



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

VAD FRÄMJAR EN PATIENTSÄKER ÖVERRAPPORTERING MELLAN SJUKHUS FÖR PATIENTER MED PANKREASCANCER SOM GENOMGÅTT EN WHIPPLEOPERATION?

En kvalitativ intervjustudie utifrån ett
sjuksköterskeperspektiv

Alexandra Färnestav
Diana Mändlo

Uppsats/Examensarbete:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot kirurgisk vård, 15 högskolepoäng
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2022
Handledare:	My Engström
Examinator:	Annette Lennerling

Titel svensk: Vad främjar en patientsäker överrapportering mellan sjukhus för patienter med pankreascancer som genomgått en Whippleoperation?

Titel engelsk: What promotes patient-safe handover between hospitals for patients with pancreatic cancer who have undergone Whipple surgery?

Uppsats/Examensarbete: Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot kirurgisk vård, 15 högskolepoäng

Program och/eller kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård

Nivå: Avancerad nivå

Termin/år: HT/2022

Handledare: My Engström

Examinator: Annette Lennerling

Nyckelord: Överrapportering, Kommunikation, Patientsäkerhet, Sjuksköterskeperspektiv, Specialistsjuksköterska, Whipple-operation

Sammanfattning

Bakgrund: Grunden för hälso- och sjukvården är en välfungerande och patientsäker vård, men vårdskador är tyvärr vanligt förekommande där en bidragande orsak är bristfällig informationsöverföring. Vårdskador medför ett stort lidande för patient och närstående samt resulterar i en enorm kostnad för samhället. Som ett led i att förbättra slutresultatet för patienter med pankreascancer som genomgår Whipplekirurgi har ingreppet centraliserats till ett få antal platser i landet men där hemsjukhusen fortfarande ansvarar för eftervården. Detta innebär att patienter med komplexa vårdbehov förflyttas mellan sjukhus under vårdtiden och det föreligger då en ökad risk för vårdskador om viktig information uteblir. För patienterna är en säker och kontinuerlig vård fundamental vilket den blir om kommunikationen mellan sjukhusen fungerar. Det råder i dagsläget en kunskapslucka om överrapportering mellan sjukhus för patienter som genomgått Whipplekirurgi.

Syfte: Att utifrån ett sjuksköterskeperspektiv undersöka vad som främjar en patientsäker överrapportering mellan sjukhus för patienter med pankreascancer som genomgått en Whippleoperation.

Metod: Intervjustudie med semistrukturerade fokusgruppsintervjuer och en kvalitativ manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Resultat: Ur resultatet framkom tre huvudkategorier som sammanfattar det som vårdpersonalen anser främjar eller hindrar en patientsäker överrapportering; *Informatik, Organisation* samt *Patient- och personalperspektiv*. Under dessa huvudkategorier framträdde nio subkategorier; *Utformning av rapport, Journalsystem, Kommunikation, Arbetsmiljö, Planering, Förståelse, Ansvar, Patientdelaktighet* och *Kompetens*.

Slutsats: De tre huvudkategorierna påverkas av varandra. För att en överflyttning ska bli patientsäker behövs en välfungerande informatik i form av strukturerad och tydlig muntlig rapport genom exempelvis kommunikationsverktyget SBAR med tillgång till relevant och kärnfull skriftlig information. Vidare behövs en planering för patienter mellan sjukhusen och en förståelse för varandras situation. Dock påverkas informatiken, planeringen och förståelsen av hur arbetsmiljön ser ut. För att öka patientsäkerheten behöver patienterna göras delaktiga i sin egen vård i ett tidigt skede samt personalens kompetens ökas genom utbildning och hospitering.

Nyckelord: Överrapportering, Kommunikation, Patientsäkerhet, Sjuksköterskeperspektiv, Specialistsjuksköterska, Whippleoperation

Abstract

Background: The foundation of healthcare is well-functioning and patient-safe care, but care-related injuries are unfortunately common, where a contributing factor is insufficient information transfer. Medical injuries cause great suffering for the patient and relatives and result in an enormous cost to society. As part of improving the end result for patients with pancreatic cancer who undergo Whipple surgery, the procedure has been centralized to a few locations in the country, but where the home hospitals are still responsible for the aftercare. This means that patients with complex care needs are transferred between hospitals during the treatment period and there is then an increased risk of care injuries if important information is missing. For the patients, safe and continuous care is fundamental, which it will be if the communication between the hospitals works. There is currently a knowledge gap regarding handover between hospitals for patients who have undergone Whipple surgery.

Aim: To investigate, from a nursing perspective, what promotes patient-safe handover between hospitals for patients with pancreatic cancer who have undergone Whipple surgery.

Method: Interview study with semi-structured focus group interviews and a qualitative manifest content analysis according to Graneheim and Lundman (2004).

Results: From the results, three main categories emerged that summarize what the healthcare staff consider promotes or hinders patient-safe handover; *Informatics, Organization and Patient and staff perspectives*. Under these main categories, nine subcategories emerged; *Design of report, Journal system, Communication, Work environment, Planning, Understanding, Responsibility, Patient participation and Competence*.

Conclusion: The three main categories are influenced by each other. In order for a transfer to be patient-safe, well-functioning informatics is needed in the form of a structured and clear verbal report for example according to the communication tool SBAR with access to relevant and substantial written information. Furthermore, planning is needed for joint patients between the hospitals and an understanding of each other's situation. However, informatics, planning and understanding are affected by what the work environment looks like. In order to increase patient safety, patients need to be involved in their own care at an early stage and the staff's competence increased through training and hospitalization.

Key words: Handover, Communication, Patient safety, Nursing perspective, Specialist nurse, Whipple surgery

Förord

Vi vill tacka vår handledare My som genom synpunkter, kloka reflektioner och givande samtal varit ett otroligt stort stöd och hjälp för oss genom detta arbete.

Vi vill även tacka alla deltagare som med sina synpunkter under intervjuerna gett oss möjlighet att skriva detta arbete som vi hoppas ska leda till en mer patientsäker vård i framtiden.

Vi vill även tacka våra förstående familjer som låtit oss få tiden till att jobba med detta examensarbete.

Alexandra och Diana

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Patientsäkerhet och vårdskador	2
Whipplekirurgi, komplex kirurgi med ett stort omvårdnadsbehov	3
Centraliseringen av vården	3
Övergångar och informationsöverföring i hälso- och sjukvården	4
Kommunikation och information	4
Överrapporteringar	5
Patientjournalen	5
Fundamentals of Care	5
Problemformulering	6
Syfte	7
Metod	7
Ansats	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden	9
Resultat	10
Informatik	11
Utformning av rapport	11
Journalssystem	12
Kommunikation	13
Organisation	14
Arbetsmiljö	14
Planering	17
Förståelse	18
Personal- och patientperspektiv	19
Ansvar	19
Patientdelaktighet	20
Kompetens	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	24
Utformning av rapport	24
Arbetsmiljö	25
Konklusion	27
Implikationer	27
Referenslista	28
Bilagor	
1. Intervjuguide	

Begreppsdefinition

Melior - journalsystem

SAMSA - IT-stöd för kommunikation mellan sjukhus, primärvård och kommuner inom Västra Götaland

SBAR - strukturerat kommunikationsverktyg vid muntlig och skriftlig överskrifning

SieView - funktion i melior för tillgång till en del av journalen mellan olika sjukhus

Inledning

Forskning visar att patienter som under vårdtiden förflyttas till annat sjukhus utsätts för en patientsäkerhetsrisk i och med att kontinuiteten i vårdkedjan bryts. All väsentlig och för vården värdefull information ska förmedlas mellan olika vårdkontext och ibland vårdnivåer, vilket kan vara utmanande. När kommunikationen brister och information går förlorad eller missuppfattas blir vården mindre patientsäker. Detta kan vara extra sårbart för komplexa kirurgiska patienter som genomgått stor och avancerad kirurgi såsom exempelvis Whipplekirurgi och som överflyttas från en högspecialiserad vård till 'hemsjukhuset' för fortsatt vård. Whipplekirurgi är ett ingrepp vid pankreascancer och som på grund av sin komplexitet och sett till antalet operationer per år blivit centraliserad till ett få antal sjukhus i landet. Något som är ett led i att förbättra det kirurgiska slutresultatet för patienterna. Men denna vision innehåller flera komplexa delar, till exempel gällande kommunikation och information och om dessa brister ökar risken för vårdskador. Problemet med informationsöverföring, framför allt mellan sjukhus, är inte isolerat till enbart patienter som genomgått Whipplekirurgi utan kan ses hos alla patienter men vid större och mer komplex kirurgi finns också fler saker rörande patientens vård som kan falla mellan stolarna vid en informationsöverföring. Vårt mål med detta arbete är därför att undersöka vad som främjar en patientsäker överrapportering mellan sjukhus för patienter med pankreascancer som genomgått en Whippleoperation, då detta tidigare inte studerats oss veterligen.

Bakgrund

Patientsäkerhet och vårdskador

Inom hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete är en god och säker vård fundamental och något som går hand i hand med begreppet patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2020). Patienters skydd mot vårdskador regleras framför allt i Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Trots att det pågår ett gediget internationellt och nationellt arbete för att främja en säkrare vård så inträffar fortfarande vårdskador i stor utsträckning. Varje år drabbas cirka 100 000 individer i Sverige av en vårdskada och vårdskador bidrar till att ungefär 1400 personer avlider (Socialstyrelsen, 2020). Skador till följd av kirurgiska ingrepp och vårdrelaterade infektioner utgör de två vanligaste orsakerna till dödsfall efter en vårdskada och nästan 40 % av dessa bedöms vara undvikbara. Utlokaliserade patienter drabbas i betydligt större utsträckning (60%) av vårdskador jämfört med patienter som vårdas på avdelning med adekvat kompetens. Socialstyrelsens (2020) beräkningar visar att de extra vård dagar som vårdskador orsakar kostar samhället cirka 8 miljarder kr varje år. Socialstyrelsens fördjupade analys om vårdskador visade att hos de patienter som fick en förlängd vårdtid till följd av en vårdskada hade mer än hälften (59%) genomgått någon form av kirurgi (Socialstyrelsen, 2019). Santema m.fl. (2015) visar i deras studie på de ökade kostnaderna som en komplikation efter en Whippleoperation kan resultera i. Utav 100 patienter drabbades 73% av någon form av komplikation där anastomosläckage var den komplikation som förekom mest. För patienter utan någon komplikation var den totala mediankostnaden för vårdtiden 17 483 euro medan mediankostnaden för patienter som drabbades av anastomosläckage var 53 760 euro.

Att drabbas av en vårdskada leder ofta till svåra känslor för den drabbade. Detta pekade en studie av Joelsson-Alm (2014) på där personer som under vårdtiden drabbats av blåsutvidgning och vid nästan alla fall hade skadan orsakat kroniska miktionsproblem. Deltagarna upplevde att vårdpersonalen saknade nödvändig kunskap och inte tagit deras oro på allvar. Vårdpersonalens

oförmåga att kommunicera med och lyssna på patienterna angavs av många deltagare som huvudorsaken till deras vårdskada. Brister med kommunikationen togs också upp av Southwick m.fl. (2015) där patienter och närstående inte kände att deras oro togs på allvar. Deras studie visade att patienter och närstående i flera fall blev respektlöst bemötta av hälso- och sjukvårdspersonal både före och efter en vårdskada inträffat.

Faktorer som främjar patientsäkerheten är bland annat arbetsmiljön med ett öppet arbetsklimat, kompetens och en god säkerhetskultur medan stress och underbemanning hämmar (Socialstyrelsen, 2020). En neddragning av bemanning på helger kan negativt påverka patientsäkerheten på vårdavdelningar. En 17% ökad 30-dagars mortalitet påvisades för patienter som genomgick inläggande elektiv kirurgi på fredagar jämfört med måndag till onsdag (Zare m.fl., 2007).

Överflyttning mellan olika vårdinstanser av patienter kan bidra till att förbättra vården för patienten men detta förutsätter att överflyttningen sker korrekt, under goda omständigheter och vid rätt tidpunkt (Carr, 2018). WHO (2016) menar att en överflyttning mellan olika vårdinstanser medför en ökad sårbarhet för patienten då viktig information riskerar förloras vilket resulterar i en icke patientsäker överflyttning och vård. Usher m.fl. (2016) undersökte informationsöverföring vid överflyttning av patienter mellan två sjukhus. I mer än 40% av fallen var överförd information ofullständig och i 28,5% saknades medskickad laboratorielista. Den bristande informationsöverföringen visades också ha en negativ påverkan med ökad dödlighet, vårdskador och onödig resursanvändning. Och trots den höga frekvens av antalet patienter som förflyttas mellan sjukhus är ämnet enligt Usher m.fl. (2016) ett understuderat område med stort behov av standardiserade rutiner.

Whipplekirurgi, komplex kirurgi med ett stort omvårdnadsbehov

Enligt Cancercentrum (2022) drabbades 1470 personer i Sverige av pankreascancer och 363 Whippleoperationer genomfördes i Sverige 2021. Anledningen till att enbart ca 25% av alla drabbade genomgår kirurgisk behandling är enligt Sandström och Gasslander (2017) att cancer oftast upptäcks i ett sent skede och då är inoperabel. Forsberg och Rystedt (2016) skriver att Whippleoperation (pankreatikoduodenektomi) är ett stort ingrepp som ofta tar en hel operationsdag att utföra vilket leder till ökad risk för komplikationer. Detta gör att en patient som genomgått detta ingrepp är väldigt komplex och har ett stort omvårdnadsbehov. I en studie utförd av Andersson m.fl. (2022) undersöktes patienters upplevelse av återhämtning fem veckor efter en Whippleoperation. Patienterna betonade hur viktigt det var redan i det tidiga postoperativa skedet att de såg små tecken på tillfrisknande och upplevde en trygghet när de kände att personalen var närvarande och observerade dem vilket hjälpte till att förbättra återhämtningen.

Centraliseringen av vården

I regeringens proposition (2017/18:40) beskrivs högspecialiserad vård som hälso- och sjukvård som koncentreras till en eller flera enheter. Detta för att använda hälso- och sjukvårdens resurser på ett effektivt sätt och upprätthålla patientsäkerheten samt vårdens kvalitet. Svederud m.fl. (2015) har i sin studie undersökt patienters upplevelse av centraliseringen. Resultatet visade att vårdkvalitet, kontinuitet och patientdelaktighet är av stor vikt i centralisering av vården. En studie av Polonski m.fl. (2019) visar att centraliseringen av pankreaskirurgi i Europa går långsamt och stora regionala skillnader finns. Ansari m.fl. (2014) skriver att

centraliseringsprocessen för Whippleoperationer har skett gradvis i Sverige, samt att resultatet efter en Whippleoperation förbättrades när vården flyttades till ett högspecialiserat sjukhus. Enligt Sandström och Gasslander (2017) genomförs Whipplekirurgi på sex sjukhus i Sverige. Enligt Ahola m.fl. (2020) innebär pankreaskirurgi en 40% risk för komplikationer och 0-15% risk för mortalitet. Studien visar att patienten får en bättre korttidsprognos efter pankreaskirurgi på ett högspecialiserat sjukhus då allvarliga komplikationer kan behandlas snabbare, sjukhusvistelsens längd kortas och den postoperativa mortaliteten minskar.

Övergångar och informationsöverföring i hälso- och sjukvården

I Sverige är sjukvården indelad i olika vårdnivåer för att på bästa sätt kunna tillgodose behovet av vård och för att resurser ska utnyttjas så effektivt som möjligt. Vårdkedjan består av; primärvård som kan ses som grunden i sjukvårdssystemet, länssjukvård, regionsjukvård och nationell högspecialiserad sjukvård. Målet med den högspecialiserade vården är att säkerställa jämställd och patientsäker vård till patienter med komplexa tillstånd, genom att koncentrera kompetensen till några få enstaka platser i landet (Lindén, 2021). Komplexiteten av den vård som bedrivs inom nationell högspecialiserad vård kräver en hög professionskompetens hos sjuksköterskor.

Enligt svensk sjuksköterskeförening (2017) är ett av sjuksköterskans ansvarsområden att besitta en god kommunikationsförmåga och kunna överföra information på ett säkert sätt, genom hela vårdkedjan och inte minst i vårdens övergångar. Överföring av en individs vård inom vårdkedjan är en komplex handling inom en organisatorisk kontext. För att belysa och diskutera det komplexa kring dessa överföringar finns olika begrepp, där begreppet *vårdkedja* kan användas. Det finns dock risk att patienten försvinner i begreppet då fokus framför allt ligger på organisationen (Linden, 2021).

Enligt patienter och förespråkare för patientföreningar är välfungerande vårdkedjor fundamentalt. Informations- och kunskapsöverföring mellan rikssjukhuset och hemsjukhuset ansågs i rapporten från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013) vara ett område med brister. Vidare ansåg patienterna att det var ytterst viktigt med en välfungerande vårdkedja som inte enbart fokuserar på ett enskilt ingrepp. Eftervården och överföringen av informationen samt kunskapen som krävs för en optimal sådan måste fungera felfritt. Resultatet av en studie av Gotlib Conn m.fl. (2018) visade bland annat på att bristande informationsöverföring mellan enheter var vanligt förekommande vilket i sin tur resulterade i känsla av sårbarhet och ångest hos patienterna.

Kommunikation och information

Enligt Spencer och Ivarsson-Ekedahl (2016) handlar kommunikation om *vad* man säger och *hur* man säger det. Målet med bra kommunikation är att hitta ett gemensamt språk för att få en bild över den aktuella situationen. Källberg och Göras (2021) skriver att korrekt och tydlig kommunikation är en förutsättning för att vården ska bli patientsäker. För att minimera missförstånd behöver informationen vara adekvat, fullständig och korrekt. Om informationen är enkel och tydlig minskar risken för missuppfattningar och misstolkningar. Läran om hur information behandlas kallas informatik. Nationalencyklopedin beskriver att inom informatiken betonas förståelse för de sammanhang där informationsteknik utnyttjas och man omsätter sedan den förståelsen i hjälpmedel för att praktiskt kunna använda olika informationssystem (Informatik, u.å.). Inom hälso- och sjukvården kallas informatik för hälsoinformatik och har

som mål att effektivisera informationshanteringen för en patientsäker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

Överrapporteringar

När muntlig överrapportering sker ökar risken för att viktig information missas vilket leder till stor risk för patientsäkerheten enligt Källberg och Göras (2021). Stojan m.fl. (2016) betonar vikten av att vårdpersonal får träna på överrapportering kontinuerligt för att få kunskap i att ge säker muntlig rapport. Resultatet av en observationsstudie av Giske m.fl. (2018) visar att en överrapportering som har ett klart och tydligt språk minimerar risken för missuppfattningar och ökar patientsäkerheten. För att kunna ge en tydlig, enkel och korrekt information bör en kommunikationsmodell användas, såsom till exempel SBAR som står för; Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation. Blom m.fl. (2015) menar att SBAR leder till en fokuserad rapportering med lättförståelig information samt att strukturerad informationsöverföring leder till ökad patientsäkerhet då onödig information inte förs vidare. Müller m.fl. (2018) såg att när SBAR användes vid muntlig rapportering ökade kvaliteten på informationen dock saknas det högkvalitativ forskning trots att behovet är stort då SBAR är ett mycket använt kommunikationsverktyg.

Patientjournalen

Enligt Socialstyrelsen (2017) är patientjournalen grunden för vård- och behandlingsarbetet samt ett verktyg för de som är ansvariga för patientens vård. En tydlig och välfungerande journalföring har stor betydelse för patientsäkerheten och skapar trygghet för hälso- och sjukvårdspersonal. Vidare menar Socialstyrelsen (2017) att dokumentationen i patientjournalen har ännu större betydelse när olika vårdgivare har elektronisk åtkomst till journalerna. Enligt Jansson (2021) anses en god och strukturerad journalföring vara ett arbetsredskap i den evidensbaserad omvårdnaden. En välfungerande dokumentation leder till personcentrerad omvårdnad vilket minskar risken för lidande hos patienten och anhöriga. I kompetensbeskrivningen skriver Nationella föreningen för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård [NFSK] (2014) att specialistsjuksköterskor bör ha en djupare kunskap inom information- och kommunikationssystem. Detta för att vara med och utveckla ett system som är välfungerande och fokuserar på behov hos enskilda patienter. Enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) är syftet med journalföring att vården ska vara patientsäker. Informationsöverföringen mellan sjukhus i samband med patientöverflyttning kan försvåras på grund av att olika informationssystem förekommer. I en studie av Usher m.fl. (2018) framkom att oenighet kring diagnoser var vanligt förekommande och 73 % av alla patienter i studien fick en ny dokumenterad diagnos efter överflyttning och 47 % förlorade en diagnos. Rubbning i vätske- och elektrolytbalansen var den diagnos som det förekom mest oenighet runt. Tillkomsten eller förlusten av en diagnos medförde en ökad risk för patienterna och kunde enligt författarna förklaras av brister kring överförandet av dokumenterad information. Studien var visserligen gjord i ett fragmenterat sjukvårdssystem i USA men även i Sverige förekommer problem med olika journalsystem och eHälsa Sverige (2022) anger att sex olika journalsystem förekommer i landets 21 regioner.

Fundamentals of Care

Fundamentals of Care (FoC) består av tre dimensioner: *Vårdrelationen*, *Patientens grundläggande vårdbehov* och *Vårdkontexten*. Dimensionerna innefattar allt nödvändigt som krävs för att bedriva en personcentrerad och säker vård (Muntlin & Kitson, 2020). Innehållet i

Vårdkontexten är fundamentalt för att kunna tillgodose elementen i de två första dimensionerna *Vårdrelationen* som syftar till att etablera en vårdande relation och *Patientens grundläggande behov* där både fysiska, psykiska och relationsmässiga behov ska tillgodoses (Jangland m.fl., 2018). Vårdkontexten delas in i organisations- och policynivå och för att vården ska kunna bedrivas på ett optimalt sätt måste villkoren inom vårdkontexten vara goda. Det är denna tredje dimension som är av vikt för aktuell uppsats. Vårdkontexten inkluderar bland annat ledarskap, resurser, kultur, kvalitet och säkerhet samt ekonomi (Muntlin & Jangland, 2020). Jangland m.fl. (2018) menar att den kirurgiska vården är komplex med ett högt tempo och med fokus på att förflytta patienter genom vårdkedjan på ett så effektivt sätt som möjligt. Ständiga krav på att effektivisera vården kan hindra möjligheterna att bedriva en vård av högsta kvalitet. Socialstyrelsen (2020) menar att en förutsättning för att vården ska vara patientsäker är att enheterna har en god säkerhetskultur med ett öppet arbetsklimat där frågor som rör patientsäkerheten kan diskuteras öppet på ett icke skuldbeläggande sätt. Detta är ett exempel på en vårdkontextuell faktor där en enhets normer genomsyrar vården som bedrivs, det vill säga kulturen. En annan faktor inom vårdkontexten som påverkar säkerheten och kvaliteten på vården är resurser och fördelningen av dessa, till exempel kompetensförsörjningen och antalet patienter per sjuksköterska där även Muntlin & Jangland (2020) refererar till studien av Aiken m.fl. (2014). Sjuksköterskan som ska bedriva FoC måste förstå hur en enhets rådande kultur påverkar vården. Är ledningen stöttande gentemot en personcentrerad vård eller är den uppgiftsfokuserad (Kitson, 2018). När sjuksköterskan saknar förståelse om vikten av FoC i vårdandet kring patienter med komplexa vårdbehov kan det leda till negativa konsekvenser för patientsäkerheten och vårdkvaliteten (Jangland m.fl., 2018).

Problemformulering

En välfungerande och patientsäker vård är grunden för hälso- och sjukvården. Trots att det finns flera lagar och föreskrifter som reglerar patientsäkerheten och att ett gediget arbete för en säkrare vård ständigt pågår drabbas en av tio patienter årligen av vårdskador i Sverige. Faktorer som hämmar patientsäkerheten är arbetsmiljöfaktorer som stress, hög arbetsbelastning, bristande kompetensutveckling och undermålig informationsöverföring. Vårdskador drabbar först och främst individen med ett onödigt lidande men även samhället påverkas negativt på grund av ökad kostnad till följd av en förlängd vårdtid. Den strategi för att öka patientsäkerheten är att Sveriges sjukvård är indelat i olika vårdnivåer där den högspecialiserade vården är koncentrerad till några få platser i landet vilket lett till att kompetensen blir samlad på ett och samma ställe och patienter med komplexa sjukdomstillstånd erhåller en jämställd vård. Till exempel centraliseringen av Whipplekirurgin. En negativ konsekvens av detta är dock *när* överflyttningen mellan vårdnivåer inte fungerar och leder till en icke kontinuerlig vårdkedja samt en bristande informationsöverföring. Forskningen inom området har främst fokuserat på överflyttning och överrapportering intrahospitalt samt mellan sjukhus och primärvård eller kommun. Den forskning som finns om överflyttning av patienter mellan sjukhus har oftast utgått från patientperspektivet. Dock finns det en kunskapslucka utifrån sjuksköterskors perspektiv av vad som främjar en patientsäker överrapportering mellan sjukhus på olika vårdnivåer.

Syfte

Att utifrån ett sjuksköterskeperspektiv undersöka vad som främjar en patientsäker överrapportering mellan sjukhus för patienter med pankreascancer som genomgått en Whippleoperation.

Metod

Ansats

Då syftet med denna uppsats var att studera sjuksköterskors upplevelse av valt fenomen var en kvalitativ ansats bäst lämpad. Henricson och Billhult (2017) menar att kvalitativ forskning utgår från ett holistiskt synsätt vilket innebär att utforska personers upplevda erfarenheter kring ett fenomen samt att det inte finns någon absolut sanning i dessa erfarenheter. Priebe och Landström (2017) skriver att när forskaren använder sig av ett induktivt förhållningssätt väljs en företeelse ut som studeras förutsättningslöst och beskrivs på ett så korrekt sätt som möjligt. Aktuell uppsats har en induktiv ansats som teoretisk utgångspunkt.

Urval

Ett strategiskt urval användes för att besvara syftet. Strategiskt urval används för att få ut så mycket information om ett fenomen som möjligt genom att selektivt välja ut studiedeltagare som kan ge en så djup bild som möjligt (Guba, 1981). Henricson & Billhult (2017) beskriver att inom kvalitativ forskning prioriteras ofta ett färre antal deltagare men som i sin tur kan bidra med en mer djupgående beskrivning av valt fenomen. I och med studiens syfte tillfrågades sjuksköterskor på tre kirurgiska avdelningar inom Västra Götalandsregionen. En högspecialiserad övre gastroavdelning på ett universitetssjukhus samt två kirurgavdelningar på två länssjukhus. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor på grundnivå eller med någon form av specialistutbildning. Ingen nedre tidsgräns för hur länge deltagarna arbetat som sjuksköterskor sattes. Respektive avdelning hade på ett eller annat sätt vana av överflyttning av patienter som genomgått Whippleoperation. På så vis bedömdes deltagarna från dessa avdelningar kunna besvara syftet.

Kontakt med respektive verksamhetschef togs via e-post. Efter godkännande från etikgruppen på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa skickades skriftlig information (etikansökan och forskningspersonsinformation [FPI]) ut via e-post till verksamhetscheferna på respektive sjukhus (ett universitets- och två länssjukhus) som alla gav sitt godkännande. Därefter tog författarna till examensarbetet och handledaren kontakt med enhetscheferna på respektive avdelning och lämnade information om studiens syfte och FPI. Deltagarna fick tillåtelse av respektive enhetschef att delta i intervjuerna under arbetstid. Information till respektive personalgrupp om deltagande och anmälan gavs muntligt och via e-post. Ett anslag sattes upp på berörda avdelningar med samma information samt information om inplanerade datum för intervjuerna. Deltagarna anmälde sig genom att e-posta författarna.

Samtliga sjuksköterskor på utvalda avdelningar tillfrågades. Totalt tackade tio sjuksköterskor från universitetssjukhuset samt ena länssjukhuset ja till att delta i studien. En av sjuksköterskorna från universitetssjukhuset fick i sista stund förhinder och hade inte möjlighet att delta. Tre fokusgruppsintervjuer ägde rum där en av deltagarna i varje intervju arbetade på

universitetssjukhuset och övriga deltagare arbetade tillsammans på det ena länssjukhuset. Inga sjuksköterskor från det andra länssjukhuset valde att delta.

Datainsamling

För att studera valt fenomen har semistrukturerade fokusgruppsintervjuer utförts vilket enligt Danielsson (2017) betyder att öppna frågor med efterföljande följdfrågor används. Enligt Wibeck (2017) har fokusgruppsintervjuer flera fördelar; dels interaktionen mellan deltagarna som ger en gemensam mening kring ämnet och att introverta deltagare kan bli motiverade att dela med sig av sina erfarenheter efter att ha hört de extrovertas upplevelser.

Fokusgruppsintervjuerna skedde via Zoom, medeltiden var 58 minuter och alla intervjuer spelades in. Innan intervjuerna påbörjades hade en intervjuguide upprättats av författarna till examensarbetet i samråd med handledare. Detta för att frågorna som ställdes skulle vara relevanta för examensarbetets syfte. Danielsson (2017) samt Polit och Tatano Beck (2020) beskriver intervjuguiden som ett stöd där frågor samt stödord kan finnas med. Efter att intervjuguiden upprättats utfördes ett par testintervjuer för att se till att frågorna fungerade, var tydliga och relevanta därefter gjordes en justering av frågorna utifrån synpunkter som framkom (se bilaga 1). Under intervjuerna fungerade en av författarna till examensarbetet som moderator medan den andra var tyst observatör. Enligt Polit och Tatano Beck (2020) har moderatören en viktig roll under intervjuer och bör se till att samtliga deltagare får sin röst hörd.

Efter utförda intervjuer transkriberades allt insamlat material av författarna till examensarbetet. Danielsson (2017) menar att det är en fördel att transkribera intervjuerna själv då det ger tillfälle för en upprepning av vad som togs upp under intervjun. När intervjuerna transkriberas ordagrant kan nyanser framträda vilket ger en bra grund för förståelsen kring fenomenet som undersöks. Alla intervjuerna transkriberades individuellt av båda författarna till examensarbetet.

Dataanalys

Insamlad data från intervjuerna analyserades med hjälp av en kvalitativ manifest innehållsanalys som enligt Graneheim och Lundman (2004) utförs i följande steg. Hela det transkriberade materialet läses igenom upprepade gånger för att få en helhetsbild över textens innehåll. Relevanta meningar som svarar på syftet (så kallade meningsbärande enheter) plockas ut och kondenseras för att korta ner texten men behålla kärnan. De kondenserade meningsenheterna fick en kod som kortfattat beskriver kärnan. Dessa koder grupperas sedan in i subkategorier som sedan bildar kategorier.

De identifierade meningsenheterna komprimerades och därefter fick de en kod, detta gjordes individuellt av båda författarna. Författarna gick sedan gemensamt igenom allt analyserat material. I de fall då meningsenheter och koder skiljde sig åt mellan författarna diskuterades detta så att konsensus uppkom. Övervägande del var dock lika mellan författarna. Tillsammans med handledare kunde framtagna koder kategoriseras till subkategorier och kategorier. Exempel på analysen visas i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på dataanalys

Komprimerad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Det hade varit jättenyttigt för oss som jobbar med verkligen högspecialiserad vård. Det hade varit superbra att komma ut i regionen och se hur funkar det på ett mindre sjukhus, hur jobbar man och hur ser rutinerna ut	Utbyte av erfarenheter	Förståelse	Organisation
Ibland kan det vara ett verktyg för att man släpper det på jobbet än att ta med sig hem kan jag känna att nu har jag sagt allting, sen är det inte alla grejer som man dokumenterar utan.. Jag har gjort det här, du får ta över det här.	Muntlig rapport för att kunna släppa jobbet	Utformning av rapport	Informatik

Forskningsetiska överväganden

Arbetet är granskat enligt forskningsetiskt övervägande av Etikgruppen vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa Göteborgs universitet. Enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) behöver arbeten som faller inom ramen för examensarbete på grund- och avancerad nivå inte ha något tillstånd från en etikprövningsmyndighet. Deltagarna fick ta del av en forskningspersonsinformation för att kunna ge sitt informerade samtycke. I samband med intervjuerna samlades ett muntligt samtycke in.

Inför examensarbetet genomfördes en risk-/nyttaanalys där den primära risken som identifierades var att svåra känslor riskerade uppstå under intervjutillfället. Denna risk vägdes dock mot nyttan av examensarbetet och det bedömdes att nyttan övervägde risken. Nyttan som framför allt identifierades var att arbetets resultat skulle kunna bidra med att förbättra vården och säkerställa patientsäkerheten för patienter som genomgått Whipplekirurgi och därefter förflyttas mellan sjukhus. Detta område är i dagsläget relativt obeforskat. I Belmontrapportens andra princip *välgörenhetsprincipen* finns beskrivet att all forskning ska öka de potentiella fördelarna för individen och minska risken för biverkningar eller skada (Miracle, 2016). Om det under intervjun uppkom obehagliga känslor uppmanades deltagarna att meddela detta till studieansvariga för stöd och vidare omhändertagande vid respektive klinik.

I början av varje intervju betonades att det som sades under intervjun inte fick föras vidare. I och med att intervjuerna bestod av fokusgrupper där deltagarna kunde se varandra fanns inte möjlighet till anonymitet. Däremot avidentifieras och kodades alla deltagare under transkriberingen. Intervjuerna spelades in på författarnas till examensarbetets privata datorer. All data sparades fram tills att arbetet blivit godkänt för att därefter raderas. Data förvarades så att obehöriga ej kunde ta del av den. Resultatet redovisas så att specifik information inte kunde härledas tillbaka till en specifik deltagare.

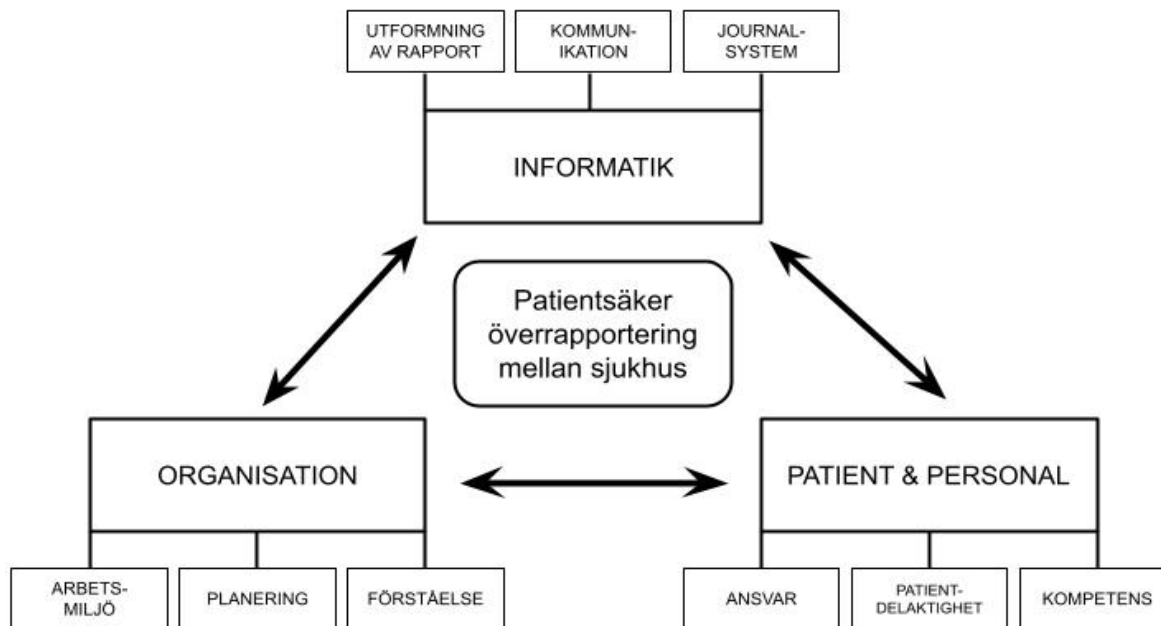
Resultat

Totalt deltog nio sjuksköterskor i intervjuerna som ligger till grund för resultatet, demografiska data och fokusgruppernas sammansättningar redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Demografi över deltagare i fokusgrupperna

Fokus grupp	Antal deltagare	Erfarenhet (median)	Erfarenhet (medel)	Grundutbildad sjuksköterska	Specialist-sjuksköterska	Läns-sjukhus	Universitets-sjukhus
1	4	3,75 år	4,6 år	3	1	3	1
2	3	8 år	10 år	3	0	2	1
3	2	13 år	13 år	1	1	1	1

Utifrån innehållsanalysen framkom tre kategorier som i sin tur bygger på nio subkategorier, se figur 1. Även om det primära syftet var att undersöka vad som *främjar* en patientsäker överrapportering beskrevs ofta vad som hämmar överrapporteringen. Kategorierna som framkom spelar alla en viktig roll för en patientsäker överrapportering och integrerar med varandra. Till exempel kan en stressad arbetsmiljö påverka utformningen av rapporten och därmed kanske också patientsäkerheten. Ett annat exempel kan vara hur kompetensen hos sjuksköterskan påverkar kommunikationen mellan sjukhusen vilket kan leda till en bristande planering för patientens vård.



Figur 1 Sammanställning av kategorier och subkategorier

Informatik

Under kategorin Informatik, diskuterade deltagarna sina upplevelser kring information, kommunikation och journalsystemens påverkan vid överrapportering av patienter. Både intra- och interhospital överrapportering berördes samt både patienter som genomgått Whipplekirurgi och andra kirurgiska ingrepp.

Utformning av rapport

Det framkom att en rapports innehåll och kvalitet spelade stor roll för vården. Att under rapport få reda på precis allt som skett med en patient som vårdats under en längre tid ansågs inte prioriterat. Fokus borde istället ligga på patientens senaste status, risker och problem. Planen framåt var också en punkt som ansågs viktig och likaså betoning på omvårdnadsperspektivet.

''Man rabblar gärna upp vad som har hänt, patienten kanske har vårdats på sjukhus i 2 månader.. då kanske det inte är så relevant det som hände alldeles inledningsvis utan.. att man fokuserar på det senaste [...] så att man går direkt på det som är kärnfullt'' Fokusgrupp 3

Varierande kvalitet på överrapporteringen beskrevs, bland annat bristande intern rapportering från exempelvis uppvakningsavdelningen. Det ansågs vara väldigt personbundet hur kvaliteten på överrapportering var, samt det var stor skillnad om rapporten följde någon form av struktur. SBAR diskuterades av alla fokusgrupper, några ansåg att verktyget var tillräckligt medan andra påtalade behovet av en utvidgad variant. Fördelarna med SBAR var många; den bidrar med struktur i överrapporteringen och minimerar risken att viktig information missas. Deltagarna lyfte också behovet av någon form av mall/checklista att använda sig av både vid muntlig och skriftlig överrapportering och framför allt vid överflyttning mellan sjukhus och för patienter med komplexa behov.

