



LUNDS  
UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Sjuksköterskors erfarenheter av överflyttningsprocessen av patienter från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning

– En systematisk litteraturstudie

Författare: Alexandra Ek och Johanna Gunnarsson

Handledare: Marlene Malmström

Magisteruppsats

Våren 2017

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Sjuksköterskors erfarenheter av överflyttningsprocessen av patient från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning

- En systematisk litteraturstudie

Författare: Alexandra Ek och Johanna Gunnarsson

Handledare: Marlene Malmström

Magisteruppsats

Våren 2017

## Abstrakt

**Bakgrund:** Tidigare studier visar att sjuksköterskor upplever oklarheter i sin roll när en patient ska flyttas från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning. Svårigheter i processen kan vara samarbetsproblem och tidsbrist. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av överflyttningsprocessen av patienter från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning. **Metod:** En systematisk litteraturstudie av kvalitativa studier. Databassökningar i PubMed och Cinahl. De sju inkluderade studierna har granskats och analyserats med stöd av SBU. **Resultat:** Teman som framkom: Möjlighet att påverka överflyttningsprocessen, betydelsen av samarbete mellan sjuksköterskor, att förbereda och stötta patienter och närstående, skriftlig och muntlig kommunikation samt att möta patient och närståendes reaktioner på överflyttning. **Konklusion:** För att säkerställa en personcentrerad och patientsäker överflyttning krävs god kommunikation, tid för förberedelse samt ett välfungerade samarbete mellan vårdnivåer. Ytterligare forskning inom ämnet krävs.

## Nyckelord

(Överflyttningsprocessen, IVA-sjuksköterska, Avdelningssjuksköterska, Kommunikation, Erfarenheter, Personcentrerad vård)

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Abstrakt .....	2
Introduktion .....	5
Problemområde .....	5
Bakgrund .....	6
Perspektiv och utgångspunkter.....	6
Vårdnivåer .....	6
Sjuksköterskans roll .....	7
Överflyttningsprocessen.....	8
Patienter och närståendes upplevelser.....	9
Syfte .....	10
Metod .....	10
Urval.....	11
Datainsamling.....	11
Analys av data .....	13
Forskningsetiska avvägningar .....	14
Resultat.....	15
Att förbereda för överflyttning .....	15
Möjligheten att påverka överflyttningsprocessen .....	16
Betydelsen av samarbete mellan sjuksköterskor .....	18
Att förbereda och stötta patienten och närstående .....	18
Att genomföra en överflyttning.....	20
Skriftlig och muntlig kommunikation .....	20
Att möta patient och närståendes reaktioner på överflyttning.....	21

Diskussion.....	22
Metoddiskussion.....	22
Instrument.....	22
Urval.....	23
Artikelsökning.....	24
Granskning.....	25
Förförståelse.....	26
Trovärdighet och överförbarhet.....	26
Resultatdiskussion.....	26
Konklusion och implikationer.....	30
Referenser.....	31
Bilaga 1 (3) Sökningsmatris.....	36
Bilaga 2 (3) Artikelöversikt.....	38
Bilaga 3 (3) Kvalitetsgranskningsmall.....	41

# Introduktion

## Problemområde

Sjukvården är en stor organisation med många instanser. Patienter kan komma att uppleva flera olika vårdnivåer under vårdtiden och då är det viktigt med en välfungerande vårdkedja. Många olika faktorer påverkar planering inför och själva överflyttningen när en patient vårdats färdigt på intensivvårdsavdelningen [IVA] och flyttas till vårdavdelning. Ända sen slutet på 70-talet har diskussioner förts kring hur sjuksköterskan kan underlätta för patienten i överflytten till en lägre vårdnivå (Schwartz & Brenner, 1979).

Strukturerat arbete vid utskrivning och att samverka mellan olika vårdteam är en av kärnkompetenserna för IVA-sjuksköterskan och således något som det krävs kunskap kring (Riksföreningen för anestesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening, 2012). Överflyttningsprocessen är den process som påbörjas när utskrivningsplaneringen på IVA startar tills dess patienten övertagits av den vårdavdelningen som tar över fortsatt vård (Lin, Chaboyer & Wallis, 2009). En välfungerande överflyttningsprocess är nödvändig för att bibehålla en god sammanhållen vårdkedja, en optimal vård för patienten och minska risk för återinläggning på intensivvårdsavdelning. Tidigare studier visar bland annat att sjuksköterskor upplever brist i vad som definierar överflyttningsprocessen och vad den ska innehålla (Watts, Pierson & Gardner, 2005; Watts, Pierson & Gardner, 2006) samt vem som har ansvar (Lin, et al., 2009).

Brist i kommunikation, brist på planering och överflyttningar på kvällar och nätter är något som författarna själva fått erfara i mottagandet av patienter från IVA som sjuksköterskor på vårdavdelning. De upplevelser vi har av mottagandet visar på brister i patientsäkerheten i överflyttningsprocessen och motiverar oss att sammanställa den forskning som tidigare finns gjord inom ämnet. Tidigare litteraturstudier har till stor del fokuserat på patienter och närståendes upplevelser eller att sammanställa forskning som utvärderat nya metoder och rutiner. Vi önskar att denna studie ska beskriva både IVA-sjuksköterskornas och avdelningssjuksköterskornas erfarenheter av överflyttningsprocessen mellan olika vårdnivåer

samt att göra informationen och forskningen mer lättillgänglig och på så sätt göra processen tydligare i våra nya roller som intensivvårdssjuksköterskor.

## **Bakgrund**

### *Perspektiv och utgångspunkter*

För att en överflyttning av en patient från en hög vårdnivå till en lägre vårdnivå ska bli välfungerande är det viktigt att se till den individuella patientens behov och göra denne delaktig. Enligt modellen för personcentrerad vård bör patienten, efter förmåga, göras aktiv och delaktig i den egna vården (Scholl, Zill, Härter & Dirmaier, 2014). Det kräver en relation och partnerskap mellan patient/anhöriga och vårdare med tydlig kommunikation (a.a.). På IVA kan detta innebära att göra patienten involverad i planeringen och på så sätt väl förberedd inför byte av vårdnivå och avdelning.

Joyce Travelbees omvårdnadsteori om mellanmännsliga aspekter tar bl.a. upp vikten av att se människan som en individ och att ta avstånd från en generaliserande människosyn (Kirkevold, 2000). Ett sätt att göra det på är att suddas ut begreppen sjuksköterska och patient och istället bygga en mellanmännslig relation byggd på empati, sympati, förståelse och kontakt. Det är därför av betydelse för sjuksköterskan att förstå patientens unika upplevelse av lidande och sjukdom. Patientens lidande och sjukdomen är inte sällan kopplad till förlust av integritet (kroppslig, andlig och emotionell) och därmed kontroll. Ett av sjuksköterskans viktigaste redskap i byggandet av den mellanmännsliga relationen och därmed en förståelse för den andra personen, är kommunikation. Genom att lära känna patienten ges möjlighet att utforska och tillgodose dennes behov (a.a.). På så sätt kan intensivvårdssjuksköterskan väga in patientens behov i processen och individanpassa överflyttningen för att patienten ska få en så bra upplevelse som möjligt

### *Vårdnivåer*

På intensivvårdsavdelningen vårdas de allra sjukaste patienterna i en högspecialiserad miljö som kräver effektiv vård 24 timmar om dygnet (Soini & Stiernström, 2012). Indikationer för

att vårdas på en intensivvårdsavdelning är att människan som vårdas ska ha svikt i kroppens viktigaste funktioner såsom andning, cirkulation och medvetande och att dessa kan behandlas så att fortsatt liv kan bli meningsfullt (Svenska intensivvårdsregistret, [SIR], 2016). Enligt SIR registrerades under 2012 37 000 vårdtillfällen inom intensivvården i Sverige (exkl. neurokirurgi, thoraxkirurgisk- och barnintensivvård) (a.a.). Dessa vårdtillfällen står för en stor del av sjukvårdens budget då ett vårddygnet kostar mellan 25 000 – 35 000 kr (Soini & Stiernström, 2012). När patienten inte längre uppfyller kraven för intensivvård kommer överflyttning till en vårdavdelning ske. Det innebär bl.a. att patienten för att skrivas ut ska vara medicinskt stabil samt att det finns en vårdplats på en avdelning som kan överta den fortsatta vården (SIR, 2016). Det saknas studier om vad som definierar en vårdavdelning. Författarna definierar en vårdavdelning som en vårdnivå som vårdar patienter utan hotande svikt som innebär direkt fara för liv och innebär ofta ingen eller lite möjlighet till uppkoppling och telemetri, mindre mängd avancerad medicinteknisk utrustning samt mindre personaltäthet då en sjuksköterska ansvarar för ett större antal patienter än på IVA.

### *Sjuksköterskans roll*

Kompetensbeskrivningen för intensivvårdssjuksköterskor (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening, 2012) beskriver att det är intensivvårdssjuksköterskans ansvar att se till att patientsäkerheten upprätthålls vid överflyttning från intensivvårdsavdelning till de olika vårdnivåerna. Detta genom att rapportera och dokumentera förloppet, förbereda inför överflyttning och följa upp då överflyttningen är genomförd (a.a.) En tidigare studie av Watts, Pierson och Gardner (2005) visade på oklarheter i intensivvårdssjuksköterskans förståelse för vad som ingår i överflyttningsprocessen. Även sjuksköterskorna i Watts, Pierson och Gardner (2006) uppgav avsaknad av konsensus i definitionen av processen.

Lin et al. (2009) påvisar att intensivvårdssjuksköterskan kan uppleva en brist av enighet i beslutsfattandet kring överflyttningprocessen. Dock påvisade studien att intensivvårdssjuksköterskan ansåg att läkaren hade det yttersta ansvaret i beslutsfattandet i att genomföra en överflyttning och att deras egen roll var viktig för förberedelse av att en sådan

överflyttning skulle kunna ske (a.a.).

### *Överflyttningsprocessen*

Överflyttningsprocessen är komplex och tidskrävande med många olika aktörer inblandade. Lin et al. (2009) diskuterar en lång utskrivningsprocess som startade redan när patienten skrevs in på IVA. Intensivvården bar ansvaret för den fortsatta vården av patienten tills en överflyttning var genomförd. Olika problem som kunde tillstöta var t.ex. plats- och personalbrist och det kunde antingen förskjuta eller tidigarelägga flytten (a.a.). Bristen på intensivvårdsplatser kan leda till att patienter skrivs ut under kväll och natt vilket visats betyda högre mortalitet (Lin et al., 2009; Priestap & Martin, 2006). Dödsfall som kan undvikas räknas som vårdskada och ska enligt patientsäkerhetslagen förhindras genom att aktivt jobba riskförebyggande (Patientsäkerhetslag [PSL], SFS 2010:659). En god patientsäkerhet bygger på evidens och innebär en patientcentrerad vård utan undvikbara skador och lidande för patienten (Socialstyrelsen, 2017).

Två tredjedelar av IVA-sjuksköterskorna i studien av Watts et al. (2006) uppgav att planeringen påbörjades först när patienten stabiliserats och att timingen för initiering av planering berodde på patientens tillstånd och eventuella behov av att frigöra IVA-platser (a.a.). Även Chaboyer et al. (2002) beskriver att den akuta vården gjorde att planeringen fick avvaktas till ett lugnare skede i vården när patienten var stabil. Sjuksköterskorna tyckte att utskrivningsplanering på IVA var lämplig, av nytta och borde vara en prioritet men att patientens osäkra prognos gjorde planeringen problematisk (a.a.).

För att ge god vård är möjligheten att planera flytten noga viktig samt att ha tid och möjlighet att förbereda både mottagande avdelning och patienten. Det kräver samarbete i teamet och när alla har insikt i sitt ansvarsområde kan de få bättre förståelse för processens mål och vårdtiden kan förkortas (Lin et al., 2008). Majoriteten av intensivvårdssjuksköterskorna i Watts et al. (2006) rapporterade att det ofta eller alltid upplevde svårigheter upprättandet av en utskrivningsplan relaterat till för hög arbetsbelastning, något som dock upplevdes mindre problematiskt hos sjuksköterskorna med över sju års erfarenhet. Även oplanerade



utskrivningar ledde till svårigheter i upprättandet av en plan (a.a.). Chaboyer et al. (2002) visade också att det fanns faktorer som försvårade överflyttningsplaneringen på IVA varvid en av dessa var att processen upplevdes tidskrävande (a.a.). Det beskrivs också att få intensivvårdsavdelningar har skriftliga rutiner för överflyttning av patienter till avdelning (Lin et al., 2008).

### *Patienter och närståendes upplevelser*

Patienter och närståendes upplevelser av tiden innan, under och efter överflyttningen till vårdavdelning är ofta blandade och tidigare forskning visar på bl.a. informationsbehov, förlust av kontroll och behov av emotionell stöttning till patienten och dess anhöriga. Flera studier (Odell, 2000; Strahana & Brown, 2005; Cullinane & Plowright, 2013) beskriver att patienterna även uttryckte positiva känslor av överflytten till avdelning då det innebar ett steg i rätt riktning och mot förbättring (a.a.). Patienterna kände en trygghet och säkerhet när de vårdades på IVA (Forsberg, Lindgren & Engström, 2011). Odell (2000) fann i sin intervjustudie känslor av förvirring, stress, kontrollförlust och ambivalens hos patienterna under överflyttningsprocessen även om de i vissa fall också kände sig också nöjda med att lämna över kontrollen till vårdpersonalen. De upplevde att läkarna var i en maktposition och de som patienter hade ett ansvar att följa direktiven. Det var som om händelserna på sjukhuset inträffade trots vad patienterna kände eller behövde och de kunde känna en skyldighet att bara följa för att inte orsaka några problem eller uppröra systemet som råder på sjukhuset (a.a.).

En tidigare studie visar på individuella behov av information och delaktighet hos patienter och närstående (Forsberg et al., 2011). Vissa patienter menade att sjuksköterskor informerade dem kontinuerligt och specifikt om vad som skulle hända medan andra menade att de inte fick tillräcklig information om planering och vad som skulle ske innan, under och efter överflytten. Patienterna upplevde att flytten ofta stressades och att de och deras närstående inte var tillräckligt förberedda (a.a.). Även patienterna i Strahana och Brown (2005) beskriver ett behov av kunskap om sin situation och tillstånd framför allt i samband med överflytten från IVA till vårdavdelning (a.a.). Samtidigt upplevde alla patienter i Odell (2000) perioder av minnesförlust och en känsla av att inte veta vad som hände. Detta relaterade de till att de inte

fått tillräckligt med information (a.a.).

Både patienter och närstående hade känslor av oro och ångest inför överflytten (Strahana & Brown, 2005; Chaboyer, Kendall, Kendall & Foster, 2005) och överflytten till en lägre vårdnivå ledde till känslor, framför allt hos patienter, av att ha övergivits i en kritisk tid. Sårbarhet och hjälplöshet upplevdes i själva överflyttningstillfället och det blev mer intensivt när de förstod hur stor skillnad det var i vårdnivå mellan avdelningarna (Chaboyer et al. 2005). Även patienterna i reviewn av Cullinane och Plowright (2013) uttryckte att överflyttningsprocessen är ett påfrestande moment för dem och att deras emotionella behov ej blivit tillgodosedda (a.a.). Detta visar på vikten av att göra patienten och närstående delaktiga och tillgodose deras informationsbehov redan i planeringsfasen på IVA. En god kollegial syn, gott samarbete i vårdteamet men även tillsammans med patienten och närstående underlättar för intensivvårdssjuksköterskan att vara medkännande gentemot patienten (Jones, Winch, Strube, Mitchell & Henderson, 2016).

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av överflyttningsprocessen av patienter från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning.

## **Metod**

För att kunna besvara det ställda syftet valdes det att göra en systematisk litteraturstudie med granskning av vetenskapliga artiklar. En systematisk litteraturstudie syftar till att summera forskning i ett område då ny kunskap och forskning utvecklas ständigt. Det finns ett ökat behov och efterfrågan på reviews för att lättare kunna ta till sig ny forskning och kunskap för vårdpersonal (Dahlborg Lyckhage, 2006).

Inför projektstart gjordes förberedande sökningar enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering ([SBU], 2014) i databaserna CINAHL och PubMed för att få en översikt över

tidigare gjord forskning inom ämnet och författarna kunde därmed skaffa sig en uppfattning om att det ställda syftet är tydligt och väldefinierat. Förberedande sökning innefattade fritextord och MESH-termer som t.ex. critical care, intensive care unit, patient transfer, intensive care nurse och transition.

För att säkerställa korrekt sök teknik inför huvudsökningen och få hjälp med begrepp och uttryck relevanta för studiens syfte anlätades en bibliotekarie vid universitetet för handledning. Ytterligare sökord definierades ICU, Patient discharge, Patient handoff, Nursing, Nurses role. Testsökning utfördes för att bland annat undersöka hur stora sökmängder som fanns, hur studierna är indexerade och om syftet behöver ytterligare förtydligande (SBU, 2014).

### **Urval**

Endast empiriska studier med kvalitativ ansats inkluderades då syftet med studien var att belysa IVA-sjuksköterskans och avdelningssjuksköterskans erfarenheter och upplevelser. Kvalitativ forskning används bl.a. när individens uppfattningar och upplevelser undersöks och ställs i relation till ett visst fenomen men även hur benägen individen är att förändra sig (SBU, 2014). Inkluderade studier var utförda på intensivvårdsavdelningar (både allmänna och specialistinriktade) och vårdavdelningar som mottar patienter från intensivvården. Sökningarna begränsades till publicerade studier på engelska och inte äldre än 20 år. Barn valdes att exkluderas då utskrivningsförloppet kan komma att skilja sig åt mellan från vuxnas. Inga avgränsningar gjordes för vårdtid under intensivvården eller sjuksköterskornas erfarenheter. Samtliga inkluderade studier var etiskt granskade och godkända.

### **Datainsamling**

Litteratursökning gjordes i databaserna Cinahl och PubMed med definierade sökord. Enligt SBU (2014) bör omfattande sökning ske i minst två databaser för att minimera risken att relevanta studier missas. PubMed har enligt SBU (2014) valts som förstahandsdatabas. Som en kompletterande metod har en kedjesökning av artiklar skett via genomgång av referenslistor i de artiklar som lästs i fulltext för att säkerställa att sökningarna ej missat relevant litteratur. Detta gav ingen ytterligare träff. Som en viktig del för att uppnå de höga

krav och transparens, har alla sökstrategier dokumenterats noggrant (a.a.).

Huvudsökningarna genomfördes med s.k. blocksökningar, dvs en bred sökning, för att få med så många studier som möjligt som svarar på syftet och utesluta risken att studier missas (SBU, 2014). Med blocksökningarna kombinerades olika synonymer med den booleska termen OR för att sedan sättas ihop med AND för att få med alla variationer av sökorden i samma sökning. De booleska operatörerna AND, OR och NOT används för att ge databaserna specifika instruktioner. Där det är relevant kan sökorden trunkeyas för att säkerställa att alla böjningar av ordet inkluderas i sökningen. Detta prövades under testsökningen men användes ej i huvudsökningen då det resulterade i för många irrelevanta träffar. Tillägg av sökord och booleska termer gjordes efter hand för att få ett mer preciserat sökresultat. Utvalda studier redovisas i en artikelmatris, bilaga 1 (a.a.).

Båda författarna läste oberoende av varandra de titlar och abstrakts som kan svara till syftet (SBU, 2014). Titlar som uppfattades intressanta fick sina abstrakts genom lästa och om de passade syftet lästes hela studien igenom i fulltext för att få en bättre bild av studiens relevans. Orsaker till bortfall var bl.a. metod som ej passade litteraturstudiens syfte, dubletter eller fel fokus.

Bedömning av studiernas relevans gjordes med utgångspunkt från inklusion- och exklusionskriterierna och skedde i två steg (SBU, 2014). De sammanlagda sökningarna resulterade i 919 stycken träffar (Bilaga 1). Första huvudsökningen gav 77 träffar med fyra stycken studier som var relevanta för granskning, en så kallad smal sökning med hög precision. Ytterligare tre sökningar genomfördes varav den sista sökning fick 512 träffar och valdes att användas för att minimera risken att missa relevanta studier. I en systematisk översikt önskas en bred sökning för att ha en hög recall, finna alla relevanta studier som svarar till syftet (SBU, 2014). Endast en sökning i Cinahl gjordes där historik från Medline exkluderades för att utesluta dubletter och två abstrakt lästes men inget som svarade till syftet. Totalt lästes 35 abstrakts, 14 studier i fulltext och sju stycken studier kvalitetsgranskades med SBU:s granskningsmall "Mall för kvalitetsgranskning av studier med

kvalitativ forskningsmetodik”, (bilaga 3) (SBU, 2014). Även denna process genomfördes oberoende av författarna (a.a.). Med denna mall granskades artiklarna bl.a. om hur väl de olika delarna var beskrivna och om urval och metod var relevant för att besvara studiens syfte. Tillvägagångssättet säkerställde att inkluderade studier höll tillräckligt hög kvalitet och graderades enligt skalan låg - medelhög - hög kvalitet (SBU, 2014). Fyra av studierna bedömdes vara av hög kvalitet och resterande tre medelhög kvalitet, därmed inkluderades alla i resultatet. I samtliga steg där analysen genomfördes av författarna oberoende av varandra sammanfattade och diskuterade författarna resultaten gemensamt för att säkerställa analysens trovärdighet och för att nå konsensus.

### **Analys av data**

Analysen av studierna genomfördes enligt SBU's fyra steg för syntes av studier med kvalitativ ansats (SBU, 2014). Artiklarnas resultatredovisning lästes upprepade gånger oberoende av författarna för att identifiera olika meningsbärande enheter som svarade till syftet. Därefter diskuterades och jämfördes de olika enheterna för att finna en enighet i texten och en samstämmighet mellan författarna. De meningsbärande enheter som ansågs svara till syftet och var återkommande i resultatredovisningarna, kondenserades ner utan att mista sitt sammanhang. De kondenserade meningarna sammanfattades i koder och likställdes med första nivåns teman. Första nivåns teman organiserades om och reducerades till andra nivåns teman; *Möjligheten att påverka överflyttningsprocessen, Betydelsen av samarbete mellan sjuksköterskor, Att förbereda och stötta patienten och närstående, Skriftlig och muntlig kommunikation* och slutligen *Att möta patienten och närståendes reaktioner på överflyttning*. Syntetisering gjordes av andra nivåns teman till två övergripande tredje nivåns teman; *Att förbereda för överflyttning* och *Att genomföra en överflyttning* (SBU, 2014).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Första nivåns tema	Andra nivåns tema	Tredje nivåns tema
<i>This phase varied in duration, depending on the medical status of the patient, available beds in the ICU and which physician was in charge.</i>	Tidpunkt för Initiering av överflyttning varierade beroende på patientens status, tillgängliga IVA-platser och ansvarig läkare.	Påverkan på tidpunkt för överflyttning	Möjligheten att påverka överflyttningsprocessen	Att förbereda för överflyttning
<i>Sometimes, the nurses stopped a discharge when it was occurring too fast, and sometimes, they pushed it through and made it go faster.</i>	Ibland bromsar sjuksköterskan utskrivning, ibland snabbar på.	Påverkan på tidpunkt för överflyttning	Möjligheten att påverka överflyttningsprocessen	Att förbereda för överflyttning

### Forskningsetiska avvägningar

Samtliga studier som ligger till grund för granskade artiklar är godkända och fått tillstånd av etisk kommitté (Forsberg & Wengström, 2013).

Alla artiklar och all litteratur som presenteras i litteraturstudien kommer redovisas med korrekta referenser för att inte riskera plagiat (a.a.). De inkluderade studierna har analyserats och presenterats utförligt och på sådant sätt att deras innehåll inte ska kunna feltolkas.

## Resultat

Resultatet bygger på sju studier gjorda i Sverige, Storbritannien, Australien och Nya Zeeland. De inkluderade studierna har genom individuella intervjuer, fokusgrupper, enkäter och observationer belyst både IVA-sjuksköterskors och avdelningssjuksköterskors erfarenheter av överflyttningsprocessen när en patient vårdats färdigt på IVA och ska till vårdavdelning för fortsatt vård. Resultatet presenteras under två huvudkategorier och fem underkategorier.

*Tabell 2*

Huvudkategorier	Underkategorier
Att förbereda för överflyttning	<ul style="list-style-type: none"><li>- Möjligheten att påverka överflyttningsprocessen</li><li>- Betydelsen av samarbete mellan sjuksköterskor</li><li>- Att förbereda och stötta patienten och närstående</li></ul>
Att genomföra en överflyttning	<ul style="list-style-type: none"><li>- Skriftlig och muntlig kommunikation</li><li>- Att möta patienten och närståendes reaktioner på överflyttning</li></ul>

### **Att förbereda för överflyttning**

Sjuksköterskorna i studierna identifierade flera områden som måste tas i beaktning inför en överflyttning av en patient. Att förbereda patienten och närstående var viktigt för att göra dem involverade och redo inför överflytten men ansågs även viktigt för att ge avdelningssjuksköterskorna så stor chans som möjligt för en god fortsatt vård på vårdavdelningen. Hur väl planeringen av överflytten gick berodde bland annat på tid, timing, resurser och samarbete.

### *Möjligheten att påverka överflyttningsprocessen*

Flera studier visar att sjuksköterskornas erfarenheter av förberedelserna och inflytande i överflyttningsprocessen av en patient från IVA till vårdavdelning varierade (Häggström och Bäckström, 2014; Häggström, Asplund och Kristiansen, 2009; Watts, Gardner och Pierson, 2005). Framför allt avdelningssjuksköterskorna upplevde avsaknad av inflytande och efterfrågade större delaktighet tidigt i förloppet (Häggström et al., 2009). Att få tillgång till den planerade överflyttningen underlättade avdelningssjuksköterskornas arbete och gjorde att överflyttningen upplevdes mindre tidskrävande (Häggström och Bäckström., 2014). Avdelningssjuksköterskorna tenderade också att vara mer involverade i planeringen på patienter som vårdats en längre tid (Watts et al., 2005). IVA-sjuksköterskorna upplevde att det var läkarna som tog beslut om utskrivning och att deras egen grad av kontroll och delaktighet varierade (Watts et al., 2005; Häggström och Bäckström, 2014; Häggström et al., 2009) och det fanns osäkerhet om vilka befogenheter och vilket ansvar de hade (Häggström et al., 2009). Erfarenheten var att när sjuksköterskorna och läkarna samarbetade och jobbade enligt gemensamma rutiner för att säkerställa en personcentrerad överflyttning, då upplevdes processen mer lyckad och patientsäker (Watts et al., 2005; Häggström et al., 2009).

Sjuksköterskorna strävade efter en koordinerad och personcentrerad vård genom individuell planering och anpassning av omvårdnaden efter patienten och den specifika situationen (Häggström et al., 2012a). För att kunna ge mottagande avdelning möjlighet till att få en bild av patienten och att förbereda inför mottagandet gjordes en bedömning av patientens specifika behov och status (Häggström et al., 2012a; Häggström & Bäckström 2014; Whittaker & Ball, 2000; Watts et al., 2005). Dock upplevdes det att personcentrerad vård ofta fick kompromissas bort på grund av bristande resurser (Häggström et al., 2009; Häggström et al., 2012a).

I två av studierna ansågs överflyttningsprocessen starta när patientens kritiska fas var över (Häggström et al., 2012a; Watts et al., 2005). En frustration uttrycktes då det upplevdes som där fanns för lite tid för att planera en överflytt (James et al., 2013) och en tidig koordinering



önskades tidigt i förloppet, speciellt då patienten vårdats under en längre tid på IVA (Häggström & Bäckström, 2014). Även patientens status, tillgängliga IVA-platser och ansvarig läkare kunde initiera tidpunkten för överflytt och patienter med längre vårdtid ansågs kräva mer stöd än de med kortare vårdtid på IVA (Häggström et al., 2012a). Det var även betydelsefullt om patienten fick några extra dagar på IVA om denna var instabil i hemodynamiska parametrar för att försäkra sig om att intensivvård inte längre var nödvändig och på så sätt minimera risken för återinläggning (Häggström & Bäckström, 2014; Häggström et al., 2009). Avdelningssjuksköterskorna upplevde att beslut om överflytt ofta var hastigt tagna från IVA och ibland oplanerade. De önskade att de kunde få vara mer delaktiga i planeringen och tidpunkten när den skulle ske så den passade bägge avdelningarna (Häggström & Bäckström, 2014). Eventuella problem hann då adresseras (James et al., 2013) och korrekt utrustning kunde förberedas (James et al., 2013; Whittaker & Ball, 2000) men även väl förberedda läkemedelsordinationer och dokumentation förenklade i mottagandet (Häggström et al., 2009; Häggström & Bäckström, 2014). Även IVA-sjuksköterskorna uttryckte att de ville kunna påverka tidpunkten för överflytt då en påskyndad sådan hade negativa effekter för båda avdelningarna, dock ansågs detta som problematiskt att genomföra relaterat till komplexiteten i vårdmiljön (James et al., 2013). Det fanns även en uppfattning om hur överflyttningsprocessen skulle ske men som inte stämde överens med hur den faktiskt genomfördes (Häggström et al., 2012a).

Det framkom olika faktorer som kunde påverka överflyttningsprocessen i de olika studierna. IVA-sjuksköterskorna var väl medvetna om skillnaderna i vårdnivå (Häggström et al., 2012a; Häggström et al., 2009) och deras fokus var på de insatser som ansågs som direkt livräddande och botande (Häggström et al., 2009). Avdelningssjuksköterskorna var mer fokuserade på att stötta patientens styrkor utan att lägga fokus på monitorering. Studien visar att mycket energi lades på att förhandla med läkarna angående när och om patienten var redo att flyttas men beslut om utskrivning och förberedelse kunde plötsligt ske över dagen (a.a.). Även arbetsbelastningen, patientens kritiska tillstånd, tidsbrist kunde påverka hur väl patienten var förberedd men detta prioriterades bort (Watts et al., 2005). Detta kunde bero på sjuksköterskans egna begränsningar eller organisatoriska faktorer på mottagande avdelning

som låg till grund för detta (Häggström et al., 2012). Överflyttningsprocessen föreslogs kunna förbättras med hjälp av en samvårdssjuksköterska som har ansvar för utskrivningarna (Häggström et al., 2009; James, Quirke och McBride-Henry, 2013).

### *Betydelsen av samarbete mellan sjuksköterskor*

Kulturella skillnader i miljö, sjuksköterskornas kompetens och osäkerhet i kommunikation skapade en klyfta mellan IVA-sjuksköterskorna och avdelningssjuksköterskorna, en känsla av vi och dom. Klyftan influerade arbetet mellan avdelningarna och upprätthölls av brister i samarbete och kontroll (Häggström et al., 2009). Samtidigt var upplevelsen att om de såg varandra som jämlikar underlättades samarbetet i överflyttningsprocessen (Häggström & Bäckström, 2014).

Att ta emot en IVA-patient beskrevs som tidskrävande och en extra arbetsbörda (Häggström et al., 2009; James et al., 2013) och IVA-sjuksköterskorna uttryckte att det var en värdefull investering att de tog sig tid för en ordentlig överflyttningsprocess (James et al., 2013). Trots en förståelse uttrycktes det att relationerna med avdelningssjuksköterskorna ibland behövde förbättras angående kommunikation och mindre motstånd när patienten skulle flyttas från IVA, speciellt om patienten krävde ny eller ovanlig vård som avdelningssjuksköterskorna inte var vana vid och hade negativa attityder om (Häggström et al., 2009). I vissa fall rapporterade IVA-sjuksköterskor att de upplevde att avdelningssjuksköterskorna inte hade tillräckligt med resurser och tid för att kunna vårda patienter från IVA (James et al., 2013).

Sjuksköterskorna uppgav att det är viktigt med uppföljningssamtal och att samarbetet fortsatte mellan avdelningen och IVA även efter att patienten bytt avdelning, vilket sammanflätade hela överflyttningsprocessen (Häggström & Bäckström, 2014).

### *Att förbereda och stötta patienten och närstående*

Stöttning i form av upprepad och anpassad information till närstående och patienten var en viktig del i förberedelserna inför överflytten. Informationsbehovet varierade dock och vissa patienter och närstående behövde höra informationen flera gånger och ställde mycket frågor

angående medicinskt status och uppkommande flytt medan andra inte frågade något (Häggström & Bäckström, 2014). Det ansågs viktigt att patienten fick tillräckligt med information om den nya avdelningen (Häggström et al., 2009; Häggström et al., 2012a; Häggström och Bäckström, 2014) men IVA-sjuksköterskorna upplevde detta problematiskt då de ej hade tillräckligt med kunskap om den nya avdelningen för att säkert kunna ge korrekt information (Häggström et al., 2009). De kunde dock hjälpa de mottagande sjuksköterskorna genom att redan på IVA förbereda patienten och närstående på att bemanning av sjuksköterskor kommer vara mindre på den nya avdelningen (Whittaker & Ball, 2000; James et al., 2013) men att den lägre vårdnivån var ett positivt steg i patientens tillfrisknande (James et al., 2013; Häggström et al., 2012a; Häggström & Bäckström, 2014). Avdelningssjuksköterskorna ansåg att intensivvårdssjuksköterskan givit bristande information inför överflytten avseende skillnader i vårdnivå till patienten och närstående (James et al., 2013; Cagnet & Coyer, 2014).

I flera studier föreslogs det att om avdelningssjuksköterskan som skulle ta emot patienten på avdelningen träffade patienten på IVA innan överflytten kunde detta leda till förbättrad vårdkedja och möjlighet för patient och närstående att skapa en relation till den nya avdelningen (Häggström et al., 2009; Häggström & Bäckström 2014; Häggström et al., 2012a). Detta ansågs speciellt viktigt då patienten hade lång vårdtid på IVA (Häggström et al., 2012a; Häggström & Bäckström, 2014) eller när patient eller närstående var oroliga inför överflytten (Häggström & Bäckström, 2014). Avdelningssjuksköterskorna föreslog att närstående kunde besöka den nya avdelningen inför överflyttningen för att hjälpa dem att anpassa sig till den nya vården (Whittaker & Ball, 2000). Det ansågs viktigt att göra patienten och närstående delaktiga för att underlätta processen för dem (Häggström et al., 2012a; Häggström & Bäckström, 2014) och personalen upplevde att patienten och närståendes erfarenhet av deras delaktighet i vården var beroende av hur väl och tydligt informationen var given på IVA (Häggström & Bäckström, 2014).

Omvårdnaden under överflyttningsprocessen inkluderade även hantering av patienten och närståendes emotionella och psykiska behov (Häggström et al., 2012a). Att inte förstärka

deras ångest och misstro under processen ansågs viktigt av sjuksköterskorna på IVA, de var ofta oroliga för patienternas välmående under överflyttningen och avdelningssjuksköterskorna försvarade ofta "sina egna" patienter (Häggström et al., 2009).

Patientens egen förmåga till självständighet i förberedelsefasen var viktigt för den fortsatta vården och uppmuntrades som en del av rehabiliteringen och anpassningen till den nya vårdnivån (Häggström & Bäckström, 2014; James et al., 2013). Att optimera patienten inför överflytten till avdelning ansågs av största vikt för att undvika negativa händelser och eventuell återinläggning på IVA (Häggström & Bäckström, 2014).

### **Att genomföra en överflyttning**

Kommunikation framkom som en viktig del i överflyttningsprocessen och återkom i samtliga sju studier. Sjuksköterskorna försökte möta patienten och anhöriga och de behov de uttryckte för att möjliggöra en god överflyttning och välfungerande fortsatt vård.

#### *Skriftlig och muntlig kommunikation*

Kommunikation ansågs vara av största vikt för patientsäkerheten (James et al., 2013) och flera av studierna beskriver vikten av skriftlig och muntlig kommunikation i överflyttningsprocessen (Cognet & Coyer., 2014; Häggström et al., 2014; Häggström et al., 2009; James et al., 2013; Watts et al., 2005; Whittaker & Ball., 2000). Skriftlig planering, checklista för att innefatta all relevant information skulle vara användbar enligt både IVA-sjuksköterskorna och avdelningssjuksköterskorna (James et al., 2013). För att få kontroll inför mottagandet av en patient från IVA, förberedde sig avdelningssjuksköterskan genom att läsa journalen (Häggström et al., 2009; Häggström et al., 2012a). De ansåg att korrekt skriven information var en viktig del i förberedelserna inför en patientsäker eftervård och att en skriftlig sammanfattning kunde resultera i en mer noggrann och omfattande överflyttningsprocess (Cognet & Coyer., 2014). Avdelningssjuksköterskorna ansåg att återkommande telefonsamtal om den kommande överflytten kunde upplevas som tidskrävande och störande (Cognet & Coyer., 2014; Whittaker & Ball., 2000).

Intensivvårdssjuksköterskan uppgav att utskrivningsinformationen varierade i vad som skrevs och vem som skrev det och innehållet speglades av tidsramen då den oftast skrevs samma dag som utskrivning skedde (Watts et al., 2005). De ansåg även att det var för mycket dokumentation och upprepning av vitala parametrar som skulle föras in i avdelningsjournalerna (James et al., 2013).

Avdelningssjuksköterskorna upplevde att kommunikationen kunde förbättras, framförallt i själva överlämnandet (Whittaker & Ball., 2000) och i Häggström et al. (2014) beskrev de osäkerhet inför överrapporteringen då de inte frågade IVA-sjuksköterskorna om det fanns oklarheter, med risk att verka inkompetenta. I tre av studierna framkom det att avdelningssjuksköterskorna ansåg att IVA-sjuksköterskorna gav för detaljerad och omfattande information med fel fokus i sin överrapportering (Häggström et al. 2009; Häggström et al. 2014; Whittaker & Ball, 2000). Till motsats belyser Cagnet och Coyer (2014) avdelningssjuksköterskornas upplevelse av att de konstant fick ofullständiga överflyttningsanteckningar. I en av studierna uppgav IVA-sjuksköterskorna att de ville att rapporteringen skulle innehålla adekvat information och skildra så mycket som möjligt för att minimera risken att något viktigt förbisågs (Häggström et al., 2014).

Avdelningssjuksköterskornas uppgav att informationsbehovet var baserat på erfarenhet, då de med mindre erfarenhet önskade information kring patientens basala omvårdnad samtidigt som de med längre erfarenhet hade funderingar kring medicinteknisk utrustning (Whittaker & Ball, 2000). Rapporten ansågs vara essentiell för kontinuiteten i vården och för att inte lämna över patienten utan några lösa trådar (Häggström et al., 2014; Whittaker & Ball, 2000).

#### *Att möta patient och närståendes reaktioner på överflyttning*

Att genomföra en överflyttning av en patient till en vårdavdelning från IVA innebär en förändring för den personen och dess närstående. Avdelningssjuksköterskorna är de som tar över ansvaret för patientens fortsatta omvårdnad och i en av de granskade studierna ville de förtydliga att intensivvården avslutades vid ankomst till vårdavdelning (Häggström et al., 2012a). Det fanns behov av stöd för patient och anhöriga att kunna hantera förändringen

relaterat till den skillnad som fanns mellan de olika avdelningarna (Häggström et al., 2009).

Patienter och närstående kunde reagera på den plötsliga förändringen i vårdmiljö och att sjuksköterskorna på vårdavdelningen blev påverkade av detta i sin arbetssituation. Patienter och närstående kunde antingen känna en lättnad av att komma till en lugnare avdelning eller så bidrog det till ångest (Häggström et al., 2009). Närstående upplevdes mestadels ha en negativ uppfattning inför överflytten från IVA till vårdavdelning då det fanns en inställning att vården skulle försämrats för patienten (Cognet & Coyer, 2014).

Avdelningssjuksköterskorna upplevde en misstro från patienter och närstående och att de behövde bevisa sig vara kompetenta för att inge trygghet (Häggström et al., 2012a). Det kunde även finnas svårigheter med att hantera patienter och deras närstående som var vana att få stöd och hjälp i sin omvårdnad snabbare på IVA (Häggström et al., 2009; Häggström et al., 2012a; Cagnet & Coyer, 2014). Vissa närstående kunde uttrycka en direkt ångest av att ha mindre antal sjuksköterskor tillgängliga (Whittaker & Ball, 2000) även om patienten och närstående informerades om att personal fanns tillgänglig på avdelningen trots att de inte befann sig inne hos patienten på vådrummet (Häggström et al., 2014). Det var inte enbart negativa upplevelser från patienter och anhöriga som uppfattades av avdelningssjuksköterskorna. Överflytten kunde även symbolisera en vändpunkt i vården då omvårdnaden på vårdavdelningen fokuserade på framförallt på mobilisering, ADL och uppmuntran av patientens autonomi (Häggström et al., 2012).

## Diskussion

### Metoddiskussion

#### *Instrument*

Som handbok för litteraturstudien användes SBU:s "Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården" som är en metodbok och kan användas som vägledning för systematisk granskning av metoder i hälso- och sjukvården (SBU, 2014). Studiens kvalitet styrks av att författarna under hela processen följt de riktlinjer och steg som metodboken rekommenderar.

Med utgångspunkt från studiens syfte gjordes valet att endast inkludera studier med kvalitativ ansats. Kvalitativ metod används när studier syftar till att få en djupare förståelse för subjektiva upplevelser hos till exempel patienter eller sjukvårdspersonal. Det som undersöks kan vara individuella upplevelser, handlingar och erfarenheter i förhållande till ett visst fenomen eller upplevelsen av livskvalitet (SBU, 2014), vilket svarar väl på denna litteraturstudies syfte. Målet är att nå en förståelse och insikt i sociala eller emotionella fenomen. Två av de inkluderade studierna använde sig av enkäter med kvalitativ ansats för att undersöka erfarenheter hos sjuksköterskor. Dessa valdes att inkluderas då enkäterna bestod av öppna frågor och sjuksköterskorna fick skriva fritt samt att resultatet analyserades med en kvalitativ metod. En av studierna använde sig av mixad metod. Enbart intervjudelen valdes att inkluderas och den del som bestod av enkäter med kvantitativ ansats exkluderades då studiens resultat var uppdelat efter de olika metodernas fynd.

### *Urval*

Utförda testsökningar visade att de flesta studier gjorda inom området är publicerade de senaste tio åren, dock fanns det undantag varvid tidsgränsen sattes till 20 år för att inte missa relevanta studier. Enligt SBU (2014) är det främst vid undersökning av fenomen där metoderna modifierats under de senaste åren som avgränsning i tid är relevant. Det finns dock risk att organisationen och förfarandet av utskrivningsprocessen på IVA har förändrats de sista 20 åren och att erfarenheten av processen då kan ha förändrats vilket kan vara en svaghet i studien.

Ingen avgränsning gjordes med tanke på geografisk plats vilket kan ha påverkat studiens resultat. Inkluderade studier var från Sverige, Australien, Storbritannien och Nya Zeeland. Ingen hänsyn togs till att utbildningsnivån hos sjuksköterskorna som jobbar på IVA kan variera mellan länderna eller att innehållet i specialistutbildningen och därmed arbetsuppgifterna kan skilja sig åt. Flera av studierna undersökte både IVA-sjuksköterskor och avdelningssjuksköterskors erfarenheter. I resultaten var det ibland svårt att tyda vem som sagt vad och detta har då tolkats som att det inte är specifikt för en viss grupp utan att

erfarenheten är generell. Att inga avgränsningar gjordes relaterat till geografi och eventuella olikheter i utbildningsnivå mellan länderna kan ha påverkat resultatets trovärdighet. Men då denna studies syfte inte var att generalisera utan att beskriva de olika erfarenheter som sjuksköterskor har i relation till överflyttningsprocessen kan detta även ses som en styrka då det ger möjlighet att beskriva erfarenheterna på ett så varierande sätt som möjligt.

### *Artikelsökning*

En optimal sökning till en litteraturstudie hittar enbart de studier som är relevanta för syftet (SBU, 2014). För att komma så nära ett optimalt sökningsresultat som möjligt kombinerades smala sökningar med få träffar med breda sökningar med många träffar. En smal sökning ger ofta en stor del relevanta träffar men på grund av varierande terminologi missas andra relevanta studier och det finns stor risk att sökningen inte alls träffar rätt (SBU, 2014). Den smala sökningen fyller en funktion men bör kompletteras med en bred sökning för att undvika att studier missas. Fördelar med en bred sökning är att den tar hänsyn till varierande terminologi och indexering. Svagheter kan vara att den ofta ger många irrelevanta träffar vilket försvårar grovsällningen och urvalet (a.a.). Kombinationen av sökmetoderna gav relevanta träffar och mättnad nåddes då sökningarna tillslut gav samma resultat och träffar.

En styrka i studiens metod är att författarna innan sökningen påbörjades träffade en bibliotekarie för att gå igenom hur sökningen skulle gå till och därmed säkerställa korrekt sökteknik. Huvudsökningarna gjordes i Pubmed (Medline) som är en databas som ger bred täckning av studier gjorda inom hälso-och sjukvård. Sökning gjordes även i CINAHL som är en databas med fokus på omvårdnad (SBU, 2014). Vid sökningar i CINAHL exkluderades Medline vilket uteslöt studier som fanns i båda databaserna och underlättade sökningarna som då inte innehöll studier som redan sållats ut i Pubmed.

För att säkerställa att inga relevanta studier missats gick författarna enskilt igenom alla referenslistor till de studier som läst i fulltext, en så kallad kedjesökning (SBU, 2014). På detta sätt hittades inga ytterligare studier. Detta tyder på att sökningarna varit tillräckligt omfattande för att omfatta de studier som är relevanta för syftet.



Under testsökningarna identifierades fritextord som överensstämde med databasernas MeSH-termer och indexeringsord som senare användes vid huvudsökningarna. Enligt SBU (2014) finns en viktig skillnad vid utformandet av sökstrategier för att finna kvalitativa studier i jämförelse med sökning av kvantitativa studier. Skillnaden är att det finns brister i indexeringen av studierna och/eller abstrakten i databaserna. Pubmed erbjuder inte någon differentierad indexering av forskningsmetoder som undersöker individuella, subjektiva upplevelser som uttrycks av individen själv. Sökning på titelord medför svårigheter då titeln kan sakna direkt koppling till studiens innehåll och även utformandet av rubriker och abstrakt kan försvåra sökningen (a.a.). Med tanke på detta och efter testsökningar med indexeringsord valde författarna att basera sökningarna på fritextord.

### *Granskning*

Relevansbedömning och kvalitetsgranskning av studierna skedde med utgångspunkt från SBU:s metodbok. De studier som ansågs svara på syftet lästes i fulltext enskilt av författarna. Även kvalitetsgranskningen skedde enskilt med grund i SBU:s granskningsmall "*Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*". Efter den enskilda bedömningen jämfördes resultaten som visade på att författarna fått samma uppfattning av studierna och bedömt kvaliteten på dem likvärdigt. Detta styrker att studierna håller tillräckligt hög kvalitet för att ingå i litteraturstudien.

Tre av studierna är skrivna av samma författare och använder sig delvis av samma material. Studiernas syften var dock olika och även metoderna utökades med bland annat observationer vilket gör att resultaten skiljer sig åt. Efter genomgång av studiernas metoder och diskussion med handledare beslutades det att alla kunde inkluderas.

De inkluderade studierna var alla skrivna på engelska vilket gör att feltolkningar kan ha gjorts vid översättning av materialet till svenska. Att granskningen av studierna gjordes enskilt minskar risken för feltolkning då diskussion av studierna visade på samma bedömning.

### *Förförståelse*

Vid kvalitativ forskning är forskaren ofta mer involverad än vid kvantitativa studier. Forskarens skall alltid sträva efter objektivitet och distans och bör vara medveten om sin förförståelse under hela processen (SBU, 2104). Förförståelsen påverkar alla delar i studien och innefattar tidigare erfarenheter och egna hypoteser vilket kan påverka hur öppen forskaren är för datamaterialet (a.a.). I denna studie har datainsamling och analys genomförts av samma författare vilket ökar risken för att förförståelse ska påverka resultatet då båda sedan innan har erfarenheter av överflyttningsprocessen. För att undvika felkällor har författarna under hela skrivprocessen varit medvetna om förförståelsen och kritiskt granskat sig själva för att undvika att feltolka texterna.

### *Trovärdighet och överförbarhet*

Studiens trovärdighet stärks av att författarna under hela arbetsprocessen noggrant följt SBU's metodhandbok. Att hela processen genomförts av två författare som varit medvetna om bl.a. sin förförståelse i ämnet och kunnat diskutera denna, styrker studiens trovärdighet ytterligare. Resultatets överförbarhet, d.v.s hur väl resultatet är generaliserbart till svenska förhållanden, beror bl.a. på hur sjukvårdsmiljön skiljer sig åt mellan länderna där studierna är gjorda och vilken population som undersökts (SBU, 2014). Då de inkluderade studierna är gjorda i länder med liknande sjukvårdssystem som i Sverige och populationen som undersökts är relevant kan denna litteraturstudie generaliseras och resultatet överföras till allmänna intensivvårdsavdelningar i Sverige som förflyttar patienter till vårdavdelningar.

### **Resultatdiskussion**

Resultatet belyser en problematik i överflyttningsprocessen, sett både från IVA-sjuksköterskans perspektiv och från avdelningssjuksköterskan. Även patienter och närstående upplever brister i processen som ger negativ påverkan för både att uppnå trygghet och att den genomförs patientsäkert. Överflyttningsprocessen är komplex med många olika faktorer och personalkategorier som ska samverka och koordineras. Initialt syftade studien till att enbart beskriva IVA-sjuksköterskans erfarenheter men då även avdelningssjuksköterskan har en viktig roll är det av värde att beskriva båda perspektiven av det kliniska arbetet för att

säkerställa en optimal överflyttning.

Häggström et al. (2009) presenterar att avdelningssjuksköterskorna upplever att de har lite inflytande i planeringen och beslutsfattandet och önskade att tidigare bli involverade för att kunna ge så god fortsatt vård som möjligt. Där upplevdes brister även från IVA-sjuksköterskans perspektiv på delaktighet och även de önskade kunna påverka tidpunkten för överflyttning (James et al., 2013). Det fanns gemensamma upplevelser att beslut ofta var hastigt tagna om när överflyttning ska ske från läkare och det resulterade i en osäkerhet hos sjuksköterskorna (Watts et al., 2005; Häggström & Bäckström, 2014; Häggström et al., 2009). Vid snabba beslut om överflyttningar och ett hastigt genomförande förlopp, kan detta försvåra för sjuksköterskorna att hjälpa patienten till en personcentrerad överflyttningsprocess. Detta förfarandet motsäger Joyce Travelbees omvårdnadsteori där vi sjuksköterskor ska se människan som en individ och inte generalisera patienter, inkluderat deras närstående. För patienten ska kunna återfå kontroll över sin tillvaro och för att vi ska förstå vart denna person befinner sig i sin process behöver vi kunna ges möjlighet att väga in de individuella behoven och individanpassa överflytten. För detta krävs tid till planering och genomförande. I mötet med patienten och närstående är det enligt Travelbee viktigt att bygga relationen på empati, sympati och förståelse speciellt då många patienter och närstående upplever överflyttningen mellan vårdnivåerna som ångestfylld och stressande. Studiens resultat visar att sjuksköterskorna anser det viktigt att stötta patientens emotionella och psykiska behov men att tiden inte alltid räcker till. Enligt Travelbee är kommunikation ett av de viktigaste verktygen för att lära känna patienten och kunna tillgodose dennes behov. Precis som i denna studie är det av största vikt att en välfungerande och tydlig kommunikation är etablerad, inte bara mellan sjukvårdspersonalen utan även den som sker med patienten och dess närstående. Patienten är den människa all vård kretsar kring och som vårdpersonal ska följa och stötta i processen, där av är det av största vikt att vården centraliseras kring människan.

Väl anpassad information som tål att upprepas är av största vikt för att kunna förbereda patienten och dess närstående på en överflyttning inom de olika vårdnivåerna enligt Häggström och Bäckström (2014). Många av patienterna och deras närstående påvisade

uppleva en oro och ångest inför överflytten (Strahana & Brown, 2005; Chaboyer, Kendall, Kendall & Foster, 2005) och en väl förberedd patient upplevdes hantera flytten till en lägre vårdnivå bättre än de som upplevde att de inte fått tillräckligt med information (Häggström & Bäckström, 2014). Det kunde hjälpa patienten och närstående i förändringen i vårdmiljö och på så sätt underlätta för avdelningssjuksköterskorna i övertaget av patienten. Närstående till patienter som vårdas på IVA uppvisar en hög grad på ångest och det är viktigt att det ges tid till att ge information om deras närståendes tillstånd. Oftast kan det behövas återupprepa informationen.

Även avdelningssjuksköterskorna kunde uppleva att det underlättade om IVA-sjuksköterskorna hade möjlighet att förbereda patienten och närstående så mycket som möjligt inför överflytten men det framkom i James et al. (2013) och Cagnet och Coyer (2014) att IVA-sjuksköterskorna brustit i att ge tillräcklig information. Bench, Heelas, White och Griffiths (2014) visar i sin studie att en personlig utskrivningssammanfattning till patienter och närstående kan hjälpa dem att hantera den svåra IVA-tiden och förenkla rehabiliteringen på vårdavdelningen. Samtidigt kan den vara till hjälp för avdelningssjuksköterskan att möta patienten och närstående efter IVA-tiden och få en bättre förståelse för det specifika vårdförloppet. Sammanfattningarna uppfattades som relevanta för en personcentrerad vård men IVA-sjuksköterskorna uppfattade att tiden inte alltid räckte till eller att de inte kände patienten tillräckligt väl vilket kan försvåra införandet (a.a.).

Det finns en klyfta mellan IVA och vårdavdelningar som leder till samarbetsproblem. Detta stärks av en annan studie av Oerlemans et al. (2015) som visade att skillnaden i vårdnivå mellan avdelningarna ofta ledde till missförstånd som i sin tur kan resultera i en suboptimal fortsatt vård på avdelningen för patienten. Klyftan ledde även till en negativ attityd mellan IVA-sjuksköterskorna och avdelningssjuksköterskorna. Enligt avdelningssjuksköterskorna hade IVA-personalen ingen eller liten förståelse för att de inte hade samma resurser som på IVA (a.a.). IVA-sjuksköterskorna kan underlätta för avdelningssjuksköterskorna genom att förbereda patient och närstående så mycket som möjligt inför överflytten. Både genom att optimera patienten rent fysiskt med reducering av medicinteknisk utrustning. Hägglund,

Asplund och Kristiansen (2012b) visade dock på svårigheter i nedtrappningen av den tekniska utrustningen då den är så starkt förknippad och sammankopplad med IVA-vården. Nedtrappningen kunde underlättas med skriftliga rutiner för hur genomförandet skulle gå till. Studien visade också att patienterna ofta var uppkopplade till övervakning ända till utskrivningen då IVA-sjuksköterskorna ville behålla en känsla av kontroll men samtidigt ansågs detta inte optimalt inför överflytten till vårdavdelningen (a.a.). Genom att dagligen utvärdera behovet av övervakning när patienten är kvar på IVA kan nedtrappningen starta i ett tidigare skede och på så sätt kan patienten optimeras och göras mer självständig inför överflytten.

För att underlätta processen och säkerställa en kontinuerlig och patientsäker överflytt föreslogs i två av studierna införandet av en samvårdssjuksköterska som ansvarar för utskrivningarna, en så kallad *liaison nurse*. Genom att sköta planeringen av överflytten och det administrativa arbetet kan arbetsbördan för IVA-sjuksköterskorna minska. Om en person enbart fokuserar på överflyttningsprocessen kan denna göras mer noggrann och personcentrerad. Implementeringen av en samvårdssjuksköterska för att minska klyftan mellan IVA och vårdavdelningen har sedan 1997 funnits på vissa sjukhus i Australien (Green & Edmonds, 2004). En utvärdering efter fem år visade att återinläggningarna på IVA hade minskat från 2,3 till 0,5%. Detta arbetssätt minskade inte bara klyftan mellan avdelningarna utan kunde även vara involverad i den fortsatta vården för att på så sätt ge en ökad kontinuitet och en mer sammanhållen vårdkedja (a.a.). Även Williams, Leslie, Brearley, Leen och O'Brien (2010) fann att en utskrivningssjuksköterska kan underlätta överflyttningsprocessen, framför allt genom att förbättra kommunikationen mellan IVA och sjuksköterskorna på vårdavdelningen (a.a.). Få studier finns gjorda i Sverige och kan behövas för att utvärdera samvårdssjuksköterskans roll och påverkan på överflyttningsprocessen och patientsäkerheten.

Sex av studierna belyser kommunikation mellan avdelningarna som ett effektivt och nödvändigt verktyg (Cognet & Coyer., 2014; Häggström & Bäckström, 2014; Häggström et al., 2009; James et al., 2013; Watts et al., 2005; Whittaker & Ball., 2000). Förberedelser att läsa i journalen gjordes inför mottagandet men det fanns en önskan om att kommunikationen

kunde förbättras från båda parter. Sjuksköterskorna från båda vårdnivåerna uppgav att ett verktyg för överrapportering kunde vara användbar. En studie av Chaboyer et al. (2012) visade att överflyttningsprocessen förbättrades efter att ett gemensamt verktyg för kommunikation mellan avdelningarna tagits fram. Detta ledde till att uppskjutna utskrivning från IVA minskade. Dock sågs ingen minskning av mortalitet eller återinläggning på IVA inom 72 timmar. Det är av största vikt att alla inblandade för en god innehållsrik kommunikation för att säkerställa en patientsäker överflyttningsprocess.

Kostnader är inget som belysts i de sju studier som ingått i resultatet. Dock finns vetskap om att en IVA-plats är betydligt dyrare i vårddygn än en vårdplats på vårdavdelning. Vårdgivarna måste kunna prioritera beslut och avgöra vem som har störst behov för vård på en IVA-plats. Ibland sker överflyttningar av de patienter som vårdas i livets slutskede. Få studier går att finna just om vad det innebär att genomföra en överflyttning där den döende patienten utsätts för en ny miljö, en kanske smärtsam överflyttning och ny personal ska ta sig tid till att lära sig känna behov hos patient och närstående. I de överflyttningar som skedde med patienter som hade en bra prognos om att kunna tillfriskna, framkom det att avdelningssjuksköterskorna upplevde en misstro från patienter och närstående och de behövde visa sig kompetenta för att kunna inge trygghet (Häggström et al., 2012a). Nyttoprincipen är en av de fyra etiska huvudprinciper som säger att vården ska komma till gagn för patienten. Vi som utför vården behöver förhålla oss mellan etisk problematik och samhällets krav på sjukvården.

### **Konklusion och implikationer**

Studien belyser vikten av en välfungerande kommunikation både i vårdteamet samt med patienter och närstående. Det finns vinster i att initiera en tidig planering av överflyttningsprocessen, gärna redan när den kritiska delen är över, för att både patienten och närstående ska vara väl förberedda och trygga. För en patientsäker och personcentrerad överflyttning krävs tid och gott samarbete i vårdteamet mellan de olika vårdnivåerna. Ytterligare forskning inom ämnet krävs för att säkerställa evidens och ge underlag för framtida kvalitetssäkring av vården då sjuksköterskor upplever brister i överflyttningsprocessen.

## Referenser

\* Utgör studiens resultat

Bench, S.D., Heelas K., White C. & Griffiths, P. (2014) Providing critical care patients with a personalised discharge summary: a questionnaire survey and retrospective analysis exploring feasibility and effectiveness. *Intensive and Critical Care Nursing* 30 (2), p. 69—76.

doi:10.1016/j.iccn.2013.08.007

Chaboyer, W., Foster, M., Kendall, E. & James, H. (2002). ICU nurses' perceptions of discharge planning: a preliminary study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 18(2), p. 90-95.

doi.org/10.1016/S0964-3397(02)00022-8

Chaboyer, W., Kendall, E., Kendall, M. & Foster, M. (2005) Transfer out of intensive care: a qualitative exploration of patient and family perceptions. *Australian Critical Care*. 18(4)

p138-145. doi.org/10.1016/S1036-7314(05)80026-8

Chaboyer, W., Lin, F., Foster, M., Retallick, L., Panuwatwanich, K. & Richards B. (2012) Redesigning the ICU nursing discharge process: a quality improvement study. *Worldviews Evid Based Nursing*. Feb;9(1): p. 40-48. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00234

\* Cagnet, S. & Coyer, F. (2014). Discharge practices for the intensive care patient: A qualitative exploration in the general ward setting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30, pp 292-300. doi: 10.1016/j.iccn.2014.04.004

Cullinane, J.P. & Plowright, C.I. (2013) Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. *British Association of Critical Care Nurses*, 18 (6) (2013), pp 289-297

Dahlborg Lyckhage, E. (2006) Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I

Friberg, Febe (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.17-27). Lund: Studentlitteratur AB.

Forsberg, A., Lindgren, E. & Engström, Å. (2011) Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown. *International journal of nursing practice*, 17(2) p110-116. doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01915.x

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur

Friberg, F. (2006) Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.105-114). Lund: Studentlitteratur AB

Green, A. & Edmonds, L. (2004) Bridging the gap between the intensive care unit and general wards - the ICU Liaison nurse. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(1), 14., 20(3), p. 133-143. doi.org/10.1016/j.iccn.2004.02.007

\* Häggström, M., Asplund, K. & Kristiansen, L. (2009) Struggle with a gap between intensive care units and general wards. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 4 (3), pp 181–192. doi:10.1080/17482620903072508

\* Häggström, M., Asplund, K. & Kristiansen, L. (2012a) How can nurses facilitate patient`s transitions from intensive care?. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28, p 224-233. doi: 10.1016/j.iccn.2012.01.002

Häggström, M., Asplund, K., & Kristiansen, L. (2012b) To reduce technology prior discharge from intensive care--important but difficult? A grounded theory. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27(3), p 506-515. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01063.x



\* Häggström, M. & Bäckström, B. (2014) organizing safe transitions from intensive care. *Nursing Research and Practice*. p1-11. doi: 10.1155/2014/175314

\* James, S., Quirke, S. & McBride-Henry, K. (2013) Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. *Nursing in Critical Care*, 18(6). p297-306. doi: 10.1111/nicc.12001

Jones, J., Winch, S., Strube, P., Mitchell, M. & Henderson, A. (2016) Delivering compassionate care in intensive care units: nurses perceptions of enablers and barriers. *Journal of Advanced Nursing* 72:121, 3137-3146. doi: 10.1111/jan.13064

Kirkevold, M. (2000) *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kompetensbeskrivning (2012) Stockholm: Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 170213 från: [http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning\\_intensivvard.pdf](http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf)

Lin, F., Chaboyer, W. & Wallis M. (2009) A literature review of organizational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. *Australian Critical Care*, 22, ss. 29-34. doi:10.1016/j.aucc.2008.11.001

Lundin, K. & Sandström, B. (2015) *Ledarskap inom vård och omsorg*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur

Odell, M. (2000) The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *Journal of Advanced Nursing*. *Journal of Advanced Nursing*. 31(2):322-9. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01294.x

Oerlemans, A.J., van Sluisveld, N., van Leeuwen, E.S., Wollersheim, H., Dekkers, W.J. & Zegers, M. (2015) Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions:

a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Med Ethics*. 2015 Feb 26;16:9. doi:10.1186/s12910-015-0001-4.

Patienssäkerhetslag (SFS 2010:659) Hämtad från Riksdagens webbplats:  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patiensakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patiensakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Priestap, F.A. & Martin, C.M. (2006) Impact of intensive care unit discharge time on patient outcome. *Critical Care Medicine*. 2006 Dec;34 (12), p. 2946-2951.

Scholl, I., Zill, J-M., Härter, M. & Dirmaier, J. (2014) An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS ONE* 9(9): (2014) pp. 1-9. DOI:10.1371/journal.pone.0107828

Schwartz, L. P. & Brenner, Z. R. (1979). Critical care unit transfer: Reducing patient stress through nursing interventions. *Heart Lung*, 8(3), p160-171.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/254678>

SIRS- Svenska intensivvårdsregistret. (u.å). Hämtad 161007, från  
<http://www.icuregsw.org/sv/For-patienter/Vad-ar-Intensivvard/>

Socialstyrelsen. (2017) Definitionen av patientsäkerhet och vårdskada. Hämtad 170505, från  
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patiensakerhet/definitionen-av-patiensakerhet-och-vardiskada>

Soini, K. & Stiernström, H. (2012) Organisation av en intensivvårdsutbildning. I A, Larsson & S. Rubertsson (red.) *Intensivvård* (s.13-17). Andra upplagan. Stockholm: Liber AB.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014) Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården (Diarienummer STY2014/81). Hämtad från

<http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Strahana, E.H. & Brown, R.J. (2005) A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(3), p160-171  
doi:10.1016/j.iccn.2004.10.005

\* Watts, R., Gardner, H. & Pierson, J. (2005) Factors that enhance or impede critical care nurse` discharge planning practices. *Intensive and Critical care Nursing*, 21, pp 302-313. doi: 10.1016/j.iccn.2005.01.005

Watts, R., Pierson, J. & Gardner, H. (2005). How do critical care nurses define the discharge planning process?. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21(1), 39-46.  
doi:10.1016/j.iccn.2004.07.006

Watts, R., Pierson, J. & Gardner, H. (2006). Critical care nurses' beliefs about the discharge planning process: a questionnaire survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 43(3), 269-279. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.04.005

\* Whittaker, J. & Ball, C. (2000) Discharge from intensive care: a view from the ward. *Intensive and Critical care Nursing*, 16 (2000), pp 135-143. doi: 10.1054/iccn.2000.1488

Williams, T.A., Leslie, G.D., Brearley, L., Leen, T. & O'Brien, K. (2010) Discharge delay, room for improvement? *Australian Critical Care*. 2010 Aug;23(3): p. 141-149.  
doi:10.1016/j.aucc.2010.02.003

Östlund, L. (2006) Informationssökning. I F. Friberg (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.45-69). Lund: Studentlitteratur AB.

## Bilaga 1 (3) Sökningsmatris

Databas	Sökning	Antal träffar	Abstract lästa	Lästa i fulltext	Kvalitetsgranskade	Godkända
Pubmed 1 20170307	(ICU OR Intensive care) AND (Patient discharge OR Patient Handoff)OR Patient discharge) AND Patient discharge planning AND Discharge process AND (Nursing OR Nurses role)	76	11	8	4	4
Pubmed 2 20170307	(intensive care unit) AND (patient transition OR safe transition)) AND (nurses role OR staff perception)	97	4	1	1	1
Pubmed 3 20170307	(Organizing) AND Patient transition) AND intensive care unit	8	1	1	1	1
Pubmed 4 20170307	(intensive care unit OR Critical care nursing OR level of care) AND (Patient discharge OR Patient handoff OR Patient transfer) AND (nurse perception OR Nurses experiences OR attitude of health personnel)	512	19	4	1	1

Cinahl 20170307	(ICU OR Intensive care ) AND ( Patient discharge OR Patient Handoff OR Patient discharge OR Discharge process ) AND ( Nursing OR Nursing role )  Exclude medline-history	226	2	0	0	0
--------------------	--	-----	---	---	---	---

## Bilaga 2 (3) Artikelöversikt

Författare/år/ land	Titel	Syfte	Population	Metod/ Analysmetod	Resultat	Kvalitet
Häggström, M., Asplund, K., Kristiansen, L./ 2012/ Sverige	How can nurses facilitate patient's transition from intensive care? A grounded theory of nursing.	Utveckla en grundad teori av sjuksköterskors arbete med patientomvårdnad i överflyttningsprocessen från IVA.	35 ssk från IVA och vårdavdelningar.	Fokusgrupper, individuella intervjuer och observationer/ Grundad teori	För att underlätta överflyttningen är individuell planering behövlig. Det är också nödvändigt att patienten är tillräckligt förberedd för förändringen. Sjuksköterskorna upplevde sig tvingade att balansera mellan patientens behov och arbetsgivarens resurser.	Hög
Häggström, M., Asplund, K., Kristiansen, L./ 2009/ Sverige	Struggle with a gap between intensive care units and general ward.	Erhålla en djupare förståelse av de huvudsakliga svårigheterna i överflyttningsprocessen. I vården innan, under och efter överflyttningen av IVA-patienter.	35 ssk från IVA och vårdavdelningar.	Fokusgrupper och individuella intervjuer/ Grundad teori	Det finns en klyfta i kulturen mellan IVA och vårdavdelning som uttrycktes vara det huvudsakliga problemet i processen. Mer kunskap om processen är nödvändig för att minska klyftan.	Hög

Cognet, S., Coyer, F./ 2014/ Australien	Discharge practices for the intensive care patient: A qualitative exploration in the general ward setting.	Utforska hur sjuksköterskor på vårdavdelning uppfattar överflyttningsprocessen och rutiner för patienter som nyligen blivit utskrivna från IVA.	27 avd-ssk	Fokusgruppsintervjuer/ En förenklad form av grundad teori	Överflyttningsprocessen är komplicerad och ofta undervärderad. Det finns fundamentala och ofta missuppfattade skillnader i prioriteringar och patientvård mellan olika vårdnivåer.	Hög
Watts, R., Gardner, H., Pierson, J./ 2005/ Australien	Factors the enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices.	Utforska IVA-sjuksköterskors uppfattning och förståelse om överflyttningsprocessen och söka insikt i hur överflyttningsprocessen passar in i intensivvården ur ett sjuksköterskeperspektiv.	218 IVA-ssk (enkäter) och 13 IVA-ssk (intervjuer)	Enkäter och individuella intervjuer/ Innehållsanalys	Tidsbrist var en barriär i processen. Kommunikation kunde underlätta eller försvåra. PM kan underlätta med kommunikationen.	Medel
James, S., Quirke, S., McBride- Henry, K./ 2013/ Nya Zeeland	Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care.	Utforska sjuksköterskor erfarenheter av överflyttningsprocessen från IVA till vårdavdelning.	45 IVA-ssk 47 avd-ssk	Enkäter med öppna frågor/ descriptive thematic approach	Behovet av skriftlig och muntlig kommunikation varierar beroende på timing och lokalisering. Timing av överflytten behöver förhandlas.	Medel

Häggström, M., Bäckström, B./ 2013/ Sverige	Organizing safe transitions from intensive care,	Att beskriva, erfaret av IVA-ssk och avd-ssk, vilka strategier som kan användas vid organisering av patientvård innan, under och efter överflyttning från IVA.	8 IVA-ssk, 1 anestesilog, 6 avd-ssk	Individuella intervjuer/ Innehållsanalys	Överflyttningsprocessen behöver vara säker och strukturerad och involvera samarbete, uppmuntrande stöd, optimal timing, tidig mobilisering och ett multidisciplinärt arbetssätt.	Hög
Whittaker, J., Ball, C./ 2000/ Storbritannien	Discharge from intensive care: a view from the ward.	Identifiera erfarenheter hos avdelningssjuksköterskor som tar emot patienter från IVA.	13 avd-ssk (enkät) 7 avd-ssk (intervjuer)	Enkäter med öppna frågor och individuella intervjuer/ tematisk innehållsanalys	Upplevelsen av att ta emot en patient varierar beroende på sjuksköterskans erfarenhet. Tidig överflyttningsplanering, utbildning för personalen och framtagna av nya rutiner behövs för att förbättra processen och minska stressen för patienten.	Medel



## Bilaga 3 (3) Kvalitetsgranskningsmall

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik –  
patientupplevelser (SBU, 2014).

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög.....Medelhög.....Låg .....

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant

<b>1. Syfte</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpligt</b>
-----------------	-----------	------------	---------------	-----------------------

a) Utgår studien från en väldefinierad  
problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

<b>2. Urval</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpligt</b>
-----------------	-----------	------------	---------------	-----------------------

- a) Är urvalet relevant?  
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?  
c) Är kontexten tydligt beskriven?  
d) Finns relevant etiskt resonemang?

e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc):

**3. Datainsamling**   **Ja**                 **Nej**                 **Oklart**                 **Ej tillämbart**

a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?

b) Är datainsamlingen relevant?

c) Råder datamättnad?

d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse  
i relation till datainsamlingen?

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

**4. Analys**   **Ja**                 **Nej**                 **Oklart**                 **Ej tillämbart**

a) Är analysen tydligt beskriven?

b) Är analysförfarandet relevant  
i relation till datainsamlingsmetoden?

c) Råder analysmättnad?

d) Har forskaren hanterat sin egen  
förförståelse i relation till analysen?

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

**5. Resultat**   **Ja**                 **Nej**                 **Oklart**                 **Ej tillämbart**

a) Är resultatet logiskt?

b) Är resultatet begripligt?

c) Är resultatet tydligt beskrivet?

- d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?
- e) Genereras hypotes/teori/modell?
- f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?
- g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc)