



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Kommunsjuksköterskors upplevelser av mötet med ambulanspersonal vid överlämnade av patient

-En intervjustudie

Författare: Anna-Karin Fridh & Cecilia Svensson

Handledare: Anna Kristensson Ekwall

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Kommunsjuksköterskors upplevelser av mötet med ambulanspersonal vid överlämnade av patient

-En intervjustudie

Författare: Anna-Karin Fridh & Cecilia Svensson

Handledare: Anna Kristensson Ekwall

Magisteruppsats

Hösten 2014

Abstrakt

Bakgrund: Mötet är en del i vårdkedjan som länkar ihop hälso- och sjukvårdens olika instanser. Risken för bristande kvalitet i vårdkedjan är framförallt i övergångarna mellan kedjorna. Få studier beskriver mötet och överlämnandet mellan kommunsjuksköterskor och ambulanspersonal, som är den inledande delen av vårdkedjan.

Syfte: Syftet var att beskriva hur kommunsjuksköterskor upplevde mötet med ambulanspersonal vid överlämnande av patient i hemsjukvården eller vid särskilt boende.

Metod: Tio kommunsjuksköterskor medverkade i intervjustudien med kvalitativ ansats.

Resultat: Resultatet visade på temat bemötande med tre kategorier; upplevelse av mötet, faktorer som påverkade mötet och strategier för att påverka mötet.

Konklusion: Bemötandet är komplext med flera aspekter som påverkar mötet. Det är framförallt grundinställningen de inblandade har som är utmärkande. Trots upplevelser av negativa möten anses de flesta möten vara positiva med bra samarbete och stort patientfokus.

Nyckelord

(Kommunsjuksköterskor, ambulanspersonal, bemötande, kommunikation, attityd)

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Omvårdnadsperspektiv	4
Sociokulturellt perspektiv	4
Mötet	5
Kommunikation	5
Bristande informationsöverföring	6
Patientsäkerhet	6
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	8
Databearbetning	9
Etisk avvägning	10
Förförståelse	10
Resultat	11
Upplevelse av mötet	11
Informationsutbytet	11
Bedömningen av patienten	13
Samverkan kring patienten	14
Faktorer som påverkade mötet	15
Orsaken till att tillkalla ambulans	15
Ambulanspersonalens attityd	16
Strategier för att påverka bemötandet	17
Avvikelse	17
Förbättringsarbete	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Konklusion och implikationer	24
Referenser	25
Bilaga 1 (3)	28
Bilaga 2 (3)	29
Bilaga 3 (3)	31

Problembeskrivning

Mötet är en del i den vårdkedja som länkar ihop hälso- och sjukvårdens olika sjukvårdsinstanser (Davidsson, 1998). För att få en samordning och planering i patientens vårdbehov är varje del i vårdkedjan viktig. Risken för bristande kvalitet i vårdkedjan är framförallt i övergångarna mellan kedjorna d.v.s. mellan olika instanser i hälso- och sjukvården (a.a).

I ett möte mellan personer ingår många olika faktorer som t.ex. kommunikation, kroppsspråk, erfarenhet inom yrket samt erfarenhet av tidigare möten mellan de inblandade personerna (Eide & Eide, 2006). För att uppnå god kommunikation krävs en lagom mängd information som är anpassad till situationen för att väsentlig information inte ska missas (a.a). Luckor i informationsöverföringen mellan primärvårdsinstanser till akutmottagningen kan medföra ofullständig bakgrundsinformation om patienten (Cwinn, Forster, Cwinn, Hebert, Calder & Stiell, 2009; Klim, Kelly, Kerr, Wood & McCann, 2013). Det är framförallt av stor vikt att kommunikationen fungerar mellan avsändande instans till mottagande instans vid vård av äldre eller de som p.g.a. sitt sjukdomstillstånd är oförmögna att förmedla sig (Cwinn et al., 2009). Detta kan påverka patientens säkerhet och sjukvårdens kvalitet kan försämrats (SFS 1982:763).

Mötet mellan vårdinstanser och överlämnandet är centralt i vårdkedjan runt patienten (Davidsson, 1998). För att optimera vården och patientsäkerheten är det av vikt att varje del i kedjan fungerar och att överlämnadsprocessen sker med god kvalitet (Davidsson, 1998; Dawson et al, 2013; Jensen et al, 2013).

Flertalet studier har berört överlämnandet mellan ambulanspersonal och akutmottagningen med fokus på hur ambulanspersonal upplever mötet med akutmottagningens personal och hur akutmottagningen upplever ambulanspersonalens överlämnande (Thakore & Morrison, 2001; Suserud & Bruce, 2003; Bruce & Suserud, 2005; Bost, Crilly, Patterson & Chaboyer, 2012; Jensen et al, 2013; Dawson et al, 2013). Få studier beskriver dock mötet och överlämnandet mellan kommundokterskor och ambulanspersonal, som är den inledande delen av vårdkedjan.

Bakgrund

Omvårdnadsperspektiv

Joyce Travelbee beskriver de mellanmänskliga aspekterna i omvårdnaden (Kirkevold, 2000). Viktiga begrepp inom teorin är bl.a. mänskliga relationer och kommunikation. Centralt är också den subjektiva upplevelsen (a.a). Travelbee belyser vikten av att etablera den mellanmänskliga relationen (Jahren Kristoffersen, 1998). Detta görs genom att betrakta varandra som personer och inte som roller. På så vis kan deltagarna förhålla sig till varandra som unika individer. Detta är av vikt för att förstå varandras upplevelser och beteende. Kommunikationen är det viktigaste redskapet för att uppnå mellanmänskliga relationer. Travelbee menar att kommunikation är en ömsesidig process, där en person förmedlar sina tankar och känslor till en annan person. Vid mötet mellan människor sker en kontinuerlig kommunikation både verbalt (ord) och icke-verbalt (mimik, tonfall, gester och beröring) (a.a). Kommunikationen leder till utveckling av relationen, d.v.s. interaktionen mellan individerna som präglas av ett ömsesidigt förtroende mellan parterna (Kirkevold, 2000). Travelbees aspekter är centrala i förståelsen av behovet av kommunikation och bemötande i vården, både i bemötandet mellan patienten och personalen, men också mellan olika personalkategorier (Kirkevold, 2000; Fossum, 2013).

Sociokulturellt perspektiv

Människan lever i samspel med varandra (Jahren Kristoffersen, 1998). Samspel kan yttra sig i olika former av nätverk och grupper. På en arbetsplats ingår personalen i en typ av grupp och har sina olika roller men med en sakorienterad prägel. Det innebär att fokus ligger på vad respektive gör eller presterar. Kommunikationen mellan gruppens medlemmar är viktig för att utveckla tankar och idéer och på så vis kunna organisera sig effektivare och utväxla information (a.a). Språket och hur det används är centralt och en förståelse skapas för de ord och sammanhang som ingår i gruppen, d.v.s. i den kontext gruppen befinner sig i (Pilhammar Andersson, Bergh, Friberg, Gedda & Häggström, 2003). Konsekvenser till detta är vid kommunikation med grupper/individer som inte ingår i samma grupp, då missförstånd lätt kan

uppträda (a.a). Det bildas sk. kommunikationsklyftor och väsentlig information kan då förbises (Svensson, 1993).

Mötet

Mötet är ett komplext begrepp med många dimensioner (Fossum, 2013). Det handlar om helheten vid mötet mellan två eller flera individer d.v.s. det sociala växelspelet som sker mellan personerna (Pilhammar et al, 2003; Fossum, 2013). Det innebär också att bekräfta motparten och att vara medvetenheten för andra personers reaktioner och behov och förmågan till att visa respekt för motparten (a.a). Bemötande innefattar även attityder, respekt, etik, moral och empati och härstammar ur den humanistiska grund som bl.a. beskrivs i hälso-och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) (Pilhammar Andersson et al, 2003).

Kommunikation

Ordet kommunikation kommer från det latinska *communicare* som betyder att göra något tillsammans, göra någon delaktig i något och att ha förbindelse med någon (Eide & Eide, 2006). I vardagen används ordet kommunikation som beskrivning av allt från personliga samtal till masskommunikation via globala nätverk. I växelspelet mellan individerna i ett möte sker kommunikation med olika tecken och signaler. Det kan vara både verbala och icke-verbala. Verbala menas de ord som sägs i samtalet och icke-verbala innefattar de tecken och signaler som utvecklas på andra sätt än genom ord, d.v.s. genom kroppsspråk, röstens tonfall och klang (a.a). Dessa tecken och signaler måste tolkas av motparten och kan uppfattas på många olika sätt beroende motpartens förmåga att tolka signalerna (Eide & Eide, 2006; Kitson, Muntlin Ahtlin, Elliott & Cant, 2013). Detta är avgörande hur samtalet upplevs och det skapar grunden för närhet eller avstånd, förtroende och misstroende, samarbete och konflikt. Detta gäller för båda parterna i ett kommunikationsutbyte (a.a). Hur informationen uppfattas och mottas kan även påverkas av mottagarens karakteristiska drag, dvs kunskap, erfarenhet och attityd (Kitson et al, 2013).

Bristande informationsöverföring

Det kan finnas flera olika orsaker till att informationsöverföringen mellan kommunikationsparterna i mötet brister (Eide & Eide, 2006). Det kan vara stökig miljö vid rapporteringen, svårigheter att förklara patientens tillstånd eller medvetet undanhålla information om patienten (Lamond, 1999; Suserud & Bruce, 2003; Bruce & Suserud, 2005; Bost et al. 2012; Dawson, King & Grantham, 2013). En del upplever att den mottagande parten ibland slutar lyssna på rapporten p.g.a. t.ex. stress, ointresse eller dylikt (Thakore & Morrison, 2001; Jensen, Lippert & Østergaard, 2013). Luckor i informationsöverföringen mellan primärvårdsinstanser till akutmottagningen kan medföra ofullständig bakgrundsinformation om patienten (Cwinn, et al, 2009; Klim, Kelly, Kerr, Wood & McCann, 2013). Omvårdnadspersonalen på särskilt boende och hemsjukvården har en viktig roll i vården av de äldre (SSF, 2009; SSF, 2012). Det är oftast omvårdnadspersonalen som känner patienten bäst och kan föra dess talan (SSF, 2012; Cwinn et al, 2009). Det är därför extra viktigt att mottagande parter är öppna och lyhörda för vad omvårdnadspersonalen har att säga för att få en helhetsbild av patientens tillstånd. Denna samverkan kring patienten är av vikt för att inte missa viktig bakgrundsinformation (a.a).

Patientsäkerhet

Sjukvård skall enligt hälso-och sjukvårdslagen (1982:763) bedrivas så den uppfyller kraven på god vård. Det innebär även att patienten skall känna sig trygg och säker i kontakt med vården. Lagen syftar även till att främja kontakten mellan patienten och sjukvårdspersonalen samt tillgodose behovet av kontinuitet och säkerhet i vården (a.a). Sjukvårdspersonal är dessutom skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och på så vis undviker patientskada/vårdskada (SFS 2010:659). I detta ingår samverkan och kontinuerlig kunskapsöverföring mellan olika vårdgivare i syftet att tillgodose patientens rättighet kring kvalitetssäkerhet (Davidsson, 1998).

Syfte

Syftet var att beskriva hur kommunsjuksköterskor upplevde mötet med ambulanspersonal vid överlämnande av patient i hemsjukvården eller vid särskilt boende.

Metod

Studien hade en kvalitativ induktiv ansats med ett innehållsanalytiskt perspektiv (Henricson, 2013). Kvalitativ forskning syftar till att skapa kunskap om ett fenomen i relation hur det tolkas, erfars och beskrivs av människan (Polit & Beck, 2010; Henricson, 2013). Kategorier, modeller eller beskrivningar söks som bäst beskriver ett sammanhang i individens livsvärld (Olsson & Sörensen, 2001; Polit & Beck 2010). Det kännetecknas även av flexibelt och öppet förhållningssätt gentemot forskningsfältet (Henricson, 2013). Genom att använda sig av induktion finns utgångspunkten i studiedeltagarnas levda erfarenhet av ett fenomen (a.a). Innehållsanalys är ett sätt att bearbeta innehållet i en text (Granheim & Lundman, 2004). Det kan göras både manifest, dvs de uppenbara och synliga komponenterna tas fram, eller latent där innehållet i texten tolkas (a.a).

Data samlades in via intervjuer, där informanternas beskrivningar av deras livserfarenheter analyserades och tolkades (Henricsson, 2013). Kvalitativa och semistrukturerade intervjuer gjordes (a.a). Det innebar att en intervjuguide användes för att styra intervjun så alla planerade frågor kunde besvaras (Bilaga 1) (Polit & Beck, 2010).

Urval

Författarna kontaktade under våren 2014 berörda verksamhetschefer i en större kommun i södra Sverige, ansvariga för kommunsjuksköterskorna i hemsjukvården och särskilt boende och informerade om studien genom informationsbrev (Bilaga 2). Med kommunsjuksköterskor åsyftades de sjuksköterskor som tjänstgjorde i kommunen, antingen i hemsjukvården eller på särskilt boende. Det innefattade alla typer av sjuksköterskor, både specialistutbildade t.ex. distriktssköterskor såväl som grundutbildade sjuksköterskor. Efter godkännande från

verksamhetscheferna inhämtades kontaktuppgifter till lämpliga informanter. Med lämpliga informanter menades de som ansågs informationsrika på det fenomen som studien syftade till att svara på (Henricson, 2013). För att få en så stor bredd som möjligt av fenomenet bestod urvalsgruppen av informanter med variation i antal år i kommunen, tidigare erfarenhet och kön, ett sk. strategiskt urval. Målet var att hitta en mindre grupp individer (10-15st) som kunde ge så bred beskrivning av fenomenet som möjligt (a.a). Samtliga i urvalsgruppen fick ett brev med information om studien med samtyckesblankett (Bilaga 3). De som var intresserade av att delta i intervjun fick, genom brevet, information att skicka tillbaka påskrivna samtyckesblanketten till författarna via det medföljande svarskuvertet. Fem kommunsjuksköterskor besvarade inte förfrågan. De 10 kommunsjuksköterskor som givit sitt samtycke brevledes, kontaktades därefter via telefon för att avtala tid och plats för intervjun. Vid intervjutillfällena gavs muntlig information om studien för att förtydliga det givna informationsbrevet. Samtidigt fick informanterna tillfälle att ställa frågor om studien.

Inklusionskriterierna blev således kommunsjuksköterskor, som jobbade i särskilt boende och hemsjukvården med minst 1 års yrkeserfarenhet som kommunsjuksköterska. Antalet informanter i studien blev slutligen tio kommunsjuksköterskor från särskilt boende och hemsjukvården i en större kommun, innefattande både stad och landsorter, i södra Sverige. Fördelningen mellan särskilt boende och hemsjukvården var fyra respektive sex informanter. Informanternas antal år som sjuksköterska och år som kommunsjuksköterska varierade mellan 4 - 39 år (median 13,5 år) respektive 1 - 35 år (median 5,5 år). Könstilldelningen var tre manliga respektive sju kvinnliga informanter. Tidigare erfarenheter skiftade från att endast ha jobbat inom kommunen till tjänst inom slutenvården, psykiatri, ambulansverksamheten och inom bemanningsenheten. Samtliga informanter var i aktiv tjänst som kommunsjuksköterskor under sommaren och hösten 2014, då intervjuerna utfördes.

Datainsamling

Studien utfördes genom semistrukturerade intervjuer (Olsson & Sörensen, 2001; Polit & Beck, 2010). En semistrukturerad intervju utgår från en rad frågor som måste besvaras under intervjun. Vid mindre strukturerade intervjuer ges en öppenhet och medför att informanten själv får berätta fritt, för att sedan låta intervjuaren styra samtalet för att få reda på det som

efterfrågas (Kylén, 2004). Intervjuerna varade mellan 15 – 30 minuter och utfördes på avskilda platser valda i samråd med informanter.

Båda författarna närvarade vid intervjuerna, för att variera rollen som intervjuperson. En intervjuguide användes som underlag och stöd för författarna (Henricsson, 2013).

Intervjuerna inleddes med bakgrundsfrågor och därefter ombads informanterna berätta om ett möte med ambulanspersonal. Följdfrågor såsom ”Kan du utveckla det?” och ”Hur menar du med det?” användes för att fördjupa svaren ytterligare. Ordningen på frågorna anpassades efter den pågående intervjun och till det som diskuterades. En provintervju utfördes för att testa intervjuguiden och eventuellt omformulera frågor, om så behövdes (Henricsson, 2013). Författarna behöll den ursprungliga intervjuguiden (Bilaga 1) och provintervjun inkluderades därför i resultatet.

Plats för intervjun valdes i samråd med informanterna. Kravet för platsen var att det ska vara ostört och avskilt i den mån det var möjligt. Två läsplattor användes som inspelningsutrustning. Optimalt var att använda två inspelningsutrustningar för att säkerställa ljudupptagningen. Även anteckningar utfördes under intervjun (Kylén, 2004). Transkribering genomfördes direkt efter intervjun (a.a).

Databearbetning

Innehållet ur intervjuerna transkriberades i sin helhet (Henricson, 2013). Varje intervju kodades med ett nummer mot en kodlista som förvaras oåtkomligt för andra än författarna själv. Detta för att säkerställa informanternas konfidentialitet (a.a).

Den insamlade datan bearbetades med kvalitativ innehållsanalys (Polit & Beck, 2010). Detta innebar att de genomförda intervjuernas innehåll analyserades och genom manifest innehållsanalys togs gemensamma meningsenheter fram (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2010). Latent innehållsanalys användes för att analysera en djupare mening i texten. Texten tolkades då för att ge en djupare förståelse (a.a). Författarna läste igenom det transkriberade materialet flera gånger och tog separat ut meningsbärande enheter för att enklare få ut en helhetsbild ur materialet. Därefter infogades alla meningsbärande enheter i en tabell. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan vilket slutligen ledde till en kod.

En grupp koder med liknande innehåll bildade sedan underkategorier och huvudkategorier. Latent innehållsanalys användes för att tolka texten och därigenom togs ett gemensamt tema fram som återgav textens meningsfullhet.

Förförståelse

Förförståelse är den kunskap och erfarenhet som författarna har med sig sedan tidigare (Olsson & Sörensen, 2001). Det är viktigt att vara medveten om de föreställningar som kan finnas, så de inte påverkar studien under vare sig insamlingsperiod eller bearbetningen av det insamlade materialet (a.a). Författarna har medvetet försökt vara så öppna som möjligt för att inte låta förutfattade meningar påverka eller styra under studiens gång. Dock är det författarnas förförståelse, inhämtad under sina yrkesverksamheter, som ligger till grund för studiens ämnesval, vilket ej kan kringgås.

Etisk avvägning

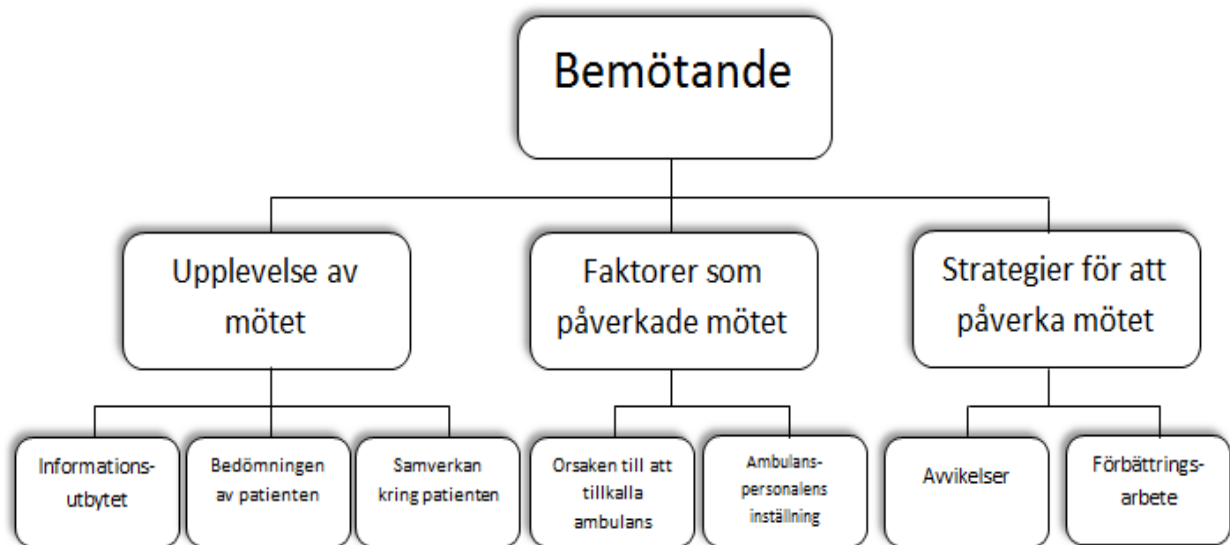
Studien erhöll rådgivande utlåtande från Vårdvetenskapliga etiknämnden [VEN] på Lunds universitet innan intervjuerna inleddes. Granskning av en etisk nämnd skall utföras då forskning som ska ske innebär fysiska ingrepp, påverkan på person fysiskt eller psykiskt (Henricson, 2013).

Forskningsetik bygger på en respekt för andra människor och vikten av att värna om människors lika värde, integritet och självbestämmande (SFS 2003:460). Respekt för andra människor grundas ur autonomiprincipen, d.v.s. människans rätt att bestämma över sina egna liv. Det innebär också respekten för andra människors åsikter och val. För att människor skall kunna fatta beslut och handla självständigt krävs det att de får tillräckligt med information (a.a). Inför insamlingsperiodens start skickades skriftlig information till verksamhetscheferna i berörda verksamhetsområden om studien och studiens betydelse (Bilaga 2). Även studiedeltagarna fick skriftlig information inför intervjun (Bilaga 3). I dessa brev framgick det att medverkan var frivillig och att alla uppgifter som framkom under intervjun kom att behandlas konfidentiellt (SFS 2003:460). Med konfidentialitet menas att alla känsliga

uppgifter och/eller personuppgifter kommer att behandlas så, att endast författarna och handledaren har tillgång till materialet och att det inte går att härleda informationen till en specifik person (a.a). Detta är grunder i personuppgiftslagen (1998:204) och svarar för att bevara människors integritet.

Resultat

I resultatet framkom ett gemensamt tema, *bemötande* som innefattade tre kategorier; *upplevelse av mötet*, *faktorer som påverkade mötet* och *strategier för att påverka mötet*. I dessa kategorier framkom sju underkategorier vilka var; *informationsutbytet*, *bedömningen av patienten*, *samverkan kring patienten*, *orsaker till att tillkalla ambulans*, *ambulanspersonalens inställning*, *avvikelser* samt *förbättringsarbete* (Figur 1).



Figur 1. Tema och kategorier som beskriver resultatet

Upplevelse av mötet

Informationsutbytet

Generellt upplevde informanterna att mötet inleddes med att kommunsjuksköterskan mötte upp ambulanspersonalen på plats hos patienten. Där överlämnade kommunsjuksköterskan sin

rapport, både muntligt och skriftlig. Rapporten innefattade oftast patientens sjukdomshistoria, habitualtillstånd, aktuella läkemedel som patienten tog samt beslut om medicinska åtgärder om sådant fanns. De upplevde att i de allra flesta fall skedde rapporteringen professionellt, som kollegor emellan och med respekt för varandras yrkesroller. Dock fanns det situationer då informanterna upplevde att de blev ignorerade och förbisedda.

Vissa är arroganta... dom tittar knappt på en, frågar inte om min bedömning, frågar inte...(2)

Informanterna uppgav ändå att rapporteringen hade blivit mer professionell under de senaste åren. Förr kunde det, enligt en informant, finnas en tråkig och nedlåtande attityd vid rapporteringen.

Då hade vi inte den här rapporteringsblanketten och så. Det kanske blev mer en muntlig rapport. "Jaja... jaja visst" sa dom. Och nu var jag kille så jag tror inte man gjorde så men va det tjejer som sköterskor så kunde det nog bli "hallå lilla gumman det här tar vi hand om"... Det kunde va väldigt tråkigt och det kändes som att det var en mycket värre situation egentligen att hålla patienten i liv till dom kom... (3)

I vissa lägen uppgav kommunsjuksköterskorna att de inte alltid kunde ge en så informativ rapport om patienten som de hade velat. Det kunde t.ex. vara de som jobbade som bemanningssjuksköterskor. De hade inte samma grundkunskap om patienterna inom distriktet som den ordinarie kommunsjuksköterskan hade och hade oftast inte träffat patienten tidigare. På kvällstid eller helger hade kommunsjuksköterskorna ett större område i distriktet än vad de normalt hade på vardagarna och dagtid. De kunde då uppleva att ambulanspersonalen begärde att kommunsjuksköterskan skulle presentera en helhetsbild av patienten oavsett tidigare kontakt med patienten.

Där kan man inte begära att man ska veta allt om sjukdomshistoria och mediciner och sociala kontakter och ADL alltså, vilket ambulanssköterskorna tror, för har distriktsköterskan ansvar över dom här patienterna så ska hon minsann känna till vad dom har för sjukdomar osv. (6)

Vid de tillfällen då kommunsjuksköterskan inte hade tillräcklig bakgrundsinformation om patienten, användes ofta undersköterskor eller biträden på boenden eller i hemtjänsten som informationskällor.

Bedömningen av patienten

Informanterna uppgav att när rapporteringen var avklarad gick ambulanspersonalen in till patienten och gjorde sin bedömning av dess aktuella tillstånd. De arbetade oftast i sitt team och enligt sina rutiner. Informanterna ansåg att ambulanspersonalen i många fall vände kommunsjuksköterskan ryggen och jobbade för sig själva. Några informanter upplevde att de kände sig ignorerade och utestängda, men de flesta ansåg inte att det vara ett problem. De menade att när rapporteringen hade gjorts så var deras arbete slut och ambulanspersonalen fick leda vidare därifrån. Emellertid fanns kommunsjuksköterskan tillgänglig för frågor eller för att hjälpa till vid undersökningen om ambulanspersonalen önskade. En del av informanterna upplevde inte att ambulanspersonalen förväntade sig eller ännu mindre krävde hjälp från kommunsjuksköterskan vid deras undersökning och bedömning av patienten.

Dom är ju så vältränade att jobba i detta teamet så dom vet ju vad dom gör. Så kommer jag där och "Hallå jag vill också va med på ett hörn". Nä det vill jag inte och det tänker jag inte att jag ska va heller. (3)

Inför sin egen bedömning, som kommunsjuksköterskan gjorde innan ambulans kontaktades, tog han/hon sina kontroller såsom blodtryck, puls och andningsfrekvens. Men oavsett vad värdena visade togs kontrollerna om igen av ambulanspersonalen när de anlände till patienten. Detta kunde ses som ett mistroende av kommunsjuksköterskans tidigare gjorda bedömning, ansåg en del av informanterna. De flesta informanterna menade dock att det inte var något problem.

Då är det ju dom som har ansvaret för om dom ska ta med patienten eller inte. För så tycker jag... om det är någon som är dålig och undersköterskorna precis har tagit blodtryck och puls så tar jag ändå blodtryck och puls när jag kommer. (4)

Samverkan kring patienten

Samtliga informanter uppgav att ambulanspersonalens bemötande mot patienten, i de allra flesta fall, var bra. Patienten möttes med respekt och professionellt. Det var endast i enstaka fall då patienten inte fick det bemötandet som hade önskats. Det kunde vara vid kontakt med dementa patienter eller dylikt, då enligt kommunsjuksköterskan, det fanns både en bristande kunskap och intresse för att förstå och hantera den typen av patientgrupp.

Generellt ansågs det att mötet med ambulansen hade varit bra om kommunsjuksköterskorna och ambulanspersonalen jobbade efter samma linje och med samma mål för patienten.

Både dom och jag ville patientens bästa... Vi ville åt samma håll.. (4)

Dock önskades det ibland kontinuerlig kommunikation för att gemensamt diskutera fram vad som var det bästa för patienten. Kommunsjuksköterskan kunde iså fall fungera så en form av språkrör för patienten. För att patienten lättare skulle kunna ta till sig den information som ambulanspersonalen gav.

I en del situationer fanns ingen fysisk samverkan mellan kommunsjuksköterskorna och ambulanspersonalen. Det var framförallt i de akuta situationer, då t.ex. kommunsjuksköterskan blev uppringd av omvårdnadspersonalen till följd av att en patient akut blivit dålig. Kommunsjuksköterskan bedömde situationen så att omvårdnadspersonalen själva fick kontakta SOS Alarm och beställa en akutambulans. I dessa fall begav inte alltid kommunsjuksköterska sig till den sjuka patienten.

Är det akutläge och man ringer 112 så finns det ingen anledning till att jag är där. (5)

Ibland kunde orsaken till att inte möta upp ambulanspersonalen på plats hos patienten vara att kommunsjuksköterskan inte kände att hon/han fyllde någon funktion där. En del uppgav att det kunde bero på att det inte fanns en så stor vana för de akuta situationerna och att de inte hade tillräckliga resurser, varken kunskap eller material, för att hantera de akut sjuka patienterna. Men många uppgav även att vid de akuta situationerna skulle patienten oavsett åka till sjukhuset och kommunsjuksköterskornas närvaro var därigenom inte nödvändig.

Jag kan inte bidra med nånting då blir man ju bara ett fån när man åker dit liksom och alltså... Men har jag minsta lilla att bidra med så skulle jag absolut åka dit. Men det finns situationer när jag inte skulle bidra med något och då skulle jag inte åka dit. (6)

Faktorer som påverkade mötet

Orsaken till att tillkalla ambulans

Bakomliggande orsak till varför ambulans tillkallas är generellt ett sjukdomstillstånd för en patient som inte kan åtgärdas hemma hos patienten eller på särskilt boende. I så stor utsträckning som möjligt försöker kommunsjuksköterskan att undvika att skicka in patienten till akutmottagningen. Oftast försöker kommunsjuksköterskan att kontakta patientansvarig läkare (PAL) på vårdcentralen eller läkaren från AHRS (akut hembesök från läkare i Region Skåne) även kallad Falckdoktor, för att göra hembesök till patienten.

Oftast så vill ju inte patienten in till sjukhuset och då brukar jag absolut jobba för att patienten ska få stanna kvar hemma och att vi i hemsjukvården ska backa uppmed rätt insatser från undersköterskor och tätare kontroller... Men absolut i dom fallen jag bedömer att det inte gagnar patienten att åka till sjukhuset väljer jag absolut PAL att kontakta. (6).

Majoriteten informanter uppgav att de ofta kontaktade PAL eller läkare från AHRS för att diskutera patienterna, där det var tveksamheter om de skulle åka till sjukhuset eller ej. Ibland användes även kontakten med doktor som ett försvar inför ambulansmötet, för att den egna bedömningen skulle få extra styrka.

Jag tycker det är skönt att när ambulansen kommer att jag kan tala om att det är en läkare som har sagt till mig att jag ska ringa er. (8)

Kontakt med doktor skedde dock inte alltid. Vid akuta situationer såsom hjärtbesvär, andningssvårigheter, frakturer och liknande gick de flesta kommunsjuksköterskor efter sin erfarenhet och magkänsla. De bedömde att det inte kom att tillföra något ytterligare att

kontakta PAL eller läkare från AHRS, utan de kom troligen att säga att ambulans skulle kontaktas.

Ibland så kommer man till en patient och så känner jag och gör bedömningen med en gång att den här måste in. Och då tycker inte jag att jag behöver ringa Falck, för att det är även om man ringer Falck är dom noga med att säga att det är fortfarande jag som har det medicinska ansvaret. (4)

Kommunsjuksköterskorna gjorde således sin bedömning på erfarenhet och utifrån detta beslutades om vilket transportsätt till sjukhuset som tillståndet krävde.

I regel när det inte är akut och jag vet att det blir inläggning om det är nån försämring kanske hjärtsvikten eller så... då ringer jag transportambulansen. (2)

Ambulanspersonalens attityd

Genomgående ansågs det att hur mötet med ambulanspersonalen och bemötandet blev, berodde mycket på deras attityd. Det påverkade mötets utgång och även förhållandet till varandra. Informanterna uppgav att en del ambulanspersonal hade en arrogant attityd, var lite besserwisser och ingav känslan av att de var förmer än kommunsjuksköterskan. De upplevde att om ambulanspersonalen hade ”taggarna ute” och ifrågasatte kommunsjuksköterskans bedömning av patienten eller anledningen till att ambulans hade tillkallats uppkom konflikter. Oftast grundade sig dessa konflikter i olika uppfattningar om patientens tillstånd och allvarlighetsgrad. Framförallt ogillades det när ifrågasättandet gjordes inför patienten.

Jag tycker inte om alltså såna här attityder som när dom kommer in och ställer sig över patienten och ifrågasätter varför ambulans har ringt efter sådär va. Det gör jag inte. (9)

De flesta informanter upplevde att bemötandet nu var mer professionellt och det förekom inte så mycket konflikter längre. Det kunde troligen bero på den kompetensökning som skett inom ambulansverksamheten under de senare åren.

Det är ju sällan man har egentligen någonting idag att tycka illa om. Det händer ju nån gång ju men, jag kan säga så att för 20 år sen då nästan drog man sig för att beställa en ambulans, för man visste att det blev en konfrontation alltså när dom kom. (3)

Men trots att de flesta uppgav att bemötandet blivit bättre, menade några informanter att de fortfarande var rädda för att kontakta ambulansen. De såg till att vara väl förberedda inför mötet och såg i så stor utsträckning till att möta upp ambulanspersonalen på plats hos patienten.

Jag vet att undersköterskorna har fått så mycket skit. Så är jag i tjänst så är jag alltid... försöker va först och möter. Så om det är nån som ska få skit så är det jag. (8)

Informanterna menade att rädslan för mötet med ambulanspersonalen kunde bero på sina egna känslor av otillräcklighet och känslan av att de inte behärskade de akuta situationerna. Detta kunde eventuellt bero på bristande kunskaper om akutsjukvård, vilket ansågs vara av vikt att ha som kommunsjuksköterska. Trots en viss rädsla och osäkerhet inför mötet med ambulanspersonalen, ansåg ändå samtliga informanter att ambulanspersonalen utgjorde den experthjälp och trygghet som behövdes i det akuta skedet.

Strategier för att påverka bemötandet

Avvikelser

Ingen av informanterna uppgav att de hade skrivit avvikelse för dåligt bemötande, men några menade att de skulle gjort det vid något tillfällen. Det hade då handlade framförallt om dåligt bemötande mot personalen. Anledningen till att de inte skrivit avvikelser var till stor del för att tiden inte räckte till, men även för att de ansåg att avvikelser inte ledde någonstans.

Jag skriver aldrig. Jag tror att det är upp till oss själv som människor att vi försöker själv lösa det. (2)

Förbättringsarbete

Samtliga av informanterna trodde att bemötandet mellan ambulanspersonalen och kommunsjuksköterskorna kunde bli bättre om de fick större insikt i varandras verksamhet. Det skulle ge en ökad förståelse och kunde eventuellt förhindra missuppfattningar. Informanterna uppgav även vikten av att visa respekt för varandras yrkesroller och kunnande. Hospitering var en metod som informanterna ansåg kunde användas för att ge större insikt i respektives verksamheter. Dock ansågs det att det troligen skulle ge mer för kommunsjuksköterskan att hospitera hos ambulanspersonalen.

Alltså det ger nog mer för oss från hemsjukvården att hospitera med ambulans. Jag har svårt för att tänka mig att ambulanssjuksköterskan vill åka ut och jobba i hemsjukvården. Det kanske inte händer någonting på en hel dag alltså som händer som är intressant för dom ju.
(3)

Bristen på resurser var ett ämne som påtalades av de flesta informanter. Framförallt gällde det utrustning i form av t.ex. saturationsmätare. Flera informanter trodde att ambulanspersonalen inte visste eller förstod hur dåligt rustade kommunsjuksköterskorna var.

Dom tror nog att vi har mer än vad vi har. Det är väldigt lite utrustning som vi har ju. Vi får lita på våra händer. (3)

Kommunsjuksköterskorna påpekade att genom att ha samma utrustning som ambulanspersonalen, kunde de ta samma grundparametrar och bedöma patienten utifrån samma bedömningsmaterial som användes inom ambulansverksamheten. Detta kunde även kompletteras med att samma journalsystem användes, vilket kanske hade underlättat informationsöverföringen längs hela vårdkedjan.

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna valde att utföra en kvalitativ intervjustudie med avsikt att belysa kommunsjuksköterskornas upplevelser av mötet med ambulanspersonal. För att få en så djup bild av ämnet som möjligt valdes en kvalitativ intervjustudie framför att utföra en kvantitativ enkätstudie. Fördelen med en intervjustudie är att det ges de bästa förutsättningarna för att få fram informantens tankar och känslor kring ämnet och därmed penetrera området djupare (Kylén, 2004). Dessutom kan uppgifterna och materialet som samlas in under intervjun kontrolleras, vilket ger en hög validitet. Även svarsfrekvensen kan säkras då författarna tagit kontakt med informanterna efter att de aktivt givit sitt samtycke till studien före intervjun (a.a). Till studien intervjuades tio kommunsjuksköterskor. Antalet ansågs vara optimalt för att svara på studiens syfte. Författarna eftersträvade att intervju 10 - 15 informanter för att få en så bred beskrivning av området som möjligt (Henricson, 2013). Både för få eller för många informanter kan ge problem vid analysen och bearbetningen av det insamlade materialet och försvåra presentationen av resultatet (a.a). Författarna ansåg att antalet informanter som intervjuades gav ett tillräckligt underlag för analysen.

Kontakt togs med verksamhetschefer i en större kommun i södra Sverige, med avsikten att få en stor ursprunglig urvalsgrupp. Verksamhetscheferna rekommenderade kontakt med 15 sjuksköterskor, som ansågs vara informationsrika på det fenomen studiens ämnades svara på. Av dessa 15 besvarade endast tio förfrågan om deltagande och samtliga inkluderades i studien. Författarna hade önskat en jämlikare fördelning av kön. Dock ansågs könsfördelningen spegla verksamheten och den verklighet som råder i dagens sjukvårdssamhälle. För övrigt var variationen av informantgruppens erfarenhet och år i yrket väl fördelat, vilket kan ses som en styrka.

Författarna har reflekterat och diskuterat kring om studiens frågeställning kan ha varit ett känsligt ämne för informanterna att tala om. Möjligen kan informanterna ha påverkats av författarnas egna yrkesroll som ambulanspersonal och därmed känt en ovilja att berätta om sina upplevelser. Informanterna kan även ha genom denna påverkan ha valt att svara på frågorna efter vad de tror att författarna vill veta, vilket leder till att resultatet blir lidande

(Denscombe, 2000). Detta kan ses som en svaghet i studien. Författarna upplevde inte att informanterna undanhöll eller valde att svara strategiskt under intervjuerna.

En svaghet i studien kan ha varit att informanterna känt sig i underläge i förhållande till författarna i samband med intervjuerna. Det finns en risk att den som intervjuas upplever situationen likt ett förhör (Kylén, 2004). Detta fenomen försökte författarna undvika genom att inte placera sig likt en panel mitt emot informanten (a.a). Informanterna fick i samråd med författarna välja platsen för intervjun, vilket även var ett steg i att försöka få informanten att känna sig bekväm i samband med intervjun. Under intervjuerna var författarna privatklädda för att hålla sig neutrala i intervjusituationen (Henricson, 2013).

Två läsplattor användes som inspelningsutrustning. Att göra en röstinspelning kan påverka situationen genom att det kan hämma informanten att prata fritt (Kylén, 2004). Dock kan det ses som att säkerställa datainsamlingen genom ljudupptagningen (a.a). En svaghet var att det under vissa intervjuer förekom störande bakgrundsljud, vilket försvårade avlyssningen. Detta försökte författarna motverka genom att använda två inspelningskällor.

En intervjuguide användes för att strukturera upp intervjuerna (Kylén, 2004). Guiden innehöll fem huvudpunkter, vilket är lämpligt för en intervju med varaktighet runt 30 minuter (a.a). Författarna förklarade inför intervjuerna att den skulle begränsas till kring 30 minuter, vilket kan ha påverkat informanten till att känna sig stressad. Dock upplevde författarna aldrig under intervjuerna att tiden var knapp och att intervjun fick avbrytas i förtid. Som avslutning av intervjun erbjöds informanterna att tillägga något ytterligare som inte framkommit och därmed själva avsluta intervjun (Henricson, 2013). En svaghet var att båda författarna hade liten erfarenhet av att utföra intervjuer, vilket kan ha påverkat intervjuernas utförande. Detta försökte författarna motverka genom att utföra intervjuerna tillsammans och därmed hjälpas åt under intervjun.

Förförståelse i ämnet är en grund varvid studien vilar på. Denna förförståelse försökte författarna undvika i den mån som var möjligt under intervjuerna, för att inte påverka informanterna och styra frågorna och svaren i bestämda riktningar. Båda författarna har under sin yrkesverksamhet varit i kontakt med ambulanspersonal likt informanterna i studien, vilket gav en förståelse och igenkännande faktor under intervjuerna och analysen. Det är oundvikligt

att utesluta förförståelsen (Henricson, 2013). Författarna har dock varit medvetna om sina tidigare erfarenheter och försökt i så stor utsträckning som möjligt att bortse från detta under arbetets gång.

Trovärdighet är ett grundläggande begrepp i den kvalitativa innehållsanalysen för att bedöma kvaliteten av studiens framtagna resultat (Graneheim & Lundman, 2004). För att definiera trovärdigheten används termer som giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Giltighet innebär att visa ett trovärdigt resultat (a.a). I studien presenterar författarna en beskrivning av urvalet, datainsamlingsmetoden, bearbetningen och analysen av det insamlade materialet samt väsentliga citat från intervjuerna. Detta stärker studien och ger en ökad giltighet (Graneheim & Lundman, 2004). Att uppnå en könsjämvikt hade önskats för att öka giltigheten ytterligare (a.a). Tillförlitlighet menar till att visa stabiliteten i analysförloppet över tid och villkor (Polit & Beck, 2010). Studiens resultat stärks av god tillförlitlighet då båda författarna medverkade vid samtliga intervjuer. Dataanalysen skedde initialt självständigt för att sen jämföra och diskutera fram relevanta resultat. Detta är en fördel och ökar tillförlitligheten (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2010). Överförbarhet innebär att resultatet kan överföras till andra sammanhang (Polit & Beck, 2010). Detta påvisas genom en noggrann beskrivning av studiens metod, urval, datainsamling samt analysprocess (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna har i metodavsnittet presenterat en utförd metodbeskrivning för att öka överförbarheten till andra kontext.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att kommunsjuksköterskornas upplevelser av mötet med ambulanspersonalen utmynnande i ett gemensamt övergripande tema, *bemötande*. En faktor i bemötandet, som informanterna belyste var känslan och upplevelsen av otillräcklighet. Det kunde vara att inte ha tillräcklig kunskap eller bakgrundsinformation om patienterna, teknisk utrustning och bristande erfarenhet av akuta situationer. I en studie av Svensson och Fridlund (2007) beskrivs ambulanssjuksköterskors känsla av otillräcklighet till följd av bristande information, erfarenhet och kunskap. Detta är en bidragande orsak till ökad oro och osäkerhet i sitt yrkesutövande (a.a). Resultatet visade på att osäkerheten, som kom till följd av brister i erfarenhet och kunskap om akuta situationer bidrog till att

kommunsjuksköterskorna kände en ökad oro inför dessa lägen och därmed även en osäkerhet inför mötet med ambulanspersonalen. Denna grundinställning kunde i och med det påverka mötet och bidra till att kommunsjuksköterskorna upplevde mötet negativt. Detta kunde bli en ond cirkel inför kommande möten med ambulanspersonal och därigenom ytterligare förstärka osäkerheten, oron och bemötandet. Ingen av informanterna uppgav att patienter fick dåligt bemötande, utan det var framförallt personal som drabbades i mötet. Studier har dock visat att osäkerhet och oro kan leda till bristande känsla av kontroll, vilket i sin tur kan påverka sjukvårdskvaliteten och patientsäkerheten (Béogat, Ellefsen & Severinsson, 2005; Hanson, 2014).

Resultatet i föreliggande studie visade att majoriteten av de intervjuade kommunsjuksköterskorna upplevde ett positivt bemötande från ambulanspersonalen. Dock fanns det tillfällen då informanterna hade upplevt negativa attityder, vilket i vissa fall ledde till att de var rädda och oroliga för att vidare kontakta ambulansen. Negativa attityder från kollegor eller andra yrkeskåarer inom vården har visat sig leda till sämre självförtroende, dålig arbetsmiljö och ökad oro och ångest för den som drabbas (McDonald, Vickers, Mohan, Wilkes & Jackson, 2010; Budin, Brewer, Chao & Kovner, 2013).

Flera informanter uppgav att den negativa attityden grundade sig i upplevelsen av ambulanspersonalens missnöje över att kommunsjuksköterskan brustit i att framförallt ge tillräcklig bakgrundsinformation om patienten men även en känsla av att kommunsjuksköterskan kunde utfört mer medicinska åtgärder för patienten innan ambulansen tillkallades. Det framkom att det fanns en känsla av bristfällig respekt för kommunsjuksköterskans yrkesroll och kunnande. Dock var det även kommunsjuksköterskan själv som nerverade sin roll och sin vikt i vårdkedjan. Författarna tolkade att den underliggande andemeningen som flertalet informanter uppgav, var att kommunsjuksköterskorna upplevde att de, jämfört med andra vårdspecialiteter, inte hade lika stor kunskap och kunnighet. De såg till viss del upp till och hade stor respekt och tilltro till den expertroll som ambulanspersonalen betraktades vara och kände därmed till viss del en stor lättnad när ambulanspersonalen kom och tog över patienten. I en studie av Kydd, Touhy, Newman, Fagerberg & Engstrom (2014) framkom det att de som arbetar inom äldreården har en lägre professionell status jämfört med de yrkeskategorier som arbetar inom en mer tekniskt avancerad sjukvård. De känner inte heller att äldreården har det anseendet som

andra sjukvårdsspecialiteter har och kan i vissa fall upplevas som ett oattraktivt karriärval (a.a).

Informanterna uppgav att de upplevde en känsla av bristande respekt när ambulanspersonalen t.ex. inte lyssnade på deras rapport om patientens tillstånd eller ignorerade kommunsjuksköterskans medicinska bedömning. En bakomliggande orsak, tror författarna, kan vara det faktum att de inblandade yrkeskategorierna har olika fokus och uppfattningar om vad som är viktig information vid t.ex. en rapport. En studie har visat vikten av att få en bakgrundsinformation om patienten som är lättillgänglig och begriplig inom ett par minuter (Gillespie, Gleason, Karuza & Shah, 2010). Detta gäller både skriftlig och verbal information (a.a). Författarna tror att brister i kommunikationen och informationsflödet från kommunsjuksköterskan kan leda till att ambulanspersonalen antar att det även vid framtida kontakter kommer finnas brister i rapporten och då väljer att istället göra sin egen bedömning av patienten. Från kommunsjuksköterskans synvinkel kan detta upplevas som respektlöshet och känslan av att bli ignorerad. Den negativa attityden kan kanske vara en bidragande orsak till att kommunsjuksköterskan ibland undviker att möta upp ambulanspersonalen på plats hos patienten. Negativa attityder från kollegor har visat sig leda till att vidare möten och konfrontationer försöker undvikas i så stor mån som möjligt (McDonald et al., 2010). Informanterna ansåg att för att förbättra situationen sinsemellan kunde vara hospitering. Detta för att få insikt i varandras arbete och därmed få en ökad förståelse och bättre samverkan kring patienten. Att behandla varandra med respekt och hjälpa åt är viktigt för att undvika konflikter och få en bättre kommunikation sinsemellan (Moore, Leahy, Sublett & Lanig, 2013).

Ur studiens resultat framkom en önskan om att förbättra kommunikationen och samarbetet mellan kommunsjuksköterskorna och ambulanspersonalen. Detta skulle därigenom bidra till ett bättre bemötande. Studier har visat på brister i informationsöverföringen mellan kommuner och akutmottagningar (Gillespie et al., 2010; Kirsebom, Wadensten & Hedström, 2012). Kommunikationen är av vikt för att inte väsentlig information missas vid övertaget av patienten, vilket i sin tur kan leda till försämrad patientsäkerhet (Gillespie et al., 2010). Att använda samma typ av bedömningssystem var en viktig aspekt som kommunsjuksköterskorna belyste. Kommunsjuksköterskans uppgift att bedöma patienten och prioritera patienten till rätt form av vård och vårdnivå är komplext med flera aspekter att ta hänsyn till (Bowers & Cook,

2012). Författarna anser att om patienten bedöms utifrån samma synsätt kanske diskussioner om t.ex. prioriteringar kan undvikas. Informanterna ansåg att ett gemensamt journalsystem hade underlättat informationsflödet och därmed kommunikationen genom vårdkedjan. Förbättringar i form av att ha tillgång till information och föra över information till andra instanser elektroniskt har visats vara positivt utifrån kommunsjuksköterskornas synsätt (Nilsson, Skär & Söderberg, 2008). Bakgrundsinformation om patienten skulle därmed vara mer lättillgänglig och då inte utgöra ett hinder vid mötet med ambulanspersonalen.

Konklusion och implikationer

Studien visar att bemötandet är komplext med flera aspekter som påverkar utgången av mötet. Det är framförallt den grundinställning som de inblandade parterna har som är utmärkande. Negativa attityder, osäkerhet, bristande erfarenhet och respekt för varandra speglar förutsättningen att ett möte ska upplevas som dåligt. Utöver detta påverkas även mötet av yttre faktorer som kan försvåra, som t.ex. olika bedömningsunderlag och bristande resurser. Trots kommunsjuksköterskornas upplevelser av negativa möten med ambulanspersonalen, anses dock de flesta möten vara positiva med ett bra samarbete i överlämnandet och med stort fokus på patienten och patientens välmående.

Önskvärt hade varit om all sjukvård inkluderade den prehospitälverksamhet d.v.s. primärvården och ambulansverksamheten hade haft samma grund att stå på. Detta genom t.ex. samma journalsystem och bedömningsinstrument. Kanske hade det lett till bättre inblick i varandras yrkesvärldar och gett en ökad förståelse. På så vis hade eventuellt de konflikter som uppkommer i vårdkedjans övergångar kunnat minimeras och patientens väg från hemmet och primärvården till slutenvården hade kunnat bli smidigare utan informationsflödesluckor. Resultatet hade även garanterat patientsäkerheten. Dessa konklusioner hade varit önskvärda att implementera i praktiken för att optimera vårdkedjans förlopp.

Referenser

- Bégat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*. 2005, 13, 221-230.
- Bruce, K., & Suserud, B-O. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*. 2005, 10, 4, 201-209.
- Bost, N., Crilly, J., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2011). Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*. 2012, 20, 133-141.
- Bower, B., & Cook, R. (2012). Using referral guidelines to support best care outcomes for patients. *British Journal of Community Nursing*. 2012, 17, 3, 134-138.
- Budin, WC., Brewer, CS., Chao, Y-Y., & Kovner, C. (2013). Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. 2013,45:3, 308-316.
- Cwinn, MA., Forster, AJ., Cwinn, AA., Hebert, G., Calder, L., & Stiell, IG. (2009). Prevalence of information gaps for senior transferred from nursing homes to the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2009, 11(5), 462-71.
- Davidsson, J. (1998). *Primärvård – en vårdnivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Dawson, S., King, L., & Grantham, H. (2013). Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency Medicine Australia*. 2013, 25, 393-405.
- Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Eide, T., & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken – relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Stockholm: Liber AB.
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation – Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Gillespie, SM., Gleason, LJ., Karuza, J., & Shah, MN. (2010). Health care providers' opinions on communication between nursing homes and emergency departments. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2010, 11: 204-210.
- Graneheim, UH., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve thurstworthiness. *Nursing Education Today* (2004) 24, 105-112.

- Hanson, RM. (2014). 'Is elderly care affected by nurse attitudes?' A systematic review. *British Journal of Nursing*. 2014, 23, 4, 225-239.
- Henricson, M. (2013). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Jahren Kristoffersen, N. (1998). *Allmän omvårdnad Profession och ämnesområde – utveckling, värdegrund och kunskap. Del 1*. Stockholm: Liber AB.
- Jensen, SM., Lippert, A., & Østergaard, D. (2013). Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2013, 57, 964-970.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering* (andra uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kitson, A.L., Muntlin Ahtlin, Å., Elliott, J. & Cant, M.L. (2013). What's my line? A narrative review an synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviors between shifts. *Journal of Advanced Nursing*. 2013, 70, 6, 1228-1242.
- Klim, S., Kelly, A-M., Kerr, D., Wood., & McCann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualized and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*. 2013, 22, 2233-2243
- Kydd, A., Touhy, T, Newman, D., Fagerberg, I., & Engstrom, G. (2014). Attitudes towards caring for older people in Scotland, Sweden and the United States. *Nursing Older People*. 2014, 26, 2, 33-40.
- Kylén, J-A. (2004). *Att få svar - intervju, enkät, observation*. Stockholm: Bonniers.
- Lamond, D. (1999). The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, 31(4), 794-804.
- McDonald, G., Vickers, MH., Mohan, S., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Workplace conversations: Buliding and maintaining collaborative capital. *Contemporary Nurse*. 2010, 36 (1-2), 96-105.
- Moore, LW., Leahy, C., Sublett, C., & Lanig, H. (Understanding nurse-to-nurse relationships and their impact on work environments. *Medsurg Nursing*. 2013, 22, 3, 172-179.
- Nilsson, C., Skär, L., & Söderberg, S. (2008). Swedish district nurses' attitudes to implement information and communication technology in home nursing. *The Open Nursing Journal*. 2008, 2, 68-72.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Pilhammar Andersson, E., Bergh, M., Friberg, F., Gedda, B., & Häggström, E. (2003). *Pedagogik inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad elektroniskt 2014-03-21 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad elektroniskt 2014-03-24 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/?bet=1998:204

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad elektroniskt 2014-04-24 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad elektroniskt 2014-03-24 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

SSF (Svensk Sjuksköterskeförening). (2012). *Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening & Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldreomsorg. Hämtad elektroniskt 2014-04-02 från <http://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Riksforeningen-for-Sjukskoterskan-inom-Aldrevard/Kompetensbeskrivning/>

SSF (Svensk Sjuksköterskeförening). (2009). *Omvårdnad av äldre - Rapport från hearing 2009*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening & Vårdförbundet. Hämtad elektroniskt 2014-04-03 från https://www.vardforbundet.se/.../Omvardnad%20for%20aldre_0911.pdf

Suserud, B-O., & Bruce, K. (2003). Ambulance nursing – part three. *Emergency nurse*. 2003, 11(2), 16-21.

Suserud, B-O., & Bruce, K. (2003). Ambulance nursing part three. *Emergency nursing*. 2003, 11, 2, 16-21.

Svensson, R. (1993). *Samhälle medicin vård En introduktion till medicinsk sociologi*. Lund: Studentlitteratur.

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

Intervjuguide

Bakgrund

- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
- Hur länge har du arbetat som kommunsjuksköterska/distriktssjuksköterska?
- Tidigare arbetsplatser?

Frågor

- Berätta kortfattat om ett möte med ambulanspersonal till följd av överlämnande/mottagande av patient.
- Följdfrågor: Vad var indikation för att tillkalla ambulans? Kontakt med AHRS/Falckdr/PAL innan ambulanskontakten? Hur väl insatt i patienten & journal var du inför ambulansbesöket? Vilka förväntningar hade du inför mötet? Mötte du upp ambulanspersonalen på plats? Hur upplevde du mötet? Vilka baskunskaper har du om ambulansverksamheten? Vilka förväntningar tror du att ambulanspersonalen har på dig?
- Vad var det som gjorde att mötet blev positivt/negativt?
- Om mötet var negativt, vad tror du kan göras för att det ska bli positivt?
- Har du någon gång skrivit en avvikelse på ambulanspersonalen angående deras bemötande av dig?



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Till verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Kommunsjuksköterskors upplevelser av mötet med ambulanssjuksköterskor vid överlämnade av patient”.

I samordningen och planeringen av patientens sjukvård krävs en välfungerande kedja av sjukvårdsinstanser. Länkarna är de möten som sker mellan de olika instanserna, t.ex. kommunsjuksköterskor, ambulanssjuksköterskor och akutmottagningens sjuksköterskor. Få studier visar den avlämnande partens upplevelser, d.v.s. kommunsjuksköterskornas möte med ambulanssjuksköterskorna. Bristande informationsdelgivning är ett problem som diskuteras under lång tid, men vad som är bakomliggande orsak till problemet kvarstår ännu. Genom denna studie vill författarna belysa kommunsjuksköterskans del i mötet.

Antalet planerade intervjuer, med fokus på den bakomliggande studiens ämne, beräknas vara 10-15. Resultatet av denna studie kan användas för att synliggöra eventuella brister vid överlämnandet av patienter mellan kommunsjuksköterskor och ambulanssjuksköterskor. Den nya kunskapen skulle kunna bidra till att förbättra och säkerställa patientsäkerheten vid överlämnandet av patienter och kan därmed ses som ett led i patientsäkerhetsutvecklingen.

Efter samtycke från verksamhetschefen kommer studiens författare informera all personal om studien samt inhämta samtycke. Det är helt frivilligt att delta i studien och om någon inte önskar delta så kommer detta att respekteras. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och kommer inte att innehålla några personuppgifter. Enskild person kommer därför inte kunna identifieras. Allt insamlat material kommer förstöras efter godkänd examination. Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Studien ingår som ett examensarbete i ambulanssjuksköterskeprogrammet.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Anna-Karin Fridh
Leg. sjuksköterska

Cecilia Svensson
Leg. sjuksköterska

Anna Kristensson Ekwall
Universitetslektor, Docent
Institutionen för hälsovetenskaper
Box 157
221 00 Lund

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Titel på studien ” Kommunsjuksköterskors upplevelser av mötet med ambulanssjuksköterskor vid överlämnade av patient”

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



Information till undersökningsperson

"Kommunsjuksköterskors upplevelser av mötet med ambulanssjuksköterskor vid överlämnade av patient".

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. I samordningen och planeringen av patientens sjukvård krävs en välfungerande kedja av sjukvårdsinstanser. Länkarna är de möten som sker mellan de olika instanserna, t.ex. kommunsjuksköterskor, ambulanssjuksköterskor och akutmottagningens sjuksköterskor. Få studier visar den avlämnande partens upplevelser, d.v.s. kommunsjuksköterskornas möte med ambulanssjuksköterskorna. Bristande informationsdelgivning är ett problem som diskuterats under lång tid, men vad som är bakomliggande orsak till problemet kvarstår ännu. Genom denna studie vill författarna belysa kommunsjuksköterskans del i mötet.

Intervjun beräknas ta cirka 30 - 60 minuter och genomförs av Anna-Karin Fridh och Cecilia Svensson. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter. Om Du inte vill att vi skall spela in intervjun men vill ändå medverka i studien, kan vi istället göra anteckningar under intervjun.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Allt insamlat material kommer att förstöras efter godkänd examination.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med ambulanssjukvårdsinriktning.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Anna-Karin Fridh
Leg. sjuksköterska

Cecilia Svensson
Leg. sjuksköterska

Anna Kristensson Ekwall
Universitetslektor, Docent
Vård i högteknologisk miljö

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ” "Kommunsjuksköterskors upplevelser av mötet med ambulanssjuksköterskor vid överlämnade av patient ".

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer