



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

AKADEMIN

FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PATIENTENS UPPLEVELSE AV UTLOKALISERING

- En intervjustudie

Stina Björnsund & Pontus Petersson

Uppsats/examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT/2019
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Ida Björkman

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Förord

Ett stort tack till verksamhetschefer och personal på kirurgavdelning 137 för att vi fick möjlighet att skriva vår kandidatuppsats hos er. Särskilt tack till Sara Nasirian som varit vår kontaktsjuksköterska och hjälpt oss med frågor och funderingar under arbetets gång. Tack också till vår handledare Christopher Holmberg som varit ett stort stöd med sin kunskap och sitt engagemang.

Titel:

Patientens upplevelse av utlokalisering – En intervjustudie

Uppsats/examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT/2019
Författare:	Stina Björnsund och Pontus Petersson
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Ida Björkman

Sammanfattning

Bakgrund: Som konsekvens av den platsbrist som råder i svensk sjukvård idag har utlokalisering blivit ett växande fenomen. Det kan resultera i att avdelningar tar emot patienter de saknar sjukdomsspecifik erfarenhet kring. Utlokalisering har visat sig ha en negativ påverkan på sjuksköterskors arbetsmiljö och som följd har även vårdskador blivit mer förekommande. **Syfte:** Att beskriva patientens upplevelser av att vara utlokaliserad inom somatisk heldygnsvård. **Metod:** En kvalitativ metod användes för att studera fenomenet och datan samlades in genom individuella intervjuer med semistrukturerade frågor. Resultatet analyserades sedan med tematisk innehållsanalys enligt Braun och Clarke (2006). **Resultat:** I resultatet framkom två huvudteman: positiva- och negativa upplevelser av att vara utlokaliserad. Deltagarna beskrev att sjuksköterskans vänliga bemötande och allmänna kompetens var en bidragande faktor till en känsla av trygghet. De beskrev även att tidigare negativa upplevelser från deras hemavdelning uppmärksammar positiva egenskaper på den utlokaliserade avdelningen. Deltagarnas negativa upplevelser av utlokalisering var en känsla av otrygghet vid akuta sjukdomsrelaterade situationer då sjuksköterskorna på avdelningen saknade sjukdomsspecifik erfarenhet. Deltagarna hade olika upplevelser av den information de fick och läkarkontakten, vissa tyckte att det fungerat bra medan andra påpekade brister. **Slutsats:** Patienters upplevelse av utlokalisering påverkas av vårdpersonalens bemötande och kompetens. Negativa upplevelser från tidigare avdelningar gör att utlokalisering upplevs som mer positiv. Är den utlokaliserade patienten stabil och inte i behov av specialiserad vård ökar också sannolikheten att den känner trygghet som utlokaliserad.

Nyckelord: *Utlokalisering, Patient, Upplevelse, Trygghet, Information, Omvårdnad*

Innehållsförteckning

1	<i>Inledning</i>	1
2	<i>Bakgrund</i>	1
2.1	<i>Svensk sjukvård</i>	1

2.2	Utlokalisering	2
2.3	Patientsäkerhet i samband med utlokalisering.....	3
2.4	Omvårdnad	4
3	Problemformulering	5
4	Syfte.....	6
5	Metod.....	6
5.1	Verksamhetsförankrat examensarbete.....	6
5.2	Urval.....	7
5.3	Datainsamling.....	7
5.4	Etiska ställningstaganden	8
5.5	Analys.....	9
6	Resultat.....	10
6.1	Positiva upplevelser av utlokalisering	12
6.2	Negativa upplevelser av utlokalisering.....	13
7	Diskussion.....	15
7.1	Metoddiskussion.....	15
7.2	Resultatdiskussion	17
7.3	Implikationer för omvårdnad	18
7.4	Fortsatt forskning	19
8	Slutsats	19
9	Referenslista.....	20
10	Bilagor	25
10.1	Bilaga 1 - Intervjuguide.....	25
10.2	Bilaga 2 - Forskningspersonsinformation.....	26
10.3	Bilaga 3 - Brev till vårdenhetschefer	28

1 Inledning

Denna kandidatuppsats är skriven som ett verksamhetsförankrat examensarbete (VFE) på kirurgavdelning 137 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Avdelningen tar emot många utlokaliserade patienter och efterfrågade därför en intervjustudie som skulle undersöka patientens upplevelse av att vara utlokaliserad.

Bristen på vårdplatser leder till att avdelningar blir överbelagda och när inte det räcker tvingas man lägga patienterna på andra avdelningar. Utlokalisering är ett välkänt fenomen inom den svenska sjukvården och ett flertal studier har beskrivit sjuksköterskans upplevelse av att vårda utlokaliserade patienter. Majoriteten av forskningen framhåller negativa aspekter som utlokaliseringen medför. Forskning kring hur patienter upplever att vårdas som utlokaliserad är däremot mer bristfällig och de få studier som tar upp patientens upplevelse redogör för ett generellt missnöje hos denna patientgrupp. Statistik från Inspektionen för vård och omsorg [IVO] (2019b) och Socialstyrelsen (2019c) visar att utlokalisering ökar risken för vårdskada och förlänger vårdtiderna. Att låta patienter berätta om sin upplevelse av att vara utlokaliserad är en förutsättning för att kunna optimera och anpassa omvårdnadsarbetet för denna utsatta patientgrupp.

Statistik och tidigare forskning visar tydligt att utlokalisering till största del är förenat med negativa aspekter och upplevelser, åtminstone enligt vårdpersonalen. Betyder det att patienterna känner likadant?

2 Bakgrund

2.1 Svensk sjukvård

I Sverige reglerar lagar och förordningar hur hälso- och sjukvården ska struktureras och drivas. I Hälso- och sjukvårdslagens (SFS 2017:30) tredje kapitel står det att målet med den svenska sjukvården är att hela befolkningen ska ha en god hälsa och att alla ska få vård på lika villkor. I lagens femte kapitel beskrivs bland annat hur god vård ska uppnås och under andra paragrafen står det "Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges" (SFS 2017:30).

Struktur

Den svenska hälso- och sjukvården delas in i tre administrativa nivåer: staten, regioner och kommuner. Staten bestämmer övergripande hur hälso- och sjukvården ska utformas i landet medan regionerna (landstinget) och kommunerna ansvarar för utförandet. Primärvården utgör basen i den svenska sjukvården och innefattar bland annat landets samtliga vårdcentraler. Läns- och regionsjukvården utgör nästa steg i vårdkedjan och tar till stor del hand om de patienter som primärvården inte lyckas behandla eller diagnostisera (Vetenskapsrådet, 2019). Gemensamt för läns- och regionsjukvården är att den bedrivs på sjukhus men med varierande medicinska specialiteter representerade. Länsdelssjukhus har ett fåtal medicinska specialiteter, länessjukhus ett flertal och på regionsjukhus (tillika universitetssjukhus) finns de flesta specialiteterna representerade ("Sjukhus", 2019).

Specialiserad vård

Den somatiska vårdens olika avdelningar vårdar olika patientgrupper och generellt kan de delas in i medicinska eller kirurgiska avdelningar. Denna indelning kan delas upp ytterligare då det finns både medicinska och kirurgiska avdelningar med särskild inriktning och expertis. Genom att samla patienter med liknande diagnoser kan vårdpersonalen med hjälp av sin kliniska, akademiska och erfarenhetsmässiga kompetens tillsammans med avdelningsspecifik utrustning optimera vården för avdelningens patienter (Stylianou, Fackrell & Vasilakis, 2017).

Brist på vårdplatser

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport (2019a) har antalet vårdplatser i Sverige minskat under en lång period. Utvecklingen av nya behandlingsmetoder är en bidragande faktor och numera kan vissa patientgrupper exempelvis vårdas i hemmet. Dock är effekten av de nya metoderna inte längre lika stor. En faktor som på senare tid påverkat antalet disponibla vårdplatser är bristen på kompetent personal, främst sjuksköterskor. I dagens läge rapporteras fler än 2600 stängda vårdplatser på grund av personalbristen (Socialstyrelsen, 2019a). Enligt Socialstyrelsens lägesrapport "Vård och omsorg om äldre" (2019c) har medellivslängden ökat i Sverige samtidigt som antalet kroniskt- och multisjuka patienter ökar parallellt med detta. Till följd av detta ökar efterfrågan på vårdplatser och överbeläggning och utlokalisering blir en allt vanligare utgång (Socialstyrelsen 2017a). Enligt IVO (2019a) hade svenska sjukhus år 2017 2,2 utlokaliserade patienter per 100 disponibla. Denna utveckling har ökat över tid och har fortsatt öka sedan observationen över utlokaliseringar och överbeläggningar startade 2010.

2.2 Utlokalisering

Utlokalisering innebär att en patient vårdas på en avdelning som saknar specifik kompetens inom patientens diagnos eller behandling (Socialstyrelsens termbank, 2011). Enligt Gillian och Walter (2008) kan det exempelvis vara en medicinpatient som placeras på en kirurgisk avdelning. Dessa patienter hör inte till det "vanliga" kirurgiska patientflödet och Gillian och Walter (2008) menar vidare att detta kan innebära att patienten inte får den högkvalitativa vård den har rätt till. Enligt rutinen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) ska patienter i första hand utlokaliseras till avdelningar med närliggande kompetensområde. Ansvaret för rondning, ordinationer och journalföring ligger på överläkaren från bakavdelningen, det vill säga den avdelning patienten utlokaliseras från. Omvårdnadsansvaret ligger på sjuksköterskan och annan vårdpersonal på avdelningen dit patienten utlokaliseras (SU, 2018b). Olika avdelningar har olika inriktning och är ofta specialiserade på vissa sjukdomstillstånd och Apker, Mallak och Gibson (2007) menar kunskapsbrist kan påverka vårdpersonalens möjlighet att tillgodose patientens omvårdnadsbehov.

Konsekvenser av utlokalisering

Sjuksköterskans kompetens och erfarenhet

Enligt patientsäkerhetslagen ska hälso- och sjukvårdspersonal utföra sådan vård som överensstämmer med aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 2010:659). Forsman, Nilsson Kajermo och Wallin (2019) menar att utöver teoretisk kunskap behöver sjuksköterskan vid upprepade tillfällen utföra praktiska moment för att öka den erfarenhetsbaserade kunskapen. Med denna typ av kunskap menar Forsman m.fl. (2019) att sjuksköterskan kan bedöma och se mönster i en viss patientgrupp. Detta skapar möjligheter att förstå innebörden av patientens beteende och är en viktig beståndsdel för att kunna besluta

om korrekta omvårdnadsåtgärder. Björkvell och Thorell Ekstrand (2014) menar att sjuksköterskor som arbetar en längre tid med en särskild patientgrupp skapar sig specifik kunskap inom just det området. Goulding, Adamson, Watt och Wright (2012) beskriver i sin studie sjuksköterskors upplevelse av att vårda utlokaliserade patienter och majoriteten upplevde att de saknade den specifika kompetens som krävdes för att vårda de patienterna på ett korrekt sätt. Sjuksköterskorna beskrev exempelvis att de saknade erfarenhet kring patienternas sjukdomstillstånd och dess symtom. De upplevde därför att det var svårare att upptäcka försämringar hos dessa patienter (Goulding m.fl., 2012).

Arbetsmiljö

Att arbetsmiljö, fysisk och psykosocial, påverkar sjuksköterskan och dennes möjligheter att vårda utlokaliserade patienter beskrivs i flertalet studier (Goulding m.fl., 2012; Hassen, Singh, Pucher, Johnston & Darzi, 2018; Mohan, Wilkes, Ogunsiji & Walker, 2005; Papadimos, 2004). Enligt Mohan m.fl. (2005) kan den fysiska arbetsmiljön vara ett hinder för optimal vård av vissa patienter och enligt Hassen m.fl. (2018) kan exempelvis platsbrist försvåra mobilisering av patienterna. Goulding m.fl. (2012) påpekar också att avdelningar kan sakna specifik utrustning som vissa utlokaliserade patienter kan behöva, vilket försvårar sjuksköterskans arbete.

Enligt Mohan m.fl. (2005) kan sjuksköterskor som tvingas vårda patienter som de inte har erfarenhet av eller tillräcklig kunskap om uppleva stress. Även Goulding m.fl. (2012) påpekar att sjuksköterskor kan känna sig stressade av att patienter har väldigt olika behov beroende på sjukdomstillstånd. Goulding m.fl. (2012) menar vidare att det kan uppstå en stressig miljö vid vård av utlokaliserade patienter och att sjuksköterskor då kan ha svårt att leverera kvalitativ och säker vård.

2.3 Patientsäkerhet i samband med utlokalisering

Patientsäkerhet handlar om att förebygga vårdskador inom hälso- och sjukvården. Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definieras vårdskada som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården" (kap. 1, 5 §). Vårdskada kan inträffa om en patient inte får den vård som krävs för dennes tillstånd eller på grund av den behandling patienten fått under sin vårdtid (Socialstyrelsen, 2017b).

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2015) är en av sjuksköterskans kärnkompetenser säker vård. Ödegård (2013) skriver att sjuksköterskan genom sin utbildning och förvärvad kunskap i yrkeslivet ska arbeta på ett sätt som främjar patientsäkerhet. Ödegård (2013) påstår däremot att bilden av att patientsäkerhet endast rör dem som arbetar i den patientnära vården har förändrats. Exempelvis menar Ödegård (2013) att politikerns och tjänstemäns förmåga eller oförmåga att agera och ta beslut påverkar vårdpersonalens förutsättningar att arbeta patientsäkert.

Utlokalisering äventyrar patientsäkerheten (IVO, 2019b; Socialstyrelsen, 2019c). Vårdskadefrekvensen är 60 procent högre för utlokaliserade patienter än för patienter som ligger på "rätt" avdelning (IVO, 2019b). I Socialstyrelsens lägesrapport (2019c) visade det sig att under 2017 drabbades 11,8 procent av utlokaliserade patienter av en vårdskada medan siffran för de patienter som vårdades på avsedd avdelning endast var 7,1 procent. IVO (2019b) menar att den patientgrupp som löper störst risk att utlokaliseras är äldre patienter och att de överrepresenterade vårdskadorna i dessa fall är omvårdnadsskador såsom trycksår

och infektioner. Enligt Socialstyrelsen (2014) har de patienter som drabbats av vårdskador nästan mer än dubbelt så lång vårdtid som övriga patienter. Stylianou m.fl. (2017) menar i sin studie att det även finns ett samband mellan utlokaliserade patienter och längre vårdtider.

Sjödahl, Kilander, Rutberg och Johansson (2012) utförde en studie på Linköpings universitetssjukhus där de undersökte förekomsten av vårdskador, avvikelser, nackdelar och eventuella fördelar med utlokalisering av kirurgiska patienter. Patienter, sjuksköterskor och läkare fick svara på olika enkäter och journaldata över 181 utlokaliserade patienter sammanställdes. Sjödahl m.fl. (2012) lyfter fram att avvikelser endast förekom hos åtta patienter (4%), men menar samtidigt att deltagande patienter upplevde sig otrygga och ifrågasatte personalens kompetens. Sjödahl m.fl. (2012) menar vidare att sjuksköterskorna uttryckte att de hade dålig uppfattning om ansvarig läkare och att rondningen fungerade sämre. Även läkarna uppfattade en försämrad arbetsmiljö och ökad tidsåtgång när patienter var utlokaliserade.

2.4 Omvårdnad

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden; att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). För att uppnå dessa fyra grundläggande områden krävs enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) bland annat god omvårdnad. Omvårdnad är sjuksköterskans främsta uppgift och är också huvudämnet i grundutbildningen.

Den centrala målsättningen inom omvårdnad är att främja god hälsa. Förenklat kan detta nås med hjälp av två olika perspektiv. Det ena fokuserar på hälsa i motsats till sjukdom. God hälsa uppnås då via diagnostisering och medicinsk hjälp vilket botar och lindrar sjukdom. Det andra perspektivet utgår från ett filosofiskt plan och ser istället hälsa i motsats till ohälsa. Patientens hälsa definieras inte av sin sjukdom utan ses som en enhet av kropp, själ och ande. Det är patientens egna upplevelser och värderingar som definierar dennes hälsa eller ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

En sjuksköterska möter ofta patienter på personnivå. Detta mötet innehåller ofta en sakaspekt och en relationsaspekt. Den förstnämnda aspekten inträffar då sjuksköterskan möter patienten i ett omvårdnadsbehov, personen i fråga är exempelvis i behov av guidning eller stöttning med något. Relationsaspekten fokuserar på hur sjuksköterskan bemöter patienten i dessa situationer. Bemötandet ska grunda sig i respekt för kulturell bakgrund, ålder, kön och sociala villkor (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Ryan, Hislop och Ziebland (2017) undersökte i sin studie patienters upplevelse av vad god omvårdnad är. Resultatet visade att sjuksköterskors vänliga och omsorgsfulla bemötande hade stor inverkan. Vidare beskrev patienterna också att de uppskattade personlig rådgivning och hjälp med tolkning av svår information (Ryan m.fl., 2017).

Information och kommunikation

I Patientlagens tredje kapitel står det att patienten ska informeras om bland annat sitt hälsotillstånd, vårdmetoder, planering av vården, eventuella biverkningar och hur sjukdom/skada kan förebyggas. I lagens femte kapitel beskrivs patientens delaktighet och att patienten i största möjliga mån ska ges möjlighet att vara delaktig i planering och utförandet av vården (SFS 2014:821). Eldh (2014) skriver att information är en förutsättning för att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård. Svensk sjuksköterskeförening (2017b) beskriver

pedagogik som en av sjuksköterskans kompetenser och Tingström (2014) menar att en stor del av sjuksköterskans arbete är att förmedla information på olika sätt. I en studie av Ryan m.fl. (2017) svarade 4 av 6 deltagande patientgrupper att det viktigaste för god omvårdnad är att sjuksköterskan har möjlighet att förklara och svara på frågor. När Mohan m.fl. (2005) genomförde en intervjustudie med sjuksköterskor om att vårda utlokaliserade patienter med cancerdiagnos beskrev deltagarna bland annat att de saknade tid och kunskap för att svara på frågor och genomföra specialiserad behandling. Sjødahl m.fl. (2012) visade i sin enkätstudie med utlokaliserade patienter att en femtedel av de tillfrågade patienterna upplevde informationen om sin sjukdom som dålig.

Socialstyrelsen (2019b) beskriver att god kommunikation är en förutsättning för säker vård och Fossum (2019) menar att kommunikation är en grundförutsättning för att kunna bedriva en god och personcentrerad vård. I linje med personcentrerad vård ska kommunikationen anpassas efter patienten för ökad delaktighet och för att undvika missförstånd, avvikelser och vårdskador (Socialstyrelsen, 2019b). Socialstyrelsen (2019b) lyfter särskilt fram riskerna med övergångar inom vården och då patienter har kontakt med flera vårdgivare samtidigt. Lindh och Sahlqvist (2012) skriver att missar i informationsöverföring, dels mellan vårdpersonal och dels mellan vårdpersonal och patient, är ett riskområde för att vårdskada kan uppstå.

Trygghet

Svensk sjukvård ska bedrivas på det sättet så kraven på god vård uppfylls. Detta innebär att vården bland annat ska tillgodose patientens behov av trygghet (SFS 2017:30). "Trygg" (2019) definieras som en känsla och ett tillstånd som finns hos människor, ett tillstånd som är fritt från oroande eller hotande inslag. Santamäki Fischer och Dahlqvist (2017) beskriver att trygghet är en upplevelse som är komplex och utgör en del av människans identitet. De menar att trygghet kan delas upp i grundtrygghet och situationsrelaterad trygghet. Santamäki m.fl. (2017) förklarar vidare att grundtryggheten formas i barndomen och baseras på barnets förmåga och förutsättningar att känna tillit och hantera misstro. Denna grund avgör sedan hur bra personen blir på att hantera framtida motgångar och förluster. Enligt Santamäki m.fl. (2017) bygger den situationsrelaterade tryggheten på att individens sociala livsvillkor känns trygga och stabila. Samtidigt menar de att individens grundtrygghet påverkar förmågan att känna trygghet i specifika situationer, exempelvis vid akut insjuknande.

Mollon (2014) undersökte vilka utmärkande egenskaper som finns för att en patient, som är inlagd på sjukhus, ska känna sig trygg. Fyra egenskaper som identifierades var; att patienten har förtroende för personalen, en känsla av att vara omhändertagen, närvaro av sjuksköterskor och känslan av att vara välinformerad. Berg (2006) menar att vårdpersonal behöver vara trygg i sig själv för att kunna förmedla trygghet till sina patienter.

3 Problemformulering

Medellivslängden ökar i Sverige och parallellt med det ökar också mängden kronisk- och multisjuka. Då det råder brist på vårdplatser i Sverige sker överbeläggningar på avdelningar i stor utsträckning. När överbeläggningsplatserna inte längre räcker till utlokaliserade patienter till andra avdelningar. Det kan innebära att sjuksköterskor vårdar patienter utan att ha den erfarenhet och specifika kunskap som patienternas diagnos och sjukdomstillstånd kräver. Att informationsöverföringen fungerar är därför en förutsättning och brister i kommunikationen ökar risken för vårdskada och kan dessutom påverka patientens upplevelse av trygghet. Forskning visar att en välinformerad patient också är en trygg patient.

Sjuksköterskor som vårdar utlokaliserade patienter upplever även att de ibland saknar den kompetens och kunskap som krävs för att ge en god och säker vård. Därtill beskriver sjuksköterskor att utlokalisering av patienter skapar en påfrestande miljö att arbeta i. Utlokalisering har dessutom visat sig påverka patientsäkerheten och vårdtiden negativt.

Flertalet studier belyser sjuksköterskans upplevelse av att vårda utlokaliserade patienter, men det är få studier som beskriver patientens upplevelse av att vara utlokaliserad.

4 Syfte

Att beskriva patientens upplevelser av att vara utlokaliserad inom somatisk heldygnsvård.

För att besvara syftet användes två forskningsfrågor:

- Hur påverkar utlokalisering patientens upplevelse av att vara informerad?
- Hur påverkar utlokalisering patientens upplevelse av trygghet?

5 Metod

5.1 Verksamhetsförankrat examensarbete

Denna studie är ett verksamhetsförankrat examensarbete (VFE). Det innebär att en avdelning som identifierar ett problemområde inom omvårdnad frågar sjuksköterskestudenter om de vill undersöka problemet som examensarbete. Kirurgavdelningen 137 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset har efterfrågat denna studie i syfte att förbättra arbetet med utlokaliserade patienter på avdelningen.

Inledningsvis genomfördes ett möte med vårdenhetschefer för kirurgavdelning 137, en avancerad specialistsjuksköterska på avdelningen (kontaktsjuksköterska för studien) och en lärare från Göteborgs Universitet. De beskrev att sjuksköterskestudenterna Gerle och Lanner (2018) tidigare gjort en litteraturstudie kring sjuksköterskans upplevelse av att vårda utlokaliserade patienter. Avdelningen önskade att ytterligare studera fenomenet med utlokaliserade patienter, men denna gång ur patientens perspektiv. I samråd med avdelningen bestämdes under mötet att denna studie empiriskt skulle beskriva patienters upplevelse av att vara utlokaliserade och att den skulle genomföras på kirurgavdelning 137.

Under det inledande mötet med avdelningen och under bakgrundsarbetet för studien framkom information och trygghet som två nyckelbegrepp gällande patienters upplevelse av att vara utlokaliserade. De nyckelbegreppen inkluderades därför i studiens forskningsfrågor.

Kirurgavdelning 137, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Kirurgavdelning 137 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) vårdar patienter med akuta kirurgiska sjukdomar och har även en traumavårdsenhet (TVE). Största andelen av patienterna som vårdas på avdelningen kommer från akutmottagningen och den genomsnittliga vårdtiden för patienterna är tre dygn (SU, 2018a). Enligt studiens kontaktsjuksköterska tar avdelningen emot patienter med en stor variation av kirurgiska diagnoser. Hon menar att vanliga diagnoser kan vara gastrointestinal blödning, appendicit,

kolecystit och pankreatit. Vidare beskriver hon att avdelningen har totalt 29 vårdplatser, varav sex stycken tillhör TVE. De 23 vanliga vårdplatserna fördelas på fyra stycken moduler som vid full bemanning bemannas av en sjuksköterska och en undersköterska. Det innebär att varje sjuksköterska är ansvarig för fem till sex patienter. Hon förklarar att på TVE, där vårdbehovet ofta är tungt, är det alltid tre sköterskor, varav minst två är sjuksköterskor (personlig kommunikation, 11 november 2019).

5.2 Urval

Deltagande patienter valdes både utifrån studiens ändamål, vilket Henricson och Billhult (2017) menar är vanligt vid kvalitativa studier, men även utifrån ett bekvämlighetsurval. Studiens tidsram gjorde att bekvämlighetsurvalet var nödvändigt. Henricson och Billhult (2017) menar vidare att eftersom kvalitativa studier syftar till att undersöka ett fenomen krävs det att deltagarna tillfrågas utifrån att de faktiskt har upplevt fenomenet. De patienter som tillfrågades att delta i studien var alla utlokaliserade till kirurgavdelning 137. Enligt kontaktsjuksköterskan på avdelningen, tar de frekvent emot utlokaliserade patienter på grund av platsbrist på andra avdelningar på sjukhuset (personlig kommunikation, 10 oktober 2019). Tillsammans med avdelningens sjuksköterskor valdes deltagarna ut. Enligt Henricson och Billhult (2017) är det lämpligt att ta hjälp av personer med erfarenhet av det studerade fenomenet för att välja deltagare till kvalitativa studier.

De inklusionskriterier som skulle uppfyllas för deltagande i studien var att patienten skulle vara införstådd med att den var utlokaliserad, patienten skulle vara adekvat och självständigt kunna ta beslut om sin medverkan, samt ha vårdats på avdelningen minst 12 timmar. Den kognitiva bedömningen gjordes av kontaktsjuksköterskan och patientansvarig sjuksköterska. Dessa inklusionskriterier bestämdes i samråd med avdelningen och syftade dels till att patienten skulle vara informerad om sin situation men även att patienten skulle ha haft tid att uppleva och begrunda sin situation som utlokaliserad. Studiens tidsram och antalet utlokaliserade patienter på avdelningen som uppfyllde inklusionskriterierna och som ville delta var faktorer som påverkade antalet patienter som kunde intervjuas. Under fyra veckor intervjuades fem utlokaliserade patienter och information om deltagarna presenteras i Tabell 1 i resultatet.

5.3 Datainsamling

Datainsamlingen gjordes med hjälp av individuella intervjuer med patienter. Denna metod användes då studien har en kvalitativ ansats och enligt Danielson (2017a) är syftet med kvalitativa studier att beskriva eller förklara ett fenomen. Danielson (2017a) menar vidare att varje intervju är unik och genom intervjuer ges subjektiva beskrivningar av fenomenet som undersöks.

Intervjuguide

Efter att syfte och forskningsfrågor fastställts formulerades intervjufrågor i en intervjuguide (se bilaga 1) för att intervjuerna skulle ha samma utgångspunkt och fungera som stöd under samtalet. Enligt Danielson (2017a) gör guiden det enklare för intervjuledaren att leda samtalet framåt om intervjun lämnar studiens egentliga syfte. På grund av studiens korta tidsram genomfördes ingen pilotintervju, men efter första intervjun utvärderades intervjuguiden och den bedömdes ha ett adekvat innehåll och relevanta frågor för studiens syfte.

Intervjuerna

Intervjuformen som valdes för studien var semistrukturerade frågor (Danielson, 2017a). En öppen inledande fråga ställdes på samma sätt till samtliga deltagare och följdes därefter upp med frågor som mer specifikt handlade om patientens upplevelse av information och trygghet kopplat till utlokalisering. Denna teknik bygger enligt Danielson (2017a) på öppna frågor för att skapa en öppen dialog mellan informant och intervjuledare. Frågorna behöver inte följa en viss ordning utan fungerar som riktlinjer i samtalet och kan anpassas efter informantens berättelse och preferenser. Frågorna är inte heller detaljerade utan bygger istället på generella uppföljningsfrågor, vilket gör att intervjuaren inte är styrd av sin intervjuguide (Danielson, 2017a). I slutet av intervjun sammanfattades det som sagts och deltagaren fick då möjlighet att korrigera eller göra tillägg i sin berättelse.

Intervjuerna delades upp mellan författarna som genomförde tre respektive två intervjuer. Således genomfördes intervjuerna utav en av studiens författare enskilt med patienten. Danielson (2017a) menar att det finns en risk att deltagaren störs om det är mer än en person som intervjuar och att det även är mer tidskrävande.

Plats och miljö

Målet var att intervjuerna skulle genomföras i ett samtalsrum för att värna deltagarens integritet då många av rummen på avdelning 137 är flerbäddsrum. Tre av fem intervjuer genomfördes dock vid sängkanten på grund av deltagarens tillstånd, men då utan andra patienter närvarande i rummet. Intervjuerna som genomfördes var i genomsnitt femton minuter långa och spelades in på författarnas mobiltelefoner, vilket samtliga deltagare godkände. Test av ljudupptagning genomfördes innan intervjuerna.

5.4 Etiska ställningstaganden

Studiens kontaktsjuksköterska delgavs en beskrivning över studiens syfte, metod och en kopia på forskningspersonsinformation (FPI, se bilaga 2) och intervjuguiden (se bilaga 1). Efter vissa korrigeringar godkändes studien. I samråd med kontaktsjuksköterskan och patientansvarig sjuksköterska guidades författarna av studien till vilka patienter som skulle kunna tillfrågas om deltagande. Innan intervjuerna började informerades deltagarna om studien, både muntligt och skriftligt genom FPI, och fick möjlighet att ställa frågor. Samtliga deltagare lämnade därefter ett skriftligt samtycke och informerades särskilt om att de närsomhelst kunde avbryta sin medverkan utan att ange varför. Samtliga deltagare fick en kopia av FPI med kontaktuppgifter till ansvariga för studien.

Deltagarnas integritet respekterades genom hela studien. Inga obehöriga kommer därför kunna ta del av resultat som kan kopplas till deltagaren. All insamlad data behandlades konfidentiellt och förvarades oåtkomligt för obehöriga. Inspelningar och insamlad data kommer raderas efter studiens avslut och användes enbart för studiens ändamål. Alla intervjuer genomfördes i avskilt rum utan andra patienter och vårdpersonal. Studien har således tagit hänsyn till omvårdnadsforskningens fyra etiska principer; autonomiprincipen, som återspeglar patientens integritet, göra gott principen då studien skapar förutsättningar för bättre omvårdnad, rättvisepincipen då alla patienter behandlas lika under studiens gång samt principen att inte skada (Mårtensson & Fridlund, 2017).

5.5 Analys

Abduktiv ansats

Analysen har en abduktiv ansats. Denna metod används vanligen vid fallstudie-baserade undersökningar då metoden innehåller drag från både den induktiva och deduktiva ansatsen samtidigt som den tillför nya moment. Bakgrundsinformation skapar en förförståelse över vilka fynd som ska hittas, en teori eller begrepp prövas (*deduktiv ansats*) samtidigt som forskaren tar fram teorier då informanten besvarar en öppen fråga (*induktiv ansats*) (Alvesson & Sjöberg, 2008). Författarna erhöll en förförståelse över problemområdet då tidigare forskning beskriver utlokalisering, vilket också låg till grund för forskningsfrågorna. Information om avdelningen och dess patienter bidrog också till en ökad förförståelse. Materialet korrigerades sedan under analysens gång då det framkom nya beskrivningar av att vara utlokaliserad efter att intervjuerna genomförts. Alvesson och Sjöberg (2008) understryker att materialet kan korrigeras och förbättras under studiens gång då forskarna hela tiden rör sig mellan empiri och teori. Forskarna bygger således successivt upp förståelse för det studerade fenomenet (Alvesson & Sjöberg, 2008).

Tematisk innehållsanalys

Bearbetningen av studiens data gjordes med hjälp av tematisk innehållsanalys enligt Braun och Clarke (2006). Fördelar med metoden är att den är flexibel då den inte är inramad av teorier och är enkel att använda för forskare utan tidigare erfarenhet (Braun & Clark, 2006). Metoden är uppbyggd av sex steg där de fem första innefattar analys av materialet för att hitta gemensamma teman och underteman och det sjätte och sista steget är då resultatet sammanfattas och presenteras.

I utförandet av tematisk innehållsanalys används begreppen *koder* och *teman*. Braun och Clarke (2006) definierar *koder* som särdrag ur det insamlade materialet som, utifrån det studerade fenomenet, intresserar analytikern. När liknande koder kombineras kan mönster urskiljas som sedan sorteras under *teman* och enligt Braun och Clarke (2006) är det analysen av koderna som leder fram till olika teman.

Bekanta sig med datamaterialet

När intervjuerna hade genomförts började första steget i Braun och Clarkes (2006) tematiska analysmetod. Respektive författare transkriberade sina intervjuer ordagrant och materialet bearbetades och lästes sedan igenom flertalet gånger. Braun och Clarke (2006) påpekar att fördelen med att transkribera själv är att man lär känna materialet och att analysarbetet därför påbörjas redan vid transkriberingen. Henricson och Billhult (2017) framhåller att materialet bör transkriberas i sin helhet, med exempelvis skratt och pauser. Författaren analyserar därför datan efter vad deltagarna faktiskt säger och letar inte efter underliggande meningar i svaren Henricson och Billhult (2017). De koder som valdes från intervjuerna var på en semantisk nivå. Enligt Braun och Clarke (2006) innebär detta att innehållet i koderna återspeglar det centrala budskapet från intervjuerna.

För att kontrollera att inget missats så lyssnade författarna på varandras intervjuer och läste samtidigt tillhörande transkribering och därefter gjordes eventuella korrigeringar.

Skapa initiala koder

Steg två innebär att skapa initiala koder. Detta görs genom att systematiskt gå igenom datamaterialet och ta fram koder med utmärkande egenskaper som är intressant för det studerade fenomenet (Braun & Clarke, 2006). Datamaterialet kodades först digitalt i

transkriberings-dokumentet. Materialet kodades av den författare som utfört intervjun och därefter läste den andra författaren igenom koderna och dubbelkollade att inget relevant hade missats i transkriberingen. Framtagningen av koder utgick hela tiden från studiens syfte.

Sortera det kodade materialet

I steg tre sorterades det kodade materialet under bredare teman och underteman (Braun & Clarke, 2006). Författarna skrev ner de kodade materialet på lappar för att sortera och organisera dem i tematiska högar. En tydlig uppdelning av positiva, negativa och "neutrala" upplevelser noterades i detta stadiet. Därefter gjordes en andra sortering för att urskilja eventuella underteman med fokus på forskningsfrågorna om information och trygghet. Koder som inte verkade relevanta för nuvarande teman och underteman sparades då de kunde vara av större vikt längre fram i analysen (Braun & Clarke, 2006).

Granskning av teman

I steg fyra påbörjades en granskning av de teman som valts. Braun och Clarke (2006) understryker att det ska finnas tydliga och identifierbara skillnader mellan teman samtidigt som koderna under dessa ska hänga ihop med varandra. När författarna kändes sig nöjda med teman diskuterades dessa med handledaren, varpå några ytterligare justeringar genomfördes. Två huvudteman fastställdes, positiva upplevelser av utlokalisering och negativa upplevelser av utlokalisering, samt sju underteman. Samtliga presenteras i Tabell 2 i resultatet.

Generera definitioner och namn

I steg fem genererades tydliga definitioner och namn av de teman som valts ut under analysens gång (Braun & Clarke, 2006). Målet med detta steg är att få läsaren att förstå varför just dessa teman är intressanta för studien. Författarna definierade underteman så de tydligt kunde kopplas till forskningsfrågorna och huvudteman. Definitionerna beskriver även vilken data som berörs under vardera undertema (Braun & Clarke, 2006).

Skriva resultatpresentation

I det sista steget utformades resultatpresentationen. Datamaterialet sammanställdes och gjordes förståelig för läsaren. Presentationen förstärkes sedan med inbäddade citat för att göra texten mer levande (Braun & Clarke, 2006). Enligt Braun och Clarke (2006) ska resultatet beskrivas tydligt och inte vara argumenterande.

6 Resultat

Resultatet beskriver fem patienters upplevelse av att vara utlokaliserade. Fyra av fem deltagare var utlokaliserade från samma avdelning och var män över 75 år. Således representerades majoriteten av studiens deltagare av en, till synes, homogen grupp. Dessa fyra deltagares medicinska diagnoser och tidigare erfarenheter skilde sig dock åt. Därtill deltog en kvinnlig patient som var utlokaliserad från en annan avdelning. Samtliga deltagare förmedlade att de var väl införstådda med sin situation och beskrev, på olika sätt, sin upplevelse av att vara utlokaliserad.

Tabell 1. Information om deltagarna.

	Diagnos	Ålder	Kön
Deltagare 1	Metastaserad blåscancer	81 år	Man
Deltagare 2	Blåscancer (inlagd för sepsis)	75 år	Man
Deltagare 3	Symfysit (inflammation i bäckenbotten)	75 år	Man
Deltagare 4	Prostatit (inflammation i prostatan)	75 år	Man
Deltagare 5	Otit (öroninflammation)	36 år	Kvinna

Deltagarna förmedlade att de hade en förståelse för att utlokaliseringen inte var en optimal situation varken för dem själva eller för avdelningens personal. En del ansåg också att deras tillstånd egentligen inte krävde specialiserad vård och vikten av att vara på "rätt" avdelningen spelade därför mindre roll. "Så vem som ger mig det (antibiotikan) spelar ju inte så stor roll, på vilken avdelning jag är va" (Deltagare 2).

De två huvudteman som framkom var: *positiva upplevelser av utlokalisering* och *negativa upplevelser av utlokalisering*, och sju underteman (se Tabell 2). Teman är inte personbundna utan representerar deltagarnas olika upplevelser som kunde vara både positiva och negativa. Exempelvis upplevde en deltagare sig bortprioriterad då hans läkare var stressad, men han hade trots detta en känsla av att vara trygg och välinformerad.

Tabell 2. Teman och underteman.

Teman	Underteman
Positiva upplevelser av utlokalisering	<ul style="list-style-type: none"> • Vänligt bemötande skapar trygghet • Tidigare negativa erfarenheter från hemavdelning • Bättre förutsättningar på utlokaliserad avdelning • God läkarkontakt och information
Negativa upplevelser av utlokalisering	<ul style="list-style-type: none"> • Oro vid sjukdomsrelaterade situationer • Otryggt med sjuksköterskor utan specifik kompetens • Otillräcklig läkarkontakt och information

6.1 Positiva upplevelser av utlokalisering

Resultatet visar att samtliga deltagare på olika sätt förmedlar positiva aspekter av utlokalisering och dessa kan delas in i följande fyra underteman: vänligt bemötande skapar trygghet, tidigare negativa erfarenheter från hemavdelning, bättre förutsättningar på utlokaliserad avdelning och god läkarkontakt och information.

Vänligt bemötande skapar trygghet

Samtliga deltagare i studien förklarade på olika sätt att avdelningens personal hade ett vänligt bemötande och att deras omvårdnadsarbete bidrog till att skapa en positiv och trygg upplevelse av utlokaliseringen. "Det är alltid humor med i alla fall och det tycket jag är ganska viktigt när man ska läkas" (Deltagare 1).

Personalens fokus på att tillhandahålla en god service var en bidragande orsak till deltagarnas känsla av välbefinnande. En deltagare, som tidigare arbetat som säljare, menade att personalen var "*service-minded*" och satte patienten först. En annan deltagare kände sig sedd och omhändertagen när personalen hämtade kaffe och, enligt honom, gjorde det lilla extra.

Dom behandlar mig precis som vilken människa, eller ja väldigt fina. Som jag sa: dom springer och hämtar kaffe o frågar om jag vill ha detta o detta, o det vet jag ju att dom inte hade behövt om dom inte ville. (Deltagare 4)

Tilliten till att man kan förvänta sig samma vård oavsett avdelning var en faktor som bidrog till en känsla av trygghet trots utlokalisering. Deltagarna poängterade att de hade en grundinställning att vården ska tillgodose dem med vad de behöver hjälp med och att sjuksköterskorna ska besitta en grundläggande "allmänkunska". Detta var fungerande under större delen av vårdtiden och gjorde att deltagarna kände ett förtroende för den personal som vårdade dem. En deltagare beskrev att det, för honom, inte spelade någon roll var han vårdades då han "bara" behövde en specifik behandling som, enligt honom, alla avdelningar ska kunna tillhandahålla.

Och sen tycker jag att man har gett mig den vården jag behöver då här också då i och med att man sätter in antibiotika och... gör man det uppe på [...] (hemavdelningen) eller här va, det tror jag att dom är lika proffsiga på här nere då. (Deltagare 2)

Personalens vilja att göra sitt bästa för patienterna beskrevs som en annan faktor som skapade trygghet. Att sjuksköterskorna saknade erfarenhet inom deltagarnas område var något flera av dem hade kännedom om, men de menade samtidigt att de upplevde att sjuksköterskorna gjorde sitt bästa och hjälpte dem med det de behövde.

Tidigare negativa erfarenheter från hemavdelning

En del deltagare upplevde att det var både positivt och tryggt att vara utlokaliserad eftersom de hade negativa erfarenheter från sin hemavdelning. Exempelvis beskrev de fyra deltagarna med samma hemavdelning att den ofta upplevdes som stressig och överbelagd, vilket resulterade i en känsla av att inte vara prioriterad. En deltagare som legat inne för symfysit upplevde att han inte togs på allvar och beskrev vidare att han blivit in- och utskriven flertalet gånger från hemavdelningen det senaste halvåret. Hans upplevelse av situationen var att stressen som präglade personalen på hemavdelningen låg till grund för att hans diagnos inte kunde fastställas. "Dom tittar ju bara på den här slangen (visar KAD-slang) och sen säger dom 'det ser bra ut, du kan åka hem idag'" (Deltagare 3).

Vissa av deltagarna uppfattade att det fanns mer personal på avdelningen dit de utlokaliseras än på hemavdelningen och att personalen uppfattades som mindre stressad. En deltagare förklarar hur han kände då han fick veta att han skulle utlokaliseras:

Skamt och säga så ville jag dit istället för upp till [...] (hemavdelningen) för jag vet hur stressigt det var när jag hade blivit opererad då. Så jag är väldigt tacksam att jag hamnade här om man får vara lite självisk så att säga. (Deltagare 2)

Bättre förutsättningar på utlokaliserad avdelning

Att en annan avdelning kan ge nya möjligheter och förutsättningar framkom då en deltagare berättade att han fått möjlighet att träffa en fysioterapeut, en möjlighet han inte tidigare fått på sin hemavdelning.

Fysioterapeut har jag haft kontakt med. [...] Det är därför den här står här (pekar på sin gästol) för att jag måste gå ut och gå va. [...] På [...] (hemavdelningen) hade jag ingen kontakt alls med dom (fysioterapeuterna). Det är här uppe jag har haft kontakt med henne. (Deltagare 3)

Lokalernas utformning, bland annat gällande möjligheten att ligga på tvåbäddsrum och att ha vårdpersonal i nära anslutning till rummen, uppskattades av de deltagare som hade andra erfarenheter från sina hemavdelningar. "Det är ju bra att det bara är två på varje rum" (Deltagare 1).

God läkarkontakt och välinformerade

Vissa av deltagarna upplevde sig välinformerade och att de fick svar på sina frågor trots att deras ansvariga läkare inte fanns på avdelningen. "Läkaren kommer ju hit ner på ronder så nä det finns ingenting att anmärka eller vara bekymrad över" (Deltagare 2).

Sjuksköterskorna upplevdes göra sitt bästa för att svara på frågor trots att de inte var specialiserade på deltagarnas diagnos. Två deltagare uttryckte att de inte automatiskt blev informerade men att de kände sig trygga med att få svar om de frågade. "Men det känns som att dom gör sitt bästa för att ge mig den informationen som jag vill ha i alla fall" (Deltagare 1).

6.2 Negativa upplevelser av utlokalisering

Alla förutom en deltagare beskrev att de på olika sätt hade negativa upplevelser av utlokalisering. Deltagare som uppgav att de var nöjda med vården generellt berättade samtidigt om specifika negativa upplevelser. Följande underteman framkom: oro vid sjukdomsrelaterade situationer, otryggt med sjuksköterskor utan specifik kompetens och otillräcklig läkarkontakt och information.

Oro vid sjukdomsrelaterade situationer

Då oförutsägbara situationer inträffar beskrivs utlokalisering som en nackdel. En av deltagarna berättade om en särskild händelse då oro och ångest blev konsekvenser av utlokaliseringen. Ett sjukdomsrelaterat problem inträffade en fredagseftermiddag då ansvarig läkare hade gått hem för dagen. Ingen jourläkare hade, enligt deltagaren, tid för varken honom eller avdelningens sjuksköterskor. Inte förrän dagen efter fick deltagaren möjlighet att prata med en läkare som då underrättade honom om att han inte behövde vara orolig över det som hänt. "Jag fick ju ångest va. Av alltihopa det där va. Och sen då på fredagen när de kom och förklarade allting då var det ju okej. Men de hade ju inte förklarat för sjuksköterskorna..." (Deltagare 3). Deltagaren beskrev händelsen som onödig då sjuksköterskor med erfarenhet av

det aktuella sjukdomstillståndet antagligen hade kunnat känna igen symtomen och lugna honom redan på eftermiddagen.

En annan deltagare beskrev en händelse där utlokalisering blev en risk för vårdskada. Hon menade att information från hemavdelning om hennes tillstånd inte hade överförts eller inte tagits emot på rätt sätt. Deltagaren beskrev att hon nyligen hade genomgått en behandling där man gjorde hål på hennes trumhinna. Under morgonkontrollerna hade sjuksköterskan önskat ta temperatur i örat där hålet i trumhinnan gjorts. Deltagaren fick själv säga till så en skada på trumhinnan inte skulle inträffa. "Så skulle hon ta tempen på just det örat för hon visste ju inte, så då fick jag ju liksom säga till henne att här kan du inte ta, det går inte" (Deltagare 5).

Otryggt med sjuksköterskor utan specifik kompetens

Deltagarnas vetskap om att sjuksköterskorna inte var specialiserade på deras diagnos beskrevs som otrygg. Bland annat undvek de att ställa frågor då de inte hade förtroende för att sjuksköterskorna kunde svara på dem. "Man vill ju inte vara besvärlig och vara frågvis till frågor de inte kan svara på för dom kanske inte vet själva" (Deltagare 4).

Deltagarna beskrev också att vissa rutiner som fanns på hemavdelningen inte fanns på den nya avdelningen och att ett större ansvar hamnade på patienten själv. En deltagare beskrev att på hemavdelningen finns det alltid en vattenkanna hos varje patient eftersom det är viktigt för den patientgruppen att dricka mycket. Men på avdelningen dit han var utlokaliserade hade han själv fått fråga efter vatten och han menade att ingen påminde om vikten av att dricka. En annan deltagare menade att sjuksköterskors specifika och specialiserade kunskaper skiljer sig mellan olika avdelningar och att de kan avgöra förutsättningen för vilken vård som ges. "Små små detaljer, eh, som är självklara för dom fast det är det inte för dom andra" (Deltagare 5).

Otillräcklig läkarkontakt och information

Vissa deltagare upplevde att deras ansvariga läkare var stressade när de rondade och de kände att de inte fick tillräckligt med information om vilken behandling som var planerad. En av deltagarna kände sig bortprioriterad och kopplade ihop det med att han inte låg på sin hemavdelning:

Min upplevelse som jag upplevt det är att dom här [...] (läkare på hemavdelningen) dom har inte tid med oss. Som igår till exempel kom det upp en [...] (läkare från hemavdelningen). Ronden den var runt den där stolen och ut igen (pekar på stolen en meter bort). Det tog inte fyra sekunder va. Dom har inte tid att stanna till och fråga 'hur känner du dig?' och 'hur är det?'. Och så där va. (Deltagare 3)

En annan deltagare upplevde att han inte alls blivit informerad om att han skulle utlokaliseras. Vaktmästaren som transporterade deltagaren fick förklara vart de var på väg.

Ja, jag frågade killen, vaktmästaren då, som körde mig hit: 'Varför ska ja till...?' Han sa att det var ju till kirurgavdelning då. '... ska ja inte till [...] (hemavdelningen)?'. 'Nej jag vet inte om dom inte har plats där eller någonting men...', 'Aja det är inte noga, bara jag kommer under behandling', sa ja. (Deltagare 4)

7 Diskussion

Här kommer metoden och dess tillförlitlighet att diskuteras, samt de fynd i resultatet som författarna anser viktiga och intressanta att diskutera.

7.1 Metoddiskussion

Syftet med en kvalitativ studie är att skapa en förståelse kring en persons upplevelser av ett fenomen. Genom intervjuer blir personens ord och beskrivningar den data som sedan kan tolkas och analyseras. Styrkan med intervju som insamlingsmetod är att den skapar förståelse och insikt kring det studerade fenomenet (Henricson & Billhult, 2017). Att använda intervju som insamlingsmetod för denna studie är relevant utifrån syftet att studera patientens upplevelse av utlokalisering. Det saknas tidigare forskning kring fenomenet och att denna studie genomförts som VFE är ett bevis på att den kliniska verksamheten efterfrågar mer kunskap.

Förförståelse och urval

Danielson (2017a) skriver att valet av frågor som ingår i en intervju grundar sig i intervjuarens förarbetet och kunskap inom det studerade området. Möten med avdelningen som efterfrågat studien och dess personal samt bakgrundsarbetet för studien låg till grund för förförståelsen och intervjuguiden (se bilaga 1). Författarnas förförståelse präglades av att utlokalisering är ett negativt fenomen, vilket resulterade i en förväntan på att studien skulle ge ett liknande resultat. Allteftersom intervjuerna genomfördes förändrades denna bild då många av studiens deltagare hade övervägande positiva upplevelser av utlokaliseringen. En styrka var därför valet av den abduktiva ansatsen som gjorde det möjligt att korrigera materialet allteftersom nya beskrivningar av utlokalisering framkom. Ingen av författarna har arbetat speciellt länge inom vården och inte heller varit i kontakt med utlokaliserade patienter tidigare. Denna förförståelse, eller brist på den, kan också ha påverkat hur studien genomfördes och således också resultatet. Intervjuguiden hade kanske utformats annorlunda om författarna haft större erfarenhet och varit mer införstådda om vad som kan vara relevant att fråga en utlokaliserad patient. Något som också kan ha påverkat genomförandet är det faktum att ingen av författarna tidigare genomfört en kvalitativ intervjustudie. Till exempel har bristen på reflektion under inledningen av studien identifierats som en faktor som kan ha påverkat arbetet med datainsamlingen och analysen. Henricson och Billhult (2017) menar att det är viktigt att fortlöpande reflektera kring författarens indirekta påverkan på studiens resultat.

Urvalsgruppen bestod av fem informanter, vilket kan tyckas vara en liten grupp. Att få en stor mängd data från deltagarna är däremot inte målet med en kvalitativ analys. Värdet ligger i att samla rika beskrivningar av det studerade fenomenet (Danielson, 2017a). Materialet kan därför utgöras av ett färre antal informanter. Däremot hade resultatet kunnat breddas ytterligare om författarna genomfört fler intervjuer. De deltagare som blev intervjuade valdes ut av avdelningens kontaktsjuksköterska utifrån inklusionskriterierna för att få ett ändamålsenligt urval. Dessutom användes ett bekvämlighetsurval och Trost (2010) påpekar att en risk med bekvämlighetsurval kan vara att bara en viss typ av personer väljer att ställa upp på att intervjuas och att variationen på deltagarna därför kan bli lidande. Detta urval var dock nödvändigt för att få ihop de antal intervjuer som krävdes för studien. Den korta tidsramen och tillgången till deltagare gjorde att författarna fick nöja sig med att den studerade gruppen till största del bestod av män över 75 år med samma hemavdelning. De fyra deltagarna med

samma hemavdelning hade liknande upplevelser av hemavdelningen, men hade samtidigt olika upplevelser av att vara utlokaliserade. Trots att gruppen, till synes, var homogen gavs rikliga beskrivningar av det studerade fenomenet. En styrka i urvalet är att den främst utgörs av äldre patienter, den patientgrupp som löper störst risk att utlokaliseras (IVO, 2019b).

Ett av inklusionskriterierna var att deltagarna skulle ha varit utlokaliserade i minst tolv timmar. Det resulterade i att en deltagare utlokaliserades sent på kvällen och intervjuades morgonen därpå. Deltagaren uppfyllde inklusionskriterierna men hade egentligen inte upplevt så mycket av utlokaliseringen då hon sovit den mesta av tiden. Dessutom hade hon inte hunnit träffa sin ansvariga läkare och frågorna om hon kände sig välinformerad blev därför mindre relevanta. Ett inklusionskriterie på 24 timmar hade varit att föredra men på grund av studiens begränsade tidsram och begränsade tillgång till lämpliga deltagare var inte detta möjligt. Dock hade ett lämpligt inklusionskriterie varit att samtliga deltagare skulle ha träffat en läkare på den utlokaliserade avdelningen innan intervjun.

Datansamling och analysprocessen

Studiens syfte är att beskriva patienters upplevelse av att vara utlokaliserad. En styrka är därför att resultatet bygger på patienters egna berättelser och inte återberättade historier från vårdpersonal. Intervjuerna byggde på semistrukturerade frågor vilket enligt Danielson (2017b) skapar en mer avslappnad dialog och ger mer utvecklade svar. Att författarna genomförde intervjuerna enskilt kan ha gjort att författarna uppfattade deltagarnas svar olika. Författarna följde intervjuguiden men eftersom eventuella följdfrågor formas under intervjun är det sannolikt att utformningen av intervjuerna ändå skiljde sig mellan författarna. Granskär och Höglund (2012) menar dock att vid exempelvis intervjuer kan olika typer av uppföljningsfrågor innebära att det framkommer fler dimensioner av det som studeras. Om det är mer än en som intervjuar kan personen som intervjuas dessutom bli störd (Danielson, 2017a) och känna sig underlägsen (Troost, 2010). Valet av intervjuform gav därför goda förutsättningar för en jämlik dynamik mellan deltagaren och intervjuaren.

Deltagarna fick inte möjlighet att förbereda och reflektera över sina svar inför intervjuerna vilket kan ha påverkat svarens fylldhet. De svar som gavs under intervjuerna var däremot spontana och deltagarna uppmuntrades till att prata öppet om sina upplevelser. Deltagarna informerades om att svaren de gav inte skulle påverka deras vård. Författarna hade inte heller någon vårdrelation till deltagarna och inte någon yrkesmässig koppling till avdelningen. Det är en styrka då det exempelvis inte fanns en förutfattad mening om deltagarna från författarnas sida och vice versa. Det kan ändå inte uteslutas att deltagarna kan ha känt sig begränsade under intervjun och att de inte vågat lyfta kritik eller missnöje gentemot avdelningen och dess personal.

En styrka för studien är att de koder som valdes alla var tydligt kopplade till syftet trots att urvalet var litet. Det har inte förekommit någon övertolkning av deltagarnas svar för att öka mängden material.

Överförbarhet

Danielson (2017b) skriver att det är svårt att generalisera studier med kvalitativ innehållsanalys men menar att resultatet kan vara överförbart till grupper eller situationer i liknande kontext. Henricson (2017) beskriver faktorer som påverkar en studies överförbarhet, giltighet och trovärdighet. Hon nämner bland annat variationer i urvalet, var studien genomförts, antal deltagare och hur de tillfrågades samt vem som har genomfört studien. Målet med studien har genomgående varit öppenhet och transparens för att läsaren själv ska

kunna dra slutsatser och reflektera kring överförbarheten. Trost (2010) menar att det till stor del är upp till läsaren att tolka kvalitativ forskning och att det därför är viktigt hur forskare och studieförfattare presenterar och reflekterar kring sin studie.

Utifrån vad Danielson och Henricson skriver kan det tyckas att denna studiens resultat endast är överförbart till patientgruppen män över 75 år. Det är svårt att argumentera bort studiens svaghet i variation av deltagare men det är samtidigt viktigt att lyfta att det är äldre patienter som löper störst risk att utlokaliseras (IVO, 2019b). Studiens resultat visar vilka faktorer som påverkar patientens upplevelse av utlokalisering, bland annat bemötande och information, och det stämmer överens med annan forskning om vad icke utlokaliserade patienter anser är viktigt för god omvårdnad. Ryan m.fl. (2017) beskriver i sin studie att patienter anser att information är viktigt. När Schmidt (2003) intervjuade patienter om deras sjukhusvistelse och vad de ansåg viktigt svarade de bland annat att det är viktigt att personalen ser och möter varje individ och att de ger information.

Etiska överväganden

Målet var att deltagarna skulle vara anonyma, förutom för författarna. Men då avdelningens personal behövdes för att välja lämpliga deltagare kunde inte anonymiteten upprätthållas helt och hållet. Att involvera personalen var dock en förutsättning för studiens genomförande. Deltagarna och deras svar har anonymiserats så långt det är möjligt. Dessutom har deltagarnas hemavdelning och information som kan kopplas dit utelämnats då flertalet av deltagarna uttrycker sig negativt om sin hemavdelning. Författarna anser att det inte är relevant för studiens syfte att lyfta detta då studiens deltagare inte kan ge en representativ bild av den generella uppfattningen av vården på just deras hemavdelning.

7.2 Resultatdiskussion

I resultatet framkommer det att de deltagarna i studien generellt upplever sig trygga i sin situation som utlokaliserad. Sjuksköterskans vänliga bemötande och kompetens kan påverka upplevelsen. Tidigare negativa erfarenheter från hemavdelningen visade sig uppmärksamma positiva egenskaper hos den aktuella avdelningen. Känslan av att känna sig välinformerad beskrevs även spela roll för upplevelsen.

Sjuksköterskans bemötande präglar upplevelsen av att vara utlokaliserad

Studien visar att sjuksköterskans bemötande är en bidragande orsak till att deltagarna hade en positiv upplevelse av att vara utlokaliserade. Ryan m.fl. (2017) framhåller att vänligt och omsorgsfullt bemötande från sjuksköterskan har stor inverkan på patientens upplevelse av omvårdnaden generellt. Sjö Dahl m.fl. (2012) understryker i sin studie att ett gott bemötande även påverkar utlokaliserade patienters upplevelse positivt. Att samtliga deltagare i studien uppskattade vårdpersonalens arbete tyder på att avdelningen har en engagerad och professionell personalgrupp, vilket också deltagarna förmedlade på olika sätt. Ett medmänskligt förhållningssätt som har sin grund i omvårdnadshandlingar skulle således kunna påverka patientens upplevelse. Svensk sjuksköterskeförening (2016) understryker att god hälsa inte bara uppnås via medicinsk behandling utan kan också definieras av patienten själv då det istället bygger på egna erfarenheter och värderingar. Deltagarnas upplevelse av utlokaliseringen tycks därmed präglas av de små handlingarna som sjuksköterskorna utförde, exempelvis att de erbjöd sig att hämta kaffe och att de hade ett lättsamt och humoristiskt bemötande. Sjuksköterskorna på avdelningen verkar således ha tagit hänsyn till både sak- och relationsaspekter i mötet med patienterna, vilket svensk sjuksköterskeförening (2016) lyfter som en del av sjuksköterskans och omvårdnadens värdegrund.

Kravet på sjuksköterskans kompetens varierar

Majoriteten av deltagarna upplevde att de var stabila i sitt sjukdomstillstånd och att de inte var i behov av specialiserad vård. De uttryckte vidare att detta var en anledning till att de inte kände sig oroliga över att vara utlokaliserade. SU (2018b) skriver i sin rutin att det är de stabila patienterna som ska utlokaliseras i första hand. Studiens deltagare och deras egna reflektioner kring sin situation tyder på att denna rutin har fungerat väl i dessa fall. Resultatet visar dock att två deltagare upplevde otrygghet och oro när det uppstod situationer som krävde mer specialiserad kunskap från sjuksköterskorna och Sjödahl m.fl. (2012) menar att patienter upplever en otrygghet då sjuksköterskan inte uppvisar kompetens. På liknande sätt, fast omvänt, så upplever sjuksköterskor osäkerhet och bristande kompetens vid vård av utlokaliserade patienter och detta kan i sin tur skapa stress (Goulding m.fl., 2012; Mohan m.fl., 2005). Det kan inte uteslutas att många av deltagarnas positiva upplevelser hade varit annorlunda om fler deltagare upplevt liknande sjukdomsrelaterade situationer, varit mer ostabila i sitt hälsotillstånd eller om de överlag krävt mer specialiserad vård.

Deltagarna förmedlade att de förstod att utlokaliseringen inte var en optimal situation för dem men påpekade samtidigt att de upplevde att sjuksköterskorna gjorde sitt bästa. Arbetar sjuksköterskan i enlighet med dess kärnkompetens "säker vård" elimineras risken för eventuella fel som äventyrar patientsäkerheten (Svensk sjuksköterskeförening, 2015). Detta kan i sin tur skapa trygghet för patienten i en situation som i grunden inte är trygg. Goulding m.fl. (2012) påpekar nämligen att sjuksköterskans förmåga att utföra säker och kvalitativ vård påverkas då de vårdar en utlokaliserad patient. En intressant aspekt är också hur tidigare forskning beskriver sjuksköterskans negativa syn på utlokalisering medan denna studie kommit fram till att majoriteten av deltagarna är väldigt nöjda med sin vård trots att de var utlokaliserade. En förklaring till att patienterna inte märker av de negativa aspekterna skulle kunna vara att de inte upplever eller uppfattar det extra arbete som skapas då patienter utlokaliseras. Om sjuksköterskorna dessutom lyckas dölja den stress och oro som det kan innebära att vårda utlokaliserade patienter så nås patienten inte av utlokaliseringens negativa aspekter i samma utsträckning.

Hemavdelning

Erfarenheter från hemavdelningen spelade en stor roll för upplevelsen av den utlokaliserade avdelningen. Ryan m.fl. (2017) menar att upplevelsen av ett fenomen formas av vilka förväntningar som infinner sig hos personen i fråga. Studiens resultat visar att de fyra deltagarna med samma hemavdelning hade negativa erfarenheter med sig därifrån. Exempelvis nämnde de sämre bemanning och att personalen upplevdes stressad. Dessa deltagare uppmärksammade, jämfört med deltagaren med annan hemavdelning, i större utsträckning positiva aspekter av den nya avdelningen. Deltagaren, som inte delade hemavdelning med de övriga fyra deltagarna, beskrev däremot att hon var nöjd med sin hemavdelning och att hon inte upplevde någon större skillnad mellan avdelningarna gällande bemanning och personalens bemötande. Då upplevelsen av vistelsen på en avdelning kan formas av olika förväntningar påverkades nödvändigtvis inte den deltagarens upplevelse av ett vänligt bemötande, det kan snarare ha varit något hon upplevde som en självklarhet. Detta skulle därför kunna vara en orsak till en bättre eller sämre upplevelse av utlokalisering.

Brist på information kan skapa otrygghet

Resultatet visar att deltagarna hade olika upplevelser relaterat till hur informerade de kände sig. De som kände att de inte blivit tillräckligt informerade uppgav dock i större utsträckning en känsla av otrygghet och de deltagare som kände sig välinformerade var också i större utsträckning trygga i situationen som utlokaliserad. Mollon (2014) understryker att en

välinformerad patient är en trygg patient och Tejero (2012) menar att även patientens känsla av tillfredsställelse ökar när patienten känner sig välinformerad. I en studie av Goulding m.fl. (2015) beskriver utlokaliserade patienter att det kändes svårare att få information om sin status och vårdplan när de låg på "fel" avdelning. Att studiens resultat visar att den utlokaliserade patientens känsla av trygghet är kopplat till hur informerad patienten känner sig stämmer således överens med annan forskning kring patientens trygghet kopplat till information. Flera av deltagarna i studien beskrev även att läkarna ofta uppfattades som stressade och att det var en anledning till att de inte kände sig tillräckligt informerade. Shattell (2004) menar att utlokalisering kan göra läkare mer stressade och att detta kan medföra att patienter inte känner sig lika delaktiga i sin vård.

Kandidatuppsatsen av Elfving Boo och Persson (2017) tar upp problematiken med informationsöverföring vid utlokalisering. Studien beskriver sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter vid överbeläggning och utlokalisering. Sjuksköterskorna beskrev att de ofta inte visste hur vårdplanen såg ut för de utlokaliserade patienterna och menade därför att det var svårt att informera patienterna och göra dem delaktiga. Denna beskrivning visar tydligt på de brister som kan uppstå vid informationsöverföring mellan avdelningar och mellan vårdpersonal. Att inte känna till patientens vårdplan leder inte bara till att patienten blir dåligt informerad utan kan även anses direkt osäkert för patientens vård. Socialstyrelsen (2019b) påpekar riskerna vid övergångar inom vården och menar att bristande kommunikation i slutändan kan drabba patienten i form av missförstånd och i värsta fall vårdskada. Att patienten känner sig otrygg då den inte är informerad är viktigt att komma ihåg men än viktigare är det att sjuksköterskor är medvetna om vilka konsekvenser bristande kommunikation kan ha.

7.3 Implikationer för omvårdnad

Trots att resultatet kommer från en relativt homogen patientgrupp så framkommer det tre huvudsakliga implikationer för omvårdnad som är relevanta för sjuksköterskans arbete med utlokaliserade patienter. För det första visar resultatet att vårdpersonalens vänliga bemötande spelar stor roll för patientens upplevelse. Detta tyder på att även väldigt grundläggande delar av sjuksköterskans yrkesutövande påverkar patientens upplevelse av trygghet och välbefinnande. Studiens resultat visar att patienter inte nödvändigtvis upplever utlokaliseringen som något negativt. Det är därför viktigt att vårdpersonalen, som ofta upplever utlokalisering som ett problem, inte överför sin oro eller stress på sina patienter.

En annan lärdom och påminnelse är att patienten kan ha tidigare vårderfarenheter och att det påverkar framtida upplevelser. Med detta i åtanke kan sjuksköterskan få en ökad förståelse för patientens upplevelse.

Till sist är det viktigt att belysa att sjuksköterskan alltid ska sträva efter att informera sina patienter då det är tydligt att detta skapar delaktighet och trygghet. Att berätta att det inte finns mer att berätta kan också räcka ibland.

7.4 Fortsatt forskning

Efter att ha genomfört bakgrundsarbetet för studien är det tydligt att det generellt saknas forskning kring patientens upplevelse av utlokalisering. Mer forskning behövs då patientens upplevelse är viktig för att kunna utveckla arbetsmetoder och rutiner vid utlokalisering.

Utifrån studiens resultat och diskussion skulle det också vara intressant att undersöka hur patienter med större behov av specialiserad vård upplever utlokalisering. Den aktuella studien bygger på patienter som utlokaliseras inom den somatiska vården. Det hade även varit intressant att studera patienters upplevelse av att utlokaliseras inom psykiatrin.

8 Slutsats

Studien visar att patienters upplevelse av utlokalisering påverkas av vårdpersonalens bemötande och kompetens. Resultatet visar också att om en patient har en negativ upplevelse av en tidigare avdelning så kan utlokaliseringen upplevas som mer positiv. De patienter som är stabila och inte är i behov av specialiserad vård känner också en större trygghet som utlokaliserad. Studien visar också att den utlokaliserade patientens känsla av trygghet hänger ihop med att patienten känner sig välinformerad.

9 Referenslista

- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Apker, J., Mallak, L., & Gibson, S. (2007). Communicating in the "gray zone": perceptions about emergency physician-hospitalist handoffs and patient safety. *Academic Emergency Medicine*, 14(10), 884-894. doi: 10.1197/j.aem.2007.06.037
- Berg, L. (2006). *Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård* (Doktorsavhandling). Göteborg: Göteborgs Universitet. Hämtad från <https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/743/1/Linda%20Berg%20ram.PDF>
- Björvell, C., & Thorell-Ekstrand, I. (2014). Omvårdnadsåtgärder. I A. Ehrenberg, L. Wallin, & A. Edberg (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s.113-133) (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101. doi: doi.org/10.1191/1478088706qp063oa
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.143-154) (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.285-300) (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Eldh, A-C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s.485-504) (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Elfving Boo, C., & Persson, N. (2017). *Att inte räcka till: Sjuksköterskors upplevelser av att vårda i samband med överbeläggning: En kvalitativ intervjustudie* (Kandidatuppsats). Borås: Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås. Hämtad från <http://hb.diva-portal.org/smash/get/diva2:1076614/FULLTEXT01.pdf>
- Forsman, H., Nilsson Kajermo, K., & Wallin, L. (2019). Kunskapsbaserad omvårdnad - från kunskap till säker och effektiv vård. I A. Ehrenberg, L. Wallin, & A. Edberg (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. (3:e uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Fossum, B. (2019). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (3:e uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Gerle, A. & Lanner, M. (2018). *Komplexiteten av omvårdnadsarbetet med utlokaliserade patienter* (Kandidatuppsats). Göteborg: Institutionen för vård och hälsa, Göteborgs Universitet. Hämtad från https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/61295/1/gupea_2077_61295_1.pdf

Gillian, S., & Walter, M. (2008). Quality improvements in hospital flow may lead to a reduction in mortality. *Clinical Governance: An International Journal*, 13(1), 26-34. doi: <https://doi.org/10.1108/14777270810850607>

Goulding, L., Adamson, J., Watt, I., & Wright, J. (2012). Patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: a qualitative interview study with NHS staff. *BMJ Qual Saf*, 21(3), 218-224. doi: [10.1136/bmjqs-2011-000280](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000280)

Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. (2. uppl.). Lund : Studentlitteratur.

Hassen, Y., Singh, P., Pucher, P. H., Johnston, M. J., & Darzi, A. (2018). Identifying quality markers of a safe surgical ward: An interview study of patients, clinical staff, and administrators. *Surgery*, 163 (6), 1226-1233. doi: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.12.003>

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411-420) (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111-120) (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Inspektionen för vård och omsorg [IVO] (2019a). *Patientsäkerhet för utlokaliserade patienter inom somatisk slutenvård samt för patienter som väntar på vård vid allvarlig sjukdom*. Hämtad 2019-10-14 från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/tillsyn/prioriterade-riskomraden-2018-2020/information-om-forstudie-patientsakerheten-vid-utlokalisering-och-vantan-pa-varld-vid-allvarlig-sjukdom.pdf>

Inspektionen för vård och omsorg [IVO] (2019b). *IVO granskar patientsäkerheten för utlokaliserade patienter*. Hämtad 2019-10-15 från <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/nyheter-2019/ivo-granskar-patientsakerheten-for-utlokaliserade-patienter/>

Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård: att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. (1:a uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Mohan, S., Wilkes, L. M., & Ogunsiyi, O. (2005). Caring for patients with cancer in non-specialist wards: the nurse experience. *European Journal of Cancer Care*, 14, 256–263. doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00566.x

Mollon, D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 70(8), 1727-1737. doi: 10.1111/jan.12348

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-438) (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Papadimos, T. J. (2004). Stoicism, the physician, and care of medical outliers. *BMC Medical Ethics*, 5(8). doi:10.1186/1472-6939-5-8

Ryan, S., Hislop, J., & Ziebland, S. (2017). Do we all agree what “good health care” looks like? Views from those who are “seldom heard” in health research, policy and service improvement. *Health Expectations*, 20(5), 878–885. doi: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/hex.12528>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset [SU]. (2018a). *Kirurgavdelning 137 Sahlgrenska*. Hämtad 2019-10-25 från <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-5/kirurgi-sahlgrenska/enheter/kirurgavdelning-137-sahlgrenska/>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset [SU]. (2018b). *Rutin: Vårdplatshantering*. Hämtad 2019-10-14 från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/32767/V%C3%A5rdplatshantering.pdf?a=false&guest=true>

Santamäki Fischer, R., & Dahlqvist, V. (2017). Tröst och trygghet. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 297-322) (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Schmidt, L. A. (2003). Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of advanced nursing*, 44(4), 393-399. doi: <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02818.x>

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Shattell, M. (2004). Nurse- patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 714-722. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00965.x

Sjukhus. (2019). I *Nationalencyklopedin [NE]*. Hämtad 2019-11-20 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/sjukhus>

Sjödahl, R., Kilander, O., Rutberg, H., & Johansson, K. (2012). Olägenheter och ineffektivitet med kirurgiska satellitpatienter - Strukturerad journalgranskning och enkätstudie. *Läkartidningen*, 7(109), 338-341.

Socialstyrelsen. (2014). *Stora utmaningar för landstingen att förbättra patientsäkerheten*. Hämtad 2019-10-16 från <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/stora-utmaningar-for-landstingen-att-forbatta-patientsakerheten/>

Socialstyrelsen. (2017a). *Överbeläggningar och utlokalisering av patienter*. Hämtad 2019-10-14 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/overbelaggnings-och-utlokalisering>

Socialstyrelsen. (2017b). *Definitionen av patientsäkerhet och vårdskada*. Hämtad 2019-10-15 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/definitionen-av-patientsakerhet-och-vardskada>

Socialstyrelsen. (2019a). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Hämtad 2019-10-16 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-3-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2019b). *Kommunikation och informationsöverföring*. Hämtad 2019-10-17 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/kommunikation-och-informationshantering>

Socialstyrelsen. (2019c). *Vård och omsorg av äldre*. Hämtad 2019-10-14 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-3-18.pdf>

Socialstyrelsens Termbank. (2011). *Utlokaliserad patient*. Hämtad 2019-10-14 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=497&SrcLang=sv>

Stylianou, N., Fackrell, R., & Vasilakis, C. (2017). Are medical outliers associated with worse patient outcomes? A retrospective study within a regional NHS hospital using routine data. *BMJ open*, 7(5). doi: 10.1136/bmjopen-2016-015676

Svensk sjuksköterskeförening. (2015). *Kärnkompetenser*. Hämtad 2019-10-22 från <https://www.swenurse.se/karnkompetenser/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Vardegrund för omvårdnad*. Hämtad 2019-10-21 från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/Vardegrund-for-omvardnad/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2019-10-31 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2019-10-16 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Tejero, L. M. S. (2012). The mediating role of the nurse–patient dyad bonding in bringing about patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 994-1002. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05795.x

Tingström, P. (2014). Information och utbildning. I F. Friberg, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s.595-621) (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Trygg. (2019). I *Nationalencyklopedin [NE]*. Hämtad 2019-11-14 från <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/trygg>

Vetenskapsrådet. (2019). *Det svenska sjukvårdssystemet*. Hämtad 2019-10-14 från <https://www.kliniskastudier.se/forskningslandet-sverige/det-svenska-sjukvardssystemet.html#showmore>

Ödegård, S. (2013). Patientsäkerhet. I J. Leksell, & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 253-294) (1:a uppl). Stockholm: Liber AB

10 Bilagor

10.1 Bilaga 1 - Intervjuguide

Introduktion

- Presentera oss själva.
- Informera om studien - särskilt om innebörden av utlokalisering
- Informera om samtycke och anonymitet.
- Informanten får hoppa över frågor eller avsluta intervjun när den så önskar.

Intervju

- Vad är din upplevelse av att vara utlokaliserad?
- Hur upplever du kontakten med personalen?
 - Sjuksköterska
 - Läkarkontakt
 - Andra professioner så som fysioterapeut, kurator, arbetsterapeut etc.?
 - Personalens kompetens inom ditt sjukdomstillstånd
- Upplever du att du får tillräcklig och adekvat information här på avdelningen?
 - Diagnos
 - Lägesstatus och plan
 - Mediciner
- Upplevelse av trygghet – uppföljningsfrågor
 - Vad tror du får dig att känna så...?
 - Finns det något samband mellan A och B?

Tilläggsfrågor:

- Vilken information fick du gällande din vårdplats?
- Är det något specifikt du saknat som denna avdelningen inte kunnat tillhandahålla? (om patienten vårdats på rätt avdelning tidigare)

Exempel på uppföljningsfrågor

- Vad får dig att känna så?
- Kan du berätta mer om det?
- Vad känns bra, vad känns dålig?

10.2 Bilaga 2 - Forskningspersonsinformation



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Patientens upplevelse av att vårdas på avdelning med annan medicinsk inriktning

Information till intervjudeltagare

Vi vill fråga dig om du vill delta i en intervjustudie som är en del av vårt examensarbete på sjuksköterskeprogrammet vid Göteborgs Universitet. I det här dokumentet får du information om studien och om vad det innebär att delta.

Vad är det för studie och varför vill ni att jag ska delta?

Ett problem i dagens sjukvård är att det saknas vårdplatser. Detta resulterar i överbeläggningar på avdelningar alternativt att patienter utlokaliseras till avdelningar som har en annan medicinsk inriktning. Kirurgavdelning 137, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, vårdar ofta patienter som utlokaliseras från andra avdelningar och har därför efterfrågat denna studie.

Syftet med studien är att beskriva patientens upplevelse av att vara utlokaliserad inom heldygnsvården.

Anledningen till att du tillfrågats att delta i studien är på grund av att du vårdas eller har vårdats på en avdelning som inte är specialiserad på just ditt sjukdomstillstånd.

Huvudmän för studien är kirurgavdelning 137, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, och institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet. Med forskningshuvudman menas den/de organisation/er som är ansvariga för studien.

Hur går studien till?

Vi önskar genomföra en intervju på ca. 20-30 minuter med dig. Intervjun kommer genomföras med en av oss, spelas in och sedan transkriberas (renskrivs) av oss. Därtill önskar vi ta del av bakgrundsinformation om dig, t.ex. kön, ålder och medicinsk diagnos. Du kommer vara anonym och dina uppgifter presenteras på gruppnivå.

Vad händer med mina uppgifter?

Under studien kommer vi att samla in och registrera information om dig. Resultatet av intervjun kommer att utgöra en del av resultatet för vårt examensarbete. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. De uppgifter vi har om dig kommer att sparas under kursens gång och kommer sedan att raderas.

Personuppgiftsansvarig är avdelning 137, Sahlgrenska universitetssjukhus. Enligt personuppgiftslagen (PuL) har du rätt att gratis en gång per år få ta del av de uppgifter om dig

som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Stina Björnsund, gusbjorst@student.gu.se eller Pontus Petersson guspetepo@student.gu.se.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Examensarbetet kommer att publiceras på institutionen för vårdvetenskap och hälsas hemsida och om du önskar få länk till den kan du kontakta ansvariga för studien (se nedan).

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvarig för studien är:

Pontus Petersson
Sjuksköterskestudent

Stina Björnsund
Sjuksköterskestudent

Christopher Holmberg
Universitetslektor, leg. Ssk

Guspetpo@student.gu.se

Gusbjorst@student.gu.se

Christopher.holmberg@gu.se

Samtycke

Undertecknad har gått igenom och tagit del av skriftlig forskningspersonsinformation samt haft möjlighet att ställa frågor. Studien är frivillig och kan avbrytas när som helst. Det insamlade materialet kommer endast att hanteras av ansvariga för studien och behandlas konfidentiellt. Forskningspersonen får behålla forskningspersonsinformationen och har därigenom möjlighet att i efterhand ta kontakt med ansvariga för studien om frågor uppkommer.

.....
Datum

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande

10.3 Bilaga 3 - Brev till vårdenhetschefer

SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Användare Viceprefekt Helle Wijk
Besöksadress: Arvid Wallgrens Backe 1
Postadress: Box 457, 405 30 Göteborg
Telefon: +46 31 786 6010
E-post: Helle.wijk@gu.se

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN
2018-02-27

Vårdenhetschefer inom Västra Götalandsregionen

Studenters verksamhetsförankrade examensarbete (VFE) på grundnivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på sjuksköterskeprogrammet. Arbetet omfattar 15 högskolepoäng och är en kurs inom ramen för en akademisk yrkesexamen. Examensarbetet ligger även till grund för en generell kandidatexamen i huvudområdet omvårdnad. Examensarbetet kan utgöras av ett empiriskt projekt med datainsamling som sker i vårdverksamheten.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, *dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå*. Examensarbeten omfattas således inte av etikprövning och därför krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver i förekommande fall en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer som godkänns av handledare för examensarbetet.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall lämna en FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. De forskningspersoner som väljer att delta i studien lämnar muntligt samtycke. Att delta i en studie är frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför.

Med vänliga hälsningar

Helle Wijk
Viceprefekt samverkan
Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa
Sahlgrenska akademien
Göteborgs Universitet