i kommunikation kan minska förståelsen mellan IVA och vårdavdelningen (Cetina & Wyszynska, 2010; Häggström et al. 2009)

Intensivvårdssjuksköterskor kan uppleva oro i samband med patientöverflyttning till vårdavdelning, det grundar sig på rädslan för bristande kompetens hos sjuksköterskorna på vårdavdelningen, till exempel vid rensugning av luftvägar (Elliot, Crookes, Worrall-Carter & Page, 2011).

Watts, Pierson och Gardner (2005a) visar att överflyttning av patienter från IVA kan skapa osäkerhet för patienten och den involverade personalen. Patientöverflyttningarna kan variera, och ske under olika förutsättningar. Överflyttningen kan vara förberedd och patienten kan vara redo för överflytt, men det kan också vara så att överflyttningen är oplanerad, på grund av exempelvis ett ökat behov av intensivvårdsplatser till andra patienter (Watts et al. 2005a). Det är svårt att planera för överflyttning av patienter på IVA och det beror på osäkerheten när och var patienten ska flyttas (Watts et al. 2005a; Watts et al. 2006).

Vid vissa tillfällen uppstår förseningar i redan planerade överflyttningar från IVA till vårdavdelningen. Anledningarna till dessa förseningar kan bero på att det saknas vårdplatser på avdelningen som skall ta emot patienten eller att patienten som ska överflyttas plötsligt blir försämrad och är i fortsatt behov av intensivvård. Bristen på vårdplatser uppges vara den vanligaste orsaken till förseningar men det kan också vara ett försämrat medicinsk status hos patienten (Häggström et al., 2009).

Tidigare kunskaper visar att vårdpersonal har stor betydelse för välfärden genom att de är ansvariga för patientens livskvalitet och överlevnad. Medicinsk behandling, administration, omvårdnad och sociala kontakter är en del som inkluderas i sjuksköterskans profession. Detta innebär att personalen måste ha relevant kunskap och hög kompetens för att utföra sina arbetsuppgifter med hög kvalitet. Dessutom måste de organisatoriska förutsättningarna finnas (Folkhälsoguiden, 2009).

Intensivvårdens mål är att patienten ska uppnå en bättre funktionsnivå så att patienten kan överflyttas till vårdavdelning (Guldbrandsen & Stubberud, 2009).

Välplanerade patientöverflyttningar kan leda till att överflytten kan genomföras säkert och planerat (Schumacher & Meleis, 1994). Det är viktigt att patient, anhöriga och personal är väl förberedda för att underlätta överflytten från IVA till vårdavdelning (Häggström et al. 2012a).

Syfte

Syftet med studien var att belysa intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av patientöverflyttning från IVA till vårdavdelning.

Metod

Studien har utgått från kvalitativ ansats och datainsamlingen har genomförts genom fokusgruppintervjuer. Datamaterialet har analyserats med innehållsanalys enligt Burnard (1991).

Genom att använda en kvalitativ metod medför detta att förståelsen för personers upplevelser och erfarenheter av ett visst fenomen fördjupas. En kvalitativ metod fokuserar på vilka egenskaper och karaktär något har och är inte ute efter kvantifierbara samband (Hartman, 2004). Kvale & Brinkman, (2009) belyser den kvalitativa forskningsintervju enligt nedan.

”Den kvalitativa forskningsintervjun söker förstå världen från undersökningspersonernas synvinkel, utveckla mening ur deras erfarenheter, avslöja deras levda värld som den var före de vetenskapliga förklaringarna”
(Kvale & Brinkman, 2009, s 17)

Innehållsanalys används som vetenskaplig analys av dokument, både det skrivna och verbala. När semistrukturerade intervjuer med öppna frågor utförs kan innehållsanalys användas för att identifiera teman och problemställningar i materialet, samt sammanställa de intervjuade personernas upplevelser (Burnard, 1991, 1996). Analysarbetet av fakta startar redan i

intervjusammanhanget. Denna analys påverkas av hur frågorna i intervjuguiden är utformade. Genom innehållsanalys kopplas teoretiska sammanhang ihop med det vårdvetenskapliga. (Olsen & Sörensson, 2007).

Fokusgrupper

”Fokusgrupper är en forskningsteknik där data samlas in genom gruppinteraktion runt ett ämne som bestämts av forskaren” (Wibeck, 2010, s 25).

Fokusgrupper används för att studera innehåll, deltagarnas erfarenheter och tankar i en diskussion men även för att studera interaktionen i samtalet. Genom att använda fokusgrupper kan forskaren få veta hur kunskap och idéer utvecklas och hur de används. Det ger också en möjlighet att få variationer av uppfattningarna (Wibeck, 2010).

Att genomföra fokusgrupper innebär att ett antal personer fokuserat diskuterar ett förutbestämt ämne under en begränsad tid (Wibeck, 2010). En ledare, moderator, leder diskussionen, tillför vid behov nya infallsvinklar och initierar att det blir interaktion i gruppen samt möjliggör att interaktionen kvarstår (Halkier, 2010).

Fokusgruppintervjuer kan användas för att studera uppfattningar om ämnen som är specifika och specialiserade för gruppen som undersöks. Fördelen med fokusgrupper är att medlemmarna i gruppen kan ställa frågor och tillsammans med övriga gruppmedlemmar utveckla tankegången och kunskaper om ämnet. Fokusgrupper lämpar sig för studier inom hälsoforskning eftersom medlemmarna i gruppen själva skapar en öppenhet i diskussionen om sådant som annars kan upplevas svårt att samtala om (Wibeck, 2010).

Urval av undersökningsgrupp

Inklusionskriterierna för deltagarna var minst ett års erfarenhet av att ha arbetat som intensivvårdssjuksköterskor på IVA samt att ha erfarenhet av patientöverflyttning från IVA till vårdavdelning. Exklusionskriterier var deltagare i arbetsledande position, eftersom dessa

skulle kunna påverka de övriga deltagarnas känsla av att kunna tala öppet i gruppen (Halkier, 2010). Författarna eftersträvade ett strategiskt urval, utifrån kön, ålder och arbetslivserfarenhet, för att tillgodose att gruppmedlemmarna kunde tillföra olika erfarenheter till gruppen. Vårdenhetschefen på en IVA i Skåne kontaktades. Författarna och vårdenhetschefen valde tidpunkter då fokusgruppsintervjuerna kunde genomföras. Vid tillfällena för fokusgruppsintervjuerna valde vårdenhetschefen ut intensivvårdssjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna för studien. På avdelningen arbetar 55 intensivvårdssjuksköterskor varav 4 stycken är män.

Urvalet omfattade 12 sjuksköterskor vilka grupperades i tre fokusgrupper med fyra deltagare i varje grupp. Genom att använda sig av ett mindre antal deltagare, fyra till sex personer/grupp, upplever deltagarna en öppenhet att samtala om upplevelser och samtidigt ökar förståelsen för upplevelsen. (Krueger & Casey, 2009).

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Författarna valde att använda en intervjumetod som troligtvis är den mest använda metoden för att ta del av kunskapskällan (Hartman, 2004). Då författarna i detta fall inte hade någon direkt egen erfarenhet i att arbeta som intensivvårdssjuksköterskor upplevdes det som att fokusgrupper bättre skulle svara mot syftet i studien i jämförelse med enskilda intervjuer. I fokusgruppsintervjuerna användes intervjuguiden (bilaga 1) för att få en diskussion mellan gruppdeltagarna. Intervjuguiden utformades genom att diskussionsfrågor formulerades i förhållande till syftet för studien. För en ökad förståelse för området som studien berör formulerades ett mindre antal diskussionsfrågor med syfte att få en ökad interaktion och diskussion mellan deltagarna (Halkier, 2010). Fokusgrupperna genomfördes med samma moderator vid alla fokusgrupps intervjuer samt samma observatörer för att observera informanternas kroppsspråk under pågående intervju.

