



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSANS ERFARENHETER AV ATT FÖRBEREDA PATIENTER INFÖR UTSKRIVNING

En intervjustudie från den psykiatriska
heldygnsvården

Isabel Dunér
Frances Renkel

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2020
Handledare:	Lilas Ali
Examinator:	Anna Dencker

Titel svensk:	Sjuksköterskans erfarenheter av att förbereda patienter inför utskrivning – en intervjustudie från den psykiatriska heldygnsvården
Titel engelsk:	The nurse's experience of preparing the patient for discharge – an interview study from the psychiatric inpatient care
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2020
Handledare:	Lilas Ali
Examinator:	Anna Dencker
Nyckelord:	Psykiatrisk vård, omvårdnad, utskrivningsprocessen, delaktighet, personcentrerad vård

Sammanfattning

Bakgrund: Att bli utskriven från den psykiatriska heldygnsvården beskrivs som en kritisk fas för patienten. En väl förberedd utskrivning minskar risken för återinläggning och ökar sannolikheten att patienten följer planerad eftervård. Sjuksköterskan har ett ansvar att främja patientdelaktighet och stärka patientens känsla av kontroll. Få studier beskriver sjuksköterskans erfarenheter av att förbereda patienten inför utskrivning från den psykiatriska heldygnsvården.

Syfte: Att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att förbereda patienter inför utskrivning till hemmet från den psykiatriska heldygnsvården.

Metod: En kvalitativ metod valdes för studien. Databesamling gjordes genom sju semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor från den psykiatriska heldygnsvården. Data analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen resulterade i tre kategorier och tio subkategorier. Kategorierna var: *Trygghet inför utskrivning*, *Förbereda för eftertiden* och *En dynamisk process*. Trygghet inför utskrivning beskriver hur sjuksköterskan arbetar med att få patienten trygg inför utskrivning och de hinder som kan uppstå. Förbereda för eftertiden beskriver hur sjuksköterskan försöker skapa en plan för tiden efter utskrivning genom att samordna med andra instanser och med patienten planera för aktiviteter och tillvaratagande av resurser. En dynamisk process beskriver hur sjuksköterskans arbete med utskrivningsprocessen är känsligt för stress, präglad av samarbete med andra professioner och något sjuksköterskan utvecklas i att arbeta med.

Slutsats: Sjuksköterskorna besitter många färdigheter och arbetssätt för att förbereda patienten inför utskrivning och planera för tiden efter. Det beskrivs dock vara en känslig process där det saknas ett strukturerat arbetssätt, och faktorer som hotar patientens delaktighet har påvisats. Det framträder ett behov av en professionsgemensam struktur och arbetssätt

gällande utskrivningsprocessen. Vårdplanen framstår vara ett bra hjälpmedel vid planering inför utskrivning, som även värnar om patienten som aktiv beslutsfattare.

Nyckelord: Psykiatrisk vård, omvårdnad, utskrivningsprocessen, delaktighet, personcentrerad vård

Abstract

Background: Being discharged from psychiatric inpatient care is a critical phase for the patient. A well-prepared discharge reduces the risk of readmission and increases the probability of the patient complying to planned aftercare. The nurse has a responsibility to promote patient participation. Few studies describe the nurse's experience of preparing the patient for discharge from psychiatric inpatient care.

Aim: To describe the nurse's experience of preparing the patient for discharge to home environment from psychiatric inpatient care.

Method: A qualitative method was chosen. Collection of data was made through seven semi-structured interviews with nurses from psychiatric inpatient wards. Data were analysed using a qualitative content analysis.

Results: The analysis resulted in three categories: *Feeling safe before discharge*, *Preparing for aftertime* and *A dynamic process*. Feeling safe before discharge describes how the nurses work to make the patient feel safe before discharge, and obstacles that may occur. Preparing for aftertime describes how the nurses create a plan for the time after discharge by coordinating with other instances, and plan for activity and ensuring of resources with the patient. A dynamic process describes the nurse's work with the discharge process as sensitive to stress, characterized by cooperation with other professions, and is something in which the nurse evolves in working with.

Conclusion: The nurses possess a lot of skills and work methods to prepare the patient for discharge. However, it is described to be a sensitive process lacking a structured way of work, and factors threatening the patient's participation have been shown. There is a need of a common structure between the professions regarding the work around the discharge process. The care plan is a good tool when the discharge is planned, and protects the patient's role as an active decision maker.

Keywords: Psychiatric care, nursing, discharge process, participation, person centred care

Förord

Vi vill tacka alla sjuksköterskor som bidragit med sin kunskap och sina erfarenheter. Vi är imponerade över det arbete ni bedriver och studien hade aldrig gått att göra utan er. Tack till vår handledare Lilas för strålande vägledning och stöttning för att komma på rätt spår. Även stort tack till familj som bidragit med uppmärksamma ögon inför färdigställandet av uppsatsen.

Slutligen ett stort tack till varandra. Även när det känts som mest tungrott har vi tillsammans lyckats hålla humöret uppe.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Psykisk hälsa och ohälsa	1
Utskrivningsprocessen	2
Uppföljning och insatser efter utskrivning	2
Sjuksköterskans ansvar	3
Specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård	3
Personcentrerad vård	4
Personcentrering inom psykiatrisk vård	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Studiedesign	6
Urval och deltagare	7
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Etiska överväganden	10
Resultat	11
1. Trygghet inför utskrivning	11
1.1 Tidsram tydliggör processen	12
1.2 Förbereda genom samtal	13
1.3 Delaktighet som beror på	13
1.4 Uppnå en överenskommelse	15
2. Förbereda för eftertiden	16
2.1 Skapa stabilitet genom andra instanser	16
2.2 Planera kommande tid	17
2.3 Säkerställa resurser i patientens hemmiljö	18
3. En dynamisk process	18
3.1 Stress som en faktor	18
3.2 Att vara en del i ett samspel med andra	19

3.3 Att utvecklas i sin roll.....	20
Diskussion.....	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion.....	23
Slutsatser och implikationer	26
Referenslista.....	27

Bilaga 1 – Brev till verksamhetschef

Bilaga 2 – Forskningspersonsinformation

Bilaga 3 – Frågeguide

Inledning

Utskrivning från den psykiatriska heldygnsvården beskrivs som en kritisk fas för patienten och ordet utskrivning har ofta en negativ innebörd (Meehan et al., 2006; Redding et al., 2017). En utskrivning som inte är väl förberedd kan utgöra ett hinder för patientens återhämtning och de framsteg som gjorts under vårdtiden (Alghzawi, 2012). En väl förberedd utskrivning minskar risk för återinläggning och när gemensamma beslut tas redan från start påverkas hela utskrivningsprocessen positivt (Dudas et al., 2014; Steffen et al., 2009). Patienten ska göras delaktig i vården där dess erfarenheter, mål och preferenser beaktas (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Författarna till denna studie är verksamma som sjuksköterskor inom den affektiva heldygnsvården. Intresset för frågan har väckts under de yrkesverksamma åren då det inte upplevts finnas en tydlig bild gällande sjuksköterskans arbete med denna process, detta trots att forskningen betonar vikten av en välplanerad utskrivning. Därav ämnades göra en studie för att undersöka sjuksköterskans erfarenheter kring detta arbete.

Bakgrund

Psykisk hälsa och ohälsa

Psykisk hälsa är ett paraplybegrepp som omfattar både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Ett psykiskt välbefinnande innefattar såväl upplevt välbefinnande som funktionsförmåga, innefattande aspekter som att kunna balansera livets upp- och nedgångar, känna tillfredsställelse och njutning, ha ett gott socialt nätverk och kunna utvecklas på ett personligt plan. Frånvaro av psykiska besvär eller sjukdomar behöver inte leda till ett psykiskt välbefinnande. Begreppet psykisk ohälsa omfattar många olika tillstånd och svårighetsgrader. Symtombilden kan vara mild till allvarlig med stor påverkan på funktionsnivå, och tillståndet kan vara övergående eller långvarigt (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Världshälsoorganisationen (WHO) beskriver den psykiska ohälsan som ett ökande globalt problem. Trots att psykisk ohälsa har en omfattande påverkan på individen och dess funktionsförmåga samt leder till höga kostnader för den globala ekonomin, får den psykiatriska vården en högst begränsad del av de statligt finansierade vårbudgetarna. Barn och unga vuxna är hårt drabbade av psykisk ohälsa och globalt är suicid den näst främsta dödsorsaken bland individer i åldersgruppen 15–29 år. Människor som lider av svår psykisk ohälsa löper även ökad risk att dö i förtid, relaterat till sämre kroppslig hälsa. Även om framsteg gjorts i några länder är psykisk ohälsa sammankopplat med risk för stigmatisering, diskriminering och kränkning av de mänskliga rättigheterna. Det finns således ett stort behov av ökade investeringar och satsningar på området (WHO, u.å).

En kartläggning av psykiatrin i Sverige år 2020 (baserat på siffror från år 2019) visar att besöken inom såväl barn- och ungdomspsykiatrin som vuxenpsykiatrin ökar. I internationell

jämförelse har Sverige bland de högsta andelarna individer som varit i kontakt med psykiatrisk vård per invånare. Sverige har generellt sett de kortaste vårdtiderna vilket kan förklaras av högre tillgänglighet i öppenvården. Dessutom har Sverige en väldigt låg andel specialistutbildade sjuksköterskor inom den vuxenpsykiatriska vården (Uppdrag psykisk hälsa, 2020).

Utskrivningsprocessen

Tiden efter utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård beskrivs som en kritisk fas för patienterna och kan leda till en förhöjd suicidrisk (Meehan et al., 2006). En studie kring patientens erfarenhet kom fram till att ordet utskrivning ofta har en negativ innebörd, kopplat till en känsla av att utsättas för en utskrivning, utan att få vara en del av processen. Utskrivningen betyder inte att individen plötsligt är frisk, utan bara för frisk för att vara inlagd. Det kan upplevas som att på nytt introduceras till världen utanför och att behöva lära sig att leva i den igen (Redding et al., 2017).

Utskrivningsprocessen kan beskrivas som dynamisk, flexibel, omfattande och präglad av samarbete. En planering inför utskrivning bör finnas med från start och uppdateras efter hand, samt vara lyhörd för patientens individuella behov (Alghzawi, 2012). När gemensamma beslut tas redan från vårdtidens början påverkas hela utskrivningsprocessen positivt, och ett tidigt besked om preliminärt utskrivningsdatum ger patienten en möjlighet att planera sin hemgång och ta ställning till behov av stödinsatser efter vårdtiden (Dudas et al., 2014). Interventioner gällande planering inför utskrivning minskar risk för återinläggning och ökar sannolikheten att patienten följer planerad eftervård (Steffen et al., 2009), medan en utskrivning som inte är väl förberedd kan utgöra ett hinder för patientens återhämtning och de framsteg som gjorts under vårdtiden (Alghzawi, 2012). Samordningen med uppföljande vård och sociala insatser är viktig, samt att tillsammans med patienten identifiera och hantera eventuella hinder i hemmiljön, ekonomin och arbetet. Ytterligare delar kan innefatta involvering av närstående, psykoedukation och förståelse för symtom/diagnos, stresshantering och rekreation samt motivering till uppföljning. När patienten görs till en aktiv deltagare i utskrivningsprocessen accepteras planeringen i större utsträckning (Alghzawi, 2012).

Uppföljning och insatser efter utskrivning

Inom regioner har specialistpsykiatri och primärvård ett delat ansvar för individer med psykisk ohälsa. Hur fördelningen är organiserad är olika beroende på region, men ett gott samarbete är nödvändigt för att insatser ska kunna ges efter behov snarare än utifrån organisatoriska ramar (Uppdrag psykisk hälsa, u.å). Ali och Goulding (2020) beskriver att den psykiatriska vården ofta består av punktinsatser i ett akut skede och patienter kan behöva skrivas ut från heldygnsvården utan en genomtänkt uppföljningsplan. De långa köerna till den psykiatriska öppenvården medför att patienterna kan hinna försämrats i sitt mående igen och på nytt behöva söka till akutvården.

Bristande samordning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst har lett till sämre upplevelse av vården och dess kvalitet (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018). Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017), syftar till att möjliggöra snar utskrivning för utskrivningsklara patienter samt god vård och uppföljning för de som är i behov av insatser från socialtjänsten, vård via kommunalt finansierad hälso- och sjukvård alternativt regionfinansierad öppenvård. Personer med psykisk ohälsa lyfts fram som en grupp som kan ha komplexa samordningsbehov. Lagen fastslår ansvar för regionens öppenvård att sammankalla till samordnat möte för planering kring vård efter utskrivning samt vikten av en fast vårdkontakt. I uppföljningar av lagen har dock särskilda hinder uppmärksammats för psykiatrin; brist på anpassade boenden, avsaknad av mellanvårdsformer och brister i den psykiatriska öppenvården och dess samverkan med slutenvården (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018).

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskans kompetensområde är omvårdnad. Detta innebär att sjuksköterskor har ett ansvar att vara uppdaterade på det vetenskapliga kunskapsområdet och utföra ett patientnära arbete grundat i en humanistisk människosyn (Leksell & Lepp, 2013). Arbetet bygger på fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Omvårdnaden ges med respekt för mänskliga rättigheter och oberoende av exempelvis ålder, kön, sexuell läggning, kulturell eller etnisk bakgrund, funktionsnedsättning eller sjukdom.

Genom att ansvara för och leda omvårdnadsarbetet ska sjuksköterskan självständigt, i team samt med patienter och dess anhöriga göra bedömningar, diagnostisera, planera, genomföra och utvärdera omvårdnaden. Sjuksköterskan ska utifrån ett helhetsperspektiv se till patientens behov och situation samt skapa en förtroendefull relation med patienten och dess anhöriga för att ge en så god omvårdnad som möjligt (Leksell & Lepp, 2013). Patientens förmåga och vilja att vara delaktig kan bero på dess hälsa och tillit till sin vårdare. Som sjuksköterska blir det viktigt att vara lyhörd och möta patienten där den befinner sig och utifrån det möjliggöra delaktighet (Wiklund Gustin, 2019). Sahlsten et al. (2009) beskriver tre olika kategorier för att stimulera och optimera patientdeltagande: bygga ett nära samarbete, lära känna personen och stärka egenvårdsförmåga.

Specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård

Omvårdnad på avancerad nivå kräver mer sammansatt kunskap och sjuksköterskan gör mer komplexa bedömningar än på grundnivå (Edberg et al., 2013). Den psykiatriska omvårdnaden ska utgå från att alla personer har möjligheten att växa och utvecklas samt att personer med psykisk ohälsa har rätt till en god och säker personcentrerad vård som stödjer personens oberoende och självsäkerhet (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Omvårdnaden ska syfta till att stärka personens känsla av kontroll, förmåga att hantera känslor och utveckla strategier, lära sig att hantera sin sjukdom och formulera mål. Patienten

och dess anhöriga ska få möjlighet att vara delaktiga i vården och deras erfarenheter, mål och preferenser beaktas (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Genom att hjälpa patienten utveckla strategier för att uppnå sina mål ges en personcentrerad vård (Thomson et al., 2019).

Specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård har också ett ansvar i att tillgodose patientens och dess närståendes behov av information och stöd (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Genom aktivt och reflekterande lyssnande kan sjuksköterskan förstå patientens behov och planera undervisning som omvårdnadsåtgärd (Thomson et al., 2019). Undervisning om sjukdomen kan reducera stigma, öka hopp och hjälpa patienten i sin återhämtningsprocess. Det kan också vara viktigt att informera patienten och dess anhöriga om samhällsresurser för att främja återhämtning utanför den akuta vårdenheten.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är ett förespråkatsätt att bedriva vård på (Britten et al., 2016). Termen kan ha olika betydelser och användas i en mängd olika sammanhang (Lepledge et al., 2007; Waters & Buchanan, 2017). Inom den personcentrerade vården är alla personer unika med individuella behov. Vården ska anpassas utefter detta och inte ges enligt ett standardiserat mönster för en hel grupp eller diagnos (Lepledge et al., 2007). Patienten ses som en person och medmänniska, expert på sig själv och sin tillvaro. Denne ska betraktas som en partner och jämlike i vården (Ekman et al., 2014). Ohälsa påverkar individen, dess liv och identitet. Vården ska söka förståelse för detta perspektiv, hur det vardagliga sammanhanget och den egna unika miljön påverkas. De vårdande och medicinska åtgärderna ska vara relevanta för individen, och ges med respekt för värderingar, preferenser och uttryckta behov (Lepledge et al., 2007). Inom den personcentrerade vården är patienten välinformerad och en aktiv deltagare i beslutsfattandet (Dudas et al., 2014).

Ett personcentrerat arbetssätt ses som ett sätt att förbättra standarden på den vård som ges (Laird et al., 2015). Resultaten har i regel varit positiva och bidragit till en förbättring av vården med ökad kvalitet och positiv förändring av vårdens kultur och miljö (Gabrielsson et al., 2015).

Trots att personcentrerad vård är en viktig del av modern hälso- och sjukvård finns det ingen gemensam definition av begreppet och vården kan skilja sig beroende på kontext (Waters & Buchanan, 2017). Göteborgs universitets Centrum för personcentrerad vård (GPCC) har utvecklat tre rutiner för att implementera ett personcentrerat arbetssätt inom den kliniska verksamheten: att framkalla patientens berättelse för att initiera partnerskap, arbeta med partnerskapet för att uppnå gemensamma mål samt använda dokumentation för att skydda partnerskapet och registrera patientens berättelse och delade mål (Britten et al., 2016). Skapandet av patientberättelsen utgör grunden för partnerskapet, där patienten ges utrymme att berätta om sin sjukdom och hur livet påverkas, vilket fångar lidandet i ett vardagligt sammanhang och belyser behov och resurser (Ekman et al., 2011). Gemensamma mål skapas

genom denna berättelse och bygger på partnerskapet samt ett delat beslutsfattande. Dokumentationen möjliggör beskrivning av patientens delaktighet, behov, värderingar och önskemål i syfte att säkerställa transparens och kontinuitet. När Britten et al. (2016) utvärderade dessa rutiner sågs behov av förändrade attityder och metoder som möjliggör att patientberättelsen kan integreras i den praktiska vården.

Thomson et al., (2019) beskriver hur en personcentrerad vård kan ges genom att upprätta en vårdplan tillsammans med patienten vid inskrivning. Vårdplanen kan revideras under vårdtiden och baseras på patientens individuella behov och preferenser samt ge patienten en röst och ett val i en annars begränsad miljö. Vårdplanen är ett viktigt dokument som tar fasta på patientens delaktighet och utgör grund för planering av vård och utskrivning, vilket ska göras snarast efter inskrivning (Ali & Goulding, 2020). Den innehåller överenskommelser mellan patient och personal gällande vård och behandling för att gemensamt sätta mål ska uppnås.

Personcentrering inom psykiatrisk vård

Den personcentrerade vården inom psykiatri kan skilja sig från den inom andra vårdssammanhang (Gabrielsson et al., 2015), det bör finnas en medvetenhet om kontextens betydelse. Psykiatri utmärker sig bland annat genom tvångsvård och att patienter i högre utsträckning kan ha en annan verklighetsuppfattning och begränsad sjukdomsinsikt (Moore et al., 2017). Gabrielsson et al. (2015) har gjort en analys av personcentrerad vård i förhållande till psykiatrisk vård, där framträder tre utmärkande faktorer: kulturella, relationella och återhämtningsfokuserade. Kulturella faktorer innefattar egenskaper hos vårdpersonal och specifik vårdmiljö: kompetens, teamarbete, regelverk, patientens delaktighet och respekt för dess behov och preferenser. Relationella faktorer innebär det sätt vårdpersonal och patient förhåller sig till varandra med fokus på en jämlik, stöttande och hoppgivande vårdrelation. Slutligen ska den personcentrerade vården vara återhämtningsfokuserad med avseende på patientens förmåga till självständighet, beslutsfattande och ansvar i att återuppbygga sitt liv.

Återhämtning kan beskrivas som en unik och dynamisk utvecklingsprocess. Den är personlig och beroende av socialt stöd och meningsfulla aktiviteter. Det innebär att ta kontroll över och forma sitt liv baserat på individuella förutsättningar och visioner om ett gott liv.

Återhämtningsprocessen ska fokusera på att stötta patienten till förståelse kring sig själv som värdefull och kapabel, snarare än att fastna i en identitet som sjuk. I denna process kan de nya erfarenheterna användas för att skapa ny mening (Wiklund Gustin, 2014; Jormfeldt & Svedberg, 2014). Camann (2010) beskriver återhämtning från psykisk ohälsa som en lång och jobbig process; att arbeta sig igenom och bortom de begränsningar sjukdomen utgjort. När patienten är aktiv i sin behandling utmanas denna till att undersöka olika val och handlingar viktiga för just denne i sin återhämtningsprocess. Även Lepledge et al. (2007) betonar vikten av att patienten inom den personcentrerade vården ska betraktas som en aktiv deltagare och inte som en passiv mottagare av vård. Ali och Goulding (2020) fastslår att kunskapen idag pekar på att det mest framgångsrika sättet att behandla kroniska sjukdomar är genom

patientens förståelse för sjukdomen, att de får verktyg att hantera den och tillit till sin förmåga att göra så.

Problemformulering

Den psykiska ohälsan är ett ökande problem och allt fler har behov av kontakt med psykiatrin. Utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård är en kritisk fas för patienten och kan uppfattas som att på nytt behöva lära sig omvärlden. En utskrivning som inte är väl förberedd kan utgöra hinder för patientens återhämtning och för de framsteg som gjorts under vårdtidens gång. Ofta kan patienten uppleva att den inte är en del av att planera sin utskrivning. Detta trots att forskning visar att en välplanerad utskrivning minskar risken för återinläggning samt ökar sannolikheten att patienten följer planerad eftervård. Psykiatrisk omvårdnad syftar till att stärka patientens känsla av kontroll, förmåga att hantera känslor och utveckla strategier. Sjuksköterskan har ett viktigt ansvar i att synliggöra patientens behov och önskemål, skapa delaktighet och planera vården. Inom den personcentrerade vården betraktas patienten som en medmänniska som är expert på sig själv, sin tillvaro och hur ohälsan påverkar det vardagliga sammanhanget. Delaktighet och delat beslutfattande utgör viktiga grundpelare. Detta perspektiv ger stöd åt att patienten i ett tidigt skede ska göras delaktig i planering inför utskrivning.

Befintlig forskning gällande utskrivningsprocessen inom den psykiatriska vården har ofta en kvantitativ karaktär som exempelvis syftar till att undersöka enskilda interventioner eller återinläggningar, lite finns som beskriver fenomenet ur ett kvalitativt perspektiv och sjuksköterskans syn på detta arbete.

Syfte

Syftet är att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att förbereda patienter inför utskrivning till hemmet från den psykiatriska heldygnsvården.

Metod

Studiedesign

Då studien avser belysa sjuksköterskans erfarenheter valdes en kvalitativ design med en induktiv ansats, detta utifrån att Henricson och Billhult (2017) förklarar att den kvalitativa designen ämnar undersöka levda erfarenheter av ett visst fenomen. Detta görs utifrån antagandet att det inte finns någon absolut sanning eller fel i en erfarenhet. Priebe och Landström (2017) beskriver att forskaren vid en induktiv ansats börjar i empirin för att sedan så förutsättningslöst som möjligt studera fenomenet och beskriva det för att slutligen kunna dra slutsatser. De beskriver även att det ska finnas ett vetenskapligt sammanhang där vetenskapliga teorier får fungera som en ram när ett nytt ämnesområde närmas (Priebe & Landström, 2017). Personcentrerad vård fungerar som en teoretisk ram i detta arbete.

Urval och deltagare

Kvalitativa studier har ofta ett mindre antal deltagare, där urvalet vanligtvis görs strategiskt för att få en bra representation och möjliggöra generalisering av resultatet. Ställning kan tas till vem som kan ge informationsrika beskrivningar och maximera författarens förståelse för fenomenet (Polit & Beck, 2017). För att få variationsrika berättelser kan ställning tas till exempelvis ålder, kön och yrkeslivserfarenhet i urvalsprocessen (Henricson & Billhult, 2017).

I denna studie inkluderades sjuksköterskor som arbetar inom den affektiva psykiatriska heldygnsvården då de har erfarenhet av det fenomen som studerats. Övriga områden inom psykiatri exkluderades då de ofta har större samordningsinsatser, vilket kan tänkas ge ett annat fokus på förberedelse inför utskrivning. Även sjuksköterskor som endast tjänstgör nattetid exkluderades då de sällan arbetar aktivt med utskrivningsprocessen. Med urvalet ämnades uppnå en variation av ålder, kön, utbildningsnivå samt erfarenhet av den psykiatriska vården.

Godkännande för studien inhämtades från verksamhetschef på kliniken (se bilaga 1). Efter detta togs kontakt med vårdenhetscheferna på den affektiva kliniken för att påbörja rekrytering. Ett mejl skickades ut med information om studien och önskan om stöd i att nå ut till sjuksköterskor på avdelningen. Respons erhöles endast från fyra av sju avdelningar, och svårigheter uppstod med att nå ut till sjuksköterskor som hade intresse av att delta. Genom att fysiskt gå ut på tre av avdelningarna kunde muntlig information ges till tjänstgörande sjuksköterskor och forskningspersonsinformation (se bilaga 2) lämnas ut för att läsa igenom och ta ställning till deltagande. Sju deltagare kunde rekryteras.

De sju deltagarna var i åldersspannet 30 – 54 år, med en medelålder på 40,7 år. Fem kvinnor och två män deltog och två deltagare hade en specialistutbildning inom psykiatrisk vård. Den yrkesverksamma tiden inom psykiatri låg mellan 2,5 – 17 år, med ett snitt på 8 år. Samtliga fullföljde sitt deltagande i studien. Se tabell för övergripande sociodemografisk data.

Tabell 1. Sociodemografisk information om deltagare

Deltagare	N=7
Ålder	
25 – 35 år	2
36 – 45 år	4
46 + år	1
Kön	
Kvinna	5
Man	2
Antal år som sjuksköterska	
0 – 5 år	2
6 – 10 år	1
11 – 20 år	3
21 +	1
Antal år inom psykiatri	
0 – 5 år	3
6 – 10 år	3
11 – 20 år	1
Specialistutbildning inom psykiatrisk vård	
Ja	2
Nej	5

Datainsamling

Individuella semistrukturerade intervjuer användes i denna studie som metod för datainsamling. Danielson (2017) beskriver intervjuer som lämpliga för att nå djupare beskrivningar av ett fenomen. Semistrukturerade intervjuer utgår från öppna frågor som följer en viss struktur men inte behöver tas i en viss ordning och där intervjuaren kan anpassa sig efter vad som framkommer. En intervjuguide skapas där öppna frågor formuleras för att fungera som stöd under själva intervjun. Till dessa frågor kan ytterligare frågeområden läggas till för att få mer detaljer och ett större djup. Frågorna och intervjuens upplägg bör testas i minst en pilotintervju (Danielson, 2017). Se bilaga 3 för denna studies frågeguide.

En pilotintervju genomfördes där en höll intervjun och den andra agerade bisittare. Efter denna intervju utvärderades intervjuguidens frågor, frågeområden och ordning. Utförandet av intervjun diskuterades och lärdomar försökte dras. Endast mindre justeringar bland frågeområden gjordes. Insamlade data i provintervjun ansågs motsvara syftet och inkluderades därför i resultatet. Rollen som intervjuare och bisittare antogs växelvis vid resterande intervjuer, där bisittaren gjorde inlägg om någonting missades eller önskades belysas närmre. Intervjuerna hölls i ett bokat rum utanför vårdavdelningarna på psykiatriska kliniken under deltagarnas arbetstid. Deltagarna var informerade om att intervjun beräknades ta 30 – 60 min. Intervjuerna tog mellan 32 – 58 minuter, med en medellängd på 41 minuter. Inför intervjun hade deltagarna fått en forskningspersonsinformation i handen och frågeguiden skickades till arbetsmejlen minst tre dagar i förväg. Innan intervjun skedde en

genomgång av forskningspersonsinformation, eventuella frågor besvarades och muntligt samtycke till medverkan i studien samt samtycke till ljudinspelning insamlades. Sociodemografisk information, enligt vad som presenteras i tabell 1, insamlades via en blankett.

Intervjuerna baserades på sex öppna huvudfrågor formulerade i en frågeguide. Till dessa hade frågeområden formulerats vilka ställdes som följdfrågor om deltagaren inte själv berört området.Handledare för studien hade inför intervjustart godkänt frågeguiden. Deltagarna uppmuntrades till fortsatt berättelse och reflektion genom att exempelvis ombes utveckla, förklara och ge exempel i syfte att nå en djupare beskrivning av fenomenet.

Dataanalys

Transkribering av intervjuerna påbörjades när all data var insamlad. Danielsson (2017) beskriver att dataanalysen börjar när intervjuerna transkriberas, genom att lyssna och samtidigt skriva ges en upprepning av intervjusituationen. Då arbetet har en induktiv ansats innebär detta, i enlighet med Henricson och Billhults (2017) beskrivning, en strävan efter att inte använda den egna förförståelsen i dataanalysen. Data analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys enligt förfarande som beskrivs i Graneheim och Lundman (2004). Det manifesta innehållet analyserades, vilket Graneheim och Lundman (2004) förklarar som vad texten uttryckligen säger och visar, utan tolkning av en underliggande mening.

Efter att de transkriberade texterna lästs i sin helhet började arbetet med att plocka ut meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte. Dessa kondenserades, vilket innebär att korta ner utan att förlora det väsentliga. Sedan påbörjades abstraktionsfasen av analysen där meningsbärande enheter fick koder. Utifrån likheter och olikheter fördes dessa samman i tio subkategorier och tre kategorier utefter vilken del av fenomenet de speglade. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att kategorier i huvudsak bygger på det som beskrivs i texten och därmed ger uttryck för det manifesta innehållet. I tabell 2 visas exempel på genomförd innehållsanalys.

Tabell 2: exempel på innehållsanalys

Intervjutext (meningsbärande enheter)	Kondenserad text	Kod	Subkategori	Kategori
förut skrevs ju folk ut mycket mer på samma dag liksom /.../ Det blev ju inte bra någonstans. Det blev ju alltid upprördhet. Liksom att... Det var lite kanske... den läkarens liksom... framtoning i det hela också /.../ ”jag tänker att du ska bli utskriven idag. Hejdå.” Då... Det blir ju inte bra, men... om läkaren säger tre dagar innan /.../ då blir det något helt annat.	Förr hade vi en läkare som meddelar patienten samma dag att den ska bli utskriven, det blev alltid upprört. Men när en läkare tar upp utskrivning tre dagar innan blir det en helt annan sak.	Att ge tid minskar konflikter	Tidsram tydliggör processen	Trygghet inför utskrivning
Vidare så försöker jag nog redan från start att man ser till att patienten inte går omkring och oroar sig för något i hemmet, som komma skall efter utskrivning utan ligger det en obetald räkning på, som kommer att ställa till det för patienten när den kommer hem, gör då så att åk och hämta den, lös det på något sätt	Redan från start försöka se om patienten oroar sig för någonting i hemmet, exempelvis en obetald räkning och hitta lösningar på detta.	Att minska hinder i hemmet	Planera kommande tid	Förbereda för eftertiden

Etiska överväganden

Enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003) framgår att arbeten som utförs inom ramen av högskoleutbildning på grund- eller avancerad nivå ej omfattas av etikprövning. Således krävdes inte något tillstånd från etikprövningsmyndigheten.

Forskningsetiska överväganden har gjorts under arbetets gång enligt rutiner utformade av institutionen för att uppfylla god forskningsetik. Kjellström (2017) beskriver att vid examensarbete handlar forskningsetiken om att värna människors lika värde, integritet och självbestämmande. Forskningen ska genomföras på etiskt godtagbart sätt och vara till nytta för individ, samhälle eller profession.

Vetenskapsrådet (u.å) redogör för att individskyddskravet, vilket innebär att människan inte får utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning, är utgångspunkten för de forskningsetiska överväganden som alltid ska göras. Individskyddskravet kan beskrivas genom fyra allmänna krav på forskning vilka tagits i beaktning i denna studie.

1. *Informationskravet*: Detta hanterades genom att en forskningspersonsinformation, godkänd av handledare, lämnades ut i samband med rekrytering. Vid intervjutillfället skedde även en muntlig genomgång av detta dokument.
2. *Samtyckeskravet*: Detta hanterades genom att muntligt samtycke (enligt riktlinjer från institutionen på Göteborgs Universitet) inhämtades innan intervjun påbörjades. Information om rätten att avbryta sin medverkan gavs såväl skriftligt som muntligt.
3. *Konfidentialitetskravet*: Detta hanterades genom att intervjuer och dokument kodades och förvarades på sådant sätt att endast ansvariga för studien haft tillgång till dem.
4. *Nyttjandekravet*: Insamlad data kommer endast användas för denna studies ändamål.

Polit och Beck (2017) beskriver att en risk/nytta-analys kan göras för att skydda deltagarna och för att utvärdera om nyttan står i acceptabla proportioner mot riskerna. Detta ska kommuniceras till deltagarna så att de får göra avvägningen om det är värt att delta. All forskning innebär risker, men vissa är minimala. Överväganden gällande nytta och risker har gjorts och kommunicerats såväl skriftligt via forskningspersonsinformation som muntligt till deltagarna. Nyttan är att förhoppningsvis bidra med ny kunskap som kan leda till utveckling och förbättring i vården, där deltagarna ges möjlighet att med en opartisk samtalspartner reflektera kring sitt arbete. Riskerna har identifierats som minimala, frågorna som ställts är av icke-känslig karaktär. Deltagarna fick information att de kan välja att avstå från att besvara frågor om de ger upphov till obehag och alltid har rätt att avbryta sitt deltagande. Deltagarna uppmuntrades att vända sig till ansvariga för studien vid eventuella frågor i efterförloppet.

Resultat

Resultatet delades in i tre kategorier och tio subkategorier enligt följande:

Tabell 3: kategorier och subkategorier

Kategori	1. Trygghet inför utskrivning	2. Förbereda för eftertiden	3. En dynamisk process
Subkategorier	1.1 Tidsram tydliggör processen	2.1 Skapa stabilitet genom andra instanser	3.1 Stress som en faktor
	1.2 Förbereda genom samtal	2.2 Planera kommande tid	3.2 Att vara en del i ett samspel med andra
	1.3 Delaktighet som beror på	2.3 Säkerställa resurser i patienten hemmiljö	3.3 Att utvecklas i sin roll
	1.4 Uppnå en överenskommelse		

1. Trygghet inför utskrivning

Denna kategori beskriver sjuksköterskans arbete med att få patienten trygg inför sin utskrivning men även de hinder som kan uppstå under tiden.

1.1 Tidsram tydliggör processen

Dataanalysen visar att det inte finns någon enad bild över i vilket skede av vårdtiden utskrivning lyfts med patienten. Däremot påpekar flertalet sjuksköterskor vikten av att det görs i god tid för att ge såväl personal som patient tid till förberedelse och även möjlighet till mental förberedelse för patienten. Ofta lyfts en ungefärlig tid för utskrivning vid inskrivningssamtalet med läkaren, en av sjuksköterskorna anser att det åligger denne ett ansvar att lyfta någon form av tidsperspektiv med patienten om det inte görs under inskrivningen. Upprättandet av vårdplanen beskrivs som ett bra tillfälle att söka patientens syn på vårdtidslängd och presentera vad som anses rimligt från vårdens perspektiv. Det blir då tydligt att vårdtiden är begränsad och kommer följas av en utskrivning, varpå patienten redan då kan börja förbereda sig mentalt.

Det framkommer även att det finns en flexibilitet kring planerad utskrivningsdag. Flera av sjuksköterskorna beskriver det som ett samarbete mellan patienten och läkaren och att utskrivningsdagen ofta skjuts fram.

”...preliminärt sker det ju vid första, vid inskrivningssamtalet. Och sen får... alltså nästan alla gånger så har man ju fått skjuta på det, då man inser att ah nå patienten har precis blivit insatt på läkemedel, har insättningssymtom till exempel...” – deltagare 7

Analysen visar att det ibland dröjer att sätta preliminärt utskrivningsdatum då ökad förståelse för patientens problem och behov behövs. Det är inte alltid utskrivning lyfts under ett tidigt skede av vårdtillfället, en sjuksköterska uppger att det varit önskvärt om det gjorts för att kunna ge patienten detta att förhålla sig till. Ett exempel som framförs är att ett bestämt utskrivningsdatum redan vid inskrivningssamtal kan vara ett effektivt sätt att möta patienter som kan uppleva utskrivningen som att bli lämnad eller avvisad.

Flera landar i att patienten bör vara informerad om utskrivning minst tre till fyra dagar innan hemgång. Det beskrivs av en sjuksköterska att det skapas oro när patienten inte är förberedd på utskrivning.

”Såklart att det blir ju ja dom hinner ju inte förbereda sig utan bara få detta du ska skrivas ut idag så det blir ju, skapar ju en oro. Så det känns ju inte lika tryggt såklart få det så, abrupt liksom.” – deltagare 6

Sjuksköterskans arbete med utskrivningsprocessen påverkas av ansvarig överläkare, då vissa skriver ut hastigt och andra har en lång förberedande fas. Flera sjuksköterskor lyfter den tydlighet som ett utskrivningsdatum skapar som önskvärt, att kunna ”jobba mot ett datum”. Arbeta mot ett datum innebär såväl aktivt arbete med patienten genom att exempelvis prata om utskrivning och hemsituation, som samordning med andra instanser. En sjuksköterska framför önskemål om ökad tydlighet gentemot såväl patient som personal, exempelvis genom ett flödesschema för att visa vad det går att förvänta sig i ett vårdtillfälle och när utskrivningsdatum kan sättas. Flera sjuksköterskor påtalade att behandlingsform kunde bidra till denna tydlighet genom att det var enklare att förhålla sig till utskrivning när patienten

erhöll ECT-behandling, infusionsbehandling med Klomipramin eller strukturerad färdighetsträning. Detta då utskrivning ofta planeras kort efter behandlingsavslut vilket visade sig underlätta arbetet i att förbereda patienten inför utskrivning och samtala kring det.

1.2 Förbereda genom samtal

Att patienten ska känna sig trygg inför utskrivning betonas, och en väg till detta är genom ständig dialog. Genom att vara närvarande och kommunicera med patienten skapas tillit där patienten litar på att sjuksköterskan arbetar för dess bästa. Inför utskrivningen försöker sjuksköterskorna stämma av med patienten kring måendet, känslor inför utskrivningen och eventuella funderingar, det är dock inte alltid sådana strukturerade samtal förekommer.

Några av sjuksköterskorna påtalar även att samtalen i början av vårdtillfället, som ankomstsamtal och upprättandet av vårdplan, är avgörande för utskrivningen och att det lätt blir fel om dessa inte ägt rum. Genom de samtalen kan patientens psykosociala situation kartläggas och eventuellt stödbehov identifieras. Inför utskrivning går sjuksköterskan igenom dessa delar igen med patienten.

”Först sammanfattar jag väldigt kort, känns det bra att bli utskriven? Känner du att som du mår idag jämfört när du kom in, finns en skillnad? /.../ Och då går man lite på utifrån patientens situation relaterat till tidigare, patientberättelse, boende, ekonomi, har du fått prata med kurator?” – deltagare 2

Vårdplanen beskrivs som en möjlighet för patienten att framföra sina önskemål och behov samt som ett bra verktyg för sjuksköterskan att förstå patientens liv utanför avdelningen och tillgängliga resurser. När vårdplanen upprättas tillsammans med patienten skapas en gemensam plan för vårdtillfället som även syftar till att det ska fungera så bra som möjligt efter utskrivningen. Vid utskrivningen kan målen som skapats för vårdtillfället utvärderas tillsammans med patienten.

Det finns även en så kallad ”checklista inför utskrivning” som några av sjuksköterskorna uppger sig använda för att förbereda patienten inför utskrivning. Den innehåller punkter som kan vara hjälpsamma för patienten att gå igenom, exempelvis att de har kunskap och information om sin sjukdom, mediciner och uppföljning, samt recept och intyg som behövs. Checklistan beskrivs fungera som stöd för patienten inför utskrivningssamtalet med läkaren, men även som stöd för personalen kring vad som bör tas upp. Enligt sjuksköterskorna är tanken sannolikt att samtal ska hållas med patienten utifrån checklistan, men ofta lämnas den bara ut till patienten.

1.3 Delaktighet som beror på

Sjuksköterskorna anser i huvudsak att patienten görs delaktig i utskrivningsprocessen. En sjuksköterska beskriver att patienten fått mer makt jämfört med tidigare och att utskrivningar idag planeras snarare än att läkaren bara skriver ut.

”...jag tror kanske generellt att det har blivit bättre också, alltså från vården som apparat eller som läkarna, /.../ man planerar utskrivningar mer än att man skriver ut liksom. Det har blivit en liten... maktfördelning kanske.” – deltagare 4

Delaktighet skapas genom att patienten hålls informerad om planering och eventuella ändringar, samt genom att patienten får komma med önskemål och synpunkter kring utskrivning. Även om patienten inte alltid får bestämma när det är dags för utskrivning tas hänsyn till önskemål och patienten kan exempelvis få ett antal dagar att själv välja bland. Även anhöriga kan bidra med värdefull information i planering inför utskrivning då de känner patienten bäst. När patientens ges inflytande kring beslutet om utskrivning uppfattas de i högre grad positivt inställda. Det beskrivs emellertid att patientens möjlighet till inflytande kan påverkas av inläggningsorsak, behandlande läkare och kontaktperson samt situationen på avdelningen.

Vidare framkommer det flera exempel på när patienten avsiktligt eller oavsiktligt inte görs delaktiga i sin utskrivningsprocess. Det kan handla om att sjuksköterskan bedömer att patienten mår för dåligt, att det är för tidigt att prata om utskrivning eller inte vill uppfattas som ovälkommande.

”Men det är svårt ibland, det är ju jättesvårt ibland, därför dom kanske mår jättedåligt och då är det för tidigt att diskutera utskrivning kanske.” – deltagare 1

I andra fall handlar det om att besked om utskrivning förväntas leda till en krisreaktion hos patienten eller eskalerande självskadebeteende, där patienten medvetet undanhåller informationen då det bedöms att patienten inte kan hantera den. En sjuksköterska förklarar detta som att dels vilja vara en god vårdare, dels att det görs för att skydda sig själv.

”Det är en trygghet /.../ och det kommer bli som ett, bädda för en krissituation för den patienten. Så då väntar man så det inte ska dra igång och eskalera till någonting större /.../ man gör det för att vara en god vårdare men ibland tror jag man skyddar sig själv också litegrann...” – deltagare 5

Det händer även att personal kan försäga sig om en utskrivning som planerats utan patientens vetskap vilket skapar en svår situation för samtliga inblandade. En av sjuksköterskorna resonerar kring att även om utskrivningen skapar oro så krävs ärlighet för att skapa delaktighet. Även hög arbetsbelastning kan medföra att det glöms bort att informera patienten eller att det inte finns tid och ork till en diskussion kring utskrivning om motstånd förväntas. Ibland beskrivs även missuppfattningar mellan läkare och personal gällande utskrivningsdatum kunna påverka patientens uppfattning av delaktighet.

Vidare beskrivs situationer där utskrivning sker i affekt från patientens sida då den känner sig upprörd, missförstådd eller oprioriterad. Utskrivningar kan även användas från vårdens sida som bestraffning för exempelvis misskötsel.

1.4 Uppnå en överenskommelse

Sjuksköterskorna beskriver en vilja att vara tillmötesgående gällande patientens önskemål och att kompromisser ofta sker, men att det måste balanseras mot vad som är rimligt och på sikt gynnar patienten. Alltför långa vårdtider riskerar leda till överdriven trygghet på avdelningen, och det framstår som vanligt förekommande att en patient bedöms vara utskrivningsklar när patienten själv inte känner sig redo. Det beskrivs utmanande att bemöta dessa patienter, särskilt när det förekommer suicidhot eller uppstår konflikter. Ibland märker sjuksköterskan tidigt att det kommer vara svårt att enas om utskrivning vilket kan medföra svårigheter med att skapa en gemensam plan och målsättning för vårdtillfället.

Det beskrivs många strategier som används i mötet med en patient som inte känner sig redo för utskrivning. Sjuksköterskorna talar om vikten att stå fast vid planeringen, förklara läkarens beslut och motivera till hemgång. Det sistnämnda görs genom att stötta patienten till att tro på sig själv och sin förmåga, lyfta det positiva med utskrivning och riskerna med en för lång vårdtid, söka förståelse för patientens oro och hitta strategier att hantera den.

”...så försöker man väl motivera dom till att komma hem /.../ pratar man om vardagen hemma /.../ vardagen blir mycket lättare här än vad den är i verkligheten...” – deltagare 3

Uppföljning via öppenvård och eventuella stödinsatser i hemmet beskrivs som viktiga för att motivera till utskrivning. Ibland kan det behöva förtydligas att planerad utskrivning inte beror på illvilja.

”...skulle hon ha varit hos oss en månad så skulle hon ha förlorat boendet, och då skulle hon ha förlorat dagvården också /.../ du behöver gå tillbaka för att saker runt omkring dig ska funka. Och då... då fick jag med mig henne i det också. /.../ Då förstod hon ju att det inte bara var så här illvilja...” – deltagare 4

Flera sjuksköterskor beskriver aktivitet som ett sätt att mentalt förbereda patienten inför utskrivning, och patienten kan uppmuntras till promenader eller dagpermissioner. En avdelning låter patienten inför utskrivning skriva ett meddelande till en ny patient, vilket även uppfattas kunna förbereda patienten. En sjuksköterska påtalar dock att det ibland kan vara nödvändigt att förhandla med läkaren kring utskrivningsdatum.

”Problemet är när läkarna bedömer att patienten ska hem imorgon och då märker jag oj det här kommer nog bli som en bomb för henne, det här måste jag informera nu, /.../ från reaktionen så handlar man och oftast så är man lite som patientens advokat...” – deltagare 2

Flera sjuksköterskor beskriver att problem sällan uppstår vid utskrivning när patienten uppger sig må bra, längtar hem eller själv önskar utskrivningen. Ibland beskrivs dock stigmatisering kring att vårdas inom psykiatri, bristande sjukdomsinsikt eller en orolig vårdmiljö kunna leda till att patienter önskar utskrivning, trots att vården bedömer att de inte mår tillräckligt bra. Då handlar samtalet istället om att motivera till vinsterna av att stanna och försöka förstå orsakerna till önskan om hemgång. En sjuksköterska berättar att det kan upplevas som att

läkare ibland försöker förhålla denna önskan, vilket leder till ett etiskt dilemma utifrån lagstiftningen vid frivillig vård.

2. Förbereda för eftertiden

Denna kategori beskriver sjuksköterskans strävan efter att skapa en tydlig plan för tiden efter utskrivning genom såväl stöd från andra vårdinstanser som patientens aktivitet och tillvaratagande av resurser.

2.1 Skapa stabilitet genom andra instanser

Sjuksköterskorna beskrev att uppföljning och eventuella stödinsatser i hemmet är viktiga för att motverka återinläggningar och skapa en trygg hemgång för patienten. De belyser vikten av att någon ska kunna se tidiga svackor. Sjuksköterskorna beskrev ett ansvar i att bedöma patientens behov efter utskrivning, samt behov av kuratorkontakt eller vårdplanering. Detta undersöks genom avstämning kring befintliga insatser, nuvarande hinder och patientens egna önskemål. En bra kartläggning och planering från start genom ankomstsamtal och vårdplan ansågs viktig för en fungerande samordning.

”...först behöver vi se över patienternas problemområden, varför dom kom in /.../ om patienten behöver boendestöd eller vad det kan vara, eller har det sen tidigare. Eh... behöver nåt annat, vad är det som har gjort att patienten kom in, vad är det som inte fungerat? /.../ om man behöver varsla vårdplanering innan utskrivning. Eh... kolla om patienten vill gå till nåt aktivitetshus eller...” – deltagare 7

Ibland delas inte patientens bild av insatsbehov med sjuksköterskan, och ibland har patienten svårt att redogöra för sina behov. Stöttning i bedömningen kan fås med hjälp av strukturerade observations- och samtalsverktyg. En deltagare lyfte att anhöriga ibland motsätter sig en utskrivning men att det ofta underlättar om en vårdplanering då hålls och stödinsatser erbjuds.

Flera sjuksköterskor uppgav sig fungera som en länk i kommunikationen med kommunen. Ibland fungerar arbetet jättebra men svårigheter kan uppstå, som att behöva ringa runt och jaga folk. Flera tog upp brister i det kommunikationsmedel som används mellan heldygnsvård, öppenvård, kommun och primärvård, SAMSA. Programmet kunde upplevas besvärligt och vid felaktig hantering leda till att samordningen drabbas. Alla parter måste använda programmet aktivt annars kan någon exempelvis missa en vårdplanering som därför måste göras om. Patienter kan även glömmas skrivas ut från SAMSA vilket riskerar leda till att insatser inte kommer igång som planerat. Som stöd i användandet av SAMSA beskrevs kuratorn och andra kollegor som viktiga. Sjuksköterskor upplevde att samordningen fungerade som bäst när patienten har en aktiv roll i kommunikationen. En del sjuksköterskor nämnde en märkbar resursbrist inom kommunen och långa väntetider för uppstart av insatser. Detta kan leda till att patienten kvarstannar färdigbehandlad på avdelningen och kan hinna försämrats igen.

Uppföljning via öppenvården beskrevs som livsviktig då hemgång är så kritiskt för patienten. Sjuksköterskorna uppgav att vissa saker inte går att lösa inom heldygnsvården. Att boka in en

uppföljningstid på öppenvården kunde visa att de bryr sig om patienten även efter utskrivning och att detta underlättade arbetet med utskrivningsprocessen. Att säkerställa en uppföljningstid till öppenvården såg sjuksköterskorna som sin uppgift. De uppgav att detta fungerar bra och att de flesta har en sådan tid innan utskrivning, vilket upplevdes ha blivit bättre senaste tiden.

Kommunikationen med öppenvården ansågs huvudsakligen fungera bra utifrån möjligheten att boka in tider och att kunna skicka interna meddelanden mellan varandra. En sjuksköterska beskrev också att det betydde mycket när avdelningens överläkare samarbetar med öppenvårdsläkare, då det ”knyter ihop det”.

Förtroendet för öppenvården kunde dock vara bristande. Några sjuksköterskor beskrev en känsla av maktlöshet när patienter ringer till avdelningen efter utskrivning, ofta då de inte får tag på öppenvården, och att inte kunna hjälpa till då patienten inte tillhör avdelningen längre. En sjuksköterska beskrev de långa väntetiderna för samtalskontakt och utredningar på öppenvården, och att inte tro på sina egna ord när patienten försäkras om att öppenvården tar över efter utskrivningen. Andra vägar som att själv ringa till patienten efter utskrivning då det känts svajigt eller hänvisa dem till andra ställen utanför vården beskrevs.

”Och jag har hänvisat patienter helt till andra ställen. /.../ jag har sagt att gå till svenska kyrkan, prata med diakon och diakonissor, dom säger inte att det är väntetid eller att du får x antal, åtta stycken samtal eller vad det är på vårdcentralen, utan dom är samtalsutbildade...” – deltagare 5

En del sjuksköterskor nämnde även uppföljning hos en sjuksköterska på avdelningen som någonting positivt för en trygg hemgång, detta tillhör dock ovanligheterna och beskrevs som någonting som var vanligare förr.

2.2 Planera kommande tid

Analysen visade att flera av sjuksköterskorna försöker stötta till en planering för första tiden hemma. Detta kan handla om hur vardagliga sysslor som städning och matlagning ska skötas eller att planera in aktiviteter för att inte vara ensam.

”Många gånger har jag bett dom, om dom skrivs ut på en torsdag att dom har kanske bokat fredagsmiddag hos sin kompis eller med mamma eller pappa, eller vad det nu kan vara för någonting, för att man ska klara det där första kritiska tiden. Som jag av någon anledning tycker är lite mer kritiskt när det är helg...” – deltagare 5

Under vårdtiden kan patienten stöttas till att åka hem och göra hemmet trivsamt inför hemkomst, exempelvis genom att mat finns i kylskåpet. Om någonting oroar patienten med att komma hem, som en obetald faktura, görs en plan för hur detta kan hanteras. Några sjuksköterskor belyser att aktivitet, intressen och en social samvaro är av stor vikt för upplevelsen av sammanhang och en meningsfull tillvaro, detta är därför något de vid utskrivning försöker uppmuntra till och skapa en plan för. Att förskriva fysisk aktivitet på recept beskrivs som ett sätt att försöka uppnå aktivering efter utskrivning. Vissa

sjuusköterskor pratar med patienten om en långsiktig målbild och vad som behövs för att nå dit. Tillsammans görs försök att identifiera lösningar.

”...höra med patienten ’vad har du velat göra? ah, du ville plugga eller komma tillbaka till arbetet eller vad det kan vara. Och hur gör vi det? Hur kommer vi dit?’” – deltagare 7

Vid utskrivning uppger sjuusköterskorna vikten av att stötta patienten till klarhet i det praktiska, detta upplevs som något enkelt att hjälpa till med. Det handlar om att gå igenom uppföljningen och säkerställa att allt är klart med recept och intyg, men även att patienten vet vart den kan vända sig med frågor och att den alltid är välkommen till psykiatriska akutmottagningen vid försämring.

2.3 Säkerställa resurser i patientens hemmiljö

Flertalet sjuusköterskor beskriver vikten av att bidra med något patienten har nytta av i sin hemmiljö. Detta kan handla om att belysa och förstärka befintliga resurser eller att ge patienten verktyg och strategier för att hantera sina problem. Att upprätta en krislista anpassad efter hemmiljön är ett exempel på detta. En sjuusköterska beskriver att utskrivning ibland kan vara helt nödvändig för att patienten ska få träna på nya färdigheter i sin hemmiljö och inte förlora sina egna förmågor genom en alltför lång vårdtid. Ytterligare en sjuusköterska beskriver vikten av att även hos väldigt ensamma patienter försöka hitta något bra med utskrivningen.

”...ja men när du kommer hem, finns det något som kan kännas bra med att komma hem? Har du nåt husdjur, eller finns det nån... växter, nå men alltså någonting... och fästa vid. Om det inte finns människor. /.../ eller någonting under vårdtiden här du kan fortsätta med... det här med promenader...” – deltagare 4

När patienten går hem önskar sjuusköterskorna att omgivningen är välinformerad och förberedd på att patienten skrivs ut. Att stötta patienten till att ta hjälp av anhöriga efter utskrivning betraktas som en viktig uppgift för sjuusköterskan, tillsammans går det att identifiera vilka i patientens nätverk som kan utgöra stöd. Patienten uppmuntras till att själv kontakta anhöriga inför utskrivning, men vid behov samtalar även sjuusköterskan med de anhöriga för att samordna inför hemgången.

3. En dynamisk process

Denna kategori beskriver utskrivningsprocessen som en process i rörelse vilken påverkas av såväl stress som andra professioner och är något sjuusköterskan utvecklas i att arbeta med.

3.1 Stress som en faktor

Analysen visar att utskrivningsprocessen kan upplevas som stressig och att det generellt saknas ett strukturerat arbetssätt. Det är ofta sjuusköterskan som får hantera olika brister, exempelvis behöva dela läkemedel för att patientens Apodos (dosförpackade läkemedel) inte startats i tid.

”...sen är det ju ofta Apodoserna inte kommit igång då och då ska vi dela mediciner för... fem dagar framåt och det är ju också tungt om du har 17 andra som står utanför dörren och vill ha medicin.” – deltagare 3

Det är även sjuksköterskorna som ofta drabbas när exempelvis hemsjukvården ringer med utskällningar. Sjuksköterskorna beskrev tidsbrist som ett hinder i arbetet med utskrivningsprocessen, andra prioriteringar och trötthet kan medföra att arbetet inte sker aktivt eller engagerat. Missas saker under vårdtiden uppstår lätt en stressig situation vid utskrivning då allt ska göras ”i sista minuten”. Sjuksköterskorna beskrev även en utmaning i att behöva kartlägga problem och åtgärda så mycket som möjligt på kort tid, i syfte att uppnå målet med ett visst antal utskrivningar i veckan. Lösningar för att hantera tidsbristen innefattar tidig kartläggning, att vara påläst och noggrann planering då saker ofta kunnat göras tidigare. Exempel på en lösning som nämndes var att låta nattpersonalen dela läkemedel inför utskrivning.

