



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV SIN KOMPETENS VID VÅRD AV UTLOKALISERADE PATIENTER

MADELEINE DAHLVID
BIRGITTA LANDIN

Examensarbete i omvårdnad
61-90 hp
Omvårdnad III
05 2013

Malmö Högskola
Hälsa och Samhälle
205 06 Malmö

SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV SIN KOMPETENS VID VÅRD AV UTLOKALISERADE PATIENTER

MADELEINE DAHLVID
BIRGITTA LANDIN

Dahlvid, M & Landin, B.

Sjuksköterskors upplevelser av sin kompetens vid vård av utlokaliserade patienter.

Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng.

Malmö Högskola: Fakulteten för Hälsa och Samhälle, Institutionen för omvårdnad, 2013.

Ortopediska kliniken i Malmö tog emot flest utlokaliserade patienter 2012 av samtliga kliniker på Skånes Universitetssjukhus. Detta innebär att patienten vårdas på en vårdenhets som inte är specialiserade på den aktuella diagnosen och vårdas av sjuksköterskor med kompetens av annan specialitet, vilket kan innebära potentiella patientsäkerhetsrisker. Upplever sjuksköterskan att hens yrkeskompetens förändras vid vård av dessa patienter och på vilket sätt? Upplever sjuksköterskan att det påverkar omvårdnaden av patienten och på vilket sätt? Innebär det någon patientsäkerhetsrisk att vårda utlokaliserad patient på sin ordinarie avdelning? Elva sjuksköterskor intervjuades med ett hermeneutiskt perspektiv på studien med Patricia Benners teori om kompetensnivåer som teoretiskt ramverk. De flesta deltagarna upplevde en skillnad i omvårdnaden vid vård av utlokaliserad patient. Främst när det gäller mobiliseringen. Resultatet kunde inte visa på om sjuksköterskan förändrade sin yrkeskompetensnivå enligt Benner. De flesta deltagarna upplevde att det förekommer risker i patientsäkerheten vid vård av utlokaliserade patienter. Resultatet av studien visar, att det är viktigt att patienterna vårdas där rätt kompetens finns.

Nyckelord: Omvårdnad, Patientsäkerhet, Utlokaliserad patient, Vårdplatser, Yrkeskompetens

NURSE'S EXPERIENCE OF THEIR PROFESSION OF COMPETENCE OF CARING SATELLITEPATIENTS

DAHLVID MADELEINE
LANDIN BIRGITTA

Dahlvid, M & Landin, B.

Nurse's experience of their profession of competence of caring satellitepatients

Degree project in Nursing 15 credits.

University: Faculty of Health and Society, Department of Nursing, 2013.

The Orthopedic Clinic in Malmö received most satellitepatients during year 2012 of all clinics at Skånes Universitetssjukhus. This results in that the patient receive care in a ward that is not specialized at the patients current diagnosis. It also means that the nurses giving care have professional competence from another speciality. This might lead to potential safety risks for the patient. Does the nurse experience altered competence while caring for satellitepatients? Does the nurse experience that the care given is altered and in what way? Does it result in any safety risk for the patient to be a satellitepatient? Eleven nurses were interviewed in a hermeneutic perspective with Patricia Benner's theory about different stages of competence as a framework. The most of the participants experienced a difference in caring for satellitepatients compared to orthopedic patients. Mostly regarding physical activity. The result didn't show if the participants altered professional competence according to Benner. The most participants experienced risks in patientsafety in caring satellitepatients. It's important that patients are cared for in the proper ward where the professional competence exists.

Keywords: Nursing, Satellitepatients, Patientsafety, Bed capacity, Professional competence

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Patientsäkerhetsrisker	5
Sjuksköterskans beslutsfattande	6
Informationssökning	6
Patricia Benners teori om kompetensstadium	6
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	7
Avgränsningar	7
Definitioner	7
METOD	8
Urval	9
Datainsamling	9
Dataanalys	10
Etiska överväganden	10
RESULTAT	11
Bakgrundsfrågor	11
Upplevelse av yrkeskompetens	11
Skillnad i omvårdnaden vid vård av utlokaliserade patienter	13
Patientsäkerhet	14
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
SLUTSATS	21
REFERENSER	22
BILAGA	23

INLEDNING

I Brist på vårdplatser – kris inom svensk sjukvård (Sveriges Läkarförbund 2004) intervjuas ett antal läkare om deras syn på utlokalisering av patienter. De anser att det nära samarbete man har mellan läkare och sjuksköterska på ordinarie avdelning, sätts ur spel, när patienten blir inlagd på en annan klinik. ”Sjuksköterskan har inte erfarenhet av denna slags patient och kan inte bidra på samma sätt. Bristen på specifik kompetens gör att risken för att inte upptäcka tecken på försämring hos patienten ökar.” (Sveriges Läkarförbund 2004, s.7).

Enligt docent, överläkare och dåvarande stf/bitr klinikchef, ortopediska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund–Malmö Pelle Gustafson, finns det, förutom en samhällsekonomisk aspekt på antalet vårdplatser även flera säkerhetsaspekter. ”Det finns inga tendenser till att den ökade specialiseringen inom sjukvården kommer att avta. Det kommer alltså framöver att vara ännu viktigare att patienter vårdas där kompetensen finns och inte som »satellitpatient«, ens för en kortare tid. Varje förflyttning är potentiellt farlig, tar tid och resurser i anspråk och är inte bra för patienten” (Läkartidningen, 2012).

BAKGRUND

Vi arbetar som sjuksköterskor på en ortopedisk klinik där det är vanligt förekommande att vårda patienter från en annan specialitet på grund av vårdplatsbrist på annan klinik. Ortopediska kliniken tog år 2012 emot 392 patienter från andra kliniker, varav flest från medicinkliniken, 196st (SUS, 2013). Tankar har dykt upp om hur patientens omvårdnad påverkas och om det innebär en patientsäkerhetsrisk. Upplever sjuksköterskor att deras kompetens förändras och på vilket sätt? Hur upplever de att det påverkar omvårdnaden kring patienten?

Patientsäkerhetsrisker

Utlokalisering av patienter, det vill säga att patienterna vårdas vid en annan klinik än den som de vid det aktuella vårdtillfället är inskrivna vid, innebär flera potentiella säkerhetsrisker (Socialstyrelsen 2010).

Exempel på potentiella säkerhetsrisker är:

- risk för spridning av smitta
- risk för förväxlingar av läkemedel och felaktigt iordningställda läkemedel
- risk för informationsmissar
- risk för fördröjda ordinationer och förlängda vårdtider
- risker till följd av ovana vid rutiner och otillräcklig kompetens för nya patientgrupper hos personalen
- risker till följd av att personalen inte hinner med mer än det mest grundläggande: bland annat kan vårdplaneringen bli lidande
- risk för ett ovärdigt omhändertagande och för dålig kontinuitet i vården.” (Socialstyrelsen 2010, s.25-26).

Vidare skriver Socialstyrelsen att ”i samband med överbeläggning och utlokalisering ökar stressen och merarbetet för såväl läkare som övrig vårdpersonal, ronder förlängs och behoven av omvårdnadsinsatser ökar. Detta medför att det finns en överhängande risk att kvaliteten på vården blir lidande. Vid utlokalisering kan vårdpersonalen

sakna reell kompetens och kunskap om speciella sjukdomstillstånd, vilket exempelvis kan medföra att personalen inte uppmärksammar förändringar i patienternas tillstånd i tid. Detta kan i sin tur leda till sämre omvårdnad, försenad eller felaktig medicinsk diagnostik och behandling samt förlängda vårdtider.” (Socialstyrelsen 2010, s.26).

Sjuksköterskans beslutsfattande

Påverkas sjuksköterskans förmåga till att fatta beslut om hens upplevelse av sin kompetens förändras? Påverkas patientsäkerheten av sjuksköterskans förmåga till att fatta beslut? I en artikel av L.Stubbings et al (2012) tar man upp begreppet ”situation awareness”, i fortsättningen nämnd SA. Det är en modell utvecklad av Endsley som innebär tre olika steg i beslutsfattandet utifrån hur uppmärksam eller medvetet närvarande man är i rådande situation. Från början användes modellen inom flygindustrin men används nu av hälso- och sjukvårdspersonal i vissa länder, t ex Australien, främst inom akutsjukvård och anestesi. Endsley beskriver SA i tre stegvis ökande nivåer:

1 perception av rådande situation (insamlande av data)

2 förståelse av rådande situation (översätter data)

3 förmåga att förutse vad som kan hända i framtiden (kan förutse framtida tillstånd).

Flin säger att dessa nivåer påverkas av individuella och kognitiva faktorer som förmåga, förförståelse, minne och hur man bearbetar information. Uppgifter och systemfaktorer påverkar SA, hur systemet fungerar, komplexitet, automatik, stress och arbetsbelastning. Alla faktorer påverkar tillsammans ett effektivt och säkert beslutsfattande. McIlvaine säger att SA är nödvändig i alla komplexa yrken där beslut ska fattas av mänskliga aktörer och där säkerheten är viktig. Målet är att undvika akuta situationer, men om en sådan situation uppstår är det viktigt att veta hur man går tillväga för att fatta adekvata beslut. Gawron säger att misstag i SA ökar vid teamarbete och i mellanmänniska relationer. Dessutom kan SA påverkas av stress, störande ljud, att ha många uppgifter samtidigt, trötthet och tidsbrist (a a).

Informationssökning

Påverkas omvårdnaden av utlokaliserade patienter, av vilken kompetens sjuksköterskan har av att söka information? Enligt Newman & Doran (2012) påverkas sjuksköterskors informationssökning av utbildningsnivå och antal år i yrket. Enligt Newman & Doran beskriver McKnight att när omvårdnadsåtgärderna är obekanta och ovana, får sjuksköterskan ett behov av att söka information för att kunna utföra sin uppgift. Vidare hänvisar Newman & Doran till McKibbon som säger att vissa sjuksköterskor inte ägnar någon tid alls åt att söka information på grund av brist på motivation, tid och resurser, eller att de har valt att inte aktivt söka information medan de vårdar patienter (Newman & Doran, 2012).

Patricia Benners teori om kompetensstadium

Arbetets teoretiska ansats utgår från Patricia Benners teori om sjuksköterskors olika kompetensstadium, som grundar sig på Dreyfusmodellen (Benner,1984). Detta ramverk används för att tolka vilken uppfattning sjuksköterskor har om sin kompetens. Enligt Dreyfusmodellen passerar eleven fem olika kompetensstadium vid förvärvande och utvecklande av en färdighet. Dessa kompetensstadium är novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert (bilaga 2). Tre allmänna aspekter av kvalificerade prestationer, återspeglas i stadierna. I första aspekten styrs eleven av abstrakta principer som efterhand utvecklas till användning av tidigare praktisk erfarenhet. I den andra aspekten förändrar eleven sin uppfattning av vad situationen kräver och uppfattar efterhand situationen som en helhet och ser betydelse i vissa delar istället för att uppfatta alla delar som lika betydelsefulla. I den tredje aspekten går eleven från observatör till deltagande utövare (a a).

Benner utformade sin teori genom en fenomenologisk intervjustudie av sjuksköterskor med olika lång erfarenhet av omvårdnadsarbetet. Hon använde sig av två metoder för att fånga sjuksköterskors kunskaper; berättande metod samt ”critical incidents” (beskriva avgörande situationer). Genom att tolka svaren fann hon olika domäner och kompetensområden hos sjuksköterskor. Benner fann att omvårdnadsarbetets domäner var följande; den hjälpande rollen, undervisande och vägledande funktion, diagnostisk och övervakande funktion, att effektivt hantera snabbt skiftande situationer, att utföra och övervaka behandling, att övervaka och säkerställa kvalitet i praktiskt omvårdnadsarbete, att planera och organisera för personalens arbete och vården. Inom dessa domäner identifieras olika kompetensområden. När Benner analyserade olika omvårdnadssituationer som beskrevs av sjuksköterskorna, tillämpade Benner Dreyfusmodellen, vilket gjorde det möjligt att beskriva prestationssärdrag inom varje kompetensstadium (Benner 1984). För en detaljerad beskrivning av de olika kompetensstadierna var god se bilaga 2.

Enligt Benner hamnar ibland en sjuksköterska på novisens prestationsnivå, när hen kommer till en klinisk miljö där hen saknar erfarenhet av patienterna, om målen och medlen för omvårdnad av patienterna är obekanta (Benner 1993).

Upplever sjuksköterskan att hen hamnar i ett tidigare kompetensstadium vid vård av patienter från annan specialitet utlokaliserade på sjuksköterskans ordinarie avdelning eller gäller det bara när sjuksköterskan byter till en annan specialitet/klinik (a a)?

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet är att ta reda på om sjuksköterskor upplever en förändring i sin yrkeskompetens vid vård av patienter från annan specialitet på sin ordinarie arbetsplats.

Våra frågeställningar är följande;

- Har sjuksköterskor en upplevelse av att deras yrkeskompetens förändras i en självupplevd omvårdnadssituation, vid vård av patienter från annan specialitet jämfört med vård av ortopediska patienter?
- På vilket sätt upplever sjuksköterskan att det påverkar omvårdnaden?
- Upplever sjuksköterskan att det leder till eller är en patientsäkerhetsrisk att vårda patienter från annan specialitet och i så fall på vilket sätt?

Avgränsningar

Vi har valt att avgränsa studien till att ta reda på upplevelser hos sjuksköterskor på Ortopediska kliniken SUS Malmö, då ortopediska kliniken är en av de kliniker som tar emot flest patienter från annan specialitet (Skånes Universitetssjukhus). Intervjuade sjuksköterskor ska ha erfarenhet av att ha vårdat minst en patient från annan specialitet på sin ordinarie avdelning.

Definitioner

Kompetensstadium

Enligt Dreyfusmodellen passerar en elev fem olika stadier vid förvärvande och utveckling av en färdighet. Med färdighet menar Benner, färdighet i praktisk omvårdnad och klinisk bedömning i verkliga kliniska situationer (Benner 1993). De stadier som beskrivs är novis,

avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Se bilaga 2. Patricia Benner har genom en systematisk studie kommit fram till hur denna modell kan tillämpas på omvårdnad (a a).

Patient från annan specialitet

I arbetet användes Socialstyrelsens definition på vad som menas med patient från annan specialitet. Socialstyrelsen använder ordet utlokalisering, när patienterna vårdas vid en annan klinik än den som de vid det aktuella vårdtillfället är inskrivna vid (Socialstyrelsen, 2010 Tillgång till vårdplatser).

Domän

Med domän avses en samling kompetensområden inom praktiken med likartade syften, funktioner och innebörder (Benner 1984).

Patientsäkerhet

Med patientsäkerhet menas skydd mot vårdskada hos patienten (SOSFS 2005:12).

Omvårdnad

Med omvårdnad menas huvudområdet inom sjuksköterskans utbildning och innefattar förebyggande, stödjande, vårdande och rehabiliterande åtgärder inom hälso- och sjukvård i olika miljöer och sammanhang, baserat på forskning och beprövad klinisk erfarenhet. En del av forskarutbildningsämnet Vårdvetenskap utgörs av omvårdnad.

Omvårdnad sträcker sig från livets början genom hela livet till ålderdomen, döendet och döden. Det innefattar också kunskaper relaterade till hur livet med funktionsnedsättning, långvarig sjukdom och fysisk och psykisk ohälsa kan underlättas och lindras.

Omvårdnad utgår från en humanistisk människosyn med ett existentiellt filosofiskt synsätt där människan ses som aktiv och skapande samt som en del i ett sammanhang. Ett grundläggande antagande inom disciplinen är att omvårdnad sker på personnivå. Människan är unik och ska bemötas individuellt efter sina förutsättningar. Patientbegreppet inom omvårdnad inkluderar att vårdarna tar hänsyn till patientens familj, närstående, omgivning och miljö. Även vårdarbetets organisation inkluderas, (Malmö Högskola, 2011).

METOD

Metoden har genomförts med inspiration från boken "Den kvalitativa forskningsintervjun" av Steinar Kvale där han beskriver sex möjliga steg i analysen (Kvale, 1997). Dessa steg är:

1. Den intervjuade beskriver sin livsvärld
2. Intervjupersonen upptäcker själv nya förhållanden under intervjun,
3. Intervjuaren tolkar och koncentrerar meningen i det intervjupersonen beskriver under intervjusituationen
4. Den utskrivna intervjun tolkas av intervjuaren
5. Eventuellt utförs en ny intervju
6. Man utvidgar tolkningen till att omfatta handlandet och intervjupersonen börjar handla utifrån de insikter hen har fått under intervjun (a.a).

Studien är en empirisk kvalitativ intervjustudie med en hermeneutisk ansats. Med det menas studier med tolkning av texter där syftet är att hitta en giltig och gemensam förståelse av en texts mening. Kvale skriver att syftet med den kvalitativa forskningsintervjun är att beskriva och tolka de teman som förekommer i intervjupersonens livsvärld och att det råder ett obrutet

sammanhang mellan beskrivning och tolkning (a.a). Studien syftar inte till att få fram ett generaliserbart resultat utan vill fånga upplevelser av en specifik situation hos deltagarna.

Inför denna studie har vetenskapliga artiklar och annat relevant material sökts för att finna hur tidigare forskning beskriver ämnesområdet. Sökning har skett via traditionella databaser såsom CINAHL och PUBMED med MESH-termer såsom Patricia Benner, Satellitepatients, Professional competence, Outpatients, Hospital overcrowding, Health facility environment, Hospital bed capacity, Patienttransfer, Nursing, Patientsafety, Continuity of patientcare och Nursing care. Relevanta träffar hittades inte för ämnesområdet, vilket kan bero på att ämnet är outforskadt eller att det är svårt att översätta ämnet till en annan vårdkontext än den svenska. Främst gällande om det förekommer utlokaliserade patienter i andra delar av världen. Istället söktes artiklar om delkomponenter för sjuksköterskans omvårdnadsarbete med sökord som Situation awareness, Clinical decision, Nursing och Unfamiliar patients. Ett fåtal artiklar hittades som tangerade ämnesområdet.

Urval

Urvalet är till viss del homogent (Hartman, 2004) då deltagarna är sjuksköterskor som har erfarenhet av ortopedisk vård vid Ortopediska kliniken SUS Malmö, samt av att vårda utlokaliserade patienter. Det som skiljer är att sjuksköterskorna har olika antal år i yrket och andra olika yrkeserfarenheter. Vi avsåg att intervjua 10-15 sjuksköterskor för att få fyllighet i det insamlade materialet (Kvale, 1997). Kvale nämner, att i intervjusituationen kan intervjuaren bli offer för en ”omedveten motöverföring”, det vill säga rapporterar allting efter intervjupersonens perspektiv (Kvale, 1997). För att minska risken för bias (Polit & Beck 2006), har vi inte intervjuat sjuksköterskor på vår ordinarie avdelning.

Urvalet har skett med hjälp av enhetscheferna på respektive avdelning. Enligt Polit & Beck (2006) är en person som kan hjälpa forskarna att välja ut deltagare, samt att få kontakt med dessa, en s.k. ”gatekeeper”. ”Gatekeepern” har oftast god kännedom om deltagarna och kan avgöra vilka deltagare som passar för studien. Enhetschefen fick information kring studiens syfte och genomförande. Vid förfrågan om deltagande i studien, frågade enhetschefen ett antal sjuksköterskor om de hade vårdat minst en utlokaliserad patient och därefter om de ville delta i studien.

Datainsamling

I jämförelse mellan intervju och enkät som metod, finns det mindre risk för missförstånd vid en intervju, och genom observation av intervjupersonen, kan nyanser och språkliga skiftningar eller syftningar komma fram (Polit & Beck 2006). En enkät kan kanske inte fyllas i pga okunskap om hur man gör, samt kan det finnas risk för att svarsfrekvensen kan bli låg. Därför har vi valt att använda oss av halvstrukturerade intervjuer, som omfattar en rad teman och förslag till relevanta frågor i en intervjuguide (Kvale, 1997) (se bilaga 1). Av tolv tillfrågade deltagare intervjuades elva stycken. I snitt varade intervjuerna på 20 minuter med ett intervall på 9-27 minuter. Transkriberat material varierade från tre till sju sidor med enkelt radavstånd. Intervjuerna spelades in via iPhones, för att minska risken att missa viktig information från deltagarna. Intervjuerna har skett i ett avskilt rum på kliniken för att få bästa ljudinspelning, men även ge lugn och ro i intervjusituationen. Vi har strävat efter att båda skulle delta i de flesta av intervjuerna samtidigt, turledes som intervjuare samt observatör. Detta för att vi är oerfarna intervjuare, samt att vi vill kunna observera deltagarens tonfall, mimik och övrigt kroppsspråk. Vi har intervjuat två deltagare vardera enskilt, på grund av praktiska skäl. Tre pilotintervjuer genomfördes för att pröva om frågorna var relevanta för syftet med studien samt som träningstillfälle på intervjuteknik, och på det sättet, kvalitativt bli bättre intervjuare.

Detta för att skapa ett tryggt och stimulerande samspel med intervjupersonen (Kvale, 1997). Efter pilotintervjuerna ändrade vi på två frågor i intervjuguiden.

Dataanalys

Metoden Meningskategorisering som beskrivs av Kvale, har använts (Kvale, 1997). Kvale beskriver sex möjliga steg för analys som ett ramverk till dataanalysen (a a). Det inspelade materialet från intervjuerna transkriberades till text i en wordfil efter varje intervju, var för sig. Kvale menar att kategorierna kan utvecklas i förväg eller växa fram under analysens gång (Kvale, 1997). Syftet med kategorisering av intervjumaterialet är att ge läsaren möjlighet att bedöma hur typiska citaten är för hela materialet. Det ger även en möjlighet att undersöka skillnader mellan olika företeelser. Kategorisering ger också struktur och överblick över förekomsten av frekvensen svar i respektive frågeställning (a.a).

Med frågeställningar och syfte som utgångspunkt analyserades texten för att få fram relevanta huvuddimensioner. I denna studie har huvuddimensioner och underkategorier utvecklats under analysens gång. Fyra intervjuer kodades var för sig och jämfördes om vi kom fram till samma huvuddimensioner, vilket vi i stort sett gjorde. Därefter kodades resterande intervjuer var för sig, för att få ökad reliabilitet i materialet. Efter kodningen, kategoriserades de olika huvuddimensionerna med underkategorier. Under bearbetning av materialet fördes diskussion om hur kategorierna skulle benämnas och vad de skulle ha för betydelse. Vid sammanställningen av resultatet har vi tillsammans gått igenom de olika huvuddimensionerna igen för att komma fram till ett gemensamt konsensus. Efter kategorisering av huvuddimensioner och underkategorier, analyserades texten igen för att få fram de av Benners domäner som deltagarna uttrycker i sina berättelser. Enligt Benner urskiljs sjuksköterskans kompetensområden i faktiska situationer. Dessa delas upp i olika domäner som överensstämmer i funktion och intention (Benner, 1993). Från deltagarnas berättelser har det framkommit vilka domäner deltagarna använder sig av vid vård av utlokaliserade patienter samt vid vård av ortopediska patienter. Då studien även har frågeställningen om sjuksköterskan förändras i sin yrkeskompetens vid vård av utlokaliserad patient, har en jämförelse gjorts mellan vilka domäner sjuksköterskan använder sig av vid vård av dessa patienter. Denna skillnad som eventuellt kan framkomma, kan belysa sjuksköterskans upplevelse av den egna yrkeskompetensen. Därför kommer detta redovisas i resultatet under frågeställningen hur sjuksköterskan upplever sin yrkeskompetens.

Etiska överväganden

Tillstånd att genomföra studien ansöktes hos klinikchefen på Ortopediska kliniken SUS Malmö. En ansökan skickades även till den lokala etikprövningsnämnden vid Malmö Högskola. Då vi båda arbetar på nämnda klinik, har vi valt att inte intervjua sjuksköterskor som arbetar på vår ordinarie avdelning. Studien är begränsad till intervjuer med sjuksköterskor, på övriga avdelningar på kliniken, som vi i möjligaste mån inte känner, för att minska risken för bias (Polit & Beck, 2007). Ämnet kan vara känsligt då det är den egna kompetensen som ifrågasätts hos de intervjuade samt att kliniken kan få en prekär situation, om det framkommer att missförhållanden råder i omvårdnadsarbetet. Deltagarna har fått både muntlig och skriftlig information om studien samt om informerat samtycke, vilket har inhämtats från varje deltagare innan intervjun påbörjades. I samband med detta informerade vi deltagaren att de när som helst kan avbryta sitt deltagande. I det färdiga arbetet syns det inte vem som har sagt vad i intervjusituationen. Deltagarna har fått ta del av sina svar innan publicering för att få möjlighet att se om vi har uppfattat och återgett svaren rätt, samt har de fått möjlighet att uttrycka om de inte vill att svaren ska publiceras. Deltagarna har inte varit helt anonyma, då enhetscheferna visste vilka som deltog i studien, men svaren kan inte kopplas till enskilda individer. Inspelade intervjuer kommer att raderas efter att studien är

slutförd samt kommer utskrifterna destrueras. Under studiens gång har inspelningar och utskrifter förvarats på ett säkert sätt. För att inte förlora vårt kritiska perspektiv på den kunskap som erhålls, är vi medvetna om att vi har egna förutfattade meningar om ämnet som kan påverka resultatet. Därför har vi under studiens gång försökt påminna varandra om att vi har dem, för att minska risken för att det inte ska påverka det slutliga resultatet (Kvale, 1997).

RESULTAT

Resultatet presenteras efter de frågeställningar och syfte som studien har. Först redovisas svaren på bakgrundsfrågor, därefter kommer svar från upplevelsen av sjuksköterskans yrkeskompetens, följt av upplevelsen av skillnader i omvården och slutligen upplevelsen av eventuell patientsäkerhetsrisk i samband med vård av utlokaliserad patient. Under varje frågeställning presenteras de huvuddimensioner och underkategorier som kom fram under analysens gång. För att belysa de svar som kom fram, citeras representativa utsagor från olika deltagare.

Bakgrundsfrågor

Av tolv deltagare hade vi ett bortfall innan intervjuerna började. Av elva deltagare, har fem stycken mindre än 1 års yrkeserfarenhet som sjuksköterska, fyra stycken mellan 2-4 års erfarenhet samt två deltagare med mer än 5 års erfarenhet. Fem av dessa har mindre än 1 års erfarenhet av ortopedi, fem har 2-4 års erfarenhet medan en har mer än 5 års erfarenhet av ortopedi. Se även tabell 2 nedan. De flesta, sju stycken, har ingen erfarenhet av att ha arbetat på någon annan specialitet. Tre stycken har erfarenhet av annan kirurgi, varav en av dessa även inom barn. En har erfarenhet av neurologi.

Upplevelse av yrkeskompetens

Deltagarna har inte fått en direkt fråga om de upplevde att deras yrkeskompetens förändrades vid vård av utlokaliserad patient. De svar som kan ge signaler på att deltagarna upplevde att yrkeskompetensen har förändrats vid vård av utlokaliserade patienter, har grupperats i olika huvuddimensioner och underkategorier. De huvuddimensioner som framkom under frågeställningen om upplevelsen av yrkeskompetens var Bristande kunskap och Kompetensutveckling med nedan följande underkategorier.

Bristande kunskap

- Kunskapen brister
- Inte samma kliniska blick
- Tänka ett steg längre
- Kan inte ge lika bra vård
- Obekanta undersökningar
- Känner inte patientkategorin, prioriterar därför ner
- Symtom missas
- Vet inte vad man kan vänta sig av patienten
- Kan inte svara på patientens och anhörigas frågor
- Ta fler kontroller

Kompetensutveckling

- Man breddar sin kompetens
- Omvårdnaden kan vara väldigt lika
- Läser på
- Ny erfarenhet
- Bibehåller sin kompetens

I huvuddimensionen Bristande kunskap ansåg de flesta att kunskapen brast eller att de inte hade samma kliniska blick som vid vård av ortopediska patienter. En del uppgav att de fick tänka ett steg längre och tyckte att de inte kunde ge lika bra vård samt tyckte att undersökningar och utredningar var svåra att förstå. En deltagare prioriterade ner patienten för att hen inte kände patientgruppen och någon upplevde att hen inte hade så bra kontroll på hjärtpatienter eller att symtom missades. Någon kunde inte svara på patientens eller anhörigas frågor och någon upplevde att hen inte visste vad man kan vänta sig av patienten. Någon tog fler kontroller. Se exempel på citat nedan.

”Jag är ju inte lika observant på att se vissa saker, eller det ringer inte några varningsklockor för mig för vissa symtom som det skulle göra på en specialistavdelning.”

”Men när det är, går utanför medicinpatienter...blir man mycket mer osäker... .Då kan kunskapen, alltså vara lite mer otydliga, jag menar bristande.”

”Alltså, man kan en del om njurarna och liknande, men den avancerade delen kan man inte och hon hade problem med njursvikt också. Så det var kanske lite för mycket för mig.”

I huvuddimensionen Kompetensutveckling ansåg de flesta att de lärde sig av andra specialiteter eller att kompetensen breddades. En del upplevde att omvårdnaden kunde vara väldigt lika och vissa läste på. Någon ansåg att vårda utlokaliserade patienter gav en ny erfarenhet samt såg till att bibehålla kompetensen. Se exempel på citat nedan.

”Men det är roligt på det sättet att man får lära sig jättemycket. Både av patienten och av deras läkare som kommer och rondar.”

”Att ha utlokaliserade patienter bidrar till att öka min kompetens och att bibehålla min kompetens också.”

”Då måste man läsa när man är osäker. Då läser man på eller frågar. Ringer och hör med urologen och så.”

För att ta reda på om sjuksköterskan upplevde en förändring i sin yrkeskompetens vid vård av utlokaliserade patienter från annan specialitet, har en del av analysen även syftat till att identifiera Benners domäner så som de framkom i berättelserna från de intervjuade sjuksköterskorna. Därefter har en jämförelse gjorts av berättelserna vid vård av ortopediska patienter respektive utlokaliserade patienter från annan specialitet. De domäner som fanns vid vård av ortopediska patienter samt utlokaliserade patienter är nedan beskrivna i tabell 1. Antalet anger hur många situationer som uppstod i berättelserna för den domänen.

Tabell 1. Antal domäner för ortopediska respektive utlokaliserade patienter.

Domän	Ortopedisk patient Antal	Utlokaliserad patient Antal
1. Den hjälpande rollen	9	6
2. Diagnostisk och övervakande funktion	7	9
3. Att effektivt hantera snabbt skiftande situationer	1	0
4. Att utföra och övervaka behandling	10	2
5. Att övervaka och säkerställa kvalitet i praktiskt vårdarbete	0	2
6. Att planera och organisera för personalens arbete och vården	7	8
7. Undervisande och vägledande funktion	0	0

Domänerna "Den hjälpande rollen" samt "Att utföra och övervaka behandling" var dominerande för ortopediska patienter, medan domänerna "Diagnostisk och övervakande funktion" samt "Att planera och organisera för personalens arbete och vården" var dominerande för utlokaliserade patienter. För utlokaliserade patienter nämns även domänen "Att övervaka och säkerställa kvalitet i praktiskt vårdarbete", vilken inte alls nämns för ortopediska patienter. Ingen nämner domänen "Undervisande och vägledande funktion". Endast en situation nämns i domänen "Att effektivt hantera snabbt skiftande situationer" för ortopediska patienter, medan det inte nämns någon situation för utlokaliserade patienter.

Skillnad i omvårdnaden vid vård av utlokaliserade patienter

Under frågeställningen om sjuksköterskan upplever skillnad i omvårdnaden av utlokaliserade patienter jämfört vid vård av ortopediska patienter, framkom huvuddimensionerna Kompetens, Tid och Prioritering med nedan beskrivna underkategorier.

Kompetens

- Har inte koll
- Okunskap
- Rond
- Standard på vård

Tid

- Förlorar tid
- Lägga ner mer tid

Prioritering

- Prioriterar ortopediska patienter först

Inom huvuddimensionen Kompetens upplevde de flesta att de inte hade kontroll på sina utlokaliserade patienter samt hade bristande kunskap om dessa. Några upplevde att det var svårt att veta vad de skulle ta upp på rondan och upplevde att de inte kunde ge samma standard på vården som till ortopediska patienter. Inom huvuddimensionen Prioritering upplevde några att de fick prioritera bort eller ner utlokaliserade patienter. I huvuddimensionen Tid upplevde några deltagare att det var tidskrävande med att vårda utlokaliserade patienter, i den bemärkelsen att de förlorade mycket tid. Vissa upplevde att de måste lägga ner mer energi på de utlokaliserade patienterna för att upprätthålla samma standard i vården. Se exempel på citat nedan.

”Men däremot medicinpatienter, är alltid lite sådär. Man vet inte riktigt. För att det finns alla möjliga typer av medicinpatienter, som kan hända och det dumma är samtidigt, att jag kan känna i alla fall, att man prioriterar dom inte lika högt.”

”Det är ju lite det här att jag känner att jag vet inte till hundra procent hur jag ska göra vissa grejer.”

”Medans när det är en medicinpatient så är det mycket svårare att veta vad dom klarar av eller vad man ska tänka på att ta upp på rond och allting sånt där.”

Av elva deltagare, svarade fem stycken att de upplevde att det är skillnad i omvårdnaden av utlokaliserade patienter. Sex stycken svarade att de inte upplevde någon skillnad i omvårdnaden, fast fyra stycken av dessa, upplevde att det var skillnad i mobiliseringen av dessa patienter jämfört med ortopediska patienter.

Deltagarna fick berätta fritt om en självupplevd omvårdnadssituation med en utlokaliserad patient. Av dessa var 9st medicinpatienter, 1st urologpatient och 1st njurpatient. En deltagare pratade generellt om medicinpatienter och en deltagare ”bytte” patient mitt under berättelsen från medicinpatient till urologpatient.

En fråga handlade om ifall deltagarna upplevde att de hade kontroll på förändringar i patientens tillstånd. När det gällde ortopedpatienter, hade tio stycken deltagare kontroll över patienten. När det gäller de utlokaliserade patienterna, hade fem stycken inte kontroll över patientens förändringar medan fyra stycken svarade att de hade kontroll. En deltagare svarade inte på frågan medan en deltagare svarade att frågan inte var relevant i situationen.

Patientsäkerhet

Under frågeställningen om sjuksköterskan upplever att patientsäkerheten påverkas vid vård av utlokaliserad patient kom följande huvuddimensioner fram: Läkarkontakt, Behandling, Kompetens, Misstag och Prioritering. Se nedan för underkategorier i varje huvuddimension.

Kunskap/kompetens

- Sämre vård
- Obekanta undersökningar
- Klinisk blick
- Känsla av osäker situation

Behandling

- Mediciner
- Försenad behandling
- Fel behandling
- Information

Läkarkontakt

- Tillgänglighet
- Information

Misstag/missar saker

- Undersökningar
- Informationsmissar
- Stress
- Klinisk blick – ovana vid patientgruppen

Prioritering

- Förlorar tid
- Lägga ner mer tid

De flesta deltagarna upplevde att patientsäkerheten påverkades mest på grund av brist på kompetens, följt av bristande tillgänglighet av läkare, fördröjd eller utebliven behandling eller misstag. Vissa deltagare upplevde att de fick prioritera annorlunda vid vård av utlokaliserade patienter, vilket de upplevde påverkade patientsäkerheten. En deltagare upplevde att en utlokaliserad patient var en riskpatient.

Inom huvuddimensionen Läkarkontakt upplevde någon att det saknades information om vem den ansvarige läkaren var. Någon upplevde att det var svårare att få tag på rätt läkare samt att hen inte visste när läkaren skulle komma till vårdavdelningen. Någon upplevde att patientsäkerheten påverkades när medicinpatienterna inte pulsades (Med ordet pulsades menas ett möte för genomgång av vårdflödet). Se nedan exempel på citat.

”Jag vet aldrig riktigt vem den ansvarige läkaren är.”

”Läkarna kan kännas ganska långt bort.”

Några upplevde att patientsäkerheten påverkades på grund av att patienten fick fel eller fördröjd behandling. Fler exempel på situationer under huvuddimensionen Behandling är att deltagaren upplevde att vissa mediciner var svåra att få tag i eller att det fanns otydliga riktlinjer vilka generella ordinationer som gällde för medicinpatienter. Se nedan exempel på citat.

”Alltså jag har tänkt på det här ibland, dom här generella ordinationerna har vi ganska många på ortopedien. Men dom får vi ju inte ge till medicinpatienter. Det är ju en sån grej

som jag inte har vetat förrän nu liksom. Det visste man inte om, så man har säkert gett massa grejer som jag egentligen inte har fog för att ge egentligen.”

”Som till exempel när man har tagit prover på morgonen, som man ser visar ett högt värde eller lågt värde av nånting som påverkar vilka mediciner dom ska ha på morgonen. Då får jag vara den som, kanske, nej, då kan jag inte ge detta. Men jag kan fortfarande inte gå in aktivt och göra någonting åt det i en ordination. Utan då får jag kanske vänta till eftermiddagen till läkaren har tid att komma. Och då vet jag inte, han hade kanske velat att jag skulle ge tableterna.”

De flesta deltagarna upplevde att deras kompetens påverkar patientsäkerheten på det sättet att de upplevde att de inte kunde ge lika bra vård eller att de inte visste vad de skulle hålla utkik efter och hade inte samma kliniska blick för den patientgruppen. Någon upplevde att det blev en osäker situation för de utlokaliserade patienterna när de flyttas till den egna arbetsplatsen. Någon upplevde att det var svårt med undersökningar och utredningar som hen inte var van vid. Se exempel på citat nedan.

”Det svåra är att jag känner inte att jag kan ge riktigt lika bra vård.”

”Ja, men det är svårt med alla utlokaliserade patienter med nu alla som har massa prover och utredningar och urinprov och konstigheter som man aldrig hört talas om. Så ska man sitta och läsa och slå upp.”

”Att man kanske inte har samma kliniska blick för den patientgruppen.”

En del deltagare upplevde att patientsäkerheten påverkades på grund av misstag begicks eller att de missade att göra saker vid vård av utlokaliserade patienter. Någon upplevde att det gjordes misstag i samband med undersökningar, utredningar eller läkemedelshantering. Någon upplevde att hela vårdteamet kanske inte hade hela helhetsbilden av patienten eller missat information om patienten och därför gjorde misstag. Några upplevde att de missade tidiga förändringar i patientens tillstånd på grund av att de inte hade tillräcklig kompetens för den diagnosen eller tillståndet.

”Man förlorar så mycket tid. Och det att man blir stressad och man lätt göra andra misstag och kan ge fel tableter och mycket såna saker.”

”Och sedan är det ju alltid extra specialkompetens som kan behövas vid omläggningar och vad gäller kost, mängden vätska och så vidare. Hur mycket dom ska ha i sig. Och varför och varför inte. Och få det igenom till hela, alltså alla sina kollegor, så att inte någon kommer in och ställer lite extra vatten liksom.”

”Det kan vara negativt också, när man, när det kommer in en patient som har någon sorts tillstånd som man inte är van vid och har hand om, det vet man inte riktigt vad man ska hålla utkik efter.”

Vissa av deltagarna upplevde att de prioriterade ner eller bort patienterna, och i och med det, blev vården en patientsäkerhetsrisk. Men även att leta upp information kring patientens vård upplevdes ta tid från omvårdnaden och var därmed en patientsäkerhetsrisk.

”Men däremot medicinpatienter, är alltid lite sådär. Man vet inte riktigt. För att det finns alla möjliga typer av medicinpatienter, som kan hända och det dumma är samtidigt, att jag kan känna i alla fall, att man prioriterar dom inte lika högt. Och då blir det också sådär att man...ja, det finns mer risker med det tycker jag.”

”Ja, kanske det att organisera hur man ska gå tillväga och ta reda på läkare och låna ut. Alltså det tog tid. Tidskrävande var det.”

Av elva stycken deltagare svarade tio stycken att de upplevde att vårda utlokaliserad patient var en patientsäkerhetsrisk. En av deltagarna nämnde att det inte var någon patientsäkerhetsrisk för medicinpatienter, men däremot för övriga utlokaliserade specialiteter. En deltagare uttryckte sig att patientsäkerheten kunde hotas. En deltagare svarade att hen inte visste.

Övriga fynd var att någon deltagare upplevde att hen hade anpassat sig till att vårda medicinpatienter så mycket att hen upplevde att det inte innebar någon patientsäkerhetsrisk eller att det var någon större skillnad i omvårdnaden jämfört med vård av ortopediska patienter.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi valde att inte ställa direkta frågor om upplevelser av den egna yrkeskompetensen, för att minska risken för att deltagarna skulle låsas av begrepp. Direkta frågor kan kanske påverka deltagaren i den grad att det kan bli känsligt för personen och kännas som ett personangrepp eller kontroll av dennes kompetens. Däremot fick deltagaren information via Informationsbrevet och Informerat samtycke om att intervjun handlade om upplevelsen av den egna yrkeskompetensen. Istället sökte vi efter meningsbärande begrepp i berättelserna, som kunde belysa upplevelsen av deras egen yrkeskompetens. I intervjuguiden har vi formulerat en av frågorna med de negativa aspekterna före de positiva aspekterna och detta märkte vi, styrde in svaret på det negativa hos deltagaren. En av deltagarna kommenterade även detta. Vi har lärt oss att detta kan ha betydelse vid formulering av frågor.

För att få fram mer utförligare och innehållsrika svar, kunde vi ha ställt fler följdfrågor eller kompletterat med en djupintervju. Hade vi ställt fler frågor kring omvårdnaden av patienten samt fler frågor kring yrkeskompetensen, hade kanske resultatet blivit fylligare. Tidsmässigt fanns ingen möjlighet för detta.

Under analysen användes inte samtliga sex steg i Kvalets analysmetod. Bland annat har vi inte gjort uppföljande intervjuer eller använt intervjun som ett terapeutiskt redskap. Det är även svårt att säga om deltagarna upplevde att de upptäckte nya förhållanden under intervjun.

Att använda boken ”From novice to expert” (Benner, 1984) som teoretisk ram, har inte varit helt oproblematiskt. Författaren har gjort sin studie i en amerikansk vårdkontext och detta kan inte helt översättas till sjuksköterskans roll inom svensk sjukvård. Som exempel på expertsjuksköterska i boken nämns t ex privat lunch med anhöriga och hembesök på fritiden.

Samtliga deltagare visste att vi arbetade på Ortopediska kliniken som sjuksköterskor och att vi hade en förståelse i yrket. Därför använde deltagarna medicinska termer och fackuttryck utan att förklara betydelsen, vilket kan försvåra för andra än sjukvårdskunniga att analysera materialet. Till exempel förklarades inte begrepp som ”pulsar”, ”beläggningslista” samt ”standardvårdplan”.

Att använda sig av en ”gatekeeper” var inte helt oproblematiskt. När några deltagare kom till intervjun hade denne inte fått Informationsbrevet av ”gatekeepern” utan fick istället muntlig information på plats. Vi kunde inte heller garantera fullständig anonymitet eftersom ”gatekeepern” visste vilka personer som ingick i studien.

Studiens validitet och reliabilitet kan ha påverkats av att vi har intervjuat sjuksköterskor som arbetar på samma klinik som oss själva. Vi hade en medvetenhet om, innan studien startade, att det fanns risk för en beroende- och lojalitetskonflikt med deltagarna. Därför valde vi att intervju sjuksköterskor som vi i möjligaste mån inte hade någon arbetsmässig eller personlig relation till. Dock insåg vi att vi har en arbetsmässig relation till deltagarna bara genom att finnas på kliniken. Vi upplevde att ingen var rädd för att berätta om sin upplevda kompetens eller risker i arbetet. Bifynd hittades, där vissa deltagare berättade om att vårdskador hade skett. Litteratursökning har genomförts, för att hitta litteratur som tar upp begreppen lojalitet och beroende i intervjusituationen. Kvale nämner ett antal etiska frågor man som intervjuare ska ställa sig innan man påbörjar intervjun. Bland annat om forskarens roll och om hur denne kommer att påverka undersökningen (Kvale, 1997).

Vi hade som intervjuare olika sätt att intervju, vilket vi upptäckte när vi transkriberade intervjuerna. En av oss ställde flera följdfrågor medan den andre lät intervjupersonen tala fritt och höll sig till intervjuguiden. Detta kan också ha påverkat resultatet på det sättet att vi kan ha fått fram olika svar. Enligt Kvale kan dessa olika svar föras samman till en dialog som leder till intersubjektiv enighet. Vidare säger han att genom att använda fler analytiker blir det möjligt att kontrollera den slumpartade och ensidiga subjektiviteten, förutom att det också blir en rikare analys (Kvale, 1997).

Resultatdiskussion

Andelen sjuksköterskor med liten yrkeserfarenhet var stor, nästan hälften av det totala antalet intervjuade. Detta beror på att vi eftersträvade så lite bias som möjligt för att resultatet inte skulle påverkas genom att vi hade en personlig eller arbetsmässig relation till de intervjuade. Detta kan ha påverkat resultatet i stort, på det sättet att deltagarna inte hade så stor yrkeserfarenhet av varken ortopedi eller annan specialitet, vilket även kom fram av svaren från intervjuerna. I materialet framkom att några av deltagarna var regelstyrda och uppgiftscentrerade, vilket enligt Benner tillhör novis och avancerad nybörjarstadiet (Benner, 1993). Detta kom fram genom att deltagarna uttryckte att de planerade sitt omvårdnadsarbete efter dokument som beläggningslista och standardvårdplan.

Vi såg signaler på att sjuksköterskorna upplevde att deras yrkeskompetens förändrades vid vård av utlokaliserade patienter, men vi kan inte placera in förändringen i Benners kompetensstadium (Benner, 1993). Kanske frågorna var felaktigt formulerade för att få fram detta ur intervjumaterialet. Det vi däremot kan se, är att en stor del av deltagarna, var så pass nya i sin yrkesroll att de låg på kompetensstadiet som Avancerad nybörjare, både vid vård av ortopediska och utlokaliserade patienter.

En av deltagarna uppgav att hon lärde sig mycket av både patient och rondande läkare vid vård av utlokaliserad patient. I tidigare forskning av Stubbings, säger Miller & Sanderson att sjuksköterskan strävar efter en gemensam förståelse för patientens tillstånd för att öka sin uppmärksamhet i samarbete med andra discipliner. Vidare säger de att har arbetslaget olika yrkesgrupper, olika sätt att tänka samt olika uppfattningar om SA, blir det mer spänningar i arbetslaget (Stubbings 2012). En annan av deltagarna nämnde att det kunde vara svårt att framföra information till hela arbetslaget, bl a när det gäller vätskerestriktioner. I Stubbings artikel hänvisas till Wright, som uppger att en effektiv mellanmännisklig kommunikation, är en stark indikator på att utveckla ett dynamiskt arbetslag samt påverkar SA i klinisk praxis (a a).

Flera av deltagarna uppgav att de behövde söka information både genom att läsa och genom att kontakta kollegor eller annan profession för att få mer kunskap om omvårdnadsåtgärder och diagnoser. Enligt Newman & Doran anser Spenceley att det är viktigt att utforska hur akutsjuksköterskor går tillväga för att söka information eftersom de arbetar i en krävande och snabbt skiftande arbetsmiljö. Lättillgänglig, evidensbaserad och tillförlitlig information är viktig för patienters överlevnad (a a).

Sex deltagare av elva, svarade att de inte upplevde någon skillnad i omvårdnaden av utlokaliserade patienter. Fyra deltagare av dessa, uttryckte att det var skillnad i mobiliseringen jämfört med ortopediska patienter. De uppgav oftast att medicinpatienter var lättare att mobilisera jämfört med ortopediska patienter. Enligt Benner ingår mobilisering i domänen Att utföra och övervaka behandlig och bör betraktas som en omvårdnadshandling (Benner, 1993). Hur varje enskild deltagare definierar begreppet omvårdnad har inte ingått i studien och därför är det svårt att avgöra vad begreppet omvårdnad innebär för dem. Vad innebär upplevelsen av skillnad i omvårdnad i de olika patientgrupperna för deltagarna?

På frågan om vad patientsäkerhet innebär för deltagarna, visar svaren att det inte fanns en samsyn kring begreppet. Ingen nämnde att patientsäkerhet är att undvika vårdskada hos patient, men de tog upp olika sätt för att skydda patienten mot vårdskada, vilket går i linje med Socialstyrelsens definition på vad patientsäkerhet är (SOSFS 2005:12). En deltagare nämnde ordet ”skada” och då i meningen att undvika skada. Av övriga deltagare nämndes att ge god säker vård, undvika misstag, att ge rätt mediciner, att patienten känner sig säker på avdelningen, kontrollera saker, prioritera vad som är viktigast, ett sätt att agera för att säkerställa vården, att det finns en läkare som är tillgänglig och ansvarig, att arbeta patientsäkert, vetenskap bakom, rätt vård, koll på helheten – hela individen, ligga steget före, behålla patientens säkerhet, samarbeta inom sjukhusteamet.

Vid frågan om deltagaren upplevde att hen hade kontroll över förändringar i patientens tillstånd, var det en deltagare som svarade att frågan inte var relevant. Detta kan bero på att deltagaren hade valt att berätta om en situation som var administrativ. Deltagaren fick fortsätta sin berättelse då det ingår i sjuksköterskans uppgifter att planera och organisera sitt arbete. Dessa arbetsuppgifter finns även beskrivna i Benners domäner (Benner, 1993).

Resultatet bekräftade statistiken att Ortopediska kliniken tar emot många utlokaliserade patienter från Medicinkliniken. Av alla utlokaliserade patienter, fick Ortopediska kliniken ta emot flest patienter från Medicinkliniken, 196st år 2012 (SUS, 2013). I intervjuerna framkom att nio av elva berättelser handlade om medicinpatienter.

Av de potentiella säkerhetsrisker, som Socialstyrelsen beskriver, vid vård av utlokaliserade patienter, tog deltagarna upp följande risker; Risk för informationsmissar, risk för fördröjda

ordinationer, risker till följd av ovana vid rutiner och otillräcklig kompetens för nya patientgrupper hos personalen, risker till följd av att personalen inte hinner med mer än det mest grundläggande, risk för dålig kontinuitet i vården. I intervjuerna kan man se en tendens till att deltagarna upplevde att det förekommer risker. Med anledning av att så många potentiella risker framkommit i intervjuerna, anser vi att resultatet visar att det kan finnas risker med att vårda utlokaliserade patienter. Ett par deltagare har nämnt stress som en anledning till att göra misstag, bl a i samband med läkemedelsadministrering. Enligt Stubbings et al säger Jones att, för att undvika misstag i samband med läkemedelsadministrering har vissa enheter ändrat sina rutiner och låter sjuksköterskan, som delar mediciner, bära en väst som visar att hen inte får störas (Stubbings, 2012). En stor del av deltagarna uppgav att de kände sig osäkra, bl a i samband med undersökningar samt att vara uppmärksam på förändringar i patientens tillstånd, vilket även kan ha lett till att tidiga symtom missades. Enligt Hedberg & Sätterlund Larsson uppgav sjuksköterskorna i deras studie att de, genom att ligga ett steg före, minskade känslan av osäkerhet och fick ett oberoende i sitt beslutsfattande (Hedberg & Sätterlund Larsson, 2002). Deltagarna i denna studie fick ibland inte möjlighet att ligga steget före, som till exempel när ansvarig läkare kommer sent till rondan och viktiga beslut runt patientens vård skjuts upp, men även på grund av okunskap kring de åtgärder som ska göras gällande patientgruppen.

Vid vård av ortopediska patienter var domänerna den ”Hjälpande rollen” samt ”Att utföra och övervaka behandling” dominerande. Detta kan bero på att deltagarna kände sig trygga i sin yrkesroll som sjuksköterska vid vård av dessa patienter samt visste vad och hur vården skulle förväntas ske. Vid vård av utlokaliserade patienter är domänerna ”Diagnostisk och övervakande funktion” samt ”Att planera och organisera för personalens arbete och vården” dominerande. Dessa svar kan bero på att många deltagare upplevde att de fick ta mycket administrativ tid för att få ordinationer från medicinläkare. Medicinläkare ordinerar ofta fler kontroller på vitalparametrar än vad som förekommer hos ortopediska patienter, vilket kan ge mer svarsresultat på domänen ”Diagnostisk och övervakande funktion”. Inom domänen ”Undervisande och vägledande funktion” fanns inga svar. Detta kan bero på att deltagarna ändå kände sig trygga med patientgrupperna och ser det som ett naturligt inslag i sitt dagliga arbete att det inte nämns. Det kan också vara så att när det gäller ortopediska patienter känner deltagarna sig trygga eller att de har kunskap om vad de ska informera om, medan det hos utlokaliserade patienter, oftast medicinpatienter, kanske inte finns någon kunskap om, vad det bör informeras om. När det gäller sjuksköterskor på kompetensstadium Avancerad nybörjare, kan detta även gälla information till ortopedpatienter och vi hade en överrepresentation av sjuksköterskor med kort yrkeserfarenhet i studien. Antal svar inom varje domän kan också bero på vilken typ av patient deltagarna valde att berätta om. Ett större och mer ingående material hade kanske varit tillgodo för att få en mer trovärdig bild av vilka domäner som gäller för varje patientgrupp.

I Brist på vårdplatser – kris inom svensk sjukvård (Sveriges Läkarförbund 2004), nämner att samarbetet mellan läkare och sjuksköterska sätts ur spel vid vård av utlokaliserade patienter och att brist på specifik kompetens hos sjuksköterskan ökar risken för att inte upptäcka tecken på försämring hos patienten. Dessa uttalanden verkar verifieras i våra intervjuer genom att flera deltagare nämner just att läkarna känns långt borta samt att omvårdnaden försvåras på grund av att läkaren kommer senare till rondan.

Hur kommer vården kring utlokaliserade patienter att se ut i framtiden? Bör kompetensen höjas hos allmänsjuksköterskan eller ska vårdgivaren undvika att utlokalisera patienter? Kan utlokalisering av patienter förbättra kompetensen hos sjuksköterskan? Finns det någon fördel

för sjuksköterskan vid vård av utlokaliserade patienter? Enligt Distler (2006), medför ekonomiska indragningar och minskade personalresurser påfrestningar på sjuksköterskors förmåga att bibehålla klinisk kompetens i en snabbt föränderlig hälso- och sjukvård. För att möta detta behov hos framtida sjuksköterskor behöver sjuksköterskeutbildningen förändras till att bli mer problembaserad med kritiskt tänkande för att utbilda sjuksköterskor med professionellt ansvarstagande och förmåga att utföra kvalitativ omvårdnad. Detta exempel gäller inom amerikansk kontext (a a). Med tanke på den aktuella ekonomiska situationen inom svensk sjukvård med åtstramningar och vårdplatsbrister och personalnedskärningar, kanske detta även gäller för svenska förhållanden. Enligt docent, överläkare och dåvarande stf/bitr klinikchef, ortopediska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund–Malmö Pelle Gustafson, är det viktigt framöver att patienter vårdas där patienter finns och inte som satellitpatienter med tanke på den ökade specialiseringen inom sjukvården. Resultatet av studien visar att det är viktigt redan nu, att patienterna vårdas där rätt kompetens finns med tanke på de svar som framkommit angående patientsäkerhet.

SLUTSATS

De flesta deltagarna upplevde en skillnad i omvårdnaden vid vård av utlokaliserad patient. Framst när det gäller mobilisering av patient. Resultatet kunde inte visa på om sjuksköterskan förändrade sin yrkeskompetensnivå enligt Benner. De flesta deltagarna upplevde att det förekommer risker i patientsäkerheten vid vård av utlokaliserade patienter. Resultatet av studien visar att det är viktigt redan nu, att patienterna vårdas där rätt kompetens finns med tanke på de svar som framkommit angående patientsäkerhet.

Att vårda utlokaliserade patienter, kan kanske ha både positiva och negativa konsekvenser för sjuksköterskans yrkeskompetens samt patientsäkerheten. Dessa konsekvenser kan vara intressanta att studera närmare i framtiden efter resultatet från denna studie. Då behövs kanske en avgränsning av syftet, till exempel att endast undersöka upplevelsen av yrkeskompetensen eller patientsäkerheten kring utlokaliserade patienter samt att urvalet blir större samt med mer spridning gällande antal år i yrkesrollen. Kan sjuksköterskans yrkeskompetens breddas genom vård av utlokaliserade patienter eller bör kompetensen redan finnas där från grundutbildningen till sjuksköterska? Eventuellt kan resultaten vara värdefulla för vårdhögskola och internutbildning för verksamma sjuksköterskor. Ska man i möjligaste mån försöka undvika att utlokalisera patienter för att förhindra risk för vårdskada?

REFERENSER

Benner P, (1984) *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. California. Addison-Wesley Publishing Company.

Benner P, (1993) *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund. Studentlitteratur.

Brist på vårdplatser – kris inom svensk sjukvård. *Sveriges Läkarförbund (2004)*.

Distler JW, (2007) Critical thinking and clinical competence: Results of the implementation of student-centered teaching strategies in an advanced practice nurse curriculum. *Nurse education in practice*, 7, 53-59.

Gustafson, P (2012) Har vi för få vårdplatser i Sverige? *Läkartidningen*, 7(109), 332-333.

Hartman J, (2004) *Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori*. Lund. Studentlitteratur.

Hedberg B, Sätterlund-Larsson U, (2003) Observations, confirmations and strategies – useful tools in decision-making process for nurses in practice? *Journal of Clinical Nursing*, 12, 215-222.

Kvale S, (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.

Malmö högskola, (2011) *Definition av huvudområden, Hälsa och samhälle*.

><http://www.mah.se/upload/FAKULTETER/HS/Utbildning/Utbildningsn%C3%A4mnden/UN%20H%C3%A4lsa%20och%20samh%C3%A4lle%20huvudomr%C3%A5den%20110901.pdf> < 2013-05-06

Newman KM & Doran D, (2012) Critical care nurses' information-seeking behaviour during an unfamiliar patient care task. *Dynamics*, 23(1), 12-17. Canadian association of critical care nurses.

Polit DF & Beck CT, (2007) *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. (6th ed) Philadelphia. Lippincott.

Skånes Universitetssjukhus, 2013

Socialstyrelsen, (2010) Tillgång till vårdplatser. Artikelnr 2010-5-24.

SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i Hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen.

Stubblings L, Chaboyer W, McMurray A, (2012) Nurse's use of situation awareness in decision-making: an integrative review. *Journal of Advance Nursing*, 68(7), 1443-1453.

BILAGA

INTERVJUGUIDE

Bilaga 1

Bakgrundsfrågor

- 1 Antal år i yrket
- 2 Antal år på ortopedisk avdelning
- 3 Vilken annan specialitet har du erfarenhet av och antal år

Huvudfrågor

- 1 Berätta om en självupplevd situation eller händelse när du vårdade en ortopedisk patient!
 - a. Hur kände du?
 - b. Hur tänkte du?
 - c. Hur reagerade du?
 - d. På vilket sätt engagerade du dig i patienten och dennes situation?
 - e. Vad tyckte du var särskilt tillfredsställande med situationen?
 - f. Vad tyckte du var mest krävande i situationen?
 - g. Visste du vilka förändringar i patientens tillstånd du skulle ha koll på? Hur?
- 2 Berätta om en självupplevd situation eller händelse när du vårdade en patient från en annan specialitet!
 - a. Hur kände du?
 - b. Hur tänkte du?
 - c. Hur reagerade du?
 - d. På vilket sätt engagerade du dig i patienten och dennes situation?
 - e. Vad tyckte du var särskilt tillfredsställande med situationen?
 - f. Vad tyckte du var mest krävande i situationen?
 - g. Visste du vilka förändringar i patientens tillstånd du skulle ha koll på? Hur?
- 3 Upplevde du någon skillnad i omvårdnaden vid vård av utlokaliserad patient jämfört med ortopedisk patient? Om ja, vilken skillnad? Varför tycker du så?
- 4 Hur upplever du att patientsäkerheten påverkas i omvårdnaden av utlokaliserad patient jämfört med vård av ortopediska patienter?
 - a. Vad innebär patientsäkerhet för dig?
- 5 Vilka negativa och positiva aspekter kan du se i omvårdnaden vid vård av utlokaliserade patienter jämfört med vård av ortopediska patienter?

KOMPETENSSTADIUM – sjuksköterskor

Bilaga 2

Detta är en egen sammanfattning av de olika kompetensstadium som beskrivs i boken Från novis till expert av Patricia Benner.

Novis

- Saknar klinisk erfarenhet
- Färdigheter där det saknas bakgrundsförståelse av situationen
- Regelstyrt beteende

Avancerad nybörjare

- Har klarat av ett tillräckligt antal verkliga situationer för att på egen hand kunna urskilja återkommande betydelsefulla aspekter i situationen
- Har ingen möjlighet att uppfatta hela situationen
- Regelstyrt beteende
- Behöver stöd av mer erfarna sjuksköterskor i omvårdnad av patient
- Behöver hjälp att prioritera

Kompetent

- Arbetat 2-3 år inom samma eller liknande omständigheter
- Har ett betydande mått av medveten och avsiktlig planering
- Saknar den skickliges snabbhet och anpassningsförmåga
- Kan behärska situationen och ta itu med oförutsedda händelser i det kliniska arbetet
- Mer effektiv och organiserad än tidigare stadium

Skicklig

- Uppfattar situationer som helheter och beslutsfattandet blir därför mindre ansträngande
- Hur sjuksköterskan uppfattar den kliniska situationen kommer automatiskt och grundas på erfarenhet och det som precis har hänt i situationen
- Uppskattningsvis har sjuksköterskan arbetat med liknande patientgrupper i 3-5 år
- Sjuksköterskan kan förutse möjliga händelser i kända situationer och kan ändra sina planer i förhållande till den situationen
- Sjuksköterskan kan upptäcka när den förväntade normala situationen inte infinner sig
- Kan uppfatta nyanser i situationer som mindre erfarna sjuksköterskor inte kan se

Expert

- Kan intuitivt uppfatta olika situationer och genom det få fram det centrala problemet och fattar beslut efter det
- Får en snabb insikt om sidorna av ett problem
- Sjuksköterskan använder analytiska redskap i situationer där erfarenhet saknas
- Sjuksköterskan innehar ett holistiskt och snabbt beslutsfattande
- Kan fungera som konsult för andra sjuksköterskor i expertområdet