



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors erfarenheter av muntlig rapportering inom slutenvård: en intervjustudie

Författare: Svante Casperson och Johan Edentoft

Handledare: Angelika Fex

Kandidatuppsats

Höstterminen 2015

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

Sjuksköterskors erfarenheter av muntlig rapportering inom slutenvård: en intervjustudie

Författare: Svante Casperson och Johan Edentoft

Handledare: Angelika Fex

Kandidatuppsats

Höstterminen 2015

Abstrakt

Bakgrund: Muntlig rapportering är en central del i en sjuksköterskas arbete. Kvaliteten på den muntliga rapporten är av vikt för att kunna upprätthålla en god omvårdnad och förebygga vårdskador. **Syfte:** Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av muntlig rapportering till kollegor och annan omvårdnadspersonal. **Metod:** En intervjustudie genomfördes med tio sjuksköterskor yrkesverksamma vid två somatiska slutenvårdsavdelningar. Data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Den muntliga rapporten påverkades av olika faktorer både kring proceduren och innehållet i rapporten. Alla informanter bekräftade den muntliga rapportens betydelse i deras arbete och hur den påverkar patientens omvårdnad. **Konklusion:** Denna kartläggning av sjuksköterskors erfarenheter av muntlig rapportering kan ge underlag till fortsatt förbättringsarbete inom området.

Nyckelord

Kvalitativ innehållsanalys, personcentrerad vård, strukturerad kommunikation

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion.....	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Teoretisk referensram	3
Omvårdnadsdokumentation	3
Patientsäkerhet.....	4
Kommunikation.....	4
Muntlig rapport.....	5
Syfte	5
Metod	6
Urval	6
Rekryteringsprocessen.....	6
Informanter	6
Datainsamling.....	7
Analys.....	7
Forskningsetiska avvägningar	8
Resultat	9
Procedur.....	9
Struktur	9
Prioritering	9
Rutiner och tidsåtgång.....	10
Innehåll	11
Mottagarcentrering	11
Personcentrerad vård	12
Basal omvårdnad.....	12
Personliga värderingar	12
Påverkan av stress	13
Välbefinnande.....	14
Integritet.....	15
Prevention och säkerhet.....	15
Diskussion	16
Diskussion av metod	16
Diskussion av resultat.....	17
Slutsats och kliniska implikationer	19
Författarnas arbetsfördelning	19
Författarnas tack.....	19
Referenser.....	20
Bilaga 1 (Intervjuguide)	23

Introduktion

Problemområde

Muntlig rapport och dokumentation är centrala moment i sjuksköterskans arbete inom slutenvård. Forskning visar att sjuksköterskor i Sverige ägnar mer än 60% av sin arbetsdag till muntlig kommunikation med kollegor och dokumentation i patientjournal (Berg, Ehrenberg, Florin, Östergren, & Göransson, 2012). Muntlig rapport mellan arbetslag genomförs upp till tre gånger varje dygn och utgör ofta grunden för kommunikationen mellan sjuksköterskor och annan omvårdnadspersonal inom slutenvård (Forsell & Ivarsson Westerberg, 2014). Utformningen av och innehållet i den muntliga rapporten kan påverka sjuksköterskans bild av patienten och patientens vårdssituation (Dowding, 2001). Många vårdskador uppstår på grund av brister i rapportering mellan kollegor, och kvaliteten på rapporten är central för att viktig information inte ska gå förlorad mellan arbetspass (Birmingham, Buffum, Blegen, & Lyndon, 2015). En studie av Riesenbergs, Leutzsch och Cunninghams (2010) påtalar vikten av att den muntliga rapporten mellan kollegor håller en hög kvalitet, men att det enligt forskarnas erfarenhet inte läggs någon vikt vid detta vare sig under utbildning till eller som yrkesverksam sjuksköterska. Sjuksköterskor förväntas själva sätta sig in i hur muntlig rapportering fungerar på sin arbetsplats och lära sig arbeta därefter. En rapport från Sveriges Kommuner och Landsting pekar på att det finns mycket att vinna på att använda sig av ett strukturerat kommunikationssätt (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015). I Sverige finns inga direktiv som fastställer något specifikt verktyg eller metod som skall användas vid muntlig överrapportering, trots att det finns väl beprövade verktyg. Denna brist lämnar utformningen av den muntliga rapporten upp till varje arbetsplats, något som kan skapa osäkerhet och otydlighet i kommunikationen. Sökning efter forskning som beskriver sjuksköterskors erfarenheter av muntlig rapport gav inga resultat. Tidigare forskning inom området har haft annat syfte, såsom utvärdering av hur muntlig rapport påverkar patientsäkerheten, eller en intervention som kan förbättra den muntliga rapporten. Mot bakgrund av detta anser författarna att forskning inom området är intressant.

Bakgrund

Teoretisk referensram

Denna studie har ett omvårdnadsperspektiv, med syfte att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av muntlig rapport till kollegor och annan omvårdnadspersonal.

Personcentrerad vård är ett begrepp som uppmärksammas både nationellt och internationellt och är kopplat till sjuksköterskans profession (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Fokus i personcentrerad vård är att ge alla patienter individanpassad vård och att synliggöra personen bakom sjukdomen. Personcentrerad vård bygger på främjandet av patientens autonomi. Denna ska sjuksköterskan främja genom att ge patienten de bästa möjliga förutsättningarna för att kunna göra evidensbaserade val angående sin hälsa (Ekman et al., 2011). Att arbeta personcentrerat är en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser. För att kunna arbeta personcentrerat behöver omvårdnadspersonal kunna samverka i team och utbyta information på ett adekvat sätt (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). För att kunna arbeta personcentrerat är en förutsättning att patienten hålls informerad för att i samförstånd med hälso- och sjukvårdspersonal kunna ta beslut om sin vård. För att uppnå detta krävs att informationen som ges av sjuksköterskan anpassas på ett sådant sätt att patienten kan ta den till sig något som förstärkts genom patientlagen (SFS 2014:821). För att på bästa sätt hålla patienten informerad krävs att patienten involveras i sjukvårdens informationskedja, arbetsmetoder för en personcentrerad rapport är under utveckling och forskning på området bedrivs vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna (Vårdfokus, 2013).

Omvårdnadsdokumentation

Sedan år 1986 har sjuksköterskor varit ålagda att föra journal enligt Patientjournalagen (SFS 1985:562), idag ersatt av Patientdatalagen (SFS 2008:355). Dessförinnan fördes enklare anteckningar. Patientjournalagen ålade all vårdpersonal med legitimation att föra journal som daterades, signerades och sparades (SFS 1985:562). Sjuksköterskan fick i samband med detta också formellt ansvar för patientens omvårdnad, som tidigare ordinerats av läkare. Ett behov av riktlinjer för vad som skulle journalföras och även behov av ett mer systematiskt omvårdnadsarbete uppkom. Omvårdnadsprocessen infördes som ett ramverk för sjuksköterskors arbete. Verktyg för att tydliggöra och standardisera omvårdnadsdokumentationen utformades genom VIPS-modellen. Den fokuserar patientens omvårdnad utifrån begreppen välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet (Ehnfors, Ehrenberg, & Thorell-Ekstrand, 2013). Mycket av

den information som ska dokumenteras i enighet med Patientdatalagen (SFS 2008:355) överförs idag muntligt och i denna kommunikation sker ibland misstag. Felaktiga uppgifter hamnar i patientens journal och uppgifter som borde dokumenterats i journalen skrivs inte in (IVO, 2014).

Patientsäkerhet

Svensk Sjuksköterskeföring tar även upp säker vård som en av de sex kärnkompetenserna en sjuksköterska ska ha (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). I Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, 6 §) definieras patientsäkerhet som ”skydd mot vårdskada”. Vårdskada definieras i sin tur som ”lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas” (SFS 2010:659, 5 §). Socialstyrelsen fick år 2011 i uppdrag av regeringen att utreda patientsäkerheten i Sverige och sammanställa resultaten i årliga rapporter. Rapporterna är ämnade att spegla patientsäkerheten inom framförallt sjukvård som är finansierad av landsting och regioner. Socialstyrelsen skrev i sin rapport från år 2014 att krav på hög patientsäkerhet är förenligt med Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). En förutsättning för hög patientsäkerhet är en god patientsäkerhetskultur. Den innebär att personalen frivilligt rapporterar misstag, att rätt information kommer till den det berör och att vilja finns att förändra system när så behövs (Socialstyrelsen, 2014).

Inom svensk hälso- och sjukvård eftersträvas en god vårdkvalité som bidrar till hälso- och sjukvårdens huvudsyfte; att främja och bevara medborgarnas hälsa. God vårdkvalité är även viktig för att den svenska hälso- och sjukvården ska ha allmänhetens förtroende (Socialstyrelsen, 2014). Hälso- och sjukvårdens personal arbetar på uppdrag av Socialstyrelsen och efter gällande författningar (SFS 1982:763).

Kommunikation

Ordet kommunikation kommer från latinets *communicare* som betyder att göra gemensamt eller att dela, till exempel information. Kommunikation kan ske på olika sätt och vara både verbal och icke-verbal (Nilsson & Waldemarson, 2011). Kommunikation är ett viktigt verktyg inom hälso- och sjukvård, både för informationsutbyte mellan sjuksköterskor men också mellan sjuksköterskor och vårdtagare. Det finns många faktorer som påverkar kommunikationen, såsom mottagarens och avsändarens utbildningsnivå, ålder, erfarenhet och kön. Alla dessa faktorer måste tas i beaktning av avsändaren för att överföringen av information ska bli så

korrekt och fullständig som möjligt. Effektiv och tydlig kommunikation mellan sjuksköterskor har visat sig öka patienternas behandlingsföljsamhet (Fossum, 2003).

Muntlig rapport

Muntlig rapportering kan ses från två olika perspektiv; avsändarens i form av den rapporterande sjuksköterskan, eller mottagarens i form av den lyssnande sjuksköterskan. Målet med muntlig rapportering inom hälso- och sjukvård är att ge en komplett bild av en patients tillstånd, vård samt nytillkomna förändringar. Olika faktorer påverkar om rapporteringen sker framgångsrikt eller om information går förlorad, såsom bristande fokus eller bristande kunskaper hos avsändaren (Blouin, 2011). För att minska risken för att information kan gå förlorad rekommenderas verktyg för strukturerad kommunikation (Dunsford, 2009; Riesenberget al., 2010).

SBAR som står för situation, bakgrund, aktuellt och rekommendation är ett verktyg för strukturerad kommunikation. Strukturen är ursprungligen utvecklad av den amerikanska marinen och har därefter implementerats för att användas i olika typer av krävande arbetsmiljöer som fordrar direkt och tydlig kommunikation (Guise & Lowe, 2006). Olika högriskorganisationer anammade snabbt SBAR som blev en del av Crew Resource Management, som numera tillämpas inom hälso- och sjukvård för att lära sjukvårdspersonal hantera svåra och stressfulla situationer (Wallin & Thor, 2008). I första steget av SBAR, situation, beskrivs kort hur situationen ser ut just nu och vad som förorsakat vårdkontakten. I nästa steg, bakgrund, ges bakgrundsinformation som är relevant för den aktuella situationen och ger mottagaren ett sammanhang. Aktuellt ger en snabb sammanfattning av de viktigaste fakta samt en tolkning av den givna informationen. Under rekommendation kan antingen avsändaren eller mottagaren ge rekommendationer för hur det aktuella problemet löses. Om avsändaren ger en rekommendation är det för att kunna få denna åtgärd bekräftad av mottagaren (Dunsford, 2009). SBAR kan anpassas för att fungera i många olika typer av situationer inom hälso- och sjukvård, både i akuta lägen där kommunikationen måste vara snabb och tydlig och i icke-akuta lägen som vid överrapportering mellan arbetslag (Wallin & Thor, 2008).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av muntlig rapportering till kollegor och annan omvårdnadspersonal.

Metod

Studien genomfördes med en kvalitativ ansats för att fokusera på sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser (Olsson & Sörensen, 2007). Vid en kvalitativ studie kan data samlas på olika sätt såsom intervjuer, observationer och enkäter med öppna svar, i detta fall genomfördes semi-strukturerade intervjuer. Motivet var att få en ökad och fördjupad förståelse för sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av muntlig överrapportering (Olsson & Sörensen, 2007).

Urval

Inklusionskriterier för deltagande var att informanten skulle vara legitimerad sjuksköterska med erfarenhet av muntlig patientrapportering vid slutenvårdssomatisk vårdavdelning. Ett bekvämlighetsurval tillämpades, vilket innebar att de som uppfyllde inklusionskriterierna och anmälde sitt intresse fick delta (Polit & Beck, 2014).

Rekryteringsprocessen

Informanterna rekryterades genom att författarna närvarade vid arbetsplatsmöten på två slutenvårdsavdelningar och i samband med dessa presenterade studien. Sjuksköterskorna fick under mötet verbal information om studiens syfte samt ett informationsbrev som beskrev syfte, åtgärder för konfidentialitet och rättigheter som informant i studien. De som valde att delta signerade en samtyckesblankett, där även kontaktinformation till respektive deltagare antecknades av de potentiella informanterna. Under mötena poängterades upprepade gånger att deltagandet var frivilligt, att potentiella informanter inte behövde ta ställning till deltagande direkt och att de kunde få lämna en samtyckesblankett vid senare tillfälle om de då önskade delta i studien.

Informanter

Tio legitimerade sjuksköterskor, yrkesverksamma vid två somatiska slutenvårdsavdelningar anmälde sitt intresse för deltagande. Samtliga uppfyllde inklusionskriterierna och utsågs till informanter. Yrkeserfarenheten hos informanterna, samtliga kvinnor, varierade mellan ett till tio år, median fem år.

Datainsamling

En intervju är en interaktion där två eller fler personer för ett samtal med syfte att för en av parterna att inhämta data från övriga. Detta kräver att personen som blir intervjuad, här kallad informant, har kunskap inom ämnet som studeras (Kristensson, 2014).

Data samlades genom semistrukturerade intervjuer, vilket innebär att samma frågor ställs till alla informanter och att frågorna har öppna svarmöjligheter. Fördelen med en semistrukturerad intervju är att intervjun kan anpassas efter informantens tankegång (Olsson & Sörensen, 2007). Semistrukturerade intervjuer kan ge deltagarna lika möjlighet att delge sina erfarenheter och upplevelser. Innan intervjuerna startade frågade författarna informanterna om de var införstådda med vad det innebar att delta. En skriftlig intervjuguide användes, se Bilaga 1, för att underlätta att alla frågeområden berördes av samtliga informanter (Polit & Beck, 2014). Varje intervju inleddes med frågan ”Kan du berätta om en rapport du genomfört?” och följdes av uppföljande frågor som ”Vad innehåller rapporten?”, ”Vad är lätt med rapportering?” och ”Har du erfarenhet av rapportering på ett annat sätt?”. Informanterna fick själva föreslå tid och plats för intervjuerna. Åtta av intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplats, en i en informants hem och en vid Lunds Universitet. Intervjuerna spelades in via mobiltelefon för att senare kunna transkriberas ordagrant av författarna. För att testa utrustning, intervjuupplägg och även bedöma tidsåtgång genomfördes en pilotintervju där båda författarna deltog. Pilotintervjun innehöll intressant information om muntlig rapportering och inkluderades därför i studien. Resterande intervjuer genomfördes enskilt av respektive författare. Intervjuerna var mellan 15 och 25 minuter långa, mediantid 22 minuter. Längden på två av intervjuerna var under 20 minuter.

Analys

Analys av data från en kvalitativ intervjustudie är en aktiv process, vilket innebär att författarna behöver ha förståelse för innehåll och helhet i studien (Henricson, 2012). En kvalitativ innehållsanalys enligt Burnard (1996) genomfördes enligt fyra steg. I första steget läses transkriptionerna igenom och små noteringar genomförs, av Burnard kallad öppenkodning. I steg två kondenseras denna öppenkodning för att identifiera kategorier och subkategorier. I tredje steget färgkodas samtliga transkriptioner enligt valda subkategorier, efter detta sammanförs all text med samma kodning till samma dokument. I fjärde och sista steget läses dessa texter och sammanfattas för att beskriva respektive subkategori (Burnard, 1996).

I första steget av analysen lästes alla transkriptioner av författarna enskilt. Små noteringar av fraser och ord som sammanfattade den lästa texten gjordes. Denna öppna kodning diskuterades sedan tillsammans för att jämföra och se om en likvärdig kodning genomförts. I steg två kondenserades den öppna kodningen för att identifiera de kategorier och subkategorier som beskrev innehållet. De kategorier som under analysprocessen succesivt växte fram var procedurer och innehåll. I det tredje analyssteget lästes alla transkriptioner igen, och denna gång färgkodades texten efter valda subkategorier. När detta var genomfört sorterades all text efter varje preliminär subkategori. I det fjärde och sista steget lästes dessa sammanförda texter gemensamt för att sedan sammanfattas. Beskrivningarna av subkategorierna utgör grunden för respektive subkategori i resultatet. Analysarbetet var en process där kategorier och subkategorier ändrade benämning och inbördes relation. I tabell 1 nedan ges ett exempel från analysprocessen.

Tabell 1 Exempel från analysprocessen

Originaltext	Öppenkodning	Subkategori	Kategori
<i>”Sen är det också olika beroende på vem man rapporterar till, var de är i sin utbildningsnivå till exempel om man rapporterar till någon som har student så kan man försöka förklara lite”</i>	Anpassning, utbildningsnivå	Mottagarcentrering	Innehåll

Forskningsetiska avvägningar

Etiska principer inom omvårdnadsforskning är ämnade som skydd för deltagarna (Polit & Beck, 2014). I Helsingforsdeklartionen fastställs de etiska principer som forskning som involverar människor ska efterfölja, principer såsom att deltagande måste vara frivilligt med informerat samtycke och att stor vikt läggs vid konfidentialitet (World Medical Association, 2013). Informanterna informerades före studiens början av författarna skriftligt och muntligt om studiens syfte, vad som förväntades av informanterna samt vilka rättigheter de hade. Informanterna informerades om att de när som helst och utan att ange anledning kunde dra sig ur studien. Det avidentifierade materialet var endast tillgängligt för författarna, deras handledare samt vid behov examinator. I uppsatsen är alla citat återgivna på ett sådant sätt att de inte kan härledas tillbaka till en enskild person (Henricson, 2012).

Innan studien påbörjades inhämtades ett rådgivande utlåtande från Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN), Lunds Universitet. VEN såg inga etiska hinder för studiens genomförande.

Resultat

I resultatredovisningen beskrivs kategorierna procedur och innehåll utifrån sina respektive subkategorier. Varje subkategori presenteras med en beskrivande text samt ett eller flera anknytande citat. Markeringen /.../ visar att ord eller meningar från intervjun som inte har samband med det som citatet relaterar till utelämnats.

Procedur

Kategorin procedur beskrivs genom subkategorierna struktur, prioritering samt rutiner och tidsåtgång.

Struktur

Behovet av ett strukturerat kommunikationsverktyg uttrycktes. På båda avdelningarna användes SBAR, anpassat efter avdelningens behov. Grunden till den muntliga rapporten var på den ena avdelningen en whiteboard strukturerad enligt SBAR, på den andra avdelningen användes ett rapportblad. Tidigare hade försök gjorts där informanterna rapporterat strikt efter SBAR, men efter en tid föll denna rutin bort och rapporten blev mera ostrukturerad. Informanterna tyckte det var positivt när de fick en rapport enligt SBAR, då den upplevdes som lätt att följa och ledde till att de fick den information de efterfrågade.

”Jag vill ha SBAR rakt igenom, för då gör alla samma” (Informant 10)

Det framhölls att den muntliga rapporten skulle ge något som kollegorna inte kunde läsa sig till. Detta syfte försvann de gånger en kollega rapporterade genom att bara läsa innantill från rapportbladet.

”Då kan jag ju lika gärna läsa själv, för då ger det mig inget att den andre sitter där och läser ur journalen. Så kan man inte tillföra något som inte står så behöver man inte ha muntlig rapport” (Informant 7)

Prioritering

Informanterna menade att medicinska data som snabbt kunde påverka patientens hälsa och välbefinnande negativt var extra viktiga vid rapport. De patienter som var inlagda för

medicinjustering hade ofta en kortare vårdtid, tre till fyra dagar. Under denna tid prioriterades medicinska data eftersom dessa indikerade hur patienten fysiskt svarade på medicineringen. Informanterna poängterade den kliniska blicken som viktigare för en sjuksköterska än rapport av labbsvar. När informanterna hade ansvar för multisjuka patienter, med längre vårdtider, lades mer fokus på patientens välbefinnande. Informanter med erfarenhet av både medicin- respektive kirurgpatienter uttryckte en skillnad i prioriteringar. Kirurgpatienterna rapporterades utifrån ett givet innehåll, med prioritering av medicinska data, då de ofta hade korta vårdtider. Informanterna uppgav att medicinpatienterna oftare hade längre vårdtider än kirurgpatienterna och att de oftare var multisjuka. De beskrevs av informanterna som svårare att rapportera genom medicinska data, mer fokus lades på patientens välbefinnande.

”... det blir mer som ett schema när man har kirurgiska patienter för det är ungefär samma saker som är viktiga, medicinpatienter är mer flummiga, de ligger där och ligger där och sen åker de hem och är lika sjuka och det kan gå mycket fram och tillbaka och det är klart att rapporten blir annorlunda, mer flytande kanske” (Informant 4)

Informanterna uttryckte självförtroende vad gällde att ge rapport. De kände att arbetspasset inför rapporten var en bra förberedelse och att deras yrkeserfarenhet gett dem förmåga att urskilja viktigt från oviktigt.

Rutiner och tidsåtgång

Rutinerna för rapporten varierade. Morgonrapporten uppgavs som stressad och komprimerad. Detta upplevde informanterna som ett hinder för att få en komplett bild av patienterna. Vid eftermiddags- respektive kvällsrapport gavs utrymme för en mera utförlig rapport. Informanterna upplevde att en kort rapport oftast var tillräcklig när de skulle arbeta på natten. De hade ofta tid att läsa mera ingående i journalerna när kvällspersonalen gått hem, om behov fanns. Däremot upplevde många dagsjuksköterskor den korta morgonrapporten som otillräcklig. Nattpersonalen ville inte arbeta övertid och dagpersonalen upplevde det som svårt att få en bra bild av patienten på så kort tid. Dessutom uttrycktes att nattsjuksköterskan ofta hade en ofullständig bild av patientens hälsostatus under dagtid.

”När jag har jobbat natt har jag tolv patienter som jag ska rapportera över till morgonpersonalen som är uppdelade i två olika team. Det är en kvarts överrapportering så det säger ju sig själv att det bara blir drygt en minut per patient” (Informant 8)

Tidsåtgången för den muntliga rapporten berodde i stor utsträckning på mottagaren och vad som hänt under arbetspasset före rapporten. Tidsmässigt sågs det som en fördel att använda förskrivna rapportblad jämfört med läsrapport, då den viktigaste informationen fanns koncentrerad på ett rapportblad istället för i olika delar av patientjournalen. En förutsättning var dock att rapportbladen var uppdaterade, vilket inte alltid hanns med. Det medförde frustration hos informanterna som efter rapporten fick leta efter kompletterande information i patientens journal.

Vilka som närvarade vid rapport var olika beroende på arbetsplats. På den ena avdelningen var oftast undersköterskorna närvarande. På den andra avdelningen rapporterade undersköterskorna till varandra i en egen rapport, vilket påverkade rutinerna för avstämning i teamen. Att som mottagare ha tidigare kännedom om patienterna var en underlättande faktor vid rapportering för såväl avsändare som mottagare.

Innehåll

Kategorin innehåll beskrivs genom subkategorierna mottagarcentrering, personcentrerad vård, basal omvårdnad, personliga värderingar, påverkan av stress, välbefinnande, integritet samt prevention och säkerhet.

Mottagarcentrering

Informanterna anpassade sin rapport beroende på vem de rapporterade till. Rapportens innehåll och omfattning varierade beroende på om det var en erfaren kollega, nyexaminerad sjuksköterska, bemanningssjuksköterska eller sjuksköterskestudent som var mottagare. Informanternas erfarenhet var att nyexaminerade sjuksköterskor ofta ville ha en detaljerad och omfattande rapport med möjlighet att ställa frågor, för att få en helhetsbild innan de mötte patienterna. Samma sak gällde för sjuksköterskestudenter, med tillägget att svåra termer valdes bort för att ytterligare tydliggöra rapporten.

*”... nyare kollegor har oftare fler frågor för de vill veta allt innan de går ut och arbetar”
(Informant 5)*

Erfarna kollegor som mottagare sågs som särskilt underlättande. De visste vad som skulle göras och begärde bara korta rapporter med de viktigaste uppgifterna och behövde sällan förklaringar

av ingrepp eller sjukdomar, vilket oerfarna kollegor ofta gjorde. Respons sågs som viktig för informanterna, såsom bekräftande nickar eller korta kommentarer. Brist på respons eller upplevt ointresse hos mottagaren gjorde informanterna osäkra på om de fått med det som bedömts som viktigt för patientens vård.

Personcentrerad vård

Vikten av att se bakom mätvärden och kontroller, att skapa sig en egen mångfacetterad bild av varje enskild patient poängterades. Det upplevdes som svårt att ge en helhetsbild av patienten, och informanterna uttryckte ett behov att också se patienten. Vikten av att patienten skulle vara välinformerad om vårdförloppet, vilka ingrepp och undersökningar som skulle utföras och varför, samt vilka mediciner som patienten ordinerats belystes. Att undersköterskorna deltog i rapporten sågs som positivt, då deras omvårdnadsperspektiv bidrog till en mer personcentrerad vård. Informanterna betonade att det var utmanande att arbeta personcentrerat i nuläget. Tids- och personalbrist försvårade en personcentrerad vård.

”...det är svårt när all information är diagnoscentrerad istället för personcentrerad. Alla vårdplaner utgår från en diagnos, inte från en person/.../där finns inga hjälpmedel för att arbeta personcentrerat” (Informant 7)

Basal omvårdnad

Basal omvårdnad prioriterades eller berördes inte i någon större utsträckning vid rapporterna. Endast när patienter avvek från normen och till exempel inte klarade sin ADL (Aktiviteter i Dagligt Liv) själv benämndes det vid rapport. Basal omvårdnad sågs som en självklarhet, även om det fanns aspekter i den som var viktiga för att främja välbefinnande och en god omvårdnad.

”Jag tycker det här med ADL-status... att man tar tillvara på det patienten själv kan göra och att de får hjälp med det de inte kan, ibland kan det glömmas bort” (Informant 2)

Personliga värderingar

Personliga värderingar är något som beskrivs som både positivt och negativt vid en rapport. Informanterna uttryckte sig som kluvna då de egentligen inte tyckte att värderingar hörde hemma i rapporten. Men de såg ändå fördelar beroende på typ av värdering.

”Personliga värderingar är alltid dumma men ibland går det inte att undvika /.../ de kan också öka förståelsen för patienten om den betar sig på visst sätt” (Informant 1)

Värderingar som informanterna upplevde som hjälpande för att kunna ge en god omvårdnad var till exempel om en patient hade varit aggressiv eller utåtagerande. Att på förhand veta detta gjorde att informanterna kunde känna sig förberedda inför mötet med patienten och inte hamna i situationer som gjorde parterna obekväma. Om en patient hade upplevts som otrevlig gentemot någon sjuksköterska fanns ambivalens angående om detta skulle rapporteras vidare eller inte, då det kunde bero på så kallad dålig personkemi. Informanterna beskrev en balansgång som ofta var svår; att skydda sina kollegor gentemot att ge dem möjligheten att skapa sig en egen uppfattning. Att personliga värderingar ofta förekommer vid rapporter förklarade informanterna med att de behöver en möjlighet att prata av sig efter arbetsdagen. Då ter det sig naturligt att göra så vid rapporten, även om det kan påverka mottagarens bild av patienten.

”Ibland kan det bli att jag känner att man ger personen som tar över sina egna värderingar kring patienten, men man måste bara få prata ur sig om vad som hänt under dagen” (Informant 9)

Sjuksköterskans kliniska blick poängterades som en viktig typ av personlig värdering. Det var viktigt att rapportera över den känsla av patientens situation som uppkommit, då den ofta beskrev sådant som inte kunde ses i de medicinska mätvärden som ofta fokuseras.

” har du en känsla, det kan hända något här, så är det viktigt att rapportera den.” (Informant 5)

Informanterna uppgav att den muntliga rapporten var ett bra tillfälle att överföra sådant som inte borde stå i patientens journal, till exempel att anhöriga önskar ett läkarsamtal, eller information som patienten inte vill ska stå i journalen.

Påverkan av stress

Kommunikationen mellan sjuksköterskorna påverkas av stress på olika sätt. Stress kan göra rapporten otydlig, osammanhängande eller irriterande. En stressad avsändare kunde överföra stress till mottagaren. Ett sätt att hantera dessa följder som avsändare var att inleda rapporten med en förklaring till varför man som rapporterande sjuksköterska var stressad. Om det var stressigt på avdelningen förkortades rapporten för att mottagarna skulle komma igång med sitt

arbete så fort som möjligt. Ibland ersattes den muntliga rapporten av en läsrappport, följt av en kort avstämning för att effektivisera arbetet. Stress är inte alltid negativt, uppgav informanterna, utan kunde i vissa situationer vara positivt i den bemärkelse att det visade att uppgifter måste genomföras, att det inte fanns tid att småprata.

”Är man stressad över att en viss patient är dålig kan jag känna ibland att det på ett sätt är bra att jag visar, detta är bråttom, nu får vi ta tag i det här, man visar att man är alert och på hugget” (Informant 5)

Överföring av stress var något som informanterna lyfte i olika utsträckning. Vissa påverkades av stress i stunden, andra inte alls, medan vissa kände stress under hela arbetspasset. När de informanter som var erfarna rapporterade kände de att arbetspasset snart var slut, de var oftast färdiga med sina arbetsuppgifter och behövde därför inte stressa. Informanterna upplevde att de med mer erfarenhet blev mindre stressade och kunde hjälpa sina mindre erfarna kollegor att få en bra start på arbetspasset. De mindre erfarna informanterna påverkades mera av stress och behövde aktivt tänka efter för att inte låta sig påverkas av stressens negativa effekter.

”Jag kan känna det ganska ofta och det är lite fel start /.../ Jag försöker att inte verka stressad men de vet ju om att man är stressad om man kommer 10 minuter för sent” (Informant 2)

Välbehållande

Välbehållande är ett begrepp som enligt informanterna ofta används i rapportsammanhang. Välbehållande borde vara i fokus för alla patienter, inte bara de svårast sjuka med långa vårdtider. Trots detta glömdes patientens välbehållande oftast bort. Informanterna upplevde ett problem med en alltför medicinskt inriktad rapport, där prognos, kommande undersökningar och nya provsvar kunde tränga undan omvårdnadsaspekter av patientens vård.

”Ibland tar man upp att de har känt sig oroliga eller han är lite nere, men man säger ju aldrig att han är jätteglad och nöjd och så. Det är ju i och för sig alltid så att man pratar mycket fakta men det är ju inte så mycket det psykosociala man tar upp. Alltså det här omvårdnadsmissiga som vi egentligen ska koncentrera oss mest på” (Informant 9)

Andra informanter uttryckte att vitala parametrar kan säga mycket om hur patienten mår, men att det psykiska välbehållandet aldrig får glömmas bort.

”Patienter med ångestproblematik får säkert lättare stöd av kurator än patienter där sådant inte står i deras journal” (Informant 10)

Integritet

Integritet sattes ofta samman med att rapporterna skedde bakom stängda dörrar och inte i korridoren. På så vis säkerställdes att vare sig patienten eller någon obehörig skulle höra vad som sades på rapporten. Sekretess sattes samman med begreppet integritet. Informanterna upplevde att patientens integritet komprometterades när kollegor gav uttryck för sina personliga värderingar och åsikter om patienten. Det betonades som viktigt att tänka på patientens situation och att visa hänsyn för att bevara patientens integritet. Det var också viktigt att visa hänsyn och rapportera information gällande kulturell bakgrund och patientens önskemål.

”Integritet, det jag tänker på är en man som vi har här som är muslim vars fru har slöja och så tar hon av den och då vill hon inte att det ska komma in några män. Då är det viktigt att rapportera att det inte får komma in några män på den salen. För det är viktigt för honom” (Informant 3)

Prevention och säkerhet

Prevention och säkerhet var enligt informanterna nära besläktade begrepp. Genom att preventivt rapportera hälsorisker ökade patienternas säkerhet. Vid rapportering nämndes alltid om patienten hade en ökad risk för trycksår, fall eller undernäring samt vilka åtgärder som vidtagits. Även andra preventionsåtgärder nämndes, till exempel om patientens levnadsvanor hotade att förvärra sjukdomstillstånd eller prognos.

”Vi har ju många patienter som kommer in, etyliker, som har druckit väldigt mycket och fått en hjärtsvikt, att de kanske ska sluta dricka. /.../ Visst man nämner det i rapporterna att man har rökavvänjning och sånt, det nämns i rapporterna, att det finns där, men jag tror inte det tas på lika stort allvar som de andra delarna” (Informant 6)

Mätvärden sågs som ett hjälpmedel för vården av de nyopererade patienterna, såsom vätskebalans och dränagevolym. Dessa mätvärden låg i fokus för att förhindra postoperativa komplikationer och rapporterades därför.

Diskussion

Diskussion av metod

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av muntlig rapportering inom slutenvård. Syftet var brett vilket kan ses som en svaghet då ett mer specifikt syfte hade kunnat leda fram till ett mera specifikt resultat. Å andra sidan visade litteratursökning att fenomenet rapportering är sparsamt belyst inom omvårdnadsforskning. Denna studies resultat kan ligga till grund för en mera specifik frågeställning i en kommande studie. Utifrån det ser författarna ett intresse för fortsatt forskning inom området genom fler empiriska studier, där den muntliga rapporten åhörs och observeras för att på ett tydligt sätt påvisa styrkor och brister.

För att kunna ge sjuksköterskorna möjlighet att prata så öppet som möjligt valde författarna en kvalitativ ansats (Polit & Beck, 2014). Datainsamling genom semistrukturerade intervjuer gav informanterna stor frihet att prata om olika aspekter av rapportering. Intervjun blev mera som ett samtal än som en utfrågning. Fördelarna med detta var att informanternas erfarenheter av rapportering i låg omfattning riskerade att färgas av författarnas förförståelse.

Skälet till att ett bekvämlighetsurval användes var dels svårigheter att hitta informanter som ville delta, dels begränsad tid för studiens genomförande. Ett mera strategiskt urval hade kunnat leda till ett mera överförbart resultat vilket hade gjort kliniska implikationer mera underbyggda (Polit & Beck, 2014). Valet av tio informanter från två olika arbetsplatser gav en viss bredd i studien, samtidigt som mängden data blev överskådlig vid analysprocessen. En större datamängd vid en kvalitativ studie behöver inte ge ett mera överförbart resultat. Datamängden kan då göra analysen svåröverskådlig, vilket kan leda till en sämre analys av data (Malterud, 2009).

Pilotintervjun genomfördes för att bägge författarna skulle få en känsla hur det är att intervjua, samt för att utvärdera intervjuupplägget. Att genomföra intervjuerna enskilt kan ses som en svaghet då alla intervjuer inte ser ut på samma sätt. Detta spelar dock mindre roll vid en kvalitativ studie med induktiv forskningsansats (Henricson, 2012). Författarna gav informanterna möjlighet att välja plats och tidpunkt för intervjun för att skapa en trygg stämning. Av samma anledning bjöds informanterna på kaffe. Samtliga informanter föreföll avspända vid intervjun.

Kvalitativ innehållsanalys enligt Burnard (1996) valdes. Denna metod är relativt enkel med få analyssteg men tillgodoser de analyskrav som förefaller lämpliga på kandidatnivå. Burnards innehållsanalys i fyra steg ger författarna inflytande över resultatet. Detta ställer krav på att analysen genomförs utan förutfattade meningar. Att första steget av analysen genomfördes enskilt av författarna för att sedan jämföras och diskuteras ger en mer genomtänkt analys än om analysen gjorts tillsammans från början (Burnard, 1996).

Trovärdigheten i studiens resultat grundas i studiens överförbarhet, tillförlitlighet och giltighet. För att kunna bedöma överförbarhet är det viktigt att i studien noga beskriva urval, deltagare och hur analysen utförts. Studiens giltighet styrks genom användandet av citat. Tillförlitligheten i studien ökar genom att båda författarna var delaktiga i alla delar av studien (Lundman & Graneheim, 2012) samt att handledaren var delaktig genom hela processen.

Diskussion av resultat

Resultatet visar att muntlig rapport är en central del i sjuksköterskans arbete. Det fanns olika barriärer som påverkade kvalitén på den muntliga rapporten. Barriärer som identifierades var tidspress, yttre störningar, utebliven bekräftelse, stress, bristande struktur i kommunikationen och bristande mottagarcentrering, samtliga dessa barriärer bekräftas i forskning av Birmingham et al. (2015) och Riesenberget al. (2010). Riesenberget al. (2010) visade att överkommande av dessa barriärer kan leda till bättre informationsöverföring, vilket gynnar patienten. Utbildning i muntlig kommunikation är en underlättande faktor som skattas högt i forskning, men som saknas i utbildningen till sjuksköterska idag. En studie av Gore, Leasure, Carithers och Miller (2015) presenterar ett verktyg för att introducera strukturerad muntlig kommunikation redan i sjuksköterskeutbildningen, något som författarna av denna studie kan se fördelar med. Gore et al. (2015) påvisar vinster med att redan som student lära sig att rapportera på ett tillfredställande sätt. Det ökar självförtroende och trygghet hos den som rapporterar vilket leder till ökad patientsäkerhet och god vård. Denna studie visar vikten av att förmedla helhetsbilden av patientens situation i den muntliga rapporten. En god helhetsbild kan underlätta för att upptäcka förändringar i patientens tillstånd och för att kunna arbeta patient-säkert, vilket tidigare forskning också har visat (Birmingham et al., 2015).

Föreliggande studie tydliggör att ett behov av andra verktyg för strukturerad kommunikation än de som används idag, i Region Skåne används främst SBAR. Studien visar att strukturerad kommunikation var viktig, och att förståelsen för patientens situation underlättades om en

kollega gav rapport enligt SBAR. Samtidigt uppgav informanterna att de ofta rapporterade på sitt eget sätt som inte helt följde SBAR, trots utbildning i SBAR och medvetenhet om verktygets användningsområde. Föreliggande studie visar att SBAR ses som ett bra verktyg för att föra över information kopplat till patientens medicinska sjukdomar och att det ger en bra bild av hur patienten mår fysiskt. I studien framkom att information gällande basal omvårdnad sällan överförs via muntlig rapport och att det med dagens rutiner är svårt att arbeta personcentrerat. En reflektion är att SBAR är utvecklat för att ge den viktigaste informationen på ett konkret sätt. Vidareutvecklingen av SBAR har dock inte hållit jämna steg med omvårdnadsforskningen och är kanske därför inte det bästa kommunikationsverktyget för muntlig rapport mellan sjuksköterskor. Omvårdnadsbegrepp som personcentrerad vård är av den anledningen svåra att applicera i de verktyg som finns för muntlig kommunikation, anser författarna. Studien visar också att det är svårt att arbeta personcentrerat utifrån det sätt som den muntliga rapporten genomförs på idag. Ett aktuellt forskningsprojekt som genomförs på Onkologiska kliniken på Karolinska Universitetssjukhuset testar implementering av en personcentrerad rapport, bedsiderapportering, där den muntliga rapporten mellan morgon- och eftermiddagsskift sker vid patientens säng (Vårdfokus, 2013). Denna typ av rapport har visat sig öka patientens delaktighet i sin vård samt öka tillfredställelsen hos både patienter och sjuksköterskor (Evans, Grunawalt, McClish, Wood, & Friese, 2012). En begränsning av bedsiderapportering är att den kräver enkelrum för att bevara patienternas integritet. Detta är något som tagits i beaktande vid byggandet av Nya Karolinska Solna där hela sjukhuset ska ha enbart enkelrum.

I den muntliga rapporten kan patientsäkerhet främjas, till exempel genom att rapportera risker och preventiva åtgärder. Brister i arbetssättet som hotar patientsäkerheten finns, men detta gäller framför allt andra områden än den muntliga rapporten. En aspekt som inte berördes direkt av informanterna är hur den generella informationsöverföringen kan påverka patientsäkerheten. I studien framkom att mottagaren inte alltid bekräftade avsändaren efter den muntliga rapporten. Studien visar att det som mottagare är viktigt att bekräfta när den efterfrågade informationen har överförts. På så sätt säkerställs att ingen vital information gått förlorad. I forskning av Blouin (2011) betonas att högkvalitativ kommunikation är av vikt för att kunna arbeta patientsäkert och förhindra vårdskador. Blouin visar att upp till 80 % av alla vårdskador i USA beror på brister i kommunikation. I Sverige finns inga motsvarande siffror.

I föreliggande studie problematiseras förekomsten av personliga värderingar vid den muntliga rapporten. Det uttrycktes en tydligt negativ bild av dess förekomst då informanterna såg det som

oprofessionellt. Samtidigt lyftes fördelar såsom att kollegor kunde bli förberedda inför patientmöten med potentiellt utåtagerande patienter, eller att informanterna hade ett behov av att ventilerade händelser från dagens arbete. Författarna reflekterar över att ett forum för att ventilerade personliga värderingar utanför den muntliga rapporten kan vara lämpligt, då överföring av värderingar kan leda till att kollegor får en negativ och ibland också felaktig bild av patienten. Det är därför problematiskt med personliga värderingar i den muntliga rapporten. Sjuksköterskans yrke är legitimerat, vilket förbinder alla sjuksköterskor att arbeta efter Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). HSL stipulerar att *"Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet"* (SFS 1982:763, § 2).

Slutsats och kliniska implikationer

En förbättring av strukturen för kommunikation är till fördel för att minska brister i informationsutbytet och därigenom öka patientsäkerheten. Fokus i muntlig rapport ligger på medicinska data och inte på omvårdnaden av patienten, vilket är problematiskt då omvårdnad är sjuksköterskans huvudområde. Studien har även påvisat brister i patientens integritet kopplat till förekomsten av personliga värderingar samt svårigheterna med att arbeta personcentrerat. Förhoppningsvis kan denna studie synliggöra problematiska aspekter av den muntliga rapporten för att ge underlag för fortsatt förbättringsarbete.

Författarnas arbetsfördelning

Design och planering av studien gjordes av författarna gemensamt. En första pilotintervju genomfördes tillsammans, resterande intervjuer delades upp jämnt mellan författarna. Transkriberingen av intervjuerna genomfördes enskilt, hälften var. Analysarbetet och uppsatsskrivandet gjordes tillsammans och båda författarna tar ansvar för alla delar av uppsatsen.

Författarnas tack

Författarna vill rikta ett stort tack till samtliga sjuksköterskor som med stort engagemang valde att delta i vår studie. Era berättelser om muntlig rapport har med stor innehållsrikedom legat till grund för detta arbete och utan dem hade vårt examensarbete inte varit möjligt.

Tack till vår handledare Angelika Fex som varit behjälplig genom hela arbetsprocessen och som genom ständig feedback lett oss fram till ett färdigt examensarbete.

Referenser

- Berg, L., Ehrenberg, A., Florin, J., Östergren, J., & Göransson, K. (2012). An observational study of activities and multitasking performed by clinicians in two Swedish emergency departments. *European Journal of Emergency Medicine, 19*, 246-251.
- Birmingham, P., Buffum, M., Blegen, M., & Lyndon, A. (2015). Handoffs and patient safety: Grasping the story and painting a full picture. *Western Journal of Nursing Research, 37*(11), 1458-1478.
- Blouin, A. S. (2011). Improving hand-off communications: New solutions for nurses. *Journal of Nursing Care Quality, 26*(2), 97-100.
- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: An experimental approach. *Nurse Education Today, 16*, 278-281.
- Dowding, D. (2001). Examining the effects that manipulating info in change of shift has on nurses care planning ability. *Journal of Advanced Nursing, 33*(6), 836-846.
- Dunsford, J. (2009). Structured communication: Improving patient safety with SBAR. *Nursing for Women's Health, 13*(5), 384-390.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2013). *Nya VIPS-boken: Välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., et al. (2011). Person-centered care: ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 10*(4), 248-251.
- Evans, D., Grunawalt, J., McClish, D., Wood, W., & Friese, C. R. (2012). Bedside shift-to-shift nursing report: Implementation and outcomes. *MEDSURG Nursing, 21*(5), 281-292.
- Forsell, A., & Ivarsson Westerberg, A. (2014). *Administrationssamhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Fossum, B. (2003). *Communication in the health service: Two examples*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, Stockholm). Från <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39363/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Gore, A., Leasure, A. R., Carithers, C., & Miller, B. (2015). Integrating hand-off communication into undergraduate nursing clinical courses. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(4), 70-76.
- Guise, J., & Lowe, N. (2006). Do you speak SBAR? *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35(3), 313-314.
- Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- IVO. (2014). *Kommunikationsbrister inom vården*. Hämtat den 3/10, 2015, från <http://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2014/kommunikationsbrister-i-varden.pdf>
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: För studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, B., & Waldemarson, A. (2011). *Kommunikation för ledare*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Polit, D., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. (4th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Riesenberg, L. A., Leutzsch, J., & Cunningham, J. (2010). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *The American Journal of Nursing*, 110(4), 24-34.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtat den 3/11, 2015, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- SFS 1985:562. *Patientjournallag*. Hämtat den 3/12, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientjournallag-1985562_sfs-1985-562/

- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Hämtat den 3/11, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtat den 3/11, 2015, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtat den 14/1, 2016, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/
- Socialstyrelsen. (2014). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet*. Hämtat den 3/11, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19417/2014-4-7.pdf>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *STRATEGI för kvalitetsutveckling inom omvårdnad*. Hämtat den 10/12, 2015, från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/strategi-for-kvalitetsutveckling-inom-omvardnad.pdf>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*. Hämtat den 3/12, 2015, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard_web.pdf
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *SBAR för strukturerad kommunikation*. Hämtat den 11/11, 2015, från <http://skl.se/download/18.535f453b144f9c99a838419b/1398411819721/skl-sbar-pm.pdf>
- Wallin, C., & Thor, J. (2008). SBAR - modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, 105(26-27), 1922-1925.
- World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtat den 26/11, 2015, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Vårdfokus. (2013) *Överlämning hos patienten*. Hämtad den 17/12, 2015 från <https://www.vardfokus.se/tidningen/2013/nr-2-2013-2/overlamning-hos-patienten/>

Intervjuguide

Kan du berätta om en rapport du genomfört

- Kände du dig nöjd med denna rapport, varför?
- Om inte, varför?

Kan du beskriva hur du rapporterar idag?

- Vilka/hur många är närvarande?
- Vilken typ av data innehåller rapporten?
- Hur lång tid tar det?
- När tar det mer/mindre tid?
- Hur förbereder du dig?
- Vad är lätt med rapportering?
- Vad är svårt med rapportering?
- Vad prioriteras på rapport? (mätbara fakta eller patientens hälsa/välbefinnande)
- Kan något förbättras? Vad? Hur?

Hur tänker du kring följande begrepp när du rapporterar: välbefinnande, integritet, prevention respektive säkerhet?

- Hur vet du att du får med allt viktigt?
- Vad är viktigt för god omvårdnad?
- Vad är viktigt för att kunna arbeta personcentrerat?

Har du erfarenhet av arbete med rapport på ett annat sätt? I så fall hur?

- Var det på en annan arbetsplats, i så fall vilken?
- Hur tyckte du att det fungerade?
- Jämfört med din nuvarande arbetsplats?