Sjuksköterskorna upplevde också stress utifrån ett högt tryck på vårdplatser. Prioritering av vårdplatsbehov kan behöva göras och patienter som inte är förberedda eller redo kan då skrivas ut. En annan oro gällande utskrivningar som lyftes var den stress som kan uppstå när platserna sedan ska fyllas; att för varje utskrivningsprocess väntar även en inskrivningsprocess.

3.2 Att vara en del i ett samspel med andra

Flera sjuksköterskor beskrev en positiv vårdkultur och en vilja att göra det bästa utifrån befintliga resurser och möjligheter. Andra professioner betraktades som en viktig tillgång och samarbetet som fungerande. Arbetsgruppen upplevdes vara en gemensam bedömare. Även om läkaren avgör när en patient ska skrivas ut, upplevdes att hänsyn tas till omvårdnadspersonalens åsikter och att tid även kan ges till omvårdnadsåtgärder.

En sjuksköterska påpekade att känslan av att vara en del i utskrivningsprocessen stärkts med tiden, att detta inte bara sker mellan patienten och läkaren. Vid känslan av delaktighet, exempelvis genom att själv få planera utskrivningsdatum med patienten, skapas engagemang. Ytterligare en aspekt som framkom var att även om läkare och sjuksköterskor ofta har en liknande uppfattning kring vårdtid, är det inte sjuksköterskan som bär ansvaret om någonting händer efter utskrivning, och det kan därför vara lättare att tycka och tänka. Det lyftes att det kan vara nyttigt med ett utifrånperspektiv för att påminna om att sätta utskrivningsdatum då fokus hos personalen ofta ligger på det som händer här och nu.

Sjuksköterskorna upplevde att svårigheter och konflikter kan uppstå då de olika professionerna inte alltid visar förståelse för varandras perspektiv, exempelvis om läkaren ordinerar undersökningar i sista minuten eller inte ger tillräckligt med tid för att hinna uppdatera SAMSA. Det beskrevs vidare att de olika professionerna är beroende av varandra, ett exempel som gavs är om kuratorn är borta och läkaren inte kan gå vidare. Professionerna bedömer även patienterna utifrån olika perspektiv vilket kan skapa svårigheter, exempelvis kan en läkare anse en patient vara utskrivningsklar medan sjuksköterskan bedömer

annorlunda ur ett omvårdnadsperspektiv. En sjuksköterska berättade med ett exempel om hur viktigt hänsyn till varandras perspektiv är.

”...så var det en läkare som tog det, som tog det personligt när patienten var missnöjd, ja är det på det sättet så kan du väl gå då, att det blir och dom gick i, det gick i affekt och det blev bara buller och bång /.../ Och där sitter kurator, kontaktpersoner, mamma och pappa och det sitter alla och har en helt annan planering så man kommer hem när boendestödet inte har kommit igång, hemsjukvården blir vansinniga /.../ alltså det kan bli katastrofala följder liksom om inte vi lyssnar på varandra.” – deltagare 5

Även inom omvårdnadsgruppen kan olika syn- och arbetssätt förekomma. Sjuksköterskorna nämnde bristande dokumentation och kunskapsbrist som hinder i arbetet med utskrivningsprocessen.

”...när dom är inlagda i SAMSA och så, så blir det ofta... lite ångest faktiskt för det är inte så jätteroligt program att jobba med. Och det är inte alla som gör det heller, det är väldigt få, fåtal på avdelningen som behärskar det, och som faktiskt gör det. Medan många, inklusive mig själv då, kanske försöker slingra sig ur SAMSA...” – deltagare 3

En sjuksköterska nämnde vikten av att använda rätt kompetens på rätt ställe, annars riskerar hela systemet krångla. Det nämndes att konflikter inom arbetsgruppen kan uppstå gällande om en patient är redo för utskrivning eller ej. En sjuksköterska beskrev att personalen kan delas in i två grupper, där den ena vill ha längre vårdtider medan den andra anser att patienten ska skrivas ut när det primära problemet är åtgärdat. Arbetsgruppen kunde också ses som något hjälpsamt, där kollegorna stöttar och påminner varandra, vilket kan skapa en tryggare hemgång för patienten.

3.3 Att utvecklas i sin roll

Sjuksköterskorna upplevde att de utvecklats i sitt arbete med utskrivningsprocessen. De beskriver att de fått en ökad medvetenhet om processen, har bättre förberedande samtal med patienten, lättare identifierar viktiga saker och har lärt sig att planera tiden bättre. En deltagare beskrev att den numera skapar en lista över saker som ska göras och bockar av den efter hand. Erfarenheter skaffades också genom att arbeta med brukarstyrd inläggning där sjuksköterskan ansvarar för utskrivning av patienten. Erfarenheter från den somatiska vården beskrevs kunna leda till ökat fokus och struktur i arbetet med utskrivningsprocessen. En sjuksköterska nämnde att ny personal kanske inte tänker på utskrivningsprocessen som någonting som kräver aktivt arbete och efterfrågar ett hjälpmedel.

”Är man helt ny så kanske man inte alls tänker på det, utan tänker att det liksom är ingenting man behöver jobba med, och då skulle det vara jättebra om det, eller om man ja men fråga efter det, fråga efter det, fråga efter det så blir patienten mentalt förberedd...” – deltagare 4

Flera sjuksköterskor upplevde en förbättring i sina bedömningar gällande patientens mående och om patienten är redo för utskrivning. Erfarenheter från arbetet beskrevs ligga till grund för detta, och stöd togs av patientens kontaktpersoner och läkare. Även vidareutbildning bidrar till ökad kunskap och förbättrar helhetssynen av patienten. Tecken på när patienten

börjar bli bättre, äter och sover bättre samt är mer aktiv, framträder tydligare och ses som att patienten är närmare utskrivning. Även de svårare bedömningarna när personalen och patienten inte är överens upplevde sjuksköterskorna blivit lättare.

”Jag tror att man är bättre på att bedöma nu än när jag var helt ny, om man tror att den här personen klarar att åka hem. Och även göra dom bedömningarna som är lite svårare, eh... när en patient kanske uttrycker att den inte är redo fast vi bedömer det, att man har lite mer... balls där liksom.” – deltagare 3

Sjuksköterskorna beskrev sina erfarenheter av att möta både motgångar och framgångar i utskrivningsprocessen. Det kan upplevas frustrerande och provocerande när mycket gjorts under ett vårdtillfälle men patienten ändå blir återinlagd kort därpå. Detta kan leda till frågor kring vad som kunde gjorts annorlunda. Dock framträdde en acceptans i att det ibland inte spelar någon roll hur bra en utskrivning förbereds utan att patienten ändå kommer komma tillbaka. Sjuksköterskornas förhoppning efter en utskrivning är att patienten inte kommer tillbaka till avdelningen och sjuksköterskorna kände sig nöjda vid bra avslut eller när patienten hör av sig eller skickar blommor.

Diskussion

Metoddiskussion

Valet av en kvalitativ design med induktiv ansats anses ha varit lämplig för att besvara studiens syfte. Med en kvalitativ intervjustudie har deltagarna haft möjlighet att ge en beskrivande och informationsrik bild av sina erfarenheter. Att så förutsättningslöst som möjligt lyssna till deltagarnas berättelse har möjliggjort att flera aspekter av fenomenet kunnat belysas genom den induktiva ansatsen. Möjligtvis hade en deduktiv ansats gett en annan förståelse av fenomenet, genom att testas mot en teori.

Trovärdigheten i en studie kan bland annat diskuteras i relation till studiens deltagare (Graneheim & Lundman, 2004). Trots svårigheter med rekryteringen finns en bra variation av ålder, kön, yrkeslivserfarenhet och utbildningsnivå, vilket sannolikt bidragit till variationsrika berättelser kring det studerade fenomenet. Deltagarna är från tre olika avdelningar, möjligtvis hade resultatet kunnat bli ännu rikare om fler avdelningar varit representerade då skillnader i arbetssätt beroende på avdelning och överläkare sågs. Rekrytering av två deltagare skedde även på avdelningen vi arbetar på vilket kan betraktas som en svaghet då de eventuellt känt sig begränsade i vad de kunnat berätta.

Mängden data som behövs för att skapa trovärdighet i en studie varierar beroende på hur komplext fenomen som studeras och kvaliteten på data (Graneheim & Lundman, 2004). Denna studie har relativt få deltagare, vilket skulle kunna ses som en svaghet. Dock kan det anses vara motiverat utifrån studiens storlek och tidsbegränsning samt att deltagarna gav rika berättelser och en stor mängd data. Även valet av metod för datainsamling påverkar studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004). I denna studie har semistrukturerade intervjuer

använts för att samla in data och även i efterhand anses detta ha varit en lämplig metod då deltagarnas egna erfarenheter fick ta plats. Genom att använda intervjuer ges möjligheten att ta reda på människors syn på ett visst fenomen och hur de uppfattar saker, resonerar och känner (Hallin & Helin, 2018).

Analysen vid en intervjustudie börjar vid utskriften av data och det anses fördelaktigt att detta görs av författarna då en upprepning av intervjusituationen och nyanser i talet kan skapa en bredare förståelse för fenomenet (Danielson, 2017), vilket gjordes i denna studie. För att underlätta bedömningen av analysprocessens och resultatets trovärdighet kan en illustration av meningsbärande enheter, kondensering och abstraktion visas (Graneheim & Lundman, 2004), se tabell 2 för en sådan illustration.

Resultatets trovärdighet bedöms också utifrån hur väl kategorierna täcker data och likheter inom och skillnader mellan kategorierna (Graneheim & Lundman, 2004). Detta kan tydliggöras genom att använda representativa citat, samt att låta en utomstående person studera överenskommelsen mellan kategorier och subkategorier (Graneheim & Lundman, 2004; Mårtensson & Fridlund, 2017). I denna studie finns minst ett beskrivande citat under varje subkategori och samtliga deltagare finns citerade för att visa att alla intervjuer bidragit till resultatet. Kategorisering och resultat har diskuterats med handledaren för studien.

Pålitligheten i en studie handlar om hur data förändras över tid och de ändringar som beslutats av forskaren under analysen (Graneheim & Lundman, 2004). Det är en fin balansgång som måste göras, att både kunna addera ett visst perspektiv till fenomenet som studeras men också låta texten tala och inte tillskriva en mening som inte finns (Graneheim & Lundman, 2004). Ett sätt att påvisa pålitlighet är att beskriva sin förförståelse och diskutera hur tidigare erfarenheter kan ha påverkat datainsamlingen och dataanalysen (Mårtensson & Fridlund, 2017). Vår förförståelse utgår ifrån arbetet som sjuksköterskor på en affektiv avdelning, vilket innebär att en uppfattning av fenomenet som studerats fanns sedan tidigare, framförallt gällande delaktighet och brist på struktur. Detta kan ha påverkat de frågor och följdfrågor som ställts och vad deltagarna blivit ombedda att utveckla. Förförståelsen kan även ha påverkat vad som fokuserats på i transkripten och vad som ansetts vara det väsentliga vid abstraktionen. Under arbetets gång har en medvetenhet om detta funnits och en kontinuerlig diskussion om förförståelsen har förts för att inte låta den påverka alltför mycket.

En studies överförbarhet handlar om i vilken grad resultatet kan förmodas vara överförbart till andra grupper, kontexter och situationer (Mårtensson & Fridlund, 2017). I denna studie har det funnits en strävan efter att ge en klar och tydlig bild av urvalet och deltagarnas egenskaper, kontexten samt datainsamlingen och analysprocessen. Studien har genomförts under en pandemitid präglad av många restriktioner i vården, framförallt gällande besöks- och permissionsförbud. Deltagarna ombads tänka bortom denna tid, men det kan inte uteslutas att detta påverkat resultatet.

Då det är första gången vi gör en studie av detta slag beräknas svagheter finnas i intervjutekniken och analysprocessen. Det har varit en lärandeprocess och en större säkerhet i såväl intervjuer som analys märktes efter hand. I denna studie valdes kvalitativ innehållsanalys som metod, samt att analysera det manifesta innehållet i texten, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) anses vara lämpligt första gången.

Under arbetets gång har en etisk reflektion förts och de etiska överväganden som presenterats i metodavsnittet har efterföljts. Fortsatt anses riskerna för deltagarna i studien vara minimala, och studien kunna bidra med värdefull information.

Resultatdiskussion

Syftet besvarades genom tre kategorier: Trygghet inför utskrivning, Förbereda för eftertiden och En dynamisk process. Sjuksköterskan önskar kunna förhålla sig till en tidsram för att på bästa sätt förbereda och planera med patienten inför hemgång, samt få möjlighet att samordna med kommun och öppenvård. Även om patienten oftast görs delaktig i denna process, framkommer det att delaktigheten inte är en självklarhet. Utskrivningsprocessen framstår som känslig och påverkas av såväl organisatoriska som interprofessionella faktorer. Tiden framstår även vara avgörande för sjuksköterskan i en utvecklande process.

I resultatet framgår att tiden, framförallt att kunna förhålla sig till en tidsram, är viktig och skapar tydlighet i processen vilket underlättar arbetet för sjuksköterskan och förbereder patienten mentalt. Trots detta saknas tydlig struktur för när utskrivning börjar diskuteras, men sjuksköterskorna påpekade att det är viktigt att det görs i god tid. Detta stämmer väl överens med vad som tidigare beskrivits (Alghzawi, 2012; Ali & Goulding, 2020; Dudas et al., 2014) om vikten av tidig planering för hemgång. En utskrivning som inte är väl förberedd hindrar patienten i dess återhämtning och de framsteg som gjorts under vårdtiden kan stävjas (Alghzawi, 2012). I denna studie framkom även problemen när en vårdtid blir för lång och patienten börjar känna en överdriven trygghet på avdelningen, vilket blir ogynnsamt på sikt. Det framstår vara en svår balansgång att både kunna erbjuda den tid patienten behöver och samtidigt inte bidra till att patienten förlorar sin förmåga till egenansvar. Dock framkommer både i resultatet och i tidigare forskning (Alghzawi, 2012) att om patienten görs aktiv i sin utskrivningsprocess skapar detta en större acceptans för planeringen.

Vårdplanen ansågs av sjuksköterskorna som ett viktigt verktyg i utskrivningsprocessen. Genom denna kunde en tydlig mening med vårdtiden utformas och ge patienten förståelse för den utskrivning som väntar framöver. I vårdplanen sågs en möjlighet att kartlägga patientens hemsituation och eventuella behov av stöd. Forskning har visat (Ali & Goulding, 2020; Thomson et al., 2019) att vårdplanen är ett viktigt redskap för den personcentrerade vården då patienten ges en möjlighet att själv beskriva sina behov. I vårdplanen ska planeringen för vårdtiden framgå och detta bör göras snarast efter inskrivning (Ali & Goulding, 2020). Det kan alltså fastslås att vårdplanen är viktig för att skapa struktur både i sjuksköterskans arbete och för vårdtiden. Vidare ges patienten en plattform där denna får möjlighet till mental

förberedelse och tillfälle att uttrycka sina individuella tankar och behov. I studien beskrivs vårdplanen som viktig för att kartlägga patientens egna resurser, och flera sjuksköterskor beskrev hur arbetet med detta var viktigt för att planera även tiden efter utskrivning. Sjuksköterskorna beskrev hur de arbetar med att stärka patientens förmågor samt uppmuntrar till aktivitet och social samvaro. En del arbetade också med vägar för att nå patientens mål på längre sikt. Detta stämmer även väl överens med vad som beskrivs av Ådnanes et al. (2020) gällande patientens behov inför utskrivning. Det kan också diskuteras i relation till det som beskrivits av Gabrielsson et al. (2015), att en personcentrerad vård kan ges genom att arbeta återhämtningsfokuserat med patientens egna förmågor och låta denne ta ansvar för återuppbyggandet av sitt liv. Återhämtning är en personlig process i behov av meningsfulla aktiviteter och socialt stöd (Jormfeldt & Svedberg, 2014; Wiklund Gustin, 2014). Genom detta kan förstås att sjuksköterskornas arbete stämmer väl överens med ett såväl personcentrerat som återhämtningsfokuserat arbetssätt.

Ett huvudfynd i arbetet är patientens delaktighet i utskrivningsprocessen och olika faktorer som hotar denna. Det bör initialt fastslås att sjuksköterskorna belyser många omvårdnadsåtgärder som säkrar en delaktighet; upprättandet av vårdplanen, samtal kring utskrivning, förhandlingar utifrån patientens bästa och önskemål samt planering i syfte att det ska fungera så bra som möjligt efter utskrivning utifrån patientens individuella förutsättningar och vardagliga miljö. Detta stämmer väl överens med vad som beskrivits om den personcentrerade vården utifrån bland annat Lepledge et al. (2007) där vården ska söka förståelse för hur den egna unika miljön påverkas och ges med respekt för individuella önskemål och behov.

Alla patienter får dock inte vara delaktiga. Ibland kan patienten i ett tidigt skede bedömas må för dåligt för att inkluderas i samtal om utskrivning, men ibland sker en total uteslutning från planeringen om det befaras leda till en kraftig reaktion eller självskadebeteende. Forskning (Bjärehed & Åkesson, 2015) har visat att självskadehandlingar kan kopplas till omständigheter i omvårdnad, exempelvis kan det handla om att inte bli hörd i sina önskemål, upplevt svek av personal eller när utskrivning planeras. När en viss vårdsituation kan kopplas till ökad risk för självskada ska vården utformas för att hantera dessa situationer och kunskap och kompetens finnas att hantera dem. Som tidigare beskrivet har sjuksköterskan ett ansvar i att skapa patientdelaktighet (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor, 2014), detta är även lagstadgat i Patientlag (2014) där det beskrivs att vården i möjligaste mån ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Det kan helt enkelt inte förbises att nya lösningar måste till för att säkerställa patientens delaktighet i utskrivningsprocessen. Dock måste hänsyn tas till personalens arbetsmiljö och känsla av stress, då det förefaller vara en stor anledning till att patienter utesluts. I resultatet framkommer ett exempel på en patient som har svårt att hantera utskrivningar utifrån känsla av att bli avvisad och lämnad, där en bra strategi för att undvika dessa känslor är att sätta ett utskrivningsdatum i samband med inskrivningssamtal. Detta statuerar ett utmärkt exempel på hur individuellt anpassade planer kan skapas utifrån ett personcentrerat perspektiv.

Även tiden efter utskrivningen är kritisk för patienten där risk för självskada är stor och små gester av personalen i detta efterförlopp, som ett telefonsamtal för att visa sitt stöd, kan vara hjälpsamt (Cooper et al., 2011). I denna studie framkom sjuksköterskors positiva inställning till egen uppföljning, vilket kunnat övervägas som ett alternativ och verktyg för att underlätta övergången till hemmet eller som motivering till hemgång för patienter som inte känner sig redo.

När sjuksköterskorna talar om utskrivningsprocessen tas ofta återinläggningar upp, vilka kan väcka frustration och tankar om vad som kunde gjorts annorlunda. Som nämnts tidigare visar forskning (Steffen et al., 2009) att interventioner gällande planering inför utskrivning kan minska risken för återinläggningar och öka sannolikheten att patienten följer planerad eftervård. Sjuksköterskorna i denna studie beskriver dock en känsla av att det ibland inte spelar någon roll hur bra en utskrivning förbereds eller hur bra patienten uppger sig må, att det ändå kan bli en tät återinläggning. Duhig et al. (2017) kommer i sin studie fram till att återinläggningar måste förstås som en högst komplex företeelse, mot bakgrund av ofta omfattande miljömässiga och sociala svårigheter, vilka kan kräva förändringar på systemnivå. En studie gjord av Ådnanes et al. (2020) beskriver patientens behov av tydlig planering som ett sätt att minska risk för återinläggningar. Även behovet av stöd kring strategier, att hitta en meningsfull tillvaro och aktiviteter samt självmonitorering var centralt. Inte minst beskrevs uppföljningen som kritisk. Som tidigare beskrivits av Ali och Goulding (2020) råder långa kötider hos öppenvården. Problem i samordning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst som ledde fram till Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017), identifieras fortsatt, framförallt i samordning mellan öppen- och slutenvård och brist på mellanvårdformer. Detta får betraktas som en sårbarhet efter utskrivning, och det framkommer även bristande förtroende från sjuksköterskor i denna studie gällande uppföljningen. Det får dock ses som positivt att sjuksköterskorna sett en förändring senaste tiden där det blivit lättare att ordna uppföljande tid till öppenvården i samband med utskrivning.

Slutligen framträder det genomgående i resultatet att sjuksköterskor upplever en brist på struktur och gemensamt arbetssätt med övriga professioner gällande utskrivningsprocessen. Detta kan leda till att stressiga situationer och frustration uppstår. Herrman et al. (2002) fastslår att ett gott samarbete är avgörande för ett effektivt arbete inom den psykiatriska vården. Tydliga roller, gemensamma mål och förhållningssätt samt bra kommunikation är avgörande. Oklarheter gällande den andres roll påverkar teamarbetet negativt och det krävs medvetenhet och träning för att hantera dessa problem. Utifrån detta skulle det uppfattas gynnsamt för utskrivningsprocessen om en gemensam struktur hade skapats baserad på de olika rollerna professionerna har och förväntningar på varandra. Detta hade varit av intresse att pröva kliniskt i någon form. Det tycks trots allt råda en samstämmig syn på ansvar i början av ett vårdtillfälle med välutformade rutiner vad gäller vårdplan, ankomst- och

inskrivningssamtal. Något liknande i ett avslutande skede av vårdtiden borde vara genomförbart och leda till vinster för såväl personal som patient.

Vidare forskning gällande när patienten fråntas sin delaktighet i utskrivningsprocessen samt sätt att hantera detta hade varit intressant, likaså att förstå detta fenomen ur ett patientperspektiv. Andra områden för vidare forskning kan vara interventioner heldygnsvården kunnat erbjuda efter utskrivning för att underlätta övergången samt vilken struktur gällande utskrivningsprocessen som är optimal utifrån psykiatrins utformning.

Slutsatser och implikationer

I studien framkommer flera strategier och arbetssätt som sjuksköterskan har för att förbereda patienten inför utskrivning till hemmet, men även hur motivering sker till utskrivning om den är förknippad med oro. Att aktivt arbeta med utskrivningar och göra patienten delaktig framstår vara förknippat med en utvecklingsprocess hos sjuksköterskan och det saknas en arbetsstruktur och beskrivning, något som sannolikt hade varit hjälpsamt i en vård med stor personalomsättning. Sjuksköterskorna uppvisar förståelse inför vikten av en väl förberedd utskrivning men beskriver samtidigt olika hinder i detta arbete som återfinns på flera nivåer i vårdapparaten. Behov av en professionsgemensam struktur och arbetsfördelning kring utskrivningsprocessen syns. Det är helt klarlagt att det finns stora vinster i att arbeta aktivt med utskrivningsprocessen redan från start, där patienten görs till en aktiv deltagare. Inte minst framträder vårdplanens mångfacetterade förmåga att skapa delaktighet och en tydlig plan för vården, och denna bör ha en given plats i att redan från start kunna lyfta ett utskrivningsperspektiv och sammanföra de olika professionernas perspektiv med patienten som aktiv beslutsfattare i sin vård.

