

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP

VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2024:55

Sjuksköterskors upplevelse av överrapportering mellan
specialistpsykiatrisk heldygnsvård och hemsjukvård.

Blaszko Sylwia Urszula
Danielsson Weronica



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Sjuksköterskors upplevelse av överrapportering mellan specialistpsykiatrisk heldygnsvård och hemsjukvård.
Författare:	Blaszko Sylwia Urszula, Danielsson Weronica
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot psykiatrisk vård
Handledare:	Elin Blanck
Examinator:	Mariela Acuna Mora

Sammanfattning

Patienter som har varit ineliggande inom psykiatrisk heldygnsvård ska kunna lämna heldygnsvården på ett tryggt sätt. Vid fortsatta behov av insatser i hemmet ska patienter rapporteras till ansvarig hemsjukvård. Bedömning av patienternas behov görs utifrån den vårdkompetens sjuksköterskan har sedan tidigare och kommunikationen under överrapportering är väsentlig för fortsatt uppföljning. En bristande kommunikation mellan psykiatrisk heldygnsvård och hemsjukvård leder till risker för patientsäkerheten. Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors upplevelse av överrapportering mellan psykiatrisk heldygnsvård och hemsjukvård. En kvalitativ intervjustudie genomfördes med induktiv ansats. Semistrukturerade intervjuer genomfördes och analyserades utifrån Elo och Kyngäs (2008) kvalitativa innehållsanalys. I resultaten framkom två kategorier och sju subkategorier. Första kategorin var *Rapportsituation som brister* och andra kategorin var *Arbetsstruktur som brister*. Enligt resultaten framkommer det en önskan om att utöka antal personliga möten som upplevs stödja en personcentrerad vård. Vidare visade resultatet på en bristande rapportsituation som grundar sig i en bristfällig kommunikation vid överrapportering. Sjuksköterskor beskriver olika färdigheter vid rapportering som grundar sig i olika specialistbakgrunder. Det framkommer behov om enighet och utvecklingsarbete utifrån de brister som framkommer. Hållbara rutiner och riktlinjer kring överrapportering saknas som i sin tur försvårar arbetet utifrån ett evidensbaserat synsätt. Hemsjukvårdens sjuksköterskor beskriver att de vårdar i ovisshet vilket föranleder säkerhetsmässiga risker. En utveckling av ett evidensbaserat och hållbart sätt att rapportera över patienter från psykiatriska heldygnsvården till hemsjukvården förbygger vidare patientsäkerhetsmässiga risker. Personorienterad kommunikation ur flera aspekter är det mest centrala är att kunna förstå vad som är viktigt för patienten i den specifika situationen.

Nyckelord: Upplevelse, kommunikation, överrapportering, sjuksköterska, hemsjukvård, specialistpsykiatri

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Psykiatrisk heldygnsvård	1
Hemsjukvård	2
Övergång mellan psykiatrisk heldygnsvård och hemsjukvård	2
Kommunikation utifrån specialitet	3
Forskning inom vårdrelaterad kommunikation	3
Vårdteoretiskt perspektiv	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Ansats	5
Urval	5
Datainsamling	6
Dataanalys	6
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
Rapportsituation som brister	9
Oförståelse och okunskap	9
Olika färdigheter i muntlig rapport	10
Hemsjukvården eftersöker information	10
Arbetsstruktur som brister	11
Önskan om möten	11
Skriftlig rapport önskas	11
Avsaknad av rutiner	12
Vårdrelaterade risker	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	16
Möten för god överrapportering	16
Verksamheternas olika uppdrag	17
Bristande kommunikation föranleder patientrisker	18
Hållbara och evidensbaserade rutiner för överrapportering	19
SLUTSATSER	21
REFERENSER	22
BILAGOR	28

INLEDNING

Att som sjuksköterska överrapportera patientinformation till annan vårdgivare ingår i det dagliga arbetet, det kräver tid och engagemang för att mottagaren ska få en helhetsbild av patientens situation. Patientinformationen bör innehålla fysisk status, psykisk mående och social situation. Att lida av en psykisk sjukdom innebär att patienten inte alltid har förmågan att själv redogöra för sin situation och att sjukdomen kan ha hämmat kommunikationsförmågan av olika anledningar. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskan får med patientens hela sjukdomsbild vid överrapportering. Specialistsjuksköterskan inom psykiatriska heldygnsvården får en betydelsefull roll för patienten i det dagliga omvårdnadsarbetet. Vidare har sjuksköterskan en påverkan på den fortsatta rehabiliteringen i hemsjukvården där patientvården bygger på information från tidigare vårdgivare genom överrapportering. Sjuksköterskan i hemsjukvården har ett huvudansvar för patientens mående och behöver i överrapporteringen ställa frågor och vara nyfiken för att få en holistisk patientinformation. Tidigare forskning visar på att det finns brister just i kommunikationen, att erfarenheter och kunskapsbrist påverkar överrapportering och att det krävs fortsatt forskning kring kommunikation mellan vårdgivare.

BAKGRUND

Psykiatrisk heldygnsvård

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) beskriver att heldygnsvård är vård som ges till patienter inskrivna på vårdinrättning, och brukar vanligtvis kallas för att läggas in på en vårdavdelning (SFS 2017:30). Enligt Socialstyrelsen (2023a) beskrivs psykiatrisk vård som ges dygnet runt som heldygnsvård. Bedömning om patienten är i behov av psykiatrisk heldygnsvård görs oftast av läkare på psykiatrisk akutmottagning och ibland på somatisk vårdavdelning (Socialstyrelsen 2023a). Ofta blir patienten inskriven i psykiatrisk heldygnsvård för akuta situationer. Det kan exempelvis vara om personen riskerar att skada sig själv allvarligt, är psykotisk eller att patientens behandling inte kan utföras i öppenvård. Vårdtiden kan vara varierande beroende på patientens situation och behov. Den kan fortlöpa från några dagar till flera veckors ineliggande vård (Socialstyrelsen 2023a). Inom psykiatrisk heldygnsvård arbetar läkare, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och omvårdnadspersonal men ibland även kuratorer, fysioterapeuter och psykologer. Målet med psykiatrisk heldygnsvård är att minska akuta symptom och stabilisera situationen samt skapa en miljö som främjar återhämtning (Socialstyrelsen 2024a). När patienten anses vara färdigbehandlad skrivs patienten ut från heldygnsvården med planerad uppföljning och behandling i psykiatrisk öppenvårdsmottagning alternativt vårdcentral eller kommun. Överrapportering utförs mellan sjuksköterskorna på respektive vårdenhet innan patienten lämnat slutenvården. Rapporteringen sker telefonledes, skriftligen, genom möten eller via gemensamt dokumentationssystem och är den enda överrapportering som sker (Socialstyrelsen 2023a).

Hemsjukvård

Med hemsjukvård anses vård och medicinska insatser i personens enskilda hem som utförs av legitimerad personal som distriktssjuksköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, läkare och delegerad omvårdnadspersonal. Läkare, omvårdnadspersonal samt sjuksköterskor inom hemsjukvård finns tillgängliga för patienter dygnet runt (SFS 2017:30). Vilken slags hjälp patienten får i hemmet utgår ifrån patientens behov där hemsjukvårdens sjuksköterska har patientansvar i nära samarbete med vårdcentralens läkare. Läkaren ställer diagnoser, behandlar och skriver ut läkemedel och sjuksköterskan ansvarar för det patientnära omvårdnadsarbetet. Om patienten har svårt att ta sig till sjukhus eller vårdcentral gör hemsjukvårdens sjuksköterskor hembesök även på helger, kvällen och nätter (Socialstyrelsen 2016, s. 24–27). Målet för hälso- och sjukvård i hemmet är samma som för övrig hälso- och sjukvård i Sverige. God hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen och den som har störst behov ska ges företräde till vården (SFS 2017:30). Regionen och kommuner har delat ansvar för hälso- och sjukvård där samverkan mellan huvudmännen är centralt för personcentrerad vård och rehabilitering (SFS 2017:30).

Övergång mellan psykiatrisk heldygnsvård och hemsjukvård

Patienter som inte längre har behov av slutna psykiatrisk heldygnsvård ska ha möjlighet att skrivas ut på ett tryggt sätt (Regeringskansliet 2015). Finns behov av fortsatta insatser efter utskrivning ska det erbjudas stöd från den vårdgivare som läkare bedömt nödvändig i samverkan med patienten. Det kan vara socialtjänst, primärvård eller den kommunala sjukvården (Regeringskansliet 2015). Lagen kring samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård (2019:979) syftar till god samordning av insatser från den kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt den regionala öppna vården. Vidare beskriver lagen hur planering för patientens hemgång ska gå till under tiden som patienten vistas på en slutenvårdavdelning (SFS 2019:979). När patienten blir inskriven på en slutenvårdsavdelning ska en läkare bedöma behovet av den kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt den regionala öppna vården. Senast 24 timmar efter bedömningen av patientens behov ska planeringen av insatser påbörjas. Det ska då skickas ett inskrivningsmeddelande från slutenvården till instans som ska ansvara för patienten uppföljning. När inskrivningsmeddelandet kommer in ska planeringen för patienten påbörjas hos berörd instans (SFS 2019:979). När patienten planeras att skrivas över till berörd mottagare, exempelvis kommunens hemsjukvård överförs nödvändig information genom muntlig översäkring eller skriftlig epikris från utskrivande vårdenhet, sedan kan patienten skrivas ut från den slutna psykiatriska heldygnsvården (Regeringskansliet 2015). Heldygnsvården ska överföra all nödvändig information till berörd instans inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst så länge det inte hindras av sekretess eller tystnadsplikt. All information ska överföras senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården (SFS 2019:979).

Om patientens bedöms behöva insatser inom både region och kommun ska det anordnas ett SIP (Samordnad individuell plan) möte för att diskutera patientens vård efter utskrivning. SIP ska anordnas av representanter från de enheter som ska ansvara för patientens insatser. Patientens fasta vårdkontakter från den regionala öppna vården samt representanter från den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör vara kallade till SIP möten. Även patienten samt patientens familj och närstående kan

medverka vid SIP möten (SFS 2019:979). I övergång mellan vårdinstanser befinner sig patienten i en utsatt situation och i den sköra övergångstiden framkommer ett ökat behov av stöd och stöttning för patienter (Schumacher & Meleis 1994). I övergången mellan olika vårdinstanser finns risk för att information om patienten utelämnas vilket kan leda till svårigheter i framtida bedömningar (Wong & Talmi 2015).

