



Kandidatarbete i vårdvetenskap, 15 hp

Kommunikation vid överlämnande på akutmottagning

Ambulansjuksköterskors och akutmottagningsjuksköterskors
erfarenheter av kommunikation vid patientöverlämnande i
akuta situationer, prio 1 larm

Ellen Hagelin

My Tärnberg

Handledare: Johan Berglund

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Juni 2015

Kommunikation vid överlämnande på akutmottagning

Ambulanssjuksköterskors och akutsjukskötersskors
erfarenheter av kommunikation vid patientöverlämnande i
akuta situationer, prio 1 larm

Ellen Hagelin
My Tärnberg

Sammanfattning

Bakgrund: Tidigare studier visade att det brast i kommunikationen mellan vårdpersonal på akutmottagningen och inom ambulansverksamheten. Dock fanns det inte tillräckligt med undersökningar kring sjuksköterskans erfarenheter av detta. Överlämnandet sågs som avgörande för den efterföljande vården och var beroende av den miljö överlämnandet skedde i. Kommunikation speglades i sjuksköterskans ansvarsområde och definierades av att göra något gemensamt det vill säga att med respekt se mottagaren av informationen.

Syfte: Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation vid överlämnandet av patienter i akuta situationer, prio 1 larm.

Metod: Empirisk kvalitativ undersökning i form av semistrukturerade intervjuer utfördes. Fyra intervjuer gjordes, två från ambulansverksamheten och två från akutmottagningen. Studiens dataanalys är manifest med mindre latent inslag och baserats på en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Studiens dataanalys resulterade i två huvudkategorier som speglade de fynd om framkommit. Dessa var önskemål av rutin och struktur vid kommunikation, där sjuksköterskor nämnde att RAKEL och S-bar var de rutiner som användes vid kommunikationsprocessen och att dessa överlag var bra men borde struktureras upp, samt sjuksköterskans erfarenheter av överlämnandet, där verksamheternas erfarenheter skilde sig något då ambulanspersonalen nämnde att avbrott vid rapporteringen kunde ske vilket kunde medföra att väsentlig information gick förlorad.

Slutsats: Det har inte skett några större förändringar gällande kommunikationsprocessen vid patientöverlämnande vid akuta situationer. Sjuksköterskans erfarenheter stämmer överrens med tidigare studier och det som bör förbättras för att nå en tryggare överlämning är att skapa ett bättre aktivt lyssnande hos båda parter, strukturera upp processen enligt S-bar samt att kort och koncist kunna lämna över den väsentliga informationen.

Nyckelord: Akuta situationer, akutmottagning, erfarenheter, kommunikation, sjuksköterskor, överlämnande.

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Överlämnandet	5
Kommunikation	7
Miljö	8
Syfte	9
Metod	9
Design	9
Urval	10
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Etik	12
Författarnas förförståelse	13
Resultat	13
Önskemål av rutin och struktur vid kommunikation	13
Kommunikationssystem	13
Vikten av att använda skriftlig kommunikation	14
Sjuksköterskans erfarenheter av överlämnandet	14
Väl fungerande rapportering	14
Brister vid informationsöverföring	15
Den stressade miljön gör att det brister	15
Sjuksköterskans ansvar	16
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Slutsats	21
Självständighet	21
Referenser	Error! Bookmark not defined.
Bilaga 1 Informationabrev	25
Bilaga 2 Intervjuguide	27
Bilaga 3 Etiskt godkännande	28
Bilaga 4 Innehållsanalys	30

Inledning

Furåker och Nilsson (2013) påpekar att kompetensen att överföra information och att kunna kommunicera är återkommande i sjuksköterskans kompetensbeskrivning. Kommunikationen är inte bara ett centralt begrepp utan också enligt Danielsson, Nilsen, Ohrn, Rutberg, Fock och Carifjord (2014) en avgörande del för att skapa patientsäkerhet. Överförs inte information på ett tydligt sätt anses detta som ett riskmoment inom vården (ibid.).

Studier av Mc Fetridge, Gillespie, Good och Melby (2007), Evans, Murray, Patrick, Fitzgerald, Smith, Andrianopulos och Cameron (2010) och Scott, Brice, Baker och Shen (2003) visar att det förekommer bristande kommunikation vid överlämnandet av patienter inom olika vårdavdelningar och team. En annan studie som specifikt undersökt överlämnandet av patienter mellan ambulanspersonal och akutpersonal visar att endast 75 % av nyckelinformationen varit dokumenterad (Evans et al, 2010). På grund av bristande kommunikationsrutiner förekommer även feltolkningar vid akuta överlämnanden, vilket i sin tur för med sig en minskad patientsäkerhet (Scott, Brice, Baker & Shen, 2003).

Det finns inte tillräckligt med undersökningar kring sjuksköterskans erfarenheter beträffande kommunikationen vid en patientöverlämning mellan ambulanspersonalen och akutmottagningspersonalen vid en akut situation. Det är därför viktigt att belysa sjuksköterskors egna erfarenheter kring detta för att kunna säkerställa att den väsentliga informationen överförs till den mottagande enheten och för att uppnå en så bra patientsäkerhet och efterföljande vård som möjligt.

Bakgrund

Överlämnandet

Lowthian, Cameron, Stoelwinder, Curtis, Currell, Cooke och McNeils (2011) studie visade att användandet av ambulans runt om i världen ökat de senaste 20 åren. Enligt Dawson, King och Grantham (2013) var en effektiv överlämning av patienter oerhört viktigt och avgörande för den fortsatta vården, vilket gällde för både den fysiska patienten, omvårdnaden och ansvaret. Detta var också en sårbar situation för sjuksköterskor, då det var de som tog emot majoriteten av överlämningarna (ibid.).

Dawson, King och Grantham (2013) påvisade också i sin studie om överlämnandet av patienter mellan ambulanspersonal och akutpersonal på mottagning, att för en ökad patientsäkerhet krävdes det att personalen skulle kunna ha en klinisk kommunikation samt kunna känna igen och reagera då en patient försämrades. Vid överlämning av kritiskt sjuka patienter krävs det mycket av vårdpersonalen och här var det betydande att personalen hade respekt och såg de hinder som kunde finnas för kommunikationen. Professionella relationer, erfarenhet kring olika typer av överlämningar samt att förstå betydelsen av olika tecken som vårdpersonalen använde sinsemellan krävdes för att en överlämning skulle vara så tydlig och strukturerad som möjligt. Vidare förklarades i studien att överlämnandet inte bara handlade om en typ av kommunikationsmetod i form av verbal utan där borde även finnas en skriftlig dokumentation (ibid.).

Dawson, King och Grantham (2013) menade vidare att utbildning för att förbättra överlämnandet av patienter i akuta situationer var något som krävdes på många arbetsplatser och detta för att patientsäkerheten skulle kunna vara så hög som möjligt. Dawson, King och Grantham (2013) nämnde också att en inspelning av vitala tecken och en transfer av dessa uppgifter skulle kunna förbättras med hjälp av ett bättre observationssystem där en strategi för tidig varning kring patientens ohälsa skulle finnas. Ytterligare kommunikationsträning kunde också effektivisera lagarbetet inom dessa arbetsgrupper (ibid.).

Jenkin, Abelson-Mitchell och Cooper (2007) stärkte ovanstående studie genom sin studie där de formulerade att överlämnandet kunde få stora konsekvenser för den efterföljande vården. Deras undersökning visade att det fanns en viss frustration från ambulanspersonal då en brist på aktivt lyssnande från personal på akutmottagningen framkom. Detta gjorde att ambulanspersonal fick räkna med att återupprepa sitt överlämnande och då främst gällande patienter i återupplivningsrummet (ibid.).

Jenkin, Abelson- Mitchel och Cooper (2007) skrev i deras studie att ett förslag som skulle kunna förbättra kommunikationsutbytet kring patientöverlämnandet mellan ambulanspersonalen och akutmottagningspersonalen. Förslaget var att kommunikationsutbytet skulle ske i två faser. Första fasen skulle då innehålla den viktigaste informationen kring den akut sjuka patienten och fas två skulle omfatta om initial behandling hade utförts. Förslag runt ett förbättrat överlämningssystem påvisades där det i så fall skulle arbetas för att göra riktlinjerna tydligare (ibid.). Överlämning som begrepp var aktuellt i

denna studie för att förbygga konsekvenser och för att få en bättre kontinuitet inom vården (Hoban, 2003).

Kommunikation, samarbete och rutiner som en del i sjuksköterskans ansvarområde är en viktig del för patientsäkerheten vid överlämnandet vilket framkom i en studie gjord av Danielsson, Nilsen, Ohrn, Rutberg, Fock och Carifjord (2014). I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) framgår det att sjukvårdpersonal har en skyldighet och ett ansvar att utföra sina arbetsuppgifter på ett korrekt sätt.

Kommunikation

Pruitt och Liebelt (2010) konstaterade i sin studie att kommunikationen var betydelsefull för att få ett bra teamarbete som i sin tur kunde öka säkerheten för patienterna. Den snabba och mångskiftande patientvården på akutmottagningar gjorde att disciplinen var hög kring att undvika fel och biverkningar. För att förbättra patientsäkerheten har det föreslagits att strategier för en strukturerad kommunikation skulle bli mer aktuellt (ibid.).

Ordet kommunikation som kommer från det latinska ordet *communicare* förklarade Nilsson och Waldemarson (2007) som att göra något gemensamt. Kommunikation började för några år sedan användas i utbyte för ordet samtal då det bar på fler av de kvaliteterna som förknippades med vårdande (Fredriksson, 2012). Ordet kunde ses som en "sändar-mottagarmodell" där det gällde att överföra tankar till ord som sedan språkligt förmedlades vidare till mottagaren (ibid.). Nilsson och Waldemarson (2007) förklarade istället ordet som ett slags "ping-pong" och med det menade de att det först var en sändare som tänkte ut och skickade iväg information för att en mottagare i sin tur skulle kunna göra en tolkning. Därefter sändes tolkningen eller reaktionen tillbaka till sändaren som då istället blev en mottagare. Kommunikation på senare tid förklaras inom sjukvården ibland som två ficklampor som lyste upp varandra genom att den som pratade samtidigt lyssnade på mottagarens meddelande (ibid.).

Det finns två överföringssätt inom kommunikationen där den första kallas för instrumentell och handlar om att förmedla den objektiva information som finns, detta handlar om exempelvis sjukdomar eller olika typer av behandlingar (Fredriksson, 2012). Den andra typen av information är den emotionella som innefattar respekt, tröst, tillit, stöd och upplevelser om situationen som patienten är i. De två ovanstående typerna av kommunikation är kopplande

till vad Fredriksson (2012) förklarade var ordets ursprungsbetydelse: göra gemensam. Det har på senare tid skett en betydelseförändring från ovanstående ursprungsbegrepp till dagens informationsöverföring som idag används på olika sätt inom vården. Det finns bland annat en verbal och en skriftlig sådan. Kommunikation har alltid varit och är än idag ett viktigt redskap inom sjukvården för att nå olika centrala mål som exempelvis att förmedla säker vård (ibid.).

Nilsson och Waldemarson (2007) påvisade att kommunikation gjorde det möjligt för människor att möta andra individer samt att möta sig själva. Det var genom andras sätt att reagera på oss som vi fick syn på oss själva. Genom att skapa något gemensamt menade Nilsson och Waldemarson (2007) att det fanns en kompetens att hantera vårt språk både socialt och psykologiskt och detta var något som människan lärde sig precis på samma sätt som att de lärde sig cykla. Information, tanke, känsla, påverkan och bekräftelse var några ord som hade en stor betydelse för ordet kommunikation. Nilsson och Waldemarson (2007) definierade ordet som en process där människor skickade budskap till varandra och som i sin tur kunde visa hur individer uppfattade sig själva men också hur de påverkade varandra.

Ordet kommunikation definierades i denna studie som ovan, budskapet i akuta skeden och hur denna kan påverka den efterföljande vården (Nilsson & Waldemarson, 2007). Genom god kommunikation skaffade sig sjuksköterskan kontroll över patientens miljö för att i sin tur kunna ge patienten den bästa möjliga personcentrerande vården (Nightingale, 1924).

Miljö

Ambulans- och akutpersonal får ibland arbeta i en miljö där stress förekom och detta kunde upplevas som hotfullt, förvirrande och frustrerande. I dessa situationer reagerade sjuksköterskan utifrån sina sinnen vilket riskerade påverka deras arbetssätt (Abourbih, Armstrong, Nixon & Ackery, 2014). För att bemöta dessa miljöer på ett positivt sätt krävdes det att människan var anpassningsbar till dessa situationer (Nightingale, 1924).

Nightingale (1924) såg miljö som ett centralt begrepp inom vården och att miljön påverkade människans hälsa och välbefinnande. Miljö som ett vårdvetenskapligt begrepp fanns både inom de fysiska-, psykiska och sociala perspektiven och var ett tillstånd som ständigt förändrades och som samtidigt kunde främja hälsa och bevara sjukdom. Inom den fysiska miljön fanns allt runt omkring människan och kunde beskrivas genom färger, modeller, ljud

och ljus. En god fysisk miljö kunde beskrivas med trygghet, trivsel och säkerhet (Nightingale, 1924). En god psykosocial miljö tog istället form av god kommunikation, informationstillgänglighet, bra relationer och attityder (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008).

Brister i kommunikation vid överlämningsprocessen i stressade miljöer har framkommit (Mc Fetridge, Gillespie, Good & Melby, 2007, Evans, Murray, Patrick, Fitzgerald, Smith, Andrianopulos & Cameron, 2010, Scott, Brice, Baker & Shen, 2003) men sjuksköterskors erfarenheter kring detta är än idag outforskat och borde undersökas då det åligger i en sjuksköterskans ansvar att genom en välfungerande kommunikation underlätta för den efterföljande vården.

Prio 1 larm

Denna studie fokuserade på erfarenheter kring patientöverlämnande i akuta situationer och med akuta situationer menas prio 1 larm, vilket SOS Alarm (2015) definierar som ett uppdrag med högsta prioritet. Med högsta prioritet bedöms patienten ha livshotande akuta symtom där de vitala funktionerna är hotade. Dessa livshotande symtom kan komma från bakomliggande sjukdom eller från ett olycksfall. Närmsta åtkomliga ambulans blir i dessa fall tilldelade uppdraget. När det larmas prio 1 ska ambulanspersonalen kvittera ärendet inom 90 sekunder. Därefter körs patient till akutmottagningen för patientöverlämnande och vidare vård (ibid.).

Syfte

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation vid överlämnandet av patienter från ambulanspersonal till akutmottagningspersonal i akuta situationer, prio 1 larm.

Metod

Design

Metoden som användes i denna studie var en empirisk kvalitativ undersökning i form av intervjuer. Polit och Beck (2012) beskriver att den kvalitativa metoden betonar människans egna erfarenheter och hur dessa speglas genom deras egna berättelser. Olsson och Sörensen (2011) beskriver den kvalitativa forskningsintervjun som ett samtal inriktat på ett specifikt ämne mellan två personer som har ett intresse i det aktuella ämnet. Studien gjordes med

semistrukturerade intervjufrågor där iförväg framtagna semistrukturerade frågor ställdes i den ordning som föll bäst för situationen.

Urval

Studien belyser ambulans- och akutsjuksköterskors erfarenheter och därför kontaktades sjukhusets telefonväxel för en vidarekoppling till verksamhetscheferna i vardera verksamhet på ett medelstort sjukhus i södra Sverige där en förfrågan om deltagande i studien ställdes. Anledningen till val av sjukhus var både på grund av tid och ekonomiska skäl för att slippa längre resor. Efter ett medgivande om att delta skickades ett informationsbrev ut till vardera verksamhet med en önskan om att få två sjuksköterskor från respektive verksamhet att delta. Sjuksköterskor i sin tur själva fick själva anmäla sitt intresse att medverka i undersökningen. Fyra intervjuades, två från vardera verksamhet från ett medelstort sjukhus i södra Sverige. Urvalet bestod av både män och kvinnor för att studien skulle få infallsvinklar och erfarenheter från båda könen. Sjuksköterskor från både ambulans och akutverksamheten medverkade för att få synvinklar kring kommunikationens betydelse både vid lämnande och mottagande av patienten.

Enligt Olsson och Sörensen (2011) är en tydlig definition av studiens urval en viktig del för studiens trovärdighet. Inklusions- och exklusionskriterier skall dokumenteras och i denna studie var inklusionskriterier för studiens urval att intervjupersonerna skulle vara legitimerade sjuksköterskor. Ett annat inklusionskriterie för studien var att sjuksköterskorna skulle ha erfarenheter av att ha arbetat i en miljö där prio 1 larm förekommit under minst ett år. Detta kriterium var för att säkra sjuksköterskornas erfarenheter av att ha arbetat i denna miljö. Intervjupersonerna skulle även vid intervjutillfället ha en anställning på någon av de berörda verksamheterna.

Datansamling

Studiens datansamling bestod av fyra individuella intervjuer med låg struktur. Med låg strukturering vid intervjuer menas enligt Olsson och Sörensen (2011) att frågorna är framtagna på så sätt att intervjupersonerna fritt skall kunna tolka dem utifrån deras egna erfarenheter, värderingar och språkvanor.

Innan intervjuerna gjordes en pilotstudie, detta i syfte att pröva intervjuguiden och för att se hur denna på bästa sätt praktiskt kunde genomföras (Olsson & Sörensen, 2011). Två

deltagare, en från ambulansverksamheten och en från akutmottagningsverksamheten valdes ut och intervjuades. Pilotstudien i form av intervjuer gjordes på offentliga platser och frågorna till den framtagna intervjuguiden testades. Efter gjorda testintervjuer omstrukturerades guiden något för att minska risken för korta ja och nej svar.

Deltagarna i intervjuerna fick var och en själva anmäla sitt intresse och i sin tur bestämma vart och när intervjun skulle utföras. Samtliga intervjuer genomfördes på avsatt tid under deltagarnas arbetspass i ett enskilt rum på respektive verksamhet. Varje intervju började med en repetition av informationsbrevet för att förtydliga studiens syfte, deltagarnas etiska rättigheter och för att ge tillfälle för deltagarnas att ställa eventuella frågor.

Varje intervju inleddes med en öppningsfråga och avslutades med frågan om intervjupersonen hade något ytterligare att delge inom studiens ram. Efter avslutad intervju gavs ytterligare möjligheter till den intervjuade personen att ställa frågor av allmän karaktär och även information om möjligheten till kontakt framöver om frågor angående studien skulle uppstå delgavs. De fyra intervjuerna spelades in för att full närvaro skulle uppnås och för att inga anteckningar skulle behöva göras under intervjuernas gång. Intervjuerna hos ambulansverksamheten gjordes av Hagelin, E. och intervjuerna hos akutmottagningen gjordes av både Hagelin, E och Tärnberg, M. Det inspelade materialet transkriberades för ambulansverksamheten av Tärnberg, M. och transkriberades av både Hagelin, E och Tärnberg, M vid akutmottagningen nära inpå intervjuerna.

Dataanalys

De fyra semistrukturerade intervjuerna transkriberades i direkt anknytning till intervjuerna och analyserades med inspiration från Graneheim och Lundmans (2004) version av en innehållsanalys. Olsson och Sörensen (2011) definierar en analys som en upplösning av beståndsdelar. Analysen ska inte föra med sig någon ny kunskap utan bara sammanställa den kunskap som redan finns från datainsamlingen (ibid.). Utifrån transkriberingarna plockades de meningsenheter ut som hade betydelse för studiens syfte. Dessa meningsenheter kondenserades och arbetades sedan ner till koder som i sin tur samlades ihop under underkategorier och kategorier. Kategorierna som plockades ut var kopplade till studiens syfte och under dessa beskrevs sedan de fynd som hittades under dataanalysen.

För att vetenskapligt analysera och dokumentera gjordes en innehållsanalys som sedan sattes samman i en teoretisk kontext där den kopplades ihop med de vårdvetenskapliga begrepp som valts ut till studiens referensram, vilket Olsson och Sörensen (2011) skriver är en grund för ett bra analysarbete. Graneheim och Lundmans (2004) version av en innehållsanalys som utsetts att inspirera denna studies analys beskriver metoden genom att i texten hitta likvärdigheter och differenser som i sin tur bearbetas och sammanställs. Enligt Graneheim och Lundmans (2004) tolkning är det viktiga att innehållet i texten inte går förlorat.

För att analysera innehållet objektivt har en induktiv ansats används där just resultatet av materialet tagits ut objektivt. Denna studie är manifest med mindre latenta inslag vilket betyder att det arbetade textmaterialet beskrivit de uppenbara komponenterna. Tolkningarna som ses i resultatdiskussionen är med latenta inslag där innehållets betydelse tolkats och utifrån detta har en förklaring av vad som ligger bakom orden gjorts. Olsson och Sörensen (2011) beskriver även ett objektivt analysarbete bör ske på detta sätt.

Etik

Efter yttrande från etiska kommittén Sydost med diarinummer 272-2015, skickades ett informationsbrev ut till de berörda verksamheterna. Informationsbrevet tog upp information om studien samt de etiska aspekterna i denna. Det var viktigt att deltagarna som ställde upp i studien kände sig bekväma och trygga, detta gjordes genom fullständig information i brevformat som skickades ut till verksamheterna, kring intervjustudien och dess syfte. Tillåtelse att ställa frågor och berätta om funderingar tillhandahölls deltagarna och de fick möjlighet för detta både innan och efter intervjuerna.

Deltagarna informerades innan intervjun om att intervjun var frivillig och att det när som helst, utan motivering, fanns möjlighet att avbryta sin medverkan i studien och att detta inte senare skulle influera eller ge följder för deras fortsatta arbete. Upplysning kring att allt material som samlats in via intervjuer behandlades konfidentiellt och att det inte heller skulle kunna kopplas till specifika personer eller sjukhus som intervjuerna gjordes på gavs. Material som samlades in behandlades efter speciella riktlinjer där det bara var studiens författare samt handledare som hade tillgång till den insamlade datan.

Förförståelse

Olsson och Sörensen (2011) förklarar att det är betydande i en kvalitativ undersökning att göra en redovisning av den förförståelse som fanns då denna ständigt förändras i tolkningsprocessen. Innan aktuell studie påbörjades hade vi ingen som helst förförståelse kring ämnet, alltså ingen erfarenhet eller föreställning, då ingen av oss har studerat eller arbetat i de miljöer som studien berörde. Detta var en bra utgångspunkt då en personlig erfarenhet hade kunnat överskugga och påverka objektiviteten i en resultattolkning (ibid.).

Resultat

Studien identifierade två huvudkategorier som speglade de fynd som framkom. Dessa huvudfynd innefattade rutiner, struktur, ansvar och miljö vid kommunikationen kring överlämnandet. Citat från intervjuerna valdes ut för att stärka fyndens koppling till studiens syfte. Resultatet visade sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation i akuta situationer, prio 1 larm.

Önskemål av rutin och struktur vid kommunikation

Kommunikationssystem

Alla deltagarna som intervjuades betonade att det främst var två kommunikationssystem som de hade mest erfarenheter av vid patientöverlämnandet. Det första var ett förlarm som rapporterades via RAKEL. Detta sa ambulanssjuksköterskorna var ett radiosystem som användes vid direktkommunikation i syfte att förbereda personalen på akutmottagningen på inkommande patient. Dessa rapporter var korta och användes för att effektivisera tiden vid det fysiska överlämnandet.

Det andra kommunikationssystemet analysen visade användes var S-bar och i studien framkom det från samtliga deltagare att S-bar som kommunikationssätt var den främsta rutinen. *”Rutinen är att man alltid rapporterar via S-bar.”* (akutsjuksköterska 2).

Om S-bar användes korrekt och på ett strukturerat vis var samtliga deltagarnas erfarenheter av detta generellt en bra rutin vid rapportering. En av ambulanssjuksköterskorna förklarade S-bar som luddigt och nämnde därmed att det var viktigt att kunna S-bars delar för att sedan kunna använda det som ett stöd. Vidare menade denna deltagare att S-bar hade fungerat

bättre om ordningen i systemet hade justerats. Att bakgrunden kom före situationen, istället för tvärtom, ansåg deltagaren skulle vara mer logiskt.

En sjuksköterska från akutmottagningen sa att S-bar var bra för att få med så mycket information som möjligt vilket var en erfarenhet som styrktes från en annan deltagare från samma verksamhet som förklarade S-bar som tydligt och strukturerat.

.. jag tycker det är bra, det är strukturerat och tydligt och man får den informationen man behöver (akutsjuksköterska 2).

Vikten av att använda skriftlig kommunikation

Analysen visade att utöver den verbala kommunikationen hade ambulanssjuksköterskorna ett journalsystem som var uppbyggt enligt S-bar. Detta var en dataskrivna sida som de fick med sig när de lämnade ambulansen, även akutsjuksköterskorna berättade om att de fick denna skriftliga journal. Vid stressade situationer där det aktiva lyssnandet brast kände personal en trygghet att kunna gå tillbaka till denna skriftliga journal. Resultatet sa även att det fanns möjlighet för personal på akutmottagningen att gå in digitalt via system cross för att läsa dessa journaler.

Sjuksköterskans erfarenheter av överlämnandet

Väl fungerande rapportering

Analysen pekade på vikten av att få prata till punkt och att få ge den mottagande verksamheten informationen på ett strukturerat sätt. *"När de lyssnar och väntar på sin tur brukar rapporten fungera jätkligt bra."* (ambulanssjuksköterska 1).

Akutsjuksköterskorna berättade om deras erfarenheter av att ett strukturerat arbetssätt där följdfrågor användes som en påminnelse var betydande för att inte glömma något i rapporteringen. Även ambulanspersonalen betonade vikten av struktur, tid och tydliga ramar vid patientöverlämnandet dock framkom det i analysen att det var viktigt att kunna anpassa rapporten till situationen som till exempel vid ett andningsstopp. Vid ett sådant här prio 1 larm var deltagarnas erfarenheter att kommunikationen fungerade bäst då rapporteringen var kort och koncist och utan avbrytande frågor. Ett bra överlämnande uppgavs vara max en minut.

Analysen visade även att den bästa rapporteringen skedde vid det personliga mötet. Resultatet tog också upp att ett bra informationsutbyte skulle ske på rummet hos patienten för att denna skulle kunna vara delaktig och kunna tillägga om det var något som missades samt att journalen fanns till hands och att den muntliga rapporteringen skedde utefter parametrarna i S-bar.

Brister vid informationsöverföring

Den största bristen analysen visade på kom från ambulansverksamheten som hade erfarenheter av att det ibland sviktade i tålmodet hos akutpersonalen som ivrigt ville börja vårda patienten. Denna erfarenhet var inget som akutverksamheten delade.

Ambulanspersonalen menade att problemet ofta var att de inte fick rapportera färdigt utan att de ofta blev avbrutna och att oväsentlig eller väsentlig information då kunde gå förlorad.

Anledningen till avbrott i rapporteringen menade de berodde på att akutpersonalen snabbt vill ha så mycket information som möjligt.

Tanken är ju det ska komma frågor efter att vi rapporterat men de kommer oftast mitt under, vilket jag kan, tycker är mm.. Väldigt störande ehm.. och gör att man lätt tappar tråden (ambulanssjuksköterska 2).

I analysen framkom det att utifrån ambulanspersonalen erfarenheter borde mer fokus ligga på att prata kort och koncist för att förbättra informationsutbytet, vilket de ansåg var en övnings- och erfarenhetsfråga.

Rapporten visade att även om S-bar benämns som ett bra kommunikationssystem var erfarenheterna att detta var ett system som inte alltid följdes strukturerat vilket i sin tur gjorde att relevant information kunde gå förlorad. Ambulanspersonalen beskrev S-bar som stort och rörigt vilket gjorde att det var lätt att glömma information trots att personal följde systemet.

“Det är väldigt rörigt hela S-bar egentligen för att det är så pass stort..”
(ambulanssjuksköterska 1).

Den stressade miljön gör att det brister

Analysen för denna studie visade på tydliga fynd vad gällde sjuksköterskornas erfarenheter av miljön vid patientöverlämnandet. Samtliga deltagare belyste ett antal miljöfaktorer som spelade en avgörande roll för informationsutbytet. Dessa faktorer var tid och rum, då nya

larm redan innan överlämnandet kunde vänta, samt tiden på dygnet och vem informationsutbytet gjordes till/från.

Det måste finnas tid på något sätt ehm vi får ju ta oss tid men så självklart så, vi kan ju leva i en situation där nya larm väntar på oss innan vi ens kommit in (ambulanssjuksköterska 2).

Ambulanssjuksköterskorna nämnde att stressen kom från båda sidorna, dels på grund av nya larm och dels från akutmottagnings personal för att de vill börja vårda patienten. De nämnde också att rapporteringen vid vissa tillfällen gick bra medan det ibland kunde svikta och detta menade sjuksköterskan berodde på tid, vem rapporteringen skedde till, hur mycket det var att göra samt om det rådde stress. Akutsjuksköterskorna erfarenheter var att den största bristen var när ambulanspersonalen kom in med redan väntande nya larm och på grund av detta inte gav en fullständig rapport.

En annan faktor var personkemin i form av både yrkestitel, och gällande det personliga planet. Med yrkestitel förklarades det att det upplevdes lättare och med färre avbrott i rapporteringen då överlämnandet skedde mellan sjuksköterskor än mellan sjuksköterskor och läkare. Detta ansågs bero på sjuksköterskans bredare erfarenhet av överlämnande. Dock uppkom det också att överlämnandet oftast skedde till hela team bestående av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. *“Det är väldigt personbundet då, asså vilken kommunikation man har.”* (ambulanssjuksköterska 2).

Sjuksköterskans ansvar

Analysen visade att tiden för kommunikationen var en viktig del vid informationsöverföringen för att rapporten skulle vara tillräcklig för vidare vård. Sjuksköterskorna nämnde att det var deras skyldighet och plikt att utföra detta. De betonade även deras skyldighet att lämna över en skriftlig journal. Samtliga sjuksköterskor nämnde alltså vikten av en fullständig rapport som deras yttersta ansvar. *“Man måste få rapportera först för att kunna ta hand om patienten.”* (ambulanssjuksköterska 1).

Ge den tiden att rapportera, för att kommer inte rapporten vidare då är det jag som är skyldig. Då är det jag som kan bli anmäld (ambulanssjuksköterska 1).

Diskussion

Metoddiskussion

På grund av få undersökningar kring sjuksköterskans egna erfarenheter av kommunikation vid överlämnande i akuta skeden ansågs en litteraturstudie inte lämpligt utan istället valdes det att göras en empirisk undersökning i form av intervjuer. Valet av intervjuer grundades i Polit och Becks (2012) litteratur som menar på att intervjuformen är ett bra sätt att fånga deltagarnas egna berättelser och upplevelser. Dessa val ansågs som en bra metod då studiens syfte besvarades.

För att tidsmässigt hålla studien inom ramen för en kandidatuppsats gjordes fyra intervjuer som har lett fram ett resultat utifrån studiens syfte. Dock ansågs det att resultatet blev lite tunt och att 6-8 intervjuer skulle varit mer optimalt. Kvale och Brinkmann (2009) poängterar vikten av att deltagarna inte skulle vara varken för få eller för många vilket styrker denna studiens val av antal intervjuer. En pilotstudie gjordes innan intervjuguiden fastställdes vilket ansågs bra då frågorna fick justeras för att få fram ett resultat som kunde matcha studiens syfte så bra som möjligt. Pilotstudien gjorde att studien fick mer fylliga svar och att deltagarna fick större möjligheter att tala fritt kring frågorna.

Informationsbrevet som lämnades ut till deltagarna tog upp information om studien samt de etiska aspekterna i denna. Detta för att det idag finns en lag som säger att forskningsetiska bedömningar är obligatoriska (Olsson & Sörensen, 2011). Forskning får endast göras enligt Olsson och Sörensen (2011) om den visar respekt för individer och dess mänskliga rättigheter. Den etiska granskning som gjordes var i första hand för att personerna som var med i studien skulle känna sig trygga i situationen.

Då deltagarna efter att ha läst informationsbrevet själva fick anmäla sitt intresse till att medverka i studien var frivilligheten hög och därmed ansågs intresset också som högt. Olsson och Sörensen (2011) styrkte detta som en bra metod för att få fram deltagare då de skrev att de krävdes ett samarbetsvilligt klimat för att få så bra information som möjligt. Ytterligare något som gjordes för att stärka Olsson och Sörensen (2011) teori om samarbetsvillighet var att låta deltagarna själva välja tid och plats för intervjun. Detta ökade också tryggheten och gjorde miljön kring intervjuerna avslappnad.

Valet av en semistrukturerad intervjuguide var i denna studie ett bra val då deltagarna fick tala öppet om sina erfarenheter. Därmed kom information fram som det tidigare inte reflekterats över, en latent position trädde fram och resultatet bildades utan några som helst förutsättningar, vilket var avsikten. Intervjuguiden skickades inte ut till deltagarna innan själva intervjuerna då det skulle säkerställas att informationen var deltagarens egna erfarenheter och att denne inte skulle kunnat diskutera och präglats av sina kollegor. En fördel med att skicka ut intervjuguide innan intervjutillfälle hade dock kunnat vara att deltagarna hade kunnat tänka ut och förbereda sina svar och resultatet hade då kanske blivit mer innehållsrikt. En semistrukturerad intervjuguide ger deltagarna möjlighet att tolka frågorna beroende på deras egna erfarenheter, värderingar och språkvanor och detta användes också för att öka möjligheterna att ta del av intressant information som annars hade kunnat utebli på grund av en strikt intervjuguide (Olsson & Sörensen, 2011). Olsson och Sörensen (2011) beskriver också att intervjuer är en metod som används för att få kunskap om deltagarnas värld. I denna studie var syftet att nå deltagarnas erfarenheter inom ett visst, smalt område och därmed passade den semistrukturerade intervjun bäst.

Polit och Beck (2004) beskriver att de semistrukturerade intervjuerna karaktäriseras av att intervjun skall öppnas med en bred fråga som är relaterad till studiens syfte. Efterföljande frågor skall sedan vara framtagna för att fördjupa och förtydliga deltagarnas berättelse. Vid en semistrukturerad intervju skall deltagarna fritt få tala utifrån de öppna frågorna och för att personernas egna erfarenheter skulle återges så mycket som möjligt fick deltagarna tala utan att bli avbrutna (ibid.).

I efterhand reflekterades det över att det endast var män som intervjuades från ambulansverksamheten och endast kvinnor från akutmottagningen, vilket blev ett resultat av att sjuksköterskorna själva fick anmäla sitt intresse till att delta. Ur ett genusperspektiv kanske det hade varit att föredra en från vardera kön och verksamhet då ett genusperspektiv är till att föredra i en humanforskning (Olsson & Sörensen, 2011).

Verksamhetscheferna fick i uppdrag att informera personalen om studien, detta gjorde att studie nådde ut till en större personalgrupp än om författarna tagit kontakt med sjuksköterskorna. Denna mellanhand gjorde att datainsamlingen tog längre tid än förväntat och därmed lades det något mindre tid på dataanalysen. Inklusionskriterierna var att

deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor samt ha arbetat i en miljö där prio 1 larm förekom i minst ett år. Då studien syftade till att undersöka sjuksköterskors egna erfarenheter ansågs kriterierna rimliga och tar även stöd i Polit och Beck (2012) som menar att de individer som kan ge mest trovärdig och meningsfull information ska väljas ut.

Efter intervjuer med ambulansverksamheten påbörjades analysarbetet i väntan på att utföra resterande intervjuer, detta för att utnyttja tiden på bästa sätt. Kategorisering av meningsenheterna valdes att avvaktas med tills alla intervjuer var klara för att få en bättre sammanställning av materialet. En nackdel med att påbörja analysen innan alla intervjuerna var klara var att författarna undermedvetet kunde ha präglats av de redan gjorda intervjuernas resultat och därmed riskerades antingen medvetet eller omedvetet att författarna ställde följdfrågor för att få samma svar. Polit och Beck (2012) skriver att för att öka tillförlitligheten i dataanalysen bör minst två författare delta i delar av kodningen. Hela dataanalysen i denna studie gjordes av båda författarna vilket därmed gav ett tillförlitligt analysarbete.

Resultatdiskussion

Vikten av rutin och struktur vid kommunikationen samt sjuksköterskans erfarenheter av ansvar och informationsutbyte var de kategorier som bildades vid analysarbetet. Resultatet visade att det fortfarande fanns vissa brister som tidigare undersökning av Dawson, King och Grantham (2013) samt Jenkin, Abelson-Mitchell och Cooper (2007) uppmärksammat i sina studier. Dawson, King och Grantham (2013) visade i sin studie att ett aktivt lyssnande och att göra ett tydligt och koncist muntligt överlämnande var faktorer där det brast och ett fynd i denna studie var att det endast var ambulanssjuksköterskor som upplevde denna brist. Att det endast var ambulanspersonalen som upplevde denna svaghet kan bero på att de kände ett ansvar över att lämna över den informationen rörande patienten som de hade, och att då få göra detta enligt rutiner och utan avbrott. Detta för att vara försäkrade om att all information som var väsentlig lämnats över. Från akutpersonalens sida kan de avbrytande frågorna bero på samma anledning, att de på samma sätt vill vara säkra på att de fått all den informationen de behöver för att kunna ta över ansvaret för omvårdnaden. Ett fynd som var att personal tillförlitade sig på den skriftliga journalen och därmed inte alltid prioriterade det verbala informationsutbytet bör iakttas då statistik från Evans et al (2010) studie visade att endast 75 % av nyckelinformationen var dokumenterad. Detta visar att både den verbala och den skriftliga kommunikationen är betydande för att allt det väsentliga i överlämningsprocessen säkert ska överföras.

Denna studies resultat visade att verksamheterna var i behov av en förbättring gällande den muntliga kommunikationen vid överlämnande. Här kan nya enhetliga riktlinjer gällande informationsutbytet underlätta för verksamheterna, frågor och kompletterande information kan vara det som främst bör struktureras upp. Att dessa behov fanns kunde bero på bristande respekt i form av att personal inte väntade på sin tur att prata utan istället avbröt varandra. Vikten av respekt och att kunna lyssna på motparten stärks av Nilsson och Waldemarsson (2007) förklaring där ett aktivt lyssnande är en viktig del för att få ett fungerande kommunikationssystem. I resultatet visades att det inte bara var informationen som skulle överföras utan att även den emotionella delen, respekten, var betydande för bra kommunikation. Bristen av respekt var något som Dawson, King och Grantham (2013) tog upp i sin studie som ett hinder för kommunikationen, och därmed något vården borde uppmärksamma. Även Nilsson och Waldemansson (2007) styrker detta då de förklarar vikten av att ha kompetens inom den psykologiska delen i kommunikationen vilket i sin tur är kopplat till känslor.

Ett fynd visade att vid riktigt kritiska överlämnade skedde mindre avbrott i form av frågor vid överlämningsprocessen. Detta kunde bero på att personal var mer skärpta och på så sätt hade ett mer aktivt lyssnande då tiden var mycket avgörande, detta visades även i en studie från 2013 av Dawson, King och Grantham.

Sjuksköterskornas erfarenheter av kommunikationen vid överlämnande visades i studien var vikten av att följa de rutiner som fanns i form av RAKEL och S-bar. Erfarenheterna är att RAKEL som förlarm och S-bar vid det fysiska överlämnandet var rutiner som var välfungerande. RAKEL är Sveriges kommunikationssystem för samverkan och ledning. Radiosystemet finns i hela Sverige för att stärka krishantering och för verkan av den dagliga kommunikationen gällande hälsa och säkerhet (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2015). Detta radiosystem som användes vid direktkommunikation var i syfte att förbereda personalen på akutmottagningen på inkommande patient. S-bar är ett kommunikationssystem där informationen som ska överföras följer fyra parametrar, dessa är situation, bakgrund, aktuellt, rekommendationer. Endast informationen för de gällande stegen ska tas upp. S-bar är uppbyggt för att på ett rent och strukturerat sätt förmedla information (Socialstyrelsen, 2015). Studien visade att RAKEL och S-bar kompletterar varandra och tillsammans underlättar de strukturer i överlämningsprocessen. RAKEL används som en del

av S-bar då situationen rapporteras in i ett förberedande syfte. I en studie gjord av Jenkin, Abelson-Mitchell och Cooper (2007) framkom förslag om att informationsutbytet skulle ske i 2 faser, vilket idag kan ha resulterat i användandet av de 2 faserna RAKEL och S-bar. Vikten av att strikt följa dessa faser steg bör poängteras i de akuta situationerna.

I resultatet visades det att trots den påfrestande miljön i form av tid och risk för efterföljande men fungerade kommunikationen förvånansvärt bra trots små brister. Detta kan bero på att professionen som en sjuksköterska har innebär att ta ett ansvar och att förstå sina skyldigheter. Ambulans och akutpersonal har professioner där de ska kunna arbeta i dessa miljöer och studien visar att de ser vikten av kommunikationens värde.

Slutsats

Genom belysning av syftet framkom det att sjuksköterskans erfarenheter av kommunikationen än idag upplevs delvis brista. Under de senaste åren har det inte setts någon större förändring vad gäller kommunikationsprocessen av patientöverlämnande vid akuta situationer. Sjuksköterskans erfarenheter styrker tidigare litteratur och detta bör därför uppmärksammas för att uppnå tryggare överlämnande vid prio 1 larm. Det som bör förbättras är att skapa ett bättre aktivt lyssnande hos båda parter, strukturera upp processen enligt S-bar samt att kort och koncist ge den väsentliga informationen för att skapa en god efterföljande vård, vilket ligger i sjuksköterskans ansvar. Detta ansvar av kommunikation vid överlämnandet gäller inte bara de berörda verksamheterna utan även för hela hälso-sjukvården för att uppnå god omvårdnad. Den objektiva informationen finns vid överlämningsprocessen, det är faktorer vid det personliga mötet som gör att det brister. Bör mer fokus ligga på kommunikationens emotionella del?

Självständighet

Den etiska granskningen skrevs tillsammans, likaså informationsbrevet till de berörda avdelningarna. Hagelin E. kontaktade avdelningscheferna på de berörda avdelningarna via telefon för att se om intresse fanns att medverka i studien och efter detta mailade Hagelin E. ut informationsbrevet. Inledningen skrev Hagelin E. och Tärnberg M. tillsammans. Tärnberg M. skrev om kommunikation och överlämnande varav Hagelin E. skrev om ansvar och miljö som sedan vävdes in i rubrikerna kommunikation och överlämnande. Även metoden delades upp. Hagelin E. skrev om design, population och datainsamling medan Tärnberg M. skrev om

dataanalys och etik. Hagelin E. gjorde sedan intervjuerna på ambulansverksamheten medan Tärnberg M. transkriberade dessa. Hagelin E. representerade arbetet fram till mittseminariet och vidare till och med vecka 16 då Tärnberg M. kom hem från utbytesprogram i Sydafrika. Efter Tärnberg M. kom hem från Sydafrika gjorde författarna intervjuerna på akutmottagningen tillsammans och efter detta transkriberade Hagelin E. och Tärnberg M. varsin intervju. Dataanalys, resultat, diskussioner samt slutsats arbetade Hagelin E. och Tärnberg M. fram tillsammans. Kritisk granskning skedde från vardera håll med en gemensam sammanställning av denna innan examination.

Referenser

- Abourbih, D., Armstrong, S., Nixon, K. & Ackery, A.D. (2014). Communication between nurses and physicians: Strategies to surviving in the emergency department trenches. *Emergency Medicine Australasia*, 27, 80-82.
- Danielsson, M., Nilsen, P., Ohrn, A., Rutberg, H., Fock, J & Carifjord, S. (2014). Patient safety subcultures among registered nurses and nurse assistants in Swedish hospital care: a qualitative study. *BMC Nurs*, 13, 39.
- Dawson, S., King, L. & Grantham, H. (2013). Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emerg Med Australas*, 25, 393-405.
- Evans S.M., Murray A., Patrick I., Fitzgerald M., Smith S., Andrianopoulos N. & Cameron P. (2010) Assessing clinical handover between paramedics and the trauma team. *Injury*, 460–464.
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I: L. Wiklund Gustin & I. Bergbom, (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (sid. 321-330). Lund: Studentlitteratur.
- Furåker, C. & Nilsson, A. (2013). Kompetens, kunskap och lärande I: J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (sid. 15- 32). Stockholm: Liber.
- Graneheim, UH. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 24, 105-112.
- Hoban, V. (2003). How to handle a handover. *Nursing Times*, 99, 54-55.
- Jenkin, A., Abelson-Mitchell, N. & Cooper, S. (2007). Patient handover: time for a change? *Accid Emerg Nurs*, 15, 141-147.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lowthian, J.A., Cameron, P.A., Stoelwinder, J.U., Curtis, A., Currell, A., Cooke, M.W. & McNeil, J.J. (2011). Increasing utilisation of emergency ambulances, *Australian Health Review*, 35, 63-69.
- Mc Fetridge, B., Gillespie, M., Good, D. & Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing In Critical Care*, 12, 261-269.
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2015). RAKEL
<https://www.msb.se/sv/Produkter--tjanster/Rakel/> hämtad: 2015-05-01
- Nightingale, F. (1924). *Anteckningar om sjukvård*. Stockholm: svensk sjuksköterskeförenings förlag.

Nilsson, B., & Waldemarson, A.K. (2007). *Kommunikation Samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen- kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Patel, R & Davidson, B (2011). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pruitt, C.M. & Liebelt, E.L. (2010). Enhancing Patient Safety in the Pediatric Emergency Department: Teams, Communication, and Lessons From Crew Resource Management, *Pediatric Emergency Care*, 6, 942-951.

Sarvimäki, A & Stenbock-Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik: sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm; Liber.

Socialstyrelsen (2015). *Säker kommunikation i vården*. Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/sakerkommunikation> Hämtad: 2015-05-01

Scott LA., Brice JH., Baker CC. & Shen P. (2003). An analysis of paramedic verbal reports to physicians in the emergency department trauma room. *Prehosp Emerg Care*, 7, 247–251.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag.

SOS Alarm (2015). Ambulansbeställning. SOS Alarm <http://www.sosalarm.se/Vara-tjanster/Vard/Ambulansbestallning/> hämtad: 2015-04-29.

Bilaga 1 Informationabrev

Informationsbrev till deltagare i studien: Kommunikation vid överlämnande

Sjuksköterskans egna erfarenheter av kommunikation vid patientöverlämning i akuta skeden.

Hej!

Vi heter Ellen Hagelin och My Tärnberg och går termin 5 på sjuksköterskeprogrammet vid Blekinge tekniska högskola. Vi kommer att undersöka akut- och ambulanssjuksköterskors erfarenheter kring kommunikation vid överlämnandet av patienter i det akuta skedet. Med det akuta skedet menar vi där tiden är avgörande för liv eller död hos patienten, patienter som klassas som prio 1. Detta är en studie vi anser är viktig då det idag finns tidigare studier som visar att kommunikationen vid ett patientöverlämnande i dessa situationer brister, men inte vad sjuksköterskors egna erfarenheter av detta är. Vi ser att denna studie skulle kunna få fram vad sjuksköterskor som arbetar i dessa miljöer själva anser och har för erfarenheter och som senare kan leda till en förbättring och i sin tur ökad trygghet hos personal och en högre patientsäkerhet.

Detta informationsbrev skickas först till etikkommittén Sydost och efter godkännande av dem till avdelningscheferna på vardera verksamhet. Tanken är sedan att ni väljer ut två deltagare vardera för intervju. Intervjuerna äger rum under våren 2015 och det kommer vara en intervju per sjuksköterska.

Syftet med undersökningen är att belysa sjuksköterskornas egna erfarenheter av kommunikationen, då det finns tidigare studier som visar på att denna sviktar vid överlämnandet av patienter.

Studien kommer att genomföras med semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor från båda avdelningarna. Intervjuerna kommer att dikteras och det inspelade materialet kommer efter att studiens har avslutats att förvaras i ett kassaskåp på högskolan. Deltagarnas

personuppgifter kommer att hanteras enligt personuppgiftslagen (1998:204). Uppgifterna kommer att hanteras konfidentiellt genom kodning och inga personuppgifter eller specifikt sjukhus kommer kunna kopplas till de intervjuade. Svaren kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem och ansvarig för dina personuppgifter är Ellen Hagelin och My Tärnberg, studenter vid Blekinge tekniska högskola.

Den färdiga studien kommer att vara en öppen handling och för alla att ta del av. Studien kommer finnas tillgänglig på Blekinge tekniska högskolas hemsida under rubriken *Arkiv X*.

Har ni frågor om oss eller vår undersökning är ni välkomna att kontakta oss

Ellen Hagelin, ellen.hagelin@gmail.com eller telefon 0737594378

My Tärnberg myta13@student.bth.se eller telefon 0739598436

Handledare: Professor johan.berglund@bth.se eller telefon 0455-385471

Bilaga 2 Intervjuguide

Intervjun inleddes med öppningsfrågan:

Beskriv vilka erfarenheter ni har av kommunikationen vid patientöverlämnande mellan er och den lämnande/mottagande enheten? Och hur er erfarenhet är att denna fungerar.

Därefter följde följande frågor:

Nämn en eller flera situationer där ni tycker att kommunikationen har fungerat bra respektive dåligt samt på vilket sätt den har fungerat bra/dåligt.

Anser ni att det finns tillräckligt med tid för informationsutbyte vid patientöverlämnandet, utveckla.

Vad finns det för rutiner att tillgå vid informationsutbytet och vad är era erfarenheter kring dessa?

Utöver den verbala kommunikationen, vilka andra eventuella tillvägagångssätt använder ni er av för att överföra kommunikation angående patienten?

Bilaga 3 Etiskt godkännande



Ellen Hagelin Johan Berglund My Tärnberg Institutionen för hälsa
Sjuksköterskeprogrammet Blekinge Tekniska Högskola Blekinge Tekniska Högskola

Projektansvariga Handledare

Rådgivande yttrande över projektet ”Kommunikation vid överlämnande – Sjuksköterskans egna erfarenheter av kommunikation vid patientöverlämning i akuta skeden” (dnr EPK 272-2015)

Etikkommittén Sydost har tagit del av projektplanen inför examensarbete på sjuksköterskeutbildningen. Ni har gjort bra reflektioner ur etiskt perspektiv och vi ser inga större etiska hinder kring genomförandet av denna studie. Etikkommittén vill informera att vår bedömning är tänkt att endast fokusera kring just etiska aspekter och inte övriga delar av innehållet.

Några delar ni bör beakta är:

Intervjuguiden ni hänvisar till finns inte bifogat. För att bedöma vilka möjliga etiska problem som studien innebär bör tillgång till den finnas.

Fråga 10

Sannolikt kan även examinator komma att ha tillgång till materialet. Det är bättre att skriva att ingen obehörig har tillgång.

Att låta avdelningschefen välja deltagare, bedömer vi inte lämpligt, det kan leda till att sjuksköterskorna känner sig tvingade att delta. Det är då bättre att informera om studien och låta de berörda själva anmäla intresse.

Fråga 13

Fråga 14

Information om hur brev kan/bör utformas samt exempel på Informationsbrev finns på Etikkommitté Sydosts hemsida under ”Länkar och information”:

<http://www.bth.se/hal/eksydost.nsf/sidor/2243c9cac5577d2fc1257a8600206c71?OpenDocument>

Konfidentialitet för intervjuade kan vara svårt att upprätthålla med tanke på få deltagare.

-Informationsbrev

Här ges praktiska råd som ni kan använda för att formulera om era brev, t ex rubrik, hur inledningen bör se ut etc.

Övrigt



Karlskrona 2015-03-19 Etikkommittén Sydost

Louise Stjernberg Ordf.

Bilaga 4 Innehållsanalys

Meningsenheter	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
S-bar är ju absolut bra sätt för att få med så mycket information som möjligt	Mycket information med S-bar	Informationsrikt	Kommunikationssystem	Önskemål av rutin och struktur vid kommunikation
Vi får ut dataskriven sida när vi går ut ur bilen i stort sätt	Utskriven journal från bilen	Journal	Användning av skriftlig journal	
Tydlighet och det att man får prata det tycker jag är min personliga ehm.. om man ska få ett bra ehm.. överlämnande så måste vi vara tydliga och ha tydliga ramar och få tid att lämna över dem rapporterna.	Tydlighet och tid vid överlämnande	Tydliga ramar	Välfungerande rapportering	Sjuksköterskans erfarenheter av överlämnandet
Problemet är ibland kan jag tycka att många gånger att ehm.. man inte får rapportera färdigt	Problem att inte få rapportera färdigt	Rapportproblem	Brister vid informationsöverföring	
Vi stressar nog på det. Vi stressar på det från vår sida och akutpersonalen stressar på det för att de vill börja jobba.	Stress från båda sidor	Stress	Den stressade miljön gör att det brister	
Ge den tiden för att rapportera för att kommer inte rapporten vidare då är det jag som	Jag är ansvarig för rapporten	Ansvar	Sjuksköterskans ansvar	

är skyldig. Då är det jag som kan bli anmäld.				
---	--	--	--	--