

**ÖVERRAPPORTERING AV PATIENTER MELLAN AMBULANS OCH
AKUTMOTTAGNING**
En litteraturstudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning ambulanssjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng Avancerad nivå
Examinationsdatum: 20190411
Kurs: HT 12

Författare:
Christer Holmlund

Handledare:
Anders Rüter

Examinator:
Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Sverige ligger i framkant inom prehospital sjukvård med goda resurser för att kunna ge adekvat vård genom denna del av vårdkedjan. Sjuksköterskan skall besitta kunskap och utföra bedömning, rådgivning, prioritering samt åtgärder på plats under sjuktransport och överlämnande till mottagande slutenvård. Överrapporteringen består av tre delar, ett fysiskt, verbalt och skriftligt överlämnande.

Syftet var att beskriva betydelsen av överrapportering mellan ambulanssjuksköterska till sjuksköterska på akutmottagning.

Litteraturstudie valdes som metod. Artikelsökningen genomfördes i databaserna PubMed och Cinahl samt genom manuellsökning. Totalt inkluderades tio vetenskapliga artiklar i resultatet. Artiklarna var både kvalitativa och kvantitativa.

Resultatet redovisas två kategorier som framkom under dataanalyser: *Vad som kan underlätta överrapportering* och *Vad som kan komplicera överrapporteringen*. I dessa kategorier framkommer det bland annat att samarbete underlättar överrapportering samt de som kan komplicera överrapporteringen kan bland annat vara stress och tidspress.

Slutsatsen var att samarbete är en stor faktor till att överrapporteringarna skall uppnå hög kvalitet. En annan faktor är att utveckla tekniska hjälpmedel för att undvika informationsbortfall eller missuppfattad information. Detta säkerställer kvalitén på överrapporteringarna mellan ambulanspersonal och akutmottagningens personal.

Nyckelord: Akutmottagning, ambulans, överlämning, överrapportering.

ABSTRACT

Sweden is at the forefront of pre-hospital healthcare with good resources to provide adequate care through this part of the care chain. Nurses must possess knowledge and carry out assessments, counselling, prioritization and on-the-spot actions during sickness and delivery to the receiving department. The handover process includes reporting that consists of three parts, a physical, verbal and written submission.

The aim of this literature review was to describe the importance of handover-reporting from the ambulance nurse to the nurse at the emergency department.

Literature study was chosen as a method. The article search was carried out in the databases PubMed and Cinahl as well as through manual search. In total, ten scientific articles were included in the result. The articles were both qualitative and quantitative.

The result was presented in two categories that emerged during data analysis: Issues that can facilitate the handover report and Issues that can complicate the handover report. In these categories it emerges, among other things, that collaboration facilitates over-reporting and those who can complicate the over-reporting can include stress and time pressure.

The conclusion was that cooperation is a major factor maintaining high quality reports. There is a need to develop technical tools to avoid information loss or misunderstood information. This ensures the quality of the over-reports between transport nurse and emergency staff.

Keywords: Ambulance, emergency reception, handover, over-reporting.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Utveckling av ambulanssjukvård.....	2
Vem är Ambulanssjuksköterskan?.....	2
Lagstiftning	2
Bedömning samt omhändertagande	3
Akutmottagningen.....	4
Överrapportering.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	7
Val av metod.....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Dataanalys	8
RESULTAT	12
Vad som komplicerar överrapporteringen	9
Vad som kan underlätta överrapporteringen.....	13
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion.....	16
SLUTSATS	19
Klinisk tillämpbarhet.....	19
REFERENSER	20
BILAGA A. Bedömningsunderlag	25
BILAGA B. Artikelmatris	26

INLEDNING

Dagens moderna sjukvård innefattar många hjälpmedel som kan ge mycket bra information till den prehospitalt arbetande sjuksköterskan. Detta kan innebära avancerad medicinteknisk utrustning och medicinska riktlinjer, det innebär även olika projekt som pågår inom hälso-och sjukvården som bidrar till ett bra omhändertagande av patient inom den slutna vården. Sverige ligger i framkant inom prehospitäl sjukvård, med goda resurser för att kunna ge adekvat vård genom denna del av vårdkedjan. Med nya metoder för att arbeta och utveckla den prehospitala vården kan det ge ny kunskap för personal som arbetar inom den verksamheten och utveckla den prehospitala vården genom evidens för personal.

Den inledande kontakten med patienterna uppkommer som regel via ett telefonsamtal till larmcentralen som bedömer patientens behov av ambulanstransport. Bedömningen sker med hjälp av ett medicinskt index som ger stöd för att göra rätt bedömning utifrån händelse.

I dagens avancerade datateknik ges många möjligheter till att dela med sig av den patientkontakt som sker inom den prehospitala vården. Detta ger akutmottagningen goda möjligheter att följa ambulansuppdragen i realtid och larmcentralens indexering kan ses samt den patientinformation som läggs in löpande i journalen. Överrapporteringen från ambulans till akutmottagning kan därmed underlättas med hjälpmedel som sköter dokumenteringen så akutmottagning kan läsa journalen innan transporten anländer genom att vara förberedd på patientens tillstånd och bakgrund

Intresset för överrapporteringar har under den senaste tiden ökat genom att myndigheter, utbildningssamordnare, forskare, politiker och sjukvårdspersonal insett att metoder och modeller för överrapportering skiljer sig åt och utgör en potentiell säkerhetsrisk.

Inom sjukvården är det många fall av vårdskador som inträffar. Dessa vårdskador ser olika ut, vissa är mer dramatiska och har större påföljder än andra. Det alla vårdskador har gemensamt är att de skulle kunna undvikas genom tydligare kommunikation. Den största bidragande faktorn till skador som drabbar patienten är bristande muntlig och skriftlig kommunikation mellan vårdpersonal. Det viktiga är att patientens vidare behandling av vård tillgodoses och behandlas på rätt sätt och därmed skall information överföras på ett korrekt sätt mellan vårdpersonal. (Socialstyrelsen, 2008).

Patientsäkerhet är ett stort område inom vården och framförallt när det gäller överrapporteringar mellan olika avdelningar för att patienten skall få den rätta behandlingen samt vidare behandling på andra vårdenheter om så behövs. Överrapporteringar inom sjukvården sker i olika miljöer och även bland olika yrkesgrupper (LeBlanc, 2009).

BAKGRUND

Sjukvården definieras lika som vissa andra stora industrier som en högriskmiljö eftersom personal inom sjukvården arbetar med människor, livskvalité och säkerhet i känsliga och riskfyllda situationer (Reason, 2004).

I frågor om systematisk säkerhet så berörs den mänskliga faktorn till stor del. Den mänskliga faktorn kan låta som negativt begrepp då den är inblandad i ett system med riskfaktorer. Likaväl som det kan vändas till negativt kan det vändas till positivt då man kan se det som en styrka och en tillgång (Reason, 2004).

Utveckling av ambulanssjukvård

I slutet på sextiotalet beslutades att de tidigare sjuktransporterna skulle administreras av vårdgivaren samt krav på utbildning infördes (Gårdelöv, 2009). Sveriges utveckling av ambulanssjukvården från transport till avancerad prehospital sjukvård har även ökat utbildningskravet från tre till sju veckors utbildning till fyra år högskoleutbildning, det har tagit många år av utveckling för att säkerställa en adekvat kunskapsnivå. (Hjälte, Suserud, Herlitz & Karlberg, 2007).

Enligt Suserud, (2005) betecknas ambulanssjukvården som slutenvårdens förlängda arm till patienten med akut vårdbehov, utvecklingen har medfört mer avancerade behandlingar som inneburit högre krav på den prehospitala personalens kompetens.

Vem är Ambulanssjuksköterskan?

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2009:10) ambulanssjukvård är att möta patienter i alla åldrar inom hälso- och sjukvården på olika vårdenheter. Sjuksköterskan skall besitta kunskap och utföra bedömning, rådgivning, prioritering samt åtgärder på plats samt under sjuktransport och överlämnande till mottagande slutenvård. Specialistsjuksköterska är en skyddad yrkestitel och får enbart användas om man avlagt examen i ambulanssjukvård vid högskola eller universitet, vilket framgår i den svenska författningen svensk författningssamling (SFS 2010:659).

Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) anser att ambulanssjuksköterskans arbete är komplext då åtgärder som medicinska, kirurgiska, ortopediska tillstånd är något som kan uppstå inom ambulanssjukvård. Vid olika situationer som kan uppstå är det av stor vikt att sjuksköterskan har förmågan att leva sig in i en situation och bistå med förståelse och en öppenhet inför en situation. Olika situationer kan bidra till att personer kan uppträda på olika sätt där vissa kan visa på ett lugn och andra kan uppträda förvirrat och allmänt irriterade (Suserud och Svensson, 2009).

Ambulanssjuksköterskan utför bedömningar som innebär snabba beslut, som exempelvis kan ske under stress och korta beslutstaganden. Enligt Sofianopoulos, Williams & Archer (2012) är det en vardag som oftast förekommer inom arbetet. Under vårdtiden med ambulanssjuksköterskan görs kontinuerliga bedömningar utifrån patientens vitalparametrar och anamnes, för att kunna avgöra vem som behöver bli undersökt och behandlad först av läkare på akutmottagningen (Lennquist, 2007). Formell kunskap är enligt Ellström (1997) och Wren (2001) den akademiska kunskap som kommer genom skolans utbildning. För att kunna utöva ett yrke krävs ett visst antal akademiska år men den formella kunskapen är inte ensamt tillräcklig för ett yrkesutövande.

Lagstiftning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) skall hälsa främjas på lika villkor, och enskilda individer skall respekteras och ges utrymme för medbestämmande med bibehållen

integritet. Vården ska utarbetas i samråd med patienten, det kan bidra till en bättre kvalitetshöjande effekt om överrapportering sker genom muntlig och skriftlig rapportering. En bristfällig sådan kan komma påverka patienten genom hela den kommande vårdkedjan (HSL 1982:763).

I enlighet med HSL ingår även en ändamålsenlig transportorganisation (ambulanssjukvård), detta innebär att vården i ambulans ska vara av god kvalitet, god hygien samt vara lättillgänglig för patienten och tillgodose dennes behov och integritet (HSL 1982:763).

SOSFS (2009:10) definition av ambulans är ett transportmedel som är utrustat för sjuka och skadade. Vårdgivaren ansvarar för att ambulansverksamheten kan bedrivas på ett ändamålsenligt och säkert sätt, samt förse ambulansen med utrustning som används i prehospital sjukvård för ambulanspersonalen upprättande/utförande av att bidra med medicinsk kunskap. Det kan innebära att hjälpa personen med att stabilisera olika vitala funktioner såsom luftvägar, stoppa blödningar och svårare skador.

Socialstyrelsen kräver av vårdgivaren att verksam personal inom ambulanssjukvård innehar kompetens att bedriva prehospital sjukvård, att vårdteamet har behörighet att administrera läkemedel samt att framföra och utföra ambulanstransporter på ett patientsäkert sätt (SOSFS 2009:10).

Bedömning och omhändertagande

I triageringsverktyget Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS) speglas både patientens sjukdomshistoria, Emergency Symptoms and Signs (ESS) samt vitalparametrar (VP). Sjukdomshistorien kan bestämmas av cirka 40 ESS. Standard VP i RETTTS som kontrolleras är puls, blodtryck, saturation, andningsfrekvens, temperatur och vakenhetsgrad (Widgren, 2012). Den sammanvägda statusen på patienten är en direkt utvärdering av ESS och VP vilket ger en triagefärg som kan vara röd, orange, gul, grön och blå. Röd innebär akut omhändertagande relaterat till aktuella livshotande tillstånd varpå färger i fallande skala bedöms ha lägre medicinsk risk och kan vänta innan bedömning görs av läkare (Göransson, Eldh & Jansson, 2008).

Ett koncept som används för bedömning av patienten är där följande parametrar bedöms; A: airway, B: breathing, C: circulation, D: disability, E: exposure. Genom att systematiskt arbeta sig från A-E kan en ökad kvalitet finnas i behandlingen. ABCDE konceptet är en av de mest använda metoderna gällande strukturerat omhändertagande inom akutsjukvård (Hammond & Zimmermann, 2013).

Enligt Bodén och Claesson, (2009) skapas en bra och följsam struktur med ABCDE-konceptet, detta minskar även risken för att information uteblir under överrapporteringen. Vidare tar författarna upp hur strukturen i rapporten bör se ut, bekräftad identitet uppgifter om patientens namn och personnummer. Avlämnande enhet ger inblick i sjukdomshistoria, nuvarande tillstånd och aktuella symtom, samt vidtagna åtgärder som varit aktuella under den prehospitala vårdtiden. Patientinformation larmas in vid instabila vitala funktioner, varpå snabbare omhändertagande i vårdkedjan kan etableras hos mottagande enhet.

Wireklint Sundström och Dahlberg (2011) beskriver vikten av att ambulanssjuksköterskan är anpassningsbar och har ett öppet förhållningssätt till patienten.

Genom detta kan säkrare beslut fattas kring patientens situation samt felaktig behandling undvikas och risken för att information kring patienten gå förlorad vid överföring till sjuksköterskan på akutmottagningen. Genom att förmedla att det finns tid, kan ambulanspersonalen få patienten att prata då de förstår att personal lyssnar. Genom att vara två i ambulansen skapas fördelen av ett samarbete att greppa hela situationen och tillsammans vårda patienten. Detta skall ses som styrkor som ambulanssjukvården kan bidra med (Wireklint Sundström & Dahlberg, 2011).

Akutmottagning

Enligt Wikström (2006) är akutmottagningens vårdmiljö till skillnad från övriga sjukhusets avdelningar alltid under ständig förändring då alla typer av patientkategorier passerar. Arbetsbelastningen är varierande olika tider på dygnet där helgkvällar är överrepresenterade i antalet patienter. Antalet patienter kan på en kort stund öka i antal vilket innebär att den ansvariga sjuksköterskan får i uppgift att göra en ny prioritering med långa väntetider som följd. Turordningen till vem som får träffa en läkare först, kan då efter en ny prioritering ändras. Detta kan i vissa fall leda till irritation bland både patienter och anhöriga (Wikström, 2006).

Stress

När personal jobbar inom akutsjukvård har de oftast hög arbetsbelastning och många kritiskt sjuka patienter. Detta påverkar människor på olika sätt mer eller mindre. Vissa personer hanterar stress bättre än andra (LeBlanc, 2009). Det finns en modell som illustrerar hur stress kan påverka människor som kallas för ”stresskonen”. Stresskonen utgör förhållandet mellan att handla i olika situationer och vart de befinner sig i denna stresskon. Ju lägre ner de är i stresskonen desto mer stressad är de som individ. Detta kan leda till irritation som då leder till fler avvikelser och negativ spiraleffekt (Sharp, 2012).

Det finns studier som förklarar stress som subjektivt (LeBlanc, MacDonald, McArthur, King och Lepine, 2005; LeBlanc, 2009; Abualrub, 2004). I studien av Abualrub, (2004) visar det sig att hög stress påverkar prestationsförmågan oavsett om det är låg eller hög stress. I studierna av (LeBlanc, 2005; LeBlanc, 2009) visar det sig att arbetsmiljön påverkas mycket av stress. Akutmottagningen och den miljö som ambulanspersonalen vistas i kan anses vara extremt på många sätt; miljöerna är bullriga, och avbrott i arbetet är vanligt och stressnivåerna är ofta höga. Dyliga arbetsmiljöer har i studier visats ha en personligt varierande men påtaglig effekt på prestationsförmågan. Exempelvis påverkas humör, arbetsminne och allmän känsla av kontroll över sin situation (LeBlanc, 2009).

Patientsäkerhet

Enligt Socialstyrelsen (2008) drabbades cirka 100 000 patienter av vårdskador inom den svenska hälso- och sjukvården. Patienter som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården ska kunna känna sig trygga, vilket gör att säkerhet som parameter ger ett mått på kvalitet. Genom att systematiskt verka genom riskanalyser, avvikelshantering och analysera tidigare tillbud ges möjligheten till förbättrad patientsäkerhet hela tiden. Genom att dela patientsäkerhetsbegreppet i tre delar kan man påverka genom förbättrade rutiner, att konsekvenser kan uppstå utifrån nytta/ risk i behandlingar samt utifrån hälso- och sjukvårdens uppbyggnad och struktur (Socialstyrelsen, 2004).

Atack och Maher (2010) studie inom patientsäkerhet i den prehospitala miljön visar att en stor del av de misstag som begås har sin grund i att sjukvårdspersonalen tar fel beslut angående diagnos och därmed behandling. I den prehospitala vården som den är idag kommer fler och fler styrdokument och mallar, dessa dokument kan bidra till att patientsäkerheten påverkas eftersom de inte är applicerbara på alla patienter. Sjuksköterskorna behöver träna på sina kliniska färdigheter för att kunna fatta rätt beslut angående behandling och diagnos vilket skulle öka patientsäkerheten (Atack & Maher 2010).

Patientsäkerhet är ett av sjuksköterskans sex kärnkomponenter, de sex kärnkomponenterna är: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och information (Leksell & Lepp 2013). Legitimerad sjuksköterska ska ha handlingsberedskap för att kunna förebygga att patienter drabbas eller riskerar att drabbas av vårdskada genom att arbeta patientsäkert och följa regelverk. Legitimerad sjuksköterska ska vara riskmedveten och arbeta proaktivt genom att identifiera risker och rapportera negativa händelser. Vidare beakta patientens rättigheter, integritet och självbestämmande i säkerhetsarbetet (Sherwood & Barnsteiner, 2013).

Överrapportering

Överrapportering är en, för patienten, viktig process. Denna sker mellan vårdgivare, avdelningar, personal som arbetar skift och mellan många olika yrkesgrupper (Foster & Manser, 2011). Enligt Bruce och Suserud, (2003) består överrapporteringen av tre delar, ett fysiskt, verbalt och skriftligt överlämnade. Denna överrapportering skall bidra till en holistisk bild av patienten som skall bidra till att skapa lugn och förtroende. Den optimala överrapporteringen bör ha stort patientfokus med lättidentifierade problem som formuleras på ett enkelt sätt. Den ideala överrapporteringen bör vara patientfokuserad med identifierbara problem klart formulerade. Mottagande enhet har då lättare att se situationens helhet vilket skapar optimalt förtroende mellan lämnade och mottagande enheter. Det skapar en trygghet för patienten i den pågående processen (Bruce och Suserud, 2003).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall hälsa främjas på lika villkor, och enskilda individer skall respekteras och ges utrymme för medbestämmande med bibehållen integritet. Vården ska utarbetas i samråd med patienten. Problem vid överrapportering kan uppkomma när det är en komplex situation eller situation av patienten, det kan innebära situationer som när patienter har diffusa symptom eller när patienten inte tycks vara i behov av sjukvårdsinsatser. Vid dessa förhållanden finns risk för mindre engagemang för patienten både från den prehospitala samt den slutna vården vid en överrapportering (Bruce och Suserud, 2003).

Bruce och Suserud, (2003) menar att uppkomst av oro och onödigt patientlidande kan minskas om det är så att prehospitala arbetshypoteser och undersökningar kan fastställas på ett säkert sätt och inte på felaktigt sätt inom den prehospitala vården. Primära prehospitala arbetshypoteser som sätts av utlarmaren som är från 112 Samhällets olycksfalls- och säkerhetstjänst (SOS) och en operatör på patienters medicinska status kan bidra med att patientens medicinska status kan finnas med i den efterföljande vården som ges till patienter under det aktuella vårdtillfället. Detta medför att tidiga bedömningar och upplysningar lätt blir sanningar och blir svåra att omvärdera då förförståelse redan har upprättats av personal.

Kommunikation

Inom akutsjukvård handlar det om att kommunicera på ett strukturerat sätt. Överrapporteringarna handlar inte bara om struktur och innehåll utan även kommunikationen. Överrapporteringarna lämnas på olika sätt, ibland muntligt ibland skriftligt men oftast en blandning av båda (Bhabra, Mackeith, Montero, & Pothier, 2007).

Överrapporteringarna med olika metoder som tidigare nämnts om de är muntlig skriftlig eller båda kan resultera i att viktig information kan ”ramla mellan stolarna” som tydligt påvisats. Enligt Bhabra et al. (2007) observerades fall som överrapporterades fem gånger med olika metoder. Dessa olika grupper som använde sig av olika metoder visa på stor skillnad på vilken metod som användes. Studien visar på behovet av minnesstödjande hjälpmedel vid överrapporteringar då vår förmåga att förlita oss till minnet inte fungerar emellanåt (Bhabra et al., 2007).

Kommunikation är viktig för en patientsäker vård, en av förutsättningarna är bland annat utveckling och användandet av ett gemensamt språk i vården (Bost, Crilly, Wallis, Patterson & Chaboyer, 2010). Den muntliga kommunikationen är inte alltid lika lätt då överrapporteringarna skall ske snabbt och man ska veta vad som är viktigast att ge för patientsäkerheten. Möjligheten till skriftlig överrapportering finns inte alltid då transporterna kan vara mycket kort eller att patienten är kritiskt sjuk och har inte tiden till att skriva utan måste vårda patienten. Vid skriftliga överrapporteringar försvinner lite av det kroppsspråk och mimik man kan ge vid en muntlig överrapportering (Dean, 2012).

Det finns utmaningar inom kommunikationen då det finns skillnader i språk, kultur, kön, hierarkisk status eller religiös tillhörighet då dessa skillnader är återkommande i sjukvårdens vardag (Arnold & Underman Boggs, 2010). Bristande kommunikation i vården mellan personalen är ofta förekommande. Enligt Joint Commission (2006) gjordes en undersökning i USA där det visade sig att 60 % av avvikelser kom in just på bristande kommunikation bland vårdpersonalen. Inom vården är det kommunikationen som är A och O då man kommunicerar med olika yrkesgrupper, patienter och även anhöriga dagligen. De olika yrkesgrupperna kan delvis vara läkare, arbetsterapeuter, dietister, sjukgymnaster, kuratorer eller sjuksköterskor. Detta är speciellt viktigt då vissa patienter inte kan föra sin egen talan. (Socialstyrelsen, 2008).

PROBLEMFORMULERING

För att synliggöra vikten av överrapportering av patient mellan prehospitala vården och slutna vården så är det av stor vikt att studera betydelsen av överrapportering för att kunna minimera risken för att felaktiga uppgifter lämnas kring patienten. Att synliggöra överrapportering kan i sin tur bidra till att skapa bättre förutsättningar kring den information som berör patienten. Därav är det av stor vikt att studera vikten av överrapportering kring patienten mellan ambulanssjuksköterskan och akutsjuksköterskan. Studier visar på att det krävs ett stort behov av en strukturerad överlämning från ambulans till akutpersonal. Kunskap saknas om vad som upplevs som komplikationer och vad som upplevs som underlättande vid överlämningen från ambulans till akutmottagning. För att öka patientsäkerheten är det därför viktigt att vidare undersöka vad ambulanssjuksköterskor anser är av betydelse vid överrapportering.

SYFTE

Syftet var att beskriva betydelsen av överrapporteringen mellan ambulanssjuksköterska till sjuksköterska på akutmottagningen.

METOD

Val av metod

Författaren till denna litteraturstudie har valt att göra en litteraturstudie för att skapa en bild av det aktuella kunskapsläget. En allmän litteraturstudie beskriver kunskapsläget genom sökning och sammanställning av tidigare forskning. Metoden valdes utifrån sammanställda resultat av tidigare forskning som besvarade studiens syfte (Forsberg & Wengström, 2016; Polit & Beck, 2017). Litteraturstudier utgörs av ett systematiskt arbete där alla steg i arbetet redovisas på ett systematiskt sätt. I en litteraturöversikt kan det framkomma intressant kunskap som leder till nya infallsvinklar till ny kunskap vilket i sin tur kan skapa nya intressanta områden som kan behöva efterforskas vidare. (Polit & Beck, 2012).

Studien utfördes i olika steg; eftersöka, granska och sammanställa artiklar. Litteraturöversikten har genomförts enligt Friberg (2012) utifrån att författaren systematiskt har sökt, kritiskt granskat, analyserat samt sammanställt vetenskapliga originalartiklar inom det valda ämnesområdet.

Urval

Inklusion och exklusionskriterier

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara publicerade mellan år 2004-2014, vetenskapligt granskade (peer-reviewed) och skrivna på engelska. Artiklarna skulle inkludera sjuksköterskor, vara av minst medelhög eller hög nivå, utifrån en granskningsmall, samt inneha etiskt tillstånd. Översiktsartiklar och artiklar som inte var primärkällor exkluderades i enlighet med Karlsson (2012).

Urvalskriterier och sökningen av artiklar i en litteraturöversikt bör ske efter de kriterier som passar för studien och dess upplägg. Inklusionskriterier och exklusionskriterier väljs efter det syfte som studien avser att besvara som författaren valt ut (Rosén, 2012).

Enligt Friberg (2012) har inklusions och exklusionskriterier betydelse för urvalet av artiklar för att syftet bättre skall kunna besvaras.

Datainsamling

I litteraturöversikten har databaser såsom Cinahl och PubMed, som enligt Polit och Beck (2012) är databaser som är ledande inom publicering av omvårdnadsforskning använts. Dessa databaser har i huvudsak använts för att söka vetenskapliga artiklar, dock har avsteg skett då det visat sig att underlaget inte besvarar syftet i studien.

En MeSH-term är ett begrepp som motsvarar ett flertal ord inom samma område och används för att få ett mer specifikt resultat vid artikelsökning (Polit & Beck 2012). Därav har MeSH-termer för valt omvårdnadsområde legat till grund för sökningarna i de olika databaserna. För att uppnå syftet användes sökord som ambulances, emergency department, handover, paramedics och handoff.

Alla sökord kommer kombineras med AND och OR så kallad booleska termer för bättre resultat. Det innebär att sökningen i databasen utökas, de används för att kombinera (AND) och/eller utesluta (NOT) ord (Polit & Beck 2012). Litteratursökningar redovisas i tabell 1 och 2. Två litteraturartiklar identifierades genom manuella sökningar i andra referenslistor och är därmed inte med i tabellerna.

Tabell 1. Redovisning av artikelsökning i Cinahl.

Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
20180823	Handover AND Ambulances	28	10	5	0
20180823	Handoff AND Ambulances	4	4	3	1
20190408	Handover AND Emergency department	39	10	4	1
20190408	Handover AND Ambulances	18	7	3	1

Tabell 2. Redovisning av artikelsökning i Pubmed.

Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
20180823	"Handover"AND "Ambulances"	23	7	5	3
20180823	"Handoff" AND "Ambulances"	13	8	6	4
20190408	"Handoff" AND "Paramedics"	24	10	4	1

Databearbetning

De artiklar som ansågs relevanta lästes abstrakt för att senare se om artikeln passade in på syftet och granskades. Totalt inkluderades 13 artiklar som sammanställdes i en matris (Bilaga 2) för att få en översikt över artiklarna genom att beskriva syfte, resultat samt kvalitet på artikeln.

Författaren av uppsatsen granskade artiklarna enskilt och noggrant och därefter sammanställdes artiklarna och värderingen på artiklarna. Bearbetningen av de vetenskapliga artiklarna har genomförts med Sophiahemmet högskolas eget bedömningsunderlag som är modifierat utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) samt Willman et al. (2011), bilaga 1.

Dataanalys

Vid dataanalysen har författaren till föreliggande arbete inspirerats utifrån Fribergs (2012) analysprocess samt Kristensson (2014). Genom att först läsa igenom artiklarna flera gånger blev de lättare att få en förståelse av helheten. Sedan sammanfattades artiklarna i en kortare egenskriven text för att lättare hantera mängden av artiklar.

Dessa artiklar redovisades sedan i artikelmatrisen där syftet, metoden och resultatet beskrivs (Bilaga 2). Därefter identifierades likheter och olikheter för att sedan bygga upp resultatet genom olika kategorier.

Forskningsetiska överväganden

I Helgesson (2015) definieras forskningsetik enligt "systematisk analys och reflektion kring etiska problem som uppstår i samband med forskning" (Helgesson, 2015). I processen med en litteraturöversikt kan det vara av vikt att ha ett etiskt förhållningssätt till det område som studeras. Alla studier med deltagande av människor skall ha genomgått en prövning av en etisk kommitté där syftet är att borga för den forskning som bedrivs att den hanteras med deltagarnas medgivande. Studierna har ett etiskt godkännande och ges möjlighet när som helst att avbryta sitt deltagande i studien utan att ange orsak (Helgesson, 2015).

Författaren har under arbetets gång undvikit att plagiera, förfalska eller fabricera. Med fabricering innebär det att forskaren presenterar resultat som inte finns, förfalskning innebär att forskaren ändrar på data för att få ett bättre resultat. Plagiering innebär att författaren presenterar andras forskning under sitt eget namn (Helgesson, 2015). Vetenskapsrådet (2011) beskriver att dessa principer inte enbart är viktiga för personerna som är med i originalstudierna utan även för att värna om god forskningssed.

RESULTAT

I resultatdelen i denna litteraturöversikt ingår det 13 vetenskapliga artiklar som är baserad på både kvalitativa och kvantitativa studier. Resultatet är uppdelat i två kategorier; Vad som kan underlätta överrapporteringen och Vad som kan komplicera överrapporteringen.

Ett flertal artiklar berör vikten av en väl fungerande kommunikation vid överrapportering mellan ambulans och akutmottagning. Dels för att den viktigaste informationen bör komma fram först och dels för att i vissa fall kan inte patienten själv uttrycka sig eller kommunicera (Bruce & Suserud 2005; Yong 2008; Evans 2010; Carter 2009; Talbot & Bleetman 2007; Dyrholm Siemensen 2012; Patterson 2004)

Vad som komplicerar överrapporteringen

Studier visar att kvalitén på överrapporteringarna är viktigt för att undvika missförstånd. Arbetsmiljön i förhållandevis till överrapporteringarna är viktig som exempelvis arbetsbelastningen på akutmottagningen kan påverka överrapporteringarna negativt. Ett tydligt språk och aktivt lyssnande är viktigt i överrapporteringarna (Owen 2009; Bruce & Suserud, 2005; Bost 2011; Murray 2012; Talbot & Bleetman 2007; Jenkin 2007 Carter 2009; Dyrholm Siemsen 2012).

Enligt Owen, Hemmings och Brown, (2009) visade studien att personalen på akutmottagningen upplevde att det fanns brister i själva ledarskapet, terminologin och tankar vid rapporteringarna, som tyder på svårigheter av överrapporteringarna och informationen.

Förståelse över patientens vårdbehov är mycket viktig då det är det enda underlaget som finns gällande patienten, därför är kvalitén mycket viktig så ingen information missas eller misstolkas. Eftersom det då är svårt att få en helhetsbild av patienten. Detta är svårast med patienter som har diffusa problem eller patienter som inte är kritiskt sjuka och som inte är i behov av avancerad vård (Bruce & Suserud, 2005).

I vissa fall var det svårt för ambulanspersonalen att dokumentera och få till en bra rapport då vissa fall kan vara svåra, till exempel patienter med psykisk ohälsa och sociala problem som till exempel patienter som lever i misär, eller patienter som har ett försämrat allmäntillstånd. Resultatet av Bruce och Suserud (2005) studie visade att ambulanspersonalen inte var lika intresserade att dokumentera och därför blev rapporten otillräcklig både skriftlig och muntlig vid överrapportering och akutmottagningens personal fick inte svar på deras eventuella frågor om patienten. Ibland tyckte akutmottagningens personal att ambulanspersonalen uppfattade patienten felaktigt eller själva händelsen på grund av fördomar och ställdes då en felaktig diagnos istället för att gå på symtom och patientens anamnes, detta ledde då till patienten fick en längre vårdtid och blev därmed lidande som kunde undvikits med ett vanligt rapportformulär (Bruce & Suserud, 2005).

I en studie av Bost, Crilly, Patterson och Chaboyer (2011) har forskarna undersökt hur arbetsbelastningen påverkar personalen både på mottagningen och ambulanspersonalen. Hög arbetsbelastning och köbildning leder till att personalen inte hinner med sig och får då hoppa över måltider och koncentrationen blir då sämre och trötthet uppstår. Även alla överrapporteringar som sker mellan dessa vårdenheter ökar arbetsbelastningen och stressen som ligger under en viss tidspress, även larm som inkommer av ambulanspersonalen ökar arbetsbelastningen då de innehåller rapporter om patientens tillstånd (Bruce & Suserud, 2005).

I studien av Bost et al. (2011) tar de upp olika faktorer som påverkar arbetsbelastningen och stressen hos dessa vårdenheter. En faktor var brist på resurser som gjorde så att patienterna på akutmottagningen fick ligga kvar en längre tid då de inte fanns personal på andra avdelningar och därmed fick ligga kvar fast de var klara för förflyttning. Detta ökade stressen hos personalen då inkommande patienter också drabbades (Bost et al., 2011).

I studierna av Bruce och Suserud, (2005) och Jenkin, Abelson-Mitchell, och Cooper, (2007) skriver de om patienter integritet och privat information. Detta anses som ett problem då denna information lätt kan överrapporteras i miljöer där andra patienter, anhöriga eller personal som inte tillhör denne patient, som kan höra allt som sägs, till exempel i korridorer.

En faktor som ofta komplicerade överrapporteringen var att rapporterna från ambulanspersonal till akutmottagning ofta måste upprepas då olika yrkesgrupper inte var delaktig vid överrapporteringen eller att mottagaren till överrapporteringen inte lyssnade tillräckligt noga och behövdes förtydligas (Bost et al., 2011; Owen et al., 2009). Enligt Owen et al., (2009) studie förklaras "Chinese Whisper" som kan uppkomma vid splittrad rapport då upprepningar gjordes. Med det menas det att viktig information kunde missas eller ändras. Författarna menar att detta kunde undvikas om ett team av olika professioner mottog rapporten tillsammans och fick samma information samtidigt och minskade missförstånd och frågor (Owen et al., 2009). I en annan studie av Dyrholm Siemsen et al. (2012) upplevde också upprepningen av rapporterna som ett problem.

Som i Bost et al. (2011) studie beskriver de att även patienterna drabbades av detta så de fick ett rum tilldelat i förväg innan rapporten hade rapporterats och fick därmed beskriva händelsen och symtomen till många olika personer istället för att fråga ambulanspersonalen som har all information och finns alldeles intill.

I två studier framkom det att samarbetet försvårades (Owen et al. 2009; Bruce & Suserud, 2005). I Owen et al. (2009) studie beskriver de att ambulanspersonalen rapporterar till ett team med olika professioner och beskrev sin frustration över att ibland inte få med all information som i nuläget inte är relevant men som möjligtvis skulle vara nödvändig i senare skede som till exempel patienters hemmiljö eller skademekanismer.

Språket i överrapporteringarna kan vara en stor faktor till att överrapporteringarna kan misstolkas eller viktig information missas. Det är mycket viktigt att de som ingår i överrapporteringen ska använda sig av samma språk och terminologi för att risken för missförstånd skall minimeras och vården för patienten ska bli säkrare (Dyrholm Siemsen et al., 2012; Owen et al., 2009).

I en annan studie som är gjord i Storbritannien visade det sig att 74 procent av deltagarna som var med i studien hade lärt sig hur överrapporteringarna mellan ambulans till akutmottagning skulle gå till genom att observera sina kollegor (Jenkin et al., 2007).

I studien av Carter, Davis, Evans och Cone (2009) ansåg de att eftersom ambulanspersonalen har begränsad tid till att dokumentera om patienten prehospitalt så ambulanspersonalen förlitade sig på minnet till överrapporteringen till akutmottagnings personal i många fall. Detta kan resultera i att viktig information inte nås fram till akutmottagnings personal vilket kan få stora konsekvenser och risker för patientens vidare vård på akutmottagningen. Eftersom ambulanspersonalen rapporterar muntligt om patienten innan akutmottagningen får den skriftliga dokumenteringen som också kan leda till missförstånd i den skriftliga dokumentationen (Evans et al., 2010b).

I en studie av Murray, Crouch och Ainsworth-Smith, (2012) granskade man 100 ambulansjournaler som handlade om patienter som transporterats direkt till traumasalen som varit med om ett trauma som trafikolycka eller ett högt fall med akutmottagnings journaler som handlade om samma patienter. Forskarna i studien granskade dessa journaler och hittade 26 procent av journalerna med olikheter. Dessa olikheter var bland annat ändringar eller information som tagits bort. När patienten kommer in i traumasalen är det lätt att personalen börjar arbeta med patienten och glömmer lyssna till rapporteringen av ambulanspersonalen (Murray et al. 2012). I studien av Yong, Dent och Weiland (2008) så var det knappt hälften av personalen på akutmottagningen som använde sig av ambulanspersonalens dokumentation vidare i patientens vårdtillfälle.

Jenkin et al. (2007) visar i sin studie att ambulanspersonalen som kommer in med patient till traumarummet har svårt att veta vilken av personalen på akutmottagningen som bär det officiella ansvaret att ta emot rapporten, då det är många närvarande inne i traumarummet. Om det rätta vårdlaget inte är närvarande under överrapporteringen av patienten så kommer den mottagande medarbetaren få rapportera detta till rätt vårdlag. Enligt Owen et al. (2009) menar med att förlänga denna process till rapportering är det lätt att information missas eller förvanskades.

I Carter et al. (2009) och Owen et al. (2009) studie upplevde ambulanspersonalen att personalen inte lyssnade på deras överrapportering utan började arbeta med patienten direkt och sen när ambulanspersonalen var klar med rapporteringen så bad akutmottagnings personal att upprepa informationen då de arbetat med patienten och inte lyssnat.

Detta ledde till att information missades och ambulanspersonalen kände sig ignorerad vid rapporteringen. Därför valde vissa ur ambulanspersonalen att rapportera före de överlämnade patienten till traumasalen. Här uppgav akutmottagningens personal att de var väl medvetna om att de inte alltid var mottaglig för en rapport då de till skillnad från ambulanspersonalen har flera patienter samtidigt och som krävde uppmärksamhet och därför inte lyssnat koncentrerat på överrapporteringen. Med denna splittring av uppmärksamhet menade Talbot och Bleetman (2007) att detta kunde leda till stora informationsbortfall.

I de flesta fallen överrapporterar ambulanspersonalen till akutmottagningsköterskan men ibland rapporterades patienten till ett helt vårdteam med olika professioner så alla får samma information av ambulanspersonalen och minimera risken för missförstånd (Bruce och Suserud, 2005).

Carter, Davis, Evans och Cone (2009) visade att av överrapportering gällande traumafall från ambulanspersonalen till traumateamet var det endast 72,9 procent av den muntliga överrapporteringen som fördes in i patientens journal. Detta kan bero på att överrapporteringen är muntlig och det är svårt att höra allt och missförstånd kan uppstå. Den vanligaste informationen som rapporterades vid dessa fall var skademekanismer, skadan på patienten och patientens ålder. Även patientens vitala parametrar dokumenterades bara i hälften av fallen som andningsfrekvens, puls, blodtryck och medvetandegrad. 49 av 96 stycken av traumafallen rapporterades patientens hjärtfrekvens in i journalen. Akutmottagningens personal visade en signifikant tendens till att prioritera annan viktig information vid larm som till exempel social status på larm med lägre prioritet än larm med högre prioritet som var mer kritiska (Yong et al., 2008).

I studien av Carter et al. (2009) undersöktes det också hur personalen upplever överrapporteringarna mellan ambulanspersonal till akutmottagningens personal. Det upplevdes olika från akutmottagningens personal och ambulansens personal. Ambulanspersonalen upplevde det mer positivitet gällande att leverera en kvalitativ rapport än vad personalen på akutmottagningen upplevde var att ta emot denna rapport. Anledningen till att detta upplevdes var att ambulanspersonalen har mer tid att sammanställa rapporten på akutmottagningen på egen dator, medan akutmottagningens personal har lite tid att ta emot rapporten och sedan dokumentera detta. Detta kunde vara en teori för vad anledningen kunde vara (Carter et al., 2009).

Evans et al. (2010) fann i sin studie att det var mycket som inte blev dokumenterat i patientens journal gällande vitala parametrar och symtom. Endast två tredjedelar av informationen som ambulanspersonalen förmedlade till traumarummet blev dokumenterat och bara hälften av symtomen och parametrarna blev dokumenterad. Ännu lägre blev siffrorna när det kom till normalstatusfynd som blev rapporterade av ambulanspersonalen.

I studien av Bruce och Suserud (2005) framkommer att det var viktigt att lyssna och ta emot rapport från ambulanspersonalen då vissa fall kan vara att patienten inte kan kommunicera själv med olika professioner på akutmottagningen på grund av att patienten kan vara förvirrad, talar annat språk, kritiskt sjuk eller har sänkt medvetande. Därför blir akutmottagningsjuksköterskan extra beroende av ambulanspersonalens rapportering då denna rapport var det enda underlaget som de kan gå på. Vidare i studien av Bruce och Suserud, (2005) framkommer det i resultatet att ambulanspersonal och akutmottagningens personal har man stort ansvar över patienten och dennes vidare vård.

Därför är överrapporteringarna mycket viktiga för den sakens skull och inte bara för att personalen i sig ska överföra information till sig själva, utan att det ska finnas en dokumenterad journal för patientens skull (Bruce och Suserud, 2005). De har även ansvar över överflyttning av patienten som till exempel från ambulansens bår till en brits på akutmottagningen (Dyrholm Siemensen 2012; Patterson, Roth, Woods, Chow & Gomes, 2004).

Vad som kan underlätta överrapporteringen

Vid överrapportering av patienter från ambulanspersonal till akutmottagning var det viktigt att ha en positiv inställning och en bra kommunikation som akutmottagningspersonal då det är ambulansen som är det största vittnet till olycksplatsen och hemmiljöer. Det är ambulansen som i första hand transporterar patienter som varit olycksdrabbad eller som blivit svårt sjuk. Därför ska kommunikationen vara väl fungerande mellan ambulans och akuten. Ibland kan det hända att patienten själv inte kan kommunicera av olika skäl och då är det bara ambulansen som är tillgängligt vittne på platsen och därför kan ambulanspersonalen besitta en oersättlig information som inte kan nås på annat sätt och med det stärka patientens vidare vård (Bruce och Suserud, 2005).

Överrapporteringarna kunde underlättas om enkla åtgärder utfördes såsom prata i normal samtalston, minimera störningsmoment, ett bra samarbete och en lugn arbetsmiljö (Dyrholm Siemensen 2012; Patterson 2004). Manser 2010; Evans 2010).

En organisation som är säker och är uppbyggd med struktur, tydliga procedurer och god arbetsbelastning är viktigt för både patienter och anställda. Detta kan ha god effekt när det kommer till överrapportering och dess kvalitet (Dyrholm Siemensen et al., 2012; Patterson et al., 2004).

Dyrholm Siemensen et al. (2012) framhöll att överrapporteringarna var mer eller mindre svåra att rapportera. De lättaste överrapporteringarna var de patienter med tydliga skador eller sjukdomar, exempelvis benbrott eller luxation. Det är viktigt att informera patienten vid överlämnandet vad som kommer att hända och vad som händer just nu. Det ska vara en lugn och trygg miljö för att få en så patientsäker överrapportering som möjligt. För att möjliggöra denna lugna miljö kunde vissa saker åtgärdas enkelt. Till exempel att sätta telefonen och sökaren på ljudlöst, använda tysta arbets skor och prata i en normal samtalston (Dyrholm Siemensen et al., 2012).

I studien av Evans et al. (2010) framkom det att kvalitetssäkra informationen som överrapporterades av ambulanspersonalen var det viktigt att minimera de störningsmoment som var enkel att åtgärda. I studierna av Patterson et al. (2004) som Dyrholm Siemensen, (2012) beskriver de arbetsmiljön inne på en akutmottagning där mycket personer befinner sig är det viktigt att veta vilken personal man vill identifiera genom att leta efter namn, yrkestitel och vilket ansvarsområde. Detta kunde underlättas lätt genom att personalen bär namnskylt med yrkestitel och namn. En överrapportering som både är muntlig och skriftlig visar sig vara den mest kvalitetssäkra metoden inom vården av patienten enligt Talbot och Bleetman (2007).

Enligt Dyrholm Siemensen et al., (2012) och Patterson et al. (2004) resultat visade att om personalen på akutmottagningen och ambulanspersonalen fick jobba parallellt efter överlämning av rapport skulle detta öka kvalitén på rapporteringen och därmed minska stressen och fick ett bättre samarbete till varandra genom detta och minimera missförstånd och viktig information.

I studien av Jenkin et al., (2007) ansågs både sjuksköterskor och läkare att få överskiktningen upprepad kunde ha stor betydelse för att få en inblick i patientens tillstånd samt om information missats första gången finns det en chans till att få reda på viktig information och detaljer. Med denna metod kunde ambulanspersonalen stanna kvar som resurs även fast rapporten redan överlämnats.

I en studie av Manser, Foster, Gisin, Jaekel, och Ummenhofer (2010) framgår det att om vårdteamet har en bra stämning vid överskiktningarna så ökade kvalitén på överskiktningarna som förbättrade prestationen och även patienterna fick en mer positiv känsla och upplevelse av behandlingen och därmed mer kommunikativ till vårdteamet. Detta styrks i studien av Dyrholm Siemsen et al. (2012) som beskriver att lagkänslan betyder mycket på arbetsplatsen, att känna att samarbetsförmågan mellan ambulans och akutmottagningens personal fungerar. Att få samarbetet att fungera bättre mellan dessa kan övningar och utbildningar göras tillsammans för att visa varandra respekt och aktivt lyssnande (Dyrholm Siemsen et al., 2012).

I Dyrholm Siemsen et al. (2012) studie framkom det att kommunicera "face to face" var viktigt då informationen blir mer detaljrik och mindre risk att viktig information skall missas. I Evans et al. (2010) studie beskriver de att självförtroende är viktigt att ha när man lämnar rapport både för ambulanspersonal och akutmottagningens personal. Även aktivt lyssnande är väldigt viktigt för den som tar emot rapporten. Patterson et al. (2004) beskriver en metod som kallas "closed loop" som innebär att man upprepar de motparten säger så man visar att man uppfattat informationen, detta görs för att öka säkerheten och undvika missförstånd. För att detta skulle fungera så innebär det att den som tog emot rapporten var aktivt deltagande och lyssnade och sedan fick en gemensam förståelse av patienten och överskiktningen. Denna "closed loop" metoden lämnade även utrymme för lyssnaren att kunna ställa frågor om något var oklart eller diskutera vissa behandlingar som borde göras eller rekommendationer (Manser et al., 2010; Patterson et al., 2004).

Yong et al. (2008) visar i sin observations- och enkätstudie att 67 procent av den personal som blivit tillfrågad på akutmottagningen om uppfattningen av överskiktningarna har någon form av viktig information missats.

Enligt Bruce och Suserud (2005) kunde man se på avvikelserapporter och anmälningar att kommunikation under överskiktningarna visade sig vara en faktor till problem och olika incidenter på mottagningen. När de väl gällde att larret kom till ambulansen och det ansågs vara kritiskt så skickades ett förlarm till akutmottagningen som syftade till att förvarna akutmottagningens personal att en kritiskt sjuk patient är på väg in, och då ges en anamnes från ambulanspersonalen till akutmottagningen som innehöll bland annat patientens personnummer, vad som hänt, hur patienten mår just nu och vilka åtgärder som gjorts och vad som skulle behövas vid ankomst till akuta rummet eller traumarummet. Exempel på kritiskt sjuka patienter kan vara olika, exempelvis andningsproblem, trauman som trafikolyckor eller stora blödningar (Bruce och Suserud, 2005). Användning av förlarm var omtyckt i en studie av Evans et al. (2010b) av alla yrkesgrupper och ansåg detta som positivt.

I en studie av Evans, Murray, Patrick, Fitzgerald, Smith och Cameron (2010a) visar resultatet att olika elektroniska hjälpmedel som till exempel diktering underlättade för ambulanspersonalen att dokumentera då de har svårt att få händerna fria till att skriva och dokumentera eftersom de också ska vårda patienten in till sjukhuset. Detta skulle kunna användas i traumarummet eller akuta rummet vid överskiktning.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som valdes var en litteraturstudie. En annan metod som kunde ha gett svar på syftet var intervjustudie eftersom syftet var att undersöka personers upplevelser eller erfarenheter, vilket är vanligt vid kvalitativa metoder (Polit och Beck, 2012). Men eftersom författaren till föreliggande syfte ville sammanställa forskning kring detta område valdes litteraturstudie som metod.

Den här litteraturstudien är baserad på tio artiklar. Majoriteten av artiklarna innefattar ambulanspersonal och akutmottagningspersonal, då det är dessa vårdenheter som oftast vårdar och överflyttar svårt sjuka patienter. Denna litteraturstudie innehåller både kvalitativa och kvantitativa studier. Artiklarna är utförda i olika länder som England, Australien, Canada, Danmark och USA. Artiklar valdes från olika länder för att få ett så brett resultat som möjligt, även fast likheter fanns mellan artiklarna så är dessa faktorer just avsett för lokala förhållanden och då inte aktuell för att överföra. Även fast dessa faktorer inte är aktuell att överföra så kan vissa faktorer observeras och användas av lokala förhållanden. Etiska aspekter låg till grund för detta, ett exempel är kommunikationen, trots olika språk och geografi så finns det likheter mellan studierna.

Sökningarna till denna litteraturstudie begränsades mellan åren 2004 till 2014 då arbetet startade och den aktuella forskningen ville tas fram. Två artiklar hittades från andra litteraturstudier genom manuella sökningar som var liknande litteraturstudier som denna, därav inkluderades i resultatet eftersom dessa studier passade in på syftet bra och fortfarande relevant fakta. Databaserna som valdes att användas var PubMed och Cinahl då dessa är mest inriktade på omvårdnadsforskning (Polit och Beck, 2012) vilket gav ökade möjligheter att finna relevant forskning och därmed gjorde litteraturstudien mer trovärdig. Dock visade denna sökningen på Cinahl många dubletter och artiklar som inte passade in till syftet av denna litteraturstudie, på grund av detta valdes bara en artikel därifrån.

Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades då både upplevelser och statistik valdes att ta med i litteraturstudien för att få ett brett resultat.

En styrka med denna litteraturstudie är att alla artiklar har kvalitetsbedömts, analyserats, bearbetats och granskats noggrant. En svaghet med denna studie är att i sökningarna så fanns det vetenskapliga artiklar där fulltext inte var tillgänglig och dessa artiklar framstår som intressanta och därmed kunde viss forskning inte bidra till studien. Tillräckligt med vetenskapliga artiklar hittades ändå, så det prioriterades bort att försöka få fram dessa artiklar på annat sätt.

För att öka trovärdigheten till denna studie användes artiklar som var Peer-reviewed som innebär att de är vetenskapligt granskade. Sökningarna formades så information om överrapportering från ambulanspersonal till akutmottagningens personal hittades. Enligt Friberg (2012) så ska artiklarna vara vetenskapliga och valet av studier skall göras med ett kritiskt förhållningssätt.

Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har valts att användas i resultatet för att både få fram upplevelser och statistik av resultatet och få en bred bild av problemområdet i studien. Detta valdes också att göras för att få en större förståelse till varför och hur riskerna uppstår inom problemområdet och olika svårigheter som uppstår.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva betydelsen av överrapporteringen mellan ambulanssjuksköterska till sjuksköterska på akutmottagningen. Samtliga artiklar i resultatet (Bost et al., 2011; Bruce och Suserud 2005; Carter et al., 2009; Dyrholm Siemsen et al., 2012; Evans et al., 2010a; Evans et al., 2010b; Manser et al., 2010; Owen et al., 2009; Patterson et al., 2004; Talbot & Bleetman, 2007; Yong et al., 2008 och Jenkin et al., 2007) visar att kommunikationen har en stor betydelse när det gäller överrapportering mellan ambulanspersonal till akutmottagning. Även i dessa studier framkommer det att kvalitén på överrapporteringarna har en stor betydelse i både mottagande och överlämnande av rapport.

I denna litteraturstudie låg fokuset på överrapportering mellan ambulans och akutmottagning av sjuka och kritiskt sjuka patienter. Som ambulanspersonal ställs det höga krav då överrapporteringen skall vara så kort som möjligt men samtidigt så detaljrik att ingen information missas. Dessa krav gör det svårare för ambulanspersonalen att framföra en god överrapportering med ett bra innehåll.

Enligt Heinrichs, et al. (2012) är strukturerad kommunikation en fördel så att överrapporteringarna fick en bra kvalitet i den muntliga rapporteringen. Även här menar Heinrichs, et al. (2012) att fokuset ligger på vad som gör överrapporteringen bättre och sämre gällande mottagandet och den som rapporterar.

Även Arnold och Underman Boggs, (2010) tog upp att kommunikationen är viktig i överrapporteringar men att det fanns utmaningar inom kommunikationen då det finns skillnader i språk, kultur, kön, hierarkisk status eller religiös tillhörighet då dessa skillnader är återkommande i sjukvårdens vardag.

Enligt författarens tolkning är det skillnad på arbetsmiljö och uppgifter när det gäller ambulanspersonal och akutmottagningspersonal, men ändå skall de kunna samarbeta och förstå varandras uppgifter. Ambulanspersonal tjänstgör långa pass, åtta till tio timmar och ibland dygnspass på 24 timmar, ibland med sömn och ibland utan. Så de jobbar både psykiskt och fysiskt. Det kan bli larm till många olika platser och i olika väderförhållande.

Akutmottagningens personal arbetar i en annan sorts miljö med mycket ljud och mycket olika uppgifter att göra. De har ett stort ansvar över patienterna och bestämmer över vilka patienter som kräver det största behovet av vård just då, vilka resurser som krävs för att behandla patienten och vilken vård de kräver. Deras uppgift är också att prioritera patienter som kommer in med ambulans. På akutmottagningen blir arbetsbelastningen fort hög då ingen gräns finns för hur många patienter som kan tas emot. Det finns inte möjlighet till att veta hur många patienter som kräver vård just idag då akuten inte är en avdelning utan en mottagning för alla. Både personal på ambulansen och akuten kan därför behöva skjuta på matraster och toalettbesök då det inte finns tid avsett för detta för personalen som jobbar inom akutsjukvård och inte kan planera vad som kommer att hända. När arbetsbelastningen är hög kan man inte gå undan och ta en paus utan detta leder till ett ökat stressmoment och personal kan tappa koncentrationen och svårigheter till samarbete kan uppkomma (Bost et al., 2011; Bruce och Suserud, 2005).

Enligt studien av Patterson et al. (2004) beskriver de att det fanns risker med att samarbeta med andra yrkesgrupper då dessa yrkesgrupper ses en mycket kort stund under en hög arbetsbelastning samtidigt som överrapporteringen skall ske kort men ändå vara detaljrik och ge kritisk information om en patient som kommer in som behöver snabb vård. Avvikelse är något som ofta kan inkomma och handlar just om överrapporteringar. Detta kan bero på att det ej byggts in något säkerhetssystem som omgärdar överrapporteringarna (Socialstyrelsen, 2008).

Författarens tolkning är att det inte går att jämföra överrapporteringarna som sker inne på akutmottagningen och rapporteringarna inne på traumarummet där patienten ligger för att bli behandlad omgående då detta är kritiskt. Med detta innebär det att man borde utveckla olika hjälpmedel för att undvika vårdskador som beror på bristande kommunikation (Bruce och Suserud, 2005).

Inom forskning fick de fram att det har en stor betydelse på prognosen hur fort patienten får behandling och en diagnos på sjukdomen eller skadan. Vissa patienter som ambulanspersonalen transporterar in till sjukhuset är själva och ej kommunikativ, detta blev extra svårt för ambulanspersonalen att hantera (Bruce och Suserud, 2005).

I studierna Bruce och Suserud (2005) och Evans et al. (2010) beskrev de att förlarm som kommer in till akutmottagningen när det är en kritiskt sjuk patient som behöver omedelbar vård kommer med transport visar sig ha en positiv inverkan på den överrapportering som kommer in för då kan personalen på akutmottagningen börja förbereda personal och resurser samt hinna med att ta fram hjälpmedel. Detta ökar kvalitén på vården och det gör även ambulanspersonalens arbete smidigare då akutpersonal möter upp i ambulanshallen och hjälper till med patienten redan vid förflyttningen. I förlarmet så ringer ambulanspersonalen som sitter bak med patienten och rapporterar det viktigaste som personalen på akutmottagningen bör veta vid omhändertagandet, och det betyder att den informationen kommer rapporteras två gånger då det framkommer i förlarmet och senare i överrapporteringen när patienten kommer till akuten. Då ambulansen kan ha en transport som ligger och väntar efter denna patient så har förlarmet en viktig funktion så det spar tid för rapportering och väntande personal på akutmottagningen för omhändertagandet av patienten.

Inom akutsjukvård och ambulansyrket så upplever man ofta en stress både inom arbetsmiljö och arbetsbelastning. Denna stress påverkar arbetet och sätter hinder för kommunikationen att den ska fungera bra. Kommunikationen är viktig för överrapporteringarna och dess kvalitet. I studierna av Dyrholm Siemsen et al. (2012), Manser et al. (2010) och Patterson et al. (2004) menade att utveckling och samarbete med dessa yrkesgrupper kan förbättra kommunikationen trots hög arbetsbelastning och stress då träning ger färdighet och man måste öva på att arbeta i stressade situationer tillsammans för att sedan handla därefter. Här får man också en bild av hur de olika yrkesgrupperna jobbar och därmed en förståelse för ambulanspersonalens behov av utrymme för överrapporteringarna. Samma gäller för akutmottagningens behov av att göra andra akuta ärenden när rapporten skall mottas. Dessa författare anser då att det skulle minska stressen och spänningen mellan yrkesgrupperna och att missförstånd i kommunikationen skulle minska om de tränade tillsammans på detta.

När det sker kritiska händelser och information om patienten måste tas fram fort och när många är inblandad så gäller det att använda sig av gemensam terminologi så att alla förstår vad som menas och kan ta ställning till olika saker (Owen et al. 2009; Bruce och Suserud, 2005).

Som tidigare beskrivits är akutmottagningen en mottagning dit flertalet patienter kommer med sina problem och därmed blir arbetsbelastningen mycket hög och svår att planera då det inte finns tillräckligt med personal som täcker upp för alla patienter och dess arbetsuppgifter och då blir det stressrelaterat. I studien av Wikström (2006) är akutmottagningens vårdmiljö till skillnad från övriga sjukhusets avdelningar alltid under ständig förändring då alla typer av patientkategorier passerar. Arbetsbelastningen är varierande olika tider på dygnet där helgkvällar är överrepresenterade i antalet patienter. Om dessa yrkesgrupper började samarbeta mer så skulle kompetensen hos personalen öka och stressen minska avsevärt för bägge yrkesgrupperna och man känner sig trygg med varandra. En möjlighet för att minska stressen anser författaren vara att lämna över ansvaret av patienten till akutmottagningen när patienten är stabil och om situationen tillåter en bättre och detaljerad överrapportering av patienten. Alltså att ambulanspersonalen blir mer involverad i akutmottagningens arbete och kan förmedla en bättre rapportering och att mottagaren kan lyssna riktigt på rapporteringen och använda sig av kommunikationsmodellen "closed-loop" som även styrks av Pattersson et al. (2004). Att arbeta parallellt med överrapporteringar mellan dessa yrkesgrupper stöds även av Dyrholm Siemsen et al. (2012).

Den teoretiska grunden i denna litteraturöversikt är Henderson omvårdnadsteori vilket enligt Kirkevold (2000) fokuserar på patientens behov och vad vårdaren kan hjälpa patienten med. En annan omvårdnadsteori som övervägs till denna litteraturstudie är Travelbees omvårdnadsteori då denna teori handlar om kommunikation som är en stor del i yrket. Kommunikationen är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap. Travelbee (1971) tar upp olika viktiga förmågor som sjuksköterskan bör inneha vid kommunikation som att vänta, att ta det i den andres takt och att utvärdera den andres förmåga till kommunikation. Travelbee (1971) tar också upp förmågan att kunna kommunicera men också vara medveten om vad som kommuniceras till patienten. Kirkevold (2000) tolkar Travelbees omvårdnadsteori och tar upp att den mellanmänskliga relationen växer fram efter flera faser. Det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och slutligen ömsesidig kontakt och förståelse.

I resultatdelen i studien påvisas faktorer som påverkar överrapporteringar både positivt och negativt. Artiklar valdes från olika länder för att få ett så brett resultat som möjligt, även fast likheter fanns mellan artiklarna så är dessa faktorer just avsett för lokala förhållanden och då inte aktuell för att överföra. Även fast dessa faktorer inte är aktuell att överföra så kan vissa faktorer observeras och användas av lokala förhållanden. Till exempel kommunikationen, trots olika språk och geografi så finns det likheter mellan studierna. Tekniska lösningar, som data eller hjälpmedel kan appliceras bortsett från lokala förutsättningar och därmed kan generaliserbarheten öka i denna studie.

I resultatet visar det sig att patientsäkerheten har stor betydelse i överrapporteringarna från ambulanssjuksköterska till sjuksköterska på akutmottagningen. Dyrholm Siemsen et al. (2012) beskriver att lagkänslan betyder mycket på arbetsplatsen, att känna att samarbetsförmågan mellan ambulans och akutmottagningens personal fungerar. Att få samarbetet att fungera bättre mellan dessa yrkesgrupper kan övningar och utbildningar göras tillsammans för att visa varandra respekt och aktivt lyssnande på akutmottagningen som skapar patientsäkerhet. Det styrks även av Atrack och Maher (2010) där det visar att patientsäkerhet i den prehospitala miljön visar en stor del av de misstag som begås har sin grund i att sjukvårdspersonalen tar fel beslut angående diagnos och därmed behandling om de ej varit aktivt lyssnande. I den prehospitala vården som den är idag kommer fler och fler styrdokument och mallar, dessa dokument kan bidra till att patientsäkerheten påverkas eftersom de inte är applicerbara på alla patienter.

SLUTSATS

Slutsatsen i denna litteraturstudie var att det finns flera orsaker som kan medföra en risk för patientsäkerheten, bland annat stress som leder till missförståelse. Därmed är kvalitén på överrapporteringen samt samarbetet mellan ambulanssjuksköterska och sjuksköterska på akutmottagningen av stor betydelse. För att förbättra samarbetet mellan yrkesgrupperna utfördes gemensamma utbildningar och träning med tekniska hjälpmedel för att undvika missad information, felaktig information och behovet av att upprepa rapporteringarna.

Klinisk tillämpbarhet

Enligt Henderson (2006) är informationen grundstenen för patientens vidare vård, att den skall ske på ett patientsäkert sätt och att patientens behov tillgodoses. Om riskfaktorer som hittats i denna litteraturstudie skulle kunna undvikas så kommer det bli en mer patientsäker och bättre vård för patienterna. Även fast dessa riskfaktorer skulle kunna undvikas så finns det många luckor kvar att fylla inom forskningen att behandla kritiskt sjuka patienter. Exempelvis att förbättra överrapporteringen med de hjälpmedel som tagits upp i litteraturstudien som att använda sig av formulär, samarbetsövningar och kommunikationsmodeller. Mer forskning inom detta område skulle gynna både patienterna och personal som arbetar inom akutsjukvården för att minimera risker och utöka kunskapen för samtliga som arbetar.

Hur kan vårdpersonalen tillämpa en patientsäkervård i praktiken? Den här litteraturöversikten ökar kunskapen för sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvård. De olika avdelningarna och professioner bör få mer praktisk träning och kunskap för att hantera svåra situationer och gynna en bra överrapportering. Studien kan också tjäna som inspiration till fortsatta empiriska studier i samma ämnesområde. Detta är ett område som bör utforskas ytterligare, applikationen av tekniska lösningar som hjälpmedel för att minska informationsbortfall och öka tillgängligheten av information.

REFERENSER

Abualrub, R. F. (2004). Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital Nurses. *Journal of nursing scholarship*, (36), 73-78.

Arnold, E. C., & Underman Boggs, K. (2010). *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses* (6:e uppl.). Philadelphia, USA: Saunders.

Atack, L. & Maher, J. (2010). Emergency medical and health providers' perceptions of key issues in prehospital patient safety. *Prehospital emergency care: official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 14(1), 95-102. doi: 10.3109/10903120903349887

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). Evidensbaserad omvårdnad: *Vid behandling av personer med depressionssjukdomar*. Stockholm: SBU, SFF.

Bhabra, G., Mackeith, S., Montero, P., & Pothier, D. D. (2007). An experimental comparison of handover methods. *The Royal College of Surgeons of England* (89), 298-300.

Bodén, A. & Claesson, A. (2009). Dokumentation. I B.-O. Suserud & L. Svensson (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber.

Bost, N., Crilly, J., Wallis, M., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2010). Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department – A literature review. *International emergency nursing* (18), 210-220.

Bost, N., Crilly, J., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2011). Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing* (20), 133-141.

Bruce, K., Dahlberg, K., & Suserud, B-O. (2003). Initial assessment in ambulance nursing Part one. *Emergency Nurse*, 10(10), 13-17.

Bruce, K., Dahlberg, K., & Suserud, B-O. (2003). Ambulance Nursing assesement part two. *Emergency Nurse*, 11(1), 14-18.

Bruce, K., & Suserud, B-O. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, 10(4), 201-209.

Carter, A. J., Davis, K. A., Evans, L. V., & Cone, D. (2009). Information Loss in Emergency Medical Services Handover of Trauma Patients. *Prehospital Emergency Care*, 13(3), 280-285. doi: 10.1080/10903120802706260

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur

Dean, E. (2012). Maintaining eye contact: how to communicate at handover. *Emergency Nursing*, 19(10), 6-7.

Dyrholm Siemsen, I., Dyrlov Madsen, M., Funck Pedersen, L., Michaelsen, L., Vesterskov Pedersen, A., Boje Andersen, H. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(5), 439-448.

Ellström, P-E. (1997). The many meanings of occupational competence and qualifications. *Journal of European Industrial Training*. Vol. 21, ss. 266-273.

Evans, S. M., Murray, A., Patrick, I., Fitzgerald, M., Smith, S., & Cameron, P. (2010a). Clinical handover in the trauma setting: a qualitative study of paramedics and trauma team members. *Quality & Safety in Healthcare*, 19(6).

Evans, S. M., Murray, A., Patrick, I., Fitzgerald, M., Smith, S., Andrianopoulos, N. (2010b). Assessing clinical handover between paramedics and the trauma team. *Injury*, 40, 460-464.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Foster, S., & Manser, T. (2011). Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research clinical Anaesthesiology*, 25, 181-191.

Friberg, F. (2012). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 37–46). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 133–143). Lund: Studentlitteratur.

Gårdelöv, B. (2009). Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige. Ingår i Suserud, B-O. & Svensson, L. (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (s. 22-29). Stockholm: Liber.

Göransson, K., Eldh, A.-C. & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.

Hammond, B., & Zimmermann, P. (Ed.). (2013). *Sheehy's Manual of Emergency Care*. (7th ed.). USA: Elsevier.

Heinrichs, W., Bauman, E., & Dev, P. (2012). SBAR 'flattens the hierarchy' amongcaregivers. *Studies in health technology and informatics*, 173, 175-182.

Henderson, V. (2006) The Concept of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 53(1) 21-31. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x

Henderson V. (1982) *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Oskarshamn: Svensk Sjuksköterskeförenings förlag.

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- Hjälte, L., Suserud, B-O., Herlitz, J., Karlberg, I. (2007) Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care *European Journal of Emergency medicine*, 14(3) 151-156.
- Hjälte, L., Suserud, B-O., Herlitz, J., Karlberg, I. (2007) Initial emergency medical dispatching and prehospital needs assessment: a prospective study of the Swedish ambulance service *European Journal of Emergency medicine*, 14(3) 134-141
- Jenkin, A., Abelson-Mitchell, N., & Cooper, S. (2007). Patient handover: Time for a change? . *Accident and Emergency Nursing* (15), 141-147.
- Joint Commission. (2006). *International patient safety goals*. Joint Commission.
- Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 96–111). Stockholm: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier-analys och utvärdering*. (uppl.2) Lund: Studentlitteratur
- LeBlanc, VR., MacDonald, RD., McArthur, B., King, K & Lepine, T. (2005). *Paramedic performance in calculating drug dosages following stressful scenarios in a human patient simulator*. *Academic Medicine*, 84(10), 25-33. doi: 10.1080/10903120500255255
- LeBlanc, V. R. (2009). The effects of acute stress on performance: implications for health professions education. *Academic Medicine*, 84(10), 25-33.
- Leksell, J. & Lepp, M. (2013). *Sjuksköterskans kärnkomponenter*. Liber
- Lennquist, S. (2007). Organisation och metodik. I S. Lennquist (Red.), *Traumatologi* (s. 11-26). Stockholm: Liber.
- Manser, T., Foster, S., Gisin, S., Jaeckel, D., & Ummenhofer, W. (2010). Assessing the quality of patient handoffs at care transitions. *Quality & Safety in Healthcare*, 19(6).
- Murray, S. L., Crouch, R., & Ainsworth-Smith, M. (2012). Quality of the handover of patient care: A comparison of Pre-Hospital and Emergency Department notes. *International Emergency Nursing*, 20(1), 24-27. doi: 10.1016/j.ienj.2010.09.004.
- Owen, C., Hemmings, L., & Brown, T. (2009). Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 21(2), 102-107. doi: 10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x
- Patterson, E. S., Roth, E. M., Woods, D. D., Chow, R., & Gomes, J. (2004). Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *International journal for quality in Health Care*, 16(2), 125–132.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reason, J. (2004). *Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline*. Joint Commission. Quality and Safety in Healthcare.
- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I Henricson, M. (Red.) Vetenskaplig metod: *Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 429-446). Lund: Studentlitteratur.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.
- Sherwood, G. & Barnsteiner, J. (2013). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad – sex grundläggande kärnkomponenter*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2004). *Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete – en översikt*.
- Socialstyrelsen. (2008). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Senaste version av SOSFS 2009:10 Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.*
- Sofianopoulos, S., Williams, B. & Archer, F. (2012). Paramedics and the effects of shift work on sleep: a literature review. *Emergency medicine journal*, 29(2), 152-5. doi: 10.1136/emj.2010.094342
- Suserud, B. (2005). A new profession in pre-hospital care field – the ambulance nurse. *Nursing in critical care*, 10(6), 269-71. doi: 10.1111/j.1362-1017.2005.00129.x
- Suserud, B. (2005) Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emergency Nurse*, 13(8), 30-36. doi: 10.7748/en2005.12.13.8.30.c1203
- Suserud, B.-O. & Svensson, L. (2009). *Prehospital Akutsjukvård*. Stockholm: Liber.
- Sveriges Riksdag (1982). *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*
- Talbot, R., & Bleetman, A. (2007). Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: do standardised approaches work? *Emergency Medical Journal*, 24(8), 539–542. doi: 10.1136/emj.2006.045906
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis
- Widgren, B. (2012). *RETTS Akutsjukvård direkt*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011) *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård*. Studentlitteratur

Wireklint Sundström, B., Dahlberg, K., Institutionen för vårdvetenskap, University of Borås, Högskolan i Borås & School of Health Sciences (2011). Caring assessment in the Swedish ambulance services relieves suffering and enables safe decisions. *International Emergency Nursing*, 19(3), 113-119. doi: 10.1016/j.ienj.2010.07.005

Wren, K. (2001). Learning from a nurse anesthetist perspective: A qualitative study. *AANA Journal*, 69(4), 273-278.

Yong, G., Dent, A. W., & Weiland, T. J. (2008). Handover from paramedics: Observations and emergency department clinician perceptions. *Emergency Medicine Australasia* (20), 149-155.

BILAGA A. Bedömningsunderlag

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.		Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.		Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.		Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.		Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.		Dåligt/vagt formulerad frågeställning, patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

*Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvalitén värderas högre än III = Låg kvalitet

Bilaga B. Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Bost, N., Crilly, J., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2011) Australien	Clinical handover of patients arriving by ambulance to hospital emergency department; A qualitative study	Syftet var att undersöka överrapporteringen mellan ambulanspersonal och personal på akuten och hitta faktorer som påverkas vid rapporteringen, för att hitta strategier som kan förbättra detta.	En fokuserad etnografisk metod som inkluderade en observation, konversationsintervjuer och överlämningsverktyg hos deltagarna. Detta gjordes med hjälp av en analys med Grounded theory för att hitta kategorier.	163 (0)	2 typer av överrapportering identifierades, för icke kritiska patienter och kritiska patienter. Denna överrapporterings kvalitet berodde på personalens förväntningar, tidigare erfarenhet, arbetsbelastning och professionella relationer. Det var brist på aktivt lyssnande och skriftlig information.	K I
Bruce & Suserud 2005 Sverige	The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses	Undersökning av hur akutmottagningssjuksköterskor upplever överrapportering av patienter från ambulans	Kvalitativ, deskriptiv intervjustudie med fenomenologisk ansats	6 (0)	Man fann tre element i överrapporteringen: den verbala rapporten som oftast var strukturerad, överlämnandet av dokumentation samt ”det symboliska” överlämnandet av patienten när denne flyttades från ambulansens bords. Bäst upplevelse av överrapporteringen hade man vid patienter med distinkta medicinska problem, medan man vid patienter med mer komplexa orsaker till sin ohälsa sällan ansåg att man fick/kunde få tillräckligt mycket information om på vilken nivåinsatserna skulle läggas.	K II
Carter, Davis, Evans & Cone 2009 USA	Information loss in emergency medical services handover of trauma patients	Syftet var att undersöka om all information från ambulanspersonalen dokumenterades eller togs emot av akutmottagningens personal.	Retrospektiv studie. De jämförde filmade överrapporteringar och information dokumenterad på akutmottagningen	113 (17) =96	I resultatet konstaterades det att inte 100 % av informationen dokumenterades av akutmottagningens personal, utan bara 72,9 % av informationen dokumenterades.	R I

<p>Dyrholm-Siensen, Dyrlov-Madsen, Funck-Pedersen, Michaelsen, Vesterskov Pedersen, Boje Andersson & Östergaard 2012 Danmark</p>	<p>Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study.</p>	<p>Syftet var att utforska vårdpersonalens attityder och erfarenheter med kritiska episoder vid patientöverlämning för att belysa faktorer som påverkar överlämnandet från ambulans till sjukhus. Att identifiera möjliga lösningar för att optimera överlämnanden</p>	<p>En intervjustudie där semistrukturerade intervjuer genomfördes på 47 personer. Dessa utfördes med personal från diverse yrkesgrupper och avdelningar inom sjukvården.</p>	<p>47 (0)</p>	<p>Åtta centrala faktorer hittades för att ha en inverkan på patientsäkerhet vid överlämningsprocessen, dessa var kommunikation, information, organisation, infrastruktur, professionalism, ansvar, lagmedvetenhet och kultur. Organisationen såg inte patientöverlämningen och överrapporteringen som en kritisk säkerhetsplats för sjukhusvistelse, detta ansåg författaren av studien var ett omoget säkerhetstänk vad gäller patientsäkerhet.</p>	<p>K I</p>
<p>Evans, Murray, Patrick, Fitzgerald, Smith, Andrianopoulos & Cameron (2010) Australien</p>	<p>Assessing clinical handover between paramedics and the trauma team.</p>	<p>Syftet var att se om effektiv klinisk överrapportering mellan ambulanspersonal och traumateamet på akuten dokumenterades korrekt och om någon viktig information inte kom fram.</p>	<p>Det var 25 fall som överrapporterades och övervakades och sedan kritiserades. De var övervakning på traumasalar som sedan transkriberades, även telefonrapporter transkriberades. Sedan gjordes jämförelser mellan dessa med hjälp av Pearson's Chi-squared analysis.</p>	<p>25 (0)</p>	<p>I resultatdelen visades procent av olika överrapporteringar där 75 % från ambulans till traumateamet dokumenterades, 67 % av rapporten på akuten dokumenterades och 79 % av ambulanspersonalens överlämning dokumenterade skriftligt. 9 % av rapporten dokumenterades inte alls.</p>	<p>K I</p>

<p>Evans, Murray, Patrick, Fitzgerald, Smith & Cameron (2010) Australien</p>	<p>Clinical handover in the trauma setting: a qualitative study of paramedics and trauma team members</p>	<p>Syftet med detta projekt var att (1) utveckla ett dataprotokoll för att hjälpa ambulanspersonalen med överrapporteringen till personal på akuten (2) identifiera vad som karakteriserar effektiv respektive ineffektiv överrapportering (3) Bestämma genomförbarheten av överrapporteringen mellan ambulans och akutmottagning (4) identifiera hur man bäst visar information i traumarummet.</p>	<p>En kvalitativ intervjustudie med ambulanspersonal (10) och personal på akutmottagningen (17). En tematisk analys gjordes som grundades av Grounded theory. Ett befintligt protokoll (MIST) fick genomföras av patienten som ambulanspersonalen kunde ha till användning vid överrapportering till akutmottagningen.</p>	<p>27 (0)</p>	<p>MIST är ett protokoll som innehöll ämnen som efterfrågats av specialister inom traumateamet. Detta protokoll användes i ambulanserna för att få svar på vissa ämnen. Respondenterna uppgav att en effektiv överrapportering var en rapportering som levererades kortfattat och på ett strukturerat sätt och innehöll endast viktiga ämnen som var nödvändig att rikta omedelbar behandling för. Detta skulle underlätta mycket för traumateamet på akutmottagningen då de kunde följa patienten från ambulanstransporten in på traumarummet. Nackdelar och problem finns också med detta protokoll då det tar upp mycket tid för ambulanspersonalen, och upprätthålla aseptiken.</p>	<p>K II</p>
<p>Jenkin, Abelson Mitchell & Cooper 2007 Storbritannien</p>	<p>Patient handover: Time for a change?</p>	<p>Syftet var att se hur överrapporteringarna ser ut mellan ambulans och akut.</p>	<p>Ett frågeformulär där både öppna samt slutna frågor var med som har analyserats med både kvantitativa och kvalitativa analysmetoder.</p>	<p>80 (0)</p>	<p>I resultatdelen redovisades frågeformulären där bland annat orsaken till inkomsten, vilka som kräver omedelbar vård och vad för vård som tidigare utförts var med. Dessa frågor var viktigt att ha med i rapporten.</p>	<p>K I</p>

<p>Manser, Foster, Gisin, Jaekel & Ummerhofer 2010 England/Schweiz</p>	<p>Assessing the quality of patient handoffs at care transitions</p>	<p>Syftet var att se utifrån ett bedömningsprotokoll vilken Kvalité överrapporteringarna var.</p>	<p>Utveckling av bedömningsprotokoll. Varje patientöverlåtelse bedömdes oberoende av tre röstare: (1) klinikern lämnade patienten (2) kliniken tog ansvaret för patienten (3) en observatör av mänskliga faktorer. Alla bedömningar gjordes omedelbart efter avslutad överrapportering.</p>	<p>126 st. (0)</p>	<p>I resultatdelen identifierade tre faktorer 1) informationsöverföring 2) En gemensam förståelse om patienten 3) Arbetsmiljön, förutsäga kvalitén på överrapporteringarna. Dessa teman va avgörande oavsett vilken vårdenhet som dessa test utfördes på. Dessa protokoll anses kunna användas i framtida studier för att ta hänsyn till patientsäkervård gällande överrapporteringar.</p>	<p>K I</p>
<p>Murray, Crouch & Ainsworth-Smith 2012 England</p>	<p>Quality of the handover of patient care: A comparison of Pre-hospital and Emergency Department notes</p>	<p>Syftet var att utvärdera noggrannheten av patientinformationen som överrapporterades mellan ambulans och akutmottagningens personal.</p>	<p>En studie där de jämför noteringar i journaler som gjorts i ambulansen prehospitalt och noteringar som gjorts i journaler på akutmottagning.</p>	<p>100 (0)</p>	<p>Av 100 journaler så var det 26 stycken som innehöll någonting som ändrades eller utelämnades av ambulanspersonalen vid överföring till akutmottagningens anteckningar. Varför eller orsaker till detta ingår EJ i studien.</p>	<p>R I</p>
<p>Owen, Hemmings & Brown 2009 Australien</p>	<p>Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department</p>	<p>Syftet var att undersöka vad personal från ambulans och akut personal tycker är bra och dåligt vid överrapportering av patienter.</p>	<p>En kvalitativ intervjustudie.</p>	<p>N=50 (0)</p>	<p>Resultatdelen består av 3 teman som enligt intervjuerna var särskilda. Dessa var: svårigheter att skapa en gemensam kognitiv bild, spänningar mellan "göra" och "lyssna" och uppdelad kommunikation.</p>	<p>K II</p>

<p>Patterson, Roth, Woods, Chow & Gomes 2004 USA & Canada</p>	<p>Handoff strategies I settings with high consequences for failure: Lessons for health care operations</p>	<p>Syftet var att beskriva olika strategier som används vid överrapporteringar i fyra högriskmiljöer där det finns stora konsekvenser för misslyckande.</p>	<p>En kvantitativ & kvalitativ studie där 21 strategier användes vid överrapporteringar som har identifierats. De var indelade i sex olika kategorier. Dessa kategorier jämfördes med hjälp av de fyra olika högriskmiljöerna. Studien gjordes på NASA Johnson Space Center i Texas, kärnkraftverk i Kanada, ett järnvägssändningscenter i Förenta staterna och ett ambulanssändningscenter i Toronto.</p>	<p>69 (0)</p>	<p>I resultatdelen beskrivs det att nästan alla överrapporteringar observerades och var face-to-face. 19 av 21 strategier observerades i samtliga miljöer. De andra 2 strategierna var "closedloop" kommunikation som användes och informationen fördes fram likadant varje gång. Överrapporteringarna var ca 15 minuter långa fast fokus bara låg på noggrannheten i rapporteringen.</p>	<p>K I</p>
<p>Talbot & Bleetman 2007 England</p>	<p>Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: do standardized approaches work?</p>	<p>Syftet var att beskriva den aktuella informationen från ambulanspersonal till akutmottagning med ett speciellt protokoll (DeMIST).</p>	<p>Detta var en tvåstegs, prospektiv observationsstudie. Steg 1: Gjordes en undersökning av hur många "informationspaket" som uppfattades eller levererades med hjälp av ljudupptagning från överrapporteringar. I steg 2 gjordes i princip samma undersökning fast hur många som uppfattades vid användning av DeMISTprotokollet.</p>	<p>20 stycken minus två som togs bort. = 18 faktiska</p>	<p>Steg 1: Visade det sig att 56,6 % av informationen som levererades uppfattades korrekt. I Steg 2 visade det sig att 49,2 % av informationen som levererades uppfattades korrekt. Detta var en mindre studie och därmed svårt att tolka varför det minskade i procent vid användandet av DeMIST protokollet.</p>	<p>PK II</p>

<p>Yong, Dent & Weiland 2008 Australien</p>	<p>Handover from paramedics: Observations and emergency department clinician perceptions</p>	<p>1. Att utvärdera akutmottagningens attityder mot överlämning från ambulanspersonal 2. Att bestämma innehållet och vilken metod som överrapporteringarna framförs med.</p>	<p>Det gjordes observationer på överrapporteringarna för att se vilken personal på akutmottagningen som tog emot rapporterna. De ville även se om rapporten var komplett, om viss information inte var med, avbrott under överrapporteringen och attityder. Även ett frågeformulär till akutmottagningens personal gjordes där de fick bedöma ambulanspersonalens rapporter och överlämnanden.</p>	<p>621 överrapporter går från 311 ambulanstransporter</p>	<p>I resultatdelen visade det sig att 12 % av rapporterna togs emot av läkare, de flesta tillfällena var då patienterna kritiskt sjuka. 91 % av rapporteringarna så rapporterade ambulanspersonalen rapporten två gånger och 3 % 3 gånger. Akutmottagningens personal var nöjd med överrapporteringarna och de tyckte rapporterna täckte den information som behövdes.</p>	<p>K I</p>
---	--	--	--	---	--	------------

Källa. Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur.