



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Ambulanssjuusköterskans upplevelse av mötet med andra specialistsjuusköterskor i mottagande/överlämnande av patient

En intervjustudie

Författare: Satu Danielsson
Anna Lindström

Handledare: Irén Tiberg

Magisteruppsats

Hösten 2015

Ambulanssjuksköterskans upplevelse av mötet med andra specialistsjuksköterskor i mottagande/överlämnande av patient

En intervjustudie

Författare: Satu Danielsson
Anna Lindström

Handledare: Irén Tiberg

Magisteruppsats

Hösten 2015

Abstrakt

Bakgrund: Mötet mellan specialistsjuksköterskor är en del av vårdkedjan, en kedja som ska fungera för patientens bästa. Prehospitalt råder det andra förutsättningar för ett överlämnande/mottagande som kan involvera flertalet personer och professioner. **Syfte:** Att beskriva ambulanssjuksköterskans upplevelse av mötet med andra specialistsjuksköterskor i mottagande/överlämnande av patient. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie, med sexton medverkande ambulanssjuksköterskor. Analysen av data genomfördes utifrån kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultatet** Mynnade ut i fem kategorier; känna samförstånd, att bli bekräftad, att känna ansvar, behov av struktur i kommunikationen och att kunna påverka mötet. **Konklusion:** Ambulanssjuksköterskorna efterfrågade en respekt för den andres specialistområde, och ta lärdom av varandras kunskaper. Genom att vara medveten om sitt eget beteende och sin attityd kan upplevelsen av mötet mellan specialistsjuksköterskor påverkas positivt, vilket i sin tur sannolikt också är av betydelse för kvaliteten på vård som patienten får.

Nyckelord

(Möte, kommunikation, ambulanssjuksköterska, mottagande, överlämnande, specialistsjuksköterska)

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkt	5
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv	5
Patientsäkerhet	6
Mötet mellan specialistsjuksköterskor	6
Kommunikation	7
Profession	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	10
Tillvägagångssätt	10
Deltagare	10
Intervjuguide	10
Datainsamling	11
Analys av data	12
Förförståelse	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	13
Känna samförstånd	14
Att bli bekräftad	15
Att känna ansvar	17
Behov av struktur i kommunikationen	18
Att kunna påverka mötet	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	23
Konklusion och implikationer	25
Referenser	27
Bilaga 1 (3)	32
Bilaga 2 (3)	34
Bilaga 3 (3)	36

Introduktion

Problemområde

För ambulanssjuksköterskan sker det dagligen flera möten under dygnets alla timmar (Berglund, 2014). Dessa möten är en del av vårdkedjan, en kedja som ska fungera för patientens välmående. En fungerande vårdkedja är till fördel för patienten, särskilt den äldre då den tillhör en av de sårbara grupperna i samhället (a.a.). Grundläggande förutsättningar för att få en fungerande vårdkedja och samverkan mellan vårdgivare är "rätt information, till rätt person och i rätt tid" (Fristedt, 2015). Vid mottagande eller överlämnade av patient bör det ges adekvat och strukturerad information, mellan vårdgivare (a.a.). Informationen bör ges inom rimlig tid, båda parterna bör lyssna på varandra och inte ägna sig åt andra uppgifter under tiden rapporten pågår (Jenkin, Abelson-Mitchell & Cooper, 2007). Vid en ostrukturerad rapport finns det risk för allvarliga konsekvenser för patienten eftersom viktig information kan falla bort (Jenkin et al., 2007; Owen, Hemmings & Brown, 2009; Wood, Crouch, Rowland & Pope, 2014).

Konsekvenserna av ett mindre bra överlämnande kan resultera i läkemedelsförväxlingar eller en återinläggning kort efter att patienten blivit utskriven från sjukhus (Gillespie, Gleason, Karuza & Shah, 2010). Konsensus blir att vid all överlämnande eller mottagande av patient handlar det om att den mottagande parten ska försäkra sig om att nödvändig information för fortsatt handläggning av patient finns tillgänglig (Jenkin et al., 2007). Parterna i mötet har uppnått samstämmighet och patientsäkerheten kan bibehållas (a.a.).

Det prehospitla mötet innebär ett möte utanför sjukhuset (Wood et al., 2014). Prehospitalt råder det andra förutsättningar för ett överlämnade/mottagande som kan involvera flertalet personer, professioner och patienter. Överlämnandet av viktig information kan ske i olika miljöer, i hemmet hos den berörda patienten, på särskilt boende eller på akuten (a.a.).

Ambulanssjuksköterska är en relativ ny profession och är under utveckling. Avancerad vård bedrivs i större utsträckning prehospitalt nu än tidigare. Det finns bristande kunskap om ambulanssjuksköterskans upplevelse av mötet med andra specialistutbildade. Det finns ett behov att tillföra mer kunskap för att kunna belysa ambulanssjuksköterskans upplevelse av andra specialistsjuksköterskor i mottagande/överlämnande av patient.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkt

Hälso- och sjukvårdspersonal har en skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Wood et al. (2014) menar att när ett överlämnade av patient mellan två vårdgivare sker på ett adekvat sätt främjas patientsäkerheten och dokumentationen och kontinuiteten i vårdkedjan bibehålls. Utanför sjukhuset är det andra förutsättningar för vården, vårdandet sker i andra miljöer och det finns störande faktorer. Vidare visar Wood et al. (2014) studie på att dålig kommunikation uppträder tillsammans med misstro och bristande lyhördhet, vilket kan leda till missförstånd. Flertalet studier har uppmärksammat överlämnandet av patienten mellan ambulanspersonal och akutmottagningen (Jensen, Lippert & Ostergaard, 2013; Dawson, King & Grantman, 2013; Wood et al., 2014). Studierna har fokuserat på ambulanspersonalens det vill säga personal som arbetar på en ambulans vilket inte enbart inkluderat ambulanssjuksköterskor utan innefattat även ambulanssjukvårdare. Författarna till denna studie ville belysa ambulanssjuksköterskans roll i denna process, som är en del av vårdkedjan.

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Kommunikation för en ambulanssjuksköterska kan innebära ett samtal med SOS Alarm, samverkan med andra yrkeskårer på en olycksplats, överlämnande av patient på akuten, eller samtal med patient eller anhörig (Wihlborg, Edgren, Johansson & Sivberg, 2014). Det ställer stora krav på den kommunikativa och pedagogiska förmågan samt att kunna anpassa innehållet i sig till den som kommunikationen riktar sig till (a.a.). Kommunikation kan belysas utifrån Travelbees omvårdnadsteori 1972 där kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap och fokus ligger på omvårdnadens mellanmänskliga dimensioner (Travelbee, 2014). Kommunikationen är en ömsesidig process där tankar och känslor förmedlas. Att använda sig själv terapeutiskt kännetecknar enligt Travelbee den professionella sjuksköterskan. Rent konkret innebär det att man använder sin egen personlighet på ett ändamålsenligt och medvetet sätt i samspelet med andra. För att kunna använda sig själv terapeutiskt är en förutsättning att vara uppmärksam på hur ens eget beteende inverkar på andra människor (a.a.).

Patientsäkerhet

Målet för hälso- och sjukvård är en vård på lika villkor för hela befolkningen och en god hälsa enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Patientens behov av kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Sjukvården ska även tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen (a.a.). Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) poängterar vidare att hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls (a.a.). För att stärka patientsäkerheten ytterligare bör även riktlinjer/guidelines följas (Andersson Hagiwara, Suserud, Jonsson & Henricson, 2013).

Dyrholm Siemsen, et al. (2012) har i en studie identifierat flera olika faktorer som kan hota patientsäkerheten vid överlämnande till annan enhet. De nämner exempelvis attityder och erfarenhet bland personalen, organisation kring överlämnandet, verbal och skriven kommunikation/information, professionalism bland hälso- och sjukvårdspersonalen och tydlighet kring var ansvaret ligger (a.a.). Bristande professionalism mellan de olika specialistsjuksköterskorna kan göra att viktig kommunikation dem emellan går förlorad eftersom de istället för informationen om patienten fokuserar de på den andres attityd och på så sätt hotas patientsäkerheten (a.a.).

Mötet mellan specialistsjuksköterskor

Specialistsjuksköterskor bedriver omvårdnad på avancerad nivå, det innebär att de ska kunna genomföra praktisk omvårdnad, både för patienter och anhöriga, styra och utveckla omvårdnaden samt policyfrågor (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén, 2014). Sjuksköterskor med specialistutbildning ska kunna hantera komplexa omvårdnadssituationer, samt utöva säker vård baserad på senaste tillgängliga kunskap i samverkan mellan olika yrkesgrupper. Specialistsjuksköterskan ska även kunna förhålla sig kritiskt mot organisatoriska ramar och makt, vilket kräver mer sammansatt kunskap, detta skiljer avancerad nivå från grundnivå och den specialistutbildade sjuksköterskan får därmed en ökad kompetens (a.a.).

Faktorer som kan spela roll vid ett möte är hur omgivningen ser ut, är det högljutt, stressigt, hög belastning, många avbrott i mötet på grund av yttre störningar (Owen et al., 2009). Mötet kan även präglas av patientens tillstånd, är det en kritiskt sjuk patient så går mötet ofta snabbt och adekvat information överförs men är det en mindre akut situation tenderar mötet att bli något längre och mer information kan ges angående patientens bakgrund och medicinering

(Bost, Crilly, Patterson & Chaboyer, 2011). Mötet kan även präglas av sjuksköterskornas förståelse och kunskap om varandra, deras förmåga att lita på den andres gjorda bedömning av patienten (Owen et al., 2009). Det kan vara en ur-akut/akut situation eller en transport mellan vårdinstanser (a.a.). Mötet kan ske exempelvis efter en prehospital förlossning, överlämnande/mottagande på akutrummet, eller i hemmet hos en patient som är inskriven i hemsjukvården, etc. Många av dem som jobbar i dessa verksamheter är specialistutbildade sjuksköterskor exempelvis distriktsköterskor, intensivvårdssköterskor, barnmorskor, anestesisjuksköterskor, akutsjuksköterskor m.fl. Flera faktorer som kan påverka upplevelsen av mötet är: ömsesidig respekt, vad som kommuniceras, kroppsspråket samt hur aktivt vårdgivarna lyssnar på varandra (Dyrholm Siemsen et al., 2012).

Kommunikation

Begreppet "kommunikation" har sitt ursprung i det latinska *communicare* (Eide & Eide, 2014). Innebörden av ordet innefattar "att göra något tillsammans, att göra någon annan delaktig i något, ha förbindelse med någon". Icke verbal kommunikation innefattar vårt kroppsspråk som är en stor del av vår kommunikation med andra människor. Spontana reaktioner är ett uttryck i den icke verbala kommunikationen, också reaktioner som kan vara helt eller delvis omedvetna för en själv. En uppgiven suck eller irriterad blick förmedlar något till motparten, tydligare och kraftfullare än många ord. Dessa uttryck med kroppen ger utrymme för egna tolkningar som i sin tur kan leda till missförstånd (a.a.). Kommunikationen förutsätter att det finns en avsändare och mottagare och att budskapet uppfattas av båda parter (Kirkevold, 2000). När kommunikationen bryter samman betyder det att budskapet inte kommer fram eller att det missuppfattas (Travelbee, 2014). Travelbee menar att i kommunikation kan sjuksköterskan använda sig av olika kommunikationstekniker. Det är flera aspekter som räknas in, bland annat samtalet och den icke-verbala kommunikationen. Kommunikationstekniker är värdefulla för de skapar förutsättning för en god kommunikation. Sjuksköterskan väljer ut målinriktat i vilken ordning som varje del i kommunikation ska återges i ett möte som kan vara i ett överlämnande/mottagande av patient (a.a.).

Vid ett möte mellan specialistsjuksköterskor så handlar kommunikationen i första hand att förmedla en rapport om patientens tillstånd och bakgrund, rapporten kan se ut på olika sätt och präglas av hur pass akut tillståndet är (Muntlin & Kurland, 2009).

Sveriges Kommuner och Landsting (Andersson, 2015) förespråkar kommunikation och rapport enligt SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation), i samband med rapporten överlämnas även ansvaret för patienten. Framkommer inte rätt information vid överrapportering finns det även risk för hotad patientsäkerhet (a.a.). Uteblir en strukturerad rapport finns det även risk för att information faller bort, samt om vårdgivarna använder samma språk och termer minskar risken för missförstånd (Owen et al., 2009; Bost et al., 2011; Dawson et al., 2013; Randmaa, Mårtensson, Leo Swenne & Engström, 2013). Att agera mål-inriktat vid all kommunikation menar Travelbee är av stor vikt (Kirkevold, 2000). Kommunikationen kan hämmas om inte mottagaren lyssnar aktivt när informationen ges. Att aktivt lyssna är energikrävande och kräver förmåga att fokusera med hela sin uppmärksamhet på den andra parten (a.a.).

Profession

Ambulanssjukvården i Sverige styrs av respektive landsting. Region Skånes Prehospitala Enhet (RSPE) arbetar fram och utvecklar riktlinjer och direktiv som ligger till grund för den vård som bedrivs (Kongstad, 2015). Verksamhetsmålen som RSPE tagit fram för den prehospitala verksamheten handlar om att ha respekt för människan, regionalitet, resursmedvetenhet och rätt vård direkt (a.a.). Kompetensområden som ambulanssjuksköterskan ska bemästra innefattar vikten av god samarbetsförmåga gentemot andra inom hälso- och sjukvård, mötet med andra kan vara inom primärvården, akutsjukvården eller inom andra sjukvårdsinrättningar (Wihlborg et al., 2014). En annan central del i ambulanssjuksköterskans yrkesroll är att genomföra en överrapportering till nästa vårdgivare korrekt i både tal och skrift. Vid varje överlämning eller mottagande av patient ska ambulanssjuksköterskan tänka på patientsäkerheten (a.a.).

Ambulansverksamheten förändrades 1999 (Berntsson & Hilding, 2012). Socialstyrelsen beslutade då att endast legitimerad personal skulle fr.o.m. 2005 administrera läkemedel prehospitalt. Vilket ledde till att ambulanssjukvårdarna blev fråntagna en del av sina delegeringar. Detta bidrog till att sjuksköterskor successivt har kommit in i ambulansverksamheten, och idag krävs även specialistkompetens i form av exempelvis ambulanssjuksköterskeutbildning. I varje akutambulans i Skåne ska det finnas en specialistsjuksköterska, den andre i besättningen kan vara grundutbildad sjuksköterska eller ambulanssjukvårdare. Detta har lett till en utveckling av den prehospitala vården och mer avancerad vård bedrivs utanför sjukhuset (a.a.).

Socialstyrelsen beslutade 1997 att sjuksköterskan i ambulansverksamheten utgör ett specialområde. Specialistutbildning på avancerad nivå med inriktning ambulanssjukvård startade 1998, denna utbildning var då akutsjukvård med inriktning ambulans (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor, (RAS) 2012). 2001 övergick utbildningen i specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård, en utbildning som leder till en skyddad yrkesbeteckning samt yrkesexamen och under 2010 talet även med magister i omvårdnad/vårdvetenskap (a.a.).

Prehospitala sjukvården är ett exempel där det professionella vårdandet växer, det är en verksamhet som måste anpassas för nya utmaningar och växande krav på mer avancerad vård i bilen, samt att kunna möta upplysta personer med krav på ett snabbt omhändertagande (Wihlborg et al., 2014). RAS har tillsammans med Svensk Sjuksköterskeföreningen (SSF) tagit fram nationella riktlinjer men dessa har ingen juridisk status (a.a.). Likartade dokument finns för exempelvis IVA-sjuksköterskor, distriktsköterskor med flera (RAS, 2012). Kompetensbeskrivningen grundar sig på socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor men beskriver det unika kompetensområdet för ambulanssjuksköterskor med specialistutbildning (a.a.).

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka ambulanssjuksköterskans upplevelse av mötet med andra specialistsjuksköterskor vid mottagande/överlämnade av patient.

Metod

För att besvara syftet användes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Induktiv ansats innebär att texterna analyseras förutsättningslöst, texterna kan baseras på människors upplevelser (Graneheim & Lundman, 2004). Den kvalitativa studien utgår från ett holistiskt synsätt (a.a.). Syftet var att undersöka upplevda erfarenheter hos ambulanssjuksköterskan. Genom intervjuer kan författarna söka förståelse angående deltagarens upplevelse av fenomenet. Det finns inga givna rätt eller fel då syftet är att undersöka en upplevelse (Henricson & Billhult, 2013).

Urval

Inklusionskriterierna var att informanterna skulle ha en specialistutbildning med inriktning ambulanssjukvård samt ha arbetat som ambulanssjuksköterska i minst ett år.

Tillvägagångssätt

Målet var att få ett strategiskt urval, en grupp bestående av olika kön, ålder och erfarenhet för att få en ökad bredd på resultatet samt få rika beskrivningar av erfarenheter (Henricson & Billhult, 2013). Två olika distrikt i Skåne valdes för att kunna få en bredd med både storstad och landsbygd. Författarna kontaktade verksamhetschefen på RSPE, samt ansvariga regionchefer inom de berörda distrikten via brev för att informera om studien och få godkännande (Bilaga 1). I ett av distrikten hänvisades författarna till att det endast behövdes ett godkännande från RSPE om studiens genomförande medan i det andra distriktet gavs ett skriftligt godkännande från regionchefen. RSPE lämnade sitt skriftliga godkännande till studien. Information angående studien hängdes upp på anslag på de berörda stationen i de aktuella distrikten och information skickades även via mail/interna sidor för att nå ut till så många som möjligt. Författarna hade som mål att intervjua 10-15 personer. Nitton personer anmälde intresse för studien, varav tre personer fick exkluderas då de inte uppfyllde inklusionskriterierna.

Deltagare

Intervjuer genomfördes med sexton stycken ambulanssjuksköterskor varav sex stycken var män och tio var kvinnor. Nio stycken var yrkesverksamma i stadsmiljö och resterande sju på landsbygden. Antal yrkesverksamma år som ambulanssjuksköterska varierade mellan 1,5 år - 13 år, (medelvärde 4 år).

Intervjuguide

Författarna valde att använda strukturerade intervjuer med öppna frågor som datainsamlingsmetod för att undersöka ambulanssjuksköterskans upplevelse av andra specialistsjuksköterskor vid mottagande/överlämnande av patient. Författarna använde sig av en intervjuguide (Bilaga 3) som stöd. Under intervjuerna ställdes öppna frågor med möjlighet att ge utvecklade svar med komplext innehåll, vid behov ställdes följdfrågor till informanterna. Intervjuguiden gav stabilitet åt intervjuerna för att fokusera på det centrala i det som skulle studeras (Danielsson, 2013).

Informanterna ombads att prata generellt om upplevelsen av mötet med andra specialistsjuksköterskor men även berätta om ett positivt möte samt ett mindre positivt upplevt möte. Generellt upplevde majoriteten av informanterna att mötena var övervägande positiva mellan specialistsjuksköterskor, men det fanns undantag. Informanterna ombads även att beskriva viktiga faktorer som kännetecknar ett bra/mindre bra möte, samt avslutningsvis reflektera över om de själva kunde påverka mötet.

Datainsamling

Det genomfördes en pilotintervju för att testa intervjuguiden. Författarna valde att inkludera pilotintervjun eftersom omfattningen och innehållet motsvarade syftet samt att den fortlöpte som planerat och inga ändringar behövde göras. Intervjuerna genomfördes på plats vald av informanten, i ett avskilt rum för att minska risken för att bli störda. Den intervjuguide som användes innehöll fem frågor och följdfrågor ställdes för att få djupare svar. Författarna använde sig av hög grad av standardisering och låg strukturering (Olsson & Sörensen, 2007). Detta innebar att frågorna till informanterna ställdes i exakt samma ordning och med samma ordföljd. Med låg grad av strukturering menades att informanten kunde själv beroende på sina erfarenheter, värderingar etc. tolka frågorna fritt (a.a.). Inför varje intervjutillfälle informerade författaren informanten om studiens syfte och upplyste att intervjun kunde avbrytas om önskemål fanns. Informanten som ville delta i studien tillfrågades om underskrivet samtycke till deltagande i studien (Bilaga 2) innan intervjun påbörjades. Författaren har till sin uppgift under intervjun att ställa frågor och följa upp det som kommer fram (Danielsson, 2013). Aktivt lyssna och uppmärksamma informantens kroppsspråk och ansiktsuttryck för att ytterligare förstärka informantens känslor inför det innehåll som beskrivits, vilket författaren har nytta av under analysprocessen (a.a.). Intervjuerna genomfördes med en av författarna närvarande, avslutningsvis sammanfattades intervjun, vad som sagts och författaren lät informanten lägga till information om så önskades. Intervjuerna spelades in och efter varje avslutad intervju transkriberades denna ordagrant. Icke-verbal kommunikation så som tystnad och suckar registrerades även i transkriberingen för att ytterligare framhäva underliggande budskap. Den andre författaren som inte deltog i intervjun tog del av ljudinspelningen och transkriberingen efter att intervjun genomförts.

Analys av data

Intervjuerna varade mellan 10 - 32 minuter och genomfördes olika tidpunkter på dygnet beroende på när det var lämpligast för informanten. Medellängd för intervjuerna var 22 minuter. Analysen av data genomfördes utifrån kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats (Graneheim & Lundman, 2004). Den metodologiska ansatsen är induktiv vilket innebär att, analysen av människans upplevelser sker förutsättningslöst enligt Graneheim & Lundman (2004). Det centrala i intervjutexten stod i fokus och det blev ett uttryck för det manifesta innehållet.

Författarna använde sig av naiv läsning för att få en djupare förståelse för innehållet, genom att läsa de transkriberade intervjuerna upprepade gånger var för sig. Meningsbärande enheter togs fram ur innehållet, vilket innebar att meningar och ord hör ihop i sitt sammanhang. Författarna diskuterade tillsammans igenom innehållet och sina specifika upplevelser för att nå samförstånd och kunna kondensera texten för att kunna göra den mer hanterbar. Ur den kondenserade texten tog författarna fram koder för att på ett kortfattat sätt kunna beskriva kärnan av innehållet som stod för det centrala i varje enskild intervju. Av dessa koder bildades kategorier. Citat från intervjuerna användes för att belysa tolkningen av resultatet.

Intervjuerna numrerades från 1-16. Exempel på analys se figur: 1.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
Jo men ett bra möte är väl när man är på samma nivå att vi är där för patienten och att man strävar att man inte strävar mot varandra.(12)	Är på samma nivå och är där för patienten och strävar mot samma mål	Sträva mot samma mål med patientens bästa i åtanke	Att känna ansvar
Där på natten dessutom, och då eh... lägger den här personen full fokus på det jag säger, låter sig inte distraheras av kringgrejor och bekräftar det som jag har sagt. Som kvitto på att hon har förstått. (3).	Lägger full fokus på det som sägs och låter sig inte distraheras av kringgrejor och får bekräftelse med ett kvitto.	Full fokus på relevant information som bekräftas av mottagare.	Behov av struktur i kommunikation

Figur: 1 Analysexempel

Förförståelse

Författarna har en förförståelse inom ämnesområdet vilket kan ha påverkat författarnas paradigm. Förförståelsen har uppkommit då författarna är verksamma som grundutbildade sjuksköterskor i ambulansen sedan en tid tillbaka. Denna har aktivt diskuterats både mellan

författarna och tillsammans med handledaren. Forskaren som person har betydelse för forskningsprocessen och det finns en medvetenhet inom omvårdnadsforskningen kring detta (Priebe & Landström, 2012). Förförståelsen handlar om att författarna har en kunskap redan innan de påbörjar studien. De förstod något före och de förstod något om det som ska studeras. Denna förförståelse innefattade även våra erfarenheter och värderingar kring andra aspekter i livet (a.a.). Förförståelsen kan ses som ett hinder eller vara en tillgång för att skapa ny förståelse (Friberg & Öhlén, 2012). Författarna var medvetna om sin förförståelse och hade detta i åtanke vid datainsamling och analys.

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen innefattar forskningsetiska regler (Jahren Kristoffersen, 1998). All forskning som omfattar människor ska bedrivas i enlighet med dessa forskningsetiska regler vilket är internationellt vedertaget. Autonomiprincipen dvs. människans rätt att bestämma själv ligger till grund att frivilligt informerat samtycke vid forskning (a.a.). Ambulanssjuksköterskor som valde att medverka i studien blev informerade av författarna, informerade angående studiens syfte och metod. Informanterna fick muntlig och skriftlig information inför intervjun där det tydligt framgick att all information som kommer fram under intervjun ska behandlas konfidentiellt och medverkan i studien var frivillig och intervjun kunde avbrytas när som helst om så önskades. Konfidentialitet innebär säkerhet för personer som ingår i undersökningen, obehöriga ska inte kunna ta del av insamlat material (Olsson & Sörensen, 2007). Intervjuerna kodades och kodlista har varit separat inlåst från övrigt material. Intervjumaterialet har också under studiens gång förvarats inlåst och kommer att förstöras efter att studien är godkänd. En prövning av studien genomfördes av Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid institutionen för hälsovetenskaper, som gav sitt godkännande för att genomföra studien.

Resultat

Analysen mynnade ut i fem kategorier: *känna samförstånd, att bli bekräftad, att känna ansvar, behov av struktur i kommunikation och att kunna påverka mötet*. Förekommande specialistsjuksköterskor som refererades till var barnmorskor, IVA-sjuksköterskor, akutsjuksköterskor, anestesijuksköterskor och distriktssköterskor. Analysen av materialet utmynnade i fem kategorier, se figur 2.



Figur: 2 Analysresultat - Kategorier

Känna samförstånd

Förväntningarna som informanterna hade inför mötet med andra specialistsjuksköterskor var högre än när mötet skedde med grundutbildade sjuksköterskor. Informanterna förväntade att mötet skulle präglas mer av professionalism och en helhetssyn på aktuell problematik. En specialistsjuksköterska har generellt ett annat förhållningssätt och kan se vad som felar i patientens omgivning menade informanterna.

“... man märker att man pratar samma språk och har samma nivå när man liksom rapporterar över och pratar kring patienten och så här och man märker att det är folk med motsvarande... kanske inte bara kompetensnivå utan även... personlighet kanske är ett starkt ord men... liksom samma inställning...” (9)

Inför mötet med andra specialistsjuksköterskor upplevde en del av informanterna att mötet var på en högre nivå. De upplevde att det oftast fanns en ömsesidig kommunikation mellan parterna samt en respekt och förståelse för varandra och varandras situation. Tonvikt lades på att rapporten av patienten var bra, strukturerad och informationsrik samt att den som rapporterade blev lyssnad på.

“... man tänker på när man rapporterar, så att de lyssnar och förstår.”(14)

Informanterna beskrev även att det osagda hade betydelse och att det var av vikt att det du sa verbalt överensstämde med ditt kroppsspråk. Även när rollerna var ombytta i mötet då informanten var mottagare, kände hen sig sedd och bekräftad om omhändertagandet skedde med respekt och förståelse. Det väcktes en bra känsla i informanten som speglade hur själva mötet upplevdes i sin helhet.

“... jag kommer och lämnar en patient med bröstsmärta så skulle jag kunna leverera det som att det här är det största problemet men det kanske inte är det största problemet för patienten med bröstsmärta... det kan vara en årsdag av en begravning av frun eller mannen t. ex... det största problemet är kanske ångest. Då ska man som specialistutbildad sjuksköterska kunna identifiera dom problemen och leverera det till en person som ska förstå det om inte jag direkt påtalar det.” (3)

Att bli bekräftad

Informanterna upplevde att det fanns en kunskapsbrist hos andra specialistsjuksköterskor gällande deras specialitet. En oförståelse för vad en ambulanssjuksköterska gör eller kan göra och det framkom även att många inte visste att ambulanssjuksköterska är en egen specialistutbildning. Informanterna upplevde att det fanns föreställningar om att ambulanssjuksköterskan kunde allt eller inget. En felaktig uppfattning som upplevdes frustrerande av informanterna.

“... det känns inte alltid som att man blir tagen på allvar. ... att man är sjuksköterska men inte mycket mer.” (8)

En del i problematiken kring denna kunskapsbrist kunde ha sin förklaring i att ambulanssjuksköterskan generellt inte har samma yrkesstolthet som andra specialistsjuksköterskor uttryckte en del av informanterna.

“Jag har generellt inte mött någon, klart jag har mött någon som är yrkesstolt inom ambulansen men inte som är yrkesstolt, inte på samma vis som en anesthesi...” (7)

Yrkesstoltheten var något som en del informanter trodde skulle komma att öka i framtiden men att det var upp till ambulanssjuksköterskorna själva att påverka att detta sker och det krävs engagemang. Yrkesstoltheten har ett samband med respekt, respekten för sin specialitet. För att öka respekten hos andra specialistsjuksköterskor uttryckte informanterna att ambulanssjuksköterskan borde vara tydligare med sin kunskap och sin kompetens. Samtidigt vara korrekt och undvika att vara slarvig i mötet med andra specialistsjuksköterskor.

Några informanter uppgav att det ofta fanns en oförståelse eller okunskap kring ambulansverksamhetens uppgifter. I vissa möten möttes ambulanssjuksköterskan av meddelandet att

patienten endast skulle transporteras till sjukhuset. Tonvikt lades därmed på att ambulansverksamheten endast var en transportorganisation och inte en del i vårdkedjan.

“... jag upplever många gånger att de fortfarande tror att det är en transportorganisation rakt igenom och att ni ska typ göra det ni blir tillsagda och transportera patienterna och inte i princip så mycket mer.” (16)

Flera informanter berörde att ambulansen var en dold verksamhet, eftersom större delen av vården bedrivs utanför sjukhuset. Däremot upplevdes det att det fanns en större förståelse hos personer som tidigare varit verksamma inom ambulanssjukvården, de förstod hur förhållandena ute ser ut och vad prehospitalsjukvård innebär i praktiken och vad som förväntas i mötet. Förhållandena ute i praktiken som informanterna fick vara med om var skiftande vid varje nytt möte. Det ställdes högre krav på flexibilitet och uppfinnesrikedom men detta sågs som något positivt och utvecklande inom sin specialitet, men det var svårt att förmedla detta till andra specialistsjuksköterskor. Känslan att vara verksam utanför sjukhuset uppgavs bidra till känslan vi och dom i mötena.

“Jag tror det är en fördel just vi har i ambulansen, att vi inte har vår trygghet i något slags skrivbord.” (4)

Vi och dom känslan i mötena kunde ibland ställa till det enligt flera informanter, det fanns lite eller ingen personkänedom om varandra och det var svårt att veta vad den andra specialistsjuksköterskan hade för kvalifikationer samt om de kunde lita på hens bedömning. I de fall det fanns personkänedom kunde mötet upplevas bra. Informanten kände sig då inte ifrågasatt utan bekräftad.

”Situationen blev bra och det var väldigt skönt att hon var öppensinnad mot mig. Att hon förstod att... om jag gjort bedömningen så litade hon på mig. ... Jag tror inte att det kanske hade gått lika bra om jag hade pratat med någon annan och det beror säkert på att jag känner den här personen och att hon vet vad jag har för kunskap sedan innan...” (7)

Att känna ansvar

Informanterna uttryckte att i en del av mötena de hade upplevt så fanns det en samsyn om fortsatt vård för patienten. Denna upplevda samsyn hos informanterna grundade sig på att specialistsjuksköterskan tog ett ansvar för patienten när det framkom exempelvis att patienten skulle bäst bli hjälpt av mer hjälp i hemmet än att transportera patienten till akuten. Båda parterna var överens för vad som var den lämpligaste lösningen för patienten och en positiv känsla infann sig hos informanterna. Det var av yttersta vikt för informanterna att vara patients ombud och föra dennes talan.

“... när man är på samma nivå att vi är där för patienten och att man strävar att man inte strävar mot varandra.” (12)

Dock inträffade det tillfällen som informanterna upplevde som problematiska. Specialistsjuksköterskan var då dåligt påläst om patienten och visade tydligt med kroppsspråket och verbalt ett ointresse för patienten. Detta ointresse tolkades av informanterna som att patienten var besvärlig och specialistsjuksköterskan ville bli av med patienten. Informanterna upplevde frustration och kunde inte tillgodose vad de ansåg som den bästa lösningen för patienten. Frustrationen ökade hos informanterna vid de tillfällena då ansvarig specialistsjuksköterska inte fanns på plats och kunde delge information om patienten och anledningen till att ambulans tillkallats. När det inte fanns adekvat information om patienten tillgängligt försvårades bedömningen av patienten och informanterna kunde inte i sin tur föra vidare viktig information till nästa vårdinstans. Informanterna kände en oro för att detta kunde hota patientsäkerheten.

“Vi i sin tur ska också lämna en rapport till nästa som vi lämnar över till och har vi inte då fått någon rapport från första början så blir det problematiskt.” (11)

Det fanns en återkommande fras under intervjuerna som informanterna beskrev som mycket frustrerande och nästan provocerande som de flera gånger upplevt vid möten. Vid de tillfällen som informanterna möttes av frasen, så beskrev de att känslan av att skaffa sig en korrekt bild av patientens tillstånd blev då ännu starkare så att inget missades och ledde till obehag för patienten.

”... jag vill inte att mötet inleds med orden ”jag känner inte patienten” ... jag vill inte att de ska berätta för mig vad jag ska göra men jag vill gärna ha en klar frågeställning till varför vi är på plats... alltså en medicinsk anledning.” (5)

”Att man säger att man inte känner patienten, var på vi säger att det gör inte vi heller, nä. Vi kan ändå när vi kommer innanför dörren redan bilda oss en uppfattning om patientens tillstånd...” (4)

Behov av struktur i kommunikationen

Informanterna upplevde att mötet blev bättre när de bjöd in den andra i samtalet. I början av mötet frågade informanten efter den andra specialistsjuksköterskans namn för att bekräfta hen. Informanterna upplevde att själva upplevelsen av mötet tilltog i positiv riktning när mötesdeltagarna kände samstämmighet.

“Man kan börja ganska enkelt och fråga vad den andra heter och att man liksom bestämmer att vi har ett gemensamt uppdrag eller att du ska få ta över vården kring den här.” (13)

Det centrala i mötet med specialistsjuksköterskan karaktäriserades av rapporten och informanterna upplevde att det var en utmaning att kunna både få ta emot och delge en rapport. Vid de tillfällen då informanten upplevde att en rapport blev bra handlade det om att den som rapporterade fick utrymme att rapportera färdigt med full uppmärksamhet. Ingen av deltagarna i mötet började med andra sysslor innan rapporten var avklarad. Informanten fick ett kvitto från specialistsjuksköterskan om att det som sagt uppfattats på ett adekvat sätt.

“... lägger den här personen full fokus på det jag säger, låter sig inte distraheras av kringgrejer och bekräftar det som jag har sagt. Som kvitto på att hon har förstått. Ställer relevanta frågor runt omkring patientöverlämnande.” (3)

Till sin hjälp för att få struktur på rapporten beskrev informanterna att SBAR var ett hjälpmedel de använde sig av för att få en följsam ordning i rapporten. Informanten upplevde att rapporten stärktes av att ha en mall som utgångspunkt. Ifall SBAR hade använts mer frekvent vid rapportering kunde rapporten blir mer standardiserad och det upplevdes som positivt.

Det värsta scenariot som en del informanter upplevt hade varit då de fått några papper slängda i handen och en uppmaning om att bara köra patienten till sjukhus. Informanten kände sig åsidosatt och nedvärderad gällande sin kompetens och kunskap när detta inträffade. Förväntningarna inför mötet blev inte uppfyllda och informanten hade ingen bra känsla och kände att det kunde missgynna patienten i den fortsatta vårdkedjan.

“... mardrömsmötet är det när man bara får några papper i handen om man ens får det... och kanske den där patienten som ligger där inne kan kanske inte varken tid och rum eller något.” (11)

Att kunna påverka mötet

Informanterna upplevde att de själva kunde påverka mötet genom sin egen inställning, agerande, attityd och kommunikation. Genom att vara tydlig, ödmjuk och visa förståelse för den andra specialistsjuksköterskan så blev mötet ofta bra för alla mötesdeltagare. Informanterna menade att det goda bemötandet det vill säga ett möte med respekt, förståelse, engagemang och öppet synsätt kunde smitta av sig på den andra specialistsjuksköterskan. Det fanns en medvetenhet hos informanterna att på samma sätt som det goda bemötandet kunde spegla av sig så kunde även det negativa bemötandet inverka på mötet och leda till konflikt.

“... försöka förstå var kollegan då som man möter eller, var dennes attityd eller kunskap eller så kommer ifrån. Eh... Kan man göra det så tror jag man har vunnit mycket, för sin egen del...”(4)

“Vi kan inte gå in med konflikten som syfte.” (5)

Flera informanter berättade om möten då de upplevt brist på uppmärksamhet från den andre specialistsjuksköterskan, det fanns även en ovilja att aktivt lyssna och istället ägnade motparten sig åt andra saker vid överlämnande av patient. I dessa möten upplevde informanterna att det var betydelsefullt att de tog kommandot redan från början för att motverka en negativ upplevelse.

”Man kan ju ta tag i dem redan från början och säga ”ska vi ta/lämna rapport här nu, innan vi flyttar över?” Eh... Jag tycker att det är rätt så bra att göra det innan man flyttar över patienten till nästa säng.” (1)

En del informanter upplevde att det fanns en attityd inom den prehospitla verksamheten som informanterna inte vill identifieras med. Denna attityd upplevdes problematisk eftersom den försvårade mötet med andra specialistsjuksköterskor. Attityden beskrevs som nonchalant, hård, ifrågasättande eller präglades av ointresse.

“... man får försöka ha en ödmjuk inställning, inte gå in med den här som jag tror att väldigt många av våra kollegor, alltså deras ambulansattityd, att här kommer vi och vi behöver inte veta så mycket för vi ska bara köra. Att man själv signalerar att jag vill ha information, för jag tycker det här är viktigt.” (2)

Diskussion

Under diskussionsdelen följer en diskussion kring metoden i förhållande till studiens syfte och resultat. I resultatdiskussionen knyts resultatet an till teoretisk referensram samt relevant forskning.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelse av mötet med andra specialistsjuksköterskor i mottagande/överlämnande av patient. Kvalitativ metod används när syftet är att få en uppfattning om individers erfarenheter, upplevelser och tankar (Graneheim & Lundman, 2004).

Tidigare erfarenheter kan inverka på studiens resultat (Priebe & Landström, 2013). Båda författarna var anställda som grundutbildade sjuksköterskor i ambulansen innan och under studiens gång. Det upplevdes som positivt vid intervjuerna eftersom författarna kunde ha en förståelse och en igenkännande faktor för det beskrivna i intervjuerna och i analysen men det kan också innebära att man inte är lika öppen i sitt förhållningssätt för det studerade. Förförståelsen finns där och det är ofrånkomligt att negligera den (a.a.). Det fanns en medvetenhet hos författarna om att tidigare erfarenheter hos dem själva kunde inverka på resultatet och det har diskuterats aktivt under hela studiens gång. Det kan inte helt uteslutas att förförståelsen inverkat på resultatet men risken har minimerats genom att författarna har

strävat efter att ha så öppet förhållningssätt som möjligt och inte styra intervjuerna eller analysen. Ingen av författarnas egenupplevda erfarenheter har tagits upp i studien, utan all information är hämtad från informanternas upplevelser.

För att kunna uppskatta trovärdigheten i kvalitativa studier används begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Resultatet beskrivs som giltigt då författarna har lyft fram det som är utmärkande och det som avses att skildras (a.a.). Vilket författarna gjorde genom att stärka och bekräfta resultatet med citat, hämtade från intervjuerna och en förklaring för val av deltagare till studien. Tillförlitligheten i resultatet förstärks genom en ingående beskrivning av analysarbetet samt om författarna genomfört analysen gemensamt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Informanterna blev noga informerade om att det skulle vara en specialistsjuksköterska de berättade om, och fanns det några som helst tveksamheter på den andres kompetens så ombads de tänka ut ett annat möte då de var säkra på att det var en specialistsjuksköterska de hade framför sig. Under intervjuerna användes intervjuguide för att minimera risken att påverka intervjun med författarens egna värderingar. Efterkommande analys genomfördes tillsammans för att öka tillförlitligheten. Överförbarheten utmärker sig som en noggrann beskrivning av urval, datainsamling, deltagare och analys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författarna har i metodavsnittet förklarat tillvägagångssätt för att underlätta överförbarheten till andra grupper och sammanhang.

Till studien intervjuades 16 stycken ambulanssjuksköterskor. Antalet ansågs vara tillräckligt för att svara på studiens syfte. Författarna hade som mål att intervjua 10-15 informanter för att få så mångsidig beskrivning av det studerade. I litteraturen står det skrivet att 20 informanter till antal är ett bra riktmärke, just om någon skulle falla bort så landar deltagarantal på 10-20 informanter (Danielsson, 2013). Både för få eller för många informanter kan ge problem i analysen och bearbetningen av materialet och försvåra presentation av studien (a.a.). Kön fördelningen var följande att tio stycken av informanterna var kvinnor och sex stycken var män. Fördelningen av könen är sannolikt en spegling av hur den prehospitla verksamheten ser ut. Antal yrkesverksamma år var i genomsnitt fyra år och det fanns ett brett spann i antal yrkesverksamma år och det sågs som positivt för studien.

En pilotintervju genomfördes i syfte att testa intervjuguiden, inga ändringar behövde göras. Därefter genomfördes resten av intervjuerna. Intervjuerna genomfördes på plats vald av informanten och det tror författarna har bidragit positivt för studien eftersom informanten har själv kunnat välja en plats hen känner sig trygg på. Författaren har till uppgift att se till att intervjun blir så bra som möjligt (Danielsson, 2013). Inför intervjun presenterade författaren sig och småpratade en stund för att få en avslappnad atmosfär. Författarna strävade efter att få ett rikt material, att få både en storstads och landsbygds perspektiv därför valdes två distrikt ut. Författarna valde att genomföra intervjuerna med en av författarna närvarande. Det finns både för och nackdelar med att genomföra intervjuer med en författare eller med två författare närvarande. Intervjun är en konversation, om ett ämne som båda parter är intresserade av. Det svåra ligger i att inte påverka informanten men samtidigt vara ”nära” för det informanten vill förmedla (Olsson & Sörensen, 2007). Författarna till denna studie hade en intervjuguide som stöd under intervjun och frågorna ställdes i samma ordning till informanterna oberoende vem som intervjuade. Detta just för att det inte skulle ha någon inverkan på intervjun vem som informanten fick träffa. Intervjuguiden innehöll fem frågor och följdfrågor exempelvis hur menar du? på vilket sätt? ställdes för att få djupare svar. Ljudupptagningen höll bra kvalitet och suckar, skratt och tonfall var tydligt vid transkriberingen. Författarna hade ingen tidigare erfarenhet av att intervju, detta kan ha inverkat på längden på intervjuerna och dess utförande. Medellängden på intervjuerna var 22 minuter. Det fanns en variation i materialet och den kortaste intervjun varade i tio minuter och det kan ifrågasättas om den intervjun är så beskrivande och innehållsrik för att motsvara syftet. Eftersom resterande intervjuer varade längre och gav rika beskrivningar av erfarenheter för att besvara syftet på studien ser författarna ingen större nackdel med den korta intervjun. I och med den varierande längden på intervjuerna så fanns det en variation i materialet, därför genomfördes ytterligare någon intervju än det som var planerat från början.

En del av informanterna var väldigt öppna under intervjun och berättade fritt medan andra var mer tillbakadragna och behövde mer tid på sig. Författarna uppmuntrade informanten då utan att forcera för att få ett flyt under intervjun. Transkriberingen av intervjuerna gjordes i nära anslutning till intervjun och den andre författaren som inte deltog under intervjun fick ta del av materialet. För att framhäva underliggande budskap som informanten kunde uttrycka med sitt kroppsspråk registrerades även exempelvis tystnad och suckar.

Transkriberingarna genomlästes var för sig och innehållet diskuterades gemensamt. Det har varit en styrka att kunna diskutera tillsammans för att uppmärksamma olika utgångspunkter och för att genomföra en grundlig analys. Tillförlitligheten för resultatet ökar om analysen genomförs gemensamt menar Lundman & Hällgren Graneheim (2012). Detta resulterade i att författarna kunde föra ett resonemang kring materialet under analysprocessen.

Resultatdiskussion

I analysen av intervjuerna framkom det fem kategorier, *känna samförstånd*, mötet upplevdes vara på en högre nivå och präglades av professionalism och helhetssyn. *Att bli bekräftad*, där det framkom att det fanns en kunskapsbrist och oförståelse hos andra specialistsjuksköterskor gällande ambulanssjuksköterskans specialitet. *Att känna ansvar*, viktigt att det fanns en samsyn om fortsatt vård eftersom informanten upplevde sig vara patientens ombud. *Behov av struktur i kommunikationen*, det var viktigt att uppnå samstämmighet i mötet och att ge den som rapporterar full uppmärksamhet. *Att kunna påverka mötet*, där fokus låg på att attityder och agerande hade inverkan på mötet och ett positivt bemötande smittade av sig på motparten.

Informanterna fick vara säkra på att de var en specialistsjuksköterska de träffat i överlämnade/mottagande av patient, annars ombads de tänka om och berätta om en situation där de varit helt säkra på motpartens yrkesroll. Det kan finnas en osäkerhet kring vad den andre parten i mötet har för utbildning. Studiens syfte baseras just på ambulanssjuksköterskans upplevelse av andra specialistsjuksköterskor och hela studiens syfte raderas om det inte säkerställs att så är fallet.

Det finns mycket att vinna genom att tänka på sitt sätt att kommunicera, något som kan tas för givet men är ändå inte helt självklart i alla avseenden. Ett öppet arbetsklimat där sjuksköterskan ges utrymme att tala och bli lyssnad på, ger i sin tur en tillfredsställelse och ett förbättrat samarbete (Garon, 2012). Med små medel kan upplevelsen av mötet bli positivt och denna känsla finns kvar i minnet inför kommande möten. Genom att visa respekt, att vara öppen i sin kommunikation och stötta den kollega som står framför en så kan det bli ett bättre samarbete och ett positivt möte (Moore, Leahy, Sublett & Lanig, 2013). Båda specialistsjuksköterskorna har mycket att vinna på att gå in i mötet med ett öppet sinne, att kunna sätta sig in i den andres situation och framförallt så gagnar det patienten att inte gå in med konflikten som syfte.

Resultatet i föreliggande studie visade att en stor del av ambulanssjuksköterskorna upplevde att de själva kunde påverka mötet med specialistsjuksköterskan med sin egen inställning, attityd och sitt sätt att kommunicera. När ett möte blev bra upplevde informanterna att det berodde på att det fanns respekt, förståelse och en öppen kommunikation, vilket stämmer överens med Bruce & Suserud (2005) studie. Att aktivt lyssna och bekräfta den rapporterade parten kan leda till ett bra möte (a.a.). Informanterna upplevde även att det goda bemötandet kunde smitta av sig, men även det dåliga bemötandet kunde påverka mötet i negativ riktning. Det är viktigt att inte glömma bort vem som är huvudpersonen i mötet, att alltid ha patientens bästa i åtanke och med det även bibehålla patientsäkerhet. Patientsäkerheten främjas och patienten får ett bättre omhändertagande av hela teamet (Garon, 2012). I överlämnande/mottagande av patient beskrev informanterna att det fanns ett behov av att förmedla det som inte kunde mätas med utrustning. En känsla om att inte allt stod rätt till och då var det av vikt att detta budskap uppfattades på rätt sätt. Den innersta kärnan i alla möten kännetecknas av kommunikationen och vårt sätt att vara gentemot andra. Travelbee pratar varmt om att använda sig själv terapeutiskt och använda sig av olika kommunikationstekniker (Travelbee, 2014). SBAR eller ett andra utformat rapportverktyg skulle kunna förbättra kommunikationen och bidra till struktur, tänker författarna till denna studie. Studier (Martin & Czurzynski, 2015; Manias, Geddes, Watson, Jones & Della, 2015) menar att strukturerad kommunikation med hjälp av ett utformat rapportverktyg exempelvis SBAR, ISOBAR eller SOP är ett fördelaktigt sätt att rapportera på, det minimerar risken för att väsentlig information går förlorad då rapporten följer en mall.

Ambulanssjuksköterskorna upplevde att mötet med andra specialistsjuksköterskor var på en mer avancerad nivå och det fanns förhoppningar om att mötet skulle präglas av professionalism, jämfört med om mötet istället skulle ha varit med en grundutbildad sjuksköterska. Informanterna beskrev situationer som de upplevt svåra. Det kunde vara situationer där exempelvis en distriktssköterska tillkallat ambulans men väljer att avvika från platsen redan innan ambulansen kommit på plats, utan att lämna remiss eller någon som helst information om vad som felar i patientens allmäntillstånd. Det finns en studie gjord av Svensson och Fridh (2014) som avhandlar kommunsjuksköterskans upplevelse av mötet med ambulanspersonal. Studien visade som en del i resultatet att det fanns en osäkerhet hos kommunsköterskan vid mötet med ambulanspersonalen. Kommunsjuksköterskorna kände i vissa lägen att de inte kunde bidra så mycket till mötet eller att det inte fanns resurser att åka ut till den akuta sjuka patienten. Ambulansen var redan på väg och skulle med största sannolikhet ta med patienten till sjukhus (a.a.).

Här finns det förbättringspotential och tacksamt att få ta del av båda sidornas upplevelse och erfarenhet. I den bästa av världar hade det varit önskvärt med en inblick i varandras arbetssituation. Det finns mycket att vinna på att förbättra förståelsen för varandra. För alla inblandade har i slutändan samma syfte, det som gagnar patienten bäst. För att lyfta fram ett positivt resultat i sammanhanget, så fanns det tillfällen då distriktssköterskan tog ett ansvar för patienten och ordnade med insatser i hemmet. Detta upplevde ambulanssjuksköterskan som en bra lösning, i de fall då det framkom att inget behov av sjukhusvård fanns. Det fanns en samsyn för patienten, vad patienten skulle må bra av. I en studie av Kirsebom, Wadensten & Hedström (2013) beskrivs bland annat problematiken kring att patienter skickas in till sjukhus när de egentligen skulle kunna blivit kvar på boendet och fått kompetent vård på plats. Det är inte så lämpligt att skicka in äldre dementa människor när det inte finns ett adekvat vårdbehov. Det gäller att särskilda boende optimerar sin vård och gör medicinska handlingsplaner för varje enskild brukare (a.a.).

Det finns en studie som kommit fram till att specialistsjuksköterskor besitter en annan nivå av kunskap och det fanns även en positiv inverkan på hur patienter upplevde vården (McDonnell et al., 2015). En annan intressant aspekt var att specialistsjuksköterskor bidrog positivt till patientsäkerheten (a.a.). Att vara specialistsjuksköterska innebär en fördjupning i sina kunskaper inom ett specifikt område som det finns ett intresse för. Vidareutbildningen syftar till att utveckla sina kunskaper och en önskan om att få en personlig utveckling. Att inte nöja sig med gammal kanske inaktuell kunskap utan ta del av vetenskaplig empiri. Informanterna uttryckte att det fanns en kunskapsbrist gällande vad ambulansverksamheten stod för hos andra specialistsjuksköterskor. Anledningarna kan vara många och delvis finns det ett eget ansvar, att prata för sin specialitet. Hospiteringar inom varandras specialiteter skulle kunna vara ett sätt att minska okunskapen och få en inblick i varandras yrkesroll.

Konklusion och implikationer

Ambulanssjuksköterskorna förväntade sig att det skulle vara en högre nivå i mötet med andra specialistsjuksköterskor. Den fanns en enighet bland ambulanssjuksköterskorna om att den generella upplevelsen av mötet med andra specialistsjuksköterskor var positiv men var och en av informanterna kunde även återge mindre positiva möten. Att bemöta varandra med respekt och en öppen attityd kan verka självklart, men ändå fallerar detta i flera möten. Ett mindre positivt möte kan ligga till grund för att även nästa möte upplevs som negativt. För att undvika

detta var informanterna eniga om att de själva kunde påverka mötet med sin egen inställning och synsätt. Ett bra bemötande kan till och med smitta av sig.

Ambulanssjusköterskorna efterfrågade en respekt för den andres kunskap och specialistområde, och ta lärdom av varandra kunskaper istället för att arbeta mot varandra. Alla parter i ett överlämnade/mottagande borde arbeta som ett team, vilket hade varit fördelaktigt för patienten och med detta en stärkt patientsäkerhet. Konflikten fick inte vara det centrala utan patientens skulle vara i fokus.

Problematiken kring att de finns en okunskap om varandras specialistkompetenser är en komplex fråga. Ett sätt att öka förståelsen skulle kunna vara att göra hospiteringar i varandras verksamheter. Detta skulle förmodligen öka förståelsen för varandra och leda till ett bättre samarbete mellan specialistsjuksköterskor. Det hade varit intressant att genomföra en interventionsstudie med syfte att undersöka om hospiteringar mellan verksamheter har en positiv effekt på kommunikation mellan specialistsjuksköterskor, vårdkvalitet och patientsäkerhet. Med små medel kan upplevelsen av mötet mellan specialistsjuksköterskor påverkas positivt, vilket i sin tur sannolikt också är av betydelse för kvaliteten på vård som patienten får.

Referenser

- Andersson, A. (2015). *SBAR för kommunikation*. Hämtad 24 mars, 2015, från SKL - Sveriges kommuner och Landsting, <http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarforkommunikation.748.html>
- Andersson Hagiwara, A., Suserud, B-O., Jonsson, A., & Henricson, M. (2013). Exclusion of context knowledge in the development of prehospital guidelines: results produced by realistic evaluation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 22; 21: 46. doi: 10.1186/1757-7241-21-46
- Berglund, H. (2014). Quality in the continuum of care for frail older persons - Structure, process and outcome. Disputation University of Gothenburg.
- Berntsson, T., & Hildingh, C. (2012). The Nurse-patient relationship in pre-hospital emergency care - From the perspective of Swedish specialist ambulance nursing students. *International Emergency Nursing*, 21 (4), 257-263. doi: 10.1016/j.ienj.2012.10.003
- Bost, N., Crilly, J., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2011). Clinical handover of patients arriving by ambulance to hospital emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 20 (3), 133-141. doi: 10.1016/j.ienj.2011.10.002
- Bruce, K., & Suserud, B-O. (2005). The handover process and triage of ambulance-bourne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, 10 (4) 201-209.
- Danielsson, E. (2013). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (163-174) Lund: Studentlitteratur.
- Dawson, S., King, L., & Grantman, H. (2013). Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency Medicine Australasia*, 25 (5), 393-405. doi: 10.1111/1742-6723.12120
- Dyrholm Siemsen, I. M., Dyrlov Madsen, M., Funck Pedersen, L., Michaelsen, L., Vesterskov Pedersen, A., Boje Andersen, H., & Østergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety

of patient handovers: An interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40 (5), 439-448. doi: 10.1177/1403494812453889

Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén J. (2013) *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s 15-27) Lund: Studentlitteratur.

Eide, T., & Eide, H. (2014). *Kommunikation i praktiken – relationer, samspel och etik i socialt arbete, vård och omsorg*. Stockholm: Liber AB.

Friberg, F., & Öhlén, J. (2013). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricson (Red) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (345-368) Lund: Studentlitteratur.

Fridstedt, G. (2015). *Vårdsamverkan: översikt*. Hämtad 2 april, 2015, från Vårdboken, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Vardsamverkan/Oversikt>

Garon, M. (2012). Speaking up, being heard: registered nurses' perceptions of workplace communication. *Journal of Nursing Management*, 20 (3), 361-371. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01296

Gillespie, S. M., Gleason, L. J., Karuza, J., & Shah, M.N. (2010). Health Care Providers' Opinions on Communication Between Nursing Homes and emergency Departments. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(3): 204-10. doi: 10.1016/j.jamda.2009.09.002

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*, 24 (2), 105-112.

Henricson, M., & Billhult, A. (2013). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (130-137) Lund: Studentlitteratur.

Jahren Kristoffersen, N. (1998). *Allmän omvårdnad Profession och ämnesområde- utveckling, värdegrund och kunskap*. Stockholm: Liber AB.

Jenkin, A., Abelson-Mitchell, N., & Cooper, S. (2007). Patient handover: Time for a change? *Accident and Emergency Nursing*, 15 (3), 141-147.

Jensen, S.M., Lippert, A., & Ostergaard, D. (2013). Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 57 (8); 964-970. doi: 10.1111/aas.12125

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kirsebom, M., Wadensten, B., & Hedström, M. (2013). Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (4), 886-895. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06077

Kongstad, P. (2015). *Akut prehospitalt omhändertagande: Behandlingsriktlinjer*. Hämtad 24 mars, 2015, från Vårdgivare Skåne, <http://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/akut-prehospitalt-omhandertagande.pdf>

Kongstad, P. (2015). *Mål för ambulanssjukvården*. Hämtad 15 oktober, 2015, från Vårdgivare Skåne, <http://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/ambulanssjukvard/#38785>

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Grankär., & B. Höglund-Nielsen (Red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (187-201) Lund: Studentlitteratur.

Manis, E., Geddes, F., Watson, B., Jones, D., & Della, P. (2015) Perspectives of clinical handover processes: a multi-site survey across different health professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 1-12 doi: 10.1111/jocn.12986

Martin, A, H., & Ciurzynski, M, S. (2015). Situation, Background, Assessment, and Recommendation – Guided Huddles Improve Communication and Teamwork in the

Emergency Department. *Journal of emergency Nursing*, 41 (6) 484-488. Doi: 10.1016/j.jen.2015.05.017

McDonnell, A., Goodwin, E., Kennedy, F., Hawley, K., Gerrish, K., & Smith, C. (2014). An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4) 789-799. doi: 10.1111/jan.12558

Moore Weaver, L., Leahy, C., Sublett, C., & Lanig, H. (2013). Understanding Nurse-to-Nurse Relationships and Their Impact on Work Environments. *Med Surg Nursing*, 22 (3) 172-179.

Muntlin, Å., & Kurland, L. (2009). Akutmottagningen. I B-O Suserud & L. Svensson (Red) *Prehospital Akutsjukvård* (109-114) Stockholm: Liber.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). Forskningsprocessen kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Stockholm: Liber AB.

Owen, C., Hemmings, L., & Brown, T. (2009). Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emergency Medicine Australia*, 21 (2), 102-107. doi: 10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x

Pribe, G., & Landström, C. (2013). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (31-50) Lund: Studentlitteratur.

Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M. (2013). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 21; 4 (1) doi: 10.1136/bmjopen-2013-004268.

Riksföreningen för ambulanssjusköterskor. (2012) *Kompetensbeskrivning för specialistutbildade ambulanssjusköterskor*. Hämtad 14 oktober, 2015, från Riksföreningen för ambulanssjusköterskor, <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/ambulans.kompbeskr.webb.pdf>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 25 mars, 2015, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 25 mars, 2015, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

Svensson, C., & Fridh, A-K. (2014). *Kommunsjuksköterskors upplevelser av mötet med ambulanspersonal i överlämnade av patient*. (Examensarbete, Lunds Universitet, Institutionen för hälsa, vård och samhälle).

Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Polen: Dimograf.

Wihlborg, J., Edgren, G., Johansson, A., & Sivberg, B. (2014). The desired competence of the Swedish ambulance nurse according to the professionals - A Delphi study. *International Emergency Nursing*, 22 (3), 127-133. doi: 10.1016/j.ienj.2013.10.004

Wood, K., Crouch, R., Rowland, E., & Pope, C. (2014). Clinical handovers between prehospital and hospital staff: literature review. *Emergency Medical Journal*, 32 (7): 577-81. doi: 10.1136/emmermed-2013-203165



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Till Verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Ambulanssjuusköterskans upplevelse av mötet med andra specialistsjuusköterskor i mottagande/överlämnande av patient”.

Syftet med studien är att undersöka ambulanssjuusköterskans upplevelse av mötet med andra specialistutbildade sjuusköterskor. Tidigare studier har undersökt exempelvis kommunsjuusköterskors upplevelse av ambulansbesättning vid möten. Ambulans-sjuusköterskan möter dagligen många olika professioner i mottagande/överlämnande av patient. Hen är en del av vårdkedjan, en kedja som ska fungera för patientens bästa. Mötet bör ha ett specifikt innehåll och bestå av strukturerad kommunikation, för att undvika missförstånd och därmed hota patientsäkerheten samt leda till onödigt vårdande hos patienten. Studien är viktig att genomföra för att se om något kan förbättras i dessa möten, samt för att bredda kunskapsområdet.

Intervjuer är planerade att hållas för att kunna få utvecklande svar då det handlar om personers upplevelser. Intervjuguide kommer användas och med tillåtelse från undersökningsspersonen spelas intervjuerna in med ljudupptagning. Inga personuppgifter ska förekomma då materialet kodas. Önskad undersökningsgrupp är den specialistutbildade ambulanssjuusköterskan. Helst med minst 1 års erfarenhet, mellan 10-15 personer.

Efter samtycke från områdeschefer i distrikt 1 och 2 informeras all personal om studien, därefter inhämtas samtycke. Medverkande i studien är frivillig, informationsbrev lämnas ut i förväg. Informanten lämnar då sitt samtycke skriftligt på bifogad blankett, men kan när som helst avbryta sitt deltagande. Det insamlade materialet hanteras konfidentiellt och sparas tills det att examensarbetet är genomfört och godkänt, därefter förstörs materialet och ljudupptagningen raderas.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuusköterskeprogrammet med inriktning ambulans. Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Anna Lindström
Leg. Sjuusköterska
073-376 27 98
anna.lindstrom.365@
student.lu.se

Satu Danielsson
Leg. Sjuusköterska
073-326 16 79
satu.danielsson.530@
student.lu.se

Handledare:
Iren Tiberg
046-222 18 71
iren.tiberg@med.lu.se

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Titel på studien ”Ambulanssjuksköterskans upplevelse av mötet med andra specialistsjuksköterskor i mottagande/överlämnande av patient”

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Information till undersökningsperson

Ambulanssjuusköterskans upplevelse av mötet med andra specialistsjuusköterskor i mottagande/överlämnande av patient

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.. Syftet med studien är att undersöka ambulanssjuusköterskans upplevelse av mötet med andra specialistsjuusköterskor. Ambulanssjuusköterskan är en del av vårdkedjan, dagligen möter hen olika professioner vid mottagande/överlämnande av patient. Mötet kan äga rum på olika platser och påverkas av olika faktorer, det kan även behöva anpassas till situationen. Ambulanssjuusköterskans upplevelse är ett outforskat område, således vill författarna bredda kunskapsområdet med denna studie.

Intervjun beräknas ta cirka 30 minuter och genomförs av författarna. Intervjun kan genomföras på respektive ambulansstation alternativt att du själv föreslår plats. Intervjun sker under ledig tid men kan läggas i anslutning till ett arbetspass eller när det passar informanten.

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 och examinerats så kommer allt inspelat och transkriberat material förstöras.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din kontakt med Anna och Satu. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Om Du vill delta ber vi Dig lämna intresseanmälan på din arbetsplats i ett kuvert, därefter tar författarna kontakt med dig och bestämmer tid för intervju. Vid intervjutillfället ber vi dig underteckna samtyckesblanketten.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuusköterskeprogrammet med inriktning ambulans.

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

Med vänlig hälsning

Anna Lindström
Leg Sjuusköterska
0733-76 27 98
anna.lindstrom.365@
stu-
dent.lu.se

Satu Danielsson
Leg Sjuusköterska
0733-26 16 79
satu.danielsson.530@
stu-
dent.lu.se

Handledare:
Irén Tiberg
046-222 18 71
iren.tiberg@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Ambulanssjuksköterskans upplevelse av mötet med andra specialistsjuksköterskor i mottagande/överlämnande 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 eller med några konsekvenser.

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

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

Var har du arbetat tidigare som Sjuksköterska?

Hur länge har du varit verksam som ambulanssjuksköterska?

Man/kvinna

Teman/ fokusområden

- Hur upplever du generellt mötet med andra specialistutbildade sjuksköterskor i ett överlämnade/mottagande av patient
- Kan du beskriva ett specifikt möte som du upplevde fungerade väl
- Kan du beskriva ett specifikt möte som du upplevde mer problematiskt
- Kan du beskriva viktiga faktorer som kännetecknar ett bra/mindre bra möte
- På vilket sätt känner du att du själv kan påverka om det blir ett bra/mindre bra möte

Följdfrågor – Ställs för att få djupare svar

- Hur menar du
- Kan du ge ett konkret exempel
- På vilket sätt
- Hur tänker du