''Du tyckte man skulle ha något annat än SBAR [...] jag håller nog inte riktigt med dig för jag tycker SBAR uppfyller det egentligen. Det handlar bara om hur man utformar den..'' Fokusgrupp 2

''Nu pratar vi om Whipple och det är ju ganska mycket som ska kopplas in [...]Så det är lite annorlunda än från avdelning med kanske divertikulit eller ileus. Det är större behov av checklista'' Fokusgrupp 2

Det framkom att olika mottagare hade olika preferenser för hur en överrapportering skulle gå till. Flera av studiedeltagarna var eniga om att vissa rapporter innehöll allt väsentligt medan andra egentligen inte alls får med något av värde. Även tempot togs upp som en påverkande faktor gällande en rapports innehåll och kvalitet.

''ibland är det till och med skostorlek med och sen nästa så vet man inget. Det är väldigt varierande'' Fokusgrupp 1

''det är lätt att man rusar på.. I samtalet med sin kollega, det är lätt att man missar grejer..'' Fokusgrupp 3

En fördel med skriftlig rapport som nämndes var enkelheten då personalen inte behöver förhålla sig till någon annan eller vänta på att mottagande är redo för att ta emot rapport. En deltagare nämnde att muntlig rapport var ett sätt att släppa jobbet då allt som gjorts under passet och fortsatta rekommendationer lämnats över till nästa sjuksköterska som även fått möjlighet att ställa frågor. Vetskapen om att det som rapporteras muntligt också lätt försvinner beskrevs. Något som kunde göra det lättare att förmedla känslor och egna värderingar som annars inte hade gått att förmedla skriftligt i journalen.

''det man muntligt rapporterar vet man ju att.. det försvinner [...] så man kan lägga sin egna värderingar i det.. [...] den känslan vill jag ju inte skriva i journalen för då blir det så konkret..'' Fokusgrupp 3

Att kombinera muntlig rapport med skriftlig rapport kunde ge god information om patienten. Flera nämnde behovet av att ges möjlighet att ställa följdfrågor efter muntlig rapport, vilket ansågs extra viktigt vid komplexa patienter och vid patienter som man inte hade vana av att vårda. Det framhölls också att frågor under rapport var ett sätt att samla information om en patient och borde inte ses som anklagelser. Svårighet att komma på följdfrågor på rak arm beskrevs. En studiedeltagare ansåg att muntlig överslagning ofta ger tillräckligt med information och uppmuntran efter en bra rapport togs upp av en annan studiedeltagare.

''när jag får muntlig rapport så har jag svårt att komma på följdfrågor just där och då, för jag behöver liksom smälta informationen lite'' Fokusgrupp 1

Olika terminologi mellan olika avdelningar och sjukhus diskuterades i en av fokusgrupperna men det var inget som studiedeltagarna ansåg var något stort problem.

Journalssystem

Dokumentationen ansågs viktigt för en säker överflyttning där ett enkelt och lättnavigerat journalssystem var en främjande faktor. Att journalen var uppdaterad underlättade när information letades fram i efterhand. Ett exempel kunde vara när frågor dykt upp en stund efter muntlig rapport då kunde en detaljerad epikris ge svar. De flesta studiedeltagare tyckte att den gemensamma funktionen SieView i Melior var krånglig, tidskrävande och svårnavigerad vilket gjorde att funktionen inte var särskilt använd. Informationen som gick att nå via SieView var i princip samma information som rapporteras muntligt eller via pappersform (till exempel epikriser). Information som däremot ofta saknades efter rapportering mellan sjukhus som provsvar och mätvärden fanns inte att få tag på via funktionen. Att kunna gå tillbaka i historiken och se tidigare provsvar och trender ansågs viktigt för vården men något som inte var möjligt trots gemensamt journalssystem. Problemet med journalsystemen Melior och SieView påverkade vården negativt främst för patienter som förflyttats mellan universitetssjukhus och länssjukhus.

''Ja det här med att man skriver vad senaste proverna var. Och så ser man vad aktuella prover är, men man vet inte dynamiken. Man vet inte om CRP 50 är bra för att det är på väg ner eller om det är tecken på att nåt är på gång att hända''
Fokusgrupp 1

Kommunikation

Både intern och extern kommunikation lyftes, där kommunikationen mellan sjukhusen ansågs främjas genom en öppen och förstående dialog med möjlighet att ställa frågor. Kontinuiteten var en faktor som påverkade patientsäkerheten i rapporteringen. En hämmande faktor som angavs var om rapporterade sjuksköterska inte var insatt i aktuell patient likaså otillräcklig förståelse för andra vårdkontext. Aspekten med ett geografiskt avstånd var också en faktor som påverkade patientsäkerheten under rapport, att försäkra sig om informationen landade rätt kunde vara svårt vid muntlig rapport mellan två sjukhus.

“Det är mycket svårare att säkerställa patientsäkerheten när man rapporterar via telefon eller har ett geografiskt avstånd emellan sig. Det är svårare att följa upp både om man fick med sig all information själv eller om man gav all information alltså om det landade rätt” Fokusgrupp 1

“Man är hemmablind i sin egen kontext det som är självklart för mig behöver inte alls vara.. det som är mest relevant på en allmänkirurgisk avdelning. Så det är svårt att säkerställa att man ger rätt information. Eller att man framför allt inte missar något som är jätteviktigt i en annan kontext.” Fokusgrupp 1

Att fungerande kommunikation och informationsöverföring mellan sjukhusen var fundamentalt för den fortsatta vården ur ett patientsäkerhetsperspektiv framkom tydligt i alla fokusgrupper. Att komplettera en bra muntlig rapport med skriftlig information som epikris och läkemedelslista i god tid ansågs optimalt. En välfungerande och smidig verbal kommunikation mellan sjukhusen var önskvärt. Att behöva efterlysa journalhandlingar och vänta på att de ska faxas ansågs vara ett stressmoment. Även det faktum att fax fortfarande används diskuterades ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Avsaknad av väsentlig information upplevdes påverka vården negativt då nästkommande dag fick användas till att eftersöka information. Att förbättra den muntliga kommunikationen mellan sjukhusen ansågs vara en viktig punkt.

“Sen att vi fortfarande håller på med faxar är ju otroligt märkligt. Man har ingen aning om man kommer rätt eller inte. Om man skriver en siffra fel så kommer det helt fel och man har ingen möjlighet att kontrollera vem som läser vad” Fokusgrupp 2

“det hade säkert kunnat förbättras om man ringer och diskuterar direkt. Nu blir det oftast kring- eller krokvägar när jag har skickat folk” Fokusgrupp 2

Studiedeltagarna beskrev att information om patientens vitalstatus var viktig att kommunicera inför överflyttning till annat sjukhus samt att informationen då var ärlig och verklighetstrogen. Information om avvikande vitalparametrar eller annat som kunde indikera på att patienten sviktade i sitt tillstånd betonades. Det var här ytterst viktigt att denna typ av information förmedlades i god tid så att mottagande enhet kunde förbereda och organisera sig.

“Vi vill hellre veta att en patient är svindålig. Det är bättre att få en rapport att [...] den här patienten är liksom urkass och behöver jättemycket insatser och så kan vi kratta för det, än att vi får en rapport som låter helt okej” Fokusgrupp 1

Betoning på patientens problemområden och rekommendation om fortsatt vård ansågs vara viktig information att kommunicera över vid överflyttning till annat sjukhus, såsom nutrition, elimination och mobilisering. Detta för att mottagande enhet skulle ha möjlighet att fokusera och sätta in rätt åtgärder för patienten. Det ansågs även viktigt att listor som registrerat patientens näringsintag och förluster från katetrar, sonder och drän rapporterades över till mottagande enhet, detta gällde inte minst aktuella listor för transportdagen. Denna typ av information hamnade ofta mellan stolarna, både vid intra- och interhospitala överflyttningar.

''Ja jag håller med betoning på problem och farhågor också. Men någonting som nästkommande då som tar vid behöver titta noga på liksom'' Fokusgrupp 2

''jag vet inte hur många gånger man får ringa till en avdelning och fråga. Kan du kolla om det står uppskrivet på någon lista.. alla har ju olika system för hur urin och vätskebalans räknas och registreras..'' Fokusgrupp 2

Patientens rehabiliteringsprocess, både fysiskt och mentalt, var viktig information att förmedla vid överflyttning. Likaså om sändande enhet uppmärksammat att patienten eventuellt skulle behöva insatser från kommunen efter utskrivning.

Angående den interna kommunikationen ansåg flera studiedeltagare att den kunde förbättras, framför allt avseende gemensamma patienter mellan sjukhusen. Om kommunikationen förbättrades mellan mottagning och avdelning kunde avdelningen i sin tur vara mer förberedd på kommande postoperativa patienter från Universitetssjukhuset.

''Ja prata lite mer med varandra som sagt, doktorerna har lista. De vet vem som opereras. De följer ju den patienten. De vet att han ska opereras denna veckan så lite mer kommunikation mellan oss också.'' Fokusgrupp 2

Det framkom väldigt tydligt att kommunikationen påverkas dels av hur informationen ges men även genom andra faktorer som påverkar hur sändande och mottagande personal har det på respektive enhet, vilket redovisas under Kategorin; Organisation.

Organisation

Under kategorin Organisation, framkommer det hur sjuksköterskorna ansåg att arbetsmiljön påverkade överflyttningen, hur viktig planeringen var för att detta skulle bli så patientsäkert som möjligt, där patienttransporterna var en påverkande faktor. Deltagarna beskrev även förståelse för andra samt utbyte av erfarenheter och hospitering.

Arbetsmiljö

Deltagarna diskuterade i hög grad hur arbetsmiljön påverkade överflyttningen av patienter, där stress, tidsbrist och känslan av att hela tiden behöva släcka bränder framkom. Även om det fanns interna rutiner för hur en överflyttning skulle gå till och vem som skulle möta upp patienten när den kom fram så spelade arbetsmiljön roll även i de situationerna. De gånger överflyttningen inte var planerad i god tid påverkades även patientsäkerheten då tidsbrist ökade risken för mänskliga misstag. Studiedeltagarna menade att även om viljan fanns att överflyttningen skulle bli bra så fanns inte alltid tiden för förberedelser.

“Det är många faktorer som påverkar. Har man en stressig dag, att stress påverkar, är det underbemannat. Allt sånt påverkar ju hur en överflytt blir för en patient”
Fokusgrupp 1

“vissa överflytt vet man inte så långt i förväg utan du kan gå på kvällspasset och så ska patienten flyttas över till exempel. Då har man inte förberedelsen till att göra allt för man vill boka transporten i tid så patienten kommer fram eller något akut Mycket faktorer som gör hur en överflytt påverkas” Fokusgrupp 1

Studiedeltagarna tog upp att problemet med stress, tidsbrist och hög arbetsbelastning inte alltid var något som personalen på golvet kunde påverka utan att det var på organisationsnivå. De gånger något missats i en överflyttning beskrevs det inte bero på att personalen struntat i att göra det utan att det orsakades av stress eller tidsbrist. På sändande och mottagande sida finns koordinatörer som försöker se till sin egen personal men samtidigt behöver se till att organisationen fungerar med vårdplatser, överflyttningar och patientflöde. Det är ett problem som ligger på organisationen som behöver se till att det finns luft i systemet för att klara av de överflyttningar som krävs och för att dessa överflyttningar mellan sjukhus ska bli patientsäkra. Platsbristen leder ofta till en frustration, både sändande och mottagande sida är måna om sina vårdplatser och vårdplatskoordinatorerna hamnar i en sits där sändande behöver bli av med patienter för att kunna ta emot nya medan mottagande sida inte har någon plats för patienten då de inte får hålla platser.

“Vårdplatskoordinatorerna är måna om att sjuksköterskorna på mottagande sida inte ska gå under så vi har en intressekonflikt som vi inte kan styra, den är organisatorisk.” Fokusgrupp 1

“Det är ingen luft i systemet för att klara dynamiken och det är ganska tröttsamt”
Fokusgrupp 2

Studiedeltagarna kom hela tiden tillbaka till platsläget på sjukhusen och hur belägningsgraden är för hög för att överflyttningar ska kunna planeras in och ske så patientsäkert som möjligt. Om belägningsgraden hade varit lägre hade det funnits plats för de patienter som kommer utan förvarning. Platsläget kan även påverka vilken information mottagande avdelning får då sändande avdelning kan ha press på sig att skicka patienter vilket leder till en stressad överrapportering. Pressat platsläge leder också till att patienter blir utlokaliserade till andra avdelningar och detta upplevde deltagarna minskar patientsäkerheten då de kan komma till avdelningar som inte är vana att arbeta med just den patientgruppen.

“Man önskar att det hade sett ut så i regionerna överallt att vi hade en 85% belägningsgrad i stället för en 115% det hade löst ganska mycket” Fokusgrupp 1

“Jag tycker oftast från den här sidan så funkar det väldigt bra. Sen kan det variera och man hör ofta på vårdplatskoordinatorn om det är högt tryck eller inte, det är lite olika stressnivå beroende på platsläget. Om någon är frustrerad och irriterad så är det sällan personligt utan handlar om att det är trångt och vi är måna om att få iväg patienter.” Fokusgrupp 1

En del av studiedeltagarna kom in på att platsbristen kan leda till tankar och lösningar som känns oetiska. Att patienter behöver vara i behandlingsrummet när de kommer till avdelningen då det inte finns någon plats eller att man kan känna att det är lite skönt när patienter blir kvar på intensivens exempel. Deltagarna tyckte detta var jobbigt och nämnde att det var inte rätt att patienterna skulle behöva behandlas på det sättet.

“Ibland så är det nästan så när våra patienter får komplikationer är det lite bra för det löser problemet tillfälligt för de ligger kvar på intensivens ett par dygn extra och vi kan rotera den platsen. Det är så oetiskt men det löser problemet här och nu och det är rätt illa att vi är där” Fokusgrupp 1

Många gånger gör både sändande och mottagande sida allt för att förbereda och göra överflyttningen så bra och smidig som möjligt. Trots detta kan överflyttningen kännas forcerad och allt ska ske snabbt även om man kan känna att det borde kunna vara smidigt och bara flyta på. Detta påverkar attityden mellan avdelningar och sjukhus på ett negativt sätt.

“Attityden mot varandra är lite präglad av platsbristen, inte bara mot andra sjukhus utan andra avdelningar. Man får patienten, rapporteras snabbt, ta patienten snabbt trots att man inte har plats men det ska göras fort för det är det platssituationen kräver.” Fokusgrupp 2

Det är även av stor vikt för arbetsmiljön vilken tid patienten kommer till mottagande sjukhus. Studiedeltagarna tog upp hur ofta patienterna kommer i skiftbyten när det är kaos eller på kvällen när det är mindre personal, de nämnde att det ofta känns som rapporter och patienter kommer när det är som sämst och att det verkar vara likadant överallt. Även här spelar platsläge och platskoordinering in och leder till stressade situationer. I en del fall har sändande sjukhus ringt och rapporterat patienten till mottagande enhet men då ingen plats finns när rapporten ges så kan inte rapporten ges till den sjuksköterska som ska vara ansvarig för patienten. Detta betydde att platsbristen ledde till ett mellanled i rapporteringen som skulle kunna undvikas. Om det är dagsjuksköterskan som tagit emot rapporten men patienten inte kommer förrän skiftbytet måste det finnas tid att förbereda så mycket som möjligt åt sin kollega som ska jobba kväll för att överflyttningen ska fungera så bra som möjligt men möjligheten finns tyvärr inte alltid. Studiedeltagarna var överens om att den bästa tidpunkten för patienten att komma vore på dagen och inte under ett skiftbyte. Detta för att både mottagande och sändande enhet ska ha en möjlighet att kunna fylla i eventuella luckor och lätt få svar på frågor. Om patienten kommer på dagtid blir det mindre att göra för mottagande sjuksköterska och överflyttningen blir då mer patientsäker.

“Idealet för patientsäkerheten skulle vara att patienten kommer i tid under dagen, man har fått en muntlig rapport i lugn och ro, papper har kommit. Ansvarig läkare under dagen kan skriva in patienten, sätta in läkemedel. Det är ingen på jourtid. Liksom ja jouren kommer snart, nej jag har inga läkemedelslistor jag kan inte ge kvällsmediciner för jag vet inte. Det hade varit patientsäkert att patienten kommer under dagen. Att med rapportering, ansvarig läkare när det är gott bemannat skriver in. Det ser jag som det bästa för patienten och patientsäkerheten” Fokusgrupp 1

Planering

För att göra överflyttningen så bra som möjligt för sändande och mottagande enhet men även för patienten var samtliga deltagare överens om att det behövdes planering. Om den sändande enheten förvarnar mottagande enhet om en överflyttning i god tid ges möjligheten att kunna planera och förbereda tills patienten kommer. Tyvärr kom det fram flera gånger under intervjuerna att det inte alltid ser ut så vilket gör det krångligare än det borde vara enligt deltagarna. Att i tidigt skede ha en prognos för när det kan vara tänkt att patienten kan åka till hemsjukhuset skulle underlätta. Några deltagare tog upp att den planeringen skulle behöva starta redan vid inskrivningen samt att det skulle finnas en lista mellan sjukhusen för att båda parter ska veta vilka patienter som finns vart och när de ska opereras för att veta på ett ungefär när det kan vara tänkt att de kommer tillbaka till hemsjukhuset.

“Det är en rak linje som görs kurvig. Man ska prata med läkaren som ska prata med sin läkare. Platskoordinatören ska sedan prata med sin läkare som meddelar vår läkare och sedan meddelar vår platskoordinator och sen kanske det går. Sen blir det sen eftermiddag så då går det inte så det blir nästa dag. Det är ett meck som borde kunna varit smidigare.” Fokusgrupp 2

Några deltagare kom in på hur viktigt det är för den fortsatta vården att man gemensamt ser till att patientens behov av kommunala insatser initieras i ett tidigt skede. Även om universitetssjukhuset inte kan initiera kontakt med kommunen önskade sjuksköterskor från länsdelssjukhuset att information kom fram att patienten är i behov av kommunala insatser. På så sätt kan sjuksköterskan som tar emot patienten på länsdelssjukhuset initiera kontakt med kommunen tidigare och på så vis förhindra att vårdtiden blir förlängd för patienten endast för att kommunen behöver tid att starta sina insatser.

Något som togs upp var skillnad på planering för patienter som skrivs ut till hemmet eller öppenvården med kommunala insatser jämfört med flytt till ett annat sjukhus då kontakt med kommun och öppenvård ofta initieras i ett tidigt skede. Detta tänk finns inte mellan sjukhusen. När patienten ska hem är det en längre process och patienten är införstådd med när de ska hem och vet vad som krävs för att de ska kunna bli utskrivna till hemmet. Planeringen kring patienter som ska skrivas ut till hemmet är alltså bättre och längre än om de ska flyttas till ett annat sjukhus.

“Då kan man ringa och säga att den här behöver Samsa. Det ser vi här och patienterna har själva uttryckt sånt kan vi starta samsa innan han kommer hit. Så att de vet om patienten redan när han är här så de inte behöver 2 dagar för att tänka om vad de ska göra med honom utan de har honom i sitt system. Man kan starta samsa innan man är på avdelningen” Fokusgrupp 2

Att patienttransporterna påverkade överflyttningen tog flera av studiedeltagarna upp. Det är svårt att planera in när en patient ska åka från sändande enhet när patienttransporterna kommer när som helst. Ibland får man vänta hela dagen på transporten eller så står de på avdelningen helt plötsligt för att hämta patienten. Genom att ringa till mottagande enhet när transporten åker kan man underlätta för mottagande avdelning att veta när de kan förvänta sig att patienten kommer. Själva transportdagen var också något som diskuterades. Då sändande enhet ibland slutar mäta till exempel vad patienten dricker eller kissar för patienten ska ju ändå åka vet inte

mottagande enhet de värdena när patienten kommer till avdelningen. Man vill inte behöva fråga patienten utan ibland är det som man får starta från början igen.

“Det som det rings om kan ju vara när det är liggande transport och är väldigt svårt att veta när det blir även fast man beställer en viss tid. Så då kan det hända att de kanske vill meddela när liggande transport går från avdelningen för att underlätta planeringen när han kommer fram” Fokusgrupp 3

“Det känns som transportdagen blir en mellandag så det blir nästa dag hemma som man får börja om och se lite och kolla med patienten” Fokusgrupp 2

Förståelse

Samtliga deltagare kom in på attityder och att en förståelse för olika kontext behövs för att kommunikationen ska fungera. När det är olika perspektiv mellan sjukhusen och man löser problemen på varsitt håll blir det svårt att få en tydlig bild kring hur andra enheter har det. Läger man då till stress och frustration kom ett par av studiedeltagarna fram till att det blir en ‘vi- mot dom’ känsla. Man tycker att de andra avdelningarna är lata medan man själv får slå knut på sig själv för att hinna med allt. En av deltagarna kallade det för hemmablindhet, att man bara ser sitt eget. Någon annan nämnde att det är lätt att ta ut stressen och frustrationen på grannavdelningen än sjukhusledningen för de är osynliga. Slutsatsen var att dålig attityd inte leder framåt.

“Att blir sura på att man tror någonting funkar på ett visst sätt på ett annat ställe när man inte vet [...] Och ingen konstruktiv relation. det blir ju aldrig bättre om man inte börjar prata om vad är det vi ser och inte ser” Fokusgrupp 2

När det gäller attityden mot varandra i rapportering mellan sjukhus var de flesta av deltagarna överens om att det är god ton och trevliga rapporter. När det uppstår situationer där det inte finns plats hos mottagande enhet och det är kaos där sa en av deltagarna att sändande avdelning försöker hjälpa till genom att hålla kvar patienten en dag till om de har möjlighet, allt för att hjälpa varandra. Någon av deltagarna fick sig en tankeställare just i detta att uppmuntra mer.

“Man skulle lägga på minnet och tacka för en bra rapport när man får den. Då lyfter man den andra personen och så fortsätter det så. Jag tror vi är dålig på att lyfta varandra när det går bra” Fokusgrupp 1

En av deltagarna kom in på hur det ibland kan komma arga samtal och då får man lägga sig platt och erkänna att man har gjort fel och be om ursäkt. Man får ha överseende med att den andra personen kanske har en dålig dag för det har alla. En annan deltagare nämner att alla lever i samma värld med stress och platsbrist så man vet hur den andra har det. Däremot kom en av fokusgrupperna in på att det inte får gå ut över patienterna.

“Så länge inte patienten blir utsatt får man väl, ja det ska ju inte vi som personal bli men man har väl mer förståelse för att de kanske inte har en bra dag. Är det någonting som går ut över patienten då är det ju värre” Fokusgrupp 3

För att få en större förståelse för varandra, få en inblick i hur andra enheter arbetar samt få en ökad ödmjukhet för verksamheten i stort kom samtliga deltagare in på att man borde hospitera

hos varandra. Några kom även in på att om man ser hur andra haft det är det svårt att prata illa om dem sen då man har sett deras verklighet.

“Ett större utbyte mellan kliniker och avdelningar hade varit bra. Utbyte av personal eller iallafall kommunikation, att man behåller respekten. Prata upp när folk snackar skit och hur de tror det funkar någon annanstans.” Fokusgrupp 2

Personal- och patientperspektiv

Under den sista kategorin, Personal- och patientperspektiv, diskuterades gemensam samordning och olika professioners ansvar. Vidare berördes bemötande mellan hälso- och sjukvårdspersonal, enheter samt även gentemot patienter. Slutligen togs det även upp hur kompetensen påverkade patientsäkerheten.

Ansvar

Deltagarna ansåg att koordinatörerna hade en viktig uppgift gällande överflyttning av patienter mellan sjukhus. För att överrapportering och överflyttning ska bli så bra som möjligt upplevde deltagarna ett behov av en gemensam samordning, att ha en checklista för patienter som skickas till andra sjukhus togs upp. Vissa deltagare ansåg att det borde finnas en mer frekvent kontakt mellan sjukhusen gällande aktuellt patientflöde. Så att mottagande verksamhet i god tid visste vilka patienter som skulle skickas och när de förväntades komma, dock framkom det att det ibland är ett hårt klimat mellan koordinatörerna då alla är måna om sina platser.

“men det verkar ju vara en väldigt hårt klimat, ibland mellan koordinatörerna. Det är ju liksom ja, men om en kirurgpatient måste kanske gå till barn eller gyn eller någonting. Man hör på dem som är koordinatörer att det blir jobbigt liksom”
Fokusgrupp 1

Det diskuterades att läkarna på länsdelssjukhuset säkerligen vet om vilka patienter som ska operera en Whipple på universitetssjukhuset och när samt att det skulle underlätta om personalen som ska ta hand om eftervården involverades i ett tidigare skede. Det diskuterades även om att mer erfarna läkare lägger stort ansvar på de yngre läkarna vilket ansågs vara ett problem då de inte lärt sig allt ännu. De talade även om problemet med felordinationer och när ordinationer ändras efter vilken läkare det är samt när läkemedelslistor inte kontrollerats vilket påverkar patientsäkerheten .

“Precis, men jag tror nog att en sådant lista om Whippleoperationerna, speciellt som ska till oss det har våra doktorer. Jag tror att de är medvetna om detta, men det kommer inte fram någonstans förrän det är dags att de ska hit.” Fokusgrupp 2

“det där är ju väldigt personbundet till doktorer vad de ordinerar. De ändrar lite som dom tycker, tycker jag. Beroende på vilken läkare det är.” Fokusgrupp 1

Deltagarna diskuterade även kring problemet när patienterna kommer från universitetssjukhuset på kvällen eller när inga papper är skickade. Då får sjuksköterskan först försöka få tag på en kirurgjour som ofta är upptagen eller ta lite egna initiativ från information de kan hitta.

Patientdelaktighet

När det gäller överflyttning av patienter mellan sjukhus tog några deltagare upp vikten av patientdelaktighet. En lugn och trygg överflyttning ökar patientsäkerheten medan när överflyttningen sker med kort varsel blir patienterna stressade. En deltagare beskrev tillfällena då överflyttningar behövde ske för att frigöra platser och där patienten vägrat åka. Då fick man börja om och välja någon annan vilket innebar onödigt arbete. En annan deltagare nämnde att det inte kändes rätt att behöva stressa för att få iväg patienter, för när överflyttningen sker plötsligt kan det innebära att patienten blir överraskad och det blir inte en bra upplevelse.

“det är inte så konstigt att det låser sig när det är med kort varsel och man inte riktigt förstår alldeles nyss vad man tillräckligt sjuk för att för att ligga kvar och sen helt plötsligt så nej du mår så bra så det går jättebra att åka till hemsjukhus”
Fokusgrupp 1

För att patienten ska känna sig trygg i överflyttningen behöver patienten vara förberedd. Ett sätt är att börja förbereda patienten mentalt redan vid inskrivning och sedan tala om överflyttningen kontinuerligt under vårdtillfället. En av deltagarna upplevde att det kunde vara svårt att lova något konkret när man inte vet hur länge patienten kommer vara kvar på universitetssjukhuset eller hur det kommer vara vid överflyttning till länsdelssjukhuset. Däremot ansåg deltagaren att man kunde informera om en eventuell överflyttning till hemsjukhuset inom några dagar och fråga om patienten känner inför detta. Några av deltagarna kom dock överens om att man alltid skulle uppmuntra patienten genom att tala väl om länsdelssjukhuset och inge förtroende och tillit inför överflyttningen. Att arbeta mot samma mål för patienten var enligt deltagarna också en viktig aspekt ur patientsäkerhet där både universitetssjukhus och länsdelssjukhus skulle ses som ett gemensamt team runt de gemensamma patienterna istället för två separata sjukhus.

“Nej det är bara peppa patienter det här kommer gå bra. Det här fixar vi tillsammans. De är jätteduktiga. Och det är bra vård där” Fokusgrupp 2

“ Vi jobbar åt den här patienten och det ska bli så bra som möjligt för den patienten. Vi är inte olika sjukhuset utan vi är ett team som följer en och samma patient och det är hans resa. Och vi följer honom på ett säkert sätt och det kan man göra med bra information och bra samarbete...Så vi är samma team”
2

Samtliga deltagare tog upp vikten av personcentrerad vård i överrapporteringen. Genom att ha i åtanke att alla patienter har olika behov och försöker få med vad patienten själv vill i överrapporteringen behöver inte patienten själv upprepa så mycket när de kommer till hemsjukhuset. En av deltagarna nämnde att patienterna kan känna sig stressad om de känner att sjuksköterskan som tar emot på hemsjukhuset inte fått all information, det blir en miss mellan patient och vårdare. Det är viktigt att patienten känner sig välkommen och trygg vid överflyttningen. Om överrapporteringen fokuserar på vad som är problemet för patienten och vad man behöver jobba mer med blir det en bättre överflyttning. Ibland kan patienten ha en helt annan upplevelse än sköterskan som rapporterat över patienten och det leder till otrygghet hos patienten.

“Säkert rapportering det bidrar ju att han ska känna att det är trygg i mig som vårdare. Det är mig som ansvarig till medicinska och det omvårdnadsmissiga.

Man ska vara trygg. Att jag kan någonting om honom då och det blir irriterande vid miss.” Fokusgrupp 2

‘’på universitetssjukhuset sa de att det var jätteviktigt att vi (patienterna) gjorde det här eller åt på något speciellt sätt. Och vi hade ingen aning om det och de har legat hos oss i flera dagar och vi har inte fortsatt med det. Då är det någonting i kommunikationen som har gjort att man har missat det’’ Fokusgrupp 1

Några deltagare diskuterade kring kontinuerlig vård av patienterna. Har en sjuksköterska vårdat samma patient flera dagar i rad upprättas en relation och patienten behöver inte upprepa information flera gånger, man kan ta upp tråden igen och samtalet kan fortsätta. Det lyftes även positiva aspekter med att patienten får träffa ny personal då sjuksköterskan som tar över kan ha ett annat perspektiv och tänkande. Vissa deltagare ansåg också att om en patient får förtroende för en sjuksköterska kan det leda till att de berättar saker som de inte sagt till någon annan. Det är en fördel som kan användas för att få vården att bli bättre.

“har man en personalgrupp [...] man säger ju inte allt till alla. Men har man någon som känner förtroende för då ska man ju använda det likaväl som personal och patient. Och det är också någonting som man ska hjälpas åt för att nå till målet. För att få patienten med på banan..” Fokusgrupp 3

Vissa deltagare diskuterade framför allt det bemötandet som ges när de ställde frågor till kollegor. En deltagare tog upp situationen när patienten kommer till avdelningen med ambulanstransport och sjuksköterskan frågar om patienten druckit något eller om katetern blivit tömd under färden. Upplevelsen var att ambulanspersonalen kunde blir irriterad över frågorna för att man då upprepar och frågar om sådant som man redan borde veta. En deltagare beskrev att när man ställer frågor under en rapport kan det uppfattas som man ifrågasätter vården även om deltagaren tyckte att det måste finnas tid för reflektion och tid för frågor och funderingar.

“Jo fast jag vill ändå kanske dubbelkolla någonting som inte jag kanske fattar helt och hållet.. Det är liksom en förståelse mot båda håll. Att den som rapporterar måste vara medveten om att det kan komma följdfrågor och det ska inte vara något anklagande utan det är någonting i själva rapporten ..Det tillhör helt enkelt” Fokusgrupp 3

Att involvera patienten i överrapporteringen framkom, till exempel genom att prata med patienten innan man rapporterar till mottagande enhet och se om det är något som patienten vill att de ska veta kan vara ett led i den personcentrerade vården. Att se till att patienten är med på vad som bestämts och vad man har diskuterat genom att låta patienten återberätta var också något som togs upp. En deltagare nämnde att det dock kan vara praktiskt svårt att ha med patienten i själva överrapporteringssamtalet men deltagarna var överens om att patienterna måste involveras mer för att det ska bli en trygg överflyttning.

“utan att man kan bara. Bekräfta det som jag och kollegan pratade om.. vi pratade om det här känner du samma sak nu? Känns det relevant det vi pratade om?” Fokusgrupp 3

Deltagarna tog upp hur patientdelaktighet kan leda till en snabbare utskrivning. Det framkom även att ett problem är att vårdpersonal gärna tar över lite för mycket och att patienterna inte får möjlighet att vara delaktiga. Det togs även upp hur viktigt det är att personalen är medvetna om att patienten kan komma att ändra sin vilja efter att ha erhållit ny information om sin vård och att personalen bör vara medvetna om detta. Om sändande enhet ser att patienten till exempel börjar ta sitt eget blodsocker så är det viktigt att det kommer fram till mottagande enhet så att de låter patienten fortsätta med det. Om patienten får kontroll över sin situation känner sig patienten delaktig och det ansåg deltagarna vara mycket positivt.

“Ja, vi försöker också involvera patienter. De mäter själva. Även vätskelistor försöker vi så mycket det går om dom är yngre och så där kan skriva själva.. vi involverar våra patienter också på olika sätt så de har övertag över sin situation och då blir det fortare hemgång.” Fokusgrupp 2

Kompetens

Kompetens, erfarenhet och trygghet var faktorer som upplevdes påverka en patientsäker överrapportering. Det diskuterades bland annat kring hur en rapport var beroende av en sjuksköterska som var trygg med att rapportera. Ett annat exempel kring trygghet var om rapporterande sjuksköterska inte var insatt i patienten, något som då resulterade i en otrygghet hos mottagande sjuksköterska. Även erfarenhet kunde underlätta genom att med denna visste sjuksköterskan vilka följdfrågor som var lämpliga att ställa under rapport. Med större erfarenhet var det också lättare att formulera sig vid dokumentation, att korta ner anteckningar men fortfarande behålla kärnan och allt väsentligt kunde som oerfaren upplevas svårt. Till skillnad från en mer oerfaren sjuksköterska där det kunde vara svårt att veta vart fokus skulle vara under rapport, vilket kunde resultera i en onödigt lång rapport. Det var också svårt att som ny veta vad som förväntades av en och det kunde ibland enligt deltagarna kännas rörigt och övermäktigt. Deltagarna diskuterade också mycket kring SBAR, och att rapportera strukturerat enligt SBAR krävde kunskap om hur verktyget skulle användas för att bli bekväm i sin rapport. Den mänskliga faktorn sades också kunna påverka den muntliga SBAR-rapporten och att träna på att rapportera enligt SBAR var därför enligt deltagarna viktigt för att minimera erfarenhetsfaktorn vid rapportering.

“Ja framförallt att den som rapporterar över patienten vet vad det är för patient och kände den.. Nej jag har inte träffat patienten och Det är ingen trygghet.. [...] då kan jag lika gärna läsa på själv” Fokusgrupp 3

Hur mycket erfarenhet en sjuksköterska hade påverkade också hur mycket information som behövdes under rapport för att kunna ge trygg och god vård till patienten. Men att ha stor vana av att vårda en viss patientgrupp kunde också innebära att man under rapport missade att poängtera viktiga saker. Samtidigt, att vårda komplexa patienter från en högspecialiserad avdelning kunde ibland kännas svårt även för erfarna sjuksköterskor då tillräcklig kunskap om dessa komplexa patienter saknades vilket påverkar patientsäkerheten. En potentiell lösning till denna kunskapslucka var enligt flera deltagare hospitering mellan avdelningar som hade ett tätt samarbete med varandra.

“Då ska båda vara bekväma med det. Det är lätt att säga att man har jobbat i 5, 6, 10, 20 år. Men om man har jobbat 2 år och båda har jobbat 2 år och inte är lika bekväm i den och det är patienter som man inte har hela tiden eller

motsatseffekterna ,det är patienter som man alltid har, man inte ser vad som behövs poängteras för att man tycker att det är så självklart... ’’ Fokusgrupp 2

Diskussion

Metoddiskussion

Kvalitativ manifest innehållsanalys som valts som metod för aktuell studie kan enligt Graneheim och Lundman (2004) vara en lämplig metod att börja med som novis student. Med mer kunskap och erfarenhet blir det sedan lättare att analysera det latent innehåll i texten. Eftersom båda författarna till arbetet inte hade någon tidigare erfarenhet av innehållsanalys togs då beslutet att analysera det textnära innehållet.

Eftersom sjuksköterskor från enbart två av avdelningarna valde att delta bör frågan om resultatets överförbarhet diskuteras. I och med att medverkande deltagare var sjuksköterskor från både ett länssjukhus och ett universitetssjukhus gjordes bedömningen att syftet skulle kunna besvaras gällande just dessa två kontext. Författarna till examensarbetet valde att inkludera sjuksköterskor på grund-, specialist- och avancerad nivå för att få en så djup bild som möjligt med varierande erfarenheter.

När det gäller antal deltagare i en studie behöver det finnas nog med data för att se variationer kring studerat fenomen (Graneheim m. fl. 2017). Trots att studien enbart hade nio deltagare samlades en stor mängd data in som var rik på olika infallsvinklar till studerat fenomen. Dock ställer författarna till detta examensarbete sig lite självkritiska till att det under varje fokusgruppsintervju framkom nya ämnen som diskuterades. Detta gör att författarna inte med säkerhet kan säga att datamättnad uppnåddes helt eller om ytterligare intervjuer gett ytterligare relevant data.

Författarna till examensarbetet försökte under hela processen vara medvetna om hur den egna förståelsen kan påverka datainsamlingen samt dataanalysen. Enligt Graneheim m.fl. (2017) utmanas författarna att hålla tolkning- och abstraktionsnivån på en lika nivå under hela analysprocessen. Författarna har försökt minimera den egna tolkningen genom att arbeta textnära med det transkriberade resultatet. Genom att visa med citat från den transkriberade texten kan trovärdigheten i en text stärkas, ett annat sätt kan vara genom att nå överenskommelse med medförfattare, experter och deltagare (Graneheim & Lundman, 2004).

Komplexiteten med överrapportering ur ett patientsäkerhetsperspektiv som berördes i bakgrunden ansågs vara ett välgrundat motiv till varför arbetet var nödvändigt och studien bedömdes därmed, av författarna till arbetet, vara etiskt motiverad. Kjellström (2017) betonar vikten av att studien är av betydelse och att det är oetiskt att bedriva forskning om ett ämne som saknar betydelse och relevans. Risken att alla deltagare inte fick komma till tals i och med att fokusgruppsintervjuer bedrevs identifierades också. För att minimera denna risk hade moderatorn stort ansvar i att se till så att alla deltagare fick komma till tals. Deltagarna fick upprepad information om att de när som helst under studiens gång kunde avbryta sin medverkan utan att behöva ange orsak.

Övervägande del av deltagarna var från länssjukhuset vilket resulterade i att deltagare från universitetssjukhuset i två av tre intervjuer riskerade hamna i ett underläge. Tonen och stämningen i intervjuerna var till överhängande del god men författarna till examensarbetet är medvetna om att det kan finnas situationer där vissa ämnen diskuterades som resulterade i att deltagare från universitetssjukhuset kunde känna sig anklagade. Dock informerades deltagarna om att det inte handlade om anklagelser och att ingen skulle ta något personligt.

Resultatdiskussion

Syftet med arbetet var att utifrån ett sjuksköterskeperspektiv undersöka vad som främjar en patientsäker överrapportering mellan sjukhus för patienter med pankreascancer som genomgått en Whippleoperation. Trots att en stor del hämmande faktorer framkom i resultatet besvarades syftet med studien. De tre huvudkategorierna som framkom ur resultatet var; Informatik, Organisation samt Personal- och Patientperspektiv, där framför allt två dominerande delar kommer att diskuteras som spänner över alla tre kategorier; Utformning av rapport och arbetsmiljö som enligt deltagarna är nyckelfaktorer som främjar en patientsäker överrapportering.

Utformning av rapport

För att främja en patientsäker överrapportering behöver informationen vara komplett och korrekt enligt deltagarna i aktuell studie, något som även Källberg och Göras (2021) beskriver. När en överrapportering inte är helt korrekt eller verklighetstrogen påverkas patientsäkerheten, då forskning visar att en felaktig eller icke fullständig rapport gör det svårt för sjuksköterskorna att vårda överflyttade patienterna på ett korrekt och patientsäkert vis (Yu m.fl., 2022). Källberg och Göras (2021) menar att risken att viktig information missas ökar vid muntlig överrapportering. Något som delvis motsäges av vårt resultat, där deltagarna även såg flera fördelar med muntlig rapportering; till exempel möjligheten att ställa följdfrågor och att sändaren även kan lägga in värderingar och känslor i rapporten. Främjande faktorer som togs upp under intervjuerna var bland annat vikten med strukturerade rapporter i god tid med möjlighet att ställa frågor samt att vården är personcentrerad och att patienter känner sig delaktiga. För att öka patientsäkerheten önskade deltagarna färre mellanled från rapport till att patienten anländer samt att till exempel dokumentation såsom läkemedelslistor var uppdaterade av läkare. Johnson m.fl. (2015) skriver att för lite information, låg kvalitet på informationen, begränsad tid för följdfrågor samt frekventa avbrott är hinder för en fungerande kommunikation. Detta kunde enligt deltagarna undvikas med hjälp av användandet av SBAR som är ett bra verktyg vid överrapportering, då det oftast leder till att enbart relevant information inkluderas. Något som både enligt deltagarna och Blom m.fl. (2015) leder till en mer patientsäker överrapportering. Vilket även beskrivs av Randmaa m.fl. (2014) som utförde en prospektiv interventionsstudie på två anestesikliniker i Sverige, där resultatet visade att införandet av SBAR reducerade kommunikationsmissar från 31% till 11%. Medan kliniken som fortsatte rapportera som tidigare hade en reduktion från 25% till 19%. Johnson m.fl. (2015) skriver att en icke fungerande kommunikation både påverkar patientsäkerheten, skapar förvirring, försenar utskrivning och hindrar vårdens kontinuitet. Vid en överrapportering har enligt Raeisi m.fl. (2019) både givande och mottagande sjuksköterska ett ansvar i informationen som ges är av god kvalitet då bristande rapport kan leda till en icke kontinuerlig vård.

Att information om vitalstatus, patientens fysiska och mentala status samt problemområden och rekommendationer tydligt framkommer vid överrapporteringen är viktigt. Även provsvar

ansågs viktigt att förmedla då detta inte gick att nå på grund av olika journalsystem vilket författarna till detta examensarbete anser kan leda till onödiga och upprepade provtagningar. Kitson (2018) anser att vårdkontexten den yttre dimensionen av Fundamentals of Care spelar en viktig roll i att främja eller hämma möjligheterna för sjuksköterskan att bedriva högkvalitativ vård. Ett gemensamt och lättåtkomligt journalsystem är enligt författarna till arbetet ett exempel på en faktor inom vårdkontexten som hade kunnat förbättra patientsäkerheten och därmed underlättat för sjuksköterskan i arbetet med komplexa och gemensamma patienter. Resultatet från Yu m.fl. (2022) visar att olika journalsystem försvårar överflyttningen, något som även studiedeltagare i detta arbete lyfte upp och beskrev att ett gemensamt journalsystem hade både underlättat överrapporteringen och vården av patienterna speciellt när de genomgått en Whippleoperation och har ett långt postoperativt förlopp som är svårt att få en helhetsbild av genom en överrapportering. Resultatet i en studie av Bertrand m.fl. (2019) visade att över hälften av alla patienter (53%) som förflyttats mellan två sjukhus genomgick upprepade undersökningar vid ankomst till mottagande enhet och i nästan alla dessa fall (94%) bedömdes undersökningarna vara helt eller delvis icke nödvändiga. Upprepade provtagningar är inte bara en kostnadsfråga utan kan också vara en smärtsam upplevelse för patienten.

Arbetsmiljö

För att öka patientsäkerheten i samband med överflyttning lyfte deltagarna fram flera aspekter; mindre stressande arbetsmiljö, fler vårdplatser och en bättre planering när möjligt. Detta är faktorer som även beskrivits vara av betydelse av Socialstyrelsen (2020). Enligt Merten m.fl. (2017) är det viktigt att se till att det finns tillräckligt med tid för att kunna ge en korrekt rapport på komplexa patienter. Något som flera av deltagarna lyfte fram var hur fler platser behövs för att optimera överflyttningen mellan sjukhus. Författarna till arbetet anser att en bättre planering mellan sjukhusen för patienter som genomgår en Whippleoperation samt tydligare intern kommunikation mellan mottagning och avdelning till viss del säkert hade kunnat göra mottagande avdelning mer förberedd för ankommande patient. Dock hade det inte förbättrat platsläget då det problemet till stor del ligger på organisationsnivå det vill säga hög belägningsgrad, besparingar, för få resurser och bristfällig kommunikation från sjukhusledning. Detta går emot vad Fundamentals Of Care står för då Muntlin och Jangland (2020) menar att vårdkontexten inte enbart inkluderar patient och vårdpersonalen på golvet utan även ledarskap, resurser, kultur, kvalitet och säkerhet samt ekonomi. Ytterligare en aspekt gällande tidspressen var att deltagarna ansåg att det var oetiskt och svårt de gånger en överflyttning skulle ske snabbt. De önskade att mer tid fanns så att sändande enhet fick möjlighet att mentalt förbereda patienten för överflyttning samt att mottagande enhet hade plats för patienten. Patienter som genomgått en Whippleoperation har ett stort vårdbehov i det tidiga postoperativa skedet men detta vårdbehov minskar sedan successivt. Det är av stor vikt att patienterna får löpande information om när en överflyttning kan tänkas ske men det är svårt att kunna ge information när överflyttningen ska ske snabbt och personalen inte fått någon förvarning innan. I en studie av Uhrenfeldt m.fl. (2013) belystes patienters perspektiv av överflyttning inom och mellan sjukhus, patienterna kände sig utsparkade och glömda när en överflyttning blev stressad och påskyndad. Under intervjuerna i aktuell studie framkom att bästa tidpunkt för en patientöverflyttning var dagtid då personaltätheten var störst och läkare fanns på plats på avdelningen. Detta önskemål stärks även av resultatet av studien av Mueller m.fl. (2019) vars resultat visar att mortaliteten för kirurgiska patienter ökar vid överflyttning nattetid samt även kan associeras med mottagande enhets sysselsättningsgrad. Detta var även något som Yu m.fl. (2022) tog upp där både tidpunkten för rapport samt ankomsttiden för patienten påverkade hur överflyttningen blev.

Deltagarna i aktuellt examensarbete hade som mål att överrapporteringen som gavs skulle leda till en kontinuerlig vård trots att patienten flyttades till annat sjukhus. I en studie av Svederud m.fl. (2015) ansåg patienterna att en kontinuerlig vårdkedja var fundamentalt. Detta var något sjuksköterskorna i studien av Yu m.fl. (2022) diskuterade kring, dock ansåg de att vården vid en överflyttning inte alltid var kontinuerlig vilket då negativt påverkade relationen mellan mottagande sjuksköterska och patient.

För att öka patientsäkerheten vid en överflyttning behöver sjuksköterskan ha tillräckligt med kompetens och erfarenhet, vilket studien av Aiken m.fl. (2014) visar på. Att vårdpersonal med hög kompetens tillåts arbeta nära patienten är av största vikt enligt Jangland m.fl. (2018). Deras resultat pekar på att tillräckligt med personal med hög kompetens främjar möjligheten att skapa en vårdande relation med patienten vilket i sin tur är av ytterst viktigt för att säkerställa patientsäkerheten för patienter med komplexa vårdbehov, till exempel patienter som genomgått Whipplekirurgi. Forskarna trycker också på organisationens ansvar i att tillhandahålla och möjliggöra för en sjukvård med hög kvalitet. Här har också specialistsjuksköterskan enligt NFSK (2014) en fundamental roll då behovet av specialistkompetens ökar när vården blir mer högspecialiserad och där en välfungerande överrapportering är av yttersta vikt. NFSK menar att specialistsjuksköterskan har kunskap om att leda och ge en god och säker vård till patienter med komplext omvårdnadsbehov som exempelvis efter en Whippleoperation. Att träna på att rapportera var något som diskuterades under intervjuerna och ansågs viktigt för patientsäkerheten. Detta går hand i hand med resultatet från studien av Stojan m.fl. (2016). Sjuksköterskorna i Yu m.fl. (2022) ansåg att en rapports innehåll och kvalitet påverkades av erfarenhet och kompetens, de ansåg också att varierande terminologi mellan enheter var ett problem. Det faktum att olika enheter kunde ha olika terminologi var dock inget som deltagarna i aktuellt examensarbete såg som ett problem. Detta var något som författarna till examensarbetet i förhand trodde kunde upplevas som ett problem men det var det alltså inte enligt intervjudeltagarna som ansåg att samma terminologi och förkortningar användes på båda enheterna. Utbyte av erfarenheter och hospitering togs upp av samtliga intervjudeltagare som ett led i att öka kompetensen och därmed förbättra patientsäkerheten vid överflyttning av patienter mellan sjukhus. Det vore högst intressant att beforska detta ytterligare det vill säga hur utbyte av erfarenheter och hospitering kan påverka patientsäkerheten vid en överflyttning, då detta verkar sparsamt beforskat.

Även om syftet var att undersöka fenomenet ur ett sjuksköterskeperspektiv kom deltagarna själva in mycket på patientperspektivet såsom till exempel patientdelaktighet vilket känns både positivt och högst relevant. Att patientsäkerheten ökar när patienter är mer delaktiga i sin vård visar resultatet i en studie av Park och Giap (2020). Deras resultat visade att risken för vårdskador, såsom trycksår och medicineringsfel kunde minska när patienter och anhöriga gjordes mer delaktiga i vården. Samtliga deltagare strävade efter att optimera patientsäkerheten vid överflyttning av patienter och såg alla ett behov och önskan om en bättre samverkan mellan enheterna. Något som var viktigt både för patienterna och vårdpersonalens skull. Dock ansågs mycket av problemen ligga på organisationsnivå men förväntades samtidigt lösas av de på golvet. Muntlin och Jangland (2020) menar att sambanden inom FoC och sjuksköterskans arbete behöver förtydligas och Kitson (2018) anser att synen på sjuksköterskors uppgifter måste förändras. Uppgifter graderas i nuläget ofta utefter komplexitet och teknisk svårighet istället för att utgå ifrån ett holistisk synsätt på vård och patienter. Centraliseringen har förbättrat patientsäkerheten vid kirurgiska ingrepp som exempelvis Whippleoperation men det återstår

fortfarande ett stort arbete med att säkerställa patientsäkerheten genom hela vårdkedjan för patienter som på grund av centraliseringen förflyttas mellan sjukhus.

Konklusion

För att främja en patientsäker överflyttning krävs att planeringen för gemensamma patienter mellan sjukhus är välfungerande och på så vis minskar stressen för både patienter och personal. Planeringen av gemensamma patienter är beroende av en välfungerande kommunikation som i sin tur påverkas av en förståelse för andra enheters situation. Informatik i form av strukturerad och tydlig rapport utgör grunden för att vården ska bli kontinuerlig. Patientsäker överflyttning är beroende av en tydlig muntlig rapport enligt SBAR som sedan kan stärkas upp med relevant och kärnfull skriftlig information. När det gäller vården av patienter med komplext vårdbehov som efter en Whippleoperation, behöver kompetensen hos sjuksköterskor ökas. Detta genom utbildning samt utbyte av erfarenheter genom hospitering på andra enheter. Något som också är fundamentalt för patientsäkerheten är att patienten görs delaktig i sin vård redan från start.

Förslag till fortsatt forskning

Det finns mycket forskning kring patienters upplevelse av överflyttning mellan sjukhus samt intrahospitalt och från sjukhus till primär- och kommunal vård. Trots att forskning finns utifrån ett sjuksköterskeperspektiv av överflyttning mellan sjukhus, som exempelvis Yu m.fl. (2022) bör detta beforskas ytterligare för att täcka den kunskapslucka som finns i dagsläget. Det hade även varit intressant att undersöka om nedanstående implikationer leder till en mer patientsäker överflyttning mellan sjukhus som exempelvis förbättrat samarbete och förståelse genom hospitering eller en förbättrad gemensam planering eller checklista.

Implikationer

Utifrån resultatet har nedanstående kliniska implikationer som kan leda till en överflyttning där vården blir patientsäker, patientcentrerad och kontinuerlig framkommit.

- Tidig planering för gemensamma patienter mellan sjukhusen.
- Gemensam checklista vid överrapportering mellan sjukhus.
- Se över optimal tidpunkt på dygnet för ankomst av patienten.
- Öka kompetensen bland sjuksköterskor av komplexa patienter genom utbildning och hospitering.
- Involvera patienten under hela vårdtiden för att uppnå personcentrerad vård.

Referenslista

Ahola, R., Sand, J., & Laukkarinen, J. (2020). Centralization of Pancreatic Surgery Improves Results: Review. *Scandinavian Journal of Surgery*, 109(1), 4-10. DOI: 10.1177/1457496919900411

Aiken, Linda H, Prof, Sloane, Douglas M, PhD, Bruyneel, Luk, MS, Van den Heede, Koen, PhD, Griffiths, Peter, Prof, Busse, Reinhard, Prof, . . . Sermeus, Walter, Prof. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet (British Edition)*, 383(9931), 1824-1830. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Andersson, T., Engstrom, M., & Bjersa, K. (2022). Perceptions of Experiences of Recovery After Pancreaticoduodenectomy-A Phenomenographic Interview Study. *Cancer Nursing*, 45(3), 172-180. DOI: 10.1097/NCC.0000000000001021

Ansari, D., Williamsson, C., Tingstedt, B., Andersson, B., Lindell, G., & Andersson, R. (2014). Pancreaticoduodenectomy - the transition from a low- to a high-volume center. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 49(4), 481-484. DOI: 10.3109/00365521.2013.847116

Bertrand, J., Fehlmann, C., Grosgrin, O., Sarasin, F., & Kherad, O. (2019). Inappropriateness of Repeated Laboratory and Radiological Tests for Transferred Emergency Department Patients. *Journal of clinical medicine*, 8(9), 1342. <https://doi.org/10.3390/jcm8091342>

Blom, L., Petersson, P., Hagell, P. & Westergren, A. (2015). The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 530.

Cancercentrum. (2022). *Kvalitetsregister för tumörer i pankreas och periampullärt - årsrapport nationellt kvalitetsregister*. Hämtad 2022-09-24 från: <https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/bukspottkörtel/kvalitetsregister/2021-arsrapport-pankreas.pdf>

Carr, D. D. (2018). High-Quality Care Transitions Promote Continuity of Care and Safer Discharges. *Journal of the New York State Nurses Association*, 46(2), 4-12.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl., s. 143-154). Lund: Studentlitteratur.

eHälsa Sverige. (2022, 19 juni). *Journalssystem i Sverige 2022*. <https://ehalsasverige.se/2021/07/30/journalssystem.html>

Forsberg, A. & Rystedt, J. (2016). Gallvägar, bukspottkörtel, lever och mjälte. Kumlien, C. & Rystedt, J. (Red.), *Omvårdnad & kirurgi*. (1:a uppl., s. 301-317). Lund: Studentlitteratur.

Giske, T., Melås, S., & Einarsen, K. (2018). The art of oral handovers: A participant observational study by undergraduate students in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), E767-E775. DOI: 10.1111/jocn.14177

Gotlib Conn, L., Zwaiman, A., DasGupta, T., Hales, B., Watamaniuk, A., & Nathens, A. (2018). Trauma patient discharge and care transition experiences: Identifying opportunities for quality improvement in trauma centres. *Injury*, 49(1), 97-103

Graneheim, U., Lindgren, B., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Guba, E. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology*, 29(2), *Educational communication and technology*, 1981, Vol.29 (2). DOI: 10.1007/BF02766777

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl., s. 111–119). Lund: Studentlitteratur.

Informatik. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2023-01-20, från <https://www-nese.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/informatik>

Jangland, E., Teodorsson, T., Molander, K., & Muntlin Athlin, Å. (2018). Inadequate environment, resources and values lead to missed nursing care: A focused ethnographic study on the surgical ward using the Fundamentals of Care framework. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2311-2321. DOI: 10.1111/jocn.14095

Jansson, I. (2021) Digitalt stöd för evidensbaserad kirurgisk vård. Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Wijk, H. & Öhlén, J. (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (2:a uppl., s. 565-577). Lund: Studentlitteratur.

Joelsson-Alm, E., Nyman, C. R., Svensén, C., & Ulfvarson, J. (2014). Micturition problems after bladder distension during hospitalization in Sweden: "I'm not ill, just damaged for the rest of my life". *Nursing research*, 63(6), 418-425.

Johnson, C., Carta, T., & Thronson, K. (2015). Communicate with me: Information Exchanges between Nurses. *Canadian Nurse* (1924), 111(2), 24-27.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl., s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Kitson, A. L. (2018). The fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory. *Nursing Research*, 67(2), 99-107.

Källberg, A-S. & Göras, C. (2021) Säker vård. Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Wijk, H. & Öhlén, J. (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (2:a uppl., s. 413-493). Lund: Studentlitteratur.

Lindén, E. (2021). Överföring och samverkan mellan olika vårdgivare och vårdnivåer. I C. Sparlund Lundin & E-L Bratt (Red.), *Övergångar i hälso- och sjukvård - ett livsloppsperspektiv och organisatoriska aspekter*. (Upplaga 1:1., s. 209-223). Lund: Studentlitteratur

Merten, H., Van Galen, L., & Wagner, C. (2017). Safe handover. *BMJ (Online)*, 359, J4328. DOI: 10.1136/bmj.j4328

Miracle, V. (2016). The Belmont Report: The Triple Crown of Research Ethics. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(4), 223-228.

Merten, H., Van Galen, L., & Wagner, C. (2017). Safe handover. *BMJ (Online)*, 359, J4328.

Mueller, S. K., Fiskio, J., & Schnipper, J. (2019). Interhospital transfer: transfer processes and patient outcomes. *Journal of hospital medicine*, 14(8), 486-491.

Muntlin, Å. & Jangland, E. (2020). Fundamentals of Care - vårdkontexten. I Å, Muntlin. E, Jangland (Red.). *Fundamentals of Care - klinisk tillämpning av ett teoretiskt ramverk för omvårdnad*. (Upplaga 1:1., s. 67-78). Lund: Studentlitteratur.

Muntlin, Å. & Kitson, A. (2020). Fundamentals of Care - för dig som ska bli eller är sjuksköterska. I Å, Muntlin. E, Jangland (Red.). *Fundamentals of Care - klinisk tillämpning av ett teoretiskt ramverk för omvårdnad*. (Upplaga 1:1., s. 21-35). Lund: Studentlitteratur.

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8), E022202. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022202

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vårdanalys. (2013) *Centralisering med patienten i centrum: vårdanalys utvärdering av patientperspektivet i rikssjukvården*. Hämtad 2022-09-20 från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/centralisering-med-patienten-i-centrum/>

Nationella föreningen för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård. (2014) *Kompetensbeskrivning - legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot kirurgisk vård*. Hämtad 2022-09-14 från https://www.nfsk.se/sites/default/files/relaterade-filer/kompetensbeskrivning_specialistsjukskoterska_med_inriktning_mot_kirurgisk_vard.pdf

Park, M., & Giap, T. T. T. (2020). Patient and family engagement as a potential approach for improving patient safety: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 62-80.

Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2020) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polonski, A., Izbicki, J., & Uzunoglu, F. (2019). Centralization of Pancreatic Surgery in Europe. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 23(10), 2081-2092. DOI: 10.1007/s11605-019-04215-y

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl., s. 25-42). Lund: Studentlitteratur.

Prop. 2017/18:40. *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*. Hämtad 2022-09-20 från: <https://data.riksdagen.se/fil/BCED14D7-0D3E-4059-92D7-2132F20DEF8F>

Raeisi, A., Rarani, M., & Soltani, F. (2019). Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 8(1), 173. DOI: 10.4103/jehp.jehp_460_18

Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. *BMJ Open*, 4(1), E004268. DOI:1136/bmjopen-2013-004268

Sandström, P. & Gasslander, T. (2017) Pankreascancer - behandlingsprinciper och resultat idag. *Svensk kirurgi*, 75 (5).

Santema, T. B., Visser, A., Busch, O. R., Dijkgraaf, M. G., Goslings, J. C., Gouma, D. J., & Ubbink, D. T. (2015). Hospital costs of complications after a pancreatoduodenectomy. *HPB*, 17(8), 723-731.

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. (Ändring 2022:49). Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 2022-10-04. Från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. (Ändrad 2022:915). Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. (Ändrad 2021:739). Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen. (2020). *Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024*. Hämtad 2022-09-15. Från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Allvarliga skador och vårdskador - Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus*. Hämtad 2022-09-15. Från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-3.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvård*. Hämtad 2022-09-19 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2017-3-2.pdf>

SOU 2018:77. *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*. Hämtad 2022-09-29 från: <https://data.riksdagen.se/fil/E94354A1-00F2-4DDB-A822-1ED5BC7D0C5F>

Southwick, F. S., Cranley, N. M., & Hallisy, J. A. (2015). A patient-initiated voluntary online survey of adverse medical events: the perspective of 696 injured patients and families. *BMJ Quality & Safety*, 24(10), 620-629.

Spencer, A. & Ivarsson-Ekedahl, A-B. (2016). Patientsäkerhet. Kumlien, C. & Rystedt, J. (Red.), *Omvårdnad & kirurgi*. (1:a uppl., s. 75-88). Lund: Studentlitteratur.

Stojan, J., Mullan, P., Fitzgerald, J., Lypson, M., Christner, J., Haftel, H., & Schiller, J. (2016). Handover education improves skill and confidence. *The Clinical Teacher*, 13(6), 422-426. DOI: 10.1111/tct.12461

Svederud, I., Virhage, M., Medin, E., Grundström, J., Friberg, S. & Ramsberg, J. (2015). Patient perspective on centralisation of low volume, highly specialised procedures in Sweden. *Health Policy (Amsterdam)*, 119(8), 1069-1075. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.01.016

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2022-09-29. Från: <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2021, 24 mars). *Vad är informatik?* <https://swenurse.se/sektionerochnatverk/svenskforeningforomvardnadsinformatik/omvardnadsinformatik/vadarinfomatik.4.2a539f43171ac274caedcdf.html>

Uhrenfeldt, L., Aagaard, H., Hall, E., Fegran, L., Ludvigsen, M., & Meyer, G. (2013). A qualitative meta-synthesis of patients' experiences of intra- and inter-hospital transitions. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1678-1690. DOI: 10.1111/jan.12134

Usher, M. G., Fanning, C., Wu, D., Muglia, C., Balonze, K., Kim, D., ... & Herrigel, D. (2016). Information handoff and outcomes of critically ill patients transferred between hospitals. *Journal of critical care*, 36, 240-245.

Usher, M., Sahni, N., Herrigel, D., Simon, G., Melton, G. B., Joseph, A., & Olson, A. (2018). Diagnostic discordance, health information exchange, and inter-hospital transfer outcomes: a population study. *Journal of general internal medicine*, 33(9), 1447-1453.

Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl., s. 169–188). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2016). *Transitions of care*. Hämtad 2022-09-12. Från: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf>

Yu, A., Jordan, S., Gilmartin, H., Mueller, S., Holliman, B., & Jones, C. (2022). “Our Hands Are Tied Until Your Doctor Gets Here”: Nursing Perspectives on Inter-hospital Transfers.

Journal of General Internal Medicine : JGIM, 37(7), 1729-1736. DOI: 10.1007/s11606-021-07276-5

Zare, M. M., Itani, K. M., Schiffner, T. L., Henderson, W. G., & Khuri, S. F. (2007). Mortality after nonemergent major surgery performed on Friday versus Monday through Wednesday. *Annals of surgery*, 246(5), 866-874.

Bilagor

Bilaga 1. Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Vad främjar en patientsäker överrapportering, mellan olika sjukhus, av patienter som genomgått Whipple operation

- Tacka deltagare
- Presentation av oss, moderatorer.
- Informerar om studiens syfte.
- Praktisk information om tid, sekretess, avbrytande och intervjuens struktur med öppna frågor.
- Ta inget personligt
- Generell rapportering kan vara när som helst

FRÅGOR (utgått från Kreuger)

- Kan ni börja med att presentera er själva lite. Vad ni heter? Var ni jobbar och hur länge ni har jobbat där?
- Vad är era tankar rent generellt kring överrapportering?
- Vad är era tankar kring patientsäkerhet vid överrapportering?
- Anser ni att det finns någon information som är extra viktig vid överrapportering?
- När det gäller överrapportering av patienter som överflyttas mellan sjukhus, hur går det till rent praktiskt på Er avdelning?
 - Finns det någon specifik person varje pass som ansvarar för detta?
 - vilka olika tillvägagångssätt har ni?
 - Vilka för-/nackdelar ser ni med de olika tillvägagångssätt?
- Vad anser ni bidra till en patientsäker överrapportering?
 - Faktorer som påverkar patientsäkerheten vid överrapportering?
 - Era erfarenheter av journalsystem (Melior/SieView)
 - Vad är era tankar av samarbetet mellan vårdinrättningar och attityder dem emellan i förhållande till överrapportering?
- Kan ni dela med er av en situation där överrapporteringen fungerat/icke fungerat?
- Är det något som vi inte frågat/diskuterat om men som Ni anser är viktigt att få fram gällande en patientsäker överrapportering?

Stödfrågor

- Hur menar du nu?
- Kan du utveckla detta?
- Vad innebär detta?
- Vad kände du då?
- Vad tänker du om det?