Referenslista

Alghzawi, H. (2012). Psychiatric Discharge Process. *ISRN Psychiatry*.
<https://doi.org/10.5402/2012/638943>

Ali, L., & Goulding, A. (2020). Personcentrering vid psykisk ohälsa. I I. Ekman (Red.)
Personcentrering inom hälso- och sjukvård (s. 299-318). Liber

Bjärehed, J. & Åkesson, A. (2015). *Behandling av självskadande patienter i heldygnsvård: Fynd från forskningen*. Nationella självskadeprojektet.
<https://nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/08/supplementrapport-heldygnsvard-20150904.pdf>

Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. (2016). Elaboration of the Gothenburg model of person-centered care. *Health expectations*, 20(3)407-418.
<https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/hex.12468>

Camann, M. (2010). The Psychiatric Nurse's Role in Application of Recovery and Decision-Making Models to Integrate Health Behaviors in the Recovery Process. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(8), 532-536. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.3109/01612841003687316>

Cooper, J., Hunter, C., Owen-Smith, A., Gunnell, D., Donovan, J., Hawton, K., & Kapur, N. (2011). "Well it's like someone at the other end cares about you." A qualitative study exploring the views of users and providers of care of contact-based interventions following self-harm. *General Hospital Psychiatry*, 33(2), 166-176.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2011.01.009>

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

Dudas, K., Kaczynski, J., & Olsson, L-E. (2014). Implementering av personcentrerad vård i slutenvården. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (s.172-206). Liber.

Duhig, M., Gunasekara, I., & Patterson, S. (2017). Understanding readmission to psychiatric hospital in Australia from the service users' perspective: A qualitative study. *Health & Social Care in the Community*, 25(1), 75-82.
<https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/hsc.12269>

Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (2013). Introduktion. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 15-27). Studentlitteratur.

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (s.69-96). Liber.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Folkhälsomyndigheten. (2020). *Vad är psykisk hälsa?*. Hämtad 2020-09-28 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>

Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Zingmark, K. (2015). Person-centered care: clarifying the concept in the context of inpatient psychiatry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 555-562. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/scs.12189>

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

Hallin, A., & Helin, J. (2018). *Intervjuer*. Studentlitteratur.

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

Herrman, H., Trauer, T., & Warnock, J. (2002). The roles and relationships of psychiatrists and other service providers in mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 75-80. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1046/j.1440-1614.2002.00982.x>

Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsa och hälsofrämjande arbete i psykiatrisk omvårdnad. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa - på avancerad nivå* (s. 77-97). Studentlitteratur.

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

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460)
Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (SFS 2017:612). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612

Laird, E. A., McCance, T., McCormack, B., & Gribben B. (2015). Patients' experiences of in-hospital care when nursing staff were engaged in a practice development programme to promote person-centredness: A narrative analysis study. *International Journal of Nursing Studies*, 53(9), 1454-1462. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.002>

Leksell, J., & Lepp, M. (Red.). (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Liber.

Lepège, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefève, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1555-1565. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/09638280701618661>

Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., Flynn, S., Burns, J., Amos, T., Shaw, J., & Appleby, L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 129-134. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.2.129>

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662-673. <https://doi.org/10.1111/scs.12376>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2018). *På väg: Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-2018-11-På-väg.pdf>

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

Patientlag (SFS 2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10 uppl.). Wolters Kluwer.

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

Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Svensk sjuksköterskeförening. https://psykriks.se/wp-content/uploads/2018/07/Kompetensbeskrivning_specialist_psykiatri.pdf

Redding, A., Maguire, N., Johnson, G., & Maguire, T. (2017). What is the Lived Experience of Being Discharged From a Psychiatric Inpatient Stay? *Community Mental Health Journal*, 53(5), 568-577. DOI: 10.1007/s10597-017-0092-0

Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B., & Plos, K. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 490-497. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x>

Steffen, S., Kösters, M., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Discharge planning in mental health care: A systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(1). <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1600-0447.2009.01373.x>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor%202017.pdf>

Thomson, A. E., Racher, F., & Clements, K. (2019). Person-Centered Psychiatric Nursing Interventions in Acute Care Settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(8), 682-689. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/01612840.2019.1585495>

Uppdrag psykisk hälsa. (u.å). *Vuxenpsykiatri*. Hämtad 2020-09-22 från <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/primarvard/samarbete-mellan-primarvard-och-psykiatri/vuxenpsykiatri/>

Uppdrag psykisk hälsa. (2020). *Kartläggningen psykiatrin i siffror*. Hämtad 2020-09-28 från <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/kartlaggning-av-specialistpsykiatrin/>

Waters, R. A., & Buchanan, A. (2017). An exploration of person-centred concepts in human services: A thematic analysis of the literature. *Health Policy*, 121(10), 1031-1039. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.003>

Vetenskapsrådet. (u.å). *Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2020-12-10 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wiklund Gustin, L. (2014). Att närma sig det svårförståeliga. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa - på avancerad nivå* (s. 21-37). Studentlitteratur.

Wiklund Gustin, L. (2019). Att integrera teori och praktik i personcentrerad vård. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (3 uppl., s. 545-567). Studentlitteratur.

WHO. (u.å). *Mental Health*. Hämtad 2020-09-28 från https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Ådnanes, M., Cresswell-Smith, J., Melby, L., Westerlund, H., Šprah, L., Sfetcu, R., Straßmayr, C., & Donisi, V. (2020). Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. *Patient Education and Counseling*, 103(5), 1033-1040.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.12.002>

Bilaga 1 – Brev till verksamhetschef

Till verksamhetschef för Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Vi heter Frances och Isabel och arbetar som sjuksköterskor på avdelning 86. Parallellt med vårt avdelningsarbete studerar vi till specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård på Göteborgs Universitet. Vi är nu igång med att skriva vår magisteruppsats och planerar att göra en kvalitativ intervjustudie. Syftet med denna ska vara att belysa sjuksköterskans syn på att förbereda patienter inför utskrivning till hemmet. Detta mot bakgrund av att tiden efter utskrivning är en kritisk fas för patienten, och en välplanerad utskrivning som gjorts med patienten som en delaktig partner minskar risk för återinläggning och ökar sannolikheten att patienten följer planerad eftervård. Detta stämmer även väl överens med den personcentrerade vården vi i allt större utsträckning ska ställa om till. Vi tror att denna studie kan bidra med värdefull information och ligga till grund för framtida förbättringsarbeten.

Vi planerar att genomföra 6-8 intervjuer bland sjuksköterskor som arbetar inom heldygnsvården på kliniken. Datainsamling görs vid ett enskilt intervjutillfälle, vilket beräknas ta ca 30-60 min. Deltagande är frivilligt och kan när helst avbrytas. Efter erhållet godkännande av dig kommer vi ta kontakt med vårdenhetschefer för att delge information och nå ut till potentiella deltagare.

Vi ber att du läser igenom det bifogade brevet från vår institution, se bifogad fil. Du kan lämna godkännande av studien genom att svara med ett mejl till någon av oss.

Bästa hälsningar,

Frances Renkel, Specialistsjuksköterskestudent
Leg. Sjuksköterska, Psykiatri Affektiva, avd 86
E-post:

Isabel Dunér, Specialistsjuksköterskestudent
Leg. Sjuksköterska, Psykiatri Affektiva, avd 86
E-post:

Studien görs under handledning av Lilas Ali
Universitetslektor/forskare, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Bilaga 2 – Forskningspersonsinformation

Forskningspersonsinformation

Information till forskningspersonerna

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. Nedan får du information om projektet och om vad det innebär att delta.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

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

Vi är två sjuksköterskor som genomför en studie inom ramen för specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård. Forskning visar att tiden efter utskrivning från den psykiatriska heldygnsvården är en kritisk fas för patienterna och att det finns brister i patientens delaktighet i sin utskrivningsprocess. En välplanerad utskrivning minskar risken för återinläggning och ökar sannolikheten att patienten följer planerad eftervård. Vården ställer idag i allt högre utsträckning om till personcentrerad vård, vilket innebär att patienten ska göras till en aktiv partner och gemensam beslutsfattare i sin vård. Syftet med studien är att belysa sjuksköterskans arbete med att förbereda patienter inför utskrivning till hemmet.

Studien vänder sig till dig som arbetar som sjuksköterska inom heldygnsvården på Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska. Vi har haft kontakt med verksamhetschef och vårdenhetschefer på klinik och enheter som gett godkännande till studien och möjliggjort vår kontakt med dig. Vi ämnar intervjua 6-8 sjuksköterskor.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs Universitet.

Hur går studien till?

Deltagande sker genom en enskild intervju, antingen genom att vi kommer ut till din arbetsplats eller via telefon. Intervjun beräknas ta ca 30 – 60 min och görs under din arbetstid, efter vad som passar dig och verksamheten. En av oss ansvarar för att hålla i intervjun, men bägge kommer att närvara. Intervjun kommer bestå av ett antal öppna frågor, den kommer att spelas in för att sedan ord för ord skrivs ut och slutligen analyseras av oss.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Vår förhoppning är att skapa nytta på sikt och bidra med värdefull information genom denna studie. Intervjun kan även ses som en möjlighet för dig att reflektera kring utskrivningsprocessen och hur patienten görs till en aktiv deltagare i sin vård. Vi ser inga risker med att delta i studien, men skulle det på något sätt innebära ett obehag kan du välja att inte svara på någon fråga eller avbryta ditt deltagande när som helst i processen. Alla uppgifter kommer hanteras anonymt.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig, av det som framkommer genom intervjun. Du väljer själv om det är någon särskild uppgift du inte önskar uppge.

Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs Universitet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas.

När studien är avslutad kommer all insamlad information att förstöras och kasseras på ett säkert sätt.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Uppsatsen kommer att publiceras i Göteborgs universitets publikationer - elektroniskt arkiv (GUPEA). Om du önskar kan vi skicka studien till dig när den är redo för publicering.

Ersättning

Du kommer inte att få någon ersättning för deltagandet i studien.

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.

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

Ansvariga för studien

Specialistsjuksköterskestudent

Frances Renkel

Legitimerad sjuksköterska,

Psykiatri Affektiva, avd 86

Tel:

E-post:

Specialistsjuksköterskestudent

Isabel Dunér

Legitimerad sjuksköterska,

Psykiatri Affektiva, avd 86

Tel:

E-post:

Handledare

Lilas Ali

Universitetslektor/Forskare

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa

Tel:

E-post:

Samtycke till att delta i studien kommer att inhämtas muntligt vid intervjun.

Bilaga 3 – Frågeguide

Frågeguide inför intervju gällande sjuksköterskans arbete att förbereda en patient inför utskrivning

1. Hur arbetar du med att förbereda patienter inför utskrivning till hemmet?
2. Hur ser du på utskrivningsprocessen?
3. Vad har du för tankar kring patientens behov inför utskrivning?
4. Vad har du för tankar kring patientens behov efter utskrivningen?
5. Kan du ge exempel på en utskrivningsprocess som gått till föredömligt och en som haft stora brister?
6. Hur har du utvecklats under din verksamma tid som sjuksköterska gällande ditt arbete med utskrivningsprocessen?