

**UPPLEVELSE AV RAPPORTERING I SAMBAND MED
PATIENTÖVERFÖRING PÅ EN AKUTKLINIK**

**EXPERIENCE OF PATIENT HANDOVER WITHIN A
DEPARTMENT OF EMERGENCY MEDICINE**

Magisterprogrammet i omvårdnadsvetenskap
med inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 2012 - 06 - 05
Kurs: HT 09

Författare:
Mari Aasa
Marie Larsson

Handledare:
Anna Letterstål

Examinator:
Sissel Andreassen

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Inom Hälso- och sjukvården genomförs ett stort antal patientöverföringar där viktig information angående patienten ska förmedlas från en vårdgivare till en annan. Forskning har visat att det är i patientövergångarna som flertalet vårdskador uppstår på grund av brister i kommunikationen. Sjuksköterskor och läkare har olika sätt att kommunicera information på, vilket delvis har en grund i att vården traditionellt sett är hierarkiskt uppbyggd. Detta i sin tur har präglat hur kommunikation lärs ut i respektive utbildning. Patientomhändertagandet på ett akutsjukhus innefattar koordination av vården mellan flera olika specialiteter med många patientöverföringar vilket ställer stora krav på en fungerande kommunikation. När kommunikationen brister beror det inte bara på enskilda personer utan är i många fall ett resultat av att det saknas en stödjande organisation och ett övergripande ledningssystem för patientsäkerhet och kvalitetsfrågor. Världshälsoorganisationen (WHO) och Joint Commission m.fl. rekommenderar att sjukvården använder sig av strukturerade rapportmodeller för att minska risken för vårdskador.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors och läkares upplevelse av den muntliga rapporten i samband med patientöverföring mellan akutvårdsmottagning och akutvårdsavdelning.

Metod: En kvalitativ metod användes där data samlades in genom fokusgruppsintervjuer. Intervjuerna transkriberades och analyserades med hjälp av kvalitativ manifest innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom sammanlagt 20 kategorier (9 för sjuksköterskor och 11 för läkarna). Några av de mest framträdande kategorierna i sjuksköterskegruppen var bl.a. *Bristande information påverkar vårdplaneringen*, där sjuksköterskorna upplevde att väsentlig information om patienten och dess vårdplan saknades och *Patientsäkerheten påverkas av sjuksköterskans frågor*, där sjuksköterskorna ansåg att deras motfrågor ökade patientsäkerheten. I läkargruppen framkom bl.a. *Individberoende struktur på rapporteringen och bristande förberedelse* där samtliga läkare i fokusgruppsintervjun ansåg sig ha en struktur i sin överrapportering men menade samtidigt att inte alla hade förmågan att rapportera strukturerat och därmed kunde information om patienten gå förlorad och *Skilda uppfattningar utgör ett värdefullt filter* där läkarna var överens om att sjuksköterskornas frågor och ifrågasättande kunde utgöra ett värdefullt filter som bidrog till ökad patientsäkerhet.

Slutsats:

Överrapporteringen från läkare upplevs ofta som bristfällig vilket gör att sjuksköterskan känner sig tvungen att ställa många frågor för att bibehålla patientsäkerheten.

Nyckelord: kommunikation, miljö, patientsäkerhet, patientöverföring.

ABSTRACT

Background: In the Health Care there is a large number of patient transfers in which important information regarding the patient, is transferred from one caregiver to another. Research has shown that it is in patient care transitions that most injuries occur because of lack of communication. Nurses and doctors have different ways of communicating information on, partly from the fact that healthcare is traditionally hierarchical. This in turn has influenced the way communication is taught in both courses. Patient treatment operation at an emergency hospital includes coordination of care between different specialties with many patient transfers, which places heavy demands on the appropriate communication. When communication breaks down it depends not only on individuals but is a result of the lack of a supporting organization and a comprehensive management system for patient safety and quality issues. World Health Organisation (WHO) and Joint Commission and others, recommends that health care makes use of structured report models to reduce the risk of preventable harm.

Aim: To describe nurses and physicians experiences of verbal report to patient transfer from emergency department to a short term emergency ward.

Method: A qualitative method was used where data were collected through focus group interviews. Interviews transcribed and analyzed using qualitative manifest content analysis.

Result: The result revealed a total of twenty categories, nine for nurses and eleven for the physicians. Some of the most prominent categories of the nursing group included *Lack of information affects the care plan* where nurses experienced significant information about the patient and the care plan, were not available and *Patient safety is influenced by nurses questions* where nurses felt that their questions increased patient safety. In the physicians group some of the prominent categories were *Individual structure of reporting and lack of preparation* where all the physicians claimed to have a structure in its over - reporting but considered that not all were able to report structured and information about the patient could be lost and *Different views are a valuable filter* where the physicians agreed that the nurses questions could be a valuable filter that contributed to increased patient safety.

Conclusion:

Over reporting by physicians is often perceived as deficient, which means that the nurse feels compelled to ask many questions in order to maintain patient safety.

Keywords: communication, environment, patient - safety, patient handover.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | BAKGRUND | 1 |
| 1.1 | Kommunikation..... | 1 |
| 1.2 | Kommunikationen mellan läkare och sjuksköterska..... | 2 |
| 1.3 | Hierarki som hinder för kommunikation..... | 2 |
| 1.4 | Bristande kommunikation i samband med patientöverföring | 3 |
| 1.5 | Patientsäkerhet | 3 |
| 1.6 | Strukturerad kommunikation i patientöverföringen | 4 |
| 2 | PROBLEMFÖRMULERING | 5 |
| 3 | SYFTE | 5 |
| 3.1 | Frågeställningar | 5 |
| 4 | METOD | 6 |
| 4.1 | Urval..... | 6 |
| 4.2 | Datansamlingsmetod | 6 |
| 4.3 | Dataanalys | 7 |
| 4.4 | Etiskt övervägande | 8 |
| 4.5 | Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet..... | 8 |
| 5 | RESULTAT | 9 |
| 5.1 | Sjuksköterskor | 10 |
| 5.2 | Läkare..... | 13 |
| 6 | DISKUSSION | 16 |
| 6.1 | Metoddiskussion..... | 16 |
| 6.1.1 | Metodval..... | 16 |
| 6.1.2 | Urval..... | 16 |
| 6.1.3 | Giltighet, tillförlitlighet överförbarhet | 17 |
| 6.1.4 | Datansamling..... | 18 |
| 6.1.5 | Datanalys | 18 |
| 6.2 | Resultatdiskussion | 19 |
| 6.3 | Slutsats | 22 |
| 6.3.1 | Bifynd..... | 23 |
| 6.3.2 | Förslag till vidare forskning | 23 |
| 7 | REFERENSER | 24 |

BILAGOR

- I. Informationsbrev sjuksköterskor och läkare
- II. Intervjuguide fokusgrupper sjuksköterskor
- III. Intervjuguide fokusgrupper läkare
- IV. Ansökan om tillstånd från verksamhetschefen
- IV.I. Inhämtande av godkännande

1 BAKGRUND

Inom Hälso- och sjukvården utbyts en mängd information angående patientens tillstånd, under synnerligen tidvis påfrestande förhållanden, vilket kan leda till att informationen blir ofullständig eller feltolkad.

Enligt en rapport från Socialstyrelsen så är den vanligaste bakomliggande orsaken till vårdskador kommunikationsbrister i samband med övergångar i vården (Socialstyrelsen, 2009). Övergångar innebär att patienten förflyttas från en vårdenhet till en annan, på engelska transfer. Detta är i hög grad en patientsäkerhetsfråga. Socialstyrelsen definierar *patientsäkerhet* som ”frånvaro av vårdskada” och definitionen av en vårdskada är ”lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom, eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd” [SOSFS 2005:12]. Allvarlig vårdskada definieras som; ”vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten har fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit” (Patientsäkerhetslagen, 2010:659).

Under åren 2000 - 2006 skedde en ökning av Lex - Maria ärenden från 1016 till 1618. De flesta handlade om kommunikation eller brist på kommunikation och/eller information (Socialstyrelsen, 2010). The Joint Commission, en amerikansk organisation som ackrediterar och certifierar sjukvården i USA hade då i en granskning av inrapporterade avvikelser kommit fram till att 70 procent av vårdskadorna berodde på bristande kommunikation och att 50 procent av dessa kommunikationsbrister skedde i samband med patientöverföringar (Joint Commission, 2006).

År 2010 hade siffrorna stigit till 80 procent där allvarliga medicinska fel hade en grund i bristande kommunikation (Joint Commission., 2011).

1.1 Kommunikation

Kommunikation kommer från latinet *communicatio* = ömsesidigt utbyte, av *communico*, göra gemensamt, låta få del i/av, meddela (Nationalencyklopedin, 2011).

Människan har ett medfött behov av att kommunicera som märks redan från nyföddhetsstadiet. Vi kommunicerar för att överleva, samarbeta och för att tillfredsställa personliga behov (Nationalencyklopedin, 2011; Fossum, 2007).

Den mest grundläggande kommunikationen försiggår inom familjen, därefter i kamratformen och i arbetsgruppen. Modernt arbetsliv förutsätter planerad kommunikation. Näst efter sömn och arbete ägnar vi den mesta delen av vår tid till masskommunikation. Samhället skulle inte fungera om inte möjligheten till masskommunikation skulle finnas (Nationalencyklopedin, 2011).

Kommunikationen i språkliga sammanhang sker mellan människor, med hjälp av språk, ljud, visuella bilder och tecken när information utväxlas. Information innebär även att talarens budskap ger upphov till någon effekt. Då används både tal, skrift, verbala signaler och ickeverbala signaler, exempelvis olika kroppsställningar eller ljud. När det gäller förståelse av signalerna i ett uttalande, är det väsentligt att vara medveten om sambandet, och den kultur som kännetecknar sammanhanget samt vad som förekommer bakom orden, bilderna eller kroppsspråket (Backlund, 2006).

Kommunikation inom yrkeslivet, som yrkesutövare och expert är professionell och skiljer sig från kommunikationen i vardagslivet. Begreppet ”professionell” härrör från det latinska ordet

för yrke, *professio*. Med professionell kommunikation menas här kommunikation som hör till vårt yrke och utgår från våra yrkens grundläggande värderingar. I vår kommunikation med andra uttolkar vi samtalspartens både verbala och ickeverbala signaler. Effekten av signalerna är betydelsefulla för lyhördheten av kommunikationsutbytet (Eide & Eide, 2008).

1.2 Kommunikationen mellan läkare och sjuksköterska

En australiensisk översiktsstudie visar att i de flesta länder är läkar- och sjuksköterskestudenternas utbildning och praktik vitt skilda från varandra, vilket medför att den interprofessionella relationen och kommunikationen inte ingår i den förberedande träningen inför yrkeslivet. Det bidrar till att en effektiv kommunikation känns främmande för båda grupperna (Curtis, Tzannes & Rudge, 2011).

I en studie av Fox (2000) som observerade kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor på en Trauma- och ortopedklinik i Storbritannien fann man att både läkarna och sjuksköterskorna var osäkra på vad som ingick i den andra professionens uppgifter och ansvarsområden. De hade därmed svårt att identifiera samt värdera varandras arbetsbörda. Det ledde till brist på respekt för varandra och därmed försämrad kommunikation.

Ändå förväntas läkare och sjuksköterskor, som medlemmar av ett team, att leverera en säker och högkvalitativ vård till patienterna (Robinson, Gorman, Slimmer & Yudkowsky, 2010).

Sjuksköterskor och läkare tränas på olika sätt i sin utbildning vad gäller sättet att kommunicera information. Sjuksköterskor rapporterar i allmänhet mer beskrivande och detaljerat angående patienten, medan läkarna oftast är mera koncisa, kortfattade och med fokus på nyckelinformationen (Thomas, Betman & Johnson, 2009; Leonard, Graham & Bonacum, 2004). I en litteraturoversikt (Manojlovich, 2010) där författarna specifikt tittade på kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare fann de att brister i kommunikationen ofta resulterade i fel. Vidare menar de att sjuksköterskan inte ger tecken, en vink om, eller kommunicerar tillräckligt tydligt till läkaren. Det beror på att sjuksköterska anser det hon/han vill framföra är frågan om intuition och därför är svårt att validera på ett objektivt sätt. Christie och Robinson (2009) menar att effektiv kommunikation var en viktig faktor för att både förbättra omhändertagandet och patientresultatet. Några av de viktigaste kommentarerna från både sjuksköterskegruppen och läkargruppen var svårigheter med kommunikationen. Via telefon kommunicerade sjuksköterskor inte på ett tydligt sätt eller var osäkra på formuleringen och det ledde till att de inte fick de svar de var i behov av. Läkarna hade prioriteringssvårigheter på grund av otillräcklig verbal överföring från sjuksköterskegruppen samt delgav inte alltid förändringar i handläggandet av patienten, till andra i personalgruppen. I en komplex miljö som akutmottagning och akutvårdsavdelning, där vården utförs av multidisciplinära team, är risken stor att kommunikationsbrister uppstår p.g.a. dessa skillnader.