Genomförande av datainsamling

Datainsamlingen genomfördes på en IVA i Skåne, Eftersom intensivvårdssjuksköterskorna inte kunde lämna avdelningen för fokusgruppsintervjun användes konferenslokalen på

avdelningen. Deltagarna fick möjlighet att delta i gruppen under arbetstid 13.00–15.00 eftersom avdelningen då var bemannad med dag- och kvällspersonal. Inför fokusgrupperna hade alla informanterna undertecknat samtyckesblanketten som medföljde informationsbrevet (bilaga 3). Informanterna hade dessutom svarat på ett kort frågeformulär som delades ut när de accepterat att ingå i en fokusgrupp. Dessa formulär användes för att skapa en demografisk bild av de som ingick i fokusgrupperna (tabell 2-4). Som nämnts ovan agerade samma författare moderator vid alla tre tillfällena och de andra två var observatörer. Detta för att få lika betoning på frågorna vid alla tre tillfällena. Observatörerna gjorde anteckningar om hur gruppdynamiken fungerade. Gruppsamtalen varade i 25, 40 och 41 minuter och samtalen spelades in för att senare transkriberades till text. Författarna transkriberade alla fokusgruppintervjuerna var för sig varefter dessa jämfördes i syfte att identifiera avvikelser. Därefter valdes en transkribering från varje fokusgruppsintervju ut, en från vardera författare till denna studie

Tabell 2 Sammanställning

	Ålder	Medelålder	Erfarenhet IVA	Medelerfarenhet IVA	Kön	Antal personer
Fokusgrupp 1-3	31-57 år	47,5 år	4½-34 år	14,1 år	11 kvinnor 1 man	12

Tabell 3 Åldersfördelning

Ålder	25-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60
Antal personer	0	1	2	0	5	3	1

Tabell 4 Arbetslivserfarenhet på IVA

Arbetslivserfarenhet antal år på IVA	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35
Antal personer	1	2	4	2	2	0	1

Genomförande av databearbetning

Kvalitativ innehållsanalys används inom omvårdnadsforskning för att undersöka och tolka intervjutexter. Materialet analyserades enligt Burnards innehållsanalys (1991) som omfattar 14 steg varav författarna valt att använda 13 av dessa 14 steg. Under kategoriseringen förde författarna även att en dialog med sin handledare. Nedan är de 14 stegen listade enligt författarnas översättning av den engelska texten. Steg 11 användes inte och är därför satt inom parantes. Dessutom är det beskrivet hur författarna gick tillväga i de olika stegen.

1. Materialet lyssnades igenom och transkriberades enskilt av alla tre författarna. De ämnesord som var vanligt förekommande under intervjuerna antecknades.
2. Utskrifterna från transkriberingen av intervjuerna lästes igenom och anteckningar genomfördes gällande allmänna teman. Författarnas mål var att fördjupa sig i utskrifterna genom detta steg.
3. Öppen kodning. Författarna läste igenom materialet ytterligare en gång, med målet att notera så många koder som möjlig i syfte att beskriva samtliga aspekter av innehållet.
4. Koderna granskades och sammanställdes i underrubriker. Målet var att reducera antalet koder genom att komprimera likartade koder till en övergripande koder.
5. Författarna granskade och arbetade igenom koderna till underkategorierna. De kategorier som var samstämmiga eller återkom kopplades samman. Detta resulterade i en slutgiltig kategorilista.
6. Alla författarna genomförde egna kategoriseringar och författarna diskuterade och jämförde kategorierna med varandra. Därefter gjordes nödvändiga justeringar. Målet var att öka validiteten i kategoriseringen och att uppmärksamma författarbias för att reducera risk för felaktig tolkning av resultat.
7. Författarna granskade åter det transkriberade materialet och undersökte samtidigt om de identifierade kategorierna var samstämmiga med materialet i intervjuerna. Vid behov utfördes justeringar.
8. Hela materialet genomarbetades igen och kodades efter kategorier och underkategorier.
9. Transkriberingarna kodades med hjälp av datorn för att klippa ut och klistra in text så att delar till varje kod samlades ihop.
10. Koderna sammanfördes och placerades under passande rubriker (tabell 5, bilaga 2).

11. (För att utföra validitetstest ska en av informanterna från fokusgruppen granska kategorierna och dess tillämpbarhet)
12. För att kunna referera under pågående rapportskrivning lagrades allt material samlat. Kopior av de fullständiga utskrifterna av varje intervju sparades.
13. Rapportskrivning. Författarna bearbetade varje del för sig, utsåg olika exempel på citat ur materialet och skrev en gemensam kommentar som band samman citaten. Författarna höll sig ”öppna” för intervjumaterialet och utskrifterna under hela skrivprocessen och det medförde bättre möjligheter att vara nära den grundläggande betydelsen och innehållet.
14. Resultat presenterades tillsammans med en separat del som band samman studiens resultat med litteratur inom ämnet, i vilken jämförelser och åtskillnader gjordes.

Etisk avvägning

Forskningsetisk hänsyn beaktades för att uppnå ett rättvist resultat utifrån Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], (2011) - Handbok om utvärdering om metoder i hälso- och sjukvård inom etiska och sociala aspekter. I enlighet med lagen om etikprövning som avser människor (SFS 2003:460) informerades informanterna om studiens syfte och metod innan skriftligt samtycke inhämtades. Informanternas rättighet till att uppnå autonomiprincipen (Helsingforsdeklarationen, 2008) behandlades utifrån att informanterna undertecknade en samtyckesblankett innan deltagandet i studien. Deltagandet i studien var frivilligt och deltagarna kunde när som helst under studiens gång välja att avbryta sin medverkan i studien.

Enligt Helsingforsdeklarationen (2008) innebär godhetsprincipen att studiens mål samt resultatet av studien ska medföra något positivt för informanterna och deras kollegor. Under genomförandet av studien, och relaterat till det framkomna resultatet, var målet att ingen ska bli skadad. Målet med resultatet är istället belysa eventuella brister och möjligheter för att ge förslag till potentiella förbättringar relaterat till patientöverflyttningar från IVA till vårdavdelningar.

För att tillgodose rättvisepincipen enligt Helsingforsdeklarationen (2008) tillfredsställs för studiens utvalda målgrupp involverades berörd avdelningschef. Avdelningschefen erhöll både muntlig och skriftlig information relaterat till studien och ombads att via mail informera den

utifrån studiens kriterier berörda målgruppen. Det var avdelningschefen och/eller annan personal i ledande befattning som utsåg de informanter, vilka enligt ovan tidigare har gett sitt samtycke till medverkan, som under arbetspasset hade möjlighet att delta i studien.

Det arbetsmaterial som erhöles efter varje genomförd fokusgrupp behandlades med sekretess. När transkriberingsmaterialet inte använts av författarna och dess handledare i syfte att sammanställa resultatet, förvarades materialet så att ingen obehörig person kunde ta del av det. All information som var relaterad till de medverkande informanterna har hanteras konfidentiellt. Efter avslutad och examinerad studie kommer all data och information att förstöras enligt gällande bestämmelser vid Lunds universitet. Dessutom har framkomna uppgifter neutraliserats i syfte att inga personer ska kunna gå att identifiera. Författarna till detta arbete har valt att inte namnge det sjukhus som studien utförts vid för att ytterligare stärka sekretessen kring informanterna. Ansökan skickades till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomfördes (VEN 2012-06-05 101-12).

Resultat

Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i tre huvudkategorier och sex underkategorier (Tabell 6).

Tabell 6

Kategori	Upplevelse av oro och stress på grund av otillfredsställdhet med akuta och oplanerade överflyttningar	Upplevelse av samarbete och acceptans inom och mellan vårdnivåerna	Upplevelse av rutiner och dokumentationsskillnader inom och mellan vårdnivåerna
Underkategori	Brist på vårdplatser och otillfredsställd organisationsplanering	Kommunikation	Rutiner
Underkategori	Upplevelse av oro och stress.	Samarbete över gränserna	Patientjournalen

Upplevelse av oro och stress på grund av otillfredsställdhet med akuta och oplanerade överflyttningar

Informanterna beskrev att de upplevde svårigheter att följa en entydig mall vid patientöverflyttning från IVA till vårdavdelning. Detta ledde till upplevelse av otillfredsställdhet i form av stress och oro hos informanterna.

”Antingen är det väldigt strukturerat och ordning och reda eller så är det ett stressmoment.”

Brist på vårdplatser och otillfredsställd organisationsplanering

En patientöverflyttning från IVA till vårdavdelning kunde vara planerad i dagar men kunde också genomföras akut.

”första spontana känslan är ju att det kan va på många tusen olika sätt”

Samtliga informanter upplevde att det var vanligt förekommande med akuta överflyttningar från IVA till annan vårdnivå. Informanterna upplevde att anledningen kunde vara att det var svårt att planera för IVA patienter eftersom de ofta är instabila och hälsotillståndet snabbt kunde förändras.

”. ofta är dom ju lite dåliga så det kan ju hända så fort här att dom liksom blir sämre... minsta lilla att dom vänder på sitt hälsotillstånd då går det ju inte då backar man och så låter man de va ett dygn till eller så...”

Informanterna beskrev också att de upplevde bristen på vårdplatser och organisationsplanering som orsak till akuta överflyttningar.

” ... Platssituationen är mycket viktig. Har vi inga platser så åker den bästa ut oavsett, kan dom andas själv och har puls. Och skapligt blodtryck och ingen inotropi .fast dom kan flytta till HIA... vaken, till neurologen flyttar vi ju dom hur som helst... och intoxerna är ju knappt vakna ibland...”

Det framkom i studien att i en akut situation var det ibland svårt att finna en tydlig struktur att utgå ifrån. Informanterna menade att deras mål vid patientöverflyttning från IVA till en annan vårdnivå är att den skall genomföras vid ett lugnt tillfälle. En väl förberedd överflyttning är tidskrävande. Informanterna upplevde att en optimal patientöverflyttning innebär att det finns tid att förbereda patienten omvårdnadsmässigt samt tid att avveckla den avancerade övervakningen.

”Man ska hinna med så mycket som möjligt på så kort tid som möjligt. Så står alla och trampar. Är ni inte klara snart. Risken är att man missar någon viktig information när det går så snabbt”

Upplevelse av oro och stress

Informanterna upplevde stress vid akuta patientöverflyttningar. En situation som informanterna beskrev att de upplevde stress i var när en patient var i behov av en intensivvårdsplats som redan var belagd av en annan patient som inte var färdigbehandlad för att överflyttas till vårdavdelning.

”många inblandade... det är många trådar man skall dra i, det är mycket man skall komma ihåg för att det skall bli bra”

Informanterna beskrev att vanligtvis ansvarar de för två intensivvårdspatienter på ett vådrum. Ibland uppstod situationer där de blev ansvariga för mottagandet av den nya patienten som skulle in på vådrummet, samtidigt som de var ansvariga för patienten som skulle överflyttas och för ytterligare en patient som var kvar inne på vådrummet. Denna situation medförde en komplex arbetssituation för intensivvårdsjuksköterskorna som medförde stress och konsekvensen kunde bli att de upplevde att arbetet genomfördes i ett snabbt tempo.

”Akuta överflyttningar är väl mest att man hade haft lite mer tid hade ju varit bra. Det är oftast tiden där som ... tycker är stressande.”

I studien framkom att akuta överflyttningar vid ett flertal tillfällen utfördes under natten. Informanterna upplevde då en oro och stress när överflyttningarna utfördes eftersom IVA och vårdavdelningar var som mest utsatta när personaltätheten var reducerad.

”Det är ju synd om alla i det här läget, varför kunde man inte gjort detta innan”

”Det är liksom bäddat för att något ska gå förlorat”

Informanterna upplevde även stress över att de på grund av tidsbrist hade svårighet att utföra de arbetsuppgifter som åligger en intensivvårdssjuksköterska att utföra vid en överflyttning.

”skriva en överflyttningsanteckning på fem minuter och flytta. Det liksom det finns inte. det är inte rimligt, det blir fel. Det blir ingen kvalitet på det hela. precis”

Studiens resultat visade på att informanterna upplevde otillfredsställelse i form av oro när patienter flyttades på grund av att det fanns behov av vårdplatsen till annan patient trots att patienten inte var avdelningsklar.

”Och det är inte så tillfredställande att känna att man flyttar någon som man nästan vet kommer tillbaka inom ett dygn”

Informanterna beskrev att de upplevde oro när beslut fattades om när en intensivvårdspatient skulle klassificeras som utskrivningsklar. Informanterna upplevde oro över de olika riskfaktorerna som kunde förekomma vid patientöverflyttning från IVA till vårdavdelningen då patienten oftast inte var helt förberedd för vårdavdelningen. Under oorganiserade förhållanden förekom det oftast att beslut fattades snabbt och det initialt resulterade i att patienten överflyttades snabbt från IVA till vårdavdelning. Informanterna upplevde då oro över att lämna en patient på vårdavdelningen på grund av att vårdnivån på vårdavdelningen inte kunde uppfylla patientens behov av tillsyn och övervakning.

”lämnat en kramppatient, så ska han ligga längst ner från expeditionen och så går vi. Ja nu är vi här... nån får ju titta till honom jaja vi är här liksom... vi

kommer snart och så får dom en klocka i handen och ringa på... Det känns inte bra”

Informanterna upplevde att oron över patientens överflyttning till vårdavdelning grundades på att det fanns en risk att patienten kunde återinläggas inom ett dygn. Den utlösande faktorn till återinläggning förklarade informanterna oftast berodde på att flertalet av patienterna fortfarande var mycket instabila i sitt hälsotillstånd. Informanternas upplevde detta som att de i ett flertal fall flyttats för tidigt från IVA, trots att de var i fortsatt behov av intensivvård.

”då ska man försöka inge nått sorts förtroende att det kommer gå jättebra, dom är så duktiga på avdelningen... ibland för det mesta går det bra, men ibland går det inte så bra, och det känns nästan som om man har lurat dem på nått vis. De har man ju också varit med om...”

Informanterna hade en samsyn angående behovet av intermediärvård. Informanterna belyste att med en intermediärvårdsavdelning kan inte helt avdelningsklara patienter, men som inte är i behov av intensivvård, fortsätta övervakas och observeras tills bättre funktionsnivå uppnås. Informanterna upplevde att oron över patienten skulle minska med en intermediärvårdsavdelning. Enligt informanterna kunde en intermediärvårdsavdelning ge personalen möjlighet att genomföra en kontrollerad överflyttning och för patienten skulle det bli lättare att hantera omställningen från IVA till vårdavdelningen.

”Det skulle behövas en intermediärvårdsavdelning där dom kunde mellanlanda lite och hinna ligga till sig lite innan dom kom iväg”

Upplevelse av samarbete och acceptans inom och mellan olika vårdnivåer

Informanterna upplevde att det är kvaliteten på kommunikationen som är styrande för samarbetet inom och mellan olika vårdnivåer vid patientöverflyttningar.

Kommunikation

Informanterna upplevde vikten av att kommunikationen mellan alla vårdinsatser och vårdnivåer fungerade genom hela vårdkedjan för att undvika brister i kommunikationen. I akuta överflyttningar var det stor risk för brister i informationen angående patientens omvårdnad.

”Det är väldigt mycket omvårdnad som tappas i akuta överflyttningar”

Informanterna beskrev att det dagligen förekom stora brister vad det gällde kommunikationen. Detta tydliggjordes i vårdarbetet som förekommer runt patienten, framförallt när både vårdavdelningar och IVA hade hög arbetsbelastning. Informanterna betonade att vid brister i kommunikationen ökade risknivån i vårdsituationen och det kunde påverka patientsäkerheten. Informanterna beskrev hur de upplevde att vanligtvis beslutades överflyttning av patient till vårdavdelning vid rondan under förmiddagen tillsammans med intensivvårdsläkare. Informanterna upplevde att från beslutet om överflyttning var det omfattande information som skulle förmedlas till hela vårdkedjan innan överflyttningen kunde utföras. Informanterna upplevde att det fanns brister i kommunikationen mellan olika yrkeskategorier men även mellan samma yrkeskategori. Detta kunde medföra förseningar i patientöverflyttningen då alla inte fått informationen. Informanterna upplevde att kommunikationsbrister ofta förekom när både avdelningar och IVA hade hög belastning och båda parterna var stressade.

”Det är jättesynd om avdelningarna för dom har oftast jättemycket dom också men. Vi har ju också det... ibland är det svårt... med kommunikationen emellan båda två är stressade...”

Informanterna belyste att det kändes bra när det fanns möjlighet att kontakta mottagande vårdavdelningen för att ge information om att en intensivvårdspatient var planerad att komma till vårdavdelningen. Detta medförde att de upplevde att de hade kontroll på att informationen om patientöverflyttningen nått fram och att det fanns en vårdplatsplats till patienten.

”Alltså vi klankar ofta ner på. alltså många olika saker men tyvärr är det så här att kommunikationen mellan läkare och sjuksköterska oavsett var det är någonstans brister väldigt ofta det gör det tyvärr”

Informanterna beskrev att det var av stor vikt att inte bli störd i sin rapport av patienten till vårdavdelningen, och att det fanns struktur och ordning i rapporten. Informanterna upplevde att kontinuitet i vården underlättade överrapporteringen av patienten.

”Det är inte ovanligt att man flyttar patienter som har legat här i 2 veckor och så kommer man sitt första pass och tar hand om patienten och får flytta den, det känns inte alltid helt optimalt.”

Samarbete över gränserna

Informanterna beskrev hur de upplevde bristen av samsyn och förståelse för olika yrkesroller inom samma klinik. Detta kunde omfatta bristande respekt för olika professioner och vad yrkesprofessionen hade för uppgifter att utföra runt patientöverflyttningen, samt även vid mottagandet av ny patient. Informanterna beskrev att det kunde förekomma att patienten flyttades från beläggningslistan när beslut tagits om överflyttning. Detta medförde att det såg ut som att det fanns en ledig vårdplats trots att patienten fortfarande vårdades på IVA. Detta upplevdes av informanterna som bristande samsyn vad det gällde överflyttning och hur det praktiskt genomfördes.

”Ja men vadå säger våran läkare vad ska ni då göra? Ja, men vi måste byta säng skriva, rapporteras och städas... det är väl bara att köra ut... ja och in med nästa”

Informanterna påtalade att ett välfungerande teamarbete var en förutsättning för de flesta organisationer men att detta inte alltid fungerade vid överflyttning av patienter. Informanterna upplevde variationer vad gällde samarbetet mellan olika vårdavdelningar, vilket även omfattade den egna organisationen. Informanterna belyste att ett tydligt positivt och professionellt bemötande bidrog till att underlätta arbetet och resulterade i möjligheter till ökat fokus inom sitt yrkesansvar.

Informanterna beskrev att innan en patientöverflyttning genomfördes från IVA till vårdavdelning var det önskvärt att personal från mottagande avdelning kom och besökte

patienten på IVA. Informanterna upplevde att avdelningspersonal får information och en överblick om patientens tillstånd och behov innan överflyttning. Informanterna menade på att det kunde leda till ett ökat samarbete mellan avdelningarna och IVA. Informanterna var medvetna om att vårdavdelningarna ofta fick ta emot instabila och ”svåra” patienter från IVA och att det fanns en förståelse för att avdelningarna också har stor arbetsbelastning.

”Åh ändå ställer vi höga krav eller tycker att de ska... ska dom inte kunna vårda de, det är väl inte så himla svårt.”

Flertalet informanter upplevde att den lämpligaste tiden för vårdavdelning att ta emot en patient från IVA var när vårdavdelning hade hög personalstyrka.

”Tyvärr är det så här att den bästa tiden och skicka patienter till avdelning det är då vi absolut inte skickar patienterna för när de har mest folk och mest kontroll på sin avdelning då sitter vi fortfarande och rondar”

Det framkom i resultatet att vid ett flertal akuta överflyttningar flyttades patienterna initialt till ett annat vådrum på IVA, som oftast används för postoperativ vård. Funktionen för personalen på detta vådrum blev att tillfälligt övervaka patienten eftersom ordinarie intensivvårdssjuksköterska tog emot en annan akut dålig intensivvårdspatient som hade behov av plats på IVA. Informanterna upplevde även att det förekom att en akut instabil patient får börja sin intensivvård på vådrummet för postoperativ vård.

”sist hade vi nån som inte hann åka så snabbt och då satt anestesi med intox, intuberad på X-modulen och passade tills vi var färdiga... mmm. så går det till ... och som tur var så hade dom inte så mycket att göra den natten, fick sitta där och passa tills vi var klara på rummet”

Informanterna beskrev vikten av att tjänstgörande läkare på IVA känner sig trygg i olika patientsituationer som kan tänkas uppstå för att reducera risken för onödiga patientöverflyttningar under natten. Om det fanns en otrygghet skapades en negativ känsla för den berörda personalen.

”då flyttade vi en riktig intensivvårdspatient till... mitt i natten bara för att dom

inte ville ha en intox... jouren var inte bekväm med intox”

Informanternas upplevde att samarbetet vanligtvis fungerade bra med avdelningarna, dock upplevde informanterna att vissa avdelningar var svårare att samarbeta med.

”Samarbetet mellan avdelningarna kan ju variera väldigt... vissa avdelningar går ju jättebra och inga problem”

Upplevelse av rutiner och dokumentationsskillnader inom och mellan vårdnivåerna

Informanterna upplevde att skillnaden i hur olika avdelningar genomförde sitt dagliga arbete påverkar patientöverflyttningarna. Detta omfattade både rutiner och dokumentationen i patientjournalen.

Rutiner

Informanterna beskrev att de upplevde att det förekomma att det fanns olika rutiner på vårdavdelningarna i förhållande till IVA gällande patientöverflyttningar. Tiderna för rond är olika för IVA och vårdavdelning men även att vårdavdelningar ofta tog emot intensivvårdspatienter på eftermiddagen. Det framkom från informanterna att de upplevde att det troligtvis hade varit bäst för mottagande avdelning om patienterna överflyttades till avdelningen under förmiddagen.

”Det är det jag menar därför är det bästa hade varit när vi skickat patienterna på förmiddagen för då hade man haft en chans och få en bild av patienten under dan innan det blir jourtid annars har man två timmar på sig innan det blir jourtid ”

Informanterna upplevde att med en förbättrad struktur i organisationen och i arbetet kring den aktuella situationen kunde medföra bättre planerade överflyttningar av patienterna.

”Det är jättesvårt. alltså mer tid, men den finns ju inte. Det är så fall om man på

något vis kunde. att någon annan tog hand om det, så man inte både ska skicka och ta emot, ofta är det ju så att man både skickar och tar emot”

Informanterna beskrev att de hade behov av att ”bli bättre” på att förbereda patienten för vårdavdelning genom att minska övervakningen men även minska närvaron av personalen på vårdrummet. Detta kunde genomföras genom att patienten vistades utan intensivvårdspersonal på vårdrummet med möjligheten att själv påkalla personalens uppmärksamhet. Då kunde patienterna förhoppningsvis tränas till en minskad beroendesituation enligt informanterna.

”smidiga övergången vi har försökt att trappa ner på intensivvården men det är ju så att mottagaren ska kunna ha lite högre övervakning och kontroll det första dygnet då de kommer från IVA och då tror jag att vi ibland är lite dåliga på att trappa ner tillräckligt på intensivvård när vi har mycket att göra”

Patientjournalen

Flertalet av informanterna i studien beskrev att patientjournalen skall fungera som ett arbetsverktyg för att säkerställa patientsäkerheten. Trots detta framkom det att IVA har ett journalsystem och vårdavdelningarna har ett annat journalsystem. Informanterna upplevde att två olika journalsystem för en och samma patient kunde medföra problem vid patientöverflyttningarna. Informanterna uppgav att de hade förståelse för att vårdavdelningssjuksköterskan kontakter IVA efter att de har läst igenom patientjournalen. Detta eftersom det var mycket information för mottagande sjuksköterska och det kunde finnas behov av förtydligande. För att underlätta för mottagande sjuksköterska framkom det att ett flertal informanter markerade med färg i övervakningslistorna eller sammanfattade de viktigaste uppgifterna vid övertagande av en patient från IVA.

”upplever att alla tycker att våra anteckningar är jobbiga eller övervakningspapper som vi trycker ut, det är nästan helt omöjligt att läsa ut det, man ser ju väldigt svårt vilken dag det är. ja till och med vi kan ju inte läsa dom”

Informanterna beskrev att flera av de mottagande vårdavdelningar hade tillgång till

journalssystemet som används på IVA. Informanterna påtalade att det är önskvärt att ha ett enhetligt journalssystem för alla patienter för att underlätta informationsutbytet mellan vårdnivåerna. Informanterna upplevde att fördelarna framförallt var en reducering av missförstånd och risker relaterade till förluster av viktig information.

”Det som har blivit bra tycker jag är väl att de flesta avdelningar har kunnat börja läsa. dom kan gå in och läsa om patienten i våra anteckningar innan”

Diskussion

Diskussion av vald metod

Genom att en kvalitativ metod användes kunde personers upplevelser och erfarenheter stå i fokus. Att undersöka upplevelser och känslor med en kvantitativ metod hade inte uppfyllt studiens syfte, då personen som inte tillfrågas själv kan beskriva sina känslor och upplevelser (Hartman, 2004). Därför utfördes datainsamlingen med hjälp av fokusgruppsintervjuer vid tre olika tillfällen på en IVA i Skåne, där gruppdeltagarna gavs möjlighet att själva uttrycka sina upplevelser.

Informanterna i grupperna uppmanades att prata fritt och diskutera med varandra utifrån de olika huvudfrågorna. Författarna försökte att inte kommentera eller inflika med egna upplevelser av att ta emot patienter på vårdavdelning från IVA. Författarna ansåg att de tre huvudfrågorna fungerade väl och fann det naturligt att inte kommentera under fokusgrupperna.

Vid användande av kvalitativa metoder kan en pilotstudie utföras för att validera huvudfrågorna. Författarna valde att inte utföra någon separat pilotstudie. Studiens syfte var att belysa intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av patientöverflyttning från IVA till vårdavdelning och första huvudfrågan var utformad så att möjlighet till diskussion fanns kring ämnet. Om det hade visat sig att huvudfrågorna inte hade svarat mot studiens syfte hade författarna dock valt att omformulera huvudfrågorna efter första fokusgruppen och då definierat den första fokusgruppen som pilotstudie.

Vid behov förde moderatorn diskussionerna vidare. Medan observatörernas roll var att observera gruppdeltagarnas interaktioner med varandra. I samtliga grupper upplevdes deltagarna vara trygga i situationen och gruppdynamiken fungerade väl där alla deltagare fick komma till tals. Därför gjordes ingen vidare analys av dessa observationer

Urvalet av informanter genomfördes utifrån inklusionskriterierna bland de vid tidpunkten för gruppintervjun närvarande intensivvårdssjuksköterskorna. Det gjordes med stöd av vårdenhetschefen vilket medförde ett konsekutivt urval istället för strategiskt urval, som initialt var planerat. Det är viktigt att belysa att författarna inte hade någon påverkan över vilka personer som till slut ingick i fokusgrupperna. Driftansvarig valde ut informanterna av de som var i tjänst vid de valda intervjutillfällena, med hänsyn till vem som hade möjlighet att gå ifrån sina patienter. Författarna anser att detta tillvägagångssätt vid val av informanter medför att endast de som var i tjänst och tillgängliga hade möjlighet att delta. De som inte var i tjänst hade då ingen möjlighet att närvara vilket inte är helt samstämmigt med rättvisepincipen (Helsingforsdeklarationen, 2008).

Grupperna som deltog fann författarna till studien vara homogen, då samtliga hade samma utgångsläge och förkunskaper. Antalet kvinnor/män var representativt för avdelningens totala antal kvinnor/män. En stor del av informanterna hade lång arbetslivserfarenheten från IVA. I synnerhet deras långa erfarenhet påverkar deras upplevelser av överflyttningar beroende på att de har stor erfarenhet och olika upplevelser av överflyttningar. Författarna anser att en större spridning i erfarenhet från IVA eventuellt kunde påverkat utfallet i resultatet, vilket är något som tydligare kunde hanteras genom skarpare inklusionskriterier.

Metodvalet av att använda sig av fokusgrupper anser författarna vara en fördel eftersom författarna till studien inte hade någon erfarenhet av intensivvård och nu istället kunde ta del av intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser av patientöverflyttning. Vid enskilda intervjuer hade det varit svårare för informanterna att delge sina erfarenheter och upplevelser. Då hade kanske inte resultatet från fokusgrupperna blivit det samma då det slutliga resultatet är en produkt av diskussionerna i grupperna. Nackdelen med att använda sig av fokusgrupper är att det finns en risk att deltagare säger något under intervjun som personen inte avsåg förmedla. Då finns en risk att de andra deltagarna inte följer tystnadsplikten gentemot de övriga gruppdeltagarna (Trost, 2005). I inledningen av varje fokusgrupp blev deltagarna upplysta om att tystnadsplikt gällde avseende det som sades under intervjun.

I alla fokusgrupperna var deltagarantalet fyra och författarna upplevde att detta möjliggjorde att deltagarna kunde diskutera på en djupare nivå gällande erfarenhet och sina upplevelser. Om deltagarna i varje fokusgrupp hade varit fler kunde detta troligtvis resulterat i en ytligare diskussion kring ämnet (Wibeck, 2010; Kreuger, 2009). Författarna anser även att det hade kunnat medföra ett mer omfattande datamaterial med en ökad svårighet att transkribera och hantera materialet. Under studiens genomförande framkom det att fler intensivvårdssjuksköterskor hade velat delta i studien. Ett större antal informanter, och personal med annan erfarenhet än de utvalda informanterna, hade med största sannolikhet kompletterat resultatet och eventuellt medfört ny information. Resultaten från de olika fokusgrupperna hade en stor samstämmighet, vilket stärker validiteten av det framkomna resultatet.

Genom induktiv ansats analyseras och tolkas texter om människors upplevelser neutralt. I kombination med att använda kvalitativ innehållsanalys kunde det insamlade materialet med fördel belysa de likheter och variationer som framkom (Granskär & Höglund-Nielsen, B, 2008). Det insamlade datamaterialet har analyserats med Burnards (1991) innehållsanalys och på ett strukturerat sätt har kategorier identifierats och resultatet sammanställts. För att öka tillförlitligheten i det insamlade materialet, transkriberade författarna materialet var för sig och därefter analyserades materialet först individuellt av alla tre författarna och sedan även gemensamt för att innehållet i texten skulle överensstämma så mycket som möjligt med resultatet (Burnard, 1991). För att öka validiteten av studien genomfördes kategoriseringen både enskilt av författarna och tillsammans, men även med hjälp av handledare. Genom att säkerställa att kategoriseringen motsvarar informanternas upplevelser ökar validiteten (Burnard, 1991). Initialt var författarnas tanke att följa Burnards (1996) metod för kvalitativ analys i fyra steg men under arbetets gång framkom att av Burnards (1991) metod i 14 steg gav en djupare analys och ett bättre resultat.

Diskussion av framtaget resultat

Studiens resultat visar på att det finns ett behov av intermediärvård och att etablering av en kontakt mellan IVA och vårdavdelningen kan förbättra samarbetet mellan vårdnivåerna. Williams et al. (2010) och Chaboyer et al. (2005a) beskriver i sina artiklar att både intermediärvård samt introduktion av en så kallad "liasion nurse", sambandssjuksköterska, kan medföra att överflyttningarna upplevs mer positiva för patienter och anhöriga. Författarna till denna studie anser att intermediärvårdsavdelningar kan vara positivt för patienter som har behov av ytterligare stabilisering av hälsotillståndet och behov av övervakning. Tyvärr finns idag inte övervakningsmöjligheter tillgängliga på alla vårdavdelningar. Av fokusgrupperna framkom inte någonting relaterat till "liasion nurses" eller en motsvarande funktion. Författarna menar att etablering av en liknande funktion är en positiv möjlighet som bör utredas vidare i syfte att åstadkomma en förbättring i samarbetet mellan IVA och vårdavdelningar. Ett förslag kan vara att en arbetsgrupp med representanter från IVA och vårdavdelningar tillsätts. Syftet med en arbetsgrupp skulle kunna vara att utreda möjligheter samt för- och nackdelar med intermediärvård och en roll motsvarande "liasion nurse".

Vid intervjuerna framkom det att informanterna ofta upplever överflyttningar som akuta och oplanerade. Att genomföra dessa överflyttningar är omfattande och arbetskrävande och det sker vanligtvis i ett snabbt tempo. Precis som Coyle (2001), Häggström et al. (2012a) och Watts et al. (2005b), ansåg informanterna att det är viktigt att det finns tid att förbereda överflyttningarna. Stressen som informanterna upplever vid akuta överflyttningar beror vanligtvis på att ingen tid för planering funnits eller att överflyttningen blir akut för en annan patient som har ett större behov av en plats på IVA. Ett exempel som informanterna tog upp är att de redan har tankarna på den nya patienten de ska ta emot, redan innan patienten som ska överflyttas har flyttat vilket resulterar i stress över att inte missa "något viktigt". Det uppstår brister i informationen till den mottagande vårdavdelningen om det inte finns tillräckligt med tid. Risken med att missa viktig information anser författarna vara något som är ett starkt argument för att fokusera på att möjliggöra en högre andel planerade överflyttningar. Som nämnts ovan bör en arbetsgrupp tillsättas med målet att utreda vilka möjligheter det finns för att öka andelen planerade överflyttningar.

Resultatet visar också att informanterna upplevde oro, stress, bristande kommunikation och problem med teamwork vid vissa överflyttningar. Informanterna hade olika förslag och idéer

om hur dessa upplevelser skulle kunna förbättras till positiva upplevelser. Deras gemensamma syn var att det är viktigt att skapa ett gott samarbetsklimat mellan de olika vårdnivåerna. Enligt Charboyer et al. (2012) medför ett ökat samarbete en ökad förståelse för varandras arbete vilket författarna till denna studie anser är viktigt att beakta då vi alla strävar mot samma mål, nämligen att patienten skall förbättras i sitt hälsotillstånd och i slutändan kunna lämna sjukhuset. Författarna menar att grunden till ett bra arbetsklimat är en bra förståelse för hur arbetet bedrivs inom olika avdelningar. Ett förslag kan vara, vilket även tas upp nedan, att möjliggöra för sjuksköterskan från mottagande avdelning att vara med patienten på IVA innan överflyttning. På motsvarande sätt, möjliggöra för intensivvårdssjuksköterskan att följa upp mottagandet på vårdavdelningen.

Informanterna var överens om att kommunikationen är ett viktigt verktyg för att genomföra en tillfredsställande patientöverflyttning, vilket även Watts et al. (2005b) och Watts et al. (2006) belyser. Informanterna upplevde att det ofta finns brister i kommunikationen och en förklaring var att det inte finns någon respekt för varandras yrkesroller och mellan avdelningarna. Enligt Häggström et al. (2009) finns det kulturella skillnader mellan IVA och vårdavdelningar vilket kan påverka kommunikationen. Informanterna ansåg att det finns ett värde i om någon personal från mottagande vårdavdelning kom till IVA innan patientöverflyttning. Målet med detta skulle vara att den mottagande personalen från vårdavdelningen skulle känna sig mer förbered och säkrare vad gäller patientens behov innan genomförd patientöverflyttning. Som tidigare nämnts anser författarna till denna studie att om dessa förutsättningar kan skapas är det till stor fördel vid genomförandet av patientöverflyttningar.

Informanterna belyste att olika journalsystem användes till en och samma patient vid patientöverflyttningar från IVA till en vårdavdelning. Detta kan innebära ett omfattande arbete för personalen men även stora risker för patientsäkerheten. Det betonades att betydelsefull information kan gå förlorad och resultera i ett lidande för patienten. För att motverka denna risk påtalade informanterna att det är viktigt med muntlig kommunikation och att alla förstår informationen som förmedlas. För att skapa en känsla av sammanhang mellan vårdnivåerna föreslog informanterna arbetsgrupper med personal från både IVA och vårdavdelningarna, vilket även författarna till denna studie anser vara en möjlighet för ökad förståelse. Författarna anser vidare att det är ogynnsamt att inte samma journalsystem används. Om samma journalsystem introduceras kan negativa konsekvenser reduceras vid patientöverflyttningar.

En annan positiv effekt är att vårdpersonalen då kan fokusera mer på sina övriga arbetsuppgifter. Häggström (2012b) beskriver att en välutförd dokumentation måste finnas tillgänglig för att kunna utföra patientsäker vård.

Informanternas upplevelse relaterat till oro och stress var det som mest utmärkte sig i resultatet. Framförallt upplevde författarna att det var oro och stress relaterat till informanternas dagliga arbetssituation. Elliot et al. (2011) beskriver att intensivvårdssjuksköterskans oro grundade sig i de skillnader som finns i kompetens mellan intensivvårdssjuksköterskan och vårdavdelningssjuksköterskan. Intensivvårdssjuksköterskan ansåg att vårdavdelningssjuksköterskan hade bristande kompetens inom avancerad omvårdnad. Häggström et al.(2009) och Watts et al. (2005b) menar att skillnaden kan vara att intensivvårdssjuksköterskan är mer inriktad på avancerad omvårdnad medan vårdavdelningssjuksköterskan är mer inriktad på allmän omvårdnad. Författarna till denna studie menar att dessa olikheter mest beror på skillnader i utbildning och vilka rutiner som finns. Innan specialistutbildningen fanns, arbetade grundutbildade sjuksköterskor även på IVA och då var det mer avdelningserfarenheten som avgjorde skillnaden. Även här anser författarna att det finns en potential till förbättring genom att tydligare öka förståelsen för varandras kompetens och roller. Detta kan göras genom att tillsätta tvärfunktionella arbetsgrupper eller som ovan angetts, att möjliggöra för mottagande sjuksköterska att vara närvarande på IVA innan överflyttning.

Då oro och stress är något som var utmärkande i studien vill författarna utveckla detta. Enligt Folkhälsoinstitutet (2009) kan en hög stressnivå bland personer i en organisation resultera i sämre samarbete och resultat. Det kan innebära stora risker för patienten och bland annat svårigheter att följa föreskrifter och rutiner. Det anser författarna vara en viktig aspekt att betona då de akuta överflyttningarna enligt informanterna ofta är relaterade till en ökad stressnivå. I dessa situationer finns då en ökad risk för allvarliga konsekvenser för patienten.

Folkhälsoinstitutet (2009) påtalar att höga krav som kombineras med behov av hög kontroll kan leda till positiv aktivitet som i sin tur leder till inläring och utveckling. För att detta ska vara möjligt måste personalen ha möjlighet att påverka sin arbetssituation. En anledning till uppkomst av stress är relaterad till en obalans mellan krav och kontroll. Författarna ser en koppling till det framkomna resultatet och en möjlighet i att hantera stressen genom att skapa bättre förutsättningar relaterat till krav och kontroll – att finna en bra balans.

Resultatet visade att informanterna efterfrågade mer teamarbete, samt bättre samarbete mellan vårdnivåerna. Författarna anser att teamarbetet oftast avspeglar sig i hur vårdpersonalen upplever sin arbetssituation. Det optimala, enligt informanterna, hade varit om det funnits tid att förbereda patienten att bli mer avdelningsförberedd. Informanterna menar vidare att det kan ske genom att medicinsk teknisk utrustning avvecklas tidigare och att patienten får träna på att påkalla personalens uppmärksamhet med bland annat hjälp av en ringklocka. Enligt informanterna framkom det att om bra teamarbete skapas genom hela patientöverflyttningen så minskar risken för att viktig information skall försvinna. Författarna anser även i denna situation att om mottagande sjuksköterska kan närvara i större omfattning innan överflyttning kommer samarbetet att förbättras.

Informanterna nämnde även att den bästa tiden för mottagande avdelning att ta emot intensivvårdspatient är under förmiddag men ett hinder för detta kan vara pågående rondarbete på IVA. Vidare tog informanterna upp att genomförandet av patientöverflyttningar under nattetid inte är rekommenderbart relaterat till reducerade resurser och humanitära skäl vilket även betonas av Cetina & Wyszynska (2010), Forsberg et al. (2011), Häggström et al. (2009) och Mollberg (2008). Det framkom dock inga förslag till åtgärder från informanterna men författarna anser att som ett första steg kan frågan diskuteras mellan IVA och avdelningarna för att enas om vilka tidpunkter på dygnet som anses vara lämpliga för optimala patientöverflyttningar.

Det framkom från informanterna att patientöverflyttningar vid ett flertal tillfällen inte hade behövt genomföras akut. De grundade detta på att det inte finns enhetliga riktlinjer att följa, Informanterna påtalade vid ett flertal tillfällen att de upplevt att det inte kändes rätt att flytta patienter eftersom de upplevde att det fanns en risk att patienten kommer att återinläggas inom snar framtid på IVA. Författarna är eniga med informanterna att många av patientöverflyttningarna skulle kunna bli mer hanterbara för samtliga involverade om det fanns en intermediäravdelning för patienterna från IVA att vårdas och övervakas på innan vårdavdelningen. Genom att personalen upplever att de har kontroll över sin arbetssituation och över patienten i överflyttningsprocessen kan oro hos de inblandade minska (Häggström, 2012b).

För att uppnå en känsla av att något är hanterbart menar Antonovsky (2005) att det beror på om individen har tillgång till rätt resurser. Även erfarenhet av liknande situationer har en

avgörande betydelse för känslan av att situationen är hanterbar och därmed även en känsla av att ha kontroll över situationen. Författarna anser att försöka hantera olika situationer där det inte finns en tydlig linje att följa medför att intensivvårdssjuksköterskorna inte vet hur de ska förhålla sig. Det kan i sin tur medföra att det upplevs påfrestande för intensivvårdssjuksköterskan vid patientöverflyttningar utanför sin egen verksamhet.

I studien har författarna inte funnit att intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet har någon betydelse i hur de hanterade patientöverflyttningar, vilket Enander & Strandberg (2010) och Benner (1993) talar om. Benner (1993) tar vidare upp att en intensivvårdssjuksköterska med mycket erfarenhet av överflyttningsprocessen upplever och hanterar situationen annorlunda än vad en nyutbildad intensivvårdssjuksköterska troligtvis skulle gjort. Anledningen till att resultatet visar på en samstämmighet mellan informanterna kan beror på att de som intervjuades har ungefär samma arbetslivserfarenhet av att arbeta inom intensivvården. Författarna anser att om spridningen på informanternas arbetslivserfarenhet inom intensivvårdsarbetet hade varit större, kunde resultatet eventuellt blivit annorlunda.

Konklusion

Arbetet med denna studie har givit författarna en ny och utökad förståelse för det arbete som läggs ned på överflyttningar, både de akuta och de planerade.

Intensivvårdssjuksköterskans roll i överflyttning är viktig och det är av största intresse att tillgodose att ingen information försvinner i processen. Bristerna i förståelse mellan vårdnivåerna borde i framtiden förbättras och stärkas genom tydligare samarbete och förenklade dokumentationssystem, där samma system kan användas oavsett vårdnivå. Den stress och oro som informanterna beskriver kan troligtvis relateras till ökat behov av intensivsjukvård, med fler, äldre och sjukare patienter och minskade personaltillgångar. Då överflyttningar är en stor del av det dagliga arbetet på IVA är det viktigt att de genomförs så optimalt som möjligt. Författarna har funnit att en stor del av överflyttningarna inte är planerade och därigenom orsakar stress, ökad arbetsbelastning och en ökad risk relaterad till felaktig information. Författarna rekommenderar att denna fråga aktualiseras och diskuteras mellan IVA och vårdavdelningar. Fler och större studier bör utföras för att kunna förbättra detta område.

Referenser

Antonovsky, A (2005) *Hälsans mysterium* (2:a uppl.). Stockholm: Natur & Kultur

Athifa, M., Finn, J., Brearley, T., Hay, B., Laurie, K., Leen, T., O'Brian, K., Stuart, M., Wat, M., & Leslie, F. (2011) a qualitative exploitation of nurse's perception of Critical Outreach Service: A before and after study. *Australian Critical Care*, 24, 39-47.

Brenner, P. (1993). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur.

Benner, P., Tanner, C-A., & Chesla, C-A. (2007). *Expertkunnande i omvårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.

Burnard, P. (1991). A Method of analyzing interview transcripts I qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466

Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.

Chaboyer, W., Gillespie, B., Foster, M., & Kendall, M. (2005a). The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses perceptions. *Journal of clinical nursing* 14, 766-775

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, 40-48

Chaboyer, W., James, H., & Kendall, M. (2005b). Transitional Care After the Intensive care Unit: Current Trends and Future Directions. *Critical Care Nurse* 25, 16-28

Cetina, A., & Wyszynska, A. (2010). *Intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar om överrapportering av intensivvårdspatienter*. Stockholm: Röda Korset högskola. [Elektronisk] Hämtad 2012-11-20 <http://rkh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:425313&searchId=null>

Coyle, M.A. (2001). Transfer anxiety: preparing to leave intensive care. *Intensive Critical Care Nursing* 17, 138-143.

Elliot, M., Crookes, P., Worrall-Carter, L., & Page, K. (2011). Readmission to intensive care: A qualitative analysis of nurses' perceptions and experiences. *Heart & Lung*, 40, 299-309.

Enander, K., & Strandberg, D. (2010). *Erfarna intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av utveckling i yrkesrollen*. D-uppsats, Luleå tekniska universitet, Institutionen för hälsovetenskap [Elektronisk] Hämtad 2012-11-20 <http://epubl.ltu.se/1402-1552/2010/085/LTU-DUPP-10085-SE.pdf>

Folkhälsoguiden (2009) *Arbetsförhållanden, levnadsvanor och hälsa inom vård och omsorg (2009:24) En jämförelse mellan anställda inom landsting, kommun och privat sektor i Stockholms län*. [Elektronisk] Hämtad den 2012-04-25 [http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Arbetsliv/Arbetsliv%20-%20rapporter/Arbetsf%c3%b6rh%c3%a5llanden,%20levnadsvanor%20och%20h%c3%a4lsa%20inom%20v%c3%a5rd%20och%20omsorg%20\(2009_24\).pdf](http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Arbetsliv/Arbetsliv%20-%20rapporter/Arbetsf%c3%b6rh%c3%a5llanden,%20levnadsvanor%20och%20h%c3%a4lsa%20inom%20v%c3%a5rd%20och%20omsorg%20(2009_24).pdf)

Folkhälsoinstitutet (2009) *Stress i arbetet* [Elektronisk] Hämtad 2012-12-22 <http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Arbetsliv/Arbetsliv%20-%20infomaterial/Stress%20i%20arbetet.pdf>

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, 110-116.

Gibson, JME. (1997). Focus of nursing in critical and acute care settings: prevention or cure? *Intensive and Critical Care Nursing* 13 (3), 163-166

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom Hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Guldbrandsen, T., & Stubberud, D-G. (2009). *Intensivvård Avancerad omvårdnad och behandling* Lund: Studentlitteratur.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper* Malmö: Liber

Hartman, J. (2004) *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori* Lund: Studentlitteratur

Helsingforsdeklarationen, World Medical Association Declaration of Helsinki, 2008

[Elektronisk] Hämtad 2012-12-21

<http://www.karolinska.se/Forskning/Forsokspersoner---undersidor/Helsingforsdeklarationen//>

Hägström, M., Asplund, K., & Kristiansen, L. (2009). Struggle with a gap between intensive care units and general wards. *International journal qualitative studies on health and well-being*, 4, 181-192.

Hägström, M., Asplund, K., & Kristiansen, L. (2012a). How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care? A grounded theory of nursing *Intensive and Critical Care Nursing*, 28, 224—233

Hägström, M. (2012b). *Att organisera en trygg och sammanhållen vårdkedja mellan intensivvård och allmän vårdavdelning: En grundad teori om organisation, vård och samarbete i förflytningsprocessen*. Doktorsavhandling, Mittuniversitetet. Fakulteten för hälsovetenskap

Krueger, R., & Casey, M.A. (2009) *Focus groups: a practical guide for applied Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications (4: e upplagan)

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsprocessen*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur

Mollberg, A. (2008) *Från Intensivvård till vårdavdelning sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att ta emot en intensivvårdspatient – en intervjustudie* Examensarbete i Omvårdnad 61-90 p Hälsa och samhälle Malmö högskola 2008. [Elektronisk] hämtad 2012-11-20
<http://dSPACE.mah.se/bitstream/handle/2043/6537/2008%2006%2030%20Godk%20E4nd%20Fr%20E5n%20intensivv%20E5rd%20till%20v%20E5rdavdelning.pdf?sequence=1>

Olsson, H. & Sörensen, S. (2008.) *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

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. *Intensiv care med*, 34, 2054-2061.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening SSF
Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med
Specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. [Elektronisk] Hämtad 2012-11-21
<http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/kompbeskr.anestesi.och.intensivvard.pdf>

Schumacher, K.L., & Meleis, A.I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image J Nurs Sch*. 26 (2) 119-127.

SFS (2003:460) *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Regeringen.
[Elektronisk] Hämtad 2012-04-24: <http://www.notisum.se/Rnp/sls/lag/20030460.htm>

SFS 1982:763. Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdslag. [Elektronisk] Hämtad 2012-04-23:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763

SFS 2010:659. Socialstyrelsens patientsäkerhetslag. [Elektronisk] Hämtad 2012-04-25 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2012-04-23: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2011) Handbok om utvärdering om metoder i hälso- och sjukvård inom etiska och sociala aspekter. [Elektronisk] Hämtad 2012-12-19: http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUsHandbok_Kapitel12.pdf

Svenska intensivvårdsregistret SIR. Hämtad 2012-04-23: <http://www.icuregswe.org/sv/Om-SIR/>

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. (3:e uppl.). Lund; Studentlitteratur

Watts, R-J., Pierson, J., & Gardner, H. (2005a). How do critical care nurses define the discharge planning process? *Intensive and Critical Care Nursing* 21, 39-46.

Watts, R-J., Pierson, J., & Gardner, H. (2005b). Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. *Intensive and Critical Care Nursing* 21, 302–313

Watts, R-J., Pierson, J., & Gardner, H. (2006). Critical care nurses' beliefs about the discharge planning process: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43, 269–279

Wibeck, V. (2010.) *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur: Lund.

Williams, T-A., Leslie, G-D., Brearley, L., Leen, T., & O'Brian, K. (2010). Discharge delay, room for improvement? *Australian Critical Care*, 23, 141-149.

Wu, Jo., & Coyer, F. (2007). Reconsidering the transfer of patients from the intensive care unit to the ward: A case study approach *Nursing and Health Sciences*, 9, 48–53

Intervjuguide

1. Hur upplever ni överflyttningar av patient från IVA till vårdavdelning?
2. Hur anser ni att en optimal överflyttning ska gå till?
3. Vad kan man göra för att uppnå en optimal överflyttning?

Tabell 5

<u>Meningsbärande enheter</u>	<u>Öppen kodning</u>	<u>Underkategori</u>	<u>Kategori</u>
<p>”Antingen är det väldigt strukturerat och ordning och reda eller så är det ett stressmoment.”</p> <p>”första spontana känslan är ju att det kan va på många tusen olika sätt”</p> <p>”. ofta är dom ju lite dåliga så det kan ju hända så fort här att dom liksom blir sämre... minsta lilla att dom vänder på sitt hälsotillstånd då går det ju inte då backar man och så låter man de va ett dygn till eller så...”</p> <p>” ... Platssituationen är mycket viktig. Har vi inga platser så åker den bästa ut oavsett, kan dom andas själv och har puls. Och skapligt blodtryck och ingen inotropi .fast dom kan flytta till HIA... vaken, till neurologen flyttar vi ju dom hur som helst... och intoxerna är ju knappt vakna ibland...”</p>	<p>Platssituation</p> <p>Kunna ske i lugnt skede</p> <p>Mer tid</p> <p>Akuta</p> <p>överflyttningar</p>	<p>Brist på vårdplatser och otillfredsställd organisationsplanering</p>	<p>Upplevelse av oro och stress på grund av otillfredsställdhet med akuta och oplanerade överflyttningar</p>

<u>Meningsbärande enheter</u>	<u>Öppen kodning</u>	<u>Underkategori</u>	<u>Kategori</u>
<p>”många inblandade... det är många trådar man skall dra i, det är mycket man skall komma ihåg för att det skall bli bra”</p> <p>”Akuta överflyttningar är väl mest att man hade haft lite mer tid hade ju varit bra. Det är oftast tiden där som ... tycker är stressande.”</p> <p>”Man ska hinna med så mycket som möjligt på så kort tid som möjligt. Så står alla och trampar. Är ni inte klara snart. Risken är att man missar någon viktig information när det går så snabbt”</p> <p>”Det är ju synd om alla i det här läget, varför kunde man inte gjort detta innan”</p> <p>”Det är liksom bäddat för att något ska gå förlorat”</p> <p>”skriva en överflyttningsanteckning på fem minuter och flytta. Det liksom det finns inte. det är inte rimligt, det blir fel. Det blir ingen kvalitet på det hela. precis”</p> <p>”Och det är inte så tillfredställande att känna att man flyttar någon som man nästan vet kommer tillbaka inom ett dygn”</p> <p>”lämnat en kramppatient, så ska han ligga längst ner från expeditionen och så går vi. Ja nu är vi här... nån får ju titta till honom jaja vi är här liksom... vi kommer snart och så får dom en klocka i handen och ringa på... Det känns inte bra”</p> <p>”då ska man försöka inge nått sorts förtroende att det kommer gå jättebra, dom är så duktiga på avdelningen... ibland för det mesta går det bra, men ibland går det inte så bra, och det känns nästan som om man har lurat dem på nått vis. De har man ju också varit med om...”</p> <p>”Det skulle behövas en intermediärvårdsavdelning där dom kunde mellanlanda lite och hinna ligga till sig lite innan dom kom iväg”</p>	<p>Oro för patientens tillstånd</p> <p>Oro för kompetensen på vårdavdelningen</p> <p>Bristande förtroende</p> <p>Intermediärvård</p> <p>L/T minskad oro</p> <p>Bäddat för att något ska gå förlorat</p> <p>Stressmoment</p> <p>Alla står och trampar</p> <p>Synd om alla</p>	<p>Upplevelse av oro och stress.</p>	<p>Upplevelse av oro och stress på grund av otillfredsställdhet med akuta och oplanerade överflyttningar</p>

<u>Meningsbärande enheter</u>	<u>Öppen kodning</u>	<u>Underkategori</u>	<u>Kategori</u>
<p>”En bättre dialog helt enkelt vi gör ju i alla fall så gott vi kan allihopa! För patienten!”</p> <p>”ibland är det svårt... med kommunikationen emellan båda två är stressade...” ”Det är väldigt mycket omvårdnad som tappas i akuta överflyttningar”</p> <p>”Det är jättesynd om avdelningarna för dom har oftast jättemycket dom också men. Vi har ju också det... ibland är det svårt... med kommunikationen emellan båda två är stressade...”</p> <p>”Alltså vi klankar ofta ner på. alltså många olika saker men tyvärr är det så här att kommunikationen mellan läkare och sjuksköterska oavsett var det är någonstans brister väldigt ofta det gör det tyvärr”</p>	<p>Acceptans och förståelse</p> <p>Dialog</p> <p>Kommunikation mellan avdelningarna</p> <p>Kommunikation mellan proffesioner</p> <p>Oinsikt i varandras situationer</p>	Kommunikation	Upplevelse av samarbete och acceptans inom och mellan vårdnivåerna

<u>Meningsbärande enheter</u>	<u>Öppen kodning</u>	<u>Underkategori</u>	<u>Kategori</u>
<p>”Ja men vadå säger våran läkare vad ska ni då göra? Ja, men vi måste byta säng skriva, rapporteras och städas... det är väl bara att köra ut... ja och in med nästa”</p> <p>”Åh ändå ställer vi höga krav eller tycker att de ska... ska dom inte kunna vårda de, det är väl inte så himla svårt.”</p> <p>”Tyvärr är det så här att den bästa tiden och skicka patienter till avdelning det är då vi absolut inte skickar patienterna för när de har mest folk och mest kontroll på sin avdelning då sitter vi fortfarande och rondar”</p> <p>”sist hade vi nån som inte hann åka så snabbt och då satt anesthesi med intox, intuberad på X-modulen och passade tills vi var färdiga... mmm. så går det till ... och som tur var så hade dom inte så mycket att göra den natten, fick sitta där och passa tills vi var klara på rummet”</p> <p>”då flyttade vi en riktig intensivvårdspatient till... mitt i natten bara för att dom inte ville ha en intox... jouten var inte bekväm med intox”</p> <p>”Samarbetet mellan avdelningarna kan ju variera väldigt... vissa avdelningar går ju jättebra och inga problem”</p>	<p>Acceptans och samarbete</p> <p>Olika arbetsrutiner mellan vårdnivåerna</p> <p>Olika schematider mellan vårdnivåerna</p> <p>Olika acceptans för vissa patientgrupper</p> <p>Svårighet att veta hur ”de andra” gör</p>	<p>Samarbete över gränserna</p>	<p>Upplevelse av samarbete och acceptans inom och mellan vårdnivåerna</p>

<u>Meningsbärande enheter</u>	<u>Öppen kodning</u>	<u>Underkategori</u>	<u>Kategori</u>
<p>”Det är svårt att få en att gå efter ett papper så att säga alla situationer är olika.”</p> <p>”Det är det jag menar därför är det bästa hade varit när vi skickat patienterna på förmiddagen för då hade man haft en chans och få en bild av patienten under dan innan det blir jourtid annars har man två timmar på sig innan det blir jourtid ”</p> <p>”Det är jättesvårt. alltså mer tid, men den finns ju inte. Det är så fall om man på något vis kunde. att någon annan tog hand om det, så man inte både ska skicka och ta emot, ofta är det ju så att man både skickar och tar emot”</p> <p>”smidiga övergången vi har försökt att trappa ner på intensivvården men det är ju så att mottagaren ska kunna ha lite högre övervakning och kontroll det första dygnet då de kommer från IVA och då tror jag att vi ibland är lite dåliga på att trappa ner tillräckligt på intensivvård när vi har mycket att göra”</p>	<p>Olika system och rutiner</p> <p>Smidig övergång</p> <p>Dåliga på att förbereda för överflyttning</p> <p>Bra tid för överflyttning</p> <p>Tid för att få kontroll på situationen</p> <p>Jourtid</p>	Rutiner	<p>Upplevelse av rutiner och dokumentationsskillnader inom och mellan vårdnivåerna</p>
<p>”Vi har ett system och dom har ett system”</p> <p>”upplever att alla tycker att våra anteckningar är jobbiga eller övervakningspapper som vi trycker ut, det är nästan helt omöjligt att läsa ut det, man ser ju väldigt svårt vilken dag det är. ja till och med vi kan ju inte läsa dom”</p> <p>”Det som har blivit bra tycker jag är väl att de flesta avdelningar har kunnat börja läsa. dom kan gå in och läsa om patienten i våra anteckningar innan”</p>	<p>Olika system inom dokumentation</p> <p>Jobbiga pappersutskrifter</p> <p>Bra att alla kan läsa!</p>	Patientjournalen	<p>Upplevelse av rutiner och dokumentationsskillnader inom och mellan vårdnivåerna</p>



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

20120511

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Information till undersökningsperson

Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av patientöverflyttning till vårdavdelning

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Patienter förflyttas dagligen inom sjukhuset från intensivvårdsavdelningar (IVA) till vårdavdelningar. Många av dessa förflyttningar sker snabbt vilket gör att varken personal på IVA, vårdavdelningen eller patienten har möjlighet att förbereda sig, inför överflyttning

Syftet med studien är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av patientöverflyttning till vårdavdelning.

Studien kommer att utföras som fokusgrupper. Urvalet kommer att göras på en intensivvårdsavdelning i Skåne, med hjälp av verksamhetschefen för att hitta de sjuksköterskor som uppfyller inklusionskriterierna i studien. Urvalet kommer att bestå av 9-20 sjuksköterskor som kommer att delas in i tre fokusgrupper. Intervjun beräknas ta cirka 60 minuter och genomförs av Christina Kindahl, Katarina Thörner & Åsa Tiljander Jormelius

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in samtalet på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter. Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser.

Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna talongen och skickar tillbaka den i bifogade svarskuvert inom 2 veckor Studien ingår som ett examensarbete i intensivvårdssjuksköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss, vår handledare.

Med vänlig hälsning

Christina Kindahl

Leg sjuksköterska

Tfn 0703252620

e-post:

Christina.kindahl.968@student.lu.se

Åsa Tiljander Jormelius

Leg sjuksköterska

Tfn 0709728492

e-post:

asa.tiljander_jormelius.763@student.lu.se

Katarina Thörner

Leg sjuksköterska

Tfn 0704963948

e-post:

katarina.thorner.199@student.lu.se

Handledare

Annica Sjöström Strand

Tfn 046-2221993

e-post:

Annica.Sjorstrom-Strand@med.lu.se