



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Distriktssköterskors/sjuksköterskors reflektioner kring
kommunikation och informationsöverföringsprocessen mellan
hemsjukvården och annan vårdgivare

en intervjustudie

Carola Andersson & Anna Pagard

D-uppsats 2013

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15 hp
Vårdvetenskap
Självständigt examensarbete inom distriktssköterskan kunskapsområde
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Handledare: Annica Ernesäter
Examinator: Marianne Carlsson

Förord

Denna magisteruppsats har genomförts av Carola Andersson (CA) och Anna Pagard (AP). Arbetsfördelningen i studien delades upp mellan författarna på följande sätt. Introduktionen, problemformulering och syfte gjordes av båda författarna tillsammans. CA utförde intervjuerna i område A och AP utförde intervjuerna i område B. Intervjuerna från område A transkriberades av CA och intervjuerna från område B transkriberades av AP. Respektive författare analyserade materialet fram till subkategorier var för sig. Eftersom subkategorierna från båda områdena överensstämde väl med varandra så beslutade författarna till föreliggande studie att gemensamt bearbeta resultatet fram till kategorier som mynnade ut till ett gemensamt tema från de båda områdena. Författarna till föreliggande studie arbetade även gemensamt med diskussionsdelarna samt färdigställde uppsatsen tillsammans.

Vi vill framföra ett *tack* till de personer som bidragit till denna uppsats speciellt till *samtliga distriktssköterskor/sjuksköterskor* som tog sig tid att delge oss svaren i intervjuerna. *Stort tack* till *Birgitta Fläckman* vår handledare under pm skrivandet och till *Annica Ernesäter* vår handledare under resterande tid av arbetet.

Sammanfattning

Syftet till föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskors/sjuksköterskors reflektioner kring kommunikation och informationsöverföringsprocessen mellan hemsjukvården och annan vårdgivare. Författarna till föreliggande studie fick fram att brister i kommunikationen såväl muntliga som skriftliga mellan distriktssköterskorna/sjuksköterskorna i hemsjukvården och annan vårdgivare förekom. Det medförde till extra arbete för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna samt dålig kontroll av arbetssituationen och svårigheter att utföra deras arbetsuppgifter. Distriktssköterskornas/sjuksköterskornas beskrev en påtaglig känsla av maktlöshet i sin arbetssituation. Kanters teori handlar om det grundläggande behovet av att få egenmakt i sin organisation för att kunna utföra optimal omvårdnad. Författarna till föreliggande studie såg att problematik inom kommunikation och informationsöverföringsprocessen framkom tydlig från båda områdena trots att den ena organisationen bedrivits i 20 år och den andra var nystartad. Slutsatsen från föreliggande studie blev att vårdkedjan inte var starkare än svagaste länken när informationsöverföringsprocessen brustit. I samhällsläget idag med allt fler äldre som kan komma ifråga till att vara i behov av avancerad vård i hemmet och samtidigt bedrivs kostnadseffektivt, har vi inte råd med dessa misstag som medfört till ett onödigt lidande för patienterna och en komplicerad arbetssituation för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna.

Nyckelord; kommunikation, informationsöverföring, patientsäkerhet, strategi, organisationsstruktur,

Abstract

The aim of this study was to describe district nurses / nurses' reflections on communication and information transfer process between home care and other health care providers. The authors of the present study was that the lack of communication both oral and written between district nurses / nurses in home care and other health care providers occurred This led to additional work for the district nurses/nurses and poor control of the work situation and difficulty in performing their work. District nurses / nurses described a palpable sense of powerlessness in their work situation. Kanter's theory is about the fundamental need to get empowerment in their organization in order to perform optimal care. The authors of this study found that problems in communication and information transfer process it appears clear from both areas, although one organization has been conducted for 20 years and the other was newly established. The conclusion from this study was lying to the continuum of care was not stronger than the weakest link in information transfer process failed. The social situation today with the increasing number of elderly who are eligible to be in need of more and more advanced home care and at the same time conducted cost, we cannot afford those mistakes that have led to unnecessary suffering for patients and a complex work of district nurses/nurses.

Keywords: communication, information transfer, patient safety, strategy, organizational structure

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Kommunikationsöverföring	2
Patientsäkerhet	3
Organisatorisk styrning	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Design	5
Urvalsmetod och undersökningsgrupp	6
Datansamlingsmetod	7
Tillvägagångssätt	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska övervägande	10
Resultat	11
Inte prata samma språk	13
Hot mot patientsäkerhet	18
Strategier för att ligga steget före	20
Inte själv kunna påverka arbetssituationen	24
Diskussion	31
Huvudresultat	31
Resultatdiskussion	31
Metoddiskussion	34
Allmädiskussion	37
Slutsats	37
Referenser	38

Introduktion

Hälso- och sjukvården har blivit ett alltmera komplext system där många aktörer ska samverka runt den enskilda patientens vård och behandling. Det kunde vara uppemot ett 60-tal olika subspecialiteter inom det medicinska området. När det förekom många aktörer som skulle ansvara för sitt område kunde det medföra att ansvarsgränserna blev svårare att definiera (Bergentz 1995, Donchin *et al.* 1995, Coiera & Tombs 1998). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen framgår det att vården och behandlingen så långt som det är möjligt skulle utformas och genomföras i samråd med patienten (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] SFS 2010:243).

Enligt Distriktssköterskeföreningen beskrevs distriktssköterskans yrkesfunktion som komplex, detta innebar att främja hälsa, förebygga sjukdom och även återställa hälsa, lindra lidande och minska förekomsten av de vanligaste sjukdomarna och personskador. För att detta skulle uppnås krävdes ett vetenskapligt agerande, vilket betydde att bara beprövade och vetenskapliga metoder användes i yrkesutövandet. Distriktssköterskan var ytterst ansvarig för verkställigheten av hälso- och sjukvårds uppgifter gentemot patienten och ansvarade för att kunna upprätthålla patientsäkerheten och ha helhetsbilden. Detta förutsatte vidare att distriktssköterskan kunde använda informations- och kommunikationsteknologin samt vara medvetna om förhållandena avseende arbetsmiljö, hälsa och lärande (Distriktssköterskeföreningen 2008).

I HSL 29a § beskrivs om att verksamhetschef skulle säkerställa behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården för patienten (SFS 2010:243). Utifrån det enskilda behovet anlätades vårdpersonalen till patientens hem vilket innebar att hemsjukvården var den sjukvård och rehabilitering som gavs inom hemmets väggar, under dygnets alla timmar (Drevenhorn 2010). Enligt Joint Commission Center for Transforming Healthcare (2009) var överrapporteringen en nutidsprocess som överförde patientens specifika information från en vårdgivare till en annan för säkerställning av kontinuiteten och patientsäker vård. Rydeman & Törnkvist (2006) påvisade att distriktssköterskors/sjuksköterskors erfarenhet vid utskrivningsprocessen ofta upplevdes komplicerad på grund av flera bidragande faktorer som till exempel regelverk, rutiner, värderingar och synen på patienten som kunde påverka personalens agerande. Även internationella studier angående utskrivningsprocessen beskrev att alla berörda vårdgivare

som kommit att vara runt den äldre och dennes vård måste varit delaktiga i kommunikationen för att uppnå förståelsen till patientens behov (Bowles 2000, Bull & Roberts 2001).

Författarnas definition av överrapportering var när patient växlat vårdgivare till exempel mellan sjukhus och hemsjukvård skulle en mängd patientinformation överföras vilket medförde att distriktssköterskors/sjuksköterskors roll blev att ta emot informationen om patienten.

Kommunikationsöverföring

I USA beskrevs att 80 % av de medicinska felen uppstått på grund av bristande kommunikation i samband med överrapportering. Det mest kritiska i överrapporteringstillfället uppstod i momentet vid överlämning av patienten till annan vårdgivare. I detta ögonblick kunde informationen om patienten ha förvanskats eller gått förlorad vilket kunde ha lett till död eller skada hos patienten (Joint Commission Center for Transforming Healthcare 2009). Flera studier beskrev vikten till en fungerande kommunikation och att det var vanligt förekommande med ett stort antal fel i kommunikationen vid överrapporteringen i akuta situationer. Ett av de vanligaste tillbudena inom vården var att det hade brustit på något sätt i kommunikationen mellan personal eller mellan vårdgivare. Säkerheten och kvalitén påverkades när inte överrapporteringen fungerat mellan varandra (Donchin *et al.* 1995, Westling *et al.* 1998, SOSFS 2009:126, Pezzoliesi *et al.* 2010, SKL 2010 b). I flera tidigare studier beskrevs att i samband med utskrivning och i överföringen av läkemedelsinformationen hade det ofta uppstått problem med informationen mellan olika vårdgivare. Detta på grund av att många olika ordinarörer varit inblandade, eller att ordinationer inte överrapporterats i tid (Coleman *et al.* 2005, Fastbom 2006, Midlöw *et al.* 2007, SKL 2008).

Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee ansåg att kommunikation var en viktig del för sjuksköterskan i hennes yrkesfunktion. Kommunikationen kunde enligt Travelbee vara en komplicerad process som krävde förutsättningar. För tillämpande av kommunikationen krävdes däribland färdigheter, kunskaper och förmåga samt sensitiviteten och ett välutvecklat sinne för att rätt sak gjordes vid rätt tidpunkt för att kommunikationstekniker skulle behärskas (Kirkevold 2000).

Enligt Coiera & Tombs (1998) beskrev de att inom Hälso- och sjukvården fanns en nackdel att all personal ständigt skulle vara nåbara och ha kommunikationsmöjligheter. Detta innebar många avbrott och risker för brister i fokuseringen runt patientarbetet och risk för ineffektivt arbete. Enligt flera tidigare studier framkom det att kommunikationsöverföring kommit i allt större utbud till exempel internet, telefoni och videokonferenser. Med det nya teknologiska överföringssystemet angående patientrapporter så ökade också riskerna för tekniska fel vid kommunikationsöverföringen (Wentzer & Byholm 2007, Gentles *et al.* 2010). Elektronisk kommunikation minimerade inte problemen för vårdpersonalen som använde datajournal. Problemet kunde vara att informationsflödet blivit för stort vilket ökade risken till att viktig information missades. För att öka säkerheten vid utbyte av informationsflödet var det viktigt att överenskomna metoder för kommunikering användes (Wilson & Sheikh 2002). Ett exempel på en fastställd strukturmodell för hur kommunikation och informationsöverföring skulle kunna vara enligt SBAR. Vilket innebar att rapporten rapporterades utefter Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendationer (SKL 2010 b). Flertalet studier påvisade att när patienten hade träffat läkare från annan vårdgivare kunde det ha uppstått fördröjning på resultatet från undersökningar till remitterande läkare. Dessa brister i kommunikation kunde ha påverkat patientsäkerheten (Van Walraven *et al.* 2004, Kripalani *et al.* 2007 a, Arora *et al.* 2010).

Patientsäkerhet

God och säker vård ansåg Socialstyrelsen krävde kunskapsbaserad och ändamålsenlig omsorg. Den skulle utföras effektivt och på ett säkert sätt och insatserna skulle erbjudas inom rimlig tid, jämlikt och rättssäkert med respekt till människans integritet och specifika behov (Socialstyrelsen 2009). I och med SOSFS 1996:24 blev kravet mera tydlig på arbetsgivaren att säkerställa patientsäkerheten och ansvara för att fastställa kvalitetssystem för sin verksamhet. År 2005 skärptes lagen ytterligare med ett utökat krav på uppföljning av verksamheten från arbetsgivaren (SOSFS 2005:12).

I studien Ödegård och Hallberg (2004) intervjuades personal på ett barnsjukhus om deras upplevelse av potentiella riskfaktorer om patientsäkerhet. Exempel som uppgavs var bristande intern kommunikation när personalen inte hade hunnit med patienterna vilket medförde till avkall på patientsäkerheten (Ödegård & Hallberg 2004). Enligt SOSFS 2009:126 skulle ett systematiskt analysarbete kunnat upptäckt bakomliggande brister runt patientsäkerheten inom vårdorganisationen. Dessa hade kunnat åtgärdas om de hade blivit identifierade och

analyserade genom ett välfungerade rapporteringssystem. Tidigare studie beskrev att patientinformationen och kontinuiteten var viktiga aspekter för att upprätthålla patientsäkerheten (Witherington *et al.* 2008).

I Sverige används Lex Maria, vilket innebär att vårdgivare måste anmäla händelser till Socialstyrelsen som medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada (SFS 2010:659). I studien av Ödegård (2006 a) och i studien av Ödegård och Edgren (i manuskript) beskrevs vilka anmälningar som skickats från Socialstyrelsen till Hälso- och sjukvårdens Ansvarsnämnd (HSAN) under åren 1989-1993. Anmälningarna beskrevs till exempel handla om uppmärksamhetsfel, läkemedelsrelaterade fel eller läkemedelsförväxlingar. I studie av Leape (2002) beskrevs problemet till bristande avvikelserapportering vara avsaknaden av information om händelseförloppet i avvikelserapporteringen. Fokuset hamnade på fel saker och påverkat händelseförloppet och de förebyggande åtgärderna (Leape 2002). I en studie av Lawton & Parker (2002) beskrevs det att hälso- och sjukvårdspersonalen hellre ville berätta för varandra när det inträffat en avvikelse istället för att rapportera vidare till sin chef.

Organisatorisk styrning

Enligt Socialstyrelsen (2009) framkom det att riskfaktorerna ökade för fel och misstag när sjukvårdspersonalen till exempel kände av stress, inadekvat personalbemanning, vakanta tjänster, parallellt med omfattande organisatoriska förändringar (Socialstyrelsen 2009). Detta definieras i Kanters teori som handlar om övergripande egenmakt för vårdpersonal, med begreppen; som förmågan att mobilisera information, resurser och stöd för att få saker genomförda i en organisation, för personalens behov av egenmakt att utföra en optimal omvårdnad till patienten. En anställd med tillgång till egenmakt i arbetet har möjlighet att inom sin organisation uppnå en högre motivation. Däremot en anställd som inte har denna egenmakt känner sig ofta fast i arbetet, saknar möjlighet till utveckling och avsaknad i delaktighet till beslut i organisationen (Spence Laschinger *et al.* 2010).

Flera studier beskrev om yrkesutövaren som stod närmast patienterna var den som direkt konfronterades med patientsäkerhetsriskerna, vilket var en utsatt och sårbar situation eftersom de också styrdes av många olika personer med olika chefsbefattningar, detta ansågs hota patientsäkerhet (Ödegård 2006 b, Cook & Rasmussen 2005). När organisationen hade en förståelse för helhetens betydelse och förstod att samtliga delar i systemet fungerade tillsammans för en fungerande processförändring måste det vara tydliga och konkreta mål,

med en handlingsstrategi för ett agerande på individ, arbetsgrupp, avdelnings och organisationsnivå (Rasmussen 1997, Ahrenfelt 2011).

Problemformulering

Tidigare studier påvisade att brister i samband med överrapporteringar mellan vårdgivare kunde utgöra ett hot mot patientsäkerheten (Donchin *et al.* 1995, Rydman & Törnkvist 2006). SOSFS 2011:9 beskrev en förbättring av patientsäkerheten och ökad förståelse till olika aktivitetens funktioner i vårdprocessen och dess samverkan med varandra i och med informationsöverföring när patienter pendlade mellan olika vårdgivare (SOSFS 2011:9). Flera studier beskrev problematiken runt den otillräckliga kommunikationen mellan olika vårdgivares insatser som kunde ha orsakats av brister i informations överföringsrutiner och kvalitetssäkringen (Myhr & Kimsås 1999, Jensen *et al.* 2003, Glintborg *et al.* 2007). Travelbee och Kanter teorier beskriver hur otillräcklig information i omvårdnadsprocessen som kan utgöra ett hinder för sjuksköterskorna att utföra omvårdnaden.

Tidigare forskning i Sverige och internationellt visade brister i kommunikationen mellan vårdgivare och i patientsäkerhet som omöjliggjorde en säker vård. Författarna till föreliggande studie önskade undersöka och beskriva hur det ser ut i Sverige för omvårdnadsansvariga distriktssköterskor/sjuksköterskor inom kommunens hemsjukvård med deras komplexa yrkesfunktion i situationer med olika huvudmän i och med patientinformationsöverföring. När inte korrekt informationsöverföring mellan olika vårdgivare genomfördes, kunde detta medföra att distriktssköterskan/sjuksköterskan inte kunde ge patientsäker vård. Författarna till föreliggande studie ansåg det viktigt att studera distriktssköterskans/ sjuksköterskans kommunikation och informationsöverföringsprocess mellan annan vårdgivare.

Syfte

Syftet till föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskors/sjuksköterskors reflektioner kring kommunikation och informationsöverföringsprocessen mellan hemsjukvården och annan vårdgivare.

METOD

Design

Författarna till föreliggande studie genomförde en kvalitativ intervjustudie med en beskrivande design där syftet varit att beskriva vanligt förekommande upplevelser hos deltagare (Polit & Beck 2008). Avsikten var att studera fenomen, tolkningar av meningar och upplevelser av deltagarnas erfarenheter (Willman *et al.* 2006).

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Författarna till föreliggande studie valde metoden bekvämlighetsurval (Polit & Beck 2008). Intervjustudien genomfördes i två län i Mellansverige, som båda hade hemsjukvården organiserad under kommunen som huvudman. Författarna valde att intervjua distriktssköterskor/sjuksköterskor i två olika län för en spridning av svaren enligt studiens syfte. Område A organiserade hemsjukvården med kommunen som huvudman 1992 och område B gjorde denna övergång februari 2013.

Författarna till föreliggande studie valde inklusionskriteriet att deltagarna skulle vara distriktssköterskor/sjuksköterskor och arbetat minst ett år dagtid inom hemsjukvården. Författarna valde att även sjuksköterskor ingick i inklusionskriteriet när det inte alltid förekom att det enbart var distriktssköterskor som tjänstgjorde inom hemsjukvården. Kriteriet med minst ett års tjänstgöring inom hemsjukvården valdes för att deltagarna skulle känna sig trygg i sin arbetssituation och kunna ge reflektioner enligt studies syfte.

Intervjuerna genomfördes med totalt 15 distriktssköterskor/sjuksköterskor fördelat på åtta stycken i område A och sju stycken i område B. En deltagare i område B meddelade när författarna kommit på avtalad tid för intervju att intervjun på grund av tidsbrist fick ställas in. Ny tid för intervju blev inte aktuellt att planera in enligt deltagaren och därmed ett bortfall till föreliggande studie. Sammanställning av deltagarnas antal år i hemsjukvård och tillhörande område A eller B, antal år som färdig sjuksköterska och antal år som distriktssköterska samt deras ålder, *se tabell 1*. De åtta som intervjuades i område A var alla kvinnor med ett åldersspann mellan på 45-61 år. I område B intervjuades sju stycken deltagare, fördelningen var sex kvinnor och en man med ett åldersspann mellan 44-62 år.

Tabell 1 En bakgrundsbeskrivning av deltagarna distriktssköterskor/sjuksköterskor som intervjuades i område A och B.

Område/Antal år i hemsjukvård	Antal år som sjuksköterska	Antal år som distriktssköterska	Ålder
A/21	25	-	60
A/21	25	-	45
A/15	20	-	61
A/11	27	-	50
A/10	20	-	60
A/8	8	-	48
A/6	6	-	58
A/2	30	-	56
B/9	40	9	62
B/6	32	23	53
B/4	24	3	44
B/3	37	11	59
B/3	32	27	58
B/2	41	4	63
B/1	34	13	55

Datainsamlingsmetod

Data samlades in genom intervjuer med semistrukturerade frågor (Kvale & Brinkmann 2009). Intervjufrågorna utformades till att få fram en beskrivning av distriktssköterskors/sjuksköterskors reflektioner i hemsjukvården i samband med kommunikation och informationsöverföringsprocess mellan annan vårdgivare. Intervjuerna inleddes med bakgrundsfrågor som bland annat handlade om hur länge de hade arbetat som distriktssköterska/sjuksköterska inom hemsjukvården. Författarna till föreliggande studie använde en intervjuguide för att i förväg säkerställa att samma frågor skulle ställas till alla deltagare i intervjuerna. Intervjuguiden hade en huvudfrågeställning som bas och när författarna behövde ett förtydligande av svaret så ombads deltagarna att utveckla svaren ytterligare. Exempel på huvudfrågorna som ställdes var; *Om de hade upplevt att det funnits risker i vårdkedjan från att patient skrevs ut från annan vårdgivare till att hemsjukvården skulle ta över; Om de hade upplevt missförstånd och eller samarbetssvårigheter i*

överrapporteringstillfällen. En provintervju genomfördes för att testa frågorna i intervjuguiden och eftersom svaren från denna svarade mot studiens syfte inkluderades den till studien. Intervjuguiden ändrades inte efter provintervjun och handledaren tog del av provintervjun. Studiens tillförlitlighet och giltighet stärks i och med provintervju (Kvale & Brinkmann 2009).

Till denna studie har det varit två författare som ansvarat för intervjuerna med fördelningen att författare CA utförde intervjuerna i område A där författare AP deltog under samtliga intervjuer som observatör. Författare AP utförde intervjuerna i område B där författare CA deltog i samtliga intervjuerna som observatör. Intervjuerna genomfördes på respektive deltagares arbetsplatser i avskilt rum, under januari-februari 2013 i område A och under mars-april 2013 i område B. De enskilda intervjuerna utifrån intervjuguiden spelades in på band för att författarna till föreliggande studie inte skulle missuppfattat intervjuaren och för korrekt transkribering av intervjuaren. Intervjuerna tog mellan 30–50 minuter i anspråk och inspelat material förvarades inlåst.

Tillvägagångssätt

Verksamhetscheferna i de två berörda länen för de två områdena A och B i Mellansverige tillfrågades via e-post om att ge författarna tillstånd till att få ta kontakt med de distriktssköterskor/sjuksköterskor som uppfyllde kriterierna för deltagande i studien. I e-post meddelandet bifogades även informationsbrev som var tänkt till de personer som kunde komma att utses för intervju. Område A:s chef svarade med e-post med besked att åtta personer ville vara med i intervju och författarna fick personernas namn, telefonnummer och inplanerad tid och plats för intervjuerna. Område B:s chef svarade med e-post med en förteckning över 14 personer som uppfyllde kriterierna för att delta i intervjuerna. Område B:s chef bifogade deras telefonnummer, e-post med ett godkännande om att författarna fick ta kontakt med respektive person med frågan om de ville delta i intervju samt då avtala tid och plats. Författarna tog via e-post kontakt med samtliga 14 personer med ett informationsbrev om studiens syfte och information om att de skulle bli uppringda inom den närmaste veckan samt att författarna informerade att de önskade intervju totalt åtta stycken personer på deras arbetsplats. När samtliga 14 distriktssköterskor/sjuksköterskor personer hade kontaktats hade tre stycken tackat nej, två var sjukskriva under längre tid och en hade inte möjlighet på grund av tidsbrist. Därmed var det åtta personer som tackade ja till intervju och dessa planerades in att intervjuas, tid och plats avtalades.

Dataanalys

Författarna till föreliggande studie använde kvalitativ innehållsanalys som analys metod för att få fram ett trovärdigt resultat av distriktssköterskornas/sjuksköterskornas reflektioner enligt studiens syfte (Granheim & Lundman 2004, Hsieh & Shannon 2005).

Analysprocessens begrepp enligt Granheim & Lundman (2004) delades in i *Analysenheten*, de vill säga den transkriberade intervjun, *Domäner (Content area)* delar av intervjun som sammanföll med frågeområdet i intervjuguiden, *Meningsenhet* innebar att meningsbärande del av text som beskrev de som ord och meningar som var relevanta mot syftet, *Kondensering en process* som gjorde texten kortare men behöll kärnan, *Kodning* innebar att meningsenheten ytterligare förkortades genom att den abstraherades och hjälpa författarna att tolka innehållet. *Kategori* utgjordes av de koder som hade ett liknade innehåll relaterar till innehållet på en beskrivande nivå och *Tema* att sammanbinda innehållet från ett antal kategorier ofta en tolkning av det latent budskapet ur texterna (Granheim & Lundman 2004). Exempel på analysprocessen av intervjuerna från föreliggande studie, *se tabell 2*.

Författarna till föreliggande studie transkriberade var för sig respektive områdes inspelade intervjuers material ordagrant och allt transkriberat material avidentifierades. För att författarna skulle kunna skilja de transkriberade intervjuerna åt märktes intervjuerna med område A ett till åtta och område B ett till sju, inte i den ordning intervjuerna hade utförts för att förstärka anonymiteten. Författarna läste igenom innehållet i texterna noggrant flera gånger för att få en känsla för helheten. Delar av text som innehöll områden som innehöll information som var relevant till syfte togs ut ifrån intervjuerna först enligt grovsortering Content area/domäner. Därefter granskades texten igen utifrån grovsorteringen mot syftet till studien för att de meningsbärande enheterna skulle urskiljas. Därefter kondenserade författarna de meningsbärande enheterna som hade framkommit till att de därefter abstraherades till koder som kortfattat beskrev textens innerhåll. Koderna jämfördes flera gånger av författarna och efter reflektion och diskussioner med handledare och andra studenter i handledningsgruppen delades koderna in under tio subkategorigrupper. Övergången från subkategorier till kategorier skedde efter en noggrann analys av subkategorierna för att finna fram till vilken kategorigrupp de skulle kunna tillhöra. Författarna till föreliggande studie kom fram till fyra stycken kategorier utifrån de tio subkategorierna. Författarna tolkade ett tema baserat på innehållet i de fyra kategorierna.

Tabell 2 Exempel på analysprocessen av intervjuerna från föreliggande studie.

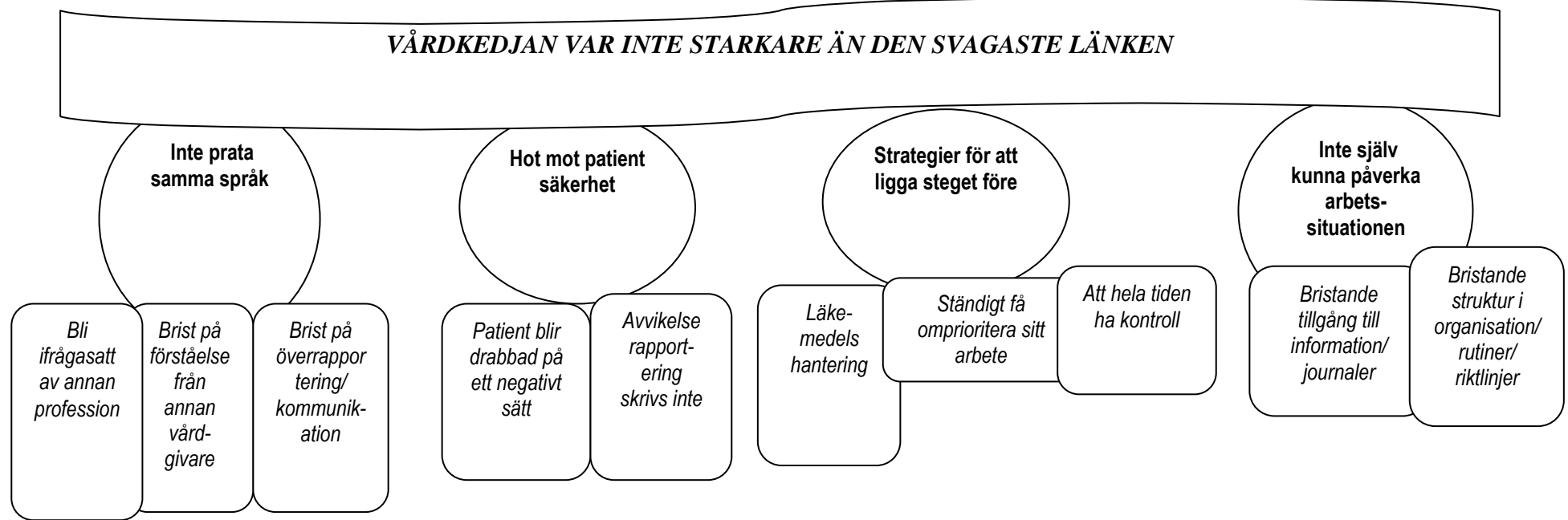
Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
I rapporten har man fått uppgifter om att någon är si och så..sen är det på ett helt annat vis..så då känns det som att man kanske inte riktigt har pratat samma språk.	Fått uppgifter om att någon är si och så i rapporten sedan stämmer inte informationen då känns det som att man inte har pratat samma språk.	Rapporten går isär med verkligheten pratar inte samma språk	Brist på över-rapportering/kommunikation	Inte prata samma språk	Vårdkedjan var inte starkare än den svagaste länken

Forskningsetiska övervägande

Verksamhets chefer på respektive område tillfrågades om tillstånd att genomföra studien skriftligt via e-post. De distriktssköterskor/sjuksköterskor som valde att medverka fick informationsbrev om studiens syfte och tillvägagångssätt via deras chef, där de garanterades att deltagandet var frivilligt och att medverkan gick att avbrytas utan att det ledde till några personliga konsekvenser. I samband med intervjutillfället inledde författarna till föreliggande studie med att ge muntligen information om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt. Färdigt material presenterats i studien så att det inte går att identifiera enskild deltagare endast vilket område material kom ifrån (Codex 2010). Endast författarna till föreliggande studie har haft tillgång till intervjumaterial som förvarats inlåst.Handledaren har endast haft tillgång till avidentifierat intervjumaterial. De inspelade intervjuerna kommer att förstöras efter examensarbetets godkännande.

Resultat

Författarna till föreliggande studies resultat kom fram till samma tema och kategorier i båda områdena. Resultatet från de båda områdena har redovisats utifrån temat ***Vårdkedjan var inte starkare än den svagaste länken*** vilket illustrerade distriktssköterskornas/sjuksköterskornas upplevda reflektioner kring kommunikation och informationsprocessen. Temat baserades på innehållet utifrån de fyra kategorierna; **Inte prata samma språk, Hot mot patientsäkerhet, Strategier för att ligga steget före, Inte själv kunna påverka arbetsituationen** som i sin tur baserades på innehållet från de *subkategorierna* som framkommit vid analysen av intervjuerna, se figur 1. Därefter redovisades **kategorier** och *subkategorier* med en beskrivning i resultatet. För att tydliggöra resultatet har det presenterats två citat för varje subkategori med en fördelning mellan de intervjuade distriktssköterskorna/sjuksköterskorna från respektive område.



Figur 1 Tema, kategori och subkategori

I kategorin **Inte prata samma språk** beskrev distriktssköterskorna/sjuksköterskorna sin upplevelse om att andra vårdgivare inte pratade samma språk. De upplevde sig ifrågasatta av andra professioner samt att det varit stora brister i överrapportering vid kommunikationstillfället mellan vårdgivare. Kategorin framkom från *subkategorierna bli ifrågasatt av annan profession, brist på förståelse från annan vårdgivare, brist på överrapportering/kommunikation*.

Bli ifrågasatt av annan profession

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev hur de känt sig ifrågasatta av andra professioner och hur de hade upplevt detta som tungt när de blivit ifrågasatta i sin yrkesroll som till exempel hemma hos en patient dit ambulans tillkallats av distriktssköterska/sjuksköterska. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna menade att de mötts av ifrågasättande av annan yrkesprofession om deras bedömningar och att de upplevt att inte blivit hörsammad i deras yrkesroll. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna berättade att det förekommit att det hade gjorts olika bedömningar mellan sjukhuset och vad hemsjukvården bedömt i hemmet på patientens tillstånd och symtom.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev hur de kände sig ifrågasatta i sin bedömning angående patienter som inte varit inskrivna i palliativa teamet och där primärvårdsläkare stått som behandlande läkare. En distriktssköterska/sjuksköterska berättade att de hade mötts av ifrågasättande från primärvårdsläkaren som inte förstått vikten av ett omgående hembesök till palliativ patient. Läkaren hade bedömt att hembesöket kunde ha väntat i en vecka men då kunde patienten vara död menade distriktssköterskan/sjuksköterskan.

”Det var en sköterska som ringde då med en patient som var dålig och då ville dom på SOS prata med patienten... det var också något nytt för mig. Tror man inte längre på vad sköterskan säger?”(i.8A)

”Jag har varit med om att ambulans kommer och sen tar dom inte med sig patienten för dom gör inte samma bedömning som jag gör.”(i.6B)

Brist på förståelse från annan vårdgivare

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna berättade om en oförståelse från annan vårdgivare angående svårigheten att få korrekt patientinformation i rätt tid på grund av de bristande kommunicerande journalsystemen. En uppfattning från sjukhuset och primärvårdens sida var att kommunens distriktssköterskor/sjuksköterskor bara kunde gått in i journalsystemet och tagit del av informationen om överrapporteringen men distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev att så var inte fallet. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev att de upplevde en brist i förståelse från annan vårdgivare i samband med avvägningen i bedömningen av vårdnivån och att detta hade förekommit i många situationer. I ett område var det gränsdragnings problematik när patienter befunnit sig i gråzonen vilket inneburit situationer där det inte tydligt framkommit till vilken vårdorganisation patient skulle tillhört.

Det kunde även förekomma att distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hade mötts av oförståelse från sjuksköterskan på sjukhuset av behov med rapport och vårdplanering. Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev i samband med att patient eller anhörig hade sagt nej till vårdplanering på sjukhuset att dessa vårdplaneringar borde blivit av, för när patienten hade kommit hem uppkom det oftast omgående behov av insatser gällande hemsjukvård.

Flera distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev problemet när patienter hade bedömts på sjukhuset som medicinskt färdigbehandlade och där kunde ha uppfattats som pigg, detta stämde inte alla gånger när patienten väl kommit till sin hemmiljö då det visade sig att de inte alls var medicinskt stabila, vilket kunde ha lett till sviktande situationer för patienten och ibland till återinläggningar. I samband med utskrivning med kort varsel hade hemgången forcerats och då upplevde distriktssköterskorna/sjuksköterskorna att de hade möts av oförståelse från sjukhuset till att tillåtits gjort nödvändiga förberedelser eller att hunnit fått nödvändig utbildning inför nya vårdinsatser.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev bristen av förståelse från sjuksköterskan på sjukhuset när distriktssköterskor/sjuksköterskor fått ringt och frågat om patienten varit på väg hem enligt preliminär planering när ingen från sjukhuset hade hörts av till hemsjukvården. Vid hemtransporten av patienten berättade distriktssköterskor/sjuksköterskor hur de upplevde att de inte hade någon talan om tid punkt på dagen för hemplanering, patienten kunde kommit hem långt efter överenskommen tid. Flera distriktssköterskor/sjuksköterskor upplevde att sjukhuset visade en brist på förståelse till vikten på epikris och till att medicin skulle skickats

med patient då de skrivits ut till hemmet, då sjukhuset lovade att detta skulle ordnas men detta glömdes ändå bort. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde att personalen på sjukhuset hade dålig förståelse för helhetsbilden av patienten i hemsjukvårdsituationer.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev behovet av sammanhållningen av läkemedelsordinationer de gånger det ordinerats både från hälsocentralen och från specialistläkaren vilket de ofta möttes av oförståelse till när de efterfrågade en sammanhållen ordination. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hade upplevt att det blev speciellt svårt med psykiatri patienterna på grund av patienters integritet och brister i patientens förståelse för samordning av överrapporteringen.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde bristande förståelse av ansvariga chefer när de påtalat rörande omsättningen på läkare att det var ett problem. De tillfälliga läkarna som de hade till förfogande tog inte alltid ställning till de nödvändiga medicinska besluten. Framförallt upplevde distriktssköterskorna/sjuksköterskorna att det kunde vara svårighet att få till hemsjukvårdsbesöken med läkaren och distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde att dessa besök kunde prioriterades bort av läkaren.

Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev att de blivit otrevligt bemötta i överrapporterings situation av andra sjuksköterskor på sjukhuset. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hade upplevt att andra vårdgivare inte alltid varit så flexibla i sitt helhetstänkande angående kostnadsställe av mediciner och material. I de fall dessa situationer inte löstes så kunde distriktssköterskorna/sjuksköterskorna inte utföra sitt arbete.

”det var en helg och då frågade jag familjeläkarjouren om jag kunde få låna saturationsmätare bara en stund för att kolla... det var en patient i Z...och då sa den här sköterskan som jobbade ...nej den lånar vi inte ut men du kan ringa efter en ambulans för dom har saturationsmätare med sig. Och då sa jag ja men så dålig är patienten inte, han behöver ingen ambulans och då tänkte jag att nej, så ska det inte vara.. eller ring om en ambulans så patienten kan transporteras till familjeläkarjouren för att kolla saturationen där.”(i.5B)

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde att läkarna på sjukhuset inte förstått vilket arbete som bedrevs i hemmet av hemsjukvårdssköterskorna. Denna oförståelse från läkarna hade lett till att det hade förekommit att patient och anhöriga inte alltid hade blivit korrekt informerade av behandlande läkare om fortsatt vård när patienten kommit hem.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna och hade då istället fått givit information och stöd utan att de hade någon riktig grund till informationen. Det kunde till exempel vara de gånger utan att beslut varit tagna om fortsatt vård och även i situationer som rörde sig om vård i livets slut.

”... önskar att dom var riktigt duktiga på sjukhusen och kanske göra det här avslutet och prata med anhöriga... ofta är det ju det här att det liksom inte riktigt uttalas.”(i.1A)

Brist på överrapportering/kommunikation

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev en avsaknad av helhetsbilden för patienten när de inte hade tillgång till patientinformation. I ett av områdena beskrev distriktssköterskorna/sjuksköterskorna om bristande återkoppling från hälsocentralen till hemsjukvården eftersom det inte funnits någon indikering i hälsocentralens journalsystem som visade läkaren att patienten tillhörde hemsjukvården. Till exempel när patienter varit till vårdcentralen så kunde informationen om att patienten fått nytt recept ha kommit veckan efter till distriktssköterskans/sjuksköterskans kännedom.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev att det var svårt med överrapporteringen från olika vårdgivare och den skriftliga och muntliga rapporten hade varit önskvärd men förekom inte alltid. En del distriktssköterskorna/sjuksköterskorna uttryckte att den muntliga rapporten inte kunde ersättas med elektroniska lösningar när all information inte gick att få fram i text. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev att det förekommit att överrapporteringar som utlovats missats och omvårdnadsepikriser uteblivit och i dessa sammanhang upplevde distriktssköterskorna/sjuksköterskorna oklara förväntningar på deras insatser. Vid tillfällen när muntlig rapport sagts på ett vis och skriftlig information visade ett annat innehåll så funderade distriktssköterskorna/sjuksköterskorna på vilken information de kunde lita på.

Flera distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev situationer där det handlat om ofullständiga läkemedelsordinationer när det brustit i rapporten angående detta vid utskrivning. Detta ledde till att distriktssköterskor/sjuksköterskor fått chansat med ordinationen första dagen och även förekommit att patienten blivit utan injektion vid något tillfälle när det inte gått att ordna fram läkemedlet. Det hade även förekommit händelser när sjukhuset rapporterat att det skulle ges injektion hemma hos patienten av distriktssköterskan/sjuksköterskan, vid hembesöket uppgav patienten att injektionen redan givits på sjukhuset.

Vårdplanering som inte gått att organisera på sjukhuset på grund av att kallelse kommit sent till hemsjukvårdens kännedom hade fått ersättas med överrapportering via telefon.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde detta arbetsmoment komplicerat på grund av svårigheten att få till strukturerade frågor. Vid bristfällig överrapportering och avsaknad av vårdplanering när beslut inte tagits på sjukhuset om hur vida patienten varit hemsjukvård eller hembesökspatient upplevde distriktssköterskor/sjuksköterskor krav från sjukhuset att ta hem patienterna på grund av bristande vårdplatser. Lösningen blev att distriktssköterskor/sjuksköterskor tog på sig ansvaret för vårdplaneringen hemma hos patienten istället.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev överrapporteringar som otydliga, de kunde blivit förvarnade om utskrivning, men inte fått något slutgiltigt besked att patienten varit på väg hem och plötsligt hade patient kommit hem. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev brister i kommunikationen och en känsla av osäkerhet vid samordningstillfällen mellan olika yrkeskategorier när de hade lämnat information till arbetsledare/chef. Det förekom att informationen stannat hos arbetsledare/chef vilket medförde till merarbete för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna.

”... Missas med överrapportering som det har sagt ska fixas, det är klart det har också mycket att tänka på inne på sjukhusen .. det blir konsekvenser för oss och patienten.”(i.3A)

”...Ja och så går det kanske inte att få till nån utan då får det bli på telefon och det blir lite hipp som happ...Att man tänker på alla frågor man ska ställa.”(i.1B)

I kategori **Hot mot patientsäkerhet** beskrev distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevda situationer som medfört att patienter drabbats på ett negativt sätt, vidare beskrev distriktssköterskorna/sjuksköterskorna att det hade fått göra avkall på att skriva avvikelser. Kategorin framkom från subkategorierna *patient blir drabbad på ett negativt sätt, avvikelserapportering skrivs inte.*

Patient blir drabbad på ett negativt sätt

En distriktssköterska/sjuksköterska beskrev att en svårt sjuk patient hade fått tagit all sin ork för att komma till hälsocentralen för den dagliga insatsen av sjukvård, fast han varit rapporterad till hemsjukvården så var inte patienten medveten om detta. Situationen resulterade i missnöjd patient och anhörig. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna såg en risk att de inte kunde upprätthållit patientsäkerheten i situationer när distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hade känslan att patienten inte skulle kunnat vara hemma. Till exempel när patient varit förvirrad eller inte hade kontroll över hemsituationen.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev att det förekom att recept varit utskrivna som varken patient eller distriktssköterskorna/sjuksköterskorna vetat om, vilket medförde till fördröjd ordination till patient. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde ett hot mot patientsäkerheten de gånger när inte återkoppling på provsvar eller när patienten inte fått sin ordinerade medicin. Det hade förekommit överdosering av läkemedel som medförde till att patienter blivit återinlagd. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna berättade om att viktig medicinsk information hade skickats efter överenskommen överrapporteringstid och detta hade lett till att patienter fått försenade insatser i hemmet.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev att det förekommit att patienter skickats hem på kvällar, nätter och helger utan nödvändig planering. Detta hade inneburit att husläkaren fått återremitterat patienten till sjukhuset vilket medförde att patienter fått åka tur och retur till sjukhuset. Det hade till och med förekommit att patienter som varit i dåligt allmäntillstånd avlidit i samband med dessa handhavande fel.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev att patienter haft det besvärligt och drabbats på negativt sätt när smärtpåverkade patienter fått passera olika vårdinstanser inom samma dygn. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev att det förekommit att patienter åkt till läkare och eller för kontroll av misstänkta frakturer som skickats hem utan rapport av

röntgenbedömning. Det kunde ha dröjt till dagen efter innan nödvändiga åtgärder satts in, denna fördröjning medförde till onödigt lidande för patienter.

”Ja det har hänt att patienter har kommit hem på kvällen utan någon rapport från akutmottagningen. Oklart vad som är sagt och som fortfarande mår så dåligt att de har fått åka tillbaka till sjukhuset för det är ingen som vet vad som har åtgärdats och patienten själv kan inte berätta.”(i.3A)

”När jag skulle spola en njurkateter så visade det sig att det var inte alls det jag skulle göra när jag kom hem till patienten...och det var ju tur att patienten visste. Det var ju urinblåsan jag skulle spola.”(i.6B)

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna berättade om patient som varit i behov av avancerad behandling under sex månader i patientens hem. Patienten hade bedömdes kunna vårdas av hemsjukvården från sjukhusets sida, hemsjukvården däremot upplevde det för långt från expertisen för att upprätthålla dialogen angående patientens välbefinnande. Behandlingen hade akut fått avbrytas när ansvarig doktor sett patienten och insett att sammantaget hade det inte blivit bra för patient.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev att patienter uppvisat oro och rädsla till att de skulle blivit bortglömda när de planerades om i distriktssköterskans tidbok.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev också om patienter som blivit besvikna och ledsna för att de blivit bortprioriterade för distriktssköterskan/sjuksköterskan hade ju sagt att de skulle komma.

Avvikelse rapportering skrivs inte

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev många gånger att de tänkt skriva avvikelse rapporter men inte gjort det. Flera distriktssköterskor/sjuksköterskor uppgav tidsbrist som anledning, andra berättade att de tog avvikelsen direkt med sin närmaste chef utan att skriva något. Några distriktssköterskor/sjuksköterskor ansåg att det inte resulterat till någon förändring efter att det skrivits avvikelse rapporter och flera distriktssköterskor/sjuksköterskor

uppgav att de borde ha skrivit avvikelserrapporter men det hade blivit bortprioriterat på grund av tidsbrist. I det ena området hade gränsdragningsproblematiken medfört till många konkreta ärenden gällande avvikelser som endast blivit muntligt informerat via chef till MAS och sedan handlades i gränsdragningsgruppen.

”...nu är det två händelser som inte verkar bra tycker jag. Jag har pratat personligen med chefen här flera gånger kan jag säga, dom här avvikelserna... jag har inte sett ett bra resultat av dom än. Det är bara ett spel för gallerierna.”(i.8A)

”...borde man ha gjort egentligen, ja, jag vet men det var under den tiden som vi inte hann med allting. Det var bara höra en sak, göra en sak men skriva, ja dokumentera hann vi men ingenting annat men visst det borde ha skrivits en avvikelse.”(i.5B)

I kategorin **Strategier för att ligga steget före** beskrev distriktssköterskorna/sjuksköterskorna att det ofta förekommit mycket frågetecken angående läkemedelshanteringen, hur de ofta fått omprioritera sitt arbete och ständigt kontrollerat rapporter från andra vårdgivare.

Subkategorierna som kategorin framkommit från var *läkemedelshanteringen, ständigt få omprioritera sitt arbete, att hela tiden ha kontroll.*

Läkemedelshanteringen

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev risker för allvarliga fel i samband med att patienter kommit hem med ofullständiga ordinationer av läkemedel. Med hjälp av strategier försökte distriktssköterskorna/sjuksköterskorna tillrättalägga läkemedelshanteringen. Det förekom att patienter kommit hem utan medicinlista eller ändring av ordination som berättades av patienten till hemsjukvårdens distriktssköterska/sjuksköterska.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev situationer när patienter varit i behov av att få vidbehovsmedicinering. När distriktssköterskorna/sjuksköterskorna kommit till patienten hade de inte läkemedlet hemma, ordinationen kunde varit ordnad men det fanns inga recept skrivna. För att distriktssköterskorna/sjuksköterskorna skulle kunna ge patientens vidbehovs

medicinering hade hon akut fått ordna recept. Även när anhörig ombetts hämta medicin, behövde distriktssköterskor/sjuksköterskor åka tillbaka för ett nytt besök hos patient. När medicinlistan inte stämt beskrevs detta av distriktssköterskorna/sjuksköterskorna som ett merarbete för att få rätt information. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde dock att de oftast hade lyckats förhindrat direkta patient fel angående läkemedelshanteringen.

”Häromdagen lovade en sjuksköterska att skicka med aktuella läkemedel till en patient som skulle komma på eftermiddagen...patient kom utan medicin...Ja de skickar inte med. Har hänt att anhöriga fått åka flera mil och hjälpt till att hämta.”(i.7A)

Någon distriktssköterska/sjuksköterska beskrev hur de upptäckt hemma hos patienten att det varit andra läkemedel än de som stått ordinerade som varit medskickat hem från sjukhuset, vilket medfört till stor osäkerhet för distriktssköterskan/sjuksköterskan om medicinlistan varit korrekt och hade fått sökt ordinerande läkare. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev svårigheter att få fram läkemedel när det uppstått brist av mediciner och det kunde vara omöjligt att nå ordinerande läkare för att tillrättalägga detta.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev hur de ständigt fått avgöra vikten av medicinens nödvändighet och avgörandet om patienten kunde väntat med läkemedlet eller möjligheten till att doseringstillfället flyttades. När läkemedelsordinationer inte varit förnyade i tid av ordinerande läkare medförde detta till merarbete för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna.

”...Ja, det är ju ofta kring medicinerna som det är krångel.”(i.2B)

Ständigt få omprioritera sitt arbete

Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev att det som stod för dagen planerat genomfördes på ett eller annat vis, men det tillkom ofta saker och förflyttningar av patientärendena i tidboken. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hade fått gjort omprioriteringar med att lösa akuta patientsituationer som hade uppstått. När det förekom att läkemedel eller material inte

varit medskickat enligt överenskommelse hade detta resulterat i såväl att taxi fått köra material eller att distriktssköterskorna/sjuksköterskorna fått ordnat och organiserat akut nödlösning och detta kunde medfört till osämja mellan annan vårdgivare och distriktssköterskan/sjuksköterskan.

Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev det som ett stressmoment när det blivit omprioriteringar i arbetet när de inte kunnat styra sin planering själv. Stor tidsåtgång avsattes av distriktssköterskorna/sjuksköterskorna på grund av åtskilliga telefonsamtal för tillrättaläggande av medicinhanteringen.

”... vi kan ju inte säga till sjukhuset att ni får vänta till i morgon eller ni får vänta till i övermorgon för den som ska ta den där patienten hon är inte i tjänst, det går ju inte att göra ”(i.3B)

Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev när sjukhuset meddelat om vårdplanering hade de ofta fått omprioriterat dagen eftersom de inte kunde sagt till sjukhuset att de skulle vänta med vårdplaneringen tills områdesansvarig distriktssköterska/sjuksköterska åter var i tjänst.

Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev situationer när de förmodat att patienten varit fortsatt inneliggande men kunde fått reda på av hemtjänsten att patienten kommit hem.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hade fått omprioritera sitt arbete för att åka hem till patienten på en gång för att göra en bedömning om vad som måste utföras och då fått släppa allt de hade på gång. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev att när patienter skulle hemplaneras med kort varsel, hade den patienten fått tiden som behövdes avsatt, däremot hade inneburit omprioritering. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde inte som att någon patient fått sttit emellan i och med denna omprioritering.

Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev situationer när de fått jobba över på grund av att annan vårdgivare inte meddelat i tid om patientärendet. Det kunde ha inneburit att distriktssköterskan/sjuksköterskan fått omboka patienten till kvällssköterskan, men kvällssköterskan beskrevs inte ha den tiden alla gånger, besöket kunde då ibland bedömts kunnat förskjutas till nästa dag. Distriktssköterskor/sjuksköterskor upplevde detta som svårt med avgörandet i omprioritering.

”Hur många gånger som helst.. kanske jag får flytta om allting. Jag får ta den tiden det tar att planera hem den här patienten och sen lägga de här övriga grejerna som jag hade planerat in för dagen vid ett senare tillfälle.”(i.4A)

Att hela tiden ha kontroll

Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev att de brukade vilja ha all information om patienten innan hemkomst för då fanns möjligheten att justera om det som var sagt inte var gjort, för låg de ett steg efter så blev det osäkra på om de hade gjort allt. Detta var distriktssköterskornas/sjuksköterskornas arbetssätt för att uppnå kontrollen på patientsituationen. Distriktssköterskor/sjuksköterskor arbetade några dagar i förebyggande syfte för att få kontroll på allting och på detta vis kunde de styra arbetet, annars upplevde distriktssköterskorna/sjuksköterskorna det som jobbigt för att de inte hade kontrollen över patientsituationen.

”...man vill ju alltid att allting ska flyta och då ligger vi steget före.. ja, så vi arbetar ju gärna några dagar i förebyggande och kollar om allting och ringer..man vill ju att patienten ska ha det bra.”(i.5A)

Några distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev för att de skulle kunna upprätthålla en kontroll i arbetet så hade de hämtat ut mediciner från apoteket i de situationer när patienter inte hade någon som kunnat hämta ut mediciner. För tiden att vänta in verkställighet av bistånd med apoteksärende fanns inte de flesta gånger. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna berättade om hur de låg steget före genom att de många gånger fått åka och låna nödvändiga mediciner för akutdelning i de situationer när patienter inte haft läkemedel med sig hem från sjukhuset och att de akut fått beställa mediciner.

Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev att det ofta förekom att de inte fått återkopplingen på avvikande provsvar av ordinerande läkare. Den bristande återkopplingen var något de hela tiden försökte komma ihåg att kontrollera för där såg de en risk om de inte gjorde det.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna berättade att de behövde vara alert i kontakten med sjukhuset till exempel för påminnelse om att läkemedel skulle skickas med patienten hem vid

ordinationsförändring. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev hur de fått kontrollerat via Apodos systemet om eventuella medicinändringar och vid vetskap om medicinändringen hade de fått ringt läkarsekreteraren för att få papper överskickade på den aktuella vårdkontakten.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev beroende på hur akut situationen varit hade det också blivit olika kontrollåtgärder, de lade ned olika engagemang för att uppnå kontrollen beroende på om det funnits en anhörig och även på patients kondition och delaktighet. Vid oklarhet angående patientvården så hade de fått ringa tillbaka till sjukhuset för att få kontroll över situationen för de kunde inte bara kunde lämna patientärendet.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hade även ibland varit i behov av att dubbelkontrollera informationen genom att de ringt upp sjukhuset men det hade inte alltid varit lätt att fått prata med rätt sjuksköterska på avdelningen som hade kunskap om patient. Därför ville distriktssköterskorna/sjuksköterskorna oftast prata direkt med den ansvariga läkaren för besluten under vårdtiden.

Det hade förekommit situationer beskrev distriktssköterskor/sjuksköterskor hur de fått åka hem till patienter efter påringning från patienten för att kontrollera vilket omläggingsmaterial som sjukhuset ordinerat eftersom distriktssköterskorna/sjuksköterskorna inte fått någon rapport om omläggings instruktion eller tänkt behandlingstid. Distriktssköterskor/sjuksköterskor som hade jobbat många år kollade och checkade av för de visste vad som kunde fallerat vid en överrapportering. En distriktssköterska/sjuksköterska beskrev hur det ofta fått ifrågasättas med följdfrågor i överrapporteringstillfällen för att få fakta.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde inte som att patienter märkt av allt arbete de gjort för att uppnå kontrollen runt patienten eftersom de oftast hade löst allting innan det hann bli fel för patienten.

”Ja man får ju ringa till alla ställen. Vad är det som gäller?”(i.4B)

I kategori **Inte själv kunna påverka arbetssituationen** beskrev distriktssköterskorna/sjuksköterskorna sin stress och frustration om deras upplevelse att det

funnits otillräcklig inblick från ansvariga i organisationen om deras yrkesroll och oförståelsen till ett kommunicerande journal system som skulle ge dem helhetsbilden av patienten.

Subkategorierna som kategorin framkommit ifrån var *bristande tillgång till information/journaler, bristande struktur i organisation/rutiner/riktlinjer.*

Bristande tillgång till information/journaler

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hade begränsad journalåtkomst och det faktum att de inte hade läsåtkomst till journalerna och att det förekom flera journalsystem om nödvändig patientinformation upplevdes som ett stort hinder när överrapportering skulle ske och som en risk till osäkert patientvård. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev hur det hade varit att inte kunnat komma åt andra vårdgivares journalsystem, detta hade givit dem känslan av negativ stress.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna saknade samordningsvinsten att de inte kunde läsa läkarens ordinationer. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev situationer då läkare hade ändrat medicinordinationerna utan att ha informerat varken patient eller ansvariga distriktssköterskor/sjuksköterskor som fortsatt dela mediciner enligt inte längre gällande ordinationer då hemsjukvårdens distriktssköterska/sjuksköterska inte hade tillgång till läkarens journal. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev deras jagande av doktorer för att fråga om nödvändig patientinformation eftersom distriktssköterskorna/sjuksköterskorna saknade journalåtkomst. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna saknade förståelsen från ansvariga av behovet av bakgrundsinformation om patienten via journalen och om olika professioners behov av samordning. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde det som helt omöjligt att arbeta som distriktssköterskor/sjuksköterskor om inte helhetsbilden fanns där gällande nödvändig patientinformation.

”Vi kommer inte åt deras journalsystem...där kan man ju prata om negativ stress...för där får man ju hålla på att jaga på doktorerna och fråga.”(i.2A)

”... vi saknar den här bakgrunden, hur mycket vi läste, hur mycket vi fixade när vi läste det där... journalen... när doktorn har skrivit kolla Hb om 1 månad och då kunde man ju läsa och så gjorde man det. Jag tror inte att dom riktigt förstod vilka olika yrkeskategorier... hur man arbetar helt enkelt går ju inte att jobba som distriktssköterska här, det är helt omöjligt alltså... om man inte får information om vad man ska göra.”(i.6B)

Bristande struktur i organisation/rutiner/riktlinjer

Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev hur de blivit stressade och frustrerade över det faktum att de upplevt att ansvariga chefer i organisationen inte förstått vad de hade tagit över för verksamhet och att de inte förstått distriktssköterskornas/sjuksköterskornas uppdrag och komplexa yrkesfunktion. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev en brist av rutinen i samordning när patient hade flera läkarkontakter vilket medfört till försenade insatser på grund av att remisser behövde passera flera vårdgivare. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde ibland det svårt att samordna insatserna dygnet runt i hemmet för patienter där det inte varit riktigt klarlagda rutiner mellan dag, kväll och natt personalen. Eftersom olika insatser utfördes från olika huvudmän hade detta medfört till missförstånd i och med det faktum att patientärenden bollats fram och tillbaka mellan kommun och primärvård. Även otydlighet i samordningen runt om vad som skulle varit hemsjukvård eller hembesök detta medförde en känsla av stress för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna.

En av organisationens lösningar på vårdplanering då långa avstånd förekom var videolänk som användes för tidsbesparande åtgärd. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev att videolänken inte alltid fungerade tekniskt och att deltagarna i vårdplaneringen såväl vårpersonal som patient och anhöriga kunde ibland bli mera fokuserade på tekniken och det faktum att behöva se varandra på TV skärm, än att de bevarade fokuset på själva syftet med vårdplaneringen. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev det som resursslöseri och stress när både primärvårdssköterskan som ansvarade för hembesöken och hemsjukvårdssköterskan åkt in för vårdplanering för att de skulle ta ställning till vem som hade ansvaret för patienten vid hemkomst. Några distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev svårigheter att alla gånger ta emot rapporten från sjukhuset via det datoriserade överrapporteringsystemet enligt överenskommen rutin. En del distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev deras skyldighet att kontrollerat systemet men på

grund av arbete i glesbygden hade det inneburit att de inte hann utföra kontrollen på exakta tider. Andra distriktssköterskor/sjuksköterskor bevakade det tätare än överenskommen rutin och genom detta hade de fått mera utrymme tidsmässigt för påbörjande av planeringen om patient varit på väg hem. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev hur kvitteringsskyldigheten i det datoriserade överrapporteringsystemet vid ett meddelande om en icke hemsjukvårdpatienter medförde till tekniskt krångel och till diskussioner angående handhavandet. Detta moment hade krävt administrativ tid som inte fanns för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna.

”...När dom går ut från sjukhusets dörrar då har dom inte nåt med det här att göra längre...det känns nästan så. Det funkar ju inte så enkelt eftersom vi har så olika möjligheter. Ja...det blir också hårklyveri.”(i.6A)

Överrapporteringen fungerade inte ibland på grund av yttre omständigheter som till exempel att arbetsmiljön för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrevs inte alltid som optimal för att ta emot en överrapportering av patientärende. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna behövde ständigt vara nåbara via telefon. I situationer vid telefonkontakt med annan vårdgivare beskrevs arbetsmiljön av distriktssköterskorna/sjuksköterskorna att de inte kunnat koncentrat sig på att tagit emot informationen på grund av att andra pratat runt omkring dem, gick de ut i allmänna utrymmen blev det risk för sekretess brott. Vid telefonkontakt i patientens hem kunde inte distriktssköterskorna/sjuksköterskorna ställa motfrågor på grund av att patienten kunde ha varit i närheten och detta upplevde distriktssköterskorna/sjuksköterskorna stressande. När distriktssköterskor/sjuksköterskor hade bättre förutsättningar för att ta emot överrapporteringen och återuppringt till avdelningen kunde sjuksköterskan med patientkännedom gått för dagen vilket blev problem för distriktssköterskor/sjuksköterskor.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev deras arbetsmiljö som splittrad i många överrapporterings tillfällen via mobiltelefonen och när de körde bil beskrev de hur de kunde ha blivit uppringda vid olämpliga situationer då det inte gått att stanna bilen eller att det varit dålig täckning på mobiltelefonen. Blev problem när information inte kunde skrivits ned i direkt anslutning till telefonsamtalet och detta ökade risken att viktig information glömdes

bort vilket lett till missförstånd angående patientinformationen. Vid telefonrapport som inte hunnit administrerats/dokumenterats av den som tagit emot rapporten hade detta medfört till att patientarbetet blivit osäkert när ärendet sedan utförts av annan distriktssköterska/sjuksköterska.

I ett av områdena med den nya rutinen vid överlämning från hälsocentralen angående ny hemsjukvårdspatient. Upplevde distriktssköterskorna/sjuksköterskorna att när de skulle träffas hemma hos patient, önskades möjligheten att de skulle vilja ha ställt mera medicinska frågor till sjuksköterskan som lämnade över ärendet. Dessa situationer upplevdes som stressande för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna att det pratades om patienten i tredje person hemma patienten.

Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev när det skulle utföras provtagning inför det årliga läkarbesöket rapporterades eller ordinerades detta inte alltid i tid till hemsjukvården. Det medförde till att provtagningarna utfördes först efter läkarbesöket vilket inte upplevdes bra för patient beskrev distriktssköterskorna/sjuksköterskorna. Pågrund av tidsåtgången för resor till sjukhuset hade distriktssköterskorna/sjuksköterskorna svårt att bege sig dit på vårdplanering och därför fått använt telefonrapportering som inte upplevts betryggande eftersom distriktssköterskorna/sjuksköterskorna kände stress att de fått otillräcklig information.

Några distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev stress när bristande struktur i organisationen förekom, de ville ha gjort sitt bästa men bristerna medförde att allting inte blivit som det varit inplanerat och ordinerat. En distriktssköterska/sjuksköterska kunde känna en stress i arbetet men tänkte inte så mycket, utan arbetade vidare utan reflektion. Vid bristande rutiner i organisationen angående överlämning av patientinformation beskrev distriktssköterskorna/sjuksköterskorna att det förekommit att anhöriga fått agera budbärare av information i de situationer när patienten inte visste vad som sagts av läkaren. Det förekom även att anhöriga kunde fått varit den som lämnat besked till hemsjukvården både om att patienten hade lagts in och kommit hem och detta upplevdes inte korrekt av distriktssköterskorna/sjuksköterskorna. Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev detta som en risk att anhöriga kunde ha uppfattat fel och eftersom distriktssköterska/sjuksköterska stod som ytterst medicinskt ansvarig och behövde skriftlig förstahandsinformation av behandlande läkare och inte av anhöriga.

Organisationens rutiner var ibland bristfälliga beskrev distriktssköterskorna/sjuksköterskorna, de kunde känt sig oförberedd på nya arbetsmoment när det till exempel förekommit att patienter larmat om att de kommit hem med avancerad medicinsk utrustning utan att patienterna visste vad som var tänkt med behandlingen. När detta förekommit att patienter kommit hem utan att hemgången hade föregåtts av någon rapport eller vårdplanering till hemsjukvården så fanns inte nödvändigt material till detta hemtaget till verksamheten och arbetet blev omöjligt att utföra för hemsjukvården. Distriktssköterskor/sjuksköterskor upplevde negativ stress i samband med detta och en distriktssköterska/sjuksköterska beskrev det som ”vad skulle de mötas av härnäst?”

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev schematekniskt inför och efter helg att detta hade inneburit lägre bemanning för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna. Organisatoriska bristande förståelse på bemannings antal upplevdes som stressande för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna. Underbemanningen hade medfört att överrapporteringen gällande patientärenden inte alltid hade hunnits med kollegor i mellan. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hade bara arbetat på och hoppats att inte göra något fel. Distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev att organisationens upplägg med att sjukhuset sent på eftermiddagen kunde meddelat att patient skulle hemplaneras till dagen efter. Det medförde till sena vårdplaneringar som i sin tur resulterat till övertid för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna eftersom dokumentationen av all information ifrån överrapporteringen i samband med vårdplanering måste utföras så att viktig information inte försvann.

Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev att organisationsförändringen hade medfört till gränsdragnings diskussioner mellan olika huvudmän som sjukvårdsrådgivning, kvällssjuksköterska, ambulansen vilket medfört att patienter fått fördröjda insatser. En distriktssköterska/sjuksköterska beskrev att patient blivit förskräckt när ambulansen kommit på ett hembesök på natten när patienten förväntat sig ett hembesök av nattsjuksköterskan.

Från det område där distriktssköterskor/sjuksköterskor nyligen gått över till kommun som huvudman för hemsjukvården hade det införts ett nytt system som börjats användas med syftet med att säkerställa patientinformation till patienten vid utskrivning. Systemet skulle förebygga återinläggningar. Systemet ansågs än så länge otydligt utav distriktssköterskorna/sjuksköterskorna. För även om patienten varit inskriven i hemsjukvården

innan sjukhusvistelsen, skulle ändå primärvårdssköterskan ringt patienten angående om patient hade nödvändig information om fortsatt vård. Patienterna hade inte förstått varför flera huvudmän varit involverade i vården. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev dessutom att det förekommit att primärvårdssköterska hade brustit med att vidare rapporterat sin kontakt med patienten till hemsjukvården.

”...så kommer patienten hem och så fortsätter man i god tro att det ska vara precis som det varit och så säger patienten att han varit till doktorn... och det är nya medicinlistor... jag tycker inte att patienten ska vara en budbärare.”(i.7B)

Diskussion

Huvudresultat

Författarna till föreliggande studie fick fram att brister i kommunikationen såväl muntliga som skriftliga mellan distriktssköterskorna/sjuksköterskorna i hemsjukvården och annan vårdgivare förekom. Det medförde till extra arbetsuppgifter för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna samt dålig kontroll av arbetssituationen och svårigheter att utföra deras arbetsuppgifter. Distriktssköterskornas/sjuksköterskornas beskrev en påtaglig känsla av maktlöshet i sin arbetssituation. Enligt Kanters teori var det grundläggande behovet att få egenmakt i sin organisation för att kunna utföra optimal omvårdnad. Författarna till föreliggande studie såg att problematik inom kommunikation och informationsöverföringsprocessen framkom tydlig från båda områdena trots att den ena organisationen bedrivits i 20 år och den andra var nystartad. Författarna till föreliggande studie såg att den gemensamma nämnaren från resultatet blev att vårdkedjan inte var starkare än den svagaste länken. När informationsöverföringsprocessen inte fungerat så brast vårdkedjan.

Resultatdiskussion

Författarna till föreliggande studies resultat visade att bristfällig informationsöverföring mellan olika vårdgivare var ett återkommande problem. Detta styrker rapportern från The Joint Commission Center (2009) där brister i kommunikationen var en av de vanligaste orsakerna till att det uppstått fel i vården och de var enda eller bidragande orsak till två tredjedelar av de allvarligare missödena i vården. Lindh & Sahlqvist (2012) beskriver om hierarki och kommunikation i samband med ifrågasättande av varandras arbete (Lindh & Sahlqvist 2012). Resultatet till föreliggande studie visade att informationsöverföringsprocessen var komplex när det var många komponenter som skulle fungera i denna samverkan. I den svenska studien Ödegård (2006) beskrevs patientsäkerheten som en komplex riskbild. Enligt studien av Valhey *et al.* (2004) och Lindh & Sahlqvist (2012) beskrevs en professionell kommunikation mellan vårdpersonal som komplicerad och en risk till missförstånd. För att detta skulle kunna genomföras var det viktigt att informationsöverföringen var fullständig och ändamålsenlig. I och med detta kunde aktiviteten genomföras på ett säkert sätt för patienten (Valhey *et al.* 2004, Lindh & Sahlqvist 2012). Problemet med ofullständiga överrapporteringar har belysts i tidigare studie om brister i kommunikation mellan vårdgivare eller vid interna kommunikationsproblem. Det förekom

ofta ofullständiga dokument vid utskrivning och med brister i läkemedelsordination och i läkemedelshanteringen (Witherington *et al.* 2008). Fastbom (2006) beskrev när det förekommit att patienten fått vara informationsbärare, medförde detta till en större risk att information inte kom vidare eller patient inte hade förstått att den skulle vidarebefordras till sjuksköterskan (Fastbom 2006). I den svenska studien om telefonrådgivning, patientsäkerhet och kommunikation av Ernesäter *et al.* (2012) beskrevs rådgivningssjuksköterskorna på 1177 om deras förståelse till kommunikation mellan två parter.

I resultatet till föreliggande studie beskrev distriktssköterskorna/sjuksköterskorna om gränsdragningsproblematik. Studien av Leape (1999) beskrev om hur viktigt det var för personalen att ha möjlighet att ställa krav på en tydlig styrning av säkerhetsarbete och tillgång till information om verksamhetens risker (Leape 1999).

Risker till att inte kunnat upprätthålla patientsäkerheten framkom tydligt från resultatet till föreliggande studie. Flera tidigare studier beskrev medicinska fel vid utskrivning. Patienternas risker till sårbarhet ökade vid större sjukhus när det har brustit i vårdkedjan (Kripalani *et al.* 2007 b, Ginsburg *et al.* 2010). Ytterligare tidigare studier beskrev om patienternas upplevelse hur de känt sig förvirrade och frustrerade när de inte fått hjälp eller uppföljning som det var tänkt på grund av kommunikationssvårigheter mellan vårdgivarna (Van Walraven *et al.* 2004, Kripalani *et al.* 2007 a, Arora *et al.* 2010). Tidigare studier styrker att många läkemedelsanvändare hade ett eller flera läkemedelsrelaterade problem som medförde obehag eller en klinisk försämring hos patienten och det kunde förekommit akuta återinläggningar på sjukhuset (Gunnarsson *et al.* 2004, Cornissh *et al.* 2005, Mc Millian *et al.* 2006).

I resultatet framkom det att utskrivningsprocessen blev komplicerad eftersom många aktörer varit inblandade i denna process och på grund av avsaknaden till ett helhetstänk runt patienten och ett icke kommunicerande journalsystem. Syftet med Travelbees omvårdnadsteori om kommunikation var att få patientkännedom genom att ta reda på och tillgodose patientens behov (Kirkevold 2000). Enligt studien av Woolf *et al.* (2004) såg de konsekvenser för patienten i det snabba händelseförloppet i vårdkedjan när andra enheter kunde påverkat med till exempel kostnader eller organisationens uppbyggnad vilket medförde till att fel uppstått (Woolf *et al.* 2004). Den svenska studien av Rydeman & Törnqvist (2006) beskrev förståelsen till efterföljande vård och svårigheterna att förstå helhetsbilden i den nya situationen i hemmiljön för patienten i samband med utskrivningsprocessen. Det förekom allmänna och

lokala problem i arbetsflödet. Det allmänna problemet var de aktuella reglerna, begränsningar i resurser och omfattande generella riktlinjer. Det lokala problemet var begränsningar på grund av rutinerna (Rydeman & Törnqvist 2006). Flertal studier visade att primärvårdsinstanser som använde datoriserat system med sammanlänkande journal optimerade arbetsflödet. Med hjälp av ett bra arbetsflöde och upprättande av en säker miljö runt patientvården innebar det säkrare vård (Gaunt & Roger-France 1996, Wettermeck *et al.* 2012).

I resultatet framkom det svårigheter i handhavandet angående avvikelserapporteringen. Tidigare studie visade att rapportering av händelser som relaterat till skada framhölls som svåra att rapportera på grund av tidsbrist eller bristande förståelse till att rapportering var nödvändig (Lindqvist *et al.* 1998). Den svenska studien av Ödegård (2006) baserades på dokumentanalyser av rapporter från Lex Maria ärenden. Studien visade att det antingen saknades skyddsbarriärer i organisationen eller att de inte varit tillräckligt effektiva för att förhindra uppkomsten till patientskador (Ödegård 2006). Ytterligare tidigare studier visade att Hälso- och sjukvårdens förhållningssätt var att insatserna korrigerades när misstagen redan hade inträffat jämfört mot bland annat flyget och kärnkraften där förhållningssättet har ett tydligare preventivt handlande med betoning på identifiering av tänkbara risker (Ödegård 1999, Sexton *et al.* 2000).

Distriktssköterskorna/sjuksköterskor behövde ständigt använda sig av strategier för att vara steget före med handlingsberedskap för att kunna arbeta enligt SOSFS 2005:27. Där det beskrivs om samverkan av vilka vårdinsatser patienten skulle kunna vara i behov av efter utskrivningen. Gandhi *et al.* (2003) visade att förbättrad kommunikation om uppföljning av ordinerat läkemedel och kunskapen om patientens symtom medförde till bättre handlingsberedskap för vårdpersonalen. Enligt tidigare studier saknades ofta anledning till läkemedelsordinationer av utskrivande läkare och orsak till ordinationen, saknades även planering när behandlingen skulle följas upp. Vilket sammantaget medförde till läkemedelsmisstag varje gång en patient förflyttades mellan vårdgivare (Coleman *et al.* 2005, Fastbom 2006, Midlöv *et al.* 2007, SKL 2008). Flertalet studier har belyst problemen med ofullständiga läkemedelsordinationer, endast hälften av läkemedelsordinationerna från primärvårdsläkaren stämde överens med läkemedelsunderlagen hos sjuksköterskorna inom hemsjukvården (Myhr & Kimsås 1999, Jensen *et al.* 2003, Glintborg *et al.* 2007). Enligt tidigare studier förekom även skillnader av läkemedelslistor som inte varit korrekta vid

utskrivningen (Bedell *et al.* 2000, Frank *et al.* 2001, Andersen *et al.* 2003, Larsen *et al.* 2006). Den svenska studien av Beckman Gyllenstrand (2007) visade hur äldre personer över 80 år hade svårigheter att klara av läkemedelshanteringen, därför blev det viktigt att omvårdnadspersonalen var behjälplig vid denna kontroll av läkemedel (Beckman Gyllenstrand 2007).

Författarna till föreliggande studie förstod att distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hade en hög ambition till samverkan och kommunikering, både med patient och med andra i vårdkedjan men med en liten möjlighet att själva kunna påverka sin arbetssituation. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna upplevde en avsaknad av tydlig styrning. Det centrala begreppet i Kanters teori var självbestämmande samt tillgång till information, resurser, stöd för att lyckas genomföra ett bra arbete i en organisation (Spence Laschinger *et al.* 2010). Den svenska studien av Engström *et al.* (2006) undersökte omvårdnadspersonalens arbetstillfredsställe och upplevelse av stress inom vården av äldre. Faktorer som påverkade var ålder, personlig utveckling, arbetsbelastning, förväntningar, krav och samarbete som tillsammans medförde stressymtom. Den svenska studien av Wetterhamn (2006/2007) visade att personalnedskärningar och omorganisation medfört ogynnsamma psykosociala förhållanden i arbetslivet (Wetterhamn 2006/2007). Ytterligare studie belyste organisatoriska och personliga faktorer som viktiga till arbetsengagemang (Fiabane *et al.* 2013).

Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva distriktssköterskors/sjuksköterskors reflektioner kring kommunikation och informationsöverföringsprocessen mellan hemsjukvården och annan vårdgivare. Enligt Granheim och Lundman (2004) kunde en studies trovärdighet diskuteras med begreppen trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Datasamlingsmetoden med semistrukturerade frågor till föreliggande studie ansågs som mest lämplig för att besvara studiens syfte och frågeställningar för att öka trovärdigheten (Granheim & Lundman 2004).

Författarna till föreliggande studie valde bekvämlighetsurval för att inte författarna skulle kunnat påverka urvalet av deltagare genom att någon skulle ha valts ut specifikt som skulle kunnat ha styrt resultatet. Kriteriet att distriktssköterskor/sjuksköterskor skulle arbeta dagtid var enligt författarna till föreliggande studie att vid tjänstgöring obekvämt arbetstid skulle distriktssköterskor/sjuksköterskor haft svårt att avsätta den önskade tiden för intervjun.

Därmed kunde författarna till föreliggande studie inte uttala sig om nattens reflektioner vid bristande informationsöverföring. Författarna till föreliggande studie var medvetna om att nattens distriktssköterskors/sjuksköterskors problem inte lyftes.

Valet att använda intervjuer med semistrukturerade frågor där möjlighet för författarna till föreliggande studie att kunna ställa följdfrågor på förtydligande eller där distriktssköterskorna/sjuksköterskorna ombads att ge ytterligare exempel som skulle kunna förstärkt studiens resultat. Vid provintervjun styrktes frågornas användbarhet då författarna till föreliggande studie fick mycket innehåll i den intervjun som svarade mot syftet. Intervjusvaren där distriktssköterskorna/sjuksköterskorna beskrev sina respektive reflektioner besvarade väl studiens syfte och frågeställning och detta gav författarna till föreliggande studie stor mängd intervjumaterial som stärkte studiens trovärdighet. Kriterierna som författarna till föreliggande studie hade satt upp var att deltagarna skulle minst ha ett års erfarenhet av hemsjukvårdsarbete och detta uppfylldes mycket väl. Deltagarnas tjänstgöringsår inom hemsjukvården låg i ett spann mellan 1-21 år och genomsnittet var åtta års erfarenhet med hemsjukvård. För att ytterligare öka studiens trovärdighet valdes två hemsjukvårdsområden i två olika län till studien.

En nackdel i början av intervjuerna kunde varit att bandspelaren påverkat någon distriktssköterska negativt eftersom några distriktssköterskor/sjuksköterskor beskrev sig ovana i intervjusituationen. Författarna till föreliggande studie upplevde att denna känsla försvann efter de första bakgrundsfrågorna hade ställts och därefter förflöt intervjuerna bra. Intervjuerna kunde utföras ostört förutom vid två tillfällen där det blev avbrott en kortare stund när annan person kom in i rummet. En distriktssköterska/sjuksköterska som skulle intervjuas behövde snabba på intervjun för att hinna på en vårdplanering som kommit till kännedom med kort varsel på samma tid vi bokat in. Intervjun genomfördes lite mera kortfattat tidsmässigt men med kärnfulla svar. Genomsnittstid för intervjuerna var 45 minuter i båda områdena.

Tillförlitligheten handlar om hur väl data och analysprocessen riktar studiens fokus (Polit & Beck 2008). Det som ökade tillförlitligheten var att författarna till föreliggande studie intervjuade och analyserade materialet själva. Tillförlitligheten stärktes genom att författarna suttit med som observatör under intervjuerna på varandras områden. Vilket blev en fördel i studien i samband med kategori sammanställningen. En av författarna hade arbetat inom

hemsjukvård i 19 år och hade förståelse till reflektioner i samband med informationsöverföringsprocessen. Författaren var medveten om detta och därför påverkade inte författaren distriktssköterskornas/sjuksköterskornas svar.

Nackdel med intervjuform enligt författare till föreliggande studie kunde vara att de muntliga svaren som gavs vid intervjutillfället var mera tillrättalagda än om de intervjuade fått lämna in anonymt skriftligt svar vilket skulle kunna ha minskat tillförlitligheten för studien. Författarna till föreliggande studie kunde se i resultatet att ingen av deltagarna i område A hade vidareutbildning till distriktssköterska dock hade alla en lång erfarenhet inom hemsjukvården som sjuksköterska. Deltagarna från område B hade samtliga distriktssköterskeutbildning men däremot kortare tid inom hemsjukvården. Författarna till föreliggande studie ansåg att detta inte påverkade tillförlitligheten till resultatet för att oavsett om de var distriktssköterska/sjuksköterska så gav intervjuerna svar till studiens syfte.

Det som ökade pålitligheten var att all data analyserades under en kortare period mellan januari till maj 2013. Eftersom föreliggande studie genomfördes under en begränsad tidsperiod stärktes ytterligare stabiliteten då tillvägagångssättet inte hunnit förändrats över tid (Granheim & Lundman 2004). Tillförlitligheten var också en fråga hur författarna till föreliggande studie bedömde likheter och olikheter mellan resultatets kategorier som framkommit i relation till tidigare forskning. För att förstärka tillförlitligheten ytterligare så förekom det citat från intervjuernas transkriberade texter. Citaten som användes i resultatet representerades från båda områdena med en spridning mellan deltagarna. Medbedömningar angående kategorisering och resultatbearbetning av handledare och andra deltagare i handledargruppen har pågått under analysprocessen fortlöpte under våren 2013. Justeringar av subkategorier och kategorier gjordes flera gånger som sedan mynnade ut till ett gemensamt tema. Detta förstärkte trovärdigheten i studien (Granheim & Lundman 2004). För att stärka stabiliteten i datainsamlingen under analysprocessen har författarna till föreliggande studie under hela processen gått tillbaks till ursprungstexten för att kontrollera att inget innehåll gått förlorat eller att analysprocessen förändrats under arbetes gång.

För att öka överförbarheten till att andra författare skulle kunna utföra studien har urvalet och undersökningsgruppen till föreliggande studie beskrivits så tydligt som möjligt utan att identifiering av deltagarna varit möjligt. Även datainsamlingsmetod och analysprocessen beskrevs utförligt för att förbättra överförbarheten (Granheim & Lundman 2004). En nackdel

enligt författarna till föreliggande studie var att antalet intervjuade deltagare kanske var för få till antalet för att vara representativt för överförbarheten av resultatet.

Allmän diskussion

Författarna till föreliggande studie förstod att organisationsstrukturens uppbyggnad inom hemsjukvården påverkande distriktssköterskorna/sjuksköterskorna. Det framkom från resultatet att det inte fanns tydliga rutiner gällande informationsöverföringsprocessen. Det framkom att det inte användes någon specifik modell vid muntlig kommunikationsöverföring. Att problemen med informationsöverföringsprocessen fanns var uppenbart enligt studiens resultat och ansvariga behövde ta sitt ansvar och ge tillräckliga förutsättningar till en fungerande verksamhet. Risker till att inte kunnat upprätthålla patientsäkerheten blev påtaglig när många olika parter skulle samverka med varandra och distriktssköterskorna/sjuksköterskorna hamnade i en komplex situation när de var den yttersta länken till patienten i hemsjukvården. Den kliniska nyttan med studien skulle kunna vara att öka förståelsen till uppföljningar i verksamheten och en fungerande avvikelshantering med respons. Den organisatoriska ledningen bör också bli medveten om betydelsen av personalens egenmakt. Författarna till föreliggande studie såg att detta var ett problem som tidigare belyst i såväl svenska som internationella studier. Fortsatta studier inom detta problemområde skulle kunna vara att klargöra hur distriktssköterskors/sjuksköterskors arbetsituation i hemsjukvården ser ut, med hjälp av Kanters teori med begreppen som undersökningsinstrument och med en större mängd deltagare.

Slutsats

Slutsatsen från föreliggande studie blev att vårdkedjan inte var starkare än svagaste länken när informationsöverföringsprocessen brustit. I samhällsläget idag med allt fler äldre som kan komma ifråga till att vara i behov av avancerad vård i hemmet och samtidigt bedrivs kostnadseffektivt, har vi inte råd med dessa misstag som medfört till ett onödigt lidande för patienterna och en komplicerad arbetsituation för distriktssköterskorna/sjuksköterskorna

Referenser

Ahrenfelt B. (2001) *Förändring som tillstånd*. Lund, Studentlitteratur. Sverige.

Andersen M. D., Pedersen A. B. & Bach K. F. (2003) Medication history internal medicine wards: assessment of extra information collected from second drug interviews and GP lists. *Pharmacoepidmiology and drug safety* **12**, 491-498.

Arora M.V., Prochaska L.M., Faman M.J., D'Arcy M., Schwanz J.K., Vinci M.L., Davis M.A., Meltzer O.D. & Johnson K.L. (2010) Problem after Discharge and Understanding of Communication with their PCPs Among Hospitalized Seniors: A Mixed Methods Study. *J Hosp Med.***5**(7),385-391. doi:10.1002/jhm.668.

Bergentz S-E. & Bauer C. H .G. (1995) *När skydds nätet brister. Lärdomar från sjukvårdens ansvars nämnd*. Lund, Studentlitteratur. Sverige.

Beckman Gyllenstrand A. (2007) *Medication Management and patient Compliance in Old Age*. Akademisk avhandling, Karolinska instiutet. Sverige.

Bedell S. E., Jabbour S., Goldberg R., Glaser H., Gobble S., Young-Xu Y., Graboys T. B, & Ravid S. (2000) Discrepancies in the use of medications: their extent and predictors in an outpatient practice. *Arch Intern Medicine* **160**, 2129-2134.

Bowels K.H. (2000) Patient problems and nurse interventions during acute care and discharge planning. *J caridovasc Nurs* **14**(3), 29-41.

Bull M.J. & Roberts J. (2001) Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing* **35**(4), 571-581.

Codex. <http://www.codex.vr.se> 2011-06-13

Coiera E. & Tombs V. (1998) Communication behaviors in a hospital setting: an observational study. *BMJ* **316**(7132), 673-676.

- Coleman A., Smith J. D., Raha D. & Sung-Joon M. (2005) Post hospital medication Discrepancies. *Arch Intern Medicine* **165**, 1842-1847.
- Cook R. & Rasmussen J. (2005) "Going solid": a model of system dynamics and consequences for patient safety. *Qual Saf Health Care* **14**, 130-134.
doi: 10.1136/qshc.2003.009530
- Cornish P. L., Knowles S. R., Marchesano R., Tam V., Shadowitz S., Juurlink D.N. & Etchells E. E. (2005) Unintended Medication Discrepancies at the Time of Hospital Admission. *Arch Intern Medicin* **165**, 424-429.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2008) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialist sjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 12 december, 2012, DSF, <http://www.distriktsskoterska.se>
- Drevenhorn E. (Red.) (2010) *Hemsjukvård*. Lund, Studentlittertur. Sverige.
- Donchin Y., Gopher, D., Olin M., Badihi Y., Biesky M., Sprung C., Pizov R. & Cotev S. (1995) A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Critical Care Medicine* **23**(2), 294-300.
- Engström M., Ljunggren B., Lindqvist R. & Carlsson M. (2006) Staff satisfaction with work, perceived quality of care and stress in elderly care: psychometric assessments and associations. *Journal of Nursing Management* **14**, 318-328.
- Ernesäter A., Engström M., Winblad U., Rahmqvist M. & Holmström I K. (2011) Communication challenges in Swedish telephone advice nursing – analysis of actual calls. *Submit*
- Fastbom J. (2006) *Äldre och läkemedel*. Stockholm, Liber. Sverige.
- Fiabane, E., Giorgi I., Squazzin C. & Argentero P. (2013) Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare worker: the role of organizational and personal factors. *J.Clin Nurs*, doi: 10.1111/jocn.12084.

- Frank C., Godvin M., Verma S., Kelly A., Birenbaum A., Seguin R. & Anderson J. (2001) What drugs are our frail elderly patients taking? *Canadian Family Physician* **47**, 1198-2004.
- Gandhi T.K., Weingart S.N., Borus J., Seger A.C., Peterson J., Burdick E., Seger D.L., Shu K., Federico F., Leape L.L. & Bates D.W. (2003) Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* **17**(16), 1556-64.
- Gaunt N. & Roger-France, F. (1996) Security of the electronic health care record-professional and ethical implications. *Stud Health Technol Inform* **27**,10-22.
- Gentles S. J., Lokker C. & Mckibbon K. A. (2010) Health Information Technology to Facilitate Communication Involving Health Care Providers, Caregiver, and Pediatric Patients: A Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research* **12**(2), E22.doi:10.2196/jmir.1390.
- Ginsburg L.R., Chaug Du-Ta., BertaW. B., Norton P. G., Ng P., Tregunno D. & Richardson J. (2010) The Relationship between Organizational Leadership for Safety and Learning from Patient Safety Events. *Health Services Research* **45**(3), 607-632. doi:10.1111/j.1475-6773.2010.01102.x.
- Glintborg B., Andersen Ejdrup S. & Dalhoff K. (2007) Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Quality of Safe of Health Care* **16**, 34-39.
- Graneheim U. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **24**,105-112.
- Gunnarsson L., Sjöbeck A-B., Lindskog K. (2004) Förbättrad informationsöverföring mellan olika vårdnivåer leder till färre LRP. *Sjukhusfarmaci* **3**, 121-125.
- Hsieh H-F. & Shannon S.E. (2005) Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* **15**(9), 1277-1288. doi:10.1177/1049732305276687.

Jensen S.A., Öien T., Jacobsen G. & Johnsen R. (2003) Feil i medikamentkortene- en helserisiko ? *Tidsskrift Norske Laegeforen* **24**, 3598-3599.

Joint Commission Center for Transforming Healthcare. (2009) *Facts about Hand-off Communications*. Hämtad 2013-01-23 från:
http://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/CTH_HOC_Fact_Sheet.pdf

Kirkvold M. (2000) *Omvårdnadsteorier -analys och utvärdering* (2.uppl.). Lund, Studentlitteratur. Sverige.

Kripalani S., LeFevre F., Phillips C.O., Williams M.V., Basaviah P., & Baker D. W. (2007 a) Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Journal of the American Medical Association* **297**(8), 831-841.

Kripalani S., Jackson A.T., Schnipper J.L. & Coleman E.A. (2007 b) Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *Journal of hospital medicine* **2**(5), 314-323.

Kvale S & Brinkmann S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund, Studentlitteratur. Sverige.

Larsen D., Nielsen L-P., Jeffery L. & Staehr M. E. (2006) Medicineringsfeil ved Inleggesle på sygehus. *Videnskab og Praksis* **168**(35), 2887-2890.

Lawton R., Parker D. (2002) Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Quality and safety in healthcare* **11**, 15-18

Leape L. (1999) Why should we report adverse incidents? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* **5**(1), 1-4.

Leape L. (2002) Reporting of Adverse Events. *N Engl J Med* **347**, 1633-1638. doi: 10.1056/NEJMNEJMHpr011493.

Lindh M., Sahlqvist L. (2012) *Säker vård*. Stockholm, Natur & Kultur. Sverige.

Lindqvist R., Grape O. & Steen L. (1998) Hinder och trösklar för anmälan av fel och misstag i sjukvården. *Läkartidningen* **95**,(30-31), 3306-3309.

McMillan T. E., Allan W. & Black P. N. (2006) Accuracy of information on medicines in hospital discharge summaries. *Internal Medicine Journal* **36**, 221-225.

Midlöv P., Holmdahl L., Eriksson T., Bergkvist A., Ljungberg B., Widner H., Nerbrand C. & Höglund P. (2007) Medication report reduces number of medication errors when elderly patients are discharged from hospital. *Pharmacy of World Science*. doi: 10.1007/s11096-007-9149-4.

Myhr R. & Kimsås A. (1999) Feilmedisinering ved skifte av behandlingsnivå. *Tidskrift Norska Laegeforen* **8**(119), 1087-1091.

Pezzolesi C., Schifano F., Pickles J., Randell W., Hussain Z., Muir H. & Dhillon S. (2010) Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. *International Journal for Quality in Health Care* **22**(5), 396-401.

Polit D & Beck C.T. (2008) *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.). Philadelphia. USA.

Rasmussen J. (1997) Risk management in a dynamic society. A modeling problem. *Safety Science* **27**, 183-213.

Rydeman IB., Törnkvist L. (2006) The patient's vulnerability, dependence and exposed situation in the discharge process: experiences of district nurses, geriatric nurses and social workers. *Journal of Clinical Nursing* **15**, 1299-1307. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01379.

Sexton B.J., Thomas E.J. & Helmreich R.L. (2000) Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* **18**(7237), 745-749.

SFS 2010:243. *Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*. Hämtad 4 mars, 2013 från <http://www.lagboken.se/files/SFS/2010/100243.PDF>

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Hämtad 12 december, 2012, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokumnet-Lagar/Lagar/Svenkforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

SKL. (2008) *Förebygg läkemedelsfel i vårdens övergångar*. Stockholm, Modin Tryckoffset.

SKL. (2010 a) *Ansvar för hemsjukvård- historik*. Hämtad 18 December 2012 <http://www.skl.se/web/Hemsjukvard.aspx>

SKL. (2010 b) *Bättre kommunikation minskar riskerna i vården med SBAR*. Hämtad 2013-01-25 från: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varden

Socialstyrelsen. (2009) *Om tillsyn för god hälsa, vård och omsorg*. Hämtad 1 maj, 2013, från Socialstyrelsen, www.socialstyrelsen.se/tillsyn

SOSFS 1996:24. *Socialstyrelsens allmänna råd; Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård*. Hämtad 15 maj 2013, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1997-8>

SOSFS 2005:12. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria*. Hämtad 15 maj 2013, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28>

SOSFS 2005:27. *Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård*. Stockholm, Socialstyrelsen.

SOSFS 2009:126. *Risikanalyser och händelseanalyser handbok för patientsäkerhet*. Hämtad 13 december, 2012, från Socialstyrelsen, <http://www.Socialstyrelsen.se/Publikationer2009/2009-126-120>

SOSFS 2011:9. Informationsöverföring och kommunikation. Hämtad 13december, 2012, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>

Spence Laschinger H. K., Gilbert S., Smith L. M. & Leslie K. (2010) Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care. *Journal of Nursing Management* **18**, 4-13.

Valhey D. C., Aiken L. H., Sloane D. M., Clark S. P., Vargas D. (2004) Nurse burnout and Patient Satisfaction. *Med Care Author manuscript* **42**(2), 1157-1166. doi: 10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a

Van Walraven C., Mamdani M., Fang J. & Austin C.P. (2004) Continuity of Care and Patient Outcomes After Hospital Discharge. *Journal of General Internal Medicine* **19**(6), 624-645.

Wentzer H. & Bygholm A. (2007) Attending unintended transformations of health care infrastructure. *International Journal of Integrated Care* **7**.

Westling S., Carlsson C. & Mellstorp G. (1998) Kommunikationsproblem och avsteg från rutiner vanligaste felen. *Läkartidningen* **95**(49), 5644-5650.

Wetterhamn U. (2006/2007) *Stressrelaterad prestationsnedsättning bland sjuksköterskor, undersköterskor samt vårdbiträden i Västra Götalandsregionen – samband med äldre och symtom*. Projektarbete vid företagsläkarutbildningen, Sahlgrenska/Göteborgs universitet. Sverige.

Wettermeck T. B., Lapin J. A., Krueger D. J., Holman G. T., Beasley J. W. & Karsh B. T. (2012) Development of a primary care physician task list to evaluate clinic visit workflow. *BMJ Qual Saf*. **21**(1), 47-53. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000067.

William A., Stolz P. & Bahtsevani C. (2006) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur. Sverige.

Wilson T. (Ed.) & Sheikh A. (2002) Enhancing public safety in primary care. *NHS R&D national primary care training fellow* **9**,324(7337), 584-587.

Witherington E.M.A., Pirzada O.M. & Avery A.J. (2008) Communication gaps and readmissions to hospital for patient aged 75 years and older: observational study. *Qual Saf Health Care* **17**, 71-75. doi: 10.1136/qshc.2006.020842.

Woolf S.H., Kuzel A.J. Dovey S.M. & Philips R.L. (2004) A String of Mistakes: The Importance of Cascade Analysis in Describing, Counting, and Preventing Medical Errors. *Annals of Family Medicine* **2**(4), 317-326. doi: 10.1370/afm.126.

Ödegård S. (1999) Säkerheten i vården bör fokusera på prevention. *Läkartidningen* **96**(25), 3068-3073.

Ödegård S., Hallberg L. (2004) Perceived potential risk factors in child care. *Journal of Health*. **18**, 38-52

Ödegård S. (2006 a) From punishment to prevention? Medical errors reported in Sweden 1989 and 1993. *Safety Science Monitor* **3**.

Ödegård S. (2006 b) Safety management in civil aviation – A useful method for improved safety in medical care? *Safety Science Monitor* **4**(1).

Ödegård S. & Edgren L. Reporting system, disciplinary measures and patient safety- A Swedish study. (In manuscript).