1.3 Hierarki som hinder för kommunikation

Vården är av tradition hierarkiskt uppbyggd, där den medicinska kompetensen med läkaren i spetsen rent historiskt har åtnjutit stor makt och auktoritet i samhället. I början av 1900 - talet hade läkaren en oinskränkt makt inom vården och hade t.ex. en lagstadgad rätt att själv anställa och avskeda de sjuksköterskor som han ville ha eller inte ville ha (Götlind, 2010). Kommunikationen blir sannolikt förvanskad eller tillbakahållen i situationer där det finns hierarkiska skillnader mellan två kommunikatörer. Kommunikationsbrister uppkommer från hierarkiska skillnader, rollkonflikter, tvetydigheter och interna maktkonflikter, eller om det råder ett sexistiskt tänkande (Suitcliffe, Lewton & Rosenthal, 2004; Robinson et. al., 2010). En effektiv arbetsledare frångår det hierarkiska tankesättet och skapar en familjär stämning

som gör att det känns tryggt att uttala sig och medverka. Auktoritära ledare som underbygger en hierarkisk distans, skapar en onödig risk (Leonard et. al., 2009). Inom sjukvården finns fortfarande hierarkiska strukturer kvar där läkaren i många fall uppfattas stå högst upp. Detta kan vara en bidragande orsak till kommunikationsbrister mellan sjuksköterskor och läkare.

1.4 Bristande kommunikation i samband med patientöverföring

I en amerikansk studie som genomfördes på ett stort universitetssjukhus undersökte Horwitz, Meredith, Schuur, Shah, Kulkarni och Jeng (2009) vilka faktorer som kan bidra till sårbara situationer i samband med att en patient överförs från akutmottagning till inläggande avdelning. De fann flera svagheter inom bl.a. miljö, kommunikation, informationsteknologi, patientflöde och ansvarsöverföring vilka i sin tur bidrog till feldiagnoser, och felbehandlingar. Misslyckad kommunikation var en stor del i de flesta misstagen och inkluderade bristande överföring av information och bristande relationer mellan olika personalkulturer. Även kommunikationen mellan läkare och sjuksköterska var bristfällig. De menar att en patientöverföring innefattar tre dimensioner; vårdgivare, avdelning samt var patienten fysiskt befinner sig. Överföringen sker inte alltid simultant och är därför extra sårbar. Vidare kan det finnas en osäkerhet om diagnos och provsvar och röntgensvar som inte är färdiga vilka därför kan missas att följas upp. Allt detta bidrar till en ökad risk för patientsäkerheten.

I en brittisk kvalitativ studie (Mc Fetridge, Gillespie, Goode & Melby, 2007) kring överrapportering mellan sjuksköterskor på akutmottagning och intensivvårdsavdelning poängterades vikten av en lugn vårdmiljö samt behovet av en gemensam modell för överrapportering eftersom kulturskillnaderna påverkade deras sätt att kommunicera. Andra problem, som togs upp var en osäkerhet hos vårdpersonalen kring ansvarsövertagande. Akutsjuksköterskan ansåg att överföringen började i och med att hon/han fysiskt på plats lämnade över patienten till intensivvårdssjuksköterskan, medan denne i sin tur tyckte att överlämnandet började i samband med telefonrapporteringen från akuten till intensivvårdsavdelningen.

I en retrospektivstudie som undersökte vårdincidenter i samband med patientöverföringar fann man att den högsta förekomsten av incidenter uppstod i samband med överföringar inom samma klinik, framför allt i samband med passbyten. Detta har inom litteraturen identifierats som ett högrisk område, förknippad med brist på struktur, riktlinjer och tillvägagångssätt (Pezzolesi et. al., 2010).

1.5 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet är ett område som har uppmärksammats först de senaste decennierna. En av de första rapporterna om patientsäkerhet kom 1991 men fick inte någon större uppmärksamhet (Brennan, Lucian, Leape, Laird, Hebert, Localio et. al., 1991). Först 1999 när amerikanska Institute of Medicine publicerade en rapport med titeln; "To Err is Human" ökade intresset för patientsäkerhet (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

I en omfattande undersökning om patientsäkerhetskulturen på ett stort antal sjukhus i USA, framkom det fyra olika typer av problem i samband med överföring av information under patientöverföringar och/eller överrapportering. Dessa var; "Saker faller mellan stolarna när patienten förflyttas från en enhet till en annan." "Viktig information om patientens vård faller ofta bort under ett skiftbyte." "Problem upptäcks ofta i samband med utbyte av patient - information mellan vårdavdelningarna." "Skiftbyten är problematiska för patienten på detta sjukhus." (Sorra, Famolaro, Dyer, Nelson & Khanna, 2008). Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2012) så utgörs patientsäkerhetskulturen av de attityder och värderingar som råder på en arbetsplats. Det har stor betydelse för hur patientsäker vård en verksamhet lyckas skapa.

Sorra et. al. (2008) menar vidare att kvaliteten på överrapportering varierar på grund av att en stödjande organisation saknas och att bristen på formella råd och guidelines konsekvent hindrar en bra patientöverföring.

Socialstyrelsen har visat att förutom bristande kommunikation som en orsak till vårdskada bidrar även bristande samordning och uppföljning till vårdskador. Vårdens struktur och organisation utgör ibland i sig själv en motfaktor mot en fungerande kommunikation kring patienterna. Vården bör organiseras utifrån patientens behov och inte präglas så mycket av verksamhets- och professionsperspektiv. En granskning av vårdgivarnas ledningssystem visade att många vårdgivare saknar ett övergripande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhetsfrågor (Patientsäkerhetslagen, 2010:659).

Suitcliffe, Lewton och Rosenthal (2004) menar att visserligen gör individer fel, men de missöden som uppträder i en komplex sjukhusmiljö har inte bara *en* bakomliggande orsak, utan är resultat av en följd av dolda sprickor genom hela systemet. Patientomhändertagandet innefattar komplicerade undersökningar och koordination av vården mellan flera olika specialiteter, vilket medför ett antal patientöverföringar där viktig information måste kommuniceras effektivt. Detta ställer stora krav på både sjukvårdspersonal och patient. Den nya Patientsäkerhetslagen [2010:659] som gäller från 2011 syftar till att göra vården säkrare och att vårdgivare får ett otvetydigt ansvar att systematisera patientsäkerhetsarbetet. Syftet är också att förflytta fokus från den individuella yrkesutövaren till organisationen, alltså även miljö, teknik, och hela kedjan som yrkesutövaren är verksam i (Socialstyrelsen, 2011).

1.6 Strukturerad kommunikation i patientöverföringen

Den ideala överrapporteringen borde vara sömlös där den mottagande personalen blir lika informerad som den överlämnande personalen är (Ye, McD Taylor, Knott, Dent & MacBean, 2007). Strole och Ottani (2006) menar att en överrapportering först och främst är en kommunikationsprocess i samband med skiftbyten, för att förmedla väsentlig patientinformation och underlätta kontinuiteten av patientens vård.

En viktig komponent för att lyckas med koordinationen av vården är en effektiv kommunikation inom teamet (Marshall, Harrison & Flanagan, 2007; Thomas, Bertram & Johnson, 2009; Woodhall, Vertacnik & Mc Laughlin, 2008).

Athwal, Fields och Wagnell (2009) anser att en överrapportering som saknar riktlinjer och formell struktur kan leda till en ineffektiv rapport där irrelevant och icke adekvat information utbyts. För att förebygga detta kan en strukturerad modell för informationsöverföring användas. Detta rekommenderas även av stora sjukvårdsorganisationer som WHO (2007) och Joint Commission (2006).

Några exempel på strukturerade rapportmodeller som används inom sjukvården är bl.a. CUBAN (Confidential, Uninterrupted, Brief, Accurate, Named nurse) (Currie, 2002) och SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) (Wallin & Thor, 2008). Currie (2002) anser att genom att standardisera muntligt överlämnande och genomföra det konsekvent vid varje överlämnande förbättras kvaliteten. För att kvalitén på varje muntlig överlämning ska förbättras bör det enligt Currie ske enligt CUBAN som även fastställt vilka frågor sjuksköterskor inom akutsjukvården ska prioritera vid överlämnande. Genom att använda en guideline skulle det kunna utelämnas icke relevanta detaljer vilket medför en bättre fokusering och noggrannhet. Modellen CUBAN inkluderar namn och ålder, kontaktorsak, vitalparametrar och sjukdomshistoria av vikt, behandlingar som patienten fått, begränsningar för patienten, vårdplan och sociala omständigheter som är av vikt.

Enligt Wallin och Thor (2008) skapar SBAR förutsättningar för ett sakligt och korrekt informationsbyte med fokusering på den viktigaste informationen. Kommunikationen ska vara korrekt, komplett och avgränsad för att skapa en gemensam förståelse för situationen,

hos både sändare och mottagare. SBAR samlar, inventerar, strukturerar och överför information samt skapar förutsättningar för dialog. Informationsöverföring enligt SBAR kan även ge sjuksköterskan tydligare riktlinjer för kontakt med läkaren.

Båda dessa modeller framhåller vikten av att ha en standardiserad modell där rapporten får ske utan avbrott. Inom akutkliniken rapporteras patienten från akutmottagning in till AVA enligt varje enskild läkares egen struktur. Det kan medföra att rapporteringen uppfattas olika, beroende på vem som rapporterar. Det innebär att sjuksköterskan som tar emot rapporten ofta känner sig tvungen att ställa följdfrågor för att få en helhetsuppfattning angående omhändertagandet av patienten.

2 PROBLEMFORMULERING

Forskning har visat att patientöverföringar från akutvårdsmottagning till vårdavdelning är extra sårbara då risken är stor att information faller bort på grund av samtidigt handhavande av flera svårt sjuka patienter, oklara diagnoser, pågående skiftbyten m.m. (Dingra, Elms & Hobgood, 2010; Horwitz et al., 2009).

Akutkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna som bl.a. omfattar akutvårdsmottagning och två akutvårdsavdelningar (AVA 1 och 2) är en mycket informationstät miljö som karakteriseras av ett högt tempo med svårt sjuka patienter som i många fall saknar diagnos. Detta ställer stora krav på god kommunikation och hög patientsäkerhet.

Överrapportering mellan akutvårdsmottagning och akutvårdsavdelning sker både via telefon och öga mot öga på akutvårdsmottagningen vilket ställer krav på både rapportör och mottagare vad gäller förmåga att strukturera rapporten. Det kan ibland vara svårt att få en helhetsuppfattning om patientens tillstånd på grund av att omgivningen på akutvårdsmottagningen ofta är stimmig där flera andra aktiviteter pågår samtidigt. Utifrån vår kliniska erfarenhet anser många sjuksköterskor på avdelningen att läkarens rapport är otydlig kring vilka åtgärder som är ordinerade eller beslut som är aktuella, vilket uppfattas som en stor brist i patientsäkerheten då viktig information kan falla bort. Eftersom akutkliniken kommer att införa en strukturerad modell för muntlig rapportering är det därför av vikt att undersöka hur den nuvarande rapporteringen mellan läkare från akutvårdsmottagning in till sjuksköterska på akutvårdsavdelning upplevs.

3 SYFTE

Syftet var att beskriva hur sjuksköterskor och läkare upplever den muntliga rapporten i samband med patientöverföring mellan akutvårdsmottagning och akutvårdsavdelning.

3.1 Frågeställningar

- Hur upplever sjuksköterskorna läkarnas överrapportering?
- Hur upplever läkarna överrapporteringen till sjuksköterska?
- Upplever läkare och sjuksköterska att all väsentlig information framgår för att uppnå en patientsäker vård med nuvarande rapporteringsstruktur?
- Hur upplever läkare och sjuksköterskor den omgivande miljön i samband med muntlig rapportering?

4 METOD

Författarna valde en kvalitativ metod, då det handlar om att fånga människors upplevelser och erfarenheter samt att få en djupare förståelse för ett fenomen. Datainsamling skedde genom fokusgruppsintervjuer. Fördelen med fokusgruppsintervjun är att det är ett effektivt sätt att samla in data under en relativt kort tid. Gruppdynamiken och interaktionen mellan deltagarna ger möjlighet att erhålla högkvalitativ data i ett socialt sammanhang där människor kan överväga sina egna synpunkter i kontexten av andras synpunkter. De kan ge oanade förutsättningar till att få fram allsidig information. Det ger det perspektiv och sammanhang som behövs för att kunna sätta sig in i vad som ligger bakom individens idéer och kunskaper (Patton, 2002). Enligt Patton (2002) och Polit och Beck (2008) bör en fokusgrupp bestå av 6 till 12 deltagare för att vara optimal.

4.1 Urval

Författarna har använt sig av strategiskt urval för att få så rik och allsidig information som möjligt kring valda problemområde (Polit & Beck, 2008; Patton, 2002).

Inklusionskriterierna för deltagande i studien valdes för att återspegla demografin på anställda på den aktuella akutvårdsavdelningen, vilket innebar att informanterna skulle ha en spridning i ålder, kön samt erfarenhet från arbete på avdelningen. Dessa önskemål framfördes till respektive chefssjuksköterska och ställföreträdande verksamhetschef som därefter gav förslag på lämpliga informanter. Sammanlagt blev tio stycken sjuksköterskor tillfrågade om intresse att delta i studien. Alla tio tackade ja. Sjuttio läkare på akutkliniken tillfrågades, detta skedde via mail. Ett informationsbrev (bilaga 1) bifogades till alla tillfrågade där studiens syfte och tillvägagångssätt beskrevs samt information om konfidentialitet och frivillighet, samt rättigheten att när som helst avbryta sitt deltagande. Inklusionskriterierna för läkarna var det samma som för sjuksköterskorna med tillägg för tjänstegrad, vilket var underläkare, AT - läkare, ST - läkare och färdiga specialister. Detta för att få en så bred spridning som möjligt i kompetens och erfarenhet. Akutkliniken hade 2010 cirka 35 specialister, 25 ST - läkare samt 15 underläkare anställda på kliniken. Slutligen tackade fyra stycken läkare ja till att delta, dessa var två stycken specialister och två stycken underläkare.

4.2 Datainsamlingsmetod

Data samlades in genom två fokusgrupper, med åtta sjuksköterskor respektive fyra läkare. Två intervjuguider utformades, en för respektive grupp (bilaga 2 och 3). Frågorna i intervjuguiden baserades på tidigare genomförda enkätfrågor, som hade tagits fram av författarna inför införande av en strukturerad rapporteringsmodell på kliniken.

Fokusgruppsintervjuerna ägde rum under oktober 2010, i ett grupprum på akutkliniken administrationsplan. Platsen valdes för att den var lättillgänglig för deltagarna, men ändå utanför vårdavdelningarna, vilket bidrog till neutralitet ostördhet och trygghet. Avsatt tid för respektive fokusgruppsintervju var 1,5 timme.

En av författarna (M.L.) arbetar på samma avdelning som informanterna och har därför en stor förståelse av sammanhanget och valdes därför till observatör som antecknade kroppsspråk och miner, pauser etc. som inte kom fram i bandupptagningen. Den andra författaren (M.A.) arbetar också inom kliniken men på en annan avdelning med delvis annan inriktning vilket bidrog till en större förbehållslöshet och valdes därför till moderator. Intervjuerna spelades in på band. Instruktioner gavs i inledningen om önskemål att alla skulle tala så tydligt som möjligt med riktning in mot mikrofonen.

Innan respektive fokusgruppsintervju påbörjades klargjordes hur Akutkliniken, Solna, definierat överrapportering samt ämnet som skulle diskuteras under intervjun.

”Med rapportering menar vi en situation där informationen om patientens aktuella tillstånd kommuniceras mellan sjukvårdspersonal i syfte att ge fortsatt adekvat vård på den egna enheten eller i samband med överflyttning till annan enhet.” (Kursivering tillagd)

4.3 Dataanalys

Som analysmetod valdes kvalitativ innehållsanalys. Det är en analysmetod som fokuserar på mänsklig kommunikation och tillhandahåller ett systematiserat sätt att dra giltiga slutsatser från det skrivna, talade och visuella, i syfte att beskriva och ange specifika företeelser. Då syftet var att beskriva det synliga och uppenbara som framkom i intervjuerna valdes en manifest innehållsanalys, vilket riktar sig mot det som direkt uttrycks i texten (Graneheim & Lundman, 2004). En kontroversiell frågeställning är enligt Polit och Beck (2008) vad som ska utgöra själva analysenheten, om det är hela fokusgruppen eller om varje individ inom gruppen ska utgöra en analysenhet. Dock tycks den rådande meningen vara att hela fokusgruppen utgör en analysenhet. Downe - Wamboldt (1992) menar att ju större analysenheten är ju svårare är det att uppnå tillfredställande nivå av reliabilitet i den kodade datan. Författarna har valt att se respektive fokusgruppsgruppsintervju som en enskild analysenhet.

Författarna har transkriberat intervjumaterialet själva. Intervjuerna skrevs ned ordagrant och hänsyn togs till pauser, inlevelse, medhåll och kroppsspråk m.m. för att validera det informanterna uttryckte med ord. Materialet lästes igenom ett flertal gånger av respektive författare för att skapa en känsla för helheten. Under genomläsningarna skrevs ord och fraser som var extra framträdande, ner i marginalen. Dessa jämfördes och diskuterades mellan författarna och de ord som författarna var överens om skrevs ner på ett blädderblock i form av nyckelord. Flera av nyckelorden kunde sedan namnge kategorierna. Fraserna skrevs ner på post - it lappar varav vissa senare blev citat och vissa bildade stommen till de meningsbärande enheterna. Därefter började författarna, var för sig att ta ut meningsbärande enheter som sedan jämfördes sinsemellan för att se om författarna hade uppfattat likadant. I de flesta fall var författarna överens och där det rådde delade meningar diskuterade författarna tills konsensus uppnåddes. De stycken, meningar och fraser som främst svarade på frågeställningarna fick utgöra de meningsbärande enheterna, tillsammans med omgivande text, för att inte förlora sammanhanget. Författarna har under analysens gång gått fram och tillbaka mellan ursprungstexten och de meningsbärande enheterna för att försäkra sig om att inget väsentligt uteslutits. Meningsenheterna har skrivits in ordagrant, förutom några små korrigeringar av det grammatiska, för att underlätta för läsaren.

För att ytterligare validera om författarna hade fått svar på intervjufrågorna så klistrades frågorna upp på ett blädderblockspapper och därefter placerade de meningsbärande enheterna in under den intervjufråga författarna tyckte att de besvarade. Alla intervjufrågor erhöll minst en meningsbärande enhet. De flesta intervjufrågorna hade flera meningsbärande enheter. Nästa steg var att kondensera de meningsbärande enheterna. Detta görs i syfte att korta ner texten utan att förlora kärnan i innehållet.

De kondenserade meningsenheterna försågs därefter med en kod. En kod är en etikett som beskriver innehållet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska koden vara kort och inte bestå av mer än högst fyra ord. Koderna jämfördes därefter med varandra med avseende på likheter och olikheter. Koderna grupperades i subkategorier och huvudkategorier. Resultatet validerades genom att författarnas handledare (A. L.) utan koppling till avdelningen tog del av analysarbetet och förde en diskussion kring de föreslagna subkategorierna och huvudkategorierna.

4.4 Etiskt övervägande

Författarna har beaktat Medicinska forskningsrådets (Vetenskapsrådet, 2003) fyra etiska utgångspunkter. De utgörs av respekt för person, godhetsprincipen, principen att inte skada, samt rättvisepincipen. Deltagarna har informerats både muntligt och skriftligt om syftet med fokusgruppsintervjun samt den förväntade nyttan av studien. I enlighet med samtyckeskravet har de även informerats om frivilligheten i studien, med ett språk som de förstår samt att de när som helst kan avbryta sitt deltagande. Moderator under fokusgruppsintervjuerna var den av författarna som inte arbetar på samma avdelning som deltagarna, detta för att i möjligaste mån undvika eventuell lojalitetskonflikt eller beroendeställning (Vetenskapsrådet, 2003).

Konfidentialitetskravet och nyttjandekravet innebär vidare att deltagarnas data, inte under några omständigheter kommer att användas i något annat ändamål än det som avses med forskningsändamålet samt att uppgifterna inte går att känna igen (identifiera) vem som har sagt vad (Vetenskapsrådet, 2003). Författarna har fått deltagarnas samtycke till att använda de citat som framkommit under intervjun. Några av citaten har författarna varit tvungna att i viss mån omformulera för att inte identifiera enskilda personer (Vetenskapsrådet, 2003). Detta har skett utan att innebörden har förändrats.

4.5 Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Inom kvantitativ forskning är giltigheten beroende av hur noggrant ett instrument är konstruerat och att det mäter det som det har för avsikt att mäta. Inom kvalitativ forskning är forskaren instrumentet. Trovärdighet i en kvalitativ metod är därför till stor del beroende av forskarens skicklighet, kompetens och noggrannhet i fältarbetet. Att transkribera intervjumaterialet själva bidrar till en möjlighet att fördjupa sig i materialet, en erfarenhet som vanligtvis genererar nya insikter (Patton, 2002). Enligt Polit och Beck (2008) så är kvaliteten på transkriptionen extra viktig i fokusgruppsintervjuer då både känslomässigt innehåll samt ord, noggrant bör spelas in eftersom deltagarna inte bara ger gensvar på frågorna utan också på erfarenheten av att befinna sig i en grupp.

Trovärdighet i en innehållsanalys beror på i hur hög grad kategorierna stämmer överens med respondenternas information. Det är viktigt att forskaren intar en så neutral hållning som möjligt för att inte förvränga de data som framkommer (Graneheim & Lundman, 2004; Patton, 2002). Genom att vara två författare som bearbetade analysmaterialet dels var för sig dels tillsammans tills konsensus uppnåddes stärker det validiteten för de framkomna kategorierna/resultatet. Författarna har strävat efter att vara textnära och att i möjligaste mån undvika tolkningar av materialet. Därefter har en tredje person, som inte har samma förförståelse analyserat materialet och diskussioner fördes för att minimera risken för övertolkning.

Tillförlitlighet inom kvalitativ forskning bedöms genom att fråga sig om resultatet skulle bli det samma om studien upprepades med samma eller liknande deltagare och i samma eller liknande kontext. Tillförlitligheten i en studie är beroende av dess giltighet (Polit & Beck, 2008).

Överförbarhet går ut på hur vida resultatet kan appliceras på andra sammanhang eller grupper. För att underlätta överförbarhet är det forskarens uppgift att ge en klar och tydlig beskrivning av sammanhang, urval och karakteristika av deltagare, datainsamling och analysprocess. Därefter är det upp till läsaren att avgöra om resultatet är överförbart (Polit & Beck, 2008).

5 RESULTAT

Fördelningen i fokusgruppen med sjuksköterskor var sex kvinnor och två män och yrkesverksamma år efter examen varierade från 1 till 30 år. Erfarenhet av arbete på den aktuella akutvårdsavdelningen varierade från 1 till 5 år. Åldersfördelningen hos sjuksköterskorna var från 25 år till 55 år. Två av sjuksköterskorna arbetade 50 % på akutmottagningen och 50 % på vårdavdelningen. Ytterligare två andra sjuksköterskor arbetade som områdesansvariga. Samtliga utom en hade kandidatexamen i omvårdnad. Alla arbetade heltid. En var specialistsjuksköterska inom kardiologi.

Läkarnas fokusgrupp bestod av två specialistläkare samt två underläkare. Könsfördelningen var en kvinnlig och en manlig specialist samt en kvinnlig och en manlig underläkare.

Åldersfördelningen låg mellan 30 - 50 år. Specialistläkarna hade varit yrkesverksamma 15 år respektive 22 år. Underläkarna hade bägge 3 års erfarenhet.

Analysen från fokusgruppsintervjun resulterade i nio huvudkategorier för sjuksköterskorna och 11 huvudkategorier för läkarna. Ett exempel på meningsbärande enhet, kondensering, kod, subkategori och kategori kommer att ges för sjuksköterskornas fokusgrupp (Tabell 1). Inledningsvis ges en sammanfattning av resultaten från båda fokusgrupperna.

Tabell 1

| Meningsbärande enhet | Kondensering | Kod | Subkategori | Kategori |
|--|--|--------------------------------|---|--|
| <p>”Vissa läkare rapporterar ju efter sökord alltså andning och så, då blir det lite strukturerat, dom går oftast efter..men det är inget vedertaget.”</p> <p>”Det kan börja bra, att dom tar kontaktorsak, bakgrund, men sen just det här med planeringen tycker inte jag stolpas upp.” Den vävs mer in att nu ska du göra det där! Och sen lite senare i rapporten kommer, och sen ska ni göra det där.”</p> | Vissa läkare rapporterar enligt en viss struktur, men detta omfattar inte patientens vårdplanering | Bristande struktur i rapporten | Ostrukturerad rapport leder till fragmentarisk information om vårdplanering | Bristande information påverkar vårdplaneringen |
| <p>”Ja det missas ju oftast, tycker jag, varningar som man kan läsa i T.C.att man kommer på det först när patienten ligger på salen</p> <p>”Smittor och varningar! Och sen om det kanske liksom är en rullstolsburen patient...eller hur den här patienten är i vanliga fall. Va ska jag säga..för typ av patient, vårdtyngden kanske?</p> <p>”...dom säger aldrig att patienten behöver enkelsal!”</p> | Information av betydelse för patientens vård är ofullständig, saknas eller framkommer inte i tid vilket påverkar vårdplaneringen | Ofullständig information | Att få ofullständig information leder till brister i vårdplaneringen | |

| | | | | |
|--|---|--|---|----------------------|
| <p><i>Forts.</i>”Eller ibland så säger dom att dom behöver det. Ja men då kan vi inte ta den, då kan inte vi fixa en enkelsal! ”Nä men då behöver ni inte!”</p> <p>”Och så är det lite med övervakningen också, att säger vi; ska den vara övervakad? Då säger dom gärna ”Ja!” Alltså det finns inte alltid en hel planering bakom.”</p> | <p><i>Forts.</i></p> | <p><i>Forts.</i></p> | <p><i>Forts.</i></p> | <p><i>Forts.</i></p> |
| <p>”Behandlingsbegränsningar är dom (läkarna) inte så noga med heller...och ta. ”Vem som ska ta tag i det här problemet t.ex. med behandlingsbegränsningar. ”Dom (läkarna) ger ofta muntlig ordination på behandlingsbegränsningar...men det är sällan det blir skriftligt!”</p> | <p>Muntlig och skriftlig ordination vad beträffar behandlingsbegränsningar är otydlig</p> | <p>Otydliga behandlingsbegränsningar</p> | <p>Otydlig ordination av behandlingsbegränsningar</p> | |

Sammanfattning av resultat

Läkarna anser att de har någon slags struktur i sin överrapportering medan sjuksköterskorna ofta upplever rapporten som ostrukturerad, oavsett om läkaren är erfaren eller inte. Det leder till många frågor och ibland ifrågasättande från sjuksköterskorna, frågor som påverkar vårdplanering och bidrar till ökad patientsäkerhet. Läkarna upplever oftast frågorna/ifrågasättandet positivt och som ett värdefullt filter. Sjuksköterskor och läkare är överens om vilka de mest förekommande frågorna är. Läkarna tror att det som är viktigt att få fram i en överrapportering, för att sjuksköterskan ska känna sig trygg i omhändertagandet av patienten är en tydlig bild av allvarlighetsgraden i patientens tillstånd samt intensitetsgraden av åtgärderna.

Sjuksköterskorna anser att en bra överrapportering är klar och tydlig och har struktur, där inga kompletterande frågor behöver ställas. Både läkare och sjuksköterskor uppfattar att miljön där rapportering sker är stökig och full av avbrott och att det är svårt att hitta en fredad plats.

Vad gäller dialog tycker sjuksköterskorna att de har dialog framförallt med de läkare som de känner. Läkarna tycker att i samband med överrapportering så är det inte så mycket dialog utan dialogen förs in på avdelningen när patienten är inlagd. Däremot nattetid tycker läkaren att dialog är viktig i samband med rapportering eftersom sjuksköterskan är mer utelämnad då. Varken läkare eller sjuksköterskor upplever att det råder hierarki.

Angående patientsäkerhet så är sjuksköterskornas uppfattning att om de inte ställer motfrågor i samband med överrapportering så försämras patientsäkerheten. Läkarna anser dels rapportering i stökig miljö med ständiga avbrott och dels att patienter blir kvar på akutmottagningen mellan två jourbyten är en stor risk för patientsäkerheten.

5.1 Sjuksköterskor

Huvud kategorier

- 1) Följdfrågor styrs av erfarenhet
- 2) Sjuksköterskans ifrågasättande ökar följsamhet till riktlinjer
- 3) Patientsäkerheten påverkas av sjuksköterskans frågor
- 4) Bristande information påverkar vårdplaneringen

- 5) Bristande överensstämmelse i läkarens rapport
- 6) Miljön påverkar rapportering
- 7) Den goda rapporten
- 8) Uppleva hierarki
- 9) Dialog

Sammanfattning av sjuksköterskornas fokusgruppsintervju

Sjuksköterskorna upplevde överrapporteringen från läkaren som ostrukturerad, oavsett läkarens erfarenhet, vilket medförde behov av att ställa kompletterande frågor. Patientens status var inte alltid uppdaterat vilket ledde till ytterligare frågor. Dessa frågor ansåg sjuksköterskorna var viktiga eftersom de bidrog till att öka patientsäkerheten. En bra överrapportering uppfattades vara strukturerad med komplett information om patienten, vilket innebar att både medicinska och omvårdnadsaspekter framkommit. Miljön där rapporteringen genomfördes upplevdes ofta som stökig och högljudd utan möjlighet att ske på en fredad plats. Detta gällde både telefonrapport och öga mot öga på akutmottagningen. Sjuksköterskorna upplevde att de i högre grad kunde föra en dialog med de läkare som de tidigare arbetat tillsammans med på avdelningen. Hierarki kunde utgöra ett hinder, främst för nya sjuksköterskor.

Följdfrågor styrs av erfarenhet

Betydelsen av att ställa följdfrågor till läkaren, i samband med överrapportering av patient var något som ofta återkom. Följdfrågor ställs oavsett läkarens erfarenhet för att inte missa viktig information. Genom egen erfarenhet lär sig sjuksköterskan vilka följdfrågor som är viktiga att ställa.

*Det får man lära sig eller det **måste** man göra! Sjuksköterska 6.*

Sjuksköterskans ifrågasättande ökar följsamhet till riktlinjer

Ibland ifrågasätter sjuksköterskan den bedömning som läkaren gjort av patienten, för att säkerställa en adekvat vård.

Sen har vi en jättedålig patient där läkaren ordinerar BIPAP, det kanske räcker att patienten kommer in och blåser lite i flaskan... Sjuksköterska 4.

Sjuksköterskan uppmärksammar även bristande rutiner kring läkemedelslistan och ifrågasätter dessa.

Vet inte om man kan kalla det för ordination: att signera en läkemedelslista fast man kanske inte riktigt har gått igenom den ..man ifrågasatte väl kanske då ifall man ser att den har fått dubbelt av någonting eller någonting har fallit bort. Sjuksköterska 3.

Patientsäkerheten påverkas av sjuksköterskans frågor

Ofullständiga ordinationer och otillräcklig information om patientens tillstånd leder till att sjuksköterskan ställer många motfrågor för att inte missa viktig information om patienten.

Patientsäkerheten är inte fullgod! Sjuksköterska 5.

Vi får ordination på BIPAP och CPAP men inte alltid inställningarna på dom utan då får vi komma med förslag. Sjuksköterska 7.

Bristande information påverkar vårdplaneringen

Sjuksköterskorna upplever att en del läkare rapporterar enligt en viss struktur, men bortser från patientens vårdplanering. Betydande information för patientvården är ofullständig, saknas eller framkommer inte i tid vilket ger konsekvenser för vårdplaneringen. Muntliga och skriftliga ordinationer angående behandlingsbegränsningar är otydliga.

Det är sällan man får beslutat att "dunk" "dunk" "dunk" det här ska vi göra! Sjuksköterska 6.

Och sen om patienten t.ex. har kommit in med andningsbesvär och läkaren säger ingenting om hur patienten mår nu. Har patienten syrgas? Hur saturerar sig patienten? Hur ser andningen ut? Sjuksköterska 2.

Bristande överensstämmelse i läkarens rapport

Läkarens rapport skiljer sig från sjuksköterskans bedömning av patientens tillstånd när patienten kommer till avdelningen.

Det är oftast det att dom säger någonting som inte stämmer, som när man träffar patienten så är den sämre eller så där, eller så är den bättre eller så. Sjuksköterska 1.

Miljön påverkar rapportering

Störande miljö i samband med muntlig rapport påverkar rapportör och mottagare. När läkare ger rapport på disk på akutmottagningen kan vem som helst höra vad som rapporteras. För att inte bryta patientsekretessen kanske läkaren väljer att inte ge all information. Det kan leda till försämrade patientsäkerhet om inte all väsentlig information framkommer.

På akuten kan det ju vara väldigt oroligt så att det är mycket personer runt om som pratar om annat så det är inte helt lätt i denna situation. Sjuksköterska 2.

En negativ sak, ifall man rapporterar ute på disk är ju att, att man blir avbruten. Sjuksköterska 3.

Det är inte särskilt bra sekretess på akuten. Sjuksköterska 4.

Den goda rapporten

Sjuksköterskorna uppfattar att en god rapport är strukturerad och genomförd i en lugn arbetsmiljö där sjuksköterskan inte behöver ställa följdfrågor.

En bra telefonrapport har jag nog ett par stycken där frågorna inte har duggat så tätt. Sjuksköterska 7.

Uppleva hierarki

Någon hierarki upplevs inte direkt, av de erfarna sjuksköterkorna, men däremot av de nyanställda. Det kunde innebära att de inte vågade ifrågasätta så mycket.

När man är lite mer osäker och inte vågar ställa så mycket frågor och ifrågasätta så mycket. Sjuksköterska 1.

Dialog

Oftast sker en dialog kring patientens vård mellan läkare och sjuksköterska.

Det blir oftast dialog i alla fall. Det blir i alla fall ingen monolog. Sjuksköterska 5.

5.2 Läkare

Huvud kategorier

- 1) Individberoende struktur på rapporteringen och bristande förberedelse
- 2) Avsaknad av riktlinjer och olika utbildningsnivå påverkar rapporteringen
- 3) Sjuksköterskans frågor påverkar rapporteringen
- 4) Val av avdelning påverkar läkarens förberedelse.
- 5) Vårdplanering endast på kort sikt
- 6) Skilda uppfattningar utgör ett värdefullt filter
- 7) Förmedla allvarlighetsgrad och prioriterade åtgärder
- 8) Dialogen mellan läkare och sjuksköterska är beroende av tid och plats
- 9) Ingen upplevelse av hierarki
- 10) Avbrott och distraktioner är beroende av läkarens befattning
- 11) Försämrade patientsäkerhet vid hög belastning och vid jourbyte

Sammanfattning av läkarnas fokusgruppsintervju

Läkarnas överrapportering var individberoende utan gemensamma riktlinjer, där alla hade sin egen struktur. Sjuksköterskornas frågor påverkade rapporteringen och uppfattades utgöra ett värdefullt filter. Frågor som ofta återkom från sjuksköterkorna var t.ex. om beslut om HLR var taget och om AVA var rätt vårdnivå för patienten. Det läkarna trodde var viktigt att förmedla i en överrapportering var hur sjuk patienten var samt vårdnivån. Dialog med sjuksköterskan angående vården skedde framförallt när patienten blivit inlagd, eller nattetid när läkarna uppfattade att sjuksköterskan var mer utelämnad. Läkarna upplevde inte någon hierarki inom kliniken.

Miljön i samband med rapportering upplevdes som störande och högljudd. Framförallt specialistläkaren hade svårt att få rapportera ostört, vilket uppfattades som en brist i patientsäkerheten. En annan brist i patientsäkerheten var i samband med jourbyte.

Individberoende struktur på rapporteringen och bristande förberedelse

Det övergripande intrycket av hur läkarna uppfattar både sin egen rapportering men även övriga läkares rapportering, inom akutkliniken, var att den är individberoende. Alla rapporterar inte strukturerat och ibland så upplevs det som att väsentlig information kan gå förlorad, t.ex. vilka läkemedel som har givits på akutmottagningen.

Samtliga läkare ansåg sig dock ha någon slags struktur när de överrapporterar. Däremot skiljer sig strukturerna åt.

*(...) det är väldigt individbetonat så att en del har förmågan att lämna en strukturerad rapport men har en känsla av att ibland så är det väldigt ostrukturerat och det fattas **mycket** väsentlig information... Läkare 2.*

När sjuksköterska och läkare från avdelningen kommer till akutmottagningen för att hämta patienten så har läkaren på akuten inte alltid hunnit förbereda rapporten på grund av akuta händelser eller att den uppgjorda tiden inte har hållits, vilket leder till att överrapportering kan bli bristfällig.

Annars när man bestämmer sig för att nu ska man ringa och rapportera då är man ju liksom...har man grejerna framför sig... och har förberett sig och.. så. Läkare 4.

Avsaknad av riktlinjer och olika utbildningsnivå påverkar rapporteringen

Alla är eniga om att det inte finns några fastställda riktlinjer inom akutkliniken angående överrapportering. Det kan leda till kulturkrockar när man har olika förväntningar och olika utbildningsnivå.

Nä men det är det som är problemet! Så det är alldeles utmärkt att införa en standard! Läkare 1.

Det blir lite kulturkrockar också när mottagare och sändare inte har samma nivå så att man förväntar sig att få en rapport på ett visst sätt eller lämna den på ett visst sätt. Läkare 3.

Sjuksköterskans frågor påverkar rapporteringen

Vanliga frågor som ofta ställs av sjuksköterskorna handlar om psykkonsultation, smittorisk, behandlingsinskränkningar, behov av övervakning och hur ofta kontroller ska ske? Detta är något som läkarna med erfarenhet lär sig att ta med i den muntliga rapporten.

...jag tycker dom brukar fråga rätt så ofta hur de ska övervakas, jag brukar försöka tänka till på det. Läkare 3.

Skilda uppfattningar utgör ett värdefullt filter

Ibland har läkaren och sjuksköterskan skilda uppfattningar, t.ex. om vårdnivå; Ifrågasättande om inläggning på AVA kan förekomma men oftast uppfattar läkaren sjuksköterskans ifrågasättande som något positivt då det öppnar upp till diskussion.

Men ibland är det ju faktiskt rimligt att ifrågasätta och jag tycker att man kan ha ganska bra diskussioner ibland och få lite bra tips. Läkare 2.

Jag tycker det också är bra för det är som ett filter. Och sen just i och med att det är med data och läkemedel så är det så lätt med ett feltryck som kan bli helt galet! Läkare 4.

Val av avdelning påverkar läkarens förberedelse

När det gäller val av avdelning som patienten ska läggas in på så är förberedelserna inför en inläggning på t.ex. geriatriken mer omfattande än inför inläggning på akutvårdsavdelningen där planeringen av patientens vård är mer kortsiktigt och utvärdering sker med korta intervaller.

Men det är lite olika, t.ex. geriatriken är svåra så där brukar man, där brukar jag se till att vara förberedd så man verkligen vet varför dom ska läggas in och vad som ska göras. Så där laddar man lite!" Jämfört med AVORNA brukar jag inte förbereda men geriatriken där har man liksom, där kan man varenda detalj och väljer orden på guldvåg! Läkare 3.

Vårdplanering endast på kort sikt

Enighet råder bland läkarna att vårdplanering endast kan ske på kort sikt då det är akutsjukvård som bedrivs och patientens tillstånd snabbt kan förändras.

Sen är det ju inte alltid vi vet vad (diagnos) vi lägger in heller, men vi har en misstanke och det kanske inte stämmer så det kan ju finnas en risk i att planera för långt fram i tiden också! Läkare 3.

Eller till en annan avdelning så tycker jag det ofta är, kan kanske tas över i morgon av gastro eller vad det nu kan va för det är ju rätt så många som är urologpatienter eller vad som helst men dom är lite ... behöver övervak första dygnet. Läkare 4.

Förmedla allvarlighetsgrad och prioriterade åtgärder

Att kunna ge en tydlig bild av patientens tillstånd och hur allvarligt tillståndet är samt åtgärder som ska prioriteras och vilken vårdnivå det ska vara upplever läkarna vara en viktig del av den muntliga rapporten. Vidare ansåg läkarna att det bör förmedlas på ett strukturerat sätt med kontaktuppgifter till ansvarig läkare om något skulle tillstöta.

Är det en jättesjuk patient som kan trilla av pinnen i nästa sekund, eller är det en ganska pigg patient som jag inte kommer att ha så mycket bekymmer med. Så att man på något sätt lyckas ge en bild av allvarlighetsgraden och en intensitetsgrad i det man tänker göra. Och det känns viktigt att förmedla på något vis. Läkare 2.

Dialogen mellan läkare och sjuksköterska är beroende av tid och plats

På avdelningen upplever läkarna att det förs en kontinuerlig dialog med sjuksköterskorna angående patientens vård, men på natten är dialogen mellan läkare och sjuksköterska extra viktig eftersom sjuksköterskorna inte har läkaren lika nära till hands som under dagtid.

För på avdelningen självklart för vi en kontinuerlig dialog tycker jag faktiskt. Läkare 1.

Det beror lite tid på dygnet också faktiskt. På natten är det otroligt mycket viktigare eftersom sjuksköterskorna är helt ensamma där då det är otroligt viktigt att dom vet precis vad dom ska göra! Läkare 1.

Ingen upplevelse av hierarki

Läkarna upplever inte någon hierarki, utan tvärtom att det är prestigelöst både inom läkargruppen och mellan läkare och sjuksköterskor, men samtidigt har de svårt att bedöma hur sjuksköterskorna och andra yrkeskategorier upplever en hierarki.

Nä jag känner inte så heller men som sagt troligtvis är man fel person att fråga. Men jag tycker inte alls att det känns relevant! Läkare 2.

Avbrott och distraktioner är beroende av läkarens befattning

Specialistläkaren får sällan vara i fred utan blir ständigt avbruten vilket gör det svårt att förbereda en bra rapport eller möjlighet att få avsluta en uppgift. Underläkaren har större möjligheter att gå undan och t.ex. få rapportera i lugn och ro.

Speciellt om man är ute som specialist då blir ni avbrutna hela tiden! Läkare 3.

Ja det är helt hysteriskt! Det är rena undret att det inte blir mycket mera misstag än vad det blir för att man får ju inte tänka en tanke klart! Läkare 2.

Försämrade patientsäkerhet vid hög belastning samt i samband med jourbyte

Patientsäkerheten försämras när det är hög belastning på läkarna eftersom det är svårt att få samla tankarna och göra färdigt en patient i taget. Men den största risken för patienterna är om de hamnar mellan två jourbyten.

Det är jourbyte till jourbyte, det kommer in en svårt sjuk patient och läggs i nåt hörn och blir bortglömd! Läkare 1.

6 DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

6.1.1 Metodval

Då syftet var att beskriva sjuksköterskornas och läkarnas upplevelse av rapportering valdes den kvalitativa metoden. Den lämpar sig väl för att utforska komplexa sammanhang och få fram en rik och detaljerad information (Patton, 2002).

Masood, Masood och Newton (2010) menar att den kvalitativa metoden förklarar och tolkar data som framkommer i forskningen och hjälper forskaren att förstå sociala företeelser i sin naturliga omgivning, i sitt eget territorium, med sitt eget språk och på sina egna villkor med betoning på betydelse, erfarenheter och åsikter från alla deltagare. Författarna anser att det stämmer väl överens med den kontext som datainsamlingen ägde rum i.

Innehållsanalys fokuserar på mänsklig kommunikation och har därför en praktisk ändamålsenlig lämplighet och relevans för forskning inom bl.a. omvårdnad (Downe - Wamboldt, 1992).

6.1.2 Urval

Önskemål från författarnas sida var att urvalet skulle ha en bredd för att få en så variationsrik berättelse som möjligt. Två av de tillfrågade kunde dock inte delta i intervjun på grund av för hög arbetsbelastning. Dessa var två manliga sjuksköterskor, vilket möjligen inneburit att viktig information utifrån det manliga perspektivet inte har kommit fram fullt ut i fokusgruppsintervjun.

Vad beträffar läkarnas fokusgrupp var önskemålet att få i hop en grupp med tre olika befattningsnivåer av läkare för att få en så stor variation som möjligt. Ställföreträdande verksamhetschef ansåg det vara bäst att skicka ut ett mail till alla läkarna inom kliniken för att

öka chansen att få ett så brett urval som möjligt. Det visade sig dock vara väldigt svårt att få ihop det urval som var önskat, då framförallt underläkarna och AT - läkarna antingen var inbokade på olika obligatoriska seminarier eller kurser, arbetade skift, inte kunde komma på den avsatta tiden eller helt enkelt inte svarade på förfrågan.

Urvalet blev därför begränsat till 4 stycken läkare med två olika nivåer av utbildning. Fokusgruppsintervjun gav dock tillräckligt med information för att det skulle räcka till att få ett resultat. På grund av tekniska problem försenades intervjun vilket medförde att en av de två AT - läkarna var tvungen att gå efter ca $\frac{3}{4}$ delar av intervjun. Det innebär att det blev endast 3 stycken läkare kvar den sista fjärdedelen av intervjun. Hur detta påverkade intervjun är svårt att säga.

Informanten var medveten om att hon var tvungen att gå tidigare vilket fick henne att vara extra aktiv under den tiden hon medverkade. Författarna upplevde att de övriga som var kvar fyllde ut diskussionen men den yngre läkarens perspektiv kan ha saknats.

6.1.3 Giltighet, tillförlitlighet överförbarhet

Det är viktigt att forskaren intar en så neutral hållning som möjligt för att inte förvränga de data som framkommer (Graneheim & Lundman, 2004; Patton, 2002).

Författarna lärde sig att det krävdes en ständig medvetenhet och vakenhet för att undvika att tolka det framkomna materialet då bägge författarna hade en förförståelse i verksamheten. Till hjälp hade författarna sin handledare som skickligt upptäckte varje spår av tolkning vilket ledde till att materialet genomgick flera revisioner. Detta stärker trovärdigheten i resultatet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) finns det alltid en viss grad av tolkning när man närmar sig en text. Detta bör beaktas när man diskuterar trovärdighet i en kvalitativ studie. En annan svårighet var att bestämma vad som skulle utgöra de meningsbärande enheterna. Enligt Elo och Kyngäs (2007) kan en meningsbärande enhet bestå av flera meningar (sentences) och ha flera olika betydelser vilket gör analysprocessen svår och utmanande. Downe - Wamboldt (1992) menar att all data kan tolkas på flera olika sätt och därför finns det ingenting som är rätt utan bara den mest lämpade betydelsen, sett utifrån det perspektiv forskaren utgår från.

Trovärdighet i en innehållsanalys beror på i hur hög grad kategorierna stämmer överens med respondenternas information. Ingen betydelsefull data ska ha blivit utelämnad och ingen betydelselös data ska ha blivit medtagen (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna upplever sig ha lyckats med detta genom att ett flertal gånger ha gått fram och tillbaka mellan helheten och delarna. Det gäller även hur tydligt man kan se skillnader och likheter i kategorierna. Att rapportera resultaten med citat gjort är med andra ord väsentligt. Citaten som valts är väl representativa och enstämmiga med de upplevelser som förmedlas i samband med intervjuerna.

Frågorna i intervjuguiderna till fokusgruppsintervjuerna baserades på tidigare genomförda enkätfrågor. Dessa hade tagits fram av författarna inför införande av en strukturerad rapporteringsmodell på kliniken. Frågorna var granskade av erfarna sjuksköterskor och läkare på akutkliniken. Detta anser författarna stärker validiteten ytterligare.

Begränsningar i studien kan vara intervjuarpåverkan då författarna är arbetskamrater med de intervjuade, framförallt i sjuksköterskornas fokusgruppsintervju. Den av författarna som var moderator försökte inta en så neutral hållning som möjligt utan att det skulle bli stelt. Samtidigt var alla närvarande medvetna om att rollerna var annorlunda än som kollegor på en vårdavdelning. Med läkarna var det lättare att hålla en distans då detta mer liknar den vanliga relationen på avdelningen.

Är den meningsbärande enheten för bred t.ex. i flera stycken kommer det bli svårigheter att hantera eftersom det kan innehålla olika betydelser. Å andra sidan är enheten för snäv t.ex. ett enda ord, kan det leda till fragmentering. I båda fallen finns det risk för att förlora text under kondensationen och abstraktionsprocessen (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarna anser att kategorierna täcker fokusgruppsfrågorna, alla frågor har fått minst en meningsbärande enhet.

För att underlätta överförbarhet är det enligt Graneheim och Lundman (2004) viktigt att ge en klar och tydlig beskrivning av den kultur och kontext där data samlas in. Även att beskriva informanterna, hur data har samlats in samt hur analysen har genomförts.

Därefter är det upp till läsaren att avgöra om resultatet är överförbart (Polit & Beck, 2008).

6.1.4 Datainsamling

Patton (2002) menar att fokusgrupper fungerar bäst när gruppdeltagarna delar liknande bakgrund men inte känner varandra sedan innan. Så är fallet när det gäller fokusgruppsintervjuer inom marknadsundersökningar där deltagare valts ut genom t.ex. rekryteringsföretag eller maillistor. I studier inom omvårdnadsforskning där personalgrupper deltar, så inte bara känner deltagarna varandra utan har kanske arbetat länge ihop. Det förändrar gruppdynamiken avsevärt och bör framgå i den färdiga rapporten (Reed & Payton, 1997). I författarnas fokusgrupper kände alla deltagarna varandra ganska väl då de var arbetskamrater. Författarna upplevde att deltagarna kände sig bekväma med varandra och inte rädda för att komma till tals. En nackdel kan vara tidpunkten, då fokusgruppsintervjun med sjuksköterskor ägde rum i slutet av ett arbetspass vilket kan ha medfört att deltagarna var trötta och därmed mindre aktiva.

En annan svaghet med den valda metoden kan vara att den av gruppdeltagarna som har en helt annan uppfattning än resten av gruppen kanske tvekar att uttrycka sin uppfattning för att inte riskera negativa reaktioner (Patton, 2002).

Ämnet för fokusgruppsintervjun var inte särskilt kontroversiellt och frågorna i intervjuguiden var av mer övergripande natur. Författarna upplevde inte att någon i gruppen höll tillbaka. Deltagarna var i stället väldigt samstämmiga framförallt i sjuksköterskegruppen, vilket kan ha varit en nackdel då allt för lika åsikter inte stimulerar till diskussion i lika hög grad som där det råder mer skilda uppfattningar. Detta ledde till att materialet i sjuksköterskegruppen inte blev så fylligt som önskat.

En svaghet i fokusgruppen för läkare är att det endast deltog fyra stycken läkare, vilket kan leda till att det inte blir tillräckligt med interaktioner mellan gruppdeltagarna. I synnerhet om inte alla känner sig lika bekväma att uttrycka sin åsikt (Polit & Beck, 2008). Författarna upplevde dock att det stundtals blev livliga diskussioner mellan läkarna och att alla läkarna kom till tals. De bjöd in varandra till dialog.

Att genomföra en fokusgruppsintervju kräver kunskap och skicklighet i grupprocesser för att intervjun inte ska domineras av några få personer utan att även de mer tystlåtna ska ha möjlighet att framföra sina synpunkter (Patton, 2002). Ingen av författarna hade tidigare erfarenhet av att leda en fokusgruppsintervju, vilket bl.a. innebar att författarna i efterhand såg att flera följdfrågor kunde ha ställts för att materialet skulle bli fylligare.

6.1.5 Datanalys

Då syftet var att beskriva det synliga och uppenbara i texten och inte leta efter underliggande teman eller mönster valde författarna att stanna vid den manifesta analysen. Författarna

använde sig av en semistrukturerad intervjuguide som till stor del styrde intervjun och därmed gav mindre möjlighet att fånga andra aspekter av den muntliga rapporteringen.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med vår studie var att beskriva hur sjuksköterskor och läkare upplever den muntliga rapporten i samband med patientöverföring mellan akutmottagning och akutvårdavdelning.

Brist på struktur och avsaknad av viktig information

I vårt resultat framkom att sjuksköterskorna ofta upplevde läkarnas överrapportering som ostrukturerad där inte all viktig information framkom Leonard et. al. (2004) menar att läkarna i sin utbildning tränas att vara kortfattade och koncisa och snabbt komma fram till nyckelinformationen. Detta kan uppfattas att för sjuksköterskor viktig information utelämnas. I Sutcliffe et. al. (2004) framkom det att utbyte av viktig information var ett framträdande tema mellan akutmottagning och inläggande läkare där inte all information framkom. Flera andra studier visar att just överrapporteringen kan innebära en patientsäkerhetsrisk då information kan falla bort i samband med överrapportering (Dhingra, et. al., 2010; Pezzolesi et. al, 2010).

Alla läkarna i vår fokusgrupp ansåg sig använda någon form av struktur vid den muntliga rapporten, även om den inte var generell. De var överens om att det borde finnas riktlinjer inom kliniken. Flera studier visar att det saknas riktlinjer vad beträffar patientöverföring (Mc Fetridge et. al., 2007; Pezzolesi et. al, 2010).

Dhingra et. al. (2010) menar att informationen i en överrapportering är högst varierande i sitt innehåll på grund av individuella preferenser och uppfattningar om vad som ingår som standard i en överrapportering. Detta är ett resultat av brist på en stödjande organisation och avsaknad av formella guidelines (Ye et. al., 2007). I en brittisk kvalitativ studie av Cleland, Ross, Miller och Patey (2009) framkom det att de mer erfarna läkarna och sjuksköterskorna ansåg att nytexaminerade läkare hade svårigheter att få fram relevant information och saknade ett professionellt förhållningssätt. Detta framkom dock inte i vår studie.

I en dansk studie gick forskarna tillbaka och analyserade ett antal RCA - rapporter som hade utförts på sex danska sjukhus mellan 2004 - 2006. (RCA står för root cause analysis och är ett strukturerat sätt att identifiera och analysera grundorsaken till händelser och problem). Syftet var att hitta och beskriva vad som karakteriserade den muntliga kommunikationens misstag mellan sjukhuspersonal, utifrån ett organisatoriskt perspektiv. I resultatet hittade man inga hierarkiska hinder eller rädsla för att uttala sig, som någon grundorsak till brister i kommunikationen (Rabøl, Lehmann - Andersen, Østergaard, Bjørn, Lilja & Mogensen, 2011). Detta stämmer väl överens med vad som framkommit i vår studie, där varken läkare eller sjuksköterskor upplever att det förekommer någon hierarki.

Sjuksköterskorna i vår studie saknade ett uppdaterat status på patienten när denne kommit till avdelningen. Horwitz et. al. (2009) fann i sin studie att i 10 av 36 kommunikationsincidenter så saknades information om de senaste vitalparametrarna hos patienten. Detta menar de ofta kan bero på att akutläkaren varit för upptagen med andra patienter för att ha hunnit notera att det har skett en förändring i patientens status. Det stämmer överens med vad som framkom i vårt resultat, att sjuksköterskorna var av uppfattningen att läkaren inte hade sett patienten på ett tag.

Miljön påverkar kommunikationen

Läkarna och sjuksköterskorna i vår studie var överens om att miljön i samband med överrapportering var stökig och högljudd framförallt om rapporten genomfördes på akutmottagningen. Kommunikationen på en akutmottagning kan vara kaotisk, med en stor risk att fel begås som ett resultat av en överbelastad och bristande kommunikation (Woloshynowych, Davis, Brown & Vincent 2007; Straggers & Mowinski Jennings, 2010; Mc Fetridge et. al., 2007; Redfern, Brown & Vincent, 2009).

I vår studie framkom det att framförallt specialistläkaren hade svårigheter att få överrapportera i lugn och ro. Att inte få rapportera utan att ständigt bli avbruten av t.ex. EKG:n som ska bedömas och frågor som ska besvaras, uppfattades som en brist i patientsäkerheten. Detta stärks av studier som visar att specialistläkare på en akutmottagning blir avbruten ungefär var nionde minut (Dhingra et. al., 2010; Spencer, Coira & Logan, 2004). Att nästan 90 procent av akutläkarens tid går åt till kommunikation där 30 procent av kommunikationen klassas som avbrott vilket i genomsnitt innebar 15 avbrott per person och timme. Cirka 10 procent av kommunikationen bestod av samtidigt pågående konversationer (Spencer et. al. 2004). I situationer där en individ ska utföra flera konkurrerande handlingar, som på en akutmottagning blir avbrott en extra belastning på arbetsminnet vilket kan leda till misstag. Både avbrott och splittrad uppmärksamhet har en starkt negativ effekt på arbetsminnet och kan innebära att informationen glöms bort innan den är färdigbearbetad (Parker & Coiera, 2000). En annan sak som framkom i vår studie var att när rapport togs ute på akutmottagningen så kanske läkaren inte delgav sjuksköterskan all information om patienten med tanke på att patienter och anhöriga runt omkring kunde höra vad som sades. Det innebär i sin tur en försämrad patientsäkerhet om viktig information utelämnas. Informationen kan t.ex. vara att patienten har en smittsam sjukdom. I vår litteratursökning kunde vi inte finna studier som tog upp just detta om läkaren av hänsyn till patientens integritet undanhöll uppgifter i samband med överrapportering. Moskop, Marco, Larkin, Geiderman och Derse (2005) menar att akutläkare ofta måste dela sekretessbelagda uppgifter mellan varandra och till annan personal delaktig i patientens vård. Informationen ska bara delges den berörda personalen och i utrymmen som kan säkra sekretessen. Läkare bör t.ex. inte diskutera eller diktera patientuppgifter i öppna arbetsstationer där vem som helst kan höra. Även Cheung et. al (2010), Singer och Dean (2006) och Dhingra et. al. (2010) påpekar vikten av att ha en fredad plats att rapportera på för att tillförsäkra konfidentialitet för patienten.

Ytterligare lösningar för att förbättra överrapportering, förutom en fredad plats är att det finns tillgång till en dator. Att övrig personal är informerade om att rapportering pågår och att det finns ett system för att ta emot meddelanden utan att behöva avbryta rapporteringen, m.m.(Singer & Dean, 2006; Dhingra et. al., 2010).

Jourbyte utgör en risk för patientsäkerheten

En annan stor brist i patientsäkerheten, som framkom i vår studie, var i samband med jourbyte. Flera studier visar på att just vid jourbyte så ökar risken för patientskada då det uppstår ett slags "tomrum" där det råder otydlighet om vem som har ansvaret för patienten (Bomba & Prakash, 2005; Dickson et. al., 2009; Horwitz, et. al., 2009; Singer & Dean., 2006; Pezzolesi et. al., 2010). En orsak kan t.ex. vara att både den avgående läkaren som överrapporterar patienten och läkaren som ska ta över patienten, är kvar på akutmottagningen vilket kan skapa en otydlighet hos övrig personal om vem som har ansvaret för patienten. Provsvar och röntgensvar etc. informeras oftast till den avgående läkaren vilket kan medföra att den pågående läkaren lämnas utan information såvida inte avgående läkare uppdaterar

honom/henne (Dickson et.al., 2010). Patientomhändertagandet innefattar koordination av vården mellan flera olika läkare och/eller specialiteter vilket innebär flera patientöverföringar. Detta kräver att viktig information kommuniceras effektivt. Det ställer inte bara krav på individen utan på hela organisationen (Suitcliffe et. al., 2004).

Ye, et. al.(2007) och Horwitz et. al. (2009) anser att patienter som har legat länge på akutmottagning och därmed har rapporterats över flera gånger, där tenderar kvaliteten på rapporten att försämrats för varje gång vilket påverkar kvaliteten på den slutliga rapporten till inläggande avdelning. Enligt Cheung et. al. (2010) kommer patientöverföring inom akutmottagning fortsätta vara en patientsäkerhetsfråga så länge en patient blir kvar mellan två jourbyten.

Dialog eller inte och dess betydelse

Vad beträffar dialog så tyckte sjuksköterskorna i vår studie att det oftast blev en dialog med läkarna framförallt med dem som de kände. Propp, Apker, Wallace, Serbenski och Hofmeister (2010) fann i sin studie att sjuksköterskorna ansåg det viktigt med att ha en dialog med läkarna på lika villkor och där sjuksköterskan sågs som en jämbördig partner i patientvården. Läkarna i vår studie ansåg att vid överrapportering var det ingen dialog utan snarare en monolog. Väl inne på avdelningen var det däremot en kontinuerlig dialog mellan läkare och sjuksköterskor. En av läkarna ansåg att man fick en bra hjälp om det var flera tillsammans som diskuterade patientens vård. Straggers och Mowinski Jennings (2010) fann i sin studie att deltagarna värderade medarbetare från andra yrken som söker dem om råd, högt. Det rådde enighet om patientnyttan när både läkare och sjuksköterskor sökte varandra regelbundet för komplexa beslutprocesser. En lugn och stödjande hållning framstod som en integrerad del av effektiv kommunikation för deltagarna. Detta verkade särskilt i hög stress och i nödsituationer. I en studie av Robinson et. al. (2010) tillfrågades läkare och sjuksköterskor med minst 5 års erfarenhet från akutsjukvård vad deras uppfattning om effektiv och ineffektiv kommunikation var. Deltagarna ansåg att i effektiv kommunikation ingår att problemen måste lösas genom problemlösning som ett team.

Otydliga ordinationer angående HLR

De vanligast förekommande frågorna från sjuksköterskorna till läkarna i samband med en överrapportering var bl.a. frågan om beslut om HLR var taget. Det gällde framförallt när gamla och multisjuka patienter eller patienter med svåra och obotliga sjukdomar skulle läggas in. Sjuksköterskorna ansåg att läkarna inte gav klara direktiv vad beträffar om de skulle var HLR eller inte. Det blev en diskussion i läkargruppen där det rådde delade meningar. De mer erfarna läkarna ansåg att det många gånger var klokt att ta ett sådant beslut omgående, särskilt om det var en gammal människa som redan innan uttryckt önskan om att slippa bli återupplivad. Andra läkare i fokusgruppen ville avvakta tills patienten blivit inlagd på avdelning, vilket bl.a. grundade sig i en rädsla över att ta ett förhastat beslut. Läkarna var dock överrens om att ansvarig läkare, PAL exempelvis onkologläkaren eller hematologläkaren borde ha tagit det beslutet. Malloy, Hadjistavropoulos, McCarty, Evans, Zakus, Park, Lee och Williams (2009) såg i sin studie att sjuksköterskorna var mer inriktade på att se patienten som en helhet där de tog hänsyn till både den medicinska och den omvårdnadsmässiga vården. De menade att läkarna var mer fokuserade på vetenskapliga metoder för att förlänga patientens naturliga livslängd. Sjuksköterskorna var snabbare på att inse det medicinska tillkortakommandet och fokuserade istället på patientens återstående livskvalitet. Skillnaden i synen på hälsa skapade en spänning mellan läkarna och

sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna upplevde en moralisk stress när de kände sig pressade att utföra en aggressiv behandling som de inte kände var till gagn för patienten.

Frågor, motfrågor och ifrågasättande påverkar patientsäkerheten

Något som framkom tydligt i vår studie var bl.a. att sjuksköterskorna upplevde sig tvungna att ställa många motfrågor i samband med överrapporteringen. De uppfattade ofta läkarens överrapportering som fragmentarisk och bristfällig. Deras följdfrågor ansåg de, bidrog starkt till att öka patientsäkerheten. Det kunde t.ex. vara fråga om patienten hade några smittsamma sjukdomar som skulle kunna utsätta andra patienter för skada, eller det kunde gälla om en suicidal patient blivit bedömd av psykiatriker innan inläggning eller om det fanns risk för nya suicidförsök, och i så fall behov av extravak. Läkarna i vår studie upplevde att sjuksköterskorna utgjorde ett viktigt filter genom att ställa följdfrågor och ibland ha skilda uppfattningar. Manser och Foster (2011) menar att patientöverföring kan ses som ett tillfälle till att upptäcka fel och brister som kan uppstå, en möjlighet för ömsesidig ”cross - checking”. Något annat som framkom tydligt var att sjuksköterskorna inte var rädda för att ifrågasätta läkarens ordinationer om de uppfattade att det fanns brister i den. Propp et. al. (2010) fann i sin studie att läkarna uppskattade om sjuksköterskorna sa ifrån på ett bestämt och förtroendegivande sätt om de var oense med läkaren. De menade att det var viktigt att sjuksköterskorna vågade utmana och ifrågasätta läkarna om något inte stämde. Läkarna ansåg att förmågan till ifrågasättande hos sjuksköterskan hade en direkt inverkan på patientens ”outcome” utfall. Detta är intressant vid jämförelse med en studie gjord på ett akutsjukhus i England (Churchman & Doherty, 2010) där syftet var att utforska hur pass villiga sjuksköterskorna var att ifrågasätta läkarens beslut. Resultatet visade på flera exempel när sjuksköterskan *inte* hade ifrågasatt läkarens beslut och när så hade skett så var de i de situationer när sjuksköterskan kunde luta sig mot riktlinjer och guidelines. Slutsatsen som artikelförfattarna drog var att än i dag så saknar många sjuksköterskor modet att ifrågasätta en läkares beslut. Den här studien är gjord i England där vårdens struktur av tradition är mer hierarkiskt uppbyggd. Den danska studien av Rabøl et. al. (2011) visar att hierarki inte har samma betydelse i de nordiska länderna. Sutcliffe et. al. (2004) menar att relationen mellan läkare och sjuksköterska är avgörande för att förebygga vårdskador. Sjuksköterskan utför läkarens ordinationer och är i nära kontakt med patienten och har därför information om patientens tillstånd. Det är viktigt att hon/han vågar ifrågasätta läkaren om det är något som är oklart. Hur läkaren responderar beror i hög grad på hur läkaren uppfattar sjuksköterskans ifrågasättande. Är sjuksköterskan tydlig? Framställer hon/han sitt ifrågasättande på ett trevligt eller aggressivt sätt?

6.3 Slutsats

Överrapporteringen upplevs ofta som bristfällig vilket gör att sjuksköterskorna känner sig tvungna att ställa många frågor för att bli trygga i omhändertagandet av patienten. Det medför att rapporteringen kan bli ineffektiv samt skapa utrymme för misstag om det inte är en erfaren sjuksköterska som vet vilka frågor som är adekvata att ställa. Slutligen har miljön där rapporteringen försiggår en stor betydelse för kvaliteten på rapporten.

Då denna studie genomfördes saknades det en klinikövergripande struktur för patientöverföring.

6.3.1 Bifynd

Något som antydde var ordinationer på BIPAP - inställningar (Noninvasive Ventilation; bi-level positive airway pressure) där en läkare frågade sjuksköterskan om vilka inställningar BIPAP: en skulle ha (d.v.s. vilka ordinationer). Sjuksköterskan svarade läkaren att hon inte ger några ordinationer och då har det hänt att läkaren har gått till en annan sjuksköterska och bett om en ordination. För att undvika missförstånd bör det finnas tydliga riktlinjer angående ordination av andningsunderstöd där det framkommer att det är läkarens ansvar att ordinera inställningar.

6.3.2 Förslag till vidare forskning

Då Akutkliniken strax efter att vi påbörjade vår studie, införde SBAR som en strukturerad rapportmodell skulle det vara intressant att undersöka hur överrapportering uppfattas i dag.

7 REFERENSER

1. Athwal, P. W., Fields, W., & Wagnell, E. (2009). Standardization of change-of-shift report. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), s. 143 - 147.
2. Backlund, B. (2006). *Inte bara ord*. (2: a uppl.). Narayana Press: Studentlitteratur.
3. Bomba, D., & Prakash, R. (2005). A description of handover processes in an Australian public hospital. *Australian Health Review*, Vol.29 (1), s.68 -79.
4. Brennan, T. A., Leape, L.L., Laird, N., Herbert, L., Localio, R., Lawthers, A., G., ...Hiatt, H.H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Result of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*. Vol.324. s.370-376.
5. Cheung, D. S., Kelly, J., Beach, C., Ross, P., Bitterman, R., Boida, R., ... White, M. (2010). Improving Handoffs in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. Vol. 55 (2) s.171-180.
6. Christie, P., & Robinson, H. (2009). Using a communication framework at handover to boost Fields patient outcomes. *Nursing Times*. Vol. 105 (47) s.13–15.
7. Churchman, J. J., & Doherty, C.(2010). Nurse views on challenging doctors practise in a acute hospital. *Nursing Standard*. Vol.24 (40), s.42-47.
8. Cleland, J.A., Ross, S., Miller, S. C., & Patey, R. (2009). “There is a chain of Chinese whispers...”: empirical data support the call to formally teach handover to prequalification doctors. *Qual Saf Health Care*; Vol. 18 s. 267-271.
9. Currie, J. (2002). Improving the efficiency of patient handover. *Emergency Nurse*. Vol. 10 (3). s.24–27.
10. Curtis, K., Tzannes, A., & Rudge, T. (2011). How to talk to doctors – a guide for effective communication. *International Nursing Review*. Vol.58.(1).s.13-20.
11. Dhingra, R. K., Elms, A., & Hobgood, C. (2010). Reducing error in the emergency department: A call for standardization of the sign-out process. *Annals of Emergency Medicine*. Volume xx, no x, Month 2010 s.1-6.
12. Downe – Wamboldt, B. (1992). Content Analysis: Method, Applications, and Issues. *Health Care for Women International*. Vol.13. s. 313-321.
13. Eide, T., & Eide, H. (2008). Kommunikation i praktiken: relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg. Liber.
14. Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Research Methodology*. Vol.22. s.107-115.
15. Fossum, B. (2007). *Kommunikation*. (1:a uppl.). Författarna och studentlitteratur.
16. Fox, E. (2000). An audit inter-professional communication within a trauma and orthopaedic directorate. *Journal of Ortopaedic Nursing*. 4(4). s.160-169).

17. Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Department of Nursing. Vol. 24.s.105–112.*
18. Götlind, A. (2010). 100 år Svensk sjuksköterskeförening: Bilder av sjuksköterskan. Stockholm: Gothia Förlag AB.
19. Horwitz, L.I., Meredith, T., Schuur, J.D., Shah, N., Kulkarni, R.G., & Jeng, G.Y. (2009). Dropping the baton: a qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care. *Annals of Emergency Medicine. Vol. 53 (6). s.701–710.*
20. Joint Commission (2011). *Facts about Hand - off Communications.* Hämtad 31 mars, 2011, från www.centerfortransforminghealthcare.org/projects/about_handoff_communication.aspx
21. Joint Commission Center for transforming Healthcare. (n.d.) Facts about Hand - off Communications. Hämtad 2011 - 04 - 04 från; http://www.centerfortransforminghealthcare.org/projects/about_handoff_communication.aspx
22. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human: Building a safer Health System.* Washington, D. C.: National Academy Press.
23. Kommunikation. Nationalencyklopedien. Hämtad 14 februari, 2011, från www.ne.se/lang/kommunikation
24. Leonardo, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual. Saf. Health Care. Vol.13. s. 185-190.*
25. Malloy, D. C., Hadjistavropoulos, T., McCarty, E. F., Evans, R. J., Zakus, D. H., Park, I.,... Williams, J. (2009). Culture and Organizational Climate: Nurses' Insights into their Relationship with Physicians. *Nursing Ethics. Vol. 16.s.719-733.*
26. Manojovich, M., (2010). Nurse/Physician Communication Through a Sensemaking Lens. *Medical Care. Vol.48 (11) s. 941–946.*
27. Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. Vol.25.s.181-191.*
28. Marshall, S., Harrison, J., & Flanagan, B. (2007). The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Qual Saf health Care. Vol.18. s.137-140.*
29. Masood, M., & Masood, Y., & Newton, T. J. (2010). Method of qualitative research in dentistry: a review. *Dent Update. Vol.37 (5).s.326-328, 331-332, 334-336.*
30. McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, 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. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in critical care Vol. 12 (6), s.261-269.*

31. Moskop, J.C., Marco, C., A., Larkin, G.,L., Geiderman, J., M., & Derse, A., R. (2005). From Hippocrates to HIPAA: Privacy and Confidentiality in Emergency Medicine – Part II: Challenges in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine. Vol.45.(1), s.60-66.*
32. Parker, J., & Coiera, E. (2000). Improving clinical communication: a view from psychology. *Journal of American Medical Informatics Association. Vol.7 (5).s.453-461.*
33. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd ed.). London: Sage Publications.
34. Pezzolesi. C., Schifano., F., Picles.,J., Randell., W., Hussain., Z., Muir., H., & Dhillon., S. (2010). Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. *International Journal for Quality in Health Care Vol. 22 (5) s. 396-401.*
35. Polit & Beck (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
36. Propp, K.M., Apker, J., Wendy, S., Ford, Z., Wallace, N., Serbenski, M., & Hofmeister, N. (2010). Meeting the Complex Needs of the Health care team: Identification of Nurse-Team Communication Practice Perceived to enhance Patient Outcomes. *Qualitative Health research. Vol.20 (1) s.15-28.*
37. Rabøl. L. I., Lehmann Andersen. M., Østergaard. D., Bjørn. B., Lilja. B., & Morgensen. T. (2011). Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Qual Saf. Vol.20. s.268-274.*
38. Redfern, E., Brown, R., & Vincent, CA. (2009). Identifying vulnerabilities in communication in the emergency department. *Emerg Med J. Vol.26 (9).s.653-657.*
39. Reed, J., & Roskell Payton, V. (2007). Focus groups: issues of analysis and interpretation. *Journal of Advance Nursing. Vol.26. s.765-771.*
40. Robinson, F.P, Gorman, G, Slimmer, L.W, & Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of Effective and Ineffective Nurse-Physician Communication in Hospitals. *Nursing Forum. Vol.45. s. 206-216.*
41. SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Hämtad 3 april, 2012 från www.socialstyrelsen.se/patientsakerhetslagen
42. Singer, J. I., & Dean, J. (2006). Emergency physician intershift handovers: an analysis of our transitional care. *Pediatric Emergency Care. Vol.22. (10).s.751-754.*
43. SKL (2012). *Sveriges Kommuner och Landsting.* Hämtad 1 februari, 2012, från [www.skil.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/ledning-och-styrning/...](http://www.skil.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/ledning-och-styrning/)
44. Socialstyrelsen (2008). Patientsäkerhet Tema nr. 4 – Vårdskador. Hämtad 20 november, 2010, från www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet

45. Socialstyrelsen (2009). *Vård för säker kommunikation i vården*. Hämtad 5 oktober, 2010, från www.socialstyrelsen.se
46. Socialstyrelsen (2010). *Statistik om Lex Maria*. Hämtad 4 april, 2010, från, www.socialstyrelsen.se/uppfoljning/statistik/statistikefteramne/Sidor/lexmaria.a...
47. SOSFS 2005:12. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Hämtad 20 november, 2010, från www.socialstyrelsen.se
48. SOSFS 2011:9. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Hämtad 10 maj, 2011, från www.socialstyrelsen.se
49. Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D., & Khanna, K. (2008) Hospital Survey on Patient Safety Culture: Comparative Database Report. Agency for Healthcare Research and Quality, Advancing Excellence in Health Care. www.ahrq.gov
50. Spencer, R., Coira, E., & Logan, P. (2004). Variation in Communication Loads on Clinical Staff in the Emergency Department. *Annals Of Emergency Medicine*. Vol.44 (3). s.268-273.
51. Straggers, N., & Mowinski Jennings, B. (2009). The Content and Context of Change of Shift Report on Medical and Surgical Units. *The Journal Of Nursing Administration*. Vol.39(9) s.393-398.
52. Strople, B., & Ottani, P. (2006). Can Technology improving intershift report? What the Research reveals. *Journal of Professional Nursing*. Vol. 22.s.197–204.
53. Sutcliffe, KM., Lewton, E., & Rosendahl, MM. (2004). Communication failures. An insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med*. Vol. 79 (2) s. 186-194.
54. The Joint Commission. Sentinel events statistics - June 30, 2006. Available at: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvent/Statistics/>. Accessed: September 15, 2006.
55. Thomas, C. M., Bertram, E., & Johnson, D. (2009). The SBAR Communication Technique: Teaching Nursing Students Professional Communication Skills. *Nurse Educator*. Vol. 34 (4). s.176–180.
56. Vetenskapsrådet (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning; Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Almqvist & Wiksell Tryckeri: Uppsala. Hämtad 11 januari, 2010, från www.vr.se
57. Wallin, C – J., & Thor, J. (2008). SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonalen. *Läkartidningen*. Vol. 105 (26-27) s. 1922–1925.
58. Woloshynowych, M., Davis, R., Brown, R., & Vincent, C. (2007). Communication patterns in a UK emergency department. *Annals of Emergency medicine*, Vol. 50 (4). s.407–413.
59. Woodhall, L. J., Vertacnic, L., & McLaughlin, M. (2008). Implementation of SBAR Communication Technique in a Tertiary Center. *Journal of the emergency nursing*. Vol. 34 (4). s.314 - 317.

60. Ye, K., McD Taylor, D., Knott, J., Dent, A., & MacBean, C. (2007). Handover in the emergency department: *Deficiencies and adverse effects*. *Emergency Medicine Australasia*, Vol. 19, s. 433-441.

Information om studie inom ramen för magisteruppsats, Sophiahemmets högskola

Bakgrund

Vid överrapportering av patient kan många saker gå fel. Det kan bli missförstånd, man kan bli avbruten eller rummet man sitter i är rörigt vilket kan leda till svårigheter att få ett helhetsbegrepp om vad som rapporteras. Inför implementeringen av SBAR väcktes vårt intresse för hur sjuksköterskors upplevelse av rapportering i samband med patientöverföring inom akutkliniken fungerar idag, samt hur inläggande läkare upplever att rapportera till sjuksköterska på AVA.

Metod

Datainsamlingen kommer ske genom fokusgruppsintervjuer.

En fokusgruppsintervju innebär att 6-10 personer sitter tillsammans med en moderator (samtalsledare) och en observatör och diskuterar ett på förhand givet ämne. Intervjun kommer att vara semistrukturerad, vilket innebär att ett antal frågor ska belysas, men däremellan får deltagarna fritt diskutera med varandra om det som spontant kommer upp om det ämne som diskuteras. Intervjun kommer att bandas för att därefter skrivas ut och analyseras. Intervjun beräknas ta 1.5 tim.

Intervjutexten behandlas konfidentiellt och ingen av deltagarna kommer att kunna identifieras. De inspelade banden förstörs efter att intervjuerna skrivits ut. Deltagandet är frivilligt och deltagaren får när som helst avbryta sin medverkan.

Genomförande

Meddela ditt deltagande till Marie Larsson eller Mari Aasa.

Frågor kring denna undersökning kan ställas till Marie Larsson och Mari Aasa, sjuksköterskor på AVA.

Marie Larsson
Tel 51772263 / mobil 0707171614
marie.larsson@karolinska.se

Mari Aasa
Tel 5177714 / mobil 0733390935
mari.aasa@karolinska.se

Intervjuguide sjuksköterskor

1. Vad är ditt övergripande intryck av den muntliga rapporteringen från inläggande läkare som den fungerar idag?

2. Upplever du som sjuksköterska att det finns en struktur i nuvarande rapporteringssätt

2a. Kan du ge exempel

3. Upplever du som sjuksköterska att du får tillräcklig kunskap/information om patientens aktuella tillstånd från överrapporterande läkare

3a. Om inte; vad saknas?

4. Framgår den/de mest prioriterade medicinska åtgärderna du ska vidta på kort sikt och lång sikt?

5. Har du som sjuksköterska möjlighet att påverka vårdplanen i samband med inläggning

5a. På kort sikt/lång sikt

5b. Upplever du att det görs en uppföljning av vårdplanen? På kort sikt/lång sikt.

6. Upplever du som sjuksköterska att du har möjlighet att ställa frågor till den rapporterande läkaren med det nuvarande rapporteringssystemet?

7. Har du som sjuksköterska möjlighet att föra en dialog med läkaren angående patientens vård i samband med överlämnandet/rapporteringen?

7a. Läkarens initiativ

8. Vad är det som utmärker den extraordinära överrapporteringen?

8a. Ge exempel

9. Beskriv en situation där du upplever att du fått en bra rapport.

(Miljö, Var?, Hur?, När?, I vilken situation)

10. Upplever du att det finns en hierarki som utgör ett hinder i samband med rapporteringen?

(roller, synen på ansvar)

11. Händer det att du som sjuksköterska ifrågasätter en ordination?

11a. Om ja, beskriv en sådan situation.

Tar läkaren hänsyn till det. Ge exempel

12. Påverkas du av störande inslag i din omgivning under överrapporteringen?

12a. Om ja, beskriv en situation

13. Hur upplever du som sjuksköterska patientsäkerheten med nuvarande rapporteringssystem?

14. Är det någon som vill tillägga någonting?

Intervjuguide läkare

1. Vad är ditt övergripande intryck av den muntliga rapporteringen till sjuksköterska på AVA som den fungerar idag?

- Telefon?
- Face to face?
- Täckande/missas information?
- Ser ni några olägenheter/obekvämheter?
- Hinder?

2. Anser du som inläggande läkare att du använder en viss struktur i samband med överrapportering?

- Är det någon speciell information som alltid bör ingå i överrapporteringen till sjuksköterskan?
- Fastställd rutin? (Kliniken)
- Är det något du som överrapporterande läkare upplever att sjuksköterskan ofta frågar om/efter. Något som saknas?
- Förbereder du dig inför en överrapportering?

3. Finns en åtgärdsplan framtagen på kort sikt/lång sikt inför inläggning?

- Framgår det tydligt hur den ska följas upp? Tidsram och till vem?
- Möjlighet att följa upp åtgärdsplanen finns det av inläggande läkare

4. Upplever du som läkare, att du brukar vara överens med mottagande sjuksköterska kring patientens fortsatta åtgärdsplan?

4a. Hur försäkrar du dig om det?

5. Förekommer det att sjuksköterskan har synpunkter på din ordination?

5a. Hur ser du på det?

5b. Förekommer det att sjuksköterskan kommer med alternativa förslag angående ordinationen?

- Hur ser du på det?

- 6. Vad tror du som läkare är viktigt att få fram i samband med en överrapportering för att sjuksköterskan ska känna sig trygg i sitt omhändertagande av patienten? (strategier, struktur, läkarens tillgänglighet)**
 - Kan du ge ett exempel
- 7. Upplever du som läkare att du för en dialog med sjuksköterskan kring patientens vård?**
- 7a. Upplever du att dialogen är tillräcklig**
- 8. Upplever du att det finns en hierarki som utgör ett hinder i samband med rapporteringen till sjuksköterska?**
 - Roller, synen på ansvar sjuksköterska – läkare
 - Hierarkiska strukturer?
 - Upplever du att det finns hierarkier mellan sjuksköterska och läkare/Hinder?
 - Statustänkande?
 - Eller har hierarkitänkandet dött ut?
 - Fiska lite Avvakta lite och se vad som händer
- 9. Påverkas du av störande inslag i din omgivning under överrapporteringen?**
 - Om ja, beskriv en situation
 - Har val av plats för rapporten någon betydelse?
 - Tidpunkten/När överrapporteringen sker
- 10. Hur ser du på patientsäkerheten kring nuvarande rapporteringssystem?**
 - Missas information? Ge exempel. (Smitta, behov av enkelsal)
 - Upplever du att patienten får en optimal vård utifrån informationen som ges i samband med överrapportering?
- 11. Är det någon som vill tillägga någonting?**

2010-04-25
Verksamhetschef, Per Lindmarker
Akutkliniken
Karolinska universitetssjukhuset
171 76 Solna

Bilaga IV

Ansökan om tillstånd för enkätundersökning

Vi är anställda på akutvårdsavdelningarna AVA 1 och AVA 2 vid akutkliniken och skriver vår magisteruppsats (15 hp) vid Sophiahemmets Högskola.

Vi önskar få ditt skriftliga godkännande att genomföra två semistrukturerade fokusgruppsintervjuer som vänder sig till sjuksköterskor och läkare. Intervjuerna beräknas ta ca 1 tim per grupp. Syftet är att utvärdera hur rapporteringen upplevs i samband med patientöverföring inom akutkliniken.

Studiedeltagarna kommer att försäkras konfidentialitet och resultatet kommer endast redovisas på kliniknivå.

Med vänliga hälsningar

Leg Ssk Mari Aasa
Leg Ssk Marie Larsson

Handledare: Anna Letterstål

Jag godkänner härmed att Mari Aasa och Marie Larsson får utföra studien ” Upplevelse av rapportering i samband med patientöverföring inom akutkliniken” på kliniken följande tidsperiod 2010.

Ort, datum

Namnsteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande