

**SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV ÖVERRAPPORTERING AV  
PATIENTER MELLAN AMBULANSSJUKVÅRDEN OCH  
AKUTMOTTAGNINGEN**

**En kvalitativ intervjustudie**

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng  
Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning ambulanssjukvård, 60 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Avancerad nivå

Examensdatum: 2018-06-11

Kurs: Ht16

Författare:  
Christin Holmberg

Sofia Lundberg

Handledare:  
Eila Sterner

Examinator:  
Anna Ekwall

## **SAMMANFATTNING**

Överlämnandet av patienter och överrapportering är nödvändigt. Det sker under många tillfällen i vårdkedjan, exempelvis vid överlämnandet av patienter till en akutmottagning och vid skiftbyte från en sjuksköterska till en annan sjuksköterska.

Syfte med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av överrapportering av patienter mellan ambulanssjukvården och akutmottagningen

Metoden var en kvalitativ intervjustudie. Två semistrukturerade intervjuer genomfördes i fokusgrupper. Informanterna var åtta stycken legitimerade sjuksköterskor från akutmottagningen och ambulanssjukvården. Intervjuerna analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet av upplevelserna som sjuksköterskorna upplevde presenterades i fem kategorier; Kommunikation vid överrapportering, risker vid överrapportering, patientsäker överrapportering, struktur och verktyg vid överrapportering och omvårdnadsrelaterad information vid överrapportering.

Sjuksköterskorna upplevde att överrapportering var en central del i deras arbete inom både ambulanssjukvården och på akutmottagningen. Stress upplevdes som en risk för att skapa brister i kommunikationen, vilket i sin tur kunde medföra negativa konsekvenser för patienten och bidra till en försämrad patientsäkerhet. Sjuksköterskorna upplevde även att en samsyn i vad som skall rapporteras och när, torde förbättra tillfället av överrapportering. Sjuksköterskorna föredrog en kort, koncis och tydlig rapport. Genom användandet av ett standardiserat verktyg för överrapportering blir det tydligare vilken information som skall ges och det bidrar det till en säkrare vård.

Nyckelord: sjuksköterska, överrapportering, kommunikation, patientsäkerhet

## **ABSTRACT**

Patient handover is necessary. It takes place at many different points of time in the prehospital and intrahospital care. For example, the handover can take place between the ambulance care and emergency department and in shift changeover, from one nurse to another.

The aim for this study was to examine how nurses experienced patient handover between the ambulance care and emergency department.

The method used in the study was a qualitative interview study. Two semi-structured interviews were conducted in focus groups. The participants were eight registered nurses from the emergency department and ambulance care. The interviews were analyzed through a qualitative content analysis.

The result of the experiences that was described by the nurses was presented in five categories; communication in handovers, risks in handovers, patient safety in handovers, structure and tools in handovers and nursing care-related information in handovers.

The nurses lived experiences was that patient handover is a central part of their work in both the ambulance care and emergency department. Stress was a known risk for lack in communication and this could, potentially, cause sentinel events for the patients and impair the overall patient safety. The nurses also described that if there was a consensus in what should be reported and when, it could improve patient handovers. The nurses preferred a handover that was short, concise and clear. Implementing and using a standardized tool for patient handovers should make it clearer on what type of information that should be passed along and thus, enhance patient safety.

Keywords: Nurse, handover, communication, patient safety

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>Prehospital sjukvård och akutsjukvård</b> .....	<b>1</b>
<b>Patientsäkerhet</b> .....	<b>2</b>
<b>Kommunikation utifrån Travelbees omvårdnadsteori</b> .....	<b>3</b>
<b>Professionell kommunikation</b> .....	<b>3</b>
<b>Attityder, värderingar och normer</b> .....	<b>3</b>
<b>Överrapportering</b> .....	<b>4</b>
<b>Problemformulering</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>5</b>
<b>METOD</b> .....	<b>5</b>
<b>Ansats och design</b> .....	<b>5</b>
<b>Urval</b> .....	<b>6</b>
<b>Datainsamling</b> .....	<b>6</b>
<b>Dataanalys</b> .....	<b>8</b>
<b>Forskningsetiska övervägande</b> .....	<b>9</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
<b>Kommunikation vid överrapportering</b> .....	<b>10</b>
<b>Risker vid överrapportering</b> .....	<b>11</b>
<b>Patientsäker överrapportering</b> .....	<b>12</b>
<b>Struktur och verktyg vid överrapportering</b> .....	<b>13</b>
<b>Omvårdnadsrelaterad information vid överrapportering</b> .....	<b>15</b>
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>16</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>16</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>21</b>
<b>Slutsats</b> .....	<b>24</b>
<b>Klinisk tillämpbarhet</b> .....	<b>24</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>25</b>

- Bilaga 1- Informationsbrev till verksamhetschef**
- Bilaga 2- Informationsbrev till verksamhetschef**
- Bilaga 3- Informationsbrev & samtyckesformulär**
- Bilaga 4- Intervjuguide**

## **BAKGRUND**

Överlämnandet av patienter och överrapportering är nödvändigt. Det sker under många tillfällen i vårdkedjan, exempelvis vid överlämnandet av patienter till en akutmottagning, vid skiftbyte från sjuksköterska till sjuksköterska, mellan läkare och sjuksköterska och mellan andra professioner i vårdteamet (Bost, Crilly, Patterson & Chaboyer, 2012; Evans, Murray, Patrik, Fitzgerald, Smith, Andrianopoulos & Cameron, 2010). Den prehospitala vårdkedjan avslutas ofta med ett överlämnande av patienten till en mottagande enhet, många gånger är det till akutmottagningen. Det är en central del som sjuksköterskan i ambulansen ansvar för gentemot patienten. Studier har påvisat att den efterföljande vård som patienten får påverkas av den information som sjuksköterskan ger vid överlämnandet (Carter, Davis, Evans & Cone, 2009).

Dock har tillfället av överrapportering av en patient mellan olika vårdgivare visat sig vara särskilt kritiskt gällande patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2018; Carter et al., 2009; Dyrholm- Siemsen et al., 2012). Brister i kommunikationen kan leda till att viktig information missas. Kan även leda till fel typ av behandling och en förlängd vistelse på akutmottagningen (Joint Commission for Transforming Healthcare, 2012; Socialstyrelsen, 2018). Det är oftast i övergångarna mellan olika vårdenheter som bristerna i överföring av information uppstår (Dyrholm- Siemsen et al., 2012). Brister i kommunikation har visat sig vara en av de vanligaste riskerna för vårdskador, exempelvis förlängd tid till behandling (Socialstyrelsen, 2018). En bristfälligt genomförd överrapportering med felaktig, inkomplett eller utelämnande av information skapar tvetydigheter mellan sändare och mottagare. Vilket i sin tur ökar risken för oönskade och ogynnsamma effekter för patienten (Apker, Mallak & Gibson, 2007). Följaktligen anses kvaliteten på vård och patientsäkerheten påverkas av kommunikationen under ett överlämnande av ansvar för patientens fortsatta vård (Socialstyrelsen, 2018).

I Sverige drabbas uppemot 100 000 patienter av någon typ utav vårdskada per år (Socialstyrelsen, 2017a). I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definieras vårdskada som, “...lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”. Inspektionen för Vård och Omsorg [IVO] (2014) och Socialstyrelsen (2018) påtalar att brister i kommunikationen mellan olika aktörer inom vården är förenad med ökad risk för allvarliga konsekvenser för patienter, exempelvis utebliven behandling och ofta en orsak till exempelvis vårdskada.

### **Prehospital sjukvård och akutsjukvård**

I ambulansen ska det finnas, enligt Socialstyrelsens föreskrifter, minst en legitimerad sjuksköterska (SOSFS 2009:10). Sjuksköterskan arbetar i ett team med antingen en ambulanssjukvårdare eller en annan sjuksköterska. Teamet omhändertar både patienter med lättare sjukdomstillstånd och åkommor, men även akut skadade och kritiskt sjuka patienter. Sjuksköterskan har det högsta medicinska ansvaret och kan oftast inte dela det med andra professioner som den kan på exempelvis en akutmottagning. Detta skiljer ambulanssjukvården från många andra vårdinstanser (Suserud, 2005). Den prehospitala vården är ofta präglad av akut sjukdom och skada. Ambulanssjukvården är organiserad och utvecklad med fokus på att hälso- och sjukvårdspersonalen ska vara utbildade i just akutsjukvård. Dock är den prehospitala vården komplex och innebär att den som ger vård

måste vara kreativ och flexibel. Vården kan inte heller begränsas till att bara ge medicinsk behandling och vård. Omvårdnad, som är en central del i sjuksköterskans profession, måste också finnas där i mötet med patienten (Suserud, 2005; Holmberg & Fagerberg, 2010).

När människor känner oro för sin hälsa och upplever att de är i behov av vård omgående uppsöker många en akutmottagning. Flertalet av dessa har ej ett akut behov av vård och en mindre andel av dessa är kritiskt sjuka och behovet av vård kan då inte anstå. Att adekvat och tillräckligt snabbt omhändertaga detta stora urval av patienter innebär en utmaning för sjukvården. Akutmottagningen innehar en central roll för sjukhuset och hela dess organisation. Patientsäkerheten blir hotad om akutmottagningen inte fungerar och det ger även återverkningar på resterande sjukhusets verksamheter (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2010). Antalet besök på Sveriges akutmottagningar har hittills ökat för varje år. Anledningar till detta tros vara förändrat sökbeteende, ändrat sökmönster och ett förändrat patientunderlag. Många söker sig till akutmottagningen utan föregående kontakt med primärvård eller sjukvårdsupplysning och fler yngre personer söker sig till akutmottagningen jämfört med tidigare (Socialstyrelsen, 2015). På akutmottagningen är det viktigt att patientflöden ska flyta på och många akutmottagningar strävar efter att arbeta i team. Teamarbetet syftar till att förbättra kommunikationen mellan medarbetarna samt samarbetet mellan de olika yrkeskategorier som träffar patienten. Detta leder till ett effektivt handläggande som i sin tur leder till ökad patientsäkerhet. Teamen kan bestå av sjuksköterska, undersköterska och läkare men även i olika konstellationer av dessa professioner (Kozlowski & Ilgen, 2006).

## **Patientsäkerhet**

I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) anges det hur hela hälso- och sjukvården skall agera för att värna om patientsäkerheten gentemot patienter (SFS 2010:659). Enligt Socialstyrelsen (2017b) innebär patientsäkerhetslagen, i korthet, att vårdgivare skall skydda patienten mot vårdskada. Det åligger arbetsgivaren att leda och organisera verksamheten på sådant sätt att risker elimineras, och om det inte går, hålla dem inom kontroll. Förbättringsförslag skall planeras, utföras och utvärderas. Vårdgivaren är också skyldig att arbeta förebyggande för att patienter inte ska drabbas av vårdskada. Om detta ändå sker ska vårdgivaren starta en utredning för att analysera händelseförloppet för att sedan kunna vidta adekvata åtgärder.

I nästa led av patientsäkerheten har sjuksköterskan också ett yrkesetiskt ansvar gentemot sina patienter. En av sjuksköterskans kärnkompetenser är säker vård och för att bedriva säker vård behöver vården utveckla system och arbetsprocesser för att minska riskerna för fel och vårdskador och det förutsätter ett utvecklingsarbete på många nivåer. Sjuksköterskans förmåga att använda standardiserade arbetsmetoder för bland annat säker informationsöverföring och samverkan är en del av säker vård. Patientsäkerheten ska finnas med vid varje överrapportering, skiftbyte samt varje kontakt med patienten och det är en ständigt pågående process (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], Svenska Läkaresällskapet, Fysioterapeuterna, Sveriges Arbetsterapeuter, Dietisternas Riksförbund & Sveriges Tandläkarförbund, 2016). Det är viktigt att informationsöverföringen sker på ett säkert sätt för att minimera risken för missförstånd och felaktig information och för att säkerställa detta så ska sjuksköterskan medvetet arbeta med att korrekt information överförs effektivt vid rätt tillfälle mellan inblandade parter. Detta leder till att patientsäkerheten ökar (Wallin & Thor, 2008).

Vidare beskriver Riksföreningen för Akutsjuksköterskor och SSF (2017) i sin kompetensbeskrivning för akutsjuksköterskor att sjuksköterskan, bland annat, ska implementera en av sjuksköterskans kärnkompetenser som är säker vård. Som en del i säker vård skall då sjuksköterskan aktivt arbeta med patientsäkerheten inom sin verksamhet. Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor [RAS] och SSF (2012) beskriver också att ambulanssjuksköterskan skall utföra sitt uppdrag på ett patientsäkert sätt genom säker förflyttning, transport, dokumentation, utvärdering och överrapportering.

### **Kommunikation utifrån Travelbees omvårdnadsteori**

Kommunikation är ett av sjuksköterskan viktigaste redskap och det är en ömsesidig process där sjuksköterskan delar eller förmedlar tankar och känslor. Kommunikationen pågår kontinuerligt när två människor möts och den är verbal samt icke verbal. Kommunikationen är en förutsättning för att uppnå målet för omvårdnaden, att hjälpa patienten att bemästra sjukdom och lidande och finna en mening i sin upplevelse. Syftet med kommunikationen är att lära känna sin patient och på så sätt kunna tillgodose dennes behov. Enligt Travelbees omvårdnadsteori är kommunikationen en komplicerad process som kräver att det finns bestämda förutsättningar eller färdigheter. Dessa förutsättningar och färdigheter innefattar kunskap och förmåga att tillämpa den, sensitivitet och ett välutvecklat sinne för "timing" samt att inneha kunskap om olika kommunikationstekniker (Travelbee, 1971).

### **Professionell kommunikation**

I arbetet inom vården behövs professionell kommunikation. De personer som kommunikationen berör kan vara patienter, kollegor eller andra yrkesutövare. Professionell omvårdnadsorienterad kommunikation innebär att det utgår från ett omvårdnadsrelaterat syfte och kan innebära olika arbetsområden, metoder samt patient- och vårdgrupper. Inom omvårdnadsyrket är kärnan i professionell kommunikation till för att hjälpa patienten. Kommunikationen utgår ifrån ett professionellt förhållningssätt, vilket innebär att respektera den andre, att lyssna aktivt och vara öppen (Eide & Eide, 2009). Kommunikation är komplext och det är viktigt hur kommunikationen framförs, till exempel vad personen visar med sitt kroppspråk, attityd och röstläge. Kommunikation är inte bara vad personen säger utan hur hon/han säger det (Nadzam, 2009).

Enligt Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor (2012) och Riksföreningen för akutsjuksköterskor (2017), skall både specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvård och akutsjukvård samverka och kommunicera i olika interprofessionella team inom olika vårdinrättningar och samhällsinstanser. Kommunikationen ska ske både muntligt och skriftligt. Detta för att främja säker och god vård.

### **Attityder, värderingar och normer**

I en interprofessionell miljö kan värderingar, kulturer, normer, patientsäkerhetskultur, beteenden och tradition skilja sig åt. Det är också faktorer som styr och påverkar vårdpersonalen och kvaliteten på ett överlämnande av en patient. En dansk studie definierar kultur på en arbetsplats såsom "A set of shared attitudes, values, goals, and practices that characterises an organisation, department, or profession" (Dyrholm -Siemsen et al., 2012, s 445). Vårdpersonal tenderar att observera den egna institutionens och sina medarbetares beteendemönster. Det kommer i sin tur att påverkas deras egna attityder och inställning till patientsäkerhet och således även påverka det egna beteendemönstret vid

tillfällen av överrapportering (Flanigan, Heilman, Johnson & Yarris, 2015; Bost et al., 2012). På större arbetsplatser kan det förekomma att alla i vårdteamet inte känner till varandra och således inte heller vet vilken kunskap och kompetens som finns samlad runt patienten. Det kan i sin tur verka som ett hinder för ett gott samarbete kring patienten (Dyrholm-Siensen et al., 2012).

Flanigan et al. (2015) påtalar att tillfället av överrapportering påverkas av flera faktorer som är tätt sammanlänkade. Miljön som överrapporteringen sker i är ofta högljudd och har ett snabbt tempo. Kulturen som råder på arbetsplatsen färgar personens förmåga att berätta eller beskriva ett händelseförlopp men även individuella preferenser för hur denne beskriver något. Även hur pass van personen är att ge och ta emot rapport. Dessa faktorer skapar sedan en kollektiv kontext för personalen som arbetar där. Den styr flödet av information och på vilket sätt den förs vidare. Den fysiska platsen inverkar också på själva överrapporteringen. Platsen hjälper till att forma både samarbetet och interprofessionella relationer. Platsen kan både ha positiv och en negativ inverkan på samspelet mellan personalen. Förväntningar på både själva överrapporteringen och på det ansvar olika professioner förväntas ta, inom den kontext personen verkar i, påverkar hur samförstånd nås mellan olika personalkategorier och hur väl samarbetet kommer fungera.

## **Överrapportering**

Överrapporteringen sker ofta muntligt från personalen i ambulanssjukvården till vårdpersonalen på akutmottagningen. Det kan ske både över telefon, via radioenhet men även fysiskt vid varje tillfälle besättningen från ambulansen lämnar en patient på akutmottagningen. Radioenhet eller telefon används till exempel för att förvarna akutmottagningen om att personalen i ambulansen transporterar in en kritiskt sjuk patient. På så vis kan personalen på akutmottagningen mobilisera rätt professioner för att direkt kunna omhänderta denna patient. Patienter kan överlämnas på akutrum, i vanliga behandlingsrum men även i korridorer när annan plats inte finns. Journalen som ambulanspersonalen skriver, kan fungera som en form av skriftlig rapport och således komplettera den muntliga informationen (Bruce & Suserud, 2005).

Det är viktigt att informationen som ges ska vara fullständig, korrekt och avgränsad och för att kunna uppnå detta behövs ett standardiserat kommunikationsverktyg (Wallin & Thor, 2008). Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] (2017), rekommenderar verktyget SBAR vid överrapportering av patienter. S står för situation, B för bakgrund, A för aktuellt och R för rekommendationer. Målet är att överrapporteringen får en tydlig struktur som ska minska risken för att information misstolkas, missas eller blir felaktig.

Känsla av stress, hög arbetsbelastning, otydliga rutiner och tidspress leder till frustration och är faktorer som har identifierats kunna skapa barriärer för en säker överrapportering (Dyrholm- Siensen et al., 2012). Även brist på användandet av gemensam terminologi med hjälp av standardiserade och strukturerade verktyg kan påverka tydligheten vid överrapportering (Flanigan et al., 2015). Just användandet av strukturerade system kan bidra till att missförstånd undviks och att viktig information inte faller bort (Shalini & Castelino, 2015). För att minimera missförstånd eller missad information är det också viktigt att säkerställa att det som sägs även uppfattas på rätt sätt av mottagaren. Sker inte det finns stor risk att överrapporteringen mellan prehospitala teamet och akutmottagningens team misstolkas. Förhoppningen om att ge säker vård kan påverkas om det prehospitala teamet upplever att vårdpersonalen på akutmottagningen inte lyssnar



tillräckligt uppmärksam. Även om akutmottagningsteamet upplever att informationen inte är tillräcklig, samtidigt som det prehospitala teamet bedömer att deras insats håller en god kvalitet. Det ter sig således föreligga en diskrepans i upplevelsen mellan ambulanspersonalen och vårdpersonalen på akutmottagningen, av överrapportering av en patient (Thakore & Morrison, 2001; Carter et al., 2009).

### **Problemformulering**

Överrapportering kan ske både på akutrum med många olika professioner närvarande och patientens behov av vård är akut. Men den kan även ske i korridorer och i andra behandlingsrum. Vid en överrapportering ska ambulanspersonalen förmedla det som är mest viktig men under olika förutsättningar och i olika miljöer. Det är stor skillnad att vårda en icke kritisk patient där sjuksköterskan i ambulansen också har tid att förbereda sin rapport. Vårdbehovet är sedan inte akut så mottagande sjuksköterska har också tid att lyssna på det som sjuksköterskan från ambulansen säger. I jämförelse med att vårda en kritiskt sjuk patient där all fokus ligger på livsuppehållande åtgärder och tid för att planera en tydlig rapport inte finns. Vid ankomst till akutmottagningen är också vårdbehovet akut och teamet som möter upp måste börja arbeta direkt för att försöka rädda livet på patienten. Då finns inte möjligheten att lyssna aktivt längre och risken för att information missas är stor.

Brist på tid, brist på kommunikation och brist på användandet av standardiserade verktyg för överrapportering kan leda till en sämre överlämning. Risk för felbehandling, förlängd tid till behandling och förlängd vistelse på akutmottagningen är några konsekvenser av en ofullständig överrapportering mellan vårdinstanser. Tillfället av överrapportering förefaller påverka patientsäkerheten och patientens omvårdnad.

Det ter sig finnas en utmaning i att det är två olika professionella team som ska mötas och samarbeta kring en patient, men de har olika uppfattningar om vad som ska överrapporteras och hur rapporten ska genomföras. Finns också individuella skillnader i hur en överrapportering genomförs och vad som är viktigt att förmedla. Efter en litteraturgenomgång verkar det finnas få svenska studier utförda i närtid och inom den här specifika kontexten. Därav kan det vara viktigt att undersöka hur sjuksköterskorna upplever situationen av överrapportering för att om möjligt identifiera hur situationen kan optimeras med säker vård på lika villkor för patienterna.

### **SYFTE**

Syftet var att undersöka hur sjuksköterskor upplevde överrapportering av patienter mellan ambulanssjukvården och akutmottagningen.

### **METOD**

#### **Ansats och design**

En kvalitativ deskriptiv intervjustudie genomfördes med fokusgruppsintervjuer. Kvalitativa studier syftar till att förklara och beskriva subjektiva upplevelser och utifrån observationer och upplevda erfarenheter dra slutsatser om ett fenomen (Polit & Beck, 2017). Det kan vara en fördel av att använda sig av fokusgruppsintervjuer för att få fram mycket information på kort tid samt att deltagarna i gruppen kan ge varandra stöd och inspiration. Syftet med fokusgruppsintervju var att informanterna ska hjälpas åt att beskriva sina erfarenheter och upplevelser (Olsson & Sörensen, 2011).

## Urval

Inklusionskriterier för informanter var sjuksköterskor som arbetade på akutmottagningen samt sjuksköterskor som arbetade på ambulansen. Både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor deltog i studien. Detta för att alla sjuksköterskor, både inom ambulanssjukvården och på akutmottagningen, deltog i överslag av olika situationer. Det skapades inget kriterium gällande antal år i verksamheten då alla sjuksköterskor, oavsett längd på arbetslivserfarenhet, också genomförde överslag. Exklusionskriterier var sjuksköterskor som ej arbetade kliniskt.

För att finna informanter till studien använde sig författarna av ett bekvämlighetsurval. Det kan vara en lämplig metod att använda för att få deltagarna att frivilligt träda fram och om informanterna bör värvas från en specifik organisation eller klinisk miljö (Polit & Beck, 2017). Deltagarna hade således erfarenhet av fenomenet som studien syftar till och genom spridning på just ålder och arbetslivserfarenhet ökar studiens trovärdighet (Kvale & Brinkmann, 2014).

Den ambulansverksamhet som deltog i studien utför cirka 26 000 uppdrag per år i Mellansverige. Uppdragen har blandad karaktär och gäller både transporter ut till allmänheten men även transporter mellan olika vårdenheter både inom och utom länet. Den akutmottagning som medverkade i intervjustudien har cirka 50 000 patientbesök per år. Akutmottagningen som var belägen i Mellansverige tar emot alla typer av trauman samt medicinska larm utöver det vanliga inflödet av patienter.

## Datinsamling

### Information till verksamhetschefer

Initialt kontaktades verksamhetscheferna, via e-post, på respektive verksamhet för att få tillstånd att utföra intervjustudien. Efter detta bokades ett möte med båda verksamhetschefer, separat, där författarna gav muntlig och skriftlig information om studiens bakgrund, syfte och metod. Efter mötena gav verksamhetscheferna både muntligt och skriftligt godkännande för utförande av studien. Båda verksamhetscheferna har skrivit under ett varsitt samtyckesformulär (Bilaga 1) (Bilaga 2).

### Informanter

Det skickades sedan ut ett informationsbrev och en förfrågan om deltagande i studien till alla legitimerade sjuksköterskor på både akutmottagningen och ambulanssjukvården via e-post (Bilaga 3). E-postadresserna erhöles via arbetsplatsernas register för anställdas e-post. Författarna till studien mottog svar från fyra sjuksköterskor från akutmottagningen som var intresserade av att delta i studien. Fyra sjuksköterskor från ambulansen svarade att de var intresserade av att delta i studien. Två av sjuksköterskorna från akutmottagningen var grundutbildade och två var specialistutbildade inom akutsjukvård. Av de sjuksköterskor som deltog från ambulanssjukvården var två utav dem grundutbildade, en specialistutbildad inom ambulanssjukvård och en specialistsjuksköterska inom akutsjukvård. Totalt deltog åtta sjuksköterskor i studien uppdelade på två grupper med fyra stycken i varje grupp. Via e-post kom författarna överens med deltagarna om lämpliga datum och platser för fokusgruppsintervjuerna.

Sjuksköterskorna på akutmottagningen var mellan 28 och 53 år. Medelåldern var 39 år. Längden på arbetslivserfarenhet varierande mellan fem till 15 år och medelvärdet blev då tio år som legitimerad sjuksköterska. Sjuksköterskorna som arbetar på ambulansen var mellan 39 och 45 år och medelåldern blev 41 år. Längden på arbetslivserfarenhet varierade mellan sju till 14 år. Medelvärdet blev då tio år som legitimerad sjuksköterska.

### Intervjuguide

En intervjuguide utformades med tre stycken huvudämnen med flera underfrågor till varje ämne. Den innehöll även följdfrågor ämnade att bidra till en fördjupning av diskussionen (Bilaga 4). Intervjuerna var semistrukturerade och syftet med detta var att stimulera till diskussion och beskrivande svar (Kvale & Brinkmann, 2014). Vid semistrukturerade intervjuer kan det vara lämpligt att använda sig av en intervjuguide. Detta för att säkerställa att alla ämnesområden författarna utformat berörs. Även för att informanterna ska få en möjlighet att kunna tala mer fritt och kunna berätta om sina upplevelser med egna ord (Polit & Beck, 2017).

### Pilotintervjuer

I nästa steg utfördes det fyra separata pilotintervjuer för att undersöka hur väl intervjuguiden svarade till studiens syfte (Dalen, 2015). Pilotintervjuerna utfördes i två etapper. Informanterna i pilotintervjuerna var kollegor till författarna. De fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte och tillfrågades muntligt om deltagande. Två sjuksköterskor från ambulanssjukvården respektive två sjuksköterskor från akutmottagningen deltog. Pilotintervjuerna utfördes vid fyra separata tillfällen, enskilt, på båda verksamheterna efter avslutat arbetspass och båda författarna deltog vid samtliga tillfällen. Alla informanter i pilotintervjuerna har skrivit på ett samtyckesformulär (bilaga 3). Intervjuerna ljudinspelades.

En av författarna var intervjuare och en utav författarna agerade observatör och skrev minnesanteckningar. Författarna alternerade även rollerna som intervjuare och observatör mellan olika intervjutillfällen. Delar av det ljudinspelade materialet transkriberades utav ena författaren. Efter detta valde författarna att genomlyssna det ljudinspelade materialet för att granska det transkriberade materialet gemensamt. Efter genomläsning av två pilotintervjuer fann författarna att vissa frågor i intervjuguiden inte svarade till syftet i studien. Några frågor fick formuleras om och vissa tas bort då de enbart bidrog till upprepning. Intervjuguiden reviderades och sedan utfördes resterande två pilotintervjuer. Det ljudinspelade materialet transkriberades av ena författaren men lästes igenom noggrant av båda. Det resulterade i att den reviderade intervjuguiden bibehölls. De två pilotintervjuer som utfördes efter att intervjuguiden reviderades inkluderades i studien.

### Genomförande av fokusgruppsintervjuer

Två fokusgruppsintervjuer genomfördes med totalt åtta informanter. Intervjuerna utfördes innan eller efter ett arbetspass. Sjuksköterskor från akutmottagningen delades in i en grupp och sjuksköterskor från ambulanssjukvården i den andra gruppen. Grupperna ska inte vara för stora och alla ska kunna ha ögonkontakt med varandra. För att alla medlemmar ska få utrymme att tala så var fyra stycken en bra utgångspunkt (Wibeck, 2010).

Ena fokusgruppen intervjuades i ett mindre samtalsrum avskilt från övrig verksamhet på en ambulansstation i Mellansverige. Den andra fokusgruppen intervjuades i ett konferensrum, också skilt från annan verksamhet, på en akutmottagning i Mellansverige.

Valet av lokal viktigt för intervjun och för att minimera risken att bli störd bör lokalen vara avskilt från deltagarnas arbetsplats (Polit & Beck, 2017).

Vid båda intervjutillfällena fick deltagarna återigen både skriftlig och muntlig information om studiens bakgrund, syfte och metod. Deltagarna fick även information om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta intervjun. Samtliga deltagare skrev sedan under ett samtyckesformulär (Bilaga 3).

Vid första tillfället var ena författaren den som intervjuade och den andre agerade observatör. Observatören förde även minnesanteckningar. Detta förfarande rekommenderas av Polit och Beck (2017). Vid andra tillfället bytte författarna roller och den som varit observatör vid föregående tillfälle agerade nu intervjuare och vice versa.

Båda fokusgruppsintervjuerna ljudinspelades och längden på intervjuerna varierade mellan 31 till 53 minuter.

## Dataanalys

De ljudinspelade intervjuerna transkriberades ordagrant av författarna. Efter transkribering utfördes en kvalitativ innehållsanalys. I det initiala skedet av analysen användes ett tillvägagångssätt utformad av Krueger och Casey (2015) med radnumrering och gruppering. Själva analysförfarandet utgick från Graneheim och Lundmans (2004) metod.

Allt intervjumaterial samlades i ett dokument. Alla rader fick ett radnummer och dokumentet skrevs sedan ut för att lätt kunna gå tillbaka och hitta meningen i sitt sammanhang, om behov fanns (Krueger & Casey, 2015). Sedan läste författarna igenom analysmaterialet var för sig i relation till de minnesanteckningar som fördes under intervjuerna. Detta för att få en uppfattning om dess innehåll och för att öka förståelsen för helheten. Meningar och textavsnitt som kunde svara till syftet eftersöktes. Därefter lästes materialet igenom tillsammans och författarna jämförde de meningar och textavsnitt som valts. Diskussion fördes kring vilka meningar som svarade till studiens syfte och vilka som skulle förkastas. De som behölls utgjorde då de meningsbärande enheterna.

En *meningsenhet* var den del av texten som var meningsbärande och den utgjordes av ord, meningar och stycken av text som genom sitt innehåll och sammanhang hörde ihop (Graneheim & Lundman, 2004). De meningsbärande enheterna skrevs in i en matris för att underlätta analysprocessen för författarna. Därefter kortades meningarna ned och blev kondenserade meningsenheter.

Med *kondensering* menades att texten förkortas genom en process och på så sätt blir mer lätthanterlig att arbeta med samtidigt som att det centrala innehållet bevarades (Graneheim & Lundman, 2004). Dessa fördes också in i matrisen. De grupperades sedan efter sitt innehåll. Vissa meningsenheter bedömdes inte passa in i någon grupp initialt men sparades för att återigen kunna jämföras mot studiens syfte och läsas i sitt sammanhang. Efter detta kunde vissa sorteras in i en grupp medan andra förkastades. Därefter fick varje kondenserad meningsenhet en kod.

En *kod* kan benämnas som en etikett på en meningsenhet och etiketten beskrev dess innehåll. Koderna var ett verktyg som hjälpte till att reflektera över den insamlade datan (Graneheim & Lundman, 2004).

Koder med liknande innehåll grupperades i fjorton olika grupper. Vissa koder ansågs då ha likartad betydelse vilket gjorde att koderna flyttades runt i grupperna tills författarna var nöjda med indelningen. Även koderna skrevs in i matrisen för att tydliggöra analysprocessen för författarna. Grupperna med koder med liknande innehåll utgjorde sedan kategorierna.

En *kategori* utgjordes av flera koder med liknande innehåll. Benämningen av en kategori svarar på frågan vad? och den frågan relaterades till innehållet i koderna på en beskrivande nivå, det manifesta innehållet (Graneheim & Lundman, 2004).

Det resulterade i fem kategorier vilka också utgör resultatet i studien.

**Tabell 1 Exempel på analysprocessen**

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategori</b>
Man kanske utelämnar att patienten är diabetiker och så tas inte blodssockret tillräckligt snabbt och det är lågt, då har vi missat någonting. Kommunikationen påverkar överrapporteringen	Utelämnar att patienten är diabetiker. Blodssockret tas inte, det är lågt och då har vi missat någonting.	Patientsäkerhet på grund av bristande kommunikation	Patientsäker överrapportering
En överrapportering ska vara kort och koncis och strukturerad. Innehålla den information som är nödvändig för patientens fortsatta vård och patientens omhändertagande. Bara innehålla den bakgrundsinformation som är aktuell här och nu.	Överrapportering ska vara kort, koncis och strukturerad. Bara nödvändig information.	Föredrar strukturerad rapport	Struktur och verktyg vid överrapportering

### **Forskningsetiska övervägande**

Forskningsetiska överväganden är av vikt, i synnerhet i studier där människor deltar. De fyra grundläggande individskyddskraven består av informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskrav och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Information angående studien och dess syfte skickades ut via e-post till respektive verksamhetschef för godkännande av att intervjuerna kunde genomföras. Informanterna informerades muntligt och skriftligt om syftet och tillvägagångssättet i studien samt att det var frivilligt att medverka i studien. De kunde under hela arbetets gång avsluta sin medverkan om så önskades. Genom detta säkerställdes informationskravet.

Verksamhetschefer och samtliga informanter har skrivit på ett samtyckesformulär och genom detta har samtyckeskravet respekterats.

Den insamlade informationen har behandlats konfidentiellt av författarna, vilket innebar att all information avidentifierades för att skydda de inblandades identiteter. För att konfidentialiteten i största möjliga utsträckning skulle bevaras, informerades deltagarna om att det som sagts under intervjuerna inte skulle spridas utanför fokusgruppen. Dock fanns det inga garantier att deltagarna inte förde vidare det som sagts under intervjuerna. För att säkerställa nyttjandekravet så användes det inhämtade materialet till studiens ändamål och förvarades på lösenordsskyddad dator. Efter studien kasserades allt insamlat material (Polit & Beck, 2017).

De informanter som deltog i fokusgrupperna var kollegor till författarna och det har gjorts övervägande kring detta. Enligt DiCicco-Bloom och Crabtree (2006) kunde det vara en bidragande faktor till att främja samspelet mellan informanterna och författarna. Tillit mellan just informanter och författare kan bidra till ett annat djup och kvalitet på svaren som kommer från intervjuerna.

## RESULTAT

Utifrån analysen av det transkriberade materialet skapades fem kategorier. Dessa beskrev sjuksköterskornas upplevelser av överrapportering av patienter mellan ambulanssjukvården och akutmottagningen. Kategorierna blev: kommunikation vid överrapportering, risker vid överrapportering, patientsäker överrapportering, struktur och verktyg vid överrapportering och omvårdnadsrelaterad information vid överrapportering. Citat har inkluderats i texten för att förstärka innebörden utifrån studiens syfte.

### **Kommunikation vid överrapportering**

Utifrån analysen av det insamlade materialet uppstod en kategori, kommunikation vid överrapportering. Det begreppet genomsyrade alla kategorier och påtalades, av sjuksköterskorna som deltog i studien, påverkade alla de aspekter av överrapportering som togs upp under intervjuerna.

Sjuksköterskorna från ambulanssjukvården upplevde att det fanns risker gällande kommunikationen. Det kunde vara att information missades när personalen på akutmottagningen började arbeta med patienten innan de lyssnat klart på rapporten eller att de börjar prata med patienten samtidigt som rapporten pågick från ambulanspersonalen. Det kunde även vara en stökig miljö inne på rummet på grund av en orolig patient eller anhöriga som var oroliga för sin närstående som försvårade kommunikationen och påverkade överrapporteringen. Även att det var för många personer inne på rummet spelade en stor roll, då det kunde bildas grupperingar som samtalande samtidigt som rapporten pågick. Sjuksköterskorna från ambulansen upplevde också att det var en risk med för stora team runt patienten. Ljudnivån blev ofta för hög, det upplevdes svårt att göra sig hörd och det blev otydligt vem eller vilka som faktiskt lyssnade till det som sades. Framförallt om medlemmar i vårdteamet kom och gick under rapporten vilket bidrog till att alla i teamet inte tog del av hela rapporten. Vården upplevdes inte säker längre av sjuksköterskorna i ambulansen. Dessa faktorer upplevdes som hinder för en god kommunikation kring patienten och dennes vård av sjuksköterskor från både akutmottagningen och ambulanssjukvården.

*“...så börjar man rapportera till en sköterska som är där inne och efter halva tiden kommer en läkare in som vill att man ska börja om igen med rapporten och då tappar sköterskan fokus och börjar mickla med blodtrycksmanschetten och saturationsmätare och så vidare och har slutat lyssna på rapporten”.*

*“Riskfaktorer som jag anser vid överrapportering är ju onödigt brus runt omkring rapporteringen kring patienten, när man påbörjar att arbeta med patienten innan man har lyssnat klart på rapporten att man börjar prata med patienten samtidigt som man rapporterar eller med varandra så att information försvinner det är det som är det vanligaste förekommande ”.*

Flera sjuksköterskor från akutmottagningen upplevde att brister i kommunikationen var en påtaglig risk för just patientsäkerheten vid överrapportering. Sjuksköterskorna upplevde att brister i kommunikationen, såsom att glömma förmedla viktiga aspekter om patientens hälsotillstånd kunde t.ex. leda till fördröjning till behandling eller att behandlingen uteblev helt. Kunde även leda till att patienten kunde få dubbla doser av ett läkemedel om det ej journalfördes av sjuksköterskan i ambulansen direkt eller förmedlades muntligt vid själva överrapporteringen. Det i sin tur kunde leda till att patienten drabbades av vårdskada. Det fanns en risk att patientansvarig sjuksköterska i ambulansen också kunde ha missuppfattat den information som patienten gav, fått fel information eller att patienten inte ville eller kunde berätta allt som var utav vikt för den fortsatta vården. Sjuksköterskorna från akutmottagningen talade också om upplevelser av att sjuksköterskorna från ambulansen ibland inte påtalade vad som var själva problemet tillräckligt fort. Det kunde leda till negativa konsekvenser för patienten genom att tid till adekvata interventioner fördröjdes.

*“... Man kanske utelämnar att patienten är diabetiker och så tas inte blodsockret tillräckligt snabbt och det är lågt, då har vi missat någonting. Kommunikationen påverkar överrapporteringen...”*

Många sjuksköterskor från ambulansen ansåg också att det fanns en gemensam och vedertagen terminologi som underlättade vid en överrapportering då både sändare och mottagare hade en gemensam förståelse kring begrepp och termer. Men en sjuksköterska från ena fokusgruppen nämnde dock att all terminologi inte alltid var definierad. Varje enskilt begrepp behövde inte betyda samma sak för alla personer som var inblandade i patientens vård vilket i sin tur bidrog till en försämrad patientsäkerhet.

*“...Till exempel, multisjuk? Vad är det? För mig är det en sak som sjuksköterska och för någon annan är det något annat. Är multisjuk ett korrekt uttryck? Vad innefattar det? Det skulle kunna bli en jätte kommunikationsmiss.”*

## **Risker vid överrapportering**

Ambulansens sjuksköterskor upplevde att stress var en risk vid överrapportering. Sjuksköterskan på akutmottagningen som tog emot rapporten kunde vid vissa tillfällen ha flera dåliga patienter, många ordinationer att utföra, telefonen som ringde, samtidigt som de skulle försöka att lyssna aktivt på den rapport som sjuksköterskan från ambulansen skulle ge. Sjuksköterskorna på ambulansen nämnde även att de upplevt att information missades när personalen på akutmottagningen började arbeta med patienten innan de lyssnat klart på rapporten eller att de börjar prata med patienten samtidigt som rapporten pågick. Brist på intresse från personalen på akutmottagningen nämndes också som en riskfaktor och att inte hela teamet var på plats när rapporten skulle ges. Samtidigt påtalade sjuksköterskorna från ambulanssjukvården att tiden för förberedelse inte alltid fanns när de vårdade en kritiskt sjuk patient. Det i sin tur kunde skapa stress hos sjuksköterskan som skulle ge rapport. Fanns ej tid att tänka igenom vad som skulle sägas eller i vilken ordning. Det kunde också leda till att information missades. Ambulansens sjuksköterskor upplevde att det var många störningsmoment i rapporten till ledningsansvarig sjuksköterska (LS). Telefoner som ringde, personal från akutmottagningen som påkallar dennes uppmärksamhet och ibland fanns LS inte på plats för rapport. Om LS var på plats,

upplevdes hen inte alltid vara helt närvarande under den muntliga rapporten. Vilket också bidrog till en upplevelse av stress för sjuksköterskan som gav rapporten.

*“Det kan vara allt möjligt som påverkar, dagsformen eller om vi har det stressigt och inte har tid att lyssna eller om ambulansen får ett nytt larm och måste åka vidare, så det är en miljon olika saker som kan påverka”*

Sjuksköterskorna från akutmottagningen upplevde också att stress var en risk vid överrapportering. De kunde många gånger uppleva en känsla av otillräcklighet när de, som beskrivet från sjuksköterskorna från ambulansen, hade många patienter att se till, flera läkare som behövde hjälp och många andra uppgifter att utföra. Var då svårt att lyssna aktivt och minnas allt som sades, framför allt om patienten hade en lägre prioritet. Sjuksköterskorna upplevde även att det var en risk om rapporten enbart riktades till läkaren och att de inte fick till sig all information. De hade ändå det övergripande omvårdnadsansvaret för patienten och ville då veta allt utav vikt.

### **Patientsäker överrapportering**

Flera sjuksköterskor från ambulanssjukvården talade om vikten av att mottagaren av rapporten skulle lyssna aktivt och att den inte utförde andra uppgifter samtidigt. Gärna vänta med följdfrågor tills överrapporteringen var färdig. De påtalade också att det fanns en risk med stora team där många personer ingår. Det upplevdes då svårt att veta vem som skulle ta emot rapporten och om alla lyssnade och hörde vad som sades. Framförallt om medlemmar i vårdteamet kom och gick under rapporten vilket bidrog till att alla i teamet inte tog del av hela rapporten. Det i sin tur påverkade patientsäkerheten på ett negativt sätt.

*“Det bidrar till att de som ska vårda barnet inte tagit del av allt eller kan missa att patienten har varit medvetslös, patientens status från början och om det var förbättrat eller försämrat. Om patienten har fått några mediciner, vilket barnet hade fått, vilka doser och så. Det borde vara ganska relevant att få veta det”.*

Akutmottagningens sjuksköterskor upplevde att det kunde vara dålig struktur i rapporten när det var oklart vad patienten råkat ut för. De upplevde att det kunde försvinna information när det inte var direktrapport utan informationen kunde gå i flera led. Då var det viktigt att det var bra dokumenterat i den skrivna journalen från ambulansen. Ibland upplevdes den muntliga rapporten från ambulansen bara vara riktad till läkaren och att resterande personal i teamet inte alltid uppfattade hela rapporten. Sjuksköterskorna upplevde det som störande att personalen började arbeta med patienten under pågående rapport då sjuksköterskan slutade lyssna på rapporten och risken för att informationen skulle missas ökade. De sjuksköterskor eller team som tog emot rapporten kunde också missa att få en helhetsbild av patienten för att alla inte lyssnade till allt som sades om patienten. Vården upplevdes inte lika säker om inte alla i teamet fick samma bild av läget och vissa enbart uppfattade fragment av patientens tillstånd. Sjuksköterskorna uttryckte att risken då var stor att bristerna i kommunikationen kunde leda till negativa konsekvenser för patienten.

*“Kommunikationen blir ju störd om mottagaren inte är där i samtalet eller blir störd av andra eller annat som telefonen, att inte all information kommer fram...”.*



Båda fokusgrupperna beskrev åtgärder som kunde vidtas för att stärka patientsäkerheten inför en överrapportering. Dock skiljde sig åtgärderna åt då sjuksköterskorna på akutmottagningen och ambulanssjukvården hade olika verktyg att tillgå. Intrahospitalt fanns journalsystem att använda sig av där sjuksköterskorna kunde läsa på om tidigare sjukdomar och vilka läkemedel patienten stod på. Dessutom var själva vårdtillfället ofta längre på akutmottagningen jämfört med ambulansen vilket genererade mer tid för att ta en ordentlig anamnes, kunna både påbörja och slutföra behandling men även utvärdera. Det i sin tur upplevdes bidra till en säkrare vård. Men prehospitalt fick sjuksköterskorna istället tala med kollegor inom hemsjukvården och hemtjänsten, anhöriga eller närstående för att tillskansa sig information kring tidigare sjukdomar, hur patientens habitualtillstånd brukade vara, läkemedel och hemsituation. Dock uppgav sjuksköterskorna från ambulansen att ofta fanns inte närstående eller hemtjänst på plats när de skulle hämta en patient och därav fanns inte heller samma möjlighet till att få en ordentlig anamnes. Många gånger kände inte personalen från hemtjänsten patienten och kunde därför inte heller tillhandahålla någon information om personen i fråga.

*“...Jag som jobbar på akuten har med största sannolikhet en dator med journalsystem att tillgå och kan ju ta reda på alla bakgrundshistorier. Jag kan ju hitta informationen om patienten på ett annat sätt som gör att patientsäkerheten stärks”.*

*“Man kan ju om det är av vikt göra som min kollega gjorde idag, ringa till LS på akuten och fråga om det är något man får hjälp utav, något vad det gäller läkemedel eller något annat som är av vikt för patientens tillstånd och anamnes till exempel. Sedan finns ju annan vårdpersonal inom kommunen och vårdcentralen”.*

### **Struktur och verktyg vid överrapportering**

Akutmottagningens sjuksköterskor föredrog en strukturerad överrapportering. Gärna att rapporten utgick från A-E, utifrån de konceptutbildningar som var utformade för akutsjukvården som sjuksköterskorna i både ambulansen och på akutmottagningen arbetade efter. SBAR var ett annat verktyg för kommunikation och överrapportering som sjuksköterskorna från akutmottagningen upplevde fungerade bra. I akuta situationer som vid trauman, föredrog de en A-E rapport, en kort och koncis rapport där de fick vetskap om vad som hade hänt, eventuella avvikande fynd och parametrar och åtgärder. Även en kort och relevant bakgrund om behov fanns. Bara det som var relevant för att kunna vårda patienten i ett akut skede. Vid överrapportering av icke-akuta patienter föredrog flera sjuksköterskor att rapporten istället genomfördes medelst SBAR. Då efterfrågade den mottagande sjuksköterskan inte enbart en rapport om vad som hänt och avvikande fynd utan mer en helhetsbild av patientens hälsotillstånd och livssituation. När inte all information kom automatiskt i rapporten så upplevde sjuksköterskorna att de fick svar med hjälp av följdfrågor. De upplevde även att det skulle underlätta om det fanns en samsyn i vad som kunde vara relevant att rapportera över i olika situationer.

*“Vid trauma vill jag ha A-E, däremot om jag har en patient som inte är urakut sjuk vill jag ha SBAR för då är det andra saker som spelar in”.*

*” Ja det är när man får en kort och koncis rapport, vad har hänt som enligt SBAR att det inte ska lämna så mycket utrymme för feltolkning utan att det här är det man menar och jag förstår det som ambulanssköterskan menar då blir det tydligt”.*

Sjuksköterskorna från ambulansen upplevde att det borde ha en struktur i rapporten, vad som hade hänt, vad som hade utförts samt utvärdering, gärna i kronologisk ordning. Rapporten skulle vara tydlig, kort och koncis. En av sjuksköterskorna i ambulanssjukvården påtalade att SBAR var en bra överrapporteringsform som de borde använda sig mer av och SBAR passade i de flesta fall men kanske inte på patienter som var mycket kritiskt sjuka. Överrapporteringen blev tydligast när mottagaren hade fokus och lyssnade när de tog emot rapporten. De upplevde att överrapporteringen blev bättre om personalen på akutmottagningen väntade med att flytta över patienten till britsen till efter att rapporten var given för att undvika störande moment. Flera av sjuksköterskorna från akutmottagningen uppgav att patientsäkerheten också påverkades av i vilken ordning informationen gavs och hur mycket vikt som lades på olika typer av information. Framförallt om det gällde en kritiskt sjuk patient eller ett trauma. Om sjuksköterskan från ambulansen inte började rapporten med att berätta vad som var avvikande i vitala parametrar eller symtom som tydde på en viss typ av skada eller sjukdom, fanns en risk att adekvata åtgärder också fördröjdes. Detta förlängde således även tid till eventuell behandling. Då upplevde sjuksköterskorna från akutmottagningen att det uppstod en risk för ett ökat lidande och eventuellt vårdskada. Detta var dock inget som sjuksköterskorna från ambulansen påtalade att de upplevde.

Ambulansens sjuksköterskor upplevde att det var viktigt med ögonkontakt med den som de skulle rapportera till. Detta visade då på intresse och respekt från mottagaren. De upplevde det också som positivt att någon tog kommandot inne på akutrummet genom tala tydligt och att höja rösten.

*”En bra situation är när det tyst på rummet och man får uppmärksamheten och att hela teamet är på plats som är intresserade att få rapporten då kan man strukturera och enkelt berätta hela sin rapport utan att bli avbruten och sedan kunna ge möjlighet att ställa egna frågor efteråt ”.*

*“En överrapportering ska vara kort och koncis och strukturerad, innehålla den information som är nödvändig för patientens fortsatta vård och patientens omhändertagande och bara innehålla den bakgrunds innehåll som är aktuellt här och nu ”.*

Dock trodde majoriteten av sjuksköterskorna från ambulanssjukvården att sjuksköterskorna på akutmottagningen inte läste deras journaler. Men sjuksköterskorna på akutmottagningen ansåg att den skriftliga journalen var mycket viktig då all information inte alltid framfördes vid den muntliga överrapporteringen av olika anledningar. Sjuksköterskan från akutmottagningen kunde även glömma bort vad som sades vid överrapporteringen och alla patienter kunde inte framföra all information själv. Sjuksköterskorna från ambulansen valde ofta att skriva det som var medicinsk relevant på akutjournalen och det som var relaterat till omvårdnad, hemsituation, livssituation, eventuell hemtjänst etc. på den signerade journalen som skrevs ut efter att överrapporteringen var utförd. Även

sjuksköterskorna på akutmottagningen upplevde detta och ansåg att det var bra att använda sig av den uppdelningen, i synnerhet vid kritiskt sjuka patienter.

### **Omvårdnadsrelaterad information vid överrapportering**

Alla sjuksköterskor i båda fokusgrupperna var överens om att omvårdnaden var viktig information att förmedla i överrapporteringen, men upplevelserna skilde sig åt och de hade olika infallsvinklar. Sjuksköterskorna från akutmottagningen nämnde mer praktiska detaljer och i vilken ordning de önskade få information. Sjuksköterskorna från ambulansen nämnde vikten av att rapportera specifik information om patientens omvårdnadsbehov och vilka omvårdnadsåtgärder de utfört för att sjuksköterskorna på akutmottagningen sedan skulle kunna utvärdera åtgärden.

Sjuksköterskorna från akutmottagningen upplevde att patientens tillstånd styrde vilken typ av information som var viktig att få ta del av vid en överrapportering. De ansåg att vid överrapportering av kritiskt sjuka patienter var omvårdnaden helt underordnad symtom, vitala parametrar och eventuella åtgärder vid den muntliga överrapporteringen. Patientens eventuella omvårdnadsbehov var helt sekundärt till att försöka rädda livet på personen. Men de önskade information som påverkade omvårdnaden på den skriftliga journalen då den ansågs vara mycket viktig i ett senare skede, om eller när patienten stabiliserats. Om patienten däremot var icke kritisk, önskades omvårdnadsrelaterad information såsom identifierade behov, eventuella åtgärder och ibland även utvärdering, både muntligt och skriftligt vid överrapportering.

*“Det beror på situationen. Då vi pratar om en akut situation så är jag otroligt ointresserad av om patienten går med rollator. Men om det är en patient som jag ska hand om på medicinakuten och har lite yrsel och det inte är någon fara för livet så är det väldigt intressant att veta om patienten varit uppgående de senaste veckorna och om den har hemtjänst”.*

Sjuksköterskorna från ambulansen upplevde att det var viktigt att rapportera över omvårdnadsrelaterad information för att minska risken för ett ökat vårdlidande. Det var viktigt att patienten skulle känna sig trygg, lugn och väl omhändertagen. Patientens omvårdnadsbehov var viktigt att framföra så att eventuella åtgärder eller utvärdering av åtgärder som behövdes längre fram i vårdförloppet inte missades. Om sjuksköterskan hade administrerat vätskedrivande läkemedel i ambulansen under transport ansåg sjuksköterskorna att det var väldigt viktigt att rapportera över det, framför allt om patienten inte kunde ta sig till toaletten på egen hand. Sjuksköterskorna påtalade även vikten av att ta med eventuella hjälpmedel patienten hade så att de kunde öka patientens möjligheter till att medverka och delta i sin egna vård. Akutmottagningens sjuksköterskor upplevde istället att behovet av praktiska detaljer var stort, såsom nummer till hemtjänst eller närstående. Om patienten hade kläder med sig, nycklar och pengar så att patienten kan ta sig hem i ett senare skede. Men båda fokusgrupperna upplevde ändå att fokus ofta låg på de medicinska delarna och att omvårdnaden ofta glömdes bort. Samtidigt påtalade sjuksköterskorna från ambulansen att de kunde få en unik insyn i patientens hemsituation vilket kunde tillhandahålla mycket värdefull information kring omvårdnaden. Men just information om hemsituationen efterfrågades sällan av sjuksköterskorna från akutmottagningen.

*“Omvårdnadsbiten kan ju vara allt från det stora till det lilla och det lilla kan vara av stor betydelse. Det kan vara glasögon och att man har en hörapparat så att*

*patienten ser och hör information och kan svara på frågor. Det kan vara löständer så att patienten kan äta själv...Allt behöver inte vara akut i omvårdnadssyftet... ”.*

*“Man kan beskriva patientens hemsituation, om de har hemtjänst, om de har trygghetslarm, om de har rollator eller om de bor själva”.*

Sjuksköterskorna i ambulansen upplevde också att i jämförelse med akutmottagningen, var deras kontakt med patienten ofta kort vilket gav lite tid för att både ge vård och tillgodose patientens behov av omvårdnad. Många uppgav att de ibland stannade kvar på plats en stund extra för att hinna med att ta en gedigen anamnes och således även kunna bedöma vilket eller vilka omvårdnadsbehov patienten hade, utöver det medicinska problemet. Detta gjordes för att bedriva en säkrare vård. En viss frustration kunde också uppstå när sjuksköterskan identifierat ett omvårdnadsbehov men inte kunde åtgärda problemet på grund av kort transportsträcka till sjukhuset eller begränsade resurser prehospitalt. Dock upplevde sjuksköterskorna att det då var mycket viktigt att både rapportera över detta muntligt, men även att dokumentera det skriftligt så att informationen inte missades.

Kommunikationen upplevdes också påverka överrapportering av omvårdnadsrelaterad information, enligt flera sjuksköterskor från båda fokusgrupper. Sjuksköterskor från ambulanssjukvården upplevde att det var viktigt att i mötet med äldre att titta efter exempelvis liggsår, trycksår och hudturgor utöver det medicinska problemet som patienten sökte för. Detta för att äldre i större utsträckning inte kunde föra sin egna talan kring just omvårdnaden men också hade en högre samsjuklighet. Dessutom påtalade ambulanssjukvårdens sjuksköterskor att de hade en fördel med insyn i patientens hemsituation. Det kunde då bidra med information om hur väl patienten klarade sig i hemmet och om behov av hemtjänst eller utökad hemtjänst fanns så att den sjuksköterskan då kunde rapportera detta vidare till nästa instans. Dokumentationen kring dessa patienter ansågs också vara mycket viktig. Om detta inte fördes vidare till mottagande sjuksköterska eller team, ansågs det kunna få negativa konsekvenser för patienten av sjuksköterskorna i ambulansen. Patienten kanske inte klarade sig själv hemma eller kunde ta de mediciner som läkaren förskrivit.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

#### Ansats och Design

Efter en sökning efter relevanta artiklar för ämnesområdet, fann författarna till den aktuella studien att det finns många studier utförda utomlands men få studier utförda i närtid i Sverige inom denna specifika kontext. Därav ansågs ämnet intressant att studera. Detta för att om möjligt identifiera hur situationen kan optimeras med säker vård på lika villkor för patienterna.

Författarna valde att utföra en empirisk studie för att kunna få en inblick i sjuksköterskors upplevelser kring det valda ämnet. Enligt Polit och Beck (2017) syftar kvalitativa studier till att förklara och beskriva subjektiva upplevelser, observationer och upplevda erfarenheter. Olsson och Sörensen (2011) menar att syftet med kvalitativa metoder är att beskriva ett sammanhang i individens livsvärld eller omvärld eller ett fenomen.

## Urval

E-post skickades ut till samtliga legitimerade sjuksköterskor som var anställda på den valda akutmottagningen och ambulansverksamheten med förfrågan om deltagande i studien. Dock var det en låg svarsfrekvens vilket resulterade i att totalt åtta informanter deltog. Fyra sjuksköterskor från akutmottagningen indelades i en grupp och fyra sjuksköterskor från ambulanssjukvården delades in i den andra. Resultatet kan ha påverkats av det låga antalet av informanter och det är möjligt att fler informanter kunde bidra med mer värdefull information, men tyvärr var det inte fler som anmälde sitt intresse. Krueger och Casey (2015) påtalade att fokusgrupper som är mindre kan ha lättare att dela med sig av tankar och idéer men å andra sidan blir ändå det totala utbytet av tankar mindre. Enligt Wibeck (2010) ska grupperna inte vara för stora och alla ska kunna ha ögonkontakt med varandra och då kan fyra stycken vara en bra utgångspunkt.

Urvalet utgjordes av ett bekvämlighetsurval. Det kan, enligt Polit och Beck (2017), vara lämpligt när det önskas att informanterna ska träda fram av egen vilja. Är även bra när informanterna till en studie behöver komma från en specifik organisation eller klinisk miljö. En svaghet kan dock vara att svaren inte blir lika informationsrika jämfört med andra typer av urval (Polit & Beck, 2017).

Grupperna var delvis homogena inom sin egna grupp, i avseende av utbildning, grundprofession och arbetsplats och att de alla hade kunskap om det som studerades. Enligt Hylander (2001) kan det vara en fördel om informanterna delade någon typ av karakteristika, som exempelvis utbildning. Krueger och Casey (2015) och Polit och Beck (2017) förespråkade att grupperna bör vara sammansatta av informanter som liknar varandra i det som skall studeras då informanterna kan känna sig mer bekväma med att dela med sig av sina upplevelser då. Gällande könsfördelning så var den jämn mellan grupperna då informanterna i gruppen från ambulanssjukvården enbart var män och gruppen från akutmottagningen enbart var kvinnor. Detta kan förstås ha påverkat resultatet och innehållet i det som sades i intervjuerna kan ha blivit annorlunda om grupperna bestått av både män och kvinnor. Dock menar Olsson och Sörensen (2011) att män och kvinnor bör delas upp i olika grupper då spänningen som kan uppstå mellan könen helst bör undvikas och för att vissa frågor kan vara känsliga att tala om i en mixad grupp. Även Krueger och Casey (2015) poängterar att blandningen av kön i grupperna kan vara oklokt i vissa fall.

Medelåldern på sjuksköterskorna från ambulanssjukvården var 41 år och medelåldern på sjuksköterskorna från akutmottagningen var 39 år, vilket innebar att spridningen i ålder mellan grupperna var relativt jämn. En svaghet var att spridningen i ålder, inom grupperna, var större på informanterna från akutmottagningen jämfört med informanterna från ambulansen. Detta kan ha påverkat resultatet och det var möjligt att en större spridning på ålder även från ambulansen hade kunnat tillhandahålla fler eller andra infallsvinklar i ämnet som studerades. För att få kontraster i åsikter och tankar var det, enligt Krueger och Casey (2015), viktigt med variation på informanterna.

Medelvärde på arbetslivserfarenhet var 10 år i båda grupperna. Den långa arbetslivserfarenheten innebar troligtvis att informanterna hade stor erfarenhet av det som skulle studeras och kunde delge svar med mycket substans. Hylander (2001) menade på att lång erfarenhet och vanan att diskutera liknande ämnen kollegor sinsemellan ökade

chansen att få en god diskussion som kunde belysa ämnet i sig men även generera ny förståelse och kunskap.

### Datainsamlingsmetod

Initialt planerades enskilda intervjuer men efter inrådan av kollega togs beslut om att utföra fokusgruppsintervjuer istället. Detta i förhoppningen om att fokusgruppsintervjuerna skulle öppna upp för diskussion hos deltagarna sinsemellan och således bidra till ett rikare innehåll. Författarna ville även jämföra grupperna mot varandra. Enligt Krueger och Casey (2015) var syftet med fokusgruppsintervjuer att förstå hur människor tänker och känner om eller för något. Även att, genom grupperna, förstå vidden av de olika åsikterna. Tanken var sedan att jämföra upplevelserna i grupperna sinsemellan.

Enligt Hylander (2001) har metoden begränsningar. I alla grupper uppstår dynamik och detta kan försvåra öppen kommunikation och deltagarna i gruppen kan känna sig pressade att tycka lika. Det var då viktigt att intervjuaren går in och försökte få gruppen att skifta fokus. Författarna hade begränsad erfarenhet att leda intervjuer och det kan ha påverkat intervjuerna. Författarna upplevde dock att alla informanter i grupperna fick komma till tals och det var ett tillåtande klimat. Efter intervjuerna fick författarna positiv återkoppling från informanterna då de tyckte det var lärorikt att delta i en fokusgruppintervju.

Initialt utfördes fyra separata pilotintervjuer som var enskilda. Efter att det första två pilotintervjuerna var utförda upplevde författarna att vissa frågor i intervjuguiden inte svarar till syftet i studien och enbart ledde till upprepning. Intervjuguiden reviderades där några frågor togs bort och någon fråga lades till. Därefter utfördes de resterande pilotintervjuerna och författarna till den aktuella studien ansåg att den reviderade intervjuguiden svarade till studiens syfte. De första två pilotintervjuerna inkluderades inte i studien men de senare två inkluderades. Krueger och Casey (2015) påtalar att det är viktigt att testa frågorna innan dessa används i fokusgrupperna. Även Breen (2007) beskriver vikten av att utföra pilotintervjuer för att det potentiellt kan förbättra datan som senare skall samlas in. Pilotintervjuer kan även inkluderas i studien enligt Breen (2007), och författarna inkluderade bara de pilotintervjuer som utfördes efter revideringarna. Författarna valde att inkludera pilotintervjuerna då de ansågs tillföra mycket information och därav också berika resultatet på värdefullt sätt.

Det utfördes två fokusgruppsintervjuer med fyra informanter i vardera grupp. Båda författarna var närvarande vid båda tillfällena för intervjuerna varav den ena agerade moderator och den andra skrev minnesanteckningar. Författarna alternerade mellan dessa roller. Då ingen utav författarna har utfört liknande intervjuer kan detta ha påverkat resultatet och anses vara en svaghet med den utförda studien. Data kan ha gått förlorad då författarna eventuellt inte ställde rätt eller tillräckligt många följdfrågor eller inte såg till att frågorna blev tillräckligt djuplodande. Dock utformades en intervjuguide i förväg både som stöd till författarna och för att säkerställa att alla ämnen som författarna önskade skulle täckas in också gjorde det. Intervjuguiden var semistrukturerad och enligt Polit och Beck (2017) är det att föredra när informanterna önskas tala mer fritt och beskriva sina egna upplevelser.

Även att pilotintervjuerna var enskilda intervjuer inkluderades dessa till resultatet tillsammans med fokusgruppsintervjuerna. Detta kan ha påverkat resultatet då metoden för den aktuella studien var fokusgruppsintervjuer. Svaren i de enskilda pilotintervjuerna kanske inte var lika djupa jämfört med fokusgruppsintervjuerna då gruppdynamiken kan

leda till djupare diskussioner. Dock ansåg författarna att svaren i pilotintervjuerna var likartade de svar som framkom ur fokusgruppsintervjuerna, var värdefulla och genererade mycket material som berikade resultatet i studien.

Grupperna var indelade så att sjuksköterskorna från akutmottagningen var i en grupp och sjuksköterskorna från ambulanssjukvården var i den andra gruppen. Anledningen till detta förfarande var att författarna till den aktuella studien ville jämföra upplevelser mellan just sjuksköterskorna på akutmottagningen och ambulansen. Dock hade kanske svaren och således även resultatet blivit annorlunda om grupperna hade varit mixade. Svaren hade kanske problematiserats mer då båda sidor kunnat argumentera med varandra. Å andra sidan kanske sjuksköterskorna hade fastnat i problem relaterade till verksamheten istället för att svara på de frågor som författarna ställde.

### Datanalysmetod

Initialt i analysprocessen av intervjuerna så följde författarna Krueger och Caseys (2015) analysmetod för att få ett tydligt system där författarna använde sig av radnumreringar i det transkriberade dokumenten för att lättare hitta de uttagna meningsenheterna. Vidare i analysprocessen så följde författarna till den aktuella studien Graneheim och Lundmans (2004) analysprocess. Vilket bidrog till en systematisk metod som var lätt att följa och bidrog till att minska risken att utelämnas något steg i analysprocessen. Författarna använde sig även av en matris där alla steg i processen fördes in och på sätt kunde tydliggöra analysprocessen av materialet. Materialet från fokusgrupperna lästes igenom av författarna var och en för sig för att bilda sig en egen uppfattning av materialet och för att sedan tillsammans diskutera tankar och idéer som framkommit. Graneheim och Lundman (2004) ser detta förfarande som en styrka att båda författarna enskilt samt tillsammans gjort reflektioner av materialet. Författarna är medvetna om att två metoder har använts under analysen men ansåg att det både underlättade och förtydligade analysprocessen. Användandet av matrisen var något som författarna själva valde då det gav en överblick av materialet. Matrisen tillhör inte en specifik metod utan användes endast som ett hjälpmedel av författarna.

### Forskningsetiska övervägande

Vid genomförandet av studier där människor deltar, är det viktigt att ta hänsyn till forskningsetiska överväganden. Vetenskapsrådet (2002) har tagit fram de fyra individskyddskraven vilket innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskrav samt nyttjandekravet. Författarnas val av ämne var inte av känslig karaktär därför ansågs nyttan med gruppintervjuer inneha fler fördelar än nackdelar. Diskussionerna som fördes under fokusgruppsintervjuerna ansågs av författarna generera tankar och nya idéer som kunde vara till nytta för sjuksköterskan i sitt fortsatta arbete samtidigt som det gav värdefull data till studien. Författarna behandlade det insamlade materialet konfidentiellt genom att all information avidentifierades och förvarades inlåst. En svaghet med att använda sig av fokusgrupper var avsaknaden av konfidentialitet från informanterna då det fanns en risk att de kunde föra vidare det som sagts i intervjuerna, trots information om vikten av att inte föra vidare information efter avslutad intervju. Polit och Beck (2017) beskriver att det är av vikt att informanterna informeras angående det som framkommit i gruppintervjun ska stanna i gruppen samt att allt material som insamlats ska förvaras säkert både under studien samt efter studiens genomförande.

Då författarna har intervjuat kollegor, fanns en risk för bias. Därför gjordes överväganden av författarna, då det fanns en risk att gruppdynamiken och informationsdelgivningen av

informanterna (Brannick & Coghlan, 2007) påverkades av de tidigare kollegiala relationerna. Författarna försökte att inte påverka informanternas åsikter och svar eller lägga värderingar i svaren som framkom vid intervjutillfällena. En svaghet kan vara att tolkningen av materialet även kan ha påverkats av den tidigare kollegiala relationen mellan författare och informanter, och författarnas förförståelse kring kontexten i vilken studien utfördes (McDermid, Peters, Jackson & Daly, 2014). Under intervjuerna upplevde författarna att samtalen flöt på bra och stämningen var avspänd i fokusgrupperna.

Enligt McDermid et al. (2014) ses denna förförståelse som en styrka och för intervjuerna framåt på ett positivt sätt. Under analysprocessen har författarna varit medvetna om dessa överväganden och genom en medvetenhet om just denna risk försökt minimera risken att påverka resultatet. Som beskrivet av DiCicco-Bloom och Crabtree (2006) upplevde författarna till den aktuella studien att den kollegiala relationen möjliggjorde informanternas förmåga att under intervjuerna tala öppet. Fanns även en risk att informanterna känt sig tvungna att delta i studien på grund av den tidigare kollegiala relationen men författarna har försökt att motverka detta genom att respektera informanternas frivillighet och uppfyllandet av kraven för samtycke och information (Vetenskapsrådet, 2002).

### Trovärdighet

Informanterna i studien valdes ut med deras unika upplevelser i åtanke och från sin specifika miljö i relation till studiens syfte. Enligt Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) är det mycket viktigt att informanterna som valts ut för att delta i studien har erfarenhet av det som faktiskt skall studeras för att åstadkomma trovärdighet. Graneheim, Lindgren och Lundman beskrev även att datan måste vara så pass omfattande att den täcker signifikanta variationer.

I den aktuella studien var det få informanter och det kan minska trovärdigheten då det inte är säkert att det insamlade materialet var så pass omfattande att det täckte alla tänkbara variationer, men det fanns ej fler informanter att tillgå. Trovärdigheten stärks dock genom användandet av citat för att påvisa likheterna inom och skillnaderna mellan kategorierna, och genom att forskarna var i konsensus angående dessa likheter och skillnader, enligt Graneheim och Lundman (2004).

### Pålitlighet

Båda författarna arbetar på både akutmottagningen och inom ambulanssjukvården. Det förelåg alltså kännedom om rutiner och arbetssätt. Även hur överrapporteringen kunde gå till, både på akutrum, på vanliga behandlingsrum eller i korridorer. Båda författarna hade även en uppfattning om hur det kan upplevas att ge rapport som sjuksköterska från ambulansen och ta emot rapport som sjuksköterska på akutmottagningen. Därav fanns också en förförståelse till det kontext i vilken studien utfördes. Genom att beskriva denna förförståelse påtalar Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) att pålitligheten kan stärkas. Genom att författarna till den aktuella studien även har använt sig av tabeller som visade hur analysprocessen har gått till och som påvisar hur meningsbärande enheter, kondensering och kodning utförts och även påvisa kopplingen mellan analysmaterialet och resultatet, så stärks pålitligheten, enligt Elo och Kyngäs (2007) och Graneheim och Lundman (2004).

### Överförbarhet

I den aktuella studien finns en tydlig beskrivning av studiens kontext vilket i sig kan stärka överförbarheten, enligt Graneheim, Lindgren och Lundman (2017). Genom att författarna



tydligt beskrivit och påvisat studiens analysprocess, datainsamling och karakteristika av informanterna, så kan överförbarheten också stärkas (Graneheim & Lundman, 2004; Elo & Kyngäs, 2007). Enligt Graneheim och Lundman, (2004), är det läsaren som till sist avgör huruvida resultatet är överförbart men författaren kan ändå föreslå genom vilka sätt som studiens överförbarhet ökar.

## **Resultatdiskussion**

### Kommunikation vid överrapportering

Kommunikation var det begrepp som sjuksköterskorna i den aktuella studien upplevde genomsyrade alla delar av överrapportering som togs upp under intervjuerna och som också påverkade överföringen av information. Sjuksköterskorna i studien upplevde att brister i kommunikationen kunde medföra att viktiga aspekter kring patientens hälsa inte förmedlades och därav missades. Tid till åtgärder eller behandling kunde fördröjas eller utebli helt och patienten riskerade att drabbas av vårdskada. Apker et al. (2007) påtalade också att brister i kommunikationen försvårar överföringen av information vid överrapportering. Hinder till en god kommunikation anses vara otydlig och inkomplett information kring patienten tillstånd. Socialstyrelsen (2018) beskrev att den vanligaste risken för uppkomst av vårdskada är just brister i informationsöverföring och kommunikation.

Sjuksköterskorna upplevde att tillfället av överrapportering kunde försvåras av att patienten kunde vara i behov utav vård omgående, mycket personal kring patienten, ljudnivån kunde vara hög, och om personal kom och gick under tiden rapporten pågick. Om mottagaren inte lyssnade aktivt och visade intresse för det som rapporterades av sjuksköterskorna från ambulansen fanns risk att mycket information missades. Bost et al. (2012) och Meisel et al. (2015) menade på att under ett högt inflöde av patienter med en stor variation på allvarlighetsgrad av sjukdom men också olika typer av sjukdom så blir ljudnivån ofta hög, miljön rörig och kommunikationen kan försvåras. I en studie utförd av Meisel et al. (2015) beskrevs det att brister i kommunikationen kan uppstå på grund av bristande intresse från mottagaren av rapporten. Även på grund av att personalen på ambulansen också ansågs ligga längre ned i hierarkin och då var informationen de gav inte värd lika mycket. Överrapportering mellan den prehospitla sjukvården och akutmottagningen har unika utmaningar i relation till den komplexa miljö som den ska utföras i. Evans et al. (2009) beskrev att den överrapporteringen initialt ofta utgår från ambulanspersonalens minne. Det kan vara mycket svårt att hinna eller underordnat patients behov av vård under den korta tiden som patienten transporteras till sjukhuset, att dokumentera all essentiell information. Att sedan kommunicera all information som insamlats till ett multiprofessionellt team under tidspress och med många avbrott utan direkt tillgång till någon skriven journal ökar risken för att information ska missas eller försvinna. Carter et al. (2009) påtalade att den information som överförs just mellan ambulanssjukvården och akutmottagningen kan påverka patientens fortsatta vård och inte är tillgänglig från någon annan än just den prehospitla sjukvårdspersonalen. Eide och Eide (2009) påtalade att kommunikationen ska vara till hjälp för patienten och genom att visa respekt, lyssna aktivt samt vara öppen i samtalet så säkerställs en god kommunikation. Detta är kärnan i professionell omvårdnadsorienterad kommunikation och syftar till att hjälpa patienten.

Flertalet av sjuksköterskorna från ambulansen ansåg att det fanns en gemensam och vedertagen terminologi som också ansågs bidra till en säkrare vård. Men en sjuksköterska från ena fokusgruppen nämnde att all terminologi inte alltid var definierad. Varje enskilt begrepp behövde inte betyda samma sak vilket i sin tur bidrog till en försämrad patientsäkerhet. Flanigan et al. (2015) menade att brist på användandet av gemensam terminologi påverkar patientsäkerheten och med hjälp av standardiserade och strukturerade verktyg kan tydligheten öka vid överrapportering och därmed stärker patientsäkerheten.

### Patientsäker överrapportering

Flertalet av sjuksköterskorna i båda fokusgrupper var överens om att vården blev mer osäker och kunde påverkas vid en överrapportering och det var flera faktorer som bidrog till denna uppfattning. Det framkom i en studie som Dyrholm-Siensen et al. (2012) har genomfört att patientöverlämnandet inte sågs som en riskfyllt moment. Dock påtalade Apker et al. (2007) att bristande information eller ofullständig information kan leda till potentiell fara för patientsäkerheten. Socialstyrelsen (2018) beskrev att bristande informationsöverföring mellan personal, hög arbetsbelastning, bristande situationsmedvetenhet och en kombination av dessa brister, leder till felaktiga prioriteringar men även fördröjd tid till behandling och det i sin tur leder till en försämrad patientsäkerhet. I en studie utförd av Engstrand och Mattson, (2017), framkom även att aktivt lyssnade försvåras vid stress vilket i sin tur också påverkar patientsäkerheten.

Författarna till den aktuella studien ansåg att intern utbildning av standardiserade verktyg för överrapportering skulle kunna vara till hjälp för att säkra att den information som skall föras över också uppfattas. Om sedan både personalen från ambulanssjukvården och personalen på akutmottagningen får en samsyn i vad som bör rapporteras och när, skulle det också förbättra tillfället av överrapportering. Det i sin tur kan då också bidra till en säkrare vård för patienten. Även Kalyani-Najafi et al. (2017) beskrev att intern utbildning för överrapportering rekommenderas starkt och bör prioriteras då det kan stärka kvaliteten på vård och öka patientsäkerheten.

### Struktur och verktyg vid överrapportering

Sjuksköterskorna i aktuell studie beskrev att de föredrar en kort, koncis och tydlig överrapportering med relevant information kring patientens bakgrund och vad som föranlett patientens sjukdomstillstånd eller skada. Gärna att händelseförloppet rapporterades i kronologisk ordning. Även i en studie utförd av Engstrand och Mattson, (2017), framkom det att sjuksköterskorna i den studien önskade att rapporten gavs i kronologisk ordning för att få en tidsram till själva vårdförloppet. Kalyani-Najafi et al. (2017) beskrev att den prehospitäl personalen ska hinna förmedla komplex information inom en begränsad tid till en eller flera personer. Dock kunde personalen från ambulanssjukvården ha ett annat språkbruk och andra erfarenheter som i sin tur kunde påverka hur tydlig överrapporteringen blev. Men för att kunna minimera risken för negativa konsekvenser såsom vårdskada, bör en rapport vara konsekvent, koncis och tydlig.

Sjuksköterskorna i den aktuella studien upplevde att det var viktigt att lyssna aktivt och att inte arbeta med patienten samtidigt om möjligt för att överrapporteringen skulle bli så bra som möjligt. Bost et al. (2012) och Engstrand och Mattson (2017) fann i sina studier att det var svårt att lyssna aktivt på en rapport om sjuksköterskan började arbeta med patienten samtidigt.

Sjuksköterskorna från akutmottagningen upplevde även att sjuksköterskorna från ambulansen inte alltid började rapporten med det som var viktigast kring patientens hälsotillstånd vilket i sin tur bidrog till en känsla av missnöje. Dock påtalade inte sjuksköterskorna från ambulansen att de upplevde detta problem. I en dansk studie utförd av Dyrholm-Siensen et al. (2012) fann de istället att personalen från ambulanssjukvården inte alltid upplevde att mottagande sjuksköterska eller team på akutmottagningen skrev ned eller uppfattade all information som de gav. Samma studie påvisade även att ambulanspersonalen inte alltid anses vara en del av teamet på akutmottagningen vilket kan vara ett hinder för att gott samarbete kring patienten (Dyrholm-Siensen et al., 2012). Även Thakore och Morrison (2001) beskrev liknande fynd i sin studie där personalen från den prehospitala sjukvården upplevde att personalen på akutmottagningen inte alltid lyssnade aktivt på deras rapport. Dock visade studien att den prehospitala personalen ändå upplevde sig veta vad som var utav vikt att rapportera först. Carter et al. (2009) och Kalyani-Najafi (2017) menade på att skillnaden i upplevelser kan bero på olika förväntningar på vad en bra rapport ska innehålla. Enligt Carter et al. (2009) kunde det ge konsekvenser i form av att om ambulanspersonalen känner sig ignorerad så kanske rapporten blir ännu kortare och mer inkomplett och då får den mottagande personalen ännu mindre information.

Sjuksköterskorna i den aktuella studien upplevde att användandet av standardiserade verktyg för överrapportering var önskvärt för att säkra att all viktig information skulle komma fram. Dock var det fler sjuksköterskor från akutmottagningen som påtalade detta jämfört med ambulanssjukvården. Evans et al. (2010), Kalyani- Najafi et al. (2017) och Bost et al.(2012) förespråkade implementering av standardiserade verktyg för överrapportering då kvaliteten på själva rapporten och innehållet ansågs öka. Även Meisel et al. (2015) påtalade den positiva effekten av införandet av standardisering av överrapportering. Författaren föreslår också införande av digitala hjälpmedel för att ytterligare främja tillfället av överrapportering.

Shalini och Castelino (2015) förespråkade implementeringen av just SBAR. Även Sveriges Kommuner och Landsting (2017) förespråkade detta för sjukvården i Sverige. Thakore och Morrison (2001) föreslog även andra lösningar såsom att vänta med överflyttning av patienten tills efter att rapporten är klar. Att mottagande personal inte börjar arbeta med patienten innan rapporten är given, förutsatt att behovet av vård kan anstå, eller att en specifik person avsätts för ändamålet att ta emot överrapporteringen.

Författarna till den aktuella studien ansåg att införandet av flera av de ovan beskrivna lösningarna torde hjälpa sjuksköterskorna och annan personal att minimera de hinder för en god kommunikation som kan uppstå i en överrapportering mellan prehospital sjukvård och akutmottagningen. Fasta och tydliga rutiner för överrapportering bör gagna både patienten och personalen som är inblandad.

#### Omvårdnadsrelaterad information vid överrapportering

Alla sjuksköterskor i båda fokusgrupperna var överens om att omvårdnaden var en viktig information att förmedla i överrapporteringen men upplevelsen skilde sig åt och de hade olika infallsvinklar. Det som var mest tydligt var att akutmottagningens sjuksköterskor mer var inriktade på praktiska detaljer såsom telefonnummer till hemtjänst eller närstående och om de har med sig nycklar och pengar så att de kan ta sig hem i ett senare skede. Ambulansens sjuksköterskor nämnde vikten av att rapportera specifik information om patientens omvårdnadsbehov och vilka åtgärder de utfört samt att de varit hemma i patientens hem och har med sig en helhetsbild av patienten. I en studie av Holmberg och

Fagerberg (2010) framkom det att sjuksköterskan i ambulansen gör en bedömning om patientens behov och kan utifrån det bestämma vilka åtgärder som är bäst utifrån vårdbehovet. Varje vårdssituation var unik och patienten ska känna sig omhändertagen. Även Travelbees omvårdnadsteori beskrev att kommunikationen var en förutsättning och en färdighet som sjuksköterskan innehar för att kunna identifiera och tillgodose patientens behov (Travelbee, 1971).

Sjuksköterskorna från ambulansen valde ofta att skriva det som var medicinskt relevant på akutjournalen för att sedan komplettera med det som var relaterat till omvårdnad, hemsituation med mera på den signerade journalen som skrevs ut efter att överrapporteringen var utförd. Sjuksköterskorna från akutmottagningen använde sig av denna journal om det var uppgifter som de glömt bort under den muntliga rapporten. Talbot och Bleetman (2007) menade på att flera metoder bör användas för att inte missa viktig information gällande patientens vård och den muntliga överrapporteringen bör kompletteras med en skriftlig rapport.

Författarna till studien blev förvånade att sjuksköterskorna på akutmottagningen hade mer fokus på praktiska detaljer i omvårdnaden kring patienten jämfört med sjuksköterskorna i ambulansverksamheten. Framförallt då sjuksköterskan i ambulansen upplevde att deras vårdkontakt var mycket kortare i jämförelse med på akutmottagningen och att de ofta saknade resurser för att tillgodose patientens omvårdnadsbehov. Detta skulle kunna bero på flera orsaker. Exempelvis har sjuksköterskan i ambulansen enbart ansvar för en patient i taget och kan då ha full fokus på den, trots kort vårdtid och få resurser. Men på en överbelastad akutmottagning kan sjuksköterskan ha ansvar för väldigt många patienter samtidigt med väldigt varierande vårdbehov. Tiden är då knapp fast i ett omvänt perspektiv. Sjuksköterskan kan ha ansvaret för en och samma patient under hela sitt arbetspass men måste också fördela sin tid över alla patienter och den med störst behov ska också få vård först.

## **Slutsats**

Sjuksköterskorna upplevde att överrapportering var en central del i deras arbete inom både ambulanssjukvården och på akutmottagningen. Stress upplevdes som en risk för att skapa brister i kommunikationen, vilket i sin tur kunde medföra negativa konsekvenser för patienten och bidra till en försämrad patientsäkerhet. Sjuksköterskorna upplevde även att en samsyn i vad som skall rapporteras och när, torde förbättra tillfället av överrapportering. Sjuksköterskorna föredrog en kort, koncis och tydlig rapport. Genom användandet av ett standardiserat verktyg för överrapportering blir det tydligare vilken information som skall ges och det bidrar det till en säkrare vård.

## **Klinisk tillämpbarhet**

Resultatet i denna studie visar att sjuksköterskors upplevelse av överrapportering är en komplex situation. Utifrån resultatet framkommer det att det finns brister i överrapporteringen vad det gäller struktur och användandet av standardiserade verktyg. Författarna till studien ser att det finns ett behov av kompetenshöjande utbildning för strukturerad överrapportering för att optimera och säkerställa säker vård av patienten. Författarna anser att vidare forskning behövs för att utröna vilket av de standardiserade verktyg som finns tillbuds och som lämpar sig bäst inom akutsjukvård.

## REFERENSER

- Apker, J., Mallak, L.A., & Gibson, S.C. (2010). Communicating in the “gray zone”: perceptions about emergency physician-hospitalist handoffs and patient safety. *Advanced Emergency Medicine, 14* (10), 884-894. doi: 10.1197/j.aem.2007.06.037
- Bost, N., Crilly, J., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2012). Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing, 20*, 133-141. doi: 10.1016/j.ienj.2011.10.002
- Brannick, T., & Coghlan, D. (2007). In defense of being ‘native’: the case for insider academic research. *Organizational Research Methods, 10*(1), 59-74. doi: 10.1177/1094428106289253
- Breen, R.L. (2007). A Practical Guide to Focus-Group Research. *Journal of Geography in Higher Education, 30*(3), 463-475. doi: 10.1080/03098260600927575
- Bruce, K., & Suserud, B-O. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care, 10*(4), 202-209. doi: 10.1111/j.1362-1017.2005.00124.x
- Carter, A.J.E., Davis, K.A., Evans, L.V., & Cone, D.C. (2009). Information Loss in Emergency Medical Services Handover of Trauma Patients. *Prehospital Emergency Care, 13*(3), 280-285. doi: 10.1080/10903120802706260
- Dalen, M. (2015). *Intervju som metod*. (2. uppl.) Malmö: Gleerups utbildning.
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education, 40*, 214-321. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x
- Dyrholm-Siensen, I. M., Dyrlov-Madsen, M., Funk-Pedersen, L., Michaelsen, L., Vesterskov-Pedersen, A., Boje-Andersen, H., & Østergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scandinavian Journal of Public Health, 40*, 439-448. doi: 10.1177/1403494812453889
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced nursing. Research methodology, 62*(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Engstrand, H., & Mattson, J. (2017). The non-verbal communication in handover situations are the spice between the lines, to understand the severity of the patient’s condition. *Journal of Nursing Education and Practice, 7*(59), 1-8. doi: 10.5430/jnep.v7n5p1
- Evans, S.M., Murray, A., Patrick, I., Fitzgerald, M., Smith, S., Andrianopoulos, N., & Cameron, P. (2010). Assessing clinical handover between paramedics and the trauma team. *International Journal Care Injured, 41*, 460-464. doi: 10.1016/j.injury.2009.07.065

Flanigan, M., Heilman, J. A., Johnson, T., & Yarris, L. (2015). Teaching and assessing ED handoffs: A qualitative study exploring resident, attending and nurse perceptions. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(6), 823-829. doi: 10.5811/westjem.2015.8.27278

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

Graneheim, U.H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002

Holmberg, M., & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance service. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5. doi: 10.3402/qhw.v5i2.5098

Hylander, I. (2001). *Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod*. (FOG-rapport, nr. 42) Linköping: Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings Universitet.

Inspektionen för Vård och Omsorg . 2014. *Kommunikationsbrister i vården*. Hämtad från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2014/kommunikationsbrister-i-varden.pdf>

Joint Commission Center for Transforming Healthcare (2012). Joint commission Center for transforming healthcare releases targeted solutions tool for hand-off communication. *Joint Commission Perspective*. 32, (8). Hämtad från :[https://www.jointcommission.org/assets/1/6/tst\\_hoc\\_persp\\_08\\_12.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/6/tst_hoc_persp_08_12.pdf)

Kalyani-Najafi, M., Fereidouni, Z., Sarvestani-Sabet, R., Shirazi-Hadian, Z., & Taghinezhad, A. (2017). Perspectives of Patient Handover among paramedics and Emergency Department Members; a Qualitative Study. *Emergency*, 5(1).

Kozlowski, S.W.J., & Ilgen, D.R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological Science in the Public Interest*, 7(3), 77-124.

Krueger, R.A., & Casey, M.A. (2015). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (5<sup>th</sup> ed.). California: SAGE Publications, Inc.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

McDermid, F., Peters, K., Jackson, D., & Daly, J. (2014). Conducting qualitative research in the context of pre-existing peer and collegial relationships. *Nurse Researcher*, 21(5), 28-33. doi: 10.7748/nr.21.5.28.e1232

Meisel, Z.F., Shea, J.A, Peacock, N.J., Dickinson, E.T., Paciotti, B., Bhatia, R... Cannuscio, C.C. (2015). Optimizing the Patient Handoff Between Emergency Medical Services and the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 65(3), 311-317. doi: 10.1016/j.annemergmed.2014.07.003

Nadzam, D. M. (2009). Nurses' Role in Communication and Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(3), 184-188. Doi: 10.1097/01.NCQ.0000356905.87452.62

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv: Forskningsprocessen* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. Hämtad från:  
[https://www.swenurse.se/globalassets/sena/akutkomp-2017\\_tryck-1.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/sena/akutkomp-2017_tryck-1.pdf)

Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Hämtad från:  
<https://www.swenurse.se/globalassets/aktuellt-och-press-svensk-sjukskoterskeforening/ambulans.kompbeskr.webb.pdf>

SOSFS 2009:10. Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. *Socialstyrelsens författningssamling*. Hämtad från  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8294/2009-10-10.pdf>

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 2 december, 2017, från  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Shalini, F., & Castelino, L.T. (2015). Effectiveness of Protocol on Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Thechnique of Communication among Nurses During Patients' Handoff in a tertiary Care Hospital. *International Journal of Nursing Education*, 7(1), 123-127. doi: 10.5958/0974-9357.2015.00025.2

Socialstyrelsen (2015). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Hämtad från  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19990/2015-12-11.pdf>

Socialstyrelsen (2017a). *Samlat stöd för patientsäkerhet. Mätningar och resultat*. Hämtad 19 november, 2017, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/matningar-och-resultat>

Socialstyrelsen (2017b). *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 19 november, 2017, från  
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/centrala-lagar-och-foreskrifter/patientsakerhetslagen>

Socialstyrelsen (2018). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*. Hämtad från  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20871/2018-2-15.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt*. Hämtad från [http://www.sbu.se/contentassets/79b7a8f6aaad46dcbc988cuffed33339f/triage\\_fulltext2.pdf](http://www.sbu.se/contentassets/79b7a8f6aaad46dcbc988cuffed33339f/triage_fulltext2.pdf)

Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Fysioterapeuterna, Sveriges Arbetsterapeuter, Dietisternas Riksförbund, & Sveriges Tandläkarförbund. (2016). *Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Järfälla: Åtta.45. Hämtad från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-var\\_d\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-var_d_2016.pdf)

Sveriges Kommuner och Landsting. (2017). *Strukturerad kommunikation minskar riskerna i vården, SBAR*. Hämtad 10 januari, 2018, från <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarforkommunikation.748.html>

Suserud, B-O. (2005). A new profession in the pre-hospital care field- the ambulance nurse. *Nursing in Critical care*, 10(6), 269-271.

Talbot, R. & Bleetman, A. (2007). Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: do standardized approaches work?. *Emergency Medicine Journal*, 24(8), 539-542. doi: 10.1136/emj.2006.045906

Thakore, S., & Morrison, W. (2001). A survey of the perceived quality of patient handover by ambulance staff in the resuscitation room. *Emergency Medicine Journal*, 18, 293-296. doi: 10.1136/emj.18.4.293

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: Davis.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wallin, C-J., & Thor, J. (2008). SBAR-modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal: Ineffektiv kommunikation bidrar till majoriteten av skador i vården. *Läkartidningen*, 105(26-27), 1922-1925.

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.



## Bilaga 1

Informationsbrev Till verksamhetschef XXX XXX, Akutmottagningen, xxx-sjukhuset.  
Vi heter Sofia Lundberg och Christin Holmberg. Vi studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning akutsjukvård och ambulanssjukvård vid Sophiahemmet högskola. I vårt självständiga arbete, omfattande 15 högskolepoäng har vi valt att göra en kvalitativ intervjustudie med syftet att undersöka hur överrapporteringen upplevs mellan sjuksköterskor i ambulansen och på akutmottagningen. Vi är därför intresserade av att intervjua sjuksköterskor på akutmottagningen på xxx-sjukhuset.

Om du godkänner att studie genomförs vid Din klinik är vi tacksamma för Din underskrift. Har Du frågor rörande studien är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare. Efter att studien är genomförd och godkänd kommer den att publiceras på internetsidan DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bland annat innebär att namn i studien inklusive namn på arbetsplatsen kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer vi gärna och presenterar vårt resultat på kliniken.

Ort, 2017-12-18

Med vänliga hälsningar

Sofia Lundberg  
Student

Christin Holmberg  
Student

---

Namnförtydligande

Telefonnummer

E-post

---

Namnförtydligande

Telefonnummer

E-post

Eila Sterner Handledare

---

Namnförtydligande

Telefonnummer

E-post

## Bilaga 2

Informationsbrev Till verksamhetschef XXX XXX, Ambulansverksamheten.

Vi heter Sofia Lundberg och Christin Holmberg. Vi studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning akutsjukvård och ambulanssjukvård vid Sophiahemmet högskola. I vårt självständiga arbete, omfattande 15 högskolepoäng har vi valt att göra en kvalitativ intervjustudie med syftet att undersöka hur överrapporteringen upplevs mellan sjuksköterskorna i ambulansen och på akutmottagningen. Vi är därför intresserade av att intervjua sjuksköterskor på ambulansen i staden xxx.

Om du godkänner att studie genomförs vid Din klinik är vi tacksamma för Din underskrift. Har Du frågor rörande studien är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare. Efter att studien är genomförd och godkänd kommer den att publiceras på internetsidan DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bland annat innebär att namn i studien inklusive namn på arbetsplatsen kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer vi gärna och presenterar vårt resultat på kliniken.

Ort, 2017-12-18

Med vänliga hälsningar

Sofia Lundberg  
Student

Christin Holmberg  
Student

---

Namnförtydligande

Telefonnummer

E-post

---

Namnförtydligande

Telefonnummer

E-post

Eila Sterner Handledare

---

Namnförtydligande

Telefonnummer

E-post

**Studiens preliminära titel:** Sjuksköterskors upplevelser av överrapportering av patienter mellan ambulanssjukvården och akutmottagningen.

**Syftet:** Syftet är att undersöka sjuksköterskors upplevelser av överrapportering av patienter mellan ambulanssjukvården och akutmottagningen.

**Problemformulering:** Överrapportering kan ske både på akutrum med många olika professioner närvarande och patientens behov av vård är akut. Men den kan även ske i korridorer och i andra behandlingsrum. Vid en överrapportering ska ambulanspersonalen förmedla det som är mest viktig men under olika förutsättningar och i olika miljöer. Det är stor skillnad att vårda en icke kritisk patient där sjuksköterskan i ambulansen också har tid att förbereda sin rapport. Vårdbehovet är sedan inte akut så mottagande sjuksköterska har också tid att lyssna på det som sjuksköterskan från ambulansen säger. I jämförelse med att vårda en kritiskt sjuk patient där all fokus ligger på livsuppehållande åtgärder och tid för att planera en tydlig rapport inte finns. Vid ankomst till akutmottagningen är också vårdbehovet akut och teamet som möter upp måste börja arbeta direkt för att försöka rädda livet på patienten. Då finns inte möjligheten att lyssna aktivt längre och risken för att information missas är stor. Brist på tid, brist på kommunikation och brist på användandet av standardiserade verktyg för överrapportering leder till en sämre överlämning. Risk för felbehandling, förlängd tid till behandling och förlängd vistelse på akutmottagningen är några konsekvenser av en ofullständig överrapportering mellan vårdinstanser. Tillfället av överrapportering förfaller påverka patientsäkerheten och patientens omvårdnad. Det ter sig finnas en utmaning i att det är två olika professionella team som ska mötas och samarbeta kring en patient, men de har olika uppfattningar om vad som ska överrapporteras och hur rapporten ska genomföras. Finns också individuella skillnader i hur en överrapportering genomförs och vad som är viktigt att förmedla. Efter en litteraturgenomgång verkar det finnas få svenska studier utförda i närtid och inom den här specifika kontexten. Därav kan det vara viktigt att undersöka hur sjuksköterskorna upplever situationen av överrapportering för att om möjligt identifiera hur situationen kan optimeras med säker vård på lika villkor för patienterna.

**Önskemål från er verksamhet:** Vi önskar därför genomföra studien vid akutmottagningen på din enhet samt er ambulansverksamhet. Datainsamlingen kommer att ske genom fokusgruppsintervjuer med ca 10 sjuksköterskor totalt där de får berätta om sina upplevelser rörande överrapportering mellan sjuksköterskorna i ambulansen och på akutmottagningen. Intervjuerna kommer att ta mellan 30-60 minuter och spelas in. Det insamlade materialet från intervjuerna kommer därefter att skrivas ut, sammanställas och analyseras i ett resultat. Alla personer som blir intervjuade kommer delges skriftlig information och deltagandet är frivilligt.

**Samtycke:**

- Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument.
- Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:  
.....
- Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet.

\_\_\_\_\_  
Signatur

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Datum & Ort

### **Vill Du delta i en studie om sjuksköterskors upplevelser av överrapportering av patienter mellan sjuksköterskor från ambulanssjukvården till akutmottagningen.**

**Studiens syfte och bakgrund** Syftet är att undersöka sjuksköterskors upplevelser av överrapportering av patienter mellan ambulanssjukvården och akutmottagningen.

**Studiens genomförande** Vi planerar att genomföra en kvalitativ intervjustudie. Intervjuerna kommer att genomföras under december-januari 2017/2018 och kommer att genomföras i grupp. Intervjuerna planeras komma i största möjliga mån att ske under arbetstid och beräknas pågå under 30-60 minuter. Intervjun kommer att ljudinspelas för att sedan transkriberas och analyseras.

**Risker/ fördelar med medverkan** Tack vare din eventuella medverkan i studien kan just dina upplevelser av vad som påverkar överrapportering från sjuksköterskan i ambulansen till sjuksköterskan på akutmottagningen lyftas fram och möjliggöra att patientsäkerheten vid överrapportering ökar. Även för andra att ta del av dessa och lära sig från dina upplevelser.

**Hantering av data och sekretess** Den insamlade informationen kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att all information kommer att avidentifieras för att skydda Din, patienters och övriga inblandades identiteter. Du kommer få skriva på ett informerat samtycke där du intygar att du erhåller muntlig och skriftlig information. Insamlat material kommer att förvaras på lösenordskyddad dator dit endast författarna till studien har tillgång till. Materialet kommer enbart att användas till denna studie och kasseras när studien är avslutad. Resultatet kommer att presenteras i form av en magisteruppsats för specialistsjuksköterskeprogrammet inom akutsjukvård/ambulanssjukvård.

**Ersättning** Ingen ekonomisk ersättning utgår för deltagande i studien. Frivillighet Deltagandet i studien är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan vidare ifrågasättande från studenterna. Har Du frågor om studien är Du välkommen att höra av Dig till någon av oss.

Vill Du delta i denna studie? Är Du intresserad vänligen svara på denna e-post.

Sofia Lundberg & Christin Holmberg Legitimerade Sjuksköterskor

E-post:

Telefonnummer:

Handledare: Eila Sterner Med. dr., leg. sjuksköterska

E-post:

### **Medgivande för deltagande i studien**

Jag har tagit del av informationen och samtycker till att delta i intervjustudien vars syfte är att undersöka hur överrapportering av patienter upplevs mellan sjuksköterskor i ambulanssjukvården och på akutmottagningen.

Jag samtycker även att mina personuppgifter hanteras enligt personuppgiftslagen (PUL 1998:204) Jag kan när som helst avbryta mitt deltagande utan att ange orsak till detta.

Ort och datum

---

Namn-teckning

---

Namn-förtydligande

---

## **Intervjuguide**

Innan intervjun påbörjas kommer syftet med studien att läsas upp för sjuksköterskan samt information ges om att sjuksköterskan när som helst kan avbryta intervjun utan ifrågasättande. Sjuksköterskan kommer skriftligen att få ge informerat samtycke till studien (Bilaga 3).

Syftet är att undersöka sjuksköterskors upplevelser av överrapportering av patienter mellan ambulanssjukvården och akutmottagningen.

### **Inledning**

Ålder? Hur många år har du arbetat som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat på en akutmottagning/ambulans?

Har du någon specialistutbildning?

### **Huvudfråga 1**

Upplevelser av riskfaktorer som påverkar tillfället av överrapportering mellan ambulanssjuksköterskan till akutsjuksköterskan.

- Vad är dina upplevelser av överrapportering mellan ambulanssjuksköterskan till akutsjuksköterskan?
- Kan du beskriva en situation där det fungerat bra?
- Kan du beskriva en situation då det inte fungerat bra?
- Hur tycker du att en bra överrapportering ska gå till?

### **Huvudfråga 2:**

Upplevelser av hur patientsäkerheten kan påverkas vid överrapportering av patient.

- Hur upplever du att patientsäkerheten kan påverkas vid en överrapportering?
- Vad anser du kan bidra till en patientsäker överrapportering?

### **Huvudfråga 3:**

Upplevelser av om omvårdnaden av en patient kan påverkas vid en överrapportering.

- Hur kan informationen som ges vid en överrapportering påverka patientens fortsatta omvårdnad?
- Vad kan hända om inte all information kommer fram vid överrapporteringen?

### **Följdfrågor:**

Hur tänkte du då?

Hur kände du då?

Kan du berätta mer?

Kan du utveckla?