

**SJUKSKÖTERSKORS UPPLEVELSER AV
ÖVERRAPPORTERINGAR VID SKIFTBYTEN FÖR
EN SÄKER HJÄRTSJUKVÅRD**
En intervjustudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning hjärtsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2018-05-07
Kurs: Ht17

Författare:
Martina Andersson
Sandra Palmkvist

Handledare:
Eleni Siouta

Examinator:
Unn-Britt Johansson

SAMMANFATTNING

Hjärtkärlsjukdom är ett område som innefattar flera olika sjukdomar, och sjukdomsbilden är ofta komplex med många faktorer som påverkar varandra och gör vårdandet till en balansgång. Detta medför att sjuksköterskan inte bara behöver ha en bred kunskap om dessa sjukdomar, utan även att det finns förutsättningar för att kunna förmedla denna kunskap vidare till andra vårdaktörer på ett säkert sätt. Överrapportering i skiftbyten är tillfällen där patientinformation ska förmedlas, och att få ta emot en strukturerad rapport i en lugn miljö lägger grunden för att sjuksköterskans arbete med patienten kan ske på ett säkert sätt. Både i Sverige och internationellt finns lagar och riktlinjer som reglerar vården med fokus på patientsäkerhet, men trots detta inträffar många vårdskador varje år och en stor andel av dem beror på bristande kommunikation. SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell situation, Rekommendation) är ett strukturerat kommunikationsverktyg som har visats underlätta överrapporteringar i skiftbyten och minska risken för vårdskador som uppstår på grund av bristande kommunikation.

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av överrapportering vid skiftbyten inom hjärtsjukvården. Frågeställningarna var: Vad anser sjuksköterskan att rapporten bör innehålla för att främja en säker vård? Hur beskriver sjuksköterskor sina upplevelser av överrapportering?

Kvalitativ metod med en induktiv ansats användes. Nio semistrukturerade intervjuer genomfördes med sjuksköterskor som var yrkesverksamma på slutenvårdsavdelningar för patienter med hjärtkärlsjukdomar på olika sjukhus i Sverige. Datamaterialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Studien resulterade i tre övergripande teman: personliga förutsättningar för säker överrapportering, strukturella förutsättningar för säker överrapportering och patientrelaterade förutsättningar för säker överrapportering. Överrapporteringar vid skiftbyten var ofta ostrukturerade och oenhetliga. Flera sjuksköterskor menade att för att kunna sälla ut väsentlig information vid en överrapportering krävs ett visst mått av kunskap och erfarenhet av hjärtsjukvård. Överrapporteringsmiljön lyftes fram som stökig och med bakgrundsljud, vilket gav upphov till frekventa avbrott i överrapporteringen. Miljön hade ibland också sekretessmässiga brister. Samtliga sjuksköterskor önskade att det skulle finnas ett strukturerat kommunikationsverktyg som alla kunde följa, och en avskild miljö att genomföra överrapporteringen i. Flera sjuksköterskor lyfte fram vikten av att förbereda överrapporteringen för att undvika att viktig information skulle missas. Sjuksköterskorna ansåg att en bristfällig överrapportering i skiftbyten kunde äventyra patientsäkerheten. Denna åsikt innefattade såväl brister i innehållet vid överrapporteringen, som miljömässiga brister. Det framkom önskemål från många sjuksköterskor om kommunikationsövningar för att förbättra överrapporteringen i skiftbyten.

Slutsatsen är att för att en överrapportering i skiftbyten ska kunna generera i säker vård till patienter med hjärtkärlsjukdom, behövs ett strukturerat och enhetligt kommunikationsverktyg som bör användas av samtliga sjuksköterskor på avdelningen. Kommunikationsverktyget bör vara anpassat till enheten, och överrapporteringsmiljön bör vara avskild och lugn.

Nyckelord: hjärtkärlsjukdom, kommunikation, säker vård, SBAR, överrapportering

ABSTRACT

Cardiovascular disease is an area that contains several different diseases, and the clinical picture is often complex with many factors that influence each other which makes nursing an art of balance. This causes not only that the nurse must have a broad knowledge of these diseases, but also that there are set conditions that makes passing this knowledge on to other health care providers safe. Shift reports are such occasions when patient information will be delivered, and being able to receive a structured report in a calm and quiet environment is fundamental for the nurse to deliver safe care to the patient. In Sweden, as well as internationally, there are laws and guidelines that regulate patient safety in caring and nursing. Despite this, there are a large number of sentinel events and other patient injuries every year, and many of them happen due to communication errors. The SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) protocol is a structured communication tool, that have been proven to facilitate shift reports and reduce the risk of sentinel events and other patient injuries that occurs from insufficient communication.

The aim of this study was to explore nurses' experiences of shift reports within cardiovascular care. Research questions were: What does the nurses consider that the shift report should contain to promote patient safety care? What is the nurses' description of their experience of shift reports?

A qualitative method with an inductive approach was used in this study. Nine semistructured interviews were held with nurses working in cardiovascular wards at several different hospitals in Sweden. The data was analysed using a qualitative content analysis.

The study result could be grouped into three different themes: personal conditions for safe shift reports, structural conditions for safe shift reports and patient related conditions for safe shift reports. The shift reports were often unstructured and inconsistent. Several nurses suggested that being able to extract pertinent content during a shift report requires a certain amount of knowledge and experience from cardiovascular care. The environment for conducting shift reports was described as busy and with background noise, which resulted in several interruptions during the shift report process. The environment also had shortcomings considering patient confidentiality. All nurses in this study desired a structured communication tool that could be used by everyone, as well as an isolated environment for conducting the shift report. Several nurses pointed out the importance of preparing the shift report in advance, to avoid forgetting pertinent content. The nurses believed that an insufficient shift report could jeopardize patient safety. This opinion included insufficient content in the shift report as well as environmental shortcomings. Requests from many nurses about communication practice emerged in order to improve shift reports.

The conclusion is that a structured and uniformed communication tool that is used by all nurses in the ward is needed to make shift reports promote patient safety care. This communication tool should be designed to fit each separate unit, and the shift report environment should be isolated and calm.

Keywords: cardiovascular disease, communication, patient safety care, SBAR, shift report

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Sjuksköterskan och patienten med hjärtkärlsjukdom.....	1
Överrapportering.....	1
Säker vård.....	3
Problemformulering.....	5
SYFTE	6
Frågeställningar:.....	6
METOD	6
Ansats och design.....	6
Urval.....	6
Datainsamlingsmetod.....	7
Dataanalysmetod.....	9
Etiska överväganden.....	10
RESULTAT	11
Personliga förutsättningar för säker vård.....	11
Strukturella förutsättningar för säker överrapportering.....	13
Patientrelaterade förutsättningar för säker överrapportering.....	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	20
Slutsats.....	25
Klinisk tillämpbarhet.....	25
REFERENSER	26

Bilaga 1	Intervjuguide
Bilaga 2	Brev till intervju personer

INLEDNING

I Sverige har arbetet med patientsäkerhet varit ett prioriterat område i över tio års tid, men trots detta inträffar alltför många vårdskador i svensk sjukvård, och många bedöms bero på bristande kommunikation mellan vårdpersonal. Patienter med hjärtkärlsjukdom har ofta en komplex sjukdomsbild med faktorer som påverkar varandra och gör vårdandet till en balansgång. Sjuksköterskan behöver därför ha såväl en bred kunskap om patienter med hjärtkärlsjukdomar som förmåga och förutsättningar att överrapportera dessa patienter på ett optimalt sätt. Genom att undersöka hur sjuksköterskor upplever att en överrapportering vid skiftbyten ska genomföras och vad den ska innehålla, är förhoppningen att identifiera en struktur för överrapportering som ökar patientsäkerheten.

BAKGRUND

Sjuksköterskan och patienten med hjärtkärlsjukdom

Begreppet hjärtkärlsjukdomar kan innefatta arytmier, hjärtischemi, hjärtsvikt, klaffsjukdomar, skador på thorakala aorta, medfödda hjärtfel samt lungembolisering. Symtomen på akut hjärtischemi är ibland diskreta och ospecifika. Uttalad trötthet, ospecifik känsla av illabefinnande eller dyspné är symptom som kan tyda på hjärtinfarkt, likväl som det klassiska symtomet bröstsmärta med eller utan utstrålning. Dessa symptom kan dock även upplevas vid andra hjärtkärlsjukdomar (<http://www.escardio.org>).

I den legitimerade sjuksköterskans kompetensbeskrivning som Svensk sjuksköterskeförening (SSF) sammanfattar, redogörs det för att sjuksköterskan självständigt ansvarar för omvårdnaden utifrån sex kärnkompetenser. Dessa sex kärnkompetenser innefattar personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik. Sjuksköterskans ansvarsområden är att göra bedömningar, sätta omvårdnadsdiagnos, samt planera, genomföra och utvärdera omvårdnadsinsatser. Detta sker såväl självständigt som i teamarbete och tillsammans med patienten och anhöriga. Omvårdnadssituationerna är många gånger komplexa och ska utgå från ett holistiskt synsätt. Det kan inkludera såväl andning, cirkulation och smärta som nutrition, psykosociala och existentiella behov, kommunikation, förflyttning, sömn och elimination. Sjuksköterskan ska se till att andra professioner engageras när kompetensen behöver utökas. Under kärnkompetensen informatik beskrivs det att sjuksköterskan ska utföra säker kommunikations- och informationsöverföring genom hela vårdprocessen, framförallt i vårdens övergångar för att samordna vården för patienten. Kärnkompetensen säker vård beskriver att sjuksköterskan ska kunna använda standardiserade metoder för säker informationsöverföring (SSF, 2017).

Överrapportering

Definitioner

Definitionen på rapport är enligt Nationalencyklopedin ”redogörelse för undersökning eller utfört uppdrag” (Nationalencyklopedin, u.å). Svenska Akademiens ordbok beskriver betydelsen för ordet rapport som ”meddelande, redogörelse i muntlig eller skriftlig form” (Svenska Akademiens Ordbok, 1956). Ordet kommunikation kommer från latinets *communica*’tio, som betyder ömsesidigt utbyte (Nationalencyklopedin, u.å).

Enligt Svenska Akademiens ordlista (2015) har ordet två betydelser: 1) förbindelse, och 2) samtal, överföring av information. Enligt Svensk Ordbok (2009) betyder kommunikation överföring av (intellektuellt) innehåll.

Enligt Svenska Akademiens Ordbok definieras skift som ”tidsavsnitt som ett arbetslag arbetar sammanhängande för att därefter avlösas av annat arbetslag” (Svenska Akademiens Ordbok, 1971). Ett skiftbyte innebär därmed en övergång av arbetsuppgifter från ett arbetslag till nästföljande arbetslag. I denna studie används ordet skiftbyte avseende överrapportering från den sjuksköterska som ska avsluta sitt arbetspass till den sjuksköterska som ska påbörja sitt arbetspass.

Standardiserade arbetssätt

Överrapporteringar mellan vårdpersonal i både akuta och icke akuta situationer främjas av användandet av standardiserade arbetssätt i kommunikationen. Detta skapar en bra grund för säker vård av patienten. Så kallade standardiserade operativa procedurer, SOP, ger förutsättningar för att skapa en gemensam syn på hur rutinmässiga uppgifter ska utföras, och därmed minskar risken att göra fel. Dessa rutiner säkerställer att patienter får samma vård oavsett erfarenhet hos personalen. En form av standardisering som är användbar vid akuta situationer som exempelvis hjärtstopp, är användandet av ABCDE. Förkortningen står för Airway (luftvägar), Breathing (andning), Circulation (cirkulation), Disability (medvetandepåverkan) och Exposure/Environment (kroppstemperatur/hud). Dessa sökord säkerställer att de viktigaste parametrarna prioriteras, och i rätt ordning. För att snabbt kunna identifiera om en patient försämras i sitt allmäntillstånd och eventuellt kräver ytterligare vårdinsatser, kan man använda NEWS (National Early Warning Score) för bedömning av vitalparametrar. NEWS är en form av riskanalys, men även ett beslutsstöd för vidare vårdinsatser. Olika typer av checklistor är ytterligare ett exempel på SOP, som säkerställer att patienten får likvärdig vård oavsett vem som vårdar. Ett annat exempel på SOP är kommunikationsverktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation), som är användbart vid flera typer av informationsöverföring mellan personal, t ex överrapportering vid skiftbyten, på ronder eller andra avstämningar mellan personal (Bergqvist Månsson, 2016). Oavsett vilken typ av standardiserat verktyg som används, är rekommendationen att verktyget i huvudsak är vägledande, men att det är flexibelt och anpassningsbart till såväl olika typer av verksamheter, som olika typer av patientsituationer inom en och samma verksamhet. Flera studier har visat att det är en omöjlighet att konstruera ett verktyg som passar på varje patient oavsett tillstånd och institution (O’rourke, Abraham, Riesenbergs, Matson & Lopez, 2018; Smeulers & Vermeulen, 2016).

SBAR vid överrapportering

Under 1990-talet infördes SBAR i den amerikanska marinen för att strukturera och effektivisera viktig information. SBAR vidareutvecklades för användning inom hälso- och sjukvården, och 2010 presenterade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), SBAR som ett kommunikationsverktyg. Med hjälp av SBAR är det lättare att lägga fokus på det viktiga i överrapporteringen (Haddleton, 2016a). En icke akut överrapportering mellan sjuksköterskor enligt SBAR startar med sökordet Situation, där en presentation av rapporterade sjuksköterska (t ex namn, titel och avdelning) ingår, såväl som patientidentitet och en kort beskrivning av patientens kontaktorsak. Under Bakgrund redogörs för relevant sjukdomshistoria för att förmedla ett holistiskt synsätt. Här kan även ingå eventuella pågående behandlingar, samt allergier och smittorisker. Aktuellt tillstånd berör patientens nuvarande aktuella status såsom vitala parametrar (SKL, 2017a).

Rapporterande sjuksköterska kan med fördel göra en sammanfattning av patientens status. Det sista sökordet Rekommendation innebär att rapporterande sjuksköterska förmedlar föreslagna åtgärder, samt tidsramen för dessa. Rapporten avslutas alltid med bekräftelse på att mottagande sjuksköterska har fått den information om patienten som krävs för att kunna bedriva en säker vård (SKL, 2017a).

En överrapportering med SBAR som utgångspunkt ska ske i en avskild miljö, där endast rapporterande sjuksköterska och den vårdpersonal som ska ta över närvarar. Övrig personal riskerar att utgöra ett störmoment vid överrapporteringen, och bör därför inte befinna sig i samma rum (Wallin & Thor, 2008). För att optimera överrapporteringssituationen används ett direkt språk. Den mottagande sjuksköterskan förväntas lyssna aktivt och inte avbryta den rapporterande sjuksköterskan. I slutet av överrapporteringen ska det finnas utrymme för att ställa frågor om eventuella oklarheter. Mottagande sjuksköterska ska avslutningsvis upprepa planerade och föreslagna åtgärder. Detta kallas i litteraturen för Closed Loop Communication och är ett kvitto på att informationen har uppfattats korrekt (SKL, 2017a).

SBAR är idag ett väldokumenterat kommunikationsverktyg, och det finns forskning som stödjer användandet av SBAR för en strukturerad och relevant rapport (SKL, 2017a). Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har granskat tillsynsärenden i landsting i södra sjukvårdsregionen under åren 2013-2014. Granskningen visar att avvikelser hade kunnat undvikas om kommunikationen mellan vårdpersonal hade utgått ifrån ett strukturerat kommunikationsverktyg. Samtliga granskade landsting rekommenderar därför att verksamheterna arbetar enligt SBAR (Rosén, 2014). Cornell, Townsend-Gervis, Yates och Vardaman (2013) menar att SBAR som kommunikationsverktyg ger ett noggrant, konsekvent och strukturerat innehåll i rapporten, vilket leder till en ökad förståelse hos mottagaren av rapporten. Det framkom även att när SBAR används, ges rapporterna på samma sätt och berör samma områden oavsett vilken erfarenhet rapporterande sjuksköterska har.

Säker vård

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet definieras i Patientsäkerhetslagen [PSL] (SFS, 2010:659) som skydd mot vårdskada. Vidare definieras vårdskada som lidande, fysisk eller psykisk skada, sjukdom eller dödsfall som genom korrekt åtgärd hade kunnat förhindras. I PSL poängteras att hög patientsäkerhet ska främjas av hälso- och sjukvården. Med det menas att vårdskador ska förhindras på ett systematiskt sätt genom att redovisa patientberättelser, engagera patienter och anhöriga samt utreda händelser som orsakat eller kunnat orsaka vårdskada. I lagen står det vidare att hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att de har ett egenansvar för hur arbetsuppgifterna utförs med en grundtanke om god patientsäkerhet. Socialstyrelsen (2017a) betonar att för att patientsäker vård ska uppnås krävs god vård, vilket handlar om kunskap, patienten i fokus, säkerhetstänk, funktionalitet, likvärdig vård och tillgänglighet.

Bristande kommunikation

Förekomsten av vårdskador i Sverige har enligt en nationell undersökning av SKL (2017b) minskat de senaste fyra åren, och år 2016 uppmättes andelen vårdtillfällen där vårdskador har uppstått till cirka åtta procent.

Trots detta positiva besked är antalet vårdskador fortfarande för stort i Svensk sjukvård - cirka 110 000 personer beräknas varje år drabbas av vårdskador (SKL, 2017b). Det amerikanska kvalitetsinstitutet The Joint Commission (www.jointcommission.org/) uppger bristande kommunikation som den överlägset vanligaste orsaken till att vårdskada uppstår. Enligt Socialstyrelsen (2017b) kan dessa brister i informationsöverföring inträffa vid förflyttning av patienten mellan olika inrättningar och vårdaktörer, såväl som vid skiftbyten på en vårdavdelning. Detta får till följd att patientsäkerheten äventyras, med risk för felaktig vård av patienten.

Brus är en stor källa till distraktion under ett samtal. Brus i form av tal som förekommer i bakgrunden är ett framträdande arbetsmiljöproblem på många arbetsplatser. En god inlärning vid informationsöverföring kan beskrivas i tre steg: att förstå och identifiera informationen, att tolka informationen, och att lagra den nya informationen för att kunna använda den vid andra tillfällen. Den här processen sker i människans arbetsminne, vilken har en begränsad kapacitet. Om första steget i processen tar mycket resurser, t. ex om det är brus i bakgrunden under ett samtal, får de andra delarna i processen stå tillbaka. Det blir svårare att memorera den inlyssnade informationen och sätta in den i ett sammanhang. Det går att hålla de störande ljuden ifrån sig, men det är en ansträngning som påverkar arbetsminnet negativt. Detta kan få till följd att en informationsöverföring som förmedlas kan uppfattas auditivt, men inte memoreras eller tillgodogörs som kunskap (Kjellberg & Hygge, 2011).

Långa och ostrukturerade rapporter i miljöer med flera olika störmoment är vanligt förekommande i vården. Risken är stor att viktig information går förlorad eller missuppfattas om det inte finns en tydlig rutin att följa, vilket kan leda till bristande patientsäkerhet (Beckett & Kipnis, 2009). Weller, Boyd och Cumin (2014) påtalar vikten av att samtliga i vårdpersonalen delar samma bild av patienten för att teamarbetet kring patienten ska fungera optimalt. Detta kan beskrivas som att teamet strävar mot samma mål, och uppnås framför allt genom struktur och tydlighet i informationsöverföringen gällande patienten.

Kommunikation mellan sjuksköterskor

Kommunikation inom sjukvård är ett område som bör tränas för att skapa och upprätthålla en säker vård. Träning av akuta situationer är idag vanligt och förekommer regelbundet i vården, men även rutinmoment som t ex överrapporteringar och ronder kan med fördel tränas på liknande sätt för att skapa en standardiserad och tydlig struktur i kommunikationen. Utöver träning av dessa moment är det även viktigt med återkoppling och utvärdering, för att kunna reflektera över den egna rollen och den kunskap och förståelse som finns (Bergqvist Månsson, 2016). Detta är något som även Socialstyrelsen (2014) rekommenderar i sin skrivelse om strategier för ökad patientsäkerhet.

Inom sjukvården är arbetsmiljön många gånger stressig och viktiga beslut behöver fattas snabbt. Arbetstempot är högt och involverar många aktörer. I sjuksköterskeutbildningen ligger tyngdpunkten på kommunikation mellan patient och sjuksköterska, medan mindre fokus läggs på kommunikation sjuksköterskor emellan. Ändå förväntas sjuksköterskor behärska detta fullt ut när de börja arbeta (SSF, 2013). Haddleton (2016b) beskriver att sjuksköterskor många gånger har en alltför detaljerad rapport där budskapet riskerar att försvinna i mängden av information. Det är av vikt att all vårdpersonal använder ett gemensamt språk för att kommunikationen ska fungera på ett säkert sätt.

Svensk sjuksköterskeförening (2013) beskriver kommunikation inom vård och omsorg som ett viktigt område där sjuksköterskan har en betydande roll för att kunna samordna en säker vård kring patienten. Bristande kommunikation kan även bero på att andra arbetsuppgifter utförs samtidigt som informationen förmedlas, och därmed kan uppmärksamheten brista på det som sägs. Detta kan leda till missförstånd och misstag i vården. The Joint Commission föreslår i sina patientsäkerhetsmål att dessa missförstånd i kommunikationen mellan vårdpersonal kan undvikas genom att utrymme ges för att återkoppla på det som förmedlats. En kort sammanfattning ger ett kvitto på att det som har sagts är uppfattat på rätt sätt (Catalano, 2006).

Säker vård som teoretisk referensram

Kärnkompetensen säker vård kommer att användas som teoretisk referensram att diskutera resultatet emot i denna intervjustudie. Valet motiveras av att säker vård är en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser. En säker vård har sin utgångspunkt i kunskap som är evidensbaserad och bedrivs av olika professioner som samverkar i team kring patienten. Det är all vårdpersonals ansvar att bedriva säker vård, men sjuksköterskan är huvudansvarig för att omvårdnadsarbetet är evidensbaserat och patientsäkert. Säker vård verkar på flera plan, både direkt i arbetet kring patienten och på ett mer organisatoriskt plan. Några exempel på säker vård som sker nära patienten är att sjuksköterskan identifierar risk för trycksår hos en sängliggande patient, följer aktuella hygienrutiner för att förebygga infektioner, eller överrapporterar en patient utifrån ett strukturerat kommunikationsverktyg. På ett mer organisatoriskt plan kan säker vård innebära mätning av säkerhetskultur på en arbetsplats genom exempelvis enkäter, eller riskanalys och system för avvikelshantering. Säker vård innebär alltså inte bara åtgärder för att förebygga fel och skador i vården, utan även att analysera de fel och skador som ändå uppstår, samt att lära av dem i framtiden. Patientsäkerhetsarbete är därmed något som ständigt pågår, såväl för sjuksköterskan som för övrig vårdpersonal som för sjukvårdsledningen (Bergqvist Månsson, 2016; Öhrn, 2013).

Problemformulering

För att kunna ge en säker vård krävs ett strukturerat kommunikationsverktyg vid överrapportering. Patienter med hjärtkärlsjukdom har ofta symtom som är svåra att tolka. Många har en komplex sjukdomsbild med faktorer som påverkar varandra och gör vårdandet till en balansgång. Området hjärtkärlsjukdom täcker dessutom in många olika sjukdomar, såsom arytmier, hjärtischemi, hjärtsvikt, klaffsjukdom och skador på aorta, och på många mindre och mellanstora sjukhus vårdas alla dessa patienter på samma avdelning. Det medför att sjuksköterskan behöver ha en bred kunskap om patienter med hjärtkärlsjukdom. För att skapa en säker vård kring dessa patienter är det viktigt att det finns rutiner som alla kan följa, och att få ta emot en strukturerad rapport i en lugn miljö lägger grunden för sjuksköterskans arbete med patienten. På en arbetsplats där sjuksköterskor har varierande grad av erfarenhet och kompetens är detta extra viktigt, då viss information för en erfaren sjuksköterska är självklar och underförstådd medan en mindre erfaren sjuksköterska inte alltid kan se sambanden på samma vis. Under sjuksköterskans grundutbildning läggs större fokus på kommunikation mellan sjuksköterska och patient, än på kommunikationen sjuksköterskor emellan. Det finns forskning som berör överrapporteringar i akuta situationer, men i icke akuta sammanhang såsom skiftbyten finns det fortfarande kunskapsluckor.

Genom att undersöka hur sjuksköterskor upplever att en överrapportering vid skiftbyten ska genomföras och vad den ska innehålla är förhoppningen att identifiera en struktur för överrapportering som ökar patientsäkerheten.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av överrapportering vid skiftbyten inom hjärtsjukvården.

Frågeställningar:

1. Vad anser sjuksköterskor att rapporten bör innehålla för att främja en säker vård?
2. Hur beskriver sjuksköterskor sina upplevelser av överrapportering?

METOD

Ansats och design

Studien är empirisk och har en kvalitativ ansats. Den är dessutom induktiv, då intervjumaterialet bearbetades objektivt och analysen utgick från textmaterialet (Danielsson, 2017). Genom att använda kvalitativ metod i studien fanns möjlighet att undersöka upplevelsen av överrapporteringar hos sjuksköterskor som arbetar på hjärtavdelningar. Eftersom sjuksköterskornas upplevelser var i fokus, blev studien av deskriptiv karaktär. Polit och Beck (2017) anser att syftet med deskriptiva studier är att observera, beskriva och dokumentera ett fenomen så som det är. I kvalitativ forskning menar Lundman och Hällgren Graneheim (2017) att sanningen finns i åskådarens perspektiv. Efter noga övervägande valdes intervjuer som tillvägagångssätt. Detta för att få ett rikt och detaljerat innehåll, där spontaniteten inte skulle gå förlorad under datainsamlingen. I en intervju kan även nyanser i tonfall fångas upp, vilket inte är fallet exempelvis i enkäter.

Urval

Urvalsmetoden som ansågs mest lämplig var ett strategiskt urval med maximal variation av intervjupersoner (Polit & Beck, 2017; SBU metodbok, 2014). Detta val motiverades av möjligheten att kunna täcka in sjuksköterskor av olika kön, med olika grad av erfarenhet samt sjuksköterskor tjänstgörande på olika arbetspass över dygnet.

Inklusionskriterier

Sjuksköterskor som arbetade på slutenvårdsavdelningar för patienter med hjärtkärlsjukdom samt sjuksköterskor med god förståelse i svenska språket.

Exklusionskriterier

Sjuksköterskor som inte arbetade inom hjärtsjukvård, samt sjuksköterskor inom öppenvården.

Datainsamlingsmetod

Studieenheter

Urvalet av intervjupersoner skedde på flera olika sjukhus i Sverige, där såväl universitetssjukhus som mindre sjukhus representerades. Olika sjukhus i landet valdes ut för att öka möjligheterna till en större variation i intervjuerna. Eftersom de utvalda sjukhusen hade en geografisk spridning över stora delar av Sverige användes Skype vid vissa av intervjuerna, något som Polit och Beck (2017) rekommenderar vid stora geografiska avstånd mellan intervjuare och intervjuperson.

Deltagare

Tio sjuksköterskor i åldern 25-47 år intervjuades. Både kvinnor och män representerades. Intervjupersonerna hade mellan två och 15 års erfarenhet som sjuksköterska, och alla hade arbetat uteslutande inom kardiologi. De flesta av intervjupersonerna hade rotationstjänst och arbetade på samtliga pass över dygnet, men ett fåtal arbetade enbart dag eller natt. Intervjupersonernas arbetsplatser beskrevs som övervägande allmänskardiologiska inklusive hjärtintensivsjukvård (HIA). Ett fåtal arbetsplatser hade mer specifik inriktning såsom hjärtsvikt eller arytm. Någon tjänstgjorde även deltid på en kardiologisk mottagning. Antalet patienter att ansvara för varierade från tre till 16, beroende på vilken tid på dygnet arbetspasset var förlagt (Tabell 1).

Tabell 1. Intervjupersoner

Intervjuerson	Ålder	Kön	Ssk-år	Kardiologi år	Tjänst	Avdelning	Antal patienter att ansvara för
1	29	Kvinna	2	2	Rotation	Hia + allmänskard	4-14
2	47	Kvinna	15	15	Rotation	Hia + allmänskard	4-14
3	25	Man	3	3	Rotation	Hia + allmänskard	4-14
4	33	Kvinna	3	3	Rotation	Hia + hjärtsvikt	4-6
5	37	Kvinna	15	15	Natt	Allmänskard	12-15
6	30	Kvinna	6	6	Rotation	Allmänskard	6-14
7	34	Kvinna	8	8	Rotation	Allmänskard	8-16
8	28	Kvinna	2	2	Rotation	Arytmi + Svikt	6-13
9	47	Kvinna	12	12	Rotation	Hia + Allmänskard	3-10
10	33	Kvinna	10	10	Rotation + Mott	Hia + Allmänskard	4-14

Not: Rotation avser tjänstgöring över dygnets samtliga timmar, Mott avser tjänstgöring på mottagning, Hia avser Hjärtintensivvårdsavdelning och Allmänskard avser allmänskardiologisk vårdavdelning.

Genomförande

Genom att använda semistrukturerade intervjuer fanns möjlighet att täcka in det särskilda ämnet som studien syftade på. Författarnas förhoppning var att intervjupersonerna skulle se möjligheten i att fritt kunna sätta sina ord på upplevelsen. Ett förutbestämt antal intervjuer kunde initialt inte fastställas, då Polit och Beck (2017) menar att datainsamlingen fortgår tills ämnet är mättat. Författarna till den här studien gjorde bedömningen att åtta till tio intervjuer inklusive en till två pilotintervjuer var vad som rymdes inom tidsramen för studien, men med reservation för att fler intervjuer kunde behöva adderas om innehållet i intervjuerna inte blev tillräckligt rikt.

Utgångspunkten i intervjuerna var en intervjuguide (Bilaga 1). Den innehöll demografiska uppgifter, samt olika områden med frågor och tillhörande stödord som ramade in de ämnen som syftet innefattade. Denna typ av intervjustruktur är fördelaktig om man inte är en van intervjuare, eftersom samma förutbestämda frågor kunde användas till varje intervjuperson. Frågorna utgick från syftet och skulle ge detaljerad information om det som avsågs att undersöka. Intervjufrågorna rekommenderas att komma i en logisk ordning, men det fanns en möjlighet att intervjupersonerna skulle ta upp information som låg senare i intervjuguiden. Författarna behövde därför lyssna aktivt för fånga upp det som sades och kunna komma med uppföljande frågor (Polit & Beck, 2017). Enligt Danielsson (2017) kan det finnas stödord och flera frågor i intervjuguiden för författarna att använda sig av om något område i intervjuguiden inte skulle beröras. Danielsson påtalar vidare vikten av att vara inläst på det aktuella ämnet som studeras för att kunna skapa givande frågor till intervjuguiden. Att ställa några övergripande frågor kan generera i innehållsrika svar från intervjupersonen. Intervjuguiden rekommenderas att som längst vara en A4 sida. Frågorna kan med fördel vara skrivna med stora bokstäver för att vara lättöverskådliga. Innan intervjuerna övade författarna på intervjuguiden för att sedan endast använda det som ett stöd under intervjuens gång.

Det behövdes ett skriftligt godkännande från verksamhetscheferna på respektive sjukhus innan intervjupersoner kontaktades. Samtliga verksamhetschefer emottog ett informationsbrev via e-post där studiens problemformulering, syfte och metod redogjordes. I brevet bifogades även en blankett för underskrift. Efter godkännande från respektive verksamhetschef, skickades ett informationsbrev (Bilaga 2) via e-post till de tio sjuksköterskor som hade valts ut av verksamhetscheferna som lämpliga att intervjua. I brevet bifogades en svarstalong som sändes tillbaka efter underskrift. Intervjuerna bokades genom e-post eller telefonkontakt med respektive intervjuperson. Intervjuerna bokades utanför intervjupersonernas arbetstid på deras egen önskan, för att eliminera risken att intervjun skulle avbokas på grund av att de inte kunde avvaras under arbetspasset. Vid intervjutillfällets början erbjöds en kort sammanfattning av vad studien handlade om. Flera av intervjupersonerna hade dock redan läst på den information som hade bifogats i brevet, och kände sig tillräckligt informerade. Samtliga intervjupersoner samtyckte till att intervjuerna ljudinspelades.

Intervjuerna genomfördes under december 2017 och januari 2018. Författarna genomförde först två pilotintervjuer. Den ena pilotintervjun genomfördes via Skype, och den andra ägde rum i ett samtalsrum på det sjukhus där intervjupersonen arbetade. Ljudupptagningen skedde genom digital röstinspelningsfunktion. Enligt Danielson (2017) är pilotintervjuer ett bra tillvägagångssätt för att testa inspelningsutrustning och tidsram för intervjun, såväl som för att ge författarna en övningssituation i intervjuteknik. Pilotintervjuerna syftade också till att testa intervjuguiden för att kontrollera att frågorna täckte in det som motsvarade syftet. Pilotintervjuerna transkriberades och innehållet lästes upprepade gånger. Då intervjuguiden ansågs komplett och ljudupptagningen höll god kvalitet, användes dessa även till övriga intervjuer. De båda pilotintervjuerna kunde inkluderas i studieresultatet, och därmed blev det totala antalet intervjuer tio stycken. Efter tio intervjuer ansågs ämnet vara mättat, då i stort sett samma information hade framkommit under de sista två intervjuerna. Längden på intervjuerna varade mellan 14 och 52 minuter, och mediantiden var 26 minuter. En intervju föll bort efter transkribering och analys, då en av verksamhetscheferna hörde av sig för att tacka nej till vidare deltagande i studien.

Dataanalysmetod

Intervjuerna transkriberades i sin helhet av författarna. Det totala antalet transkriberade sidor uppgick till 69 stycken A4-sidor. Därefter lästes hela materialet upprepade gånger. Författarna läste texterna oberoende av varandra för att öka trovärdigheten. Innehållsanalys med en induktiv ansats användes för att analysera intervjudata. Detta tillvägagångssätt gjorde det möjligt att identifiera likheter och olikheter i textinnehållet. Textstycken i intervjumaterialet som svarade mot frågeställningen plockades ut i så kallade meningsenheter för att sedan kondenseras till en kortare text. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att endast det centrala innehållet i texten bibehålls och kan då lättare hanteras. Det är viktigt att tänka på att alltför stora meningsenheter kan ha flera innebörder, medan för små meningsenheter kan bli ofullständiga i sitt innehåll. I nästa steg kodades kondenseringarna med en slags etikett för att återge vad meningsenheterna handlade om. Genom att koda kunde data ses med nya ögon. Dessa koder diskuterade författarna därefter tillsammans för att finna förbindelser såväl som olikheter mellan koderna, och kom därefter fram till hur de olika koderna skulle sorteras in i subteman. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) kan inga koder passa in under flera subteman, och alla koder ska kunna passa in under något subtema. Slutligen skapades teman för att binda samman underliggande subteman och finna gemensamma nämnare. Detta är enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) det sista steget i innehållsanalys. I Tabell 2 nedan återfinns exempel på fem olika meningsenheter som har kondenserats och kodats enligt ovan beskrivna tillvägagångssätt.

Tabell 2. Exempel på kondensering och kodning av meningsenheter.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod
Och att man är tydlig med vad målet med behandlingen är just nu. ”Vad är det vi gör idag, liksom. Vad är viktigt för detta passet?”	Att man är tydlig med målet med behandlingen. Vad är det vi gör idag, vad är viktigt?	Behandlingsmål/Plan
Framförallt så är ju inte läkarna jätteduktiga på att skriva daganteckningar och då känner man vad tänker dom med den här patienten emellanåt och blir patienten dålig så vet man inte riktigt hur dom har tänkt vidare liksom eller nej det här är allt vi kan göra för patienten. ...där tycker jag att det är viktigt att veta varför dom ligger kvar och vad man har tänkt att göra så man vet var läkaren står.	Läkarna skriver inte alltid daganteckningar. Då undrar man vad tänker de om patienten blir dålig. Är det allt vi kan göra för patienten? Därför är det viktigt att veta varför patienten ligger kvar och vad som är tänkt att göra.	Behandlingsmål/Plan
Det bör ju vara lugnt, inte för mycket störande ljud vilket är ganska svårt om man jobbar på en kardiologisk vårdavdelning. Det är mycket pling, mycket larm och sånt. Men gärna att man inte behöver gå iväg och bli avbruten. Det är inte bra för den som tar rapport och det är inte bra för den som rapporterar om man kommer bort sig och man... gärna att man inte blir störd under rapporten. Det,	Det bör vara lugnt, och att man inte behöver bli avbruten. Det är inte bra för den som tar emot rapporten eller den som rapporterar. Man kommer lätt av sig och det tar längre tid.	Ostörd miljö

då får man, eller det tar tio gånger längre tid.		
På dagen så har man ju ronder och då får man ju väldigt mycket info där. Alltså man fyller på sin kunskap om patienten på dagen på ett annat sätt än på natten och då behöver man tycker jag mer, alltså en bra bild från början så man inte behöver läsa så mycket... men på dagen så har man ju uppdateringar hela tiden från läkare, från annan personal och andra instanser som arbetsterapeut, sjukgymnast så man har en helt annan bild av patienten på dagen än på natten.	På dagen har man rond. Då får man mycket information. Kunskaperna om patienten fylls på under dagen på ett annat sätt än på natten, då man behöver en bra bild från början. Man får uppdatering från läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast på dagen. Bilden av patienten blir en annan på dagen än på natten.	Olika överrapporteringsbehov
Sen kan man glömma moment och man kan, ojdå, det där glömde jag säga eller så, men har man nån slags struktur på, på vad man ska säga så blir det ju så mycket lättare, och det upplever jag inte att våra nya sjuksköterskor har idag. Så ibland så får man hjälpa dom lite på traven, och så får man fråga om lite... men du, hur var det nu med dom där troponinen?	Man kan glömma moment men har man en struktur på vad som ska sägas så blir det lättare. Jag upplever inte att nya sjuksköterskor har det. Ibland får man hjälpa dom genom att fråga.	Struktur i överrapporteringen
Jag skulle nog vilja att man hade, i arbetsgruppen att man bestämde tydliga punkter att detta och detta ska vara med i rapporten. Intagningsorsak, EKG, TNT-kurva, den medicinska statusen, vad som har gjorts under vårdtillfället och avsluta med en kort planering.	Jag vill att man i arbetsgruppen bestämde att detta och detta ska vara med i rapporten. Intagningsorsak, EKG, TNT-kurva, den medicinska statusen, vad som har gjorts under vårdtillfället och kort planering.	Struktur i överrapporteringen

Etiska överväganden

Ett etiskt övervägande gjordes angående det faktum att vissa intervjuer genomfördes med sjuksköterskor på författarnas egen arbetsplats. Detta kan ha varit en försvårande faktor då det fanns en risk att intervjupersonerna inte vågade vara helt ärliga i sina svar.

Förhoppningen var dock att intervjupersonerna skulle se intervjuerna som en möjlighet att påverka till en förbättring, som i sin tur kunde leda till en bättre och säkrare vård för patienterna.

Enligt Helsingforsdeklarationen ska brevet till verksamhetschefer och intervjupersoner innehålla information om studien samt en förfrågan om deltagande. En blankett för informerat samtycke bifogades. Det framgick tydligt i breven att intervjumaterialet skulle behandlas konfidentiellt, och att det när som helst gick att avbryta sitt deltagande utan att behöva uppge orsak (World Medical Association, 2017). Vidare redovisades resultatet på sådant sätt att enskilda sjuksköterskor inte kunde identifieras. När studien var godkänd och avslutad raderades ljudfilerna.

Eftersom det inte fanns någon plan att publicera studien, var det inte nödvändigt med ansökan till Etikprövningsnämnden. Detta styrks via Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460). Där beskrivs att studier som genomförs inom ramen för högskolestudier på avancerad nivå inte kräver särskild prövning. Lagen uttrycker även att forskaren ska visa hänsyn till mänskliga rättigheter, grundläggande friheter, hälsa, säkerhet och personlig integritet. Dessa områden beaktades under studiens olika delar (SFS, 2003:460).

RESULTAT

Sjuksköterskors upplevelser av överrapportering vid skiftbyten inom hjärtsjukvården, och vad de önskar att rapporten ska innehålla för att främja en säker vård, kan sammanfattas under tre teman: personliga förutsättningar för säker överrapportering, strukturella förutsättningar för säker överrapportering samt patientrelaterade förutsättningar för säker överrapportering. Varje tema innehöll ett eller flera subteman. Temat personliga förutsättningar för säker överrapportering innefattar subteman personlig kunskapsbank respektive attityder. Temat strukturella förutsättningar för säker överrapportering innefattar subteman att tillämpa SBAR vid överrapportering, brister i innehållet vid överrapportering, miljömässiga faktorer som försvårar överrapportering samt brister på organisationsnivå. Temat patientrelaterade förutsättningar för säker överrapportering innefattar subtemat sjuksköterskans behov av innehåll i överrapporteringen av patienter med hjärtkärlsjukdom (Tabell 3).

Tabell 3. Översikt över subteman och teman från innehållsanalys av genomförda intervjuer.

Subteman	Teman
Personlig kunskapsbank	Personliga förutsättningar för säker överrapportering
Attityder	
Att tillämpa SBAR vid överrapportering	Strukturella förutsättningar för säker överrapportering
Brister i innehållet vid överrapportering	
Miljömässiga faktorer som försvårar överrapportering	
Brister på organisationsnivå	Patientrelaterade förutsättningar för säker överrapportering
Sjuksköterskans behov av innehåll i överrapporteringen av patienter med hjärtkärlsjukdom	

Personliga förutsättningar för säker vård

Personlig kunskapsbank

Sjuksköterskorna menade att kunskap har betydelse för att kunna sortera viktiga fakta och sammanfatta vårdtillfällen.

Att kunna sammanfatta vårdförlopp hos komplexa patienter ansågs också väsentligt, då dessa patienter oftast hade haft ett långt och mer avancerat vårdförlopp. Sjuksköterskorna menade också att med likvärdig kunskap prioriterades informationen i en överskriftningsrapportering på liknande sätt. Vad som ansågs vara relevant information var beroende på om arbetspasset var förlagt på dagen och kvällen eller på natten. Några ansåg att detaljerad information var mer av värde på dagen och kvällen än på natten. En överskriftningsrapportering med relevant innehåll kunde lättare hjälpa till att upptäcka en instabil patient.

Det är ju lättare att upptäcka om någon patient blir dålig om man har en bra rapport... för det är ju skillnaden som gör att vi agerar. Reagerar och agerar. (Intervju 2.)

Bilden av patienten upplevdes vara annorlunda om sjuksköterskorna hade läsandrapport jämfört med den överskriftningsrapportering som skedde muntligt. Med den muntliga överskriftningsrapporteringen beskrev de att de fick en bild av patienten som inte alltid stämde när de senare träffade patienten. Sjuksköterskorna tog även upp vikten av samsyn, att alla har samma bild av patienten samt att genom en konsekvent överskriftningsrapportering sträva mot samma mål med patienten. Genom att sjuksköterskorna använde vedertagna och enhetliga termer vid överskriftningsrapportering ökade förutsättningarna för att alla syftade på samma sak. Överskriftningsrapporteringen ansågs också som en form av inläringstillfälle. För att lättare minnas det som sades upplevde de flesta sjuksköterskor att det underlättade att både skriva och höra rapporten. De menade också att inläringen är individuell.

Vad sjuksköterskorna såg som irrelevant information vid överskriftningsrapportering var beroende av vilken tid på dygnet man arbetade, och handlade främst om när gamla åkommor utan relevans nämndes. Det kunde också handla om social situation, alltför specifikt utlåtande av undersökningar eller om laboratorievärden. De menade också att informationen var patient- och situationsbunden och därmed fick ta mer eller mindre stor plats.

Sjuksköterskorna som intervjuades menade att rapportbehoven var olika. Det kunde bero på om det var en ny eller erfaren sjuksköterska som tog emot överskriftningsrapporteringen, men variationen kunde också förklaras av att olika sjuksköterskor önskade olika mängd detaljer i överskriftningsrapporteringen.

Vi har helt olika nivåer på vad vi vill veta och jag är en person som vill veta ganska mycket om mina patienter. Det är många som inte vill veta så jättemycket. Dom tycker att det räcker med att dom håller sig flytande. (Intervju 7.)

Någon ansåg att om patientens diagnos förmedlades så förutsattes det att viss grundläggande information om patienten gick fram till mottagande sjuksköterska, även om den inte uttrycktes i ord.

Man tänker i diagnoser och det är ju ett sätt liksom att vara effektiv, liksom. För att jag förmedlar väldigt mycket kunskap till dig genom att säga att det ligger en hjärtinfarkt på sal fyra. För att då vet du, eller jag antar i alla fall att du vet ungefär vad det är för typ av patient. (Intervju 3.)

Sjuksköterskorna menade också att om de jobbade dagtid behövdes inte lika omfattande rapport då både sjuksköterskor och andra professioner hade fler tillfällen att träffa patienten jämfört med på natten. På natten var det däremot extra viktigt med en tydlig plan för patienten.

När det fanns brister i kunskap hos kollegor beskrev samtliga sjuksköterskor att det lätt blev missförstånd. De menade att det för en ny sjuksköterska kunde vara svårt att plocka ut det viktigaste att överrapportera om. De vet inte alltid vad allt betyder och upplevdes ibland välja bort att överrapportera viss information för att de inte förstod den själva. Det upplevdes också vara svårt för nya kollegor att koppla ihop varför vissa undersökningar eller behandlingar gjordes eller varför man hade valt att avvakta. Om överrapportering skedde enligt SBAR så upplevdes det vara svårt att koppla ihop Aktuellt tillstånd och Rekommendationer. En del av sjuksköterskorna beskrev att de hjärtspecifika kunskaperna tog lång tid att tillgodogöra sig, och att det var omfattande att kunna överrapportera en fullständig SBAR på en kardiologpatient.

Attityder

Några sjuksköterskor berättade att de ibland vid slutet av överrapporteringen gick in tillsammans med kollegan till medicinskt och omvårdnadsmissigt avancerade patienter för att ge en trygg överlämning av patienten. De beskrev det som ett lärande att gå in och titta tillsammans på de olika utrustningarna och omvårdnadsbehoven som fanns hos patienten. Vidare var det extra viktigt att ge en optimal rapport om sjuksköterskorna inte kände varandra, detta för att skapa trygghet. Om de däremot kände varandra så menade någon sjuksköterska att de visste vad kollegan önskar för typ av innehåll i överrapporteringen, och därmed kunde anpassa innehållet. En del av sjuksköterskorna kände också att överrapporteringstillfället var en öppen kommunikation och när frågetecknen uppkom så ställdes frågan direkt. Andra upplevde att frågorna passade bäst i slutet av överrapporteringen. De ansåg också att överrapporteringen kunde bli mer disciplinerad och effektiv genom att inte prata om privata saker och oväsentligheter förrän efter avslutad rapport. Brist på hänsyn upplevdes främst då överrapporteringen avbröts av kollegor, telefon, anhöriga eller patienter. Flera sjuksköterskor talade om att ökad tydlighet vid överrapportering genom att be kollegan vänta tills rapporten var färdig, och att stänga in sig i ett rum med skylt på dörren kunde minimera avbrott från kollegor. Sjuksköterskorna tyckte också att det var viktigt att vänta in samtliga som skulle vårda patienterna innan överrapportering påbörjades. Detta för att slippa dubbelarbete med dubbla överrapporteringar och onödigt spring i dörrar.

Folk pratar runtomkring och springer ut och in, och avbryter och liksom tar inte riktigt hänsyn, eller känner väl inte riktigt in situationen när dom kommer in i rummet och tänker att jaha, okej dom sitter nog och rapporterar, då kommer jag senare, eller då pratar jag lite tyst eller då kanske jag går och ringer i ett annat rum eller så. (Intervju 1.)

Vid läsande rapport beskrev sjuksköterskorna att det var svårt att få en kort avstämning efteråt. De upplevde att det många gånger följdes av en komplett muntlig rapport upptill den läsande rapporten. Några sjuksköterskor hade teorier om det berodde på att sjuksköterskorna ville få en bekräftelse på att de läst rätt, framför allt om det hade varit mycket att läsa.

Strukturella förutsättningar för säker överrapportering

Att tillämpa SBAR vid överrapportering

Hälften av sjuksköterskorna tog upp att de ville ha en viss ordningsföljd i överrapporteringen.

Hur de ansåg att ordningsföljden skulle vara varierade, men samtliga sjuksköterskor efterfrågade en enhetlig mall som skulle användas vid överrapportering. Med en struktur i överrapporteringen menade de att samma sökord skulle användas för att inte missa något viktigt och att alla skulle följa samma tankebanor. De flesta sjuksköterskor ansåg vidare att om överrapporteringen inte hade optimal struktur tog den längre tid och viktig information missades lättare. Att överrapporteringarna var oenhetliga upplevde också de flesta sjuksköterskorna, och det ansågs bero på att det användes olika tillvägagångssätt vid överrapportering. Det framkom även att det skilde sig åt mellan kollegorna på avdelningarna hur mycket som rapporterades över, och det fanns också skillnader över dygnet samt var rapporten genomfördes. Några sjuksköterskor ansåg dessutom att om den rapporterade sjuksköterskan tagit sig tid före rapporten att tänka igenom vad som var viktigt att överrapportera och förberedde rapporten, så tenderade den att bli mer effektiv. Om överrapporteringen däremot var oförberedd skapades frustration hos mottagande sjuksköterska, då de upplevde att de inte fick den informationen de önskade om patienterna. En tydlig, genomtänkt och strukturerad rapport efterfrågades av nästintill alla sjuksköterskor. Majoriteten av sjuksköterskorna tog upp kommunikationsverktyget SBAR som ett exempel på en mall med god struktur som ansågs passa till överrapportering. Motiveringen var att SBAR gav en snabb överskådlighet och gav en bra bild av patienten.

Brister i innehållet vid överrapportering

Vissa sjuksköterskor menade att många missade att rapportera om basal omvårdnad, förflyttning och elimination, men också om planen för patienten, vilket gjorde att överrapporteringen blev ofullständig. Några sjuksköterskor hade en teori om att bristande rapport om basal omvårdnad berodde på att det endast var sjuksköterskor som rapporterade, och att undersköterskornas åsikter inte lyftes fram i samma omfattning.

När innehållet i överrapporteringen ansågs ofullständigt menade samtliga sjuksköterskor att det innebar fara för patientsäkerheten.

Ja, jag tror det [påverkar patientsäkerheten]. För har man väldigt många patienter att ha hand om och man får en väldigt sparsam rapport så tycker inte jag alltid man har en full bild av patienten. Och det kan ju bli farligt om patienten blir dålig. Om man kanske inte har hunnit läsa på utan arbetet har dragit igång direkt. (Intervju 10.)

De flesta sjuksköterskorna beskrev att de efter överrapporteringen gick runt till patienterna för att sedan sätta sig och läsa på extra för att ingen information skulle missas. De fanns också de sjuksköterskor som skrev en kort sammanfattning om varje patient i slutet av sitt arbetspass. Denna lämnades sedan över som ett komplement till den muntliga överrapporteringen. En del sjuksköterskor menade att om skriftliga sammanfattningar behövdes visade det på att det fanns brister i dokumentationen. De menade att detta istället skulle dokumenteras i journalen.

Miljömässiga faktorer som försvårar överrapportering

Samtliga sjuksköterskor uttryckte missnöje över att överrapporteringstillfället inte respekterades, trots att skyltar satts upp om att rapport pågick. De ansåg att överrapporteringssituationen var långt under acceptabel nivå. De beskrev störande moment såsom dörrar som öppnades och stängdes, inkommande ambulans-EKG som signalerade samt att de tvingades dela rum med personal som dikterade under pågående rapport. Vid de läsande rapporterna fanns sällan lediga avskilda rum att tillgå.

De allra flesta sjuksköterskorna ansåg att en ostörd miljö var mycket viktigt vid överrapportering. De önskade få sitta avskilt i ett utrymme med stängd dörr, utan störande moment såsom telefoner och sökare. Vidare fanns det önskemål om att den personal som inte överrapporterade skulle ansvara för patientvård och ringningar under tiden överrapporteringen pågick. Vid tillfällen då överrapporteringen avbröts menade sjuksköterskorna att det var lätt att tappa fokus, vilket ledde till att överrapporteringen tog längre tid. Flera sjuksköterskor nämnde också vikten av en rapportmiljö som gav förutsättningar för att kunna upprätthålla sekretessen. Att rapportera i en öppen miljö såsom i korridoren ansågs ge brister i sekretessen även om dörrarna till patientrummen stängdes.

De flesta sjuksköterskorna önskade penna och papper att skriva på under överrapporteringen. Vissa använde förtryckta lappar med rutor för innehållet, och andra använde ett block och strukturerade själva upp innehållet. En del sjuksköterskor önskade tillgång till patientjournal under överrapportering, medan andra ansåg att det inte behövdes om rapporten var väl förberedd. Några sjuksköterskor uttryckte en önskan om att ha någon form av förtryckt arbetsblad med indelningar för olika områden, tex Bakgrund och Aktuellt status. Någon efterfrågade en digital funktion för detta, som skulle kunna följa patienten.

Hälften av sjuksköterskorna uttryckte att kommunikationsövningar var nödvändigt för att lära sig att komprimera informationen om patienten i en överrapportering. Flera arbetsplatser hade beslutat om att SBAR var det verktyg som skulle användas vid överrapportering. Sjuksköterskorna poängterade dock att införandet av SBAR på arbetsplatserna var bristfälligt, och att det inte hade funnits tillräckligt med tid avsatt att lära sig det.

Brister på organisationsnivå

De flesta sjuksköterskor beskrev att överrapporteringen gick fortare om personalen hade träffat patienterna på tidigare arbetspass. Då behövdes endast en kort uppdatering om det som var nytillkommet hos patienten. Om det inte var samma personal som arbetade på dagen som kvällen före tenderade rapporterna att ta längre tid. Någon sjuksköterska upplevde att viss information missades vid överrapporteringen från nattpersonal till dagpersonal om det inte var samma personal som hade arbetat kvällen före. En sjuksköterska upplevde att det fanns outnyttjad arbetstid på morgonen. All dagpersonal började arbeta samtidigt, men hälften fick sitta i kö och vänta upp till en kvart på att få rapport innan de kunde börja arbeta.

Några sjuksköterskor menade att överrapporteringen behövde få ta tid, särskilt om det gällde patienter med komplicerade vårdförlopp.

Har du en patient som är väldigt komplex... som är hjärtransplanterad, är det supermycket saker som vi är väldigt obekanta med och väldigt ovana vid, så tar den rapporten lång tid. Mot om vi har en standardpatient med en hjärtinfarkt som har gjort en angio och väntar på thoraxkonferens eller nånting sånt där... Så det är faktiskt patienterna som ska styra där. För jag tycker inte att en lång rapport är fel. (Intervju 2.)

Sjuksköterskorna menade att riskerna för missförstånd och för att viktig information skulle missas minskade om rapporten tilläts ta tid och utrymme gavs för frågor. En sjuksköterska poängterade dock att det var viktigt att överrapporteringen inte tog alltför lång tid, utan att man kunde komma hem från arbetet i tid.

Någon sjuksköterska efterfrågade ett SBAR-verktyg anpassat för kardiologi.

Alltså SBAR är ju ett bra system ... Det funkar ju väldigt bra, tycker jag. Men ibland så, så blir det väldigt yligt, och det kan vara lite luddigt ibland... Man skulle kunna anpassa SBAR för mer kardiologipatienter. (Intervju 3.)

Patientrelaterade förutsättningar för säker överrapportering

Sjuksköterskans behov av innehåll i överrapporteringen av patienter med hjärtkärlsjukdom

Endast några sjuksköterskor nämnde att de önskade få veta komplett namn och personnummer på patienterna vid överrapporteringen. De flesta ansåg däremot att det var viktigt att få veta inskrivningsdatum och intagningsorsak för patienten samt tidpunkt för debut av det aktuella problemet. Några sjuksköterskor önskade även få veta vilken diagnos patienten hade fått under vårdtillfället.

Sjukdomshistoria var något de flesta uttryckte en önskan om att få veta. Tidigare sjukdomar som kunde ha betydelse för vårdtillfället var viktigast, såsom diabetes, men vissa sjuksköterskor nämnde att man gärna kunde utelämna irrelevanta ingrepp såsom höftimplantat och hysterektomier som inte förväntades påverka patienten under det aktuella vårdtillfället.

Flera sjuksköterskor poängterade vikten av att få reda på relevanta aktuella händelser som förekommit under vårdtiden, t ex vad man hade gjort med patienten och vad det ledde till. En sjuksköterska påtalade att alla medicinjusteringar som gjorts under vårdtiden inte behövde nämnas, men läkemedel som antibiotika och anledningen till detta var viktigt att få reda på. Många nämnde även att patientens aktuella status var viktigt att veta. De uttryckte en önskan att få veta om vitalparametrar var stabila eller ej, och hur patienten mårde just nu i förhållande till tidigare. Någon sjuksköterska önskade få en utförligare beskrivning på hur patientens tillstånd var, för att lättare kunna jämföra senare.

Att man liksom beskriver mer än att dom poxar bra. Jamen, hur andas dom liksom? Har det ändrats? Är det rossligt? Är det blött? Är det tätt?... Så man har nånting att jämföra med, liksom. (Intervju 1.)

De flesta sjuksköterskor önskade få veta resultatet av de undersökningar och tester som patienten hade genomgått, t ex ultraljud av hjärtat, röntgen och kranskärlsröntgen. Någon uttryckte att resultatet av en undersökning kunde innehålla ett svar på varför patienten mårde som den gjorde, och att det därför var viktigt att delge undersökningsresultat.

Samtliga sjuksköterskor återkom flera gånger till vikten av att det fanns en tydlig plan för vården av patienten. Det framkom att planen måste kännas till av samtliga vårdpersonal, så att alla kunde följa den. Alla måste känna till vad som skulle göras med patienten, och vad förväntningarna var på resultatet. Särskilt viktigt var detta om patienten var instabil eller i situationer med plötslig försämring.

Jag vill veta vilken plan man har lagt upp för patienten. För det har ju stor betydelse om man liksom vet hur man ska gå vidare. Om man ska till exempel fortsätta och utreda patienten, eller om man har bestämt sig kanske för till och med att gå mot palliation istället. Så den planeringen för patienten tror jag nog är det viktiga. (Intervju 10.)

Vissa sjuksköterskor beskrev att det önskade att innehållet i överskottet i överskottet skilde sig åt beroende på vilka problem och diagnoser patienterna hade.

Det skiljer sig ju lite grann åt vilken typ av patient det är eftersom vi har alla diagnoser så klart. Kommer dom in och har hjärtinfarkt så är det ju mer fokuserat på EKG... vilka kärl som är drabbade... har dom haft några arytmier? Eller om det är en hjärtsviktpatient så är det ju mer fokuserat på eh, ja, saturationen ... om dom har det jobbigt med andningen, hur benen ser ut, lite mera runt omkring. (Intervju 7.)

Patienter med hjärtkärlsjukdom beskrevs som komplexa med olika problem som gick in i och påverkade varandra, vilket ibland upplevdes skapa bekymmer med att hålla en röd tråd genom överskottet. Några av de sökord som nämndes som viktiga att gå igenom vid en överskottet var Andning, Hjärtkärlfunktioner, Nutrition, Elimination, Hud och Infarter. Förflyttning och Omvårdnadsbehov var andra viktiga sökord som innefattade information om i vilken mån patienten kan stå och röra sig självständigt, och i hur stor utsträckning patienten kunde sköta sin personliga hygien. Hjälpmedelsbehov var ett annat viktigt sökord, som speglade vilken typ av förflyttningshjälpmedel som skulle användas för patienten.

Det är bra att man vet att patienten tas med lift så att man inte försöker något annat. Och om man tar Turner och två personal att man vet om det innan, så man använder rätt hjälpmedel. Det är jätteviktigt, speciellt för personalens ryggar. Och för patientens bästa. (Intervju 2.)

Kognitiv förmåga, Relationer, Social planering, Provsvar, Smärta, Återupplivning och Överkänslighet var också viktiga sökord som lyftes fram.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Intentionen med studien var att undersöka hur sjuksköterskor upplever att en överskottet av en patient med hjärtkärlsjukdom ska genomföras i skiftbyten, och vad rapporten ska innehålla för att en säker vård ska kunna bedrivas. Författarna ansåg att en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats var lämplig för att komma nära sanningen genom att intervjua de som har erfarenhet av fenomenet. Intervju valdes som metod framför en observationsstudie, för att få reda på sjuksköterskornas upplevelser av överskottet. Hade en observationsstudie istället valts, hade författarnas upplevelser av överskottet varit dominerande, snarare än deltagarnas upplevelser. Hällgren Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) menar att det är viktigt att tydliggöra om det är författarna eller studiedeltagarna som informationen kommer ifrån i en studie. För att analysera intervjuerna användes kvalitativ innehållsanalys som är fördelaktig när det handlar om att undersöka och förklara texter. Innehållsanalysen ansågs också lämplig då den visar på olikheter och likheter i intervjumaterialet. Eftersom författarna hade begränsad erfarenhet av kvalitativa studier valdes innehållsanalys med stöd av Hällgren Graneheim och Lundmans (2004) uttalande att innehållsanalys med fördel kan användas av mindre vana omvårdnadsforskare.

Inom kvalitativ forskning används begrepp som trovärdighet (trustworthiness), pålitlighet (dependability) och överförbarhet (transferability) för att bedöma en studies kvalitet (Hällgren Graneheim et al., 2017; Polit & Beck, 2017).

Författarnas tidigare kunskaper i ämnet som studerades kan ha spelat roll för resultatet. Då båda författarna är yrkesverksamma sjuksköterskor inom kardiologisk slutenvård sedan flera år tillbaka fanns en förförståelse för överrapportering av patienter med hjärtkärlsjukdom. Denna förförståelse väckte författarnas intresse att fördjupa sig ytterligare i ämnet. Författarna förstår värdet av en korrekt och väsentlig överrapportering kontra en bristfällig och oorganiserad överrapportering, och hur detta kan påverka patientsäkerheten. Denna förförståelse kan också ses som försvårande omständigheter då det kan innebära att författarna är mindre öppna för nya perspektiv, samt att det kan finnas en risk för att de deltar i skapandet av resultatet. En ytterligare försvårande omständighet var att författarna utförde vissa intervjuer med sjuksköterskor från sin egen arbetsplats. Författarnas farhåga var att intervjupersonerna inte skulle våga vara helt ärliga i sina svar. I de fallen tydliggjorde författarna för intervjupersonerna att det var deras egna upplevelser som skulle stå i fokus och att de skulle berätta som om författarna inte kände till arbetsplatsen. Författarna upplevde att intervjupersonerna kände sig bekväma med intervjusituationen, och detta kan enligt Polit och Beck (2017) bero på tryggheten i att känna igen den person som intervjuar. Att intervju personer från sin egen arbetsplats behöver inte ses som en negativ omständighet, då det skulle kunna vara en möjlighet till att påverka till en förbättring på arbetsplatsen. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) kan förförståelsen också ses som en tillgång genom att ny kunskap kommer fram och ger en ytterligare förståelse. Genom att använda citat i resultatredovisningen för att förtydliga deltagarnas berättelser, anser Polit och Beck (2017) att trovärdigheten i en kvalitativ studie ökar.

Pålitligheten i studien grundar sig i frågan om resultatet hade blivit detsamma om studien hade gjorts igen på samma personer och på samma sätt (Polit & Beck, 2017). Då författarna har presenterat en tydlig beskrivning av studiens tillvägagångssätt, finns det möjlighet att upprepa studien på ett liknande sätt. Däremot är det inte helt säkert att ett liknande resultat hade kunnat uppnås, då intervjupersonernas upplevelser kan förändras från en dag till en annan beroende på bl.a. vårdtyngd, personalsammansättning och lokalförändringar. Dessa är faktorer som författarna bedömer kan påverka den totala upplevelsen av en överrapportering. En annan faktor som kan inverka på pålitligheten är antalet forskare, där fler än en författare till en studie kan ge olika infallsvinklar och synpunkter på resultatet (Hällgren Graneheim et al., 2017). I denna studie har två författare ingått. Detta har givit berikande reflektioner och diskussioner i ämnet, vilka inte hade förekommit om det hade varit en ensam författare till studien.

Polit och Beck (2017) talar om olika faktorer som påverkar överförbarheten i en studie. Urvalet i studien påverkar i stor grad överförbarheten. Författarna valde ett strategiskt urval med maximal variation, och detta gjordes med hjälp av triangulering som är ett tillvägagångssätt vid urval i kvalitativa studier. Space triangulation innefattar datainsamling på olika studieenheter och med geografisk spridning, medan Person triangulation innebär urval av intervjupersoner med olika egenskaper, såsom ålder och erfarenhet. Då sjuksköterskorna i den här studien var geografiskt spridda över stora delar av Sverige och representerade både universitetssjukhus och mindre sjukhus, ökade möjligheten att täcka in många olika perspektiv. Med detta eliminerades också risken för att en enda enhets problematik skulle lyftas fram.

Sjuksköterskorna valdes även ut på ett sådant sätt att de representerade olika arbetstider på dygnet, för att undersöka om upplevelsen av överrapportering var beroende av arbetstid. Könsfördelningen av sjuksköterskorna var ojämn, då endast en man ingick i studieresultatet. Vi anser dock att detta skulle kunna vara representativt för vården, eftersom väsentligt fler kvinnor än män arbetar i vården. Dessutom var inte avsikten att undersöka genusperspektiv. Åldersspridningen av sjuksköterskorna var tillfredsställande, och anses spegla åldersspridningar på vårdavdelningar generellt i landet. Erfarenhetsfördelningen täckte in både nya och erfarna sjuksköterskor, vilket var önskvärt då författarna hade en föreställning om att upplevelsen av överrapportering kunde skilja sig åt beroende på hur lång erfarenhet sjuksköterskan hade. Hällgren Graneheim och Lundman (2004) menar att graden av överförbarhet tydliggörs med hjälp av en utförlig beskrivning av studieenheten och demografiska uppgifter rörande intervjupersonerna. De menar också att författarna till en studie kan ha en uppfattning om graden av överförbarhet, men avgränsningen ligger fortfarande hos läsaren.

Studien omfattade initialt tio intervjuer. Författarna ansåg att detta var ett rimligt antal i förhållande till studiens tidsram och omfattning, men var samtidigt medvetna om att i kvalitativa studier går det inte att på förhand avgöra hur många intervjuer som ska ingå då Polit och Beck (2017) menar att det är mättnaden av det undersökta ämnet som styr. Upplevelsen var att ämnet var mättat efter tio intervjuer då inget nytt framkom under de sista två intervjuerna. Däremot går det inte att säkert säga att inget nytt hade framkommit om fler intervjuer hade genomförts. I resultatet ingick slutligen nio intervjuer, då en intervju föll bort under pågående databearbetning på grund av att en verksamhetschef hörde av sig och önskade avbryta deltagandet. Då det fanns alltför kort tid kvar för att börja om med ytterligare rekrytering av deltagare till studien, gjordes bedömningen att det material som fanns att tillgå i övriga intervjuer var tillräckligt.

Genomförandet av intervjuerna kan ha påverkats av författarnas brist på erfarenhet som intervjuare. På grund av att erfarenheten inom intervjuteknik var sparsam valdes semistrukturerade intervjuer med en intervjuguide som stöd, vilket stöds av Polit och Beck (2017). Intervjuguiden säkerställde att samma frågor ställdes i samtliga intervjuer. Intervjuerna delades upp mellan de två författarna, och utfördes var för sig. Detta val motiverades av att det är lättare att skapa förtroende hos intervjupersonen, då de i annat fall kan uppleva att de är i numerärt underläge gentemot intervjuerna. Intervjuerna utfördes i avskilda rum utanför avdelningarna, alternativt via Skype. Författarna upplevde ingen skillnad i vare sig material eller ljudkvalitet beroende på om intervjuerna genomfördes vid personligt möte eller virtuellt. En av de inledande frågorna var hur många patienter sjuksköterskan ansvarade för under sitt arbetspass. Denna fråga valde författarna att ställa då de trodde att det kunde ha betydelse för vad sjuksköterskan önskade för omfattning på rapportinnehållet. Det visade sig dock att det inte gick att se någon tydlig koppling mellan antal patienter att ansvara för och önskvärd innehåll i rapporten. Författarna är därmed tveksamma till om frågan överhuvudtaget skulle ha ingått i intervjuguiden.

Vid transkriberingen upptäcktes ett par olika ställen där ljudkvaliteten inte var helt tillfredsställande. Det orsakade att enstaka ord var svåra att höra, men sammanhanget gjorde att budskapet ändå blev tydligt. Valet att använda subteman och teman istället för kategorier motiverar författarna med att de koder som framkom i innehållsanalysen var mycket uttrycksfulla och tydliga. Enligt Hällgren Graneheim m. fl. (2017) är det fördelaktigt att direkt formulera subteman och teman istället för kategorier, som är ett lämpligt val om man endast önskar en beskrivande nivå.

Med tematisering nås en högre abstraktionsnivå (Hällgren Graneheim et al., 2017). Morse (2008) beskriver att en innehållsanalys med tematisering innebär att kärnan genomsyrar hela datamaterialet. I den här studien upplever författarna att säker vård är en essens som visar sig på alla nivåer i innehållsanalysen, från komplett intervjutext till koder och teman.

Resultatdiskussion

Ett av de mest framträdande fynden i studien handlade om sjuksköterskans förmåga att kunna ge en trygg överlämning med ett innehåll som var relevant för situationen. Ett annat viktigt ämne som framkom var att många sjuksköterskor upplevde överrapporteringarna godtyckliga och ostrukturerade. De uttryckte ett önskemål om en tydlig struktur i överrapporteringen och en ostörd rapportmiljö.

I temat Personliga förutsättningar för säker överrapportering handlade resultatet huvudsakligen om behov och förmåga att kunna ge en trygg överlämning av patienten med hjärtkärlsjukdom. Flera av de intervjuade sjuksköterskorna arbetade på avdelningar med allmänkardiologiska patienter och inte enbart specifika avdelningar med exempelvis arytm- eller hjärtsviktsinriktning. På samtliga avdelningar som representerades framkom det att överrapporteringarna genomfördes på mycket varierande sätt, där det personliga tycket styrde innehållet och strukturen. Detta genererade många gånger att sjuksköterskorna gick från överrapporteringstillfället med en känsla av frustration och otrygghet med den information de hade fått. Samtliga sjuksköterskor i studien poängterade att en sådan överrapportering många gånger kunde vara bristfällig och då innebar en uppenbar fara för patientsäkerheten. De menade att det kunde ta lång tid innan det fanns möjlighet komplettera den muntliga rapporten med att läsa i journalen, och att det då fanns en stor risk att en patient kunde bli instabil dessförinnan. Graan, Botti, Wood och Redley (2016) påtalar att om sjuksköterskorna använde en anpassad och standardiserad överrapportering med checklista vid överlämnandet av kardiologpatienter från intensivvård till vårdavdelning, så förtydligades eventuella risker på ett överskådligt sätt. Detta gjorde att medvetenheten ökade hos sjuksköterskorna och därmed påverkades patientsäkerheten på ett positivt sätt. Det framkom från nästan alla sjuksköterskor i den här studien att en enhetlig och strukturerad överrapportering var viktig för att relevant information inte skulle missas. Författarna menar att med en struktur som innebär att överrapporteringen blir komplett finns inte behovet av att komplettera rapporten i samma utsträckning. Detta ger tidsvinster under arbetspasset, men det gör också att sjuksköterskan är bättre förberedd för en eventuell akut situation med patienten. Welsh, Flanagan och Edbright (2010) påtalar i sin artikel att en förutbestämd struktur på överrapporteringen minskar risken för att rapporten blir oorganiserad. De menar också att med ett relevant innehåll känner sig sjuksköterskorna väl förberedda och kan planera för sitt arbetspass.

Det framkom av sjuksköterskorna i den här studien att vid komplicerade patientfall skedde överrapporteringen delvis inne hos patienten för att då stämma av den medicinska utrustning som kunde vara avancerad, samt för att tillsammans bedöma utgångsläget för patienten. Det handlade om att lämna över tryggt och det gav extra utrymme för frågor om det exempelvis innebar omvårdnad som sjuksköterskan kände sig ovan vid. Överlämnandet av patienten kunde därmed ske på ett säkert sätt. Detta anser författarna alltid borde vara en naturlig del i överrapporteringen när mottagande sjuksköterska signalerar en osäkerhet över patientsituationen.

Det behöver inte nödvändigtvis handla om komplicerade patientsituationer, utan det kan också handla om att en ny sjuksköterska stöter på en vanligt förekommande behandling för första gången. I en sådan situation är det inte bara viktigt att gå igenom behandlingen i sig, utan även förväntade reaktioner och resultat samt eventuella åtgärder vid komplikationer. Detta är något som även Smeulers och Vermeulen (2016) har påvisat. De menar att en skriftlig eller muntlig rapport i en avskild miljö gärna kan följas av en avstämning inne hos patienten, framför allt vid komplicerade patientfall. Welsh m. fl. (2010) har kommit fram till att utrymme för frågor var viktigt i samband med överrapportering, både för att få svar på oklarheter och för att få ett kvitto på att man uppfattat informationen rätt. Sjuksköterskorna i den här studien menade att det var viktigt att det fick ta tid att överrapportera och att det var patienten och situationen som fick styra tidsåtgången. Graan m. fl. (2016) menar att överrapportering med ett standardiserat verktyg och med checklistor tog längre tid än om de inte användes, men att det i gengäld förbättrade patientsäkerheten. Författarna till den här studien anser att oavsett om det innebär en ökad tidsåtgång för överrapporteringen, bör inte detta bara ses som en nackdel. En eventuell ökad tid som ett strukturerat kommunikationsverktyg skulle kunna innebära kan ge en säkrare vård för patienten och en tryggare personal. Å andra sidan kan en alltför lång tidsåtgång vid överrapportering göra att sjuksköterskorna känner sig stressade över att inte kunna avsluta sitt arbetspass i tid eller att patientarbetet inte kan påbörjas i tid.

Under temat strukturella förutsättningar för säker överrapportering berörde sjuksköterskorna införande, användande och anpassning av SBAR som kommunikationsverktyg. Under intervjuerna framkom en önskan från sjuksköterskorna om att alla skulle använda SBAR som kommunikationsverktyg under överrapportering. Det fanns även ett beslut på regionnivå om att använda SBAR. En försvårande omständighet för att kunna använda det var dock att sjuksköterskorna på avdelningarna inte hade fått tillräcklig introduktion och övning i kommunikation med hjälp av SBAR. Welsh m. fl. (2010) beskriver att inför införandet av strukturerade överrapporteringar på arbetsplatsen krävs utbildning om instrumentet. För att kvalitetssäkra införandet föreslog de även att överrapporteringarna skulle utvärderas en tid efter införandet. Författarna till den här studien upplever att många av de nyutexaminerade sjuksköterskorna är väl förtroga med användandet av SBAR då detta numera ingår i grundutbildningen till sjuksköterska. Anmärkningsvärt är dock att efter en tid som kliniskt verksamma finns en tendens att de frångår denna struktur, och istället anammar de mer erfarna sjuksköterskornas tillvägagångssätt vid överrapportering. Därför är det viktigt att alla sjuksköterskor som har en äldre utbildning håller sig ajour om förändrade rutiner med tanke på handledarskap av studenter och inskolning av nyutexaminerade sjuksköterskor. Den kunskap om SBAR som nyutexaminerade sjuksköterskor har är något som avdelningarna kan och bör dra nytta av. Det är även viktigt att man på organisationsnivå ger personalen förutsättningar för fortbildning och fördjupning inom omvårdnad. Det har exempelvis framkommit under intervjuerna en önskan om scenarioträning i kommunikation. Weller m.fl. (2014) föreslår att scenarioträning i kommunikation med efterföljande diskussion och utvärdering är ett effektivt sätt att förbättra t.ex. överrapporteringar, och därigenom förbättra patientsäkerheten.

Ett annat önskemål som framkom under intervjuerna var att verktyget SBAR skulle anpassas till kardiologi för att göra det mer applicerbart till patienter med hjärtkärlsjukdomar. Detta är något som även Spooner, Aitken, Corley, Fraser och Chaboyer (2016) har kommit fram till.

Spooner m. fl. (2016) menar att mycket av den information som överrapporterades inte passade in i verktyget SBAR, men var ändå av intresse och relevans att förmedla. De påtalade därför att implementering av standardiserade överrapporteringsverktyg såsom SBAR behöver anpassas efter verksamhetens utformning och det specifika patientklientelet för att täcka in all nödvändig information. Då den studien är genomförd vid en intensivvårdsenhet med patienter från olika kliniker och med flera olika diagnoser, är det att jämföra med patienter på allmänskardiologiska avdelningar som ofta vårdar patienter med olika typer av hjärtkärlsjukdomar, men också patienter med andra diagnoser såsom stroke, KOL och infektioner, som tillfälligt är i behov av hjärtövervakning. Författarna menar att sjuksköterskor som tjänstgör på sådana avdelningar behöver en bred kunskapsbas och god insikt i hur olika sjukdomstillstånd påverkar varandra. De behöver även vara väl insatta i de symtom som olika sjukdomstillstånd kan ge, och behandlingar för dessa. Författarna anser också att överrapporteringen av dessa komplexa patienter med hjärtkärlsjukdom kan upplevas som svår att genomföra, då det krävs viss kunskap och erfarenhet för att kunna prioritera och komprimera den information som är väsentlig för att kunna ge en säker vård. Welsh m. fl. (2010) har också påtalat att det finns svårigheter i att rapportera väsentligt innehåll och i lagom mängd. De föreslår därför att varje enskild enhet identifierar och definierar vilket specifikt innehåll en rapport ska ha för att alla lättare ska kunna ge en korrekt rapport både gällande innehåll och mängd information. Detta stöds även av The Joint Commissions mål för patientsäkerhet, där ett av de formulerade målen handlar om patientsäkerhet vid överrapportering. De anser att varje enhet med fördel kan anpassa strukturen vid överrapportering till sin verksamhet (Catalano, 2006). Författarna till den här studien anser att för att överrapporteringen ska kunna vara likvärdig oavsett om sjuksköterskorna är nya eller har lång erfarenhet kan ett strukturerat kommunikationsverktyg som är anpassat till avdelningen underlätta. Med detta får alla sjuksköterskor en tydlig struktur för vad som är viktigt att ta reda på inför rapporten samt vad de ska fråga efter om det fattas information i överrapporteringen. Detta kan i sin tur minska risken för bristande patientsäkerhet.

I en av intervjuerna framkom det att mottagande sjuksköterska förväntades förstå stora delar av vårdförloppet såsom symtom och behandling genom att endast överrapportera diagnosen. Detta tror författarna skulle kunna äventyra patientsäkerheten då det kan vara så att patienten har andra sjukdomar som gör att symtombild och behandling avviker från standardförfarandet. Det ställer också höga krav på den mottagande sjuksköterskan att faktiskt veta vilken information som utelämnas. Detta är något som även lyfts fram av Smith, Pope, Goodwin och Mort (2008), där rapporterande läkare ofta använde uttryck som "mitt vanliga" och då syftade på en medicinsk standardbehandling som sjuksköterskan förväntades känna till.

Under temat strukturella förutsättningar för säker överrapportering var andra betydande diskussionsämnen miljö, arbetsredskap och rutiner vid överrapportering. Samtliga sjuksköterskor uttryckte missnöje med att den fysiska miljön inte gav möjligheter till en ostörd överrapportering. Det fanns för få avskilda lokaler att använda vid överrapportering, och många distraherande ljud såsom telefoner och larm var vanligt förekommande. Det fanns också stora brister i sekretessen i samband med överrapporteringar. Vissa upplevde även att kollegerna inte respekterade överrapporteringstillfället, utan det var vanligt att personalen störde varandra under överrapporteringen genom att komma och gå i överrapporteringsmiljön samt genom störande samtal i bakgrunden. Det förekom även avbrott i form av frågor som ställdes mitt i rapporten.

Enligt Kjellberg och Hygge (2011) är den ovan beskrivna överrapporteringsmiljön ett stort arbetsmiljöproblem som inte bara försvårar möjligheten att uppfatta vad som sägs, utan även minskar möjligheterna att memorera och tillgodogöra sig informationen. Smeulers och Vermeulen (2016) påtalar att överrapportering vid skiftbyten med fördel kan ske i en avskild miljö för att säkerställa sekretess och minimera antalet avbrott. Författarna till den här studien anser att det är en omöjlighet att bedriva en säker överrapportering när möjligheten inte ges för en avskild, ostörd miljö där sjuksköterskan kan förmedla sin information utan avbrott. Det finns dock enkla sätt att åstadkomma en förändring. Genom att låta den rapporterade sjuksköterskan tala färdigt innan frågor ställs, ökar möjligheten att få svar på frågorna innan de har behövt ställas. I annat fall passar frågorna bäst i slutet av rapporten, för att inte den rapporterade sjuksköterskan ska tappa tråden i sin informationsöverföring. Detta blir även som en slags Closed Loop Communication, där mottagande sjuksköterska får möjlighet att kontrollera om informationen har uppfattats på rätt sätt. Vidare borde det vara en självklarhet att lämna ifrån sig telefoner och sökare inför överrapportering, samt samordna med övrig personal vem som ansvarar för patientarbetet under tiden överrapporteringen pågår. Dessa är åtgärder som det ska finnas beslut och rutiner om på organisationsnivå, så att alla vet vad som gäller. Författarna menar att det ska finnas en tydlig rutin att den personal som inte deltar i överrapporteringen ska ansvara för avdelnings- och patientarbetet, och endast avbryta vid mycket viktiga ärenden. Allt annat kan vänta tills överrapporteringen är klar. Författarna upplever också att det finns ett behov att se på överrapportering med nya ögon som en viktig arbetsuppgift, som lägger grunden för resten av arbetspasset, samt för patientsäkerheten. Welsh m. fl. (2010) har också kommit fram till att överrapportering inte alltid sågs som ett viktigt moment, utan var något som sjuksköterskorna skyndsamt tog sig igenom strax innan arbetspasset avslutades. Författarna till den här studien menar att ovan nämnda förslag på förändringar tillsammans med användande av ett strukturerat överrapporteringsverktyg ökar förutsättningarna för sjuksköterskan att bedriva en säker vård av patienter med hjärtkärlsjukdom.

Många av sjuksköterskorna önskade någon form av arbetsblad att skriva anteckningar på under överrapporteringen. Några önskade en förtryckt struktur på papper, medan andra föredrog att själva sortera informationen medan de skrev. Det framkom också att det upplevdes vara en form av memorering att både höra och skriva under överrapporteringen, och därför föredrog de flesta att få ha sitt eget skrivna arbetsblad istället för att ära någon annans. Författarna upplever att det är mer patientsäkert att skriva sitt eget arbetsblad, med egna ord och på ett sätt som man är van att tolka. På så vis uppdateras den skrivna informationen för varje arbetspass, vilket minskar risken för att äldre och oväsentlig information överrapporteras. Det innebär även att varje sjuksköterska själv bär ansvar för att vara uppdaterad om patientens tillstånd och vård på varje arbetspass.

Temat patientrelaterade förutsättningar för säker överrapportering handlade främst om vad som ansågs vara relevant innehåll i överrapporteringen. Endast några få av sjuksköterskorna nämnde att en självklar inledning på överrapporteringen var att presentera patientidentiteten. Författarna anser att detta är grundläggande för att alla ska veta vem det pratas om under överrapporteringen, och för att missförstånd i form av patientförväxling ska undvikas. Det räcker inte att endast nämna patientens förnamn utan åtminstone fullständigt namn och födelseår ska finnas med i överrapporteringen (SKL, 2017). Enligt Joint Commissions mål för patientsäkerhet för 2018 ska både patientens namn och identifieringsnummer kontrolleras vid alla vårdåtgärder som rör patienten. De betonar att det inte räcker med rumsnummer eller patientlokalisering (Joint Commission, 2018).

Då sjuksköterskorna i den här studien inte uttryckligen fick frågan om patientidentitet skulle ingå eller ej i överrapporteringen, kan detta vara en orsak till att inte alla har tagit upp det som något viktigt att ha med. Det kan vara så att patientidentitet anses vara en så självklar del av innehållet i överrapporteringen att många inte brydde sig om att nämna det i intervjun. Det kan också vara så att kontroll av patientidentitet faktiskt slarvas med vid överrapporteringar, just för att det inte finns en uttalad rutin eller ordningsföljd för den information som ska ges. Om ett standardiserat verktyg, exempelvis SBAR, hade använts på rätt sätt, hade det kanske varit mer naturligt att alla börjar överrapporteringen med att nämna hela patientidentiteten, då detta är en obligatorisk uppgift att starta med när man använder SBAR. Detta är något som styrks av Graan m. fl. (2016), som i den inledande fasen av sin studie noterade att ingen kontrollerade patientidentitet i samband med patientöverlämningar. Efter införande av ett standardiserat kommunikationsverktyg kontrollerades alltid identiteten vid upprepade tillfällen i samband med överflyttningen mellan avdelningarna, och därmed ökade patientsäkerheten.

Sjukdomshistoria var viktig, men de flesta ansåg att den skulle begränsas till att innehålla relevanta sjukdomar som ansågs ha betydelse för vårdtillfället. Författarna menar att detta kan orsaka ett alltför enkelspårigt synsätt och därmed finns en risk att förlora det holistiska förhållningssätt som man som sjuksköterska förväntas ha. Men det finns också en risk att överrapporteringen tar onödigt lång tid om patientens fullständiga sjukdomshistoria alltid ska överrapporteras. Genom att endast lägga fokus på den del av patientens sjukdomshistoria som berör och påverkar det pågående vårdtillfället behålls fokus på patientens aktuella problem.

Vilka sökord som togs upp som viktiga att beröra under överrapporteringen varierade. Det som avgjorde vilka sökord som var viktiga berodde på intagningsorsak och patientens nuvarande status. Ett exempel är Smärta, som nämndes endast av en sjuksköterska som viktigt att förmedla. Författarna tror att anledningen till detta är att normalstatus av ett visst sökord vanligen inte rapporteras, då det kan anses som en oskriven regel att endast förändringar eller avvikelser i omvårdnadsstatus rapporteras och dokumenteras. Aktuella händelser och pågående medicinering samt resultat av undersökningar önskade sjuksköterskorna också få information om under överrapporteringen, men de ansåg att det inte var nödvändigt att alltid rapportera alla medicinjusteringar som har gjorts under vårdtiden, särskilt inte om vårdtillfället hade varit långt. Författarna menar att journalen finns som ett arbetsredskap att tillgå, och bör användas för att fördjupa sig ytterligare i patientens vårdtillfälle. Författarna vill också poängtera att det är viktigt att komma ihåg att det som är relevant information ena dagen, kan vara historia ett par dagar senare och då inte ha samma relevans. Därför är det viktigt att inte glömma att planera överrapporteringen, samt uppdatera och redigera innehållet enligt SBAR till nästa överrapporteringstillfälle.

Samtliga sjuksköterskor som intervjuades lyfte fram vikten av att det fanns en tydlig plan med preciserade behandlingsmål för patienten, och att dessa skulle förmedlas under överrapporteringen. Många påtalade att detta dock ofta saknades i informationen, vilket kunde äventyra patientsäkerheten framför allt om patienten plötsligt försämrades. I sådana situationer var det extra viktigt att man hade fått information om plan, mål och rekommendationer, så att man slapp lägga onödigt tid på att leta i journalen efter detta.

Samma problematik lyfter även Spooner m. fl. (2016) fram i sin studie, där sjuksköterskor på en intensivvårdsenhet ofta utelämnade information om behandlingsmål, plan för patienten samt rekommendationer för nästa arbetspass. Avsaknad av sådan information vid överrapporteringen kunde leda till misstag som äventyrade patientsäkerheten. Detta är något som även Graan m. fl. (2016) har kommit fram till. Författarnas tanke kring detta problem är att det kan botten i dålig kommunikation och otydlighet mellan läkare och sjuksköterska vid ronder. En annan anledning kan vara att informationen finns i läkarens daganteckning, men att diktatet inte har hunnit skrivas och därmed inte finns tillgängligt i journalen. Konsekvenserna av en outtalad plan för patienten skulle kunna leda till fördröjning av korrekta åtgärder. Finns det däremot en tydlig plan för patienten, är det lättare för sjuksköterskan att uppmärksamma och direkt utan dröjsmål åtgärda eventuella förändringar och problem hos patienten.

Slutsats

Inom hjärtsjukvården finns behov av att använda ett strukturerat kommunikationsverktyg vid överrapportering, och detta skulle kunna leda till att sjuksköterskor rapporterar på ett enhetligt sätt. Förslagsvis skulle ett SBAR-verktyg som är anpassat till kardiologi behöva utvecklas och anpassas till den enskilda verksamheten. Det finns också behov av att öva på överrapporteringssituationer för att kunna komprimera information och endast överrapportera det mest relevanta om patienter med hjärtkärlsjukdomar. Överrapporteringsmiljön ska vara ostörd och avskild, och varje arbetsplats behöver tydliga rutiner att följa gällande vem som ansvarar för patienter, larm och telefoner under pågående överrapportering. Alla dessa faktorer krävs för att sjuksköterskan efter en överrapportering vid skiftbyten ska kunna bedriva en säker vård för patienter på en kardiologisk vårdavdelning.

Klinisk tillämpbarhet

Studiens resultat skulle förslagsvis kunna ligga till grund för fortsatt utveckling av ett strukturerat och kardiologianpassat kommunikationsverktyg som kan användas vid överrapporteringar i skiftbyten. Studiens resultat skulle vidare kunna vara till hjälp för att utarbeta tydliga rutiner i verksamheten gällande överrapporteringsmiljö och fördelning av arbetsuppgifter och ansvar under pågående överrapportering. En av de inkluderade studieenheter har efterfrågat möjligheten att få använda studieresultatet som underlag för fortsatt förbättringsarbete för överrapporteringar. Denna studie kan även väcka intresse för vidare forskning om hur en strukturerad och enhetlig överrapportering i skiftbyten inverkar på andra överrapporteringar, såsom ronder, förflyttningar mellan avdelningar och sjukhus, samt till kommunala vårdaktörer.

REFERENSER

Beckett, C.D., & Kipnis, G. (2009). Collaborative communication: Integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for Healthcare Quality, 31*(5). 19-28

Bergqvist Månsson, S. (2016). *Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-var_d_2016.pdf

Catalano, K. (2006). JCAHO's National patient safety goals 2006. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 21*(1), 6-11. doi: 10.1016/j.jopan.2005.11.005

Cornell, P., Townsend-Gervis, M., Yates, L., & Vardaman, M.J. (2013). Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *The Journal of Nursing Administration, 43*(7/8), 422-428. doi: 10.1097/NNA.0b013e.31829d6303

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 143-153). Lund: Studentlitteratur AB

Graan, S.M., Botti, M., Wood, B., & Redley, B. (2016). Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian Critical Care, 29*, 165-171. doi: 10.1016/j.aucc.2015.09.002

Haddleton, E. (2016a). Teamarbete och kommunikation: Crew Resource Management. I *Vårdhandboken*. Hämtad 28 november, 2017, från http://www.var_dhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Crew-Resource-Management-CRM/

Haddleton, E. (2016b). Teamarbete och kommunikation: Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation - SBAR. I *Vårdhandboken*. Hämtad 28 november, 2017, från http://www.var_dhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Situation-Bakgrund-Aktuell-bedomning-Rekommendation---SBAR/

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

Hällgren Graneheim, U., 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.2007.06.002

Kjellberg, A., & Hygge, S. (2011). Ljudmiljöns betydelse för klassrummet som lärmiljö. I M. Jensen (Red.), *Lärandets grunder: teorier och perspektiv* (ss. 153-166). Lund: Studentlitteratur AB

Kommunikation. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 19 november, 2017, från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/kommunikation>

Kommunikation. (2015). I *Svenska Akademiens ordbok*. Hämtad 19 november, 2017, från <https://svenska.se/saol/?id=1495138&pz=7>

Kommunikation. (2009). I *Svensk Ordbok*. Hämtad 19 november, 2017, från <https://svenska.se/so/?id=26325&pz=7>

Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur AB

Morse, J.M. (2008). Confusing categories and themes. *Qualitative Health Research*, 18(6), 727-728. Hämtad från <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732308314930>

O'Rourke, J., Abraham, J., Riesenber, L.A., Matson, J., & Lopez, K.D. (In press). A delphi study to identify the core components of nurse to nurse handoff. doi: 10.1111/jan.13565

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rapport. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 24 november, 2017, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/rapport>

Rapport. (1956). I *Svenska Akademiens Ordbok*. Hämtad 24 november, 2017, från <https://www.saob.se/artikel/?seek=rapport&pz=2>

Rosén, P. (2014). *Kommunikationsbrister i vården* (IVO, 2014-29). Hämtad från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2014/kommunikationsbrister-i-varden.pdf>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 26 januari, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 24 november, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Skift. (1971). I *Svenska Akademiens Ordbok*. Hämtad 19 mars, 2018, från https://www.saob.se/artikel/?unik=S_03891-0047.sOh6&pz=3

Smeulders, M., & Vermeulen, H. (2016). Best of both worlds: combining evidence with local context to develop a nursing shift handover blueprint. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(6), 749-757. doi: 10.1093/intqhc/mzw101

Smith, A.F., Pope, C., Goodwin, D., & Mort, M. (2008). Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *British Journal of Anaesthesia*, 101(3), 332-337. doi: 10.1093/bja/aen168

Socialstyrelsen. (2014). Förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/forslag-till-nationell-strategi-patientsakerhet.pdf>

Socialstyrelsen. (2017a). Om *patientsäkerhet*. Hämtad 24 november, 2017. från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet>

Socialstyrelsen. (2017b). *Kommunikation och informationsöverföring*. Hämtad 21 november, 2017, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/kommunikation-och-informationshantering>

Spooner, A.J., Aitken, L.M., Corley, A., Fraser, J.F., & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 165-172. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.006

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Hämtad från: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Kommunikation mellan vårdpersonal*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (978-91-85060-10-8). Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2017a). *Strukturerad kommunikation minskar riskerna i vården, SBAR*. Hämtad 29 oktober, 2017, från <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarforkommunikation.748.html>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2017b). *Skador i vården, 2013-2016: På nationell, regional- och landstingsnivå* (Markörbaserad journalgranskning, nr. 7). Hämtad från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-487-8.pdf?issuusl=ignore>

The Joint Commission. (2018). *National Patient Safety Goals Effective January 2018*. Hämtad 14 mars, 2018, från https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_HAP_Jan2018.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

Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*. 90, 149-154. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-131168

Welsh, C. A., Flanagan, M.E., & Ebright, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58(3), 148-154. doi: 10.1016/j.outlook.2009.10.005

World Medical Association. (2017). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 9 oktober, 2017, från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Öhrn, A. (2013). Säker vård. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (ss. 181-215). Lund: Studentlitteratur AB

INTERVJUGUIDE

Demografiska data

Ålder, kön, antal år som sjuksköterska, antal år inom kardiologi, typ av tjänst (ex. dag/natt), typ av hjärtpatienter på avdelningen, antal patienter att ansvara för.

Säker vård

Vad behöver du som sjuksköterska veta i rapporten för att kunna ge en säker vård av den hjärtsjuka patienten?

- *personuppgifter*
- *sökord*
- *ordningsföljd*
- *undersökningar*
- *labvärden*
- *lång- och kortsiktiga mål/planering*

Rapportmiljö

Hur upplever du överrapporteringssituationen mellan olika arbetsskift idag?

- *innehåll*
- *kommunikationsverktyg (muntlig, skriftlig, bedside,)*
- *rapportmiljö*
- *tidsaspekt (total rapport)*
- *Finns det något i överrapporteringssituationen som du skulle vilja förändra?*

Avslutning

Vill du lägga till någonting?

Stockholm 2017-XX-XX

BREV TILL INTERVJUPERSONER

Hej!

Vi heter Martina Andersson och Sandra Palmkvist och är sjuksköterskor på avdelning XX, Sjukhus XX. Vi studerar specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning hjärtsjukvård vid Sophiahemmet Högskola. I vårt självständiga arbete, omfattande 15 hp, har vi valt att studera sjuksköterskors upplevelser om överrapporteringar vid skiftbyten inom hjärtsjukvården.

För att kunna ge en säker vård krävs ett strukturerat kommunikationsverktyg vid överrapportering. Patienter med hjärtkärlsjukdom har ofta symtom som är svåra att tolka. Många har en komplex sjukdomsbild med faktorer som påverkar varandra och gör vårdandet till en balansgång. Området hjärtkärlsjukdom täcker dessutom in många olika sjukdomar, vilket medför att sjuksköterskan behöver ha en bred kunskap om patienter med hjärtkärlsjukdom. För att skapa en säker vård kring dessa patienter är det viktigt att det finns rutiner som alla kan följa, och att få ta emot en strukturerad rapport i en lugn miljö lägger grunden för sjuksköterskans arbete med patienten. Det finns forskning som berör överrapporteringar i akuta situationer, men i icke akuta sammanhang såsom skiftbyten finns det fortfarande kunskapsluckor. Därför kommer en intervjustudie genomföras om sjuksköterskors upplevelser i skiftbyten av att överrapportera en patient med hjärtkärlsjukdom.

Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskor upplever att en överrapportering av en patient med hjärtkärlsjukdom ska genomföras i skiftbyten, och vad rapporten ska innehålla för att en säker vård ska kunna bedrivas.

Vi vänder oss till dig för att vi önskar få ta del av dina erfarenheter och åsikter i egenskap av sjuksköterska på en vårdavdelning för hjärtkärlsjukdomar. Vi vill därför tillfråga dig om du vill delta i en intervjustudie. Intervjun sker under december 2017 - januari 2018 och beräknas ta ca 45-60 minuter. Intervjun kommer att ske under arbetstid. Platsen kommer i vissa fall att vara i anslutning till arbetsplatsen, och annars via Skype. Intervjun kommer att spelas in och ljudfilen sparas, för att sedan förstöras när den inte längre behövs. Intervjumaterialet behandlas konfidentiellt och endast intervjuare och handledare kommer att ta del av materialet. I resultatredovisningen kommer ingen enskild person kunna identifieras. Studien är helt frivillig och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Med vänliga hälsningar

Martina Andersson och Sandra Palmkvist

SVARSTALONG

Samtycke:

JA, jag ger mitt samtycke till att delta i studien, såsom den beskrivits ovan. Jag samtycker även till att mina personuppgifter hanteras enligt personuppgiftslagen (PUL 1998:204). Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är helt frivilligt, och att jag när som helst under studiens gång kan avbryta mitt deltagande utan någon förklaring.

NEJ, jag vill inte delta i studien.

Namn

Ort och datum

Namnförtydligande