Kommunikation utifrån specialitet

Att som sjuksköterska arbeta på en specialistavdelning påverkar bedömningen av patienten utifrån avdelningens specialitet. Möter två sjuksköterskor med olika avdelningsspecialitet samma patient kan bedömningen variera. När sjuksköterskorna möts i en överrapportering så uppfattas informationen utifrån respektive kunskapsbakgrund och specialitet (Wiklund Gustin 2015, s. 317). Wiklund Gustin (2015, s. 332) beskriver att kommunikation handlar om ömsesidig förståelse och inte enbart informationsöverföring. Ömsesidig förståelse är viktigt när patientinformation ska överföras för att inte riskera patientsäkerheten. Att som patienten utsätts för oönskade händelser inom vården som påverkar måendet kan beskrivas som en brist i patientsäkerheten (Eide & Eide 2019, s. 56). Att som patient vara sjuk och skröplig innebär att perspektivet mellan sjukvårdspersonal och patient blir stort. Vårdaren ska möta sin patient med respektfull öppenhet, ödmjukhet och se situationen ur patientens perspektiv oavsett sjuksköterskans bakgrund och specialitet (Eide & Eide 2019, s. 385). Samspel mellan sjuksköterskor kan även ge avtryck på sjuksköterskans bemötande mot patienter i den icke-verbala kommunikationen. Med det avses att sjuksköterskan blir påverkad i äkthet, empati och värme vilket kan påverka patientens mående under vårdtiden (Newell & Jordan 2015). Sjukdom och ohälsa resulterar i sårbarhet hos patienten, sårbarheten leder till utsatthet och kan skapa en maktposition som föranleder att patienten är beroende av sjuksköterskans vård (Wiklund Gustin 2015, s. 323).

Forskning inom vårdrelaterad kommunikation

Forskning rörande kommunikation inom vården har identifierat olika kommunikationsmönster. Dessa varierade mellan instruktionskommunikation, behovs kommunikation eller kommunikation som var svår att förstå på grund av fackspråk som används inom vården (Al-Shamaly 2022). De olika kommunikationsmönster beskrevs utgöra ett hinder i informationsöverföringen. Förklaring till detta var att flertal sjuksköterskor ska uppfatta samma fenomen samtidigt och varje enskild sjuksköterska har sitt kompetensområde utifrån vilken hon tolkar informationen. Skriftlig dokumentation beskrevs därför vara avgörande för att säkerställa den informationen som ska rapporteras vidare har tydligt kommunicerats (Al-Shamaly 2022). Kommunikationsproblem beskrivs som en fara för patientsäkerheten. Om det finns en lucka i kommunikationen kan det bidra till att felbedömningar görs. Kommunikationens brister i överrapporteringen bidrar vidare till minskad psykologisk säkerhet i sin roll som sjuksköterska. Om sjuksköterskan inte förstod vad som rapporterades på grund av kunskapsbrist eller krav som ej kunde uppfyllas så påverkades sjuksköterskan till den grad att det kunde leda till sjukskrivning och utbrändhet (Kelly, Garner, Treadway & Sadera 2023). Socialstyrelsen beskriver att de viktigaste förutsättningarna för att uppnå en god kommunikation är att ha en gemensam bild av det som ska kommuniceras (Socialstyrelsen 2022a).

Tidigare forskning beskriver tydligt att kommunikation mellan vårdaktörer har en betydelsefull roll för att säkerställa en god koordination av insatser och en god vård (Reeves, Pelone, Harrison, Goldman & Zwarenstein 2017). Tillgång till journal, öppen kommunikation, sammanhållen vårdplanering och ett holistiskt synsätt bidrar till en god vård samt högre grad av patientnöjdhet. Tillgång till pålitliga kommunikationsvägar mellan olika vårdinstanser bidrar till funktionella system som stärker patientsäkerheten (Wong & Talmi 2015). Svårigheter i kommunikation med instanser utanför sjukvården såsom hemsjukvård grundar sig svårigheter att hitta kommunikationsvägar till berörd instans (Beal, Kurien, DePuccio, Tsung & McAlernney 2023). Riktade insatser för samverkan i kommunikationsmönster inom vården förbättrar befolkningens hälsa och vårdgivarens erfarenheter. Detta bidrar till att utbildning i kommunikation är oerhört viktigt men också att mer forskning behövs i ämnet (Drossman et al., 2021). Tidigare forskning av sjuksköterskans upplevelse av överrapportering beskriver även faktorer som påverkar upplevelsen. Faktorer som skilde dem åt var sjuksköterskor som var nyexaminerade, erfarna sjuksköterskor samt sjuksköterskor som hade ambitioner för mer avancerade roller. De olika sjuksköterskerollerna upplevde olika sorters barriärer och slutsatsen i den tidigare forskningen är att organisationen behöver känna till den enskildas sjuksköterskans personliga mål för att framgångsrikt kunna möta upp de olika krav och personliga önskemål som leder till god kommunikation (Hakvoort et al. 2022). Sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk öppenvård beskriver att det finns en strävan mot samarbete med hemsjukvårdspersonal. Vidare uppger sjuksköterskorna att det finns ett stort värde kring kommunikation och samordning av insatser. Sjuksköterskorna beskriver samtidigt att det finns en otillräcklig kunskap om psykiatri både som yrkeskompetens och som verksamhet inom hemsjukvården. Det bidrar i sin tur till svårigheter att uppnå en personcentrerad vård (Pommer & Andersson 2023).

Vårdteoretiskt perspektiv

Professorerna Hilde Eide och Tom Eide (2019) beskriver innebörden av personorienterad kommunikation ur flera aspekter där den mest centrala är att kunna förstå vad som är viktigt för patienten i den specifika situationen. De beskriver att personorientering som begrepp har rötterna Carl Rogers humanistiska psykologi där personorienterad kommunikation förutsätter en syn på patienten som en unik person och att lyssnaren är en aktiv lyssnare (Eide & Eide 2019, s. 24). Att vara en aktiv lyssnare vid överrapportering är avgörande för att säkerställa god vård hos patienten, genom att bekräfta tillbaka vad som just rapporterats så bekräftas patientens perspektiv i gemensam förståelse (Eide & Eide 2019, s. 24). Det beskrivs även att det är viktigt att inkludera patientens perspektiv i reflektionsprocessen, allra bäst är om patienten själv kan delta i reflektionen för att optimera god vård (Eide & Eide 2019, s.141).

Omvårdnadsteoretikern Ida Orlando har omvårdnadsprocessen i centrum vilket har delats in i tre grundläggande delar. En av dessa delar är sjuksköterskans agerande för patientens bästa och när sjuksköterskan tydligt förstått patientens behov kan denne ta ställning till åtgärd (Eide & Eide 2019, s. 448). Detta är viktigt för fortsatt patientsäker vård. En vanlig orsak till oönskade händelser i vården är brist på kommunikation och att dialogen bygger på ett outtalat kontrakt (Eide & Eide 2019, s. 56–57). Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor beskriver i sin kompetensbeskrivning att sjuksköterskan ska ”kommunicera med företrädare för olika samhällsinstanser och vårdgivare för utveckling

av en god och säker vård”, vilket innebär att sjuksköterskan ska ansvara för kommunikation med både närstående, patienter och andra vårdgivare (Svensk sjuksköterskeförening 2020, s. 10). Eide & Eide (2019) beskriver dock att empati och god kommunikation mellan

kollegor inte är en självklarhet. Sjuksköterskan behöver därför reflektera över moraliska frågor och förstå vad som är på spel i kommunikationen samt vara införstådd med att i kommunikationen möta på andra värderingar (Eide & Eide 2019, s.119).

PROBLEMFORMULERING

Patienter förflyttas dagligen över från en sjukvårdsinsats till annan och överrapporteringarna mellan vårdinrättningarna är viktig för den sårbara patientens fortsatta behandling. Sjuksköterskan som rapporterar måste vara påläst och ha reflekterat över patientens situation innan överrapportering sker. Kommunikation vid överrapportering måste vara tydlig och innehålla hela patientens sjukdomsbild. Sjuksköterskan som tar emot rapporten ska förstå informationen och våga efterfråga delar i rapporten som utelämnas för att säkerställa fortsatt god vård för patienten. Kommunikationen i vårdrelationer är komplex och kan direkt påverka patientens vård och behandling. Trots detta framkommer det en bild av bristande kommunikationsmönster mellan olika myndigheter. Samtidigt benämns vikten av tillgång till goda kommunikationsvägar och en samordning av insatser. En medvetenhet om detta kan öka förståelse och förbättra kommunikation mellan parter. Är sjukdomsbilden både är somatisk och psykiatrisk måste båda delar kommuniceras annars riskeras underbehandling av patienten eller att sjukdomstillstånd utelämnas.

SYFTE

Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelse av överrapportering mellan psykiatrisk heldygnsvård och hemsjukvård.

METOD

Ansats

För att besvara syftet med studien har metoden kvalitativ innehållsanalys valts baserad på Elo och Kyngäs (2008). Studien är kvalitativ med induktiv ansats där semistrukturerade intervjuer analyserats. Elo och Kyngäs (2008) beskriver att metoden innehållsanalys passar väl inom området omvårdnad. Den induktiva ansats som valts innebär att forskaren utgår ifrån deltagarens levda erfarenhet och berättelse kring fenomenet som det forskas på enligt Henricson och Billhult (2017, s. 114).

Urval

Deltagare i studien var sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor som arbetar inom specialistpsykiatri eller inom hemsjukvården och som hade erfarenhet av överrapportering av patienter från psykiatrisk specialistvård till hemsjukvård.

Sjuksköterskans erfarenhet av fenomenet bekräftades genom att författarna aktivt tillfrågade deltagarna om erfarenheter innan studien påbörjades. Sjuksköterskorna var specialistutbildade inom psykiatrisk vård, distriktssköterskor alternativt allmänutbildade sjuksköterskor med minst två års erfarenhet av att arbeta inom respektive område där överskriftnings ingår som vardaglig arbetsuppgift. Sjuksköterskorna ska kunna hantera det svenska språket i tal och skrift. Nyutexaminerade sjuksköterskor, sjuksköterskor som ej har erfarenhet av fenomenet de sista sex månaderna eller sjuksköterskor med specialistutbildning inom annat område än psykiatri och distrikt exkluderades. Deltagarna valdes aktivt utifrån respektive författares arbetsplats samt kontaktnät inom vården i kommuner och regioner i västra Sverige. Deltagarna valdes i variation av kön och ålder för att data ska bli variationsrik enligt (Henricson & Billhult 2017, s. 115). Slutligen deltog dock endast kvinnor i studien på grund av bortfall.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer går ut på att samma inledande frågor ställs till deltagarna var för sig och författarna tillåter deltagarna att fritt berätta om sina upplevelser av fenomenet som ska studeras, se bilaga 1. Frågorna ska vara öppna där intervjuaren anpassar sig utifrån hur intervjun fortlöper och följdfrågor kan ställas. Intervjuerna ger därför en bild av hur upplevelsen är på individnivå (Danielsson 2017, s. 144–145). Intervjuerna hölls dagtid och utfördes på deltagarens arbetsplats. Inför intervjuerna tog författarna kontakt med specialistsjuksköterskorna för att erbjuda deltagande. Samt för att inhämta ett informerat samtycke som bygger på att skydda deltagarnas självbestämmande och frihet (Kjellström 2017, s. 68). Deltagarna fick tydligt förklarad metod och syfte för studien och hanteringen av data. Deltagarens ledning eller chef kontaktades via mejl samt telefonsamtal för samtycke om deltagande på arbetstid och sjuksköterskorna tillfrågades personligen. Intervjuerna hölls dagtid och utfördes på deltagarens arbetsplats. Den längsta intervjun tog 35 minuter och den kortaste tog 15 minuter. Författarna var väl införstådda med frågorna och deltagaren intervjuades i en ostörd miljö, detta skapade trygghet vilket är en förutsättning för djup och innehållsrik intervju (Danielsson 2017, s. 145). Intervjuerna genomfördes utifrån frågeguide se bilaga 1, var för sig av författarna där en författare utförde fyra och den andra tre intervjuer. Detta på grund av geografiska skäl men även för att undvika maktförhållande gentemot deltagaren.

Dataanalys

Dataanalys av insamlad data genomfördes utifrån kvalitativ innehållsanalys som det beskrivs av Elo och Kyngäs (2008) (se tabell 1). Insamlad och avkodad data från intervjuerna transkriberades ordagrant var för sig av författarna. Intervjuerna lästes enskilt för att sedan gemensamt läses flera gånger för att få helhet och förståelse för innehållet. Innehållet, tankar och frågor som uppkom vid läsningen diskuterades gemensamt av författarna enligt Elo och Kyngäs (2008). Sedan gulmarkerades text som ansågs vara meningsbärande i förhållande till syftet och lästes åter igenom. Meningsbärande enheter transporterades till ett annat dokument för att därefter kondenseras till mindre enheter vars innehåll har koppling till syftet. Texten kondenserades ytterligare genom kodning där koderna relaterar till varandra genom sitt sammanhang. Koderna skrevs sedan ut och klipptes isär för att forma enskilda papper för

att sedan analyseras och kategoriseras (Elo & Kyngäs 2008). Utifrån de kategorier som framkom formades två kategorier och sju subkategorier. Denna process i analysen kallas abstraktion som innebär en allmän beskrivning av forskningsämnet och abstraktionen ska fortgå så långt det är möjligt i analysprocessen (Elo & Kyngäs 2008).

Tabell 1.

1. Data samlades in via intervjuer
2. Data avkodades via transkribering
3. Data lästes igenom enskilt flertal gånger
4. Data lästes igenom gemensamt
5. Meningsbärande text gulmarkerades
6. Texten kondenserades till mindre enheter
7. Koder togs fram genom kondensering
8. Koder kategoriserades
9. Kategorier och subkategorier togs fram utifrån kategoriserade koder

Tabell 2: Exempel på meningsbärande text, kondenserad text, kod, subkategori och kategori.

Meningsbärande text	Kondenserad text	Kod	Subkategori	Kategori
Det är inte alltid rapport sker utan... vi får ringa och efterfråga information om det är något vi undrar över.	Sällan rapport sker. Man får själv ringa och söka information.	Hemsjukvården ringer efter information	Hemsjukvården eftersöker information	Rapportsituation som brister
Säkerhetsmässiga risker förstås, man måste ha en klar bild av patientens hälsotillstånd, en klar bild av hur patienten klarar sin vardag men	Framkommer säkerhetsmässiga risker när man inte har all information för både patienter och personal.	Säkerhetsmässiga risker för patienter och personal.	Vårdrelaterade risker	Arbetsstruktur som brister

även säkerhetsrisker för oss i personalen.				
---	--	--	--	--

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vetenskapsrådet (2017) beskriver att forskning som inte tar upp känsliga personuppgifter eller syftar till psykisk eller fysisk påverkan på deltagaren eller uppenbart försöker skada deltagaren inte behöver prövas enligt lagen. Denna studie genomförs utifrån högskoleutbildningens ramverk på avancerad nivå där ingen etisk prövning är nödvändig. Enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204) ska alla människor skyddas mot att deras personliga integritet kan kränks genom behandling av personuppgifter. Personuppgifter är alla uppgifter som kan på något sätt härledas till en enskild individ. Exempel på detta innefattar bland annat namn, personnummer, kundnummer med mera vilket ej kan härledas eller presenteras i studien. Detta innebär inte att studien kan utföras utan reflektion kring förfarande och etiska aspekter.

Forskningsetiska principer kan beskrivas genom fyra allmänna principer på hur forskningen ska bedrivas. Dessa fyra krav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2017). Informationskravet innebär att forskaren ska informera deltagare om deras uppgift i projektet och vilka villkor som är gällande och att de har rätt avböja deltagande när som helst under projektets gång, samt att alla inslag som kan påverka deras villighet att delta tydligt framgår (Vetenskapsrådet 2017). Informanterna i denna studie har innan deltagandet fått både muntlig samt skriftlig information om studiens bakgrund och syfte. I bilaga 1 och 2 finns handledarens samt författarnas namn och telefonnummer presenterade för att deltagaren på ett lättillgängligt sätt ska kunna ta kontakt om de har frågor kring studien eller vill exempelvis avbryta deltagandet. Information om studien har även skickats till ansvarig chef då studien tog plats under arbetstid (Se bilaga 3). Samtyckeskravet beskriver att forskaren ska inhämta samtycke ifrån uppgiftslämnare samt undersökningsledare och att deltagare i en undersökning har rätt att själva bestämma över sin medverkan (Vetenskapsrådet 2017). I denna studie har ett samtyckesformulär presenterats efter betänketiden som deltagarna fick skiva under (Se bilaga 2). Konfidentialitetskravet innebär att studiens deltagare inte ska kunna identifieras eller att uppgifter härleds till enskild deltagare av utomstående. Vidare ska deltagarens personuppgifter förvaras på sådant sätt att obehöriga ej har tillgång (Vetenskapsrådet 2017).

Informanterna i denna studie informerades om hantering av insamlad data, att det avidentifierats direkt efter transkribering och att all data förvarats på låsta platser där tillgång ej är möjligt för utomstående. Det informerades även att all data kommer raderas efter att uppsatsen är klar. Nyttjandekravet innebär att uppgifter kring insamlad med enskilda personer endast får användas för forskningsändamål, det får ej utlånas eller användas i kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften (Vetenskapsrådet 2017). Studiens insamlade material är ämnat att endast användas i denna studie. Forskningsetik handlar om respektfulla och ömsesidiga relationer mellan parterna samt att forskaren får beakta maktförhållandet under hela arbetet. Utmaningar som kan komma

under arbetet är att ha kunskap om de begrepp som ska tas hänsyn till, att särskilja tystnadsplikt, sekretess, anonymitet och integritet som beskrivs vara fyra begrepp som lätt blandas ihop (Vetenskapsrådet 2017, s. 41).

RESULTAT

Analysen resulterade i två kategorier och sju subkategorier. Resultatet presenteras nedan enligt tabell 3. 7 sjuksköterskor intervjuades därav 3 sjuksköterskor med specialistutbildning. Yrkeserfarenhet hos sjuksköterskor sträckte sig mellan 2 och 30 år.

Tabell 3.

Kategorier	Subkategorier
Rapportsituation som brister	Oförståelse och okunskap Olika färdigheter i muntlig rapport Hemsjukvården eftersöker information
Arbetsstruktur som brister	Önskan om möten Skriftlig rapport önskas Avsaknad av rutiner Vårdrelaterade risker

Rapportsituation som brister

Informanter upplever att rapportsituationen mellan specialistpsykiatrin och hemsjukvården brister. Dels framkommer en upplevelse av korta och sparsamma rapporter, dels beskrivs en bristande kunskap och förståelse för varandras verksamhet. Rapporten upplevs även vara situationsberoende och kvalitén på rapporten är beroende på den som ger och tar emot rapport.

Oförståelse och okunskap

Informanterna beskriver att det råder en oförståelse och okunskap för varandras arbetsmiljö, möjligheter och ansvarsområden. Sjuksköterskorna såväl inom specialistpsykiatrin som inom hemsjukvården upplever att de ibland jobbar emot varandra och detta leder till konflikter i kommunikation. Sjuksköterskor inom psykiatrin upplever att hemsjukvårdens sjuksköterskor har mer kunskap om den somatiska vården jämfört med den psykiatriska vården vilket bidrar till oro och rädsla vid överrapportering av patienter.

"Jag upplever dem kanske inte riktigt känner till hur våran ehm vad ska man säga hur våran strategi ser till eller är för att vårda patienter. Medans vi kanske har okunskap om

hur deras insatser är i hemmet. Där de känner sig begränsade. Så jag tror att det är båda håll. Okunskap...” – Informant 6

Sjuksköterskorna inom hemsjukvården upplever att rapporten måste förbättras och anpassas utifrån deras kunskapsbakgrund för att de ska kunna bemöta patienten rätt och kunna erbjuda det stöd som behövs för en trygg hemgång.

Det beskrevs även att hemsjukvården har planerat telefontid och att psykiatrin skriver ut sina patienter allt eftersom dagen löper, detta innebar att när psykiatrin ringde så var inte den patientansvariga sjuksköterskan tillgänglig. Men även att samtalet ibland kom oförberett när hemsjukvårds sjuksköterskan satt olämpligt och information kom snabbt och plötsligt utan att sjuksköterskan var förberedd på all information som gavs.

Olika färdigheter i muntlig rapport

Upplevelsen beskrevs som att muntlig rapport var svårt och att det krävs erfarenhet för att utföra ett patientsäkert samtal. Följdfrågorna som behövde ställas i överrapporteringen ställdes utifrån erfarenhet och kunskap vilket gjorde resultatet olika. Muntlig rapport som helhet upplevdes variera i sitt innehåll och kvalitet beroende på vem som gav och tog emot rapporten. Rapport gavs även ibland av en person som inte haft kontakt med patienten och till sjuksköterska som ej ansvarar för patienten vilket ytterligare försvårade kommunikationen.

”Det är så svårt, sitter du i telefonen och pratar vet du inte vem du pratar med, vet inte vad som förstås eller vad dom vill veta. Vet inte hur personen mottar det jag säger.” - Informant 1.

Uppgifter som gavs i rapporten kunde misstolkas och relevanta frågor ställdes inte alltid, trots detta är muntlig rapport önskvärd enligt informanterna. Uplevelsen var att överrapporteringen genomgående brister och att överrapportering inte alltid sker. Uplevelsen hos hemsjukvårdens sjuksköterskor beskrevs som obehag och rädsla inför ett samtal och att psykiatrin aldrig ringde till hemsjukvården. Kraftigt reducerad information gavs och kommunikationen skulle kunna vara bättre.

Hemsjukvården eftersöker information

En genomgående upplevelse från informanterna är att hemsjukvården eftersöker information ifrån psykiatrin. Hemsjukvården ringer till psykiatriavdelningen och tar reda på patientens hälsotillstånd när patienten kommit hem till sitt boende. Enligt hemsjukvårdens sjuksköterskor kommer patienten hem till sitt boende utan epikris och utan att patientansvarig sjuksköterska fått information angående hemkomst vilket leder till att informationen i stället får eftersökas av hemsjukvårdens sjuksköterskor. Vidare beskrivs att det är viktigt att få uppdaterad information eftersom det är hemsjukvården som ska ha fortsatt behandling och det är endast psykiatrin som kan överlämna denna information.

”Hur intresserad du är själv som sjuksköterska av patienten avgör vilken rapport som hämtas, men det måste aktivt hämtas och kontaktas av sjuksköterskan som tar emot patienten. Vi ringer själva ner och jagar uppgifter hur vi ska gå vidare.” – Informant 2.

Det upplevs även finnas en skillnad i att ta emot rapport eller att lämna rapport. Det beskrivs vara jobbigt att ta emot rapport då sjuksköterskan ej är förberedd på samtalet och sjuksköterskan som rapporterar har planerat överrapporteringen utifrån sin tidsplanering. Missas rapporteringen så får hemsjukvården extra arbete genom att eftersöka information. Vidare beskrivs det att frågor från hemsjukvårdens sjuksköterskor kring patienten ofta blir skickade fram och tillbaka.

Arbetsstruktur som brister

Den otillräckliga arbetsstrukturen upplevs vara orsakad av olika faktorer. Flera faktorer kopplas direkt till organisatorisk orsak och skapar en riskfylld och osäker arbetsmiljö. Önskan framkommer om tydlighet i rapportsituationen och förbättring i kommunikationssätt. Det framkommer en avsaknad av rutiner och en upplevelse av att de rutiner som finns tillgängliga inte håller i praktiken. Samtidigt framkommer det en önskan om att utöka antalet möten mellan patienten och hemsjukvårdens sjuksköterskor samt ett utökad arbete med skriftliga rapporter. Informanter i studien lyfter även en upplevelse av att rapportsituationen innebär risker för såväl patienter som personal.

Önskan om möten

Samordnad individuell plan (SIP) och avstämningsmöten upplevs vara det mest optimala sättet för överrapportering av patienter från specialistpsykiatri till hemsjukvården. Upplevelsen av att det är önskvärt med möten delas mellan hemsjukvårdens och psykiatrisk heldygnsvårdens sjuksköterskor. Sjuksköterskor inom psykiatri beskriver att det sällan anordnas möten där hemsjukvårdens sjuksköterskor kan interagera med patienten och bilda en uppfattning om patientens behov. Att anordna SIP möten upplevs vara en lång process. Samtidigt beskriver sjuksköterskor inom psykiatrisk heldygnsvård att det anordnas avstämningsmöten med socialtjänst för att möjliggöra utbyte av information. Patienten och personal från socialtjänsten har då även möjlighet till ett personligt möte innan patientens utskrivning.

” Jag tycker man bör kanske jobba lite mer med permissioner eller att man kommer hit och möter upp. Och kanske är med här lite eller tar med sig patienten ut en timma eller så för att man ska få, få ökad förståelse och kunna ta emot patienten på ett bättre sätt när de kommer hem.” -Informant 7.

Personliga möten upplevs stödja patientens egen vilja och ge underlag för den personcentrerade vården. Vidare upplevs patienten kunna uttrycka sin vilja vid möten samt kunna påverka den vård som erbjuds. Den personcentrerade vården beskrivs stödja patientens delaktighet i sin vård bör vara i fokus vid vårdplaneringen. Patienten upplever sig vara i fokus vid möten vilket leder till bättre kontakt med vårdpersonal och en god uppföljning efter hemgång.

Skriftlig rapport önskas

Skriftlig rapport upplevs som det önskvärda för hemsjukvårdens sjuksköterskor. Samtidigt beskrivs det en upplevelse av att det sällan skickas en skriftlig rapport vilket bidrar till att kommunikationen sker muntligt via telefonen. Muntlig rapport kan

misstolkas och information förbises vid hög arbetsbelastning. En skriftlig rapport upplevs vara ett säkert sätt för att kunna läsa och tolka informationen.

Specialistpsykiatrins sjuksköterskor beskriver att huvuddelen av kommunikationen sker skriftligt genom särskilt framtagna kommunikationssystem (SAMSA). Den skriftliga kommunikationen beskrivs som ett välfungerande sätt att överrapportera patienter men upplevs även ta lång tid innan svar erhålls från ansvarig sjuksköterska. Planering och rapport skriftligt beskrivs som tidskrävande och komplicerat. En psykiatrisjuksköterska beskriver att komplexiteten av psykiatriska patienten upplevs vara svårt att beskriva i text. De nyanser som bedöms vid personliga möten och patientens individuella behov av bemötande och kommunikation försvårar den skriftliga rapporteringen.

”Jag tycker att det är svårt att kommunicera i text. Också, många delar. Just, det är svårt att formulera så att man förstår komplexa psykiatriska delar är svårt att kommunicera i text tror jag i SAMSA för nån som inte har den erfarenheten av psykiatrin.” -Informant 7.

Flera informanter beskriver att tidigare tillvägagångsätt, då information gavs via fax fungerade bättre för då kunde samtalet vara kopplat till faxet så det fanns konkret text att hålla sig till. De beskriver även positiv upplevelse av användande av SBAR¹ men att detta inte används i överrapporteringar. SBAR upplevs användas mest av akutvården.

”Jag tycker att det vore bra om man fick något skriftligt dokument ifrån den psykiatrin som har hand om personen i fråga, att man kanske fick ...som när vi skriver ut eller rapporterar över, en typ epikris, SBAR liksom...nån typ av skriftlig information, någonstans där det ej kan misstolkas.” -Informant 3

Avsaknad av rutiner

Rutiner för hur rapportsituationen ska ske saknas vilket bidrar till en upplevelse av osäkerhet och otillräcklighet. Hemsjukvårdens sjuksköterskor upplever att det både saknas rutiner och manual för vilka frågor är relevanta att ställa och vilken information som bör inhämtas vid överrapportering.

”Följdfrågorna får man ställa utifrån erfarenhet, vad ska vi tänka på läkemedel, ja..vi har ju ingen manual men det skulle man ju kanske ha.” -Informant 4.

Specialistpsykiatriska sjuksköterskor upplever att det delvis finns implementerade rutiner. Samtidigt beskrivs svårigheter i att följa dessa rutiner på grund av verksamhetskäll. Sjuksköterskor uppger exempelvis att de enligt rutin ska faxa utskrivningsinformation till hemsjukvården. Utskrivningsinformationen är dock ofta inte färdigskriven innan patienten återvänder hem. Detta medför svårighet i att följa rutinerna samt att rutinerna som finns försvårar kommunikationen med hemsjukvården.

”Sen försöker vi som en vettig rutin att det liksom ska faxa och alla epikriser och alla läkemedelslistor och sånt. Det som oftast är svårt är ju att epikriserna oftast inte är färdigskrivna.” -Informant 5.

¹ Modell för strukturerad kommunikation i vården

Informanterna beskriver att det är svårt för psykiatriken att hinna få med allting innan patienten åker hem. Tempot inom heldygnsvården är högt och i samtalet kan konflikter uppstå. Specialistpsykiatriens sjuksköterskor upplever att det finns en skillnad i arbetstempo mellan heldygnsvården och hemsjukvård. Hemsjukvården upplevs arbeta med fokus på långsiktig planering medan specialistpsykiatriken upplevs fokusera på kortsiktig plan. Det leder till att patienter skrivs ut snabbt utom sjuksköterskans kontroll och informationen hinner inte alltid nå fram så att rapportering sker innan patienten lämnat.

Vårdrelaterade risker

Sjuksköterskor inom såväl specialistpsykiatrisk vård som hemsjukvård upplever att rapportersituationen medför säkerhetsmässiga risker. Riskerna som beskrivs av informanterna är kopplade till patientsäkerhet och personalsäkerhet. Sjuksköterskorna beskriver att det finns risk för att information missas alternativt att synen på patienten skiljer sig mellan specialistpsykiatriken och hemsjukvården vilket bidrar till att patienter far illa. Detta medför att patientsäkerheten upplevs brista i förhållande till rapportersituationen. Samtidigt beskriver sjuksköterskor inom hemsjukvården att det uppstår en säkerhetsrisk för personal som ansvarar för patienten vid bristande överrapportering. Sjuksköterskorna beskriver ett ansvar över patientens mående och medicinering och upplever en känsla av osäkerhet då informationen som erfordras efter att en patient har varit inlagd inom psykiatriken är opålitlig.

”Säkerhetsmässiga risker förstås, man måste ha en klar bild av patientens hälsotillstånd, en klar bild av hur patienten klarar sin vardag men även säkerhetsrisker för oss i personalen.” -Informant 1

Upplevelsen beskrivs som att vårda i mörker där deras legitimation riskeras. Ett stort ansvarstagande för patientens hälsa beskrivs av informanterna, men inte bara patienternas utan deras egen hälsa utifrån stress, samt professionen upplevs sättas på prov. Att vårda i mörker beskriver en informant utifrån att hon arbetar och vårdar patienten utifrån rutin men ibland utan uppdaterad hälsoinformation, det känns som att vårda i mörker beskriver hon.

” Det är jag som patientansvarig som har ansvar för patientens läkemedel och har jag ej uppdaterad information så får patienten fel läkemedel och jag en avvikelser ” – Informant 1

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelse av överrapportering mellan psykiatrisk heldygnsvård och hemsjukvård. Eftersom syftet var att belysa upplevelser ansåg författarna att en intervjustudie med kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats skulle vara en styrka i studien. Elo & Kyngäs (2008) beskrivning av innehållsanalys är att syftet med denna analysmetod beskrivs ge kunskap och nya insikter

som anses passa till studiens syfte (Elo & Kyngäs 2008). Semistrukturerade intervjuer valdes då Danielsson (2017, s. 286) beskriver att semistrukturerade intervjuer återger informantens verkliga upplevelse vilket var det författarna ville beskriva. Att fånga deras verkliga upplevelse var viktigt, att det fanns brister hade författarna en föräning om, men att få ta del av verkliga berättelser kring fenomenet är avgörande för att förstå helheten i rapportssituationen.

Innan datainsamling påbörjades så var en tanke att informanterna skulle fördelas ut mellan författarna via lottning och att intervjuerna skulle ske via zoom, detta för att ingen personlig koppling till informanten i intervjun skulle finnas. Författarna beslutade dock att ej hålla intervjuerna via zoom på grund av trygghet i intervjusituationen, de ansåg att det skulle kännas mer naturligt för informanten att sitta i ett bekant rum med en bekant intervjuare för att känna trygghet och kunna svara på frågor, samt att zoomupplevelsen inte är bekväm för alla.

Urvalet av deltagare till studien gjordes utifrån bekvämlighetsurval. Med bekvämlighetsurval menas att forskarna tar urval som ligger nära till hand och som passar väl när forskningsprojektet har begränsad tid. Denscombe (2010) beskriver att bekvämlighetsurvalet innebär lättillgängliga deltagare vilket är fördelaktigt vid mindre studier (Denscombe 2010, s. 102–103). Utifrån att författarna arbetar med kollegor som stämmer överens med studiens urval så valdes att respektive författare skulle göra intervjuer på sina arbetsplatser. Alternativt kunde urval göras ändamålsenligt och då hade informanter sökts efter största möjliga variation (Danielsson 2017, s. 148). Utifrån författarnas syfte ansåg författarna dock att ändamålsenligt urval skulle förlänga forskningen tidsmässigt. Att hålla intervjuer med kollegor kan vara utmanande men genom att hålla en pragmatisk konstruktiv hållning skapas förståelse och gemensam känsla för uppgiften där förtroende råder och den personliga kommunikationen gör samtalen tryggt och bekvämt för informanten som berättar utifrån öppenhet och erfarenhet (Buys, Casteleijn, Heyns & Untiedt 2022). En svaghet i urvalet är att det endast deltog kvinnor i studien, detta på grund av att den man som önskade delta fick förhinder. En majoritet av de som arbetar som sjuksköterskor i Sverige är kvinnor (Socialstyrelsen 2023c). Weisman (1987) visar i sin studie att kvinnor är mer benägna än män att ställa frågor i rapportssituationer inom vården vilket innebar att resultatet kan ha ändrats om fler män deltog. Samtidigt har samhället utifrån genusperspektiv troligen förändrats sedan dess vilket gör att det kanske inte hade haft en effekt på studiens resultat om fler män deltog. Författarna väljer att inte djupare beskriva deltagarna som medverkade för att i största mån aidentifiera och förhindra igenkännande av deltagare på arbetsplatserna.

Författarna har under intervjuprocessen fokuserat på att förhålla sig till intervjufrågorna och syftet eftersom studiens trovärdighet stöds genom att hålla syftet och frågeställningarna centralt genom hela intervjuerna (Vetenskapsrådet 2017, s. 25). Intervjuerna gjordes på arbetstid och nackdelen med att sitta på arbetstid var att vissa deltagare tittade på klockan och författarens upplevelse var att hen var stressad, men hade det varit utanför arbetstiden så hade kanske ej så många ställt upp. De flesta av intervjuerna varade ca. 20 minuter där den längsta intervjun tog 35 minuter och den kortaste tog 15 minuter. Att informanten fått sitta efter sitt arbetspass men betald övertid hade kanske gett bästa resultatet. Intervjuer av deltagare innebär också en risk att komma deltagaren nära och att deltagaren svarar på ett sätt som den tror intervjuaren vill höra

samt att intervjuaren har en maktposition (Kjellström 2017, s. 72). Intervjuerna hölls i enskilt rum på avskild avdelning för att informanterna skulle få sitta i en ostörd miljö vilket skapar trygghet enligt Danielsson (2018, s.145).

Induktiv ansats valdes som innebär att förutsättningslöst analysera text baserat på bland annat upplevelser (Elo & Kyngäs 2008). Författarna använde sig av Elo och Kyngäs (2008) innehållsanalys som de tyckte passade forskningen väl. Det finns nackdelar med metoden och en av dessa är kopplat till forskarens tolkning av inhämtade data (Elo & Kyngäs 2008). Innehållsanalys kan vara en krävande metod där djupet på tolkningen utgör ett gränsland mellan andra kvalitativa metoder (Danielsson 2017, s. 285). Elo och Kyngäs (2008) beskriver kritiker som skildrar innehållsanalys som en förenklad metod, men försvaras av sanningen att det är forskaren som avgör svårighetsgrad (Elo & Kyngäs 2008). Författarna utgick från innehållet i insamlad data och kopplar sedan till Eide & Eides (2019) teori kring kommunikation vars är en teori som är komplex, att hur vi kommunicerar har stor betydelse för hur information tas emot och uppfattas där omvårdnadskommunikation beskrivs som ett centralt ämne inom vården och hälsovårdande utbildningar (Eide & Eide 2019, s. 15). Henricson (2017) beskriver att vid induktiva studier bör författarnas synsätt redovisas, till exempel hur omvårdnadsperspektivet kan belysa problemet (Henricson 2017, s. 53) vilket beskrivs tydligt i denna studie.

Efter sju utförda intervjuer så transkriberades texterna ordagrant, och efter transkriberingen ansåg författarna att det fanns tillräckligt med data som svarade på syftet. Författarna visste också att om det saknas data eller behövs mer information så kan det kompletteras med fler intervjuer omgående vilket var en trygghet. Under dataanalysen analyserades alla intervjuer av båda författarna oberoende av vem som har utfört intervjuerna. Detta för att första delen av analysen skulle vara oberoende av varandra och för att först skapa en bild hos båda författarna av det insamlade materialet. Vidare jämfördes och diskuterades materialet för att fördjupa förståelsen av insamlad data. Elo och Kyngäs (2008) beskriver att författare måste kunna helt fördjupa sig i materialet först innan vidare analys av data kan ske. När texterna transkriberats så började författarna kondensera och koda texterna, författarna satt via zoom och la upp grupperingar av de urklippa ordfraserna som efter mycket fram och tillbaka blev kategorier och till slut underkategorier. Denna del i innehållsanalys beskrivs som abstraktion och innebär att forskarna ska hålla på så länge det är möjligt tills ett resultat kan presenteras, och att genom detta tillhandhållsätt så ökar förståelsen för inhämtade data (Elo & Kyngäs 2008). Utifrån de färdiga kategorierna hämtas sedan citat ur intervjuerna som illustrerar respektive kategori, som ett sätt att stärka analysens trovärdighet (Danielsson 2017, s. 296).

Författarna hade en förförståelse av fenomenet på grund av tidigare arbetserfarenhet vilket kunde påverka resultatet. Under arbetets gång reflekterade och diskuterade författarna resultatet utifrån sin medvetenhet av denna förförståelse. Även vid analys av data fanns det en medvetenhet av förförståelsen hos forskarna. Henricson (2017) beskriver att forskarnas förförståelse och medvetenheten kring förståelsen har betydelse för hela forskningsprocessen (Henricson 2017, s. 47). Läsaren ska medvetandegöras om att det har funnits en förförståelse kring fenomenet, detta för att öppna forskningen för läsarens kritik, samt för att läsaren på egen hand ska kunna avgöra

om resultaten har påverkats av författarnas förförståelse (Lundman & Hellgren-Graneheim 2017, s. 220). Priebe och Landström (2017) beskriver att ett kontinuerligt reflekterande av data och författarens öppna inställning till studien benämns som ett reflexivt förhållningssätt som stärker studiens pålitlighet (Priebe & Landström 2017, s. 38). Resultatens överförbarhet är en aspekt som är viktig, att studiens resultat kan överföras praktiskt i ute i vården, både organisatoriskt och på systemisk nivå. Sedan om resultatet kan överföras beror gissningsvis på läsare, vi har alla olika erfarenheter men författarna hoppas att arbetet kan ge en inblick och förståelse av upplevelser kring överrapportering mellan psykiatrisk heldygnsvård och hemsjukvården. Enligt Elo och Kyngäs (2008) så är innehållsanalys en forskningsmetod där slutsatser dras ifrån data för att ge nya kunskaper och fakta till praktisk handledning, men beskriver att det är nödvändigt att det finns en koppling mellan data och resultat för att bevisa trovärdigheten i arbetet (Elo & Kyngäs 2008).

Resultatdiskussion

Möten för god överrapportering

Enligt resultat som framkom vid studien beskrivs möten som det bästa sättet att rapportera över patienten från slutenvårdspsykiatri till hemsjukvården. Trots detta sker det sällan möten. Med möten beskrevs SIP möten, avstämningsmöten men även att personal möter upp patienter på avdelningen. Detta förklaras med att det är svårt med mötesplanering då det tar tid att anordna och hålla möten. Vidare beskrivs det av psykiatrins sjuksköterskor att socialtjänsten anordnar avstämningsmöten där både personal och patienten kan närvara. Avstämningsmöten erbjuds med kortare varsel och endast anordnas mellan få vårdinstanser. Lutz et al. (2022) beskriver att "känna mig möten" är ett stöd för det interprofessionella teamet för att samverka, samtidigt som möjlighet ges för patientens vilja och åsikter att komma till ytan. Möten beskrivs positivt av såväl vårdpersonal som patienter och beskrivs stödja ett holistiskt synsätt med patient och familjecentrerad vård (Lutz et al. 2022). Patienter som närvarar vid utskrivningsplanering har möjlighet att både bidra med information om sitt mående och sina önskemål. Samtidigt har patienten en möjlighet till att ställa frågor och eftersöka klarhet i information om den vård som kan erbjudas efter patienten skrivs ut (Schoeb, Staffoni, & Keel 2019). Dessutom beskriver kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård beskrivs att specialistsjuksköterskan ska ansvara för att tillsammans med andra tvärprofessionella aktörer och i samråd med patienten upprätta, genomföra, följa upp samt utvärdera samordnad individuell vårdplanering (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor 2014). Enligt lagen om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård ska SIP anordnas om behov finns av insatser från flera olika instanser. Det vill säga till exempel om patienten är i behov av hjälp från både regional öppenvård samt socialtjänst och hemsjukvård (SFS 2019:979). Vid SIP bör representanter av berörda instanser närvara tillsammans med patienten och ibland patientens närstående. Anordningen av SIP möten är en tidskrävande process då det är många representanter som ska närvara vid mötet (SFS 2019:979). Då anordning av SIP möten är tidskrävande framkommer det en önskan om att anordna mindre möten likt avstämningsmöten med hemsjukvårdens personal.

Avstämningsmöten sker nu endast mellan heldygnsvårdens personal och socialtjänsten vilket möjliggör snabbare anordning jämfört med SIP möten. Den typen av möten är dock inte reglerat i lag som SIP möten är. Det innebär risk för att möten inte prioriteras och att personal väljer överrapporteringsätt som är mindre tidskrävande. Samtidigt bör möten prioriteras utifrån patientperspektiv. Möten bygger på patientens självbestämelse och autonomi samtidigt som det bidrar till utveckling av relationer till patientens vårdkontakter. Personliga möten beskrivs därför som ett personcentrerat sätt att överrapportera patienten enligt Schoeb, Staffoni och Keel (2019). Dessutom implementeras inte alltid personcentrerad vård vid SIP möten. Definitionen av personcentrering i vårdkontext beskrivs på olika sätt av omvårdnadspersonal och socialtjänstens personal. En bristfällig uppfattning om vad begreppet innebär leder till svårigheter i att tillämpa och förfölja personcentrerad vård i relation till SIP möten. Därmed att endast närvara vid SIP möten i sig innebär inte per automatik att vården som erbjuds är personcentrerad. Arbetet vid SIP möten måste fortsätta utifrån ett patientperspektiv och ta stöd i den personcentrerade vården för att mötet ska kunna vidare leda till en personcentrering i vården (Jobe 2020).

Verksamheternas olika uppdrag

Resultatet var entydigt att upplevelserna handlade om brister i rapportsituation, det upplevde samtliga informanter men det gavs inte en lösning om hur det skulle kunna åtgärdas. Det påtalades att verksamheterna var olika, att verksamheternas dagliga rutin och arbetssätt skiljer sig så pass mycket att det var svårt att få in en rapportsituation på samma villkor. Enligt Moore et al. (2017) krävs ett starkt ledarskap för att upprätta nya rutiner kring rapportsituationer, då en befintlig rutin för dokumentation och kommunikation är svår att ändra (Moore et al., 2017). Rapporterna blev korta och saknade information, vilket i sin tur kräver kunskap om patienten för att ta emot och kunna ställa motfrågor så att bilden kring patienten blir holistisk för mottagaren.

Resultatet visar på att vårdinrättningarna strävar mot samma håll men utifrån olika framtida relation till patienten. Att ta emot en patient innebär ett direkt ansvar nu och i framtiden, vilket skulle kunna innebära att mottagaren av samtalet har ett större behov av att få information kring patienten. Att däremot lämna ifrån sig en patient betyder avslutat ansvar för sjuksköterskan, och att nya patienter står på tur vilket kanske tar energi och uppmärksamhet. Kan dessa skillnader ha en betydelse i kommunikationen? Detta är en reflektion som författarna funderat över. Regeringskansliet (2018) beskriver specialistsjuksköterskans roll bestående av avancerad klinisk omvårdnad, ledarskap, samverkan, förbättringsarbete och utbildning. Detta innebär att specialistsjuksköterskan bör ha möjlighet att påverka den dagliga rutinen kring överrapportering och utveckla samverkan med andra vårdaktörer kring överrapportering. Hade intervjun endast riktat sig till specialistsjuksköterskor så hade deras inriktning av specialitet kanske påverkat resultatet till ännu större oförståelse då hemsjukvården har distriktsjuksköterskor och psykiatrin psykiatrisjuksköterskor. Valet av specialitet gör att sjuksköterskans vårdinriktning fördjupas och vården riktar sig till just vald specialitet. Däremot kan kommunikationen kanske varit mer gynnsam i överrapporteringen då det är en del av yrkestiteln att bidra med utbildning och förbättringsarbete (Regeringskansliet 2018).

Enligt English, Robinson och Gott (2023) fastställs att rapport är mycket viktigt och handlar om personliga interaktioner. De beskriver att det inte är säkert att varje samtal

innebär en rapport, utan en informativ rapport måste läras, övas och utvecklas för att nå sin fulla potential (English, Robinson & Gott 2023). Specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård ska främja samarbete mellan olika vårdgivare för patientens bästa och utifrån patientens önskemål. Specialistsjuksköterskan ska även reflektera över de rutiner och metoder som används inom kommunikationen och vidare arbeta med vårdutveckling. Detta för att varje enskild patient ska känna tillit och trygghet (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor 2014). Etisk reflektion är viktigt av flera orsaker men beskrivs först och främst att den är viktig för patienten och för patientens anhöriga (Eide & Eide 2019, s. 119). Författarna som arbetar på de olika vårdinrättningarna som studien representerar tolkar resultaten som att hemsjukvården som tar emot samtalet har en verksamhet där sjuksköterskan har patientansvar på ett annat sätt, med läkemedel, boende situation och sjukdomsbild. Detta gör att hemsjukvårdssjuksköterskan har en förväntan på informativ överslagsslag rapportering medan psykiatrin rapporterar den delen som behandlats på avdelningen. De olika verksamheterna innebär att rapporter sker på olika sätt och information som ges i rapporter täcker olika områden kring patienten. De olika arbetsrutinerna beskrivs bidra till att överslagsslag rapporteringen brister, där tillfällen för rapporteringen styrs utifrån respektive vårdgivare. English, Robinson & Gott (2023) beskriver vidare att rapport inte ska ske i livliga miljöer för bästa resultat, utan privat sfär ska ges till samtalet för att koncentration och bästa samtalsflöde ska uppnås (English, Robinson & Gott 2023).

Bristande kommunikation föranleder patientrisker

Att vårda utan fullständig patientbakgrund beskrivs av informanterna som att vårda i mörker, där upplevelsen var att informanternas sjuksköterskelegitimation står på spel. För att få arbeta som sjuksköterska måste en svensk sjuksköterskelegitimation utfärdas av Socialstyrelsen, legitimationen är en kvalitetsstämpel på att personen har utbildning för sjuksköterskeuppdraget (Socialstyrelsen 2021). Blir patienten skadad på grund av felbehandling av ansvarig sjuksköterska kan legitimation återkallas av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN 2024). Att vårda i ovisshet riskerar patientsäkerheten och patientsäkerhet handlar om att inte skada patienter i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder (Socialstyrelsen 2022b). Patientrisker och vårdskador innebär att patienten kommer till skada och ofta har flera faktorer samverkat för att vårdskada ska ha inträffat (Socialstyrelsen 2023b).

En informant beskrev att det är denne som sjuksköterska som står ansvarig för patientens läkemedelsbehandling, har ingen information kring ändring av läkemedel rapporterats så är hen ansvarig för patientens hälsa. Att inte kunna påverka sin arbetssituation och påverka kvalitén på vården påverkar sjuksköterskans hälsa negativt, stressnivån ökar hos sjuksköterskan som riskerar sjukskrivning (Khamisa et al., 2015). Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston & Sahebkar (2017) beskriver att arbeta inom vården innebär stress för sjuksköterskan och desto högre belastning som läggs på arbetet desto högre stressbelastning drabbar sjuksköterskan. Enligt Socialstyrelsen (2024b) så ökar vårdköerna i Sverige och patientantalet ökar inom vården vilket kommer resultera i ökad belastning för sjuksköterskan (Socialstyrelsen 2024b). Ska sjuksköterskan även hantera att information kring patientens hälsa saknas, kommer detta öka på den befintliga stressen som kan leda till sjukdomar eller patologiska tillstånd för sjuksköterskan (Yaribeygi et al., 2017), därför ska riskerna som finns både för patienter och sjuksköterskan tas på

allvar. Utifrån kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård (2014) beskrivs identifiering och bedömning av risker utifrån patient, personal samt närståendeperspektiv infalla under specialistsjuksköterskans ansvarsområden. Även arbete med förbyggande insatser för att undvika risker nämns som psykiatrisjuksköterskans ansvar (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor 2014).

God professionell kommunikation har som syfte att motivera den andra personen i samtalet, det stimulerar henne eller honom att ta tag i sina egna resurser och stärka den inre motivationen till ett fortsatt professionellt samtal (Eide & Eide 2019, s. 27). I samtal där det finns kommunikationsbrister så beskriver Socialstyrelsen (2022a) att det kan få allvarliga konsekvenser för patienten och informanterna i studien beskriver att kommunikationsbrister hör till deras vardag (Socialstyrelsen 2022a). Enligt Ozaras och Abaan (2018) finns ett högt förtroende för sjuksköterskor hos patienter där personliga och professionella egenskaper var högt prioriterade. Upplevdes dock kommunikationsproblem så beskrevs det bidra till misstro för sjuksköterskan hos patienterna vilket påvisar vikten av kommunikation (Ozaras & Abaan 2018).

Risker med att det blir fel kommunicerat eller icke kommunicerat innefattar risker som utebliven behandling. Nyckel till effektiv hälsokommunikation ligger i förmågan att kommunicera informativt. Den som tar emot informationen måste efter samtalet förstå skillnad mellan förväntad information och faktisk information (Werder 2019). Eide och Eide (2019) beskriver utifrån sin kommunikationsteori att professionell kommunikation inte är samma sak som att kommunicera privat i det dagliga livet, utan som vårdpersonal kommuniceras med personer som söker information av olika slag. Den professionella kommunikationen har ett hälsovårdande syfte, är alltid hjälpande och till för att hjälpa andra (Eide & Eide 2019, s. 46). Uppgifter som ges i rapporten kan misstolkas och relevanta frågor ställs inte alltid men trots detta är muntlig rapport är önskvärd enligt informanterna. Att både muntlig och skriftlig rapport önskas av sjuksköterskorna kan bero på att de önskar säkra upp information. Det som är somatiskt viktigt för fortsatt behandling bör stå nedskrivet, så att fokus i samtalet kan ligga på patientens emotionella status och det mellanmänniska mötet i.

Är det möjligt att påverka rapportsituationen när tiden inte finns? Detta är en ledningsfråga där utbildning i kommunikation och prioritering av överrapporteringsamtalet måste diskuteras. Men Eriksson, Ek, Jansson, Sjöström och Larsson (2019) beskriver att det även ligger på sjuksköterskan att vara påläst på patienten, vara intresserad och ställa relevanta frågor trots att det upplevs emotionell spänning och emotionell oro kring samtalet (Eriksson et al., 2019). Författarna tror och är övertygade om att ur ett omvårdnadsperspektiv så kan kommunikationens betydelse i överrapportering vara avgörande för patientsäkerheten i ett somatiskt men även psykiskt vårdande.

Hållbara och evidensbaserade rutiner för överrapportering

Resultaten ger en bild av bristfälliga rutiner. Rutiner finns endast implementerade delvis och följs i den mån som det är möjligt. Att implementera rutiner och riktlinjer upplevs som ett bra sätt att försäkra att den typ av rapportering som bedöms vara nödvändig utförs.

Att överrapportering ibland inte utförs beror även på att rutiner inte alltid finns. Att utveckla psykiatrisk omvårdnad betyder i praktiken att använda evidensbaserade implikationer för att stödja den vård som erbjuds till patienterna (Wiklund Gustin 2019, s 620–621). En evidensbaserad vård beskrivs vidare som vård baserad på forskning och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskor har ett ansvar i att använda och finna stöd i forskning för den typen av vård som erbjuds. För att arbetet ska kunna bedrivas evidensbaserat ska vårdutvecklingen ske parallellt med den forskningen som finns tillgänglig (Wiklund Gustin 2019, s 620–621). Utvecklingsarbete är därför inte en enskild åtgärd men i stället ett kontinuerligt arbete där målet är en forskningsbaserad vård.

Implementering av riktlinjer och rutiner som överensstämmer med den evidensbaserade vården samt kontinuerlig uppföljning och utveckling av dessa rutiner ger grund för god vård för patienter. Samtidigt finns det fortsatt behov av personcentrering inom ramen för rutiner där sjuksköterskan fokuserar på patientens individuella behov i stället för att fasta i en rigid verklighet. Farhågan i fastställda rutiner är därmed en risk att förbise individen och ge fokus till varsamhetens samordning. En hållning baserad på en reflekterande, personcentrerad och återhämtningsinriktad vård är det som krävs för att nå god vårdkvalité (Wiklund Gustin 2019, s 620–621). En evidensbaserad vård beskrivs av sjuksköterskor vara till fördel för både patienter och personal. Personal som arbetar evidensbaserat har en bättre och djupare kunskap om hur de på bästa sättet kan hjälpa sina patienter (Mohamed, Alhujaily, Ahmed, Nouh & Almowafy 2024).

Det framkommer en svårighet i implementering av rapport som är evidensbaserad. Svårigheten beskrivs vara beroende av att implementeringen måste ske i samråd med ansvariga sjuksköterskor, verksamheten och ledningen (Becker et al. 2021). Ledningen beskrivs av sjuksköterskorna ansvara för om utvecklingsarbete kan genomföras vilket bidrar till att utvecklingen kan stoppas på grund av finansiella och organisatoriska brister (Mohamed et al. 2024). Samtidigt är sjuksköterskor inom psykiatrisk vård ansvariga för att den vården som ges och de rutiner som finns ska vara evidensbaserade. Psykiatrisjuksköterskan ska arbeta med att implementera ny kunskap med fokus på att vården som erbjuds är av god kvalitet (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor 2014)

Skriftlig rapport önskades för att minska stressen över samtalet, både sjuksköterskor inom psykiatrin och kommunen har samma önskan. Det dokumenteras idag i SAMSA men enligt resultatet så är det inte den sortens kommunikation som önskas, utan informanterna önskar en epikris, där patientens helhet beskrivs. SAMSA ska vara ett IT-stöd för att stödja kommunikation mellan primärvård, sjukhus och kommuner och inte ersätta epikris eller den mellanmänsklig kommunikation (Västra Götalands Regionen 2017).

Både sjukdomshistoria och nya åtgärder önskas i överrapporteringen av informanterna, så att deras upplevelse av överrapporteringen resulterar i trygghet i patientens fortsatta behandling. Detta borde inte var ett problem ändå är det så, varför? Författarna diskuterar att det handlar nog om tid, om det finns tid att sitta ner, kanske ha en mall kring de frågor som respektive sjuksköterska önskar så kanske inte frågor eller information glöms bort. SAMSA bjuder in till att skriva enligt epikris men utifrån författarnas reflektion så används inte SAMSA på likvärdigt sätt. För att få en hållbar överrapporteringsmodell så bör parterna vara ense om vilken modell för överrapportering som ska användas, och att denna överenskommelse sedan efterföljs. Det upplevs av informanterna bli en skillnad i

om du tar emot eller lämnar information och detta bör också tas i beaktning för att utveckla bra kommunikationsmodell för en hållbar överrapportering. Ingen tvekan råder över att alla informanter jobbar aktivt för sin patients bästa, men okunskap kring varandras arbetssituation var tydligt. Socialstyrelsen beskriver att när det brister i kommunikationen kan SBAR användas för att minska riskerna i kommunikation, vilket fungerar både inom samma verksamhet och mellan olika vårdenheter (Socialstyrelsen 2022a). SBAR var inget informanterna upplevde fungerade på nuvarande arbetsplats, flertalet beskrev att SBAR fungerar endast vid akut överlämning. Vidare beskrevs att ingen djupare information ges i SBAR och när det gäller patienter som kommer ifrån psykiatri så är det extra viktigt att social information som umgänge, boendesituation och dagliga aktiviteter rapporteras. Agenda 2030 delmål 3.4 beskriver att man genom förbyggande insatser samt behandling ska främja god psykisk hälsa (Regeringskansliet 2020). Att arbeta med interprofessionell överrapportering utifrån ett hållbart och evidensbaserat synsätt kan stödja god vård efter utskrivning och en god psykisk hälsa långsiktigt.

SLUTSATSER

Studiens resultat bidrar till ökade kunskaper kring sjuksköterskans upplevelse av överrapportering, där det framkommer att kommunikation i överrapporteringssituationen brister. Det beskrivs svårigheter kring att hantera överrapportering i vardagen då allt rullar på i snabb takt. Samarbete och möten med andra vårdgivare ses som önskvärt men även detta är svårt att få till i arbetsrutinen. Genom att belysa hur rapportersituationen upplevs av sjuksköterskor så kan förståelse för överrapporteringens betydelse öka och felbedömningar inom vården förhoppningsvis minska. Studien beskriver även vikten av kommunikation mellan vårdgivare, brister det i samtalet mellan de olika instanserna så kan det leda till ökad risk i patientsäkerheten. Även vikten av att ledningen förstår vad ökad kompetens i vården kring kommunikationsteknik betyder, detta belyses i studien rörande kring de behov som finns runt kommunikation i vårdsituationer. Det finns god grund att ta över taktpinnen och forska vidare på hur vi kan lösa överrapportering till det bättre, det är tydligt att kommunikationen brister i rapportersituationen enligt sjuksköterskornas upplevelse.

REFERENSER

Al-Shamaly, H.S. (2022). Patterns of communicating care and caring in the intensive care unit, *Nursing Open*, 9(1), s. 277–298. doi: [10.1002/nop2.1061](https://doi.org/10.1002/nop2.1061).

Beal, E.W., Kurien, N., DePuccio, M.J., Tsung, A. & McAlearney, A. S. (2023). Provider-To-Provider Communication About Care Transitions: Considering Different Health Technology Tools. *Journal for Healthcare Quality: Promoting Excellence in Healthcare*, 45(3), s. 133–139. doi: [10.1097/JHQ.0000000000000375](https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000375).

Becker, S., Hagle, M., Amrhein, A., Bispo, J., Hopkins, S., Kogelmann, M., Porras, E. & Smith, M. (2021). Implementing and Sustaining Bedside Shift Report for Quality Patient-Centered Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 36 (2), s. 125-131. doi: [10.1097/NCQ.0000000000000509](https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000509).

Buys, T., Casteleijn, D., Heyns, T. & Untiedt, H. (2022). A Reflexive Lens on Preparing and Conducting Semi-structured Interviews with Academic Colleagues, *Qualitative Health Research*, 32(13), s. 2030–2039. <https://doi.org/10.1177/10497323221130832>.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju, M. Henricson (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur, s. 143–154.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys, M. Henricson (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur, s. 285–299.

Denscombe, M. (2010). *The good Research Guide: for small-scale social research projects*. 4. Uppl. Open Univers Press. s. 367.

Drossman, D.A. et al. (2021). A Review of the Evidence and Recommendations on Communication Skills and the Patient–Provider Relationship: A Rome Foundation Working Team Report, *Gastroenterology*, 161(5), s. 1670-1688.e7. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.07.037>.

Eide, H. och Eide, T. (2019). *Omvårdnadsorienterad kommunikation – personorientering, samarbete och etik*. 3:1. Lund: Studentlitteratur. s. 516.

Elo, S. och Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process, *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), s. 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>.

English, W., Robinson, J. and Gott, M. (2023). Health professionals, experiences of rapport during telehealth encounters in community palliative care: An interpretive description study, *Palliative Medicine*, 37(7), s. 975–983. <https://doi.org/10.1177/02692163231172243>.

Eriksson, I., Ek, K., Jansson, S., Sjöström, U. & Larsson M. (2019). To feel emotional concern: A qualitative interview study to explore telephone nurses, experiences of difficult calls. *Nursing Open*, 6(3), s. 842–848. <https://doi.org/10.1002/nop2.264>.

Hakvoort, L., Dikken, J., Cramer-Kruit, J., Molendijk-van Nieuwenhuyzen, K., Van der Schaaf, M. & Schuurmans, M. (2022). Factors that influence continuing professional development over a nursing career: A scoping review, *Nurse Education in Practice*, s. 65. 103481. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103481>.

Henricson, M. (2017). Forskningsprocessen, M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur, s. 43–55.

Henricson, M. och Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod, M. Henricson (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur, s. 111–119.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN. (2024). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/halso--och-sjukvardens-ansvarsnamn/> (2024-04-18).

Jobe I. (2020). A chain is only as strong as its weakest link”: collaborative care planning as a person-centred practice. Doctoral thesis. Luleå University of Technology. <https://ltu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1466829/FULLTEXT01.pdf>.

Kelly, S., Garner, J., Treadway, V. & Sadera, G. (2023). Knowledge mobilization in critical care and the evolving communication role of nurses, *Nursing in Critical Care*, 28(6), s. 913–922. <https://doi.org/10.1111/nicc.12821>.

Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K. & Ilic, D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), s. 652–666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik, M. Henricson (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur, s. 57–79.

Lundman, B och Hellgren-Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär & Höglund-Nielsen (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. s. 211–225. Lund: Studentlitteratur.

Lutz, AM., Warehime, KM., Woods, AB., Ruth, LE., Burnside, A., Bell, TD. & Buchko, BL. (2022). Implementation of Interprofessional Meetings Preparing Caregivers of Patients With Brain Injury for Discharge: A Pilot Study. *Professional Case Management*, 27(5), s. 239-245. Doi:[10.1097/NCM.0000000000000562](https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000562)

Mohamed, RA., Alhujaily, M., Ahmed, FA., Nouh, WG. & Almowafy, AA. (2024). Nurses' experiences and perspectives regarding evidence-based practice implementation in healthcare context: A qualitative study. *Nursing Open*, 11(1), s. 1-12. Doi: [10.1002/nop2.2080](https://doi.org/10.1002/nop2.2080)

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., 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), s. 662–673. <https://doi.org/10.1111/scs.12376>

Newell, S. and Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol., *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(1). <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1072>

Ozaras, G. and Abaan, S. (2018). Investigation of the trust status of the nurse–patient relationship, *Nursing Ethics*, 25(5), s. 628–639. <https://doi.org/10.1177/0969733016664971>

Pommer, A. och Andersson, G. (2023). *Samverkan kring patienter med psykisk ohälsa: En kvalitativ studie om hur sjuksköterskor i psykiatrisk öppenvård upplever samverkan med sjuksköterskor i kommunal hemsjukvård.* <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-118774> (2024-03-08).

Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård.* <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062321b9/1584103943244/Kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20psykiatrisk%20v%C3%A5rd%202014.pdf> (2020-09-11)

Priebe, G. and Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori, M. Henricson (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur, s. 25–80.

Reeves, S. Pelone, F. Harrison, R. Goldman, J and Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Edited by Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, 2018 (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>.

Regeringskansliet. (2018). *Framtidens specialistsjuksköterska: ny roll, nya möjligheter*. Stockholm: Norstedts juridik.

Regeringskansliet. (2020). Agenda 2030 | Mål 3 | Hälsa och välbefinnande, Regeringskansliet. Regeringen och Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-mal-3-halsa-och-valbefinnande/> (2024-05-28).

Regeringskansliet, R. (2015). Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård, Regeringskansliet. Regeringen och Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2015/03/sou-201520/> (2023-11-30).

Schoeb, V., Staffoni, L. & Keel, S. (2019). Influence of interactional structure on patient's participation during interprofessional discharge planning meetings in rehabilitation centers. *Journal of Interprofessional Care*, 33(5), s. 536-545. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1538112>

Schumacher, K.L. and Meleis, A.L. (1994) .Transitions: A Central Concept in Nursing, *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), s. 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>.

SFS 2017:30. Hälsa- och sjukvårdslag. Stockholm; Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/ (2024-01-30).

SFS 2019:979 Lagen om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612/ (2024-04-15).

SFS 1998:204. Personuppgiftslagen. Stockholm; Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/.

Socialstyrelsen. (2021). *13 000 fick yrkeslegitimation i fjol – fyra av tio var sjuksköterskor*, Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/13-000-fick-yrkeslegitimation-i-fjol--fyra-av-tio-var-sjukskoterskor/> (2024-04-18).

Socialstyrelsen. (2016). Din rätt till vård och omsorg – en vägvisare för äldre, s. 52. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-5-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2024a). God psykiatrisk heldygnsvård räddar liv. <https://www.socialstyrelsen.se/aktuellt/god-psykiatrisk-heldygnsvard-raddar-liv/>

Socialstyrelsen. (2023a). Heldygnsvård, tvångsvård och självmald inläggning, Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/heldygnsvard-och-tvangsvard/> (2024-01-12).

Socialstyrelsen. (2022a). Kommunikation och informationsöverföring, SITENAME. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varldskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/> (2024-04-18).

Socialstyrelsen. (2023b). Riskområden, SITENAME. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varldskador/riskomraden/> (2024-04-18).

Socialstyrelsen. (2023c). *Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal*, Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/halso-och-sjukvardspersonal/> (2024-04-10).

Socialstyrelsen. (2024b). Stora skillnader i tillgång till vårdpersonal i landet – nya arbetssätt kan behövas i framtiden, Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/stora-skillnader-i-tillgang-till-varldspersonal-i-landet--nya-arbetssatt-kan-behovas-i-framtiden/> (2024-04-18).

Socialstyrelsen. (2022b). Vad är patientsäkerhet? SITENAME. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/vad-ar-patientsakerhet/> (2024-04-18).

Svensk sjuksköterskeförening. (2020). Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor inom psykiatrisk vård. 14s. <https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjukskoterskor-inom-psykiatrisk-varld> (2024-01-07).

Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed. Stockholm: Vetenskapsrådet. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html> (2024-01-04).

Västra Götalands Regionen. (2017). *SAMSA - Samordnad vård- och omsorgsplanering, Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen*. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/it/it-system/samsa---samordnad-varld--och-omsorgsplanering/> (2024-04-18).

Weisman, C.S. (1987). Communication between women and their health care providers: research findings and unanswered questions., *Public Health Reports*, 102(4 Suppl), s. 147–151. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1478023/> (2024-04-21).

Werder, O. (2019). Toward a humanistic model in health communication, *Global Health Promotion*, 26(1), s. 33–40. <https://doi.org/10.1177/1757975916683385>.

Wiklund Gustin L. (2019). Att evidensbasera och utveckla psykiatrisk omvårdnad. *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur, s. 619–630.

Wiklund Gustin, L. (2015). *Psykologi för sjuksköterskor*. 1:5. L. Wiklund Gustin. Lund: Studentlitteratur AB, s. 403.

Wong, S.L. & Talmi, A. (2015). Open communication: Recommendations for enhancing communication among primary care and mental health providers, services, and systems. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare*, 33(2), s. 160–162. <https://doi.org/10.1037/fsh0000136>

Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, TP. & Sahebkar, A. (2017) .The impact of stress on body function: A review, *EXCLI Journal*, 16, pp. 1057–1072. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>

BILAGOR

Bilaga 1 Frågeguide

Det är 4 huvudfrågor som kommer att ställas, men eventuella följdfrågor.

1. Hur upplever du överrapportering mellan specialistpsykiatri och primärvård?
2. Vilka kommunikationsverktyg har ni och hur upplever du att dessa fungerar?
3. Hur ser ni på muntlig överrapportering mellan hemsjukvård och specialistpsykiatri?
4. Vilka risker ser du i samband med rapportering vid övertagande av patienter?

Bilaga 2

Information angående ett examensarbete

Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete *Sjuksköterskors upplevelse av överrapportering mellan specialistpsykiatri och hemsjukvård*. Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistprogrammet i psykiatri vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

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

Sjuksköterskor har ofta huvudansvaret för patienten i övergångsprocessen mellan specialistpsykiatri och hemsjukvård och får en betydande roll för den vård patienten kommer att få. Patienter som inte längre har behov av den slutna psykiatriska heldygnsvården ska ha möjlighet att lämna på ett tryggt sätt. Finns behov för fortsatta insatser efter utskrivning ska det erbjudas stöd från den vårdgivare som läkare bedömt nödvändig i samverkan med patienten, det kan vara socialtjänst, primärvård eller den kommunala sjukvården. Kommunikation mellan vårdaktörer har en betydelsefull roll för att säkerställa en god koordination av insatser och en god vård. Tillgång till pålitliga kommunikationsvägar mellan olika vårdinstanser bidrar till funktionella system som stärker patientsäkerhet.

Syftet med arbetet är belysa sjuksköterskornas upplevelse av överrapportering av patienter från specialistpsykiatri till hemsjukvård. Vi tillfrågar därför sjuksköterskor som har erfarenhet av att överrapportera patienten från den slutna psykiatriska vården till hemsjukvård. Samtidigt tillfrågar vi sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvård om upplevelser av att ta emot rapport från sjuksköterskor som arbetar inom specialistpsykiatri.

Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går examensarbetet till?

Vi kommer att göra semistrukturerade intervjuer som går ut på att frågor ställs till deltagarna var för sig och du kommer att få fritt berätta om dina upplevelser. Frågorna kommer att vara öppna där vi kommer att anpassa oss utifrån hur intervjun fortlöper och därefter kan det ställas följdfrågor. Vi kommer att spela in hela intervjun och transkribera den i efterhand. Inga känsliga personuppgifter kommer att användas i examensarbetet. Intervjuerna kommer att göras på arbetstid och kommer fortlöpa över 20-30 minuter. Vi anpassar oss utefter era möjligheter gällande tid och rum där intervjuer kan utföras men vi vill att intervjuerna görs i trygga och lugna förhållanden.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka ditt arbete. För att delta behöver du lämna ditt samtycke.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta författarna [kontaktuppgifter se nedan].

Vad händer med mina uppgifter?

I examensarbetet kommer vi att samla in information från dig. Inga namn, känsliga uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning.

Det datamaterial som samlats in, (bakgrundsinformation och intervjuer, enkäter, fältanteckningar eller annat), kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15–18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare [kontaktuppgifter nedan] i dessa fall.

Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet

Ansvariga för examensarbetet

Författare:

Sylwia Urszula Blaszk. *Examensarbete med inriktning mot psykiatrisk vård* .

Weronica Danielsson. *Examensarbete med inriktning mot psykiatrisk vård*.

Handledare:

Elin Blanck, universitetsadjunkt, specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård, Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås

Samtycke om deltagande

Fylls i av deltagaren

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i examensarbetet *Sjuksköterskors upplevelse av överrapportering mellan specialistpsykiatri och hemsjukvård* och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnsteckning

Ort och datum

Bilaga 3

Information angående examensarbete

Vi vill fråga dig om vi får utföra vårt examensarbete *Sjuksköterskors upplevelse av överrapportering mellan specialistpsykiatri och hemsjukvård* med hjälp av personal anställd på din enhet. Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistprogrammet i psykiatri vid Akademien för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Vad är det för projekt?

Sjuksköterskor har ofta huvudansvaret för patienten i övergångsprocessen mellan specialistpsykiatri och hemsjukvård och får en betydande roll för den vård patienten kommer att få. Patienter som inte längre har behov av den slutna psykiatriska heldygnsvården ska ha möjlighet att lämna på ett tryggt sätt. Finns behov för fortsatta insatser efter utskrivning ska det erbjudas stöd från den vårdgivare som läkare bedömt nödvändig i samverkan med patienten, det kan vara socialtjänst, primärvård eller den kommunala sjukvården. Kommunikation mellan vårdaktörer har en betydelsefull roll för att säkerställa en god koordination av insatser och en god vård. Tillgång till pålitliga kommunikationsvägar mellan olika vårdinstanser bidrar till funktionella system som stärker patientsäkerhet.

Syftet med arbetet är belysa sjuksköterskornas upplevelse av överrapportering av patienter från specialistpsykiatri till hemsjukvård. Vi tillfrågar därför sjuksköterskor som har erfarenhet av att överrapportera patienten från den slutna psykiatriska vården till hemsjukvård. Samtidigt tillfrågar vi sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvård om upplevelser av att ta emot rapport från sjuksköterskor från specialistpsykiatri.

Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går examensarbetet till?

Vi kommer att göra semistrukturerade intervjuer som går ut på att frågor ställs till deltagarna var för sig och man kommer att få fritt berätta om sina upplevelser. Frågorna kommer att vara öppna där vi kommer att anpassa oss utifrån hur intervjun fortlöper och därefter kan det ställas följdfrågor. Vi kommer att spela in hela intervjun och transkribera den i efterhand. Inga känsliga personuppgifter kommer att användas i examensarbetet.

Vi önskar att intervjuerna görs på arbetstid och kommer fortlöpa över 20-30 minuter per person. Vi önskar att utföra ca. 4-5 intervjuer. Vi väljer som deltagare specialistsjuksköterskor inom psykiatri alternativt distriktsjuksköterskor/grundutbildade sjuksköterskor med minst två års arbetserfarenhet. Vi anpassar oss utefter era möjligheter gällande tid och rum där intervjuer kan utföras men vi vill att intervjuerna görs i trygga och lugna förhållanden.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

Deltagandet är frivilligt

Deltagandet är frivilligt och man kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om man väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver man inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka ditt arbete. För att delta behöver man lämna sitt samtycke.

Vad händer med deltagarnas uppgifter?

I examensarbetet kommer vi att samla in information från deltagarna. Inga namn, känsliga uppgifter eller resultat som kan härledas till en enskild person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning.

Det datamaterial som samlats in, (bakgrundsinformation och intervjuer, enkäter, fältanteckningar eller annat), kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Behandlingen av uppgifter sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har man ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15–18, 20 och 22, som bland annat innebär att man har rätt att ta del av de uppgifter som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Man har också rätt att få behandlingen av uppgifter om sig begränsad.

Ansvariga för examensarbetet

Författare:

Sylwia Urszula Blaszk. *Examensarbete med inriktning mot psykiatrisk vård*.

Weronica Danielsson. *Examensarbete med inriktning mot psykiatrisk vård*.

Handledare:

Elin Blanck, universitetsadjunkt, specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård, Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås