



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Ambulans och akutmottagning i samverkan

Faktorer som påverkar en säker överrapportering

Cooperation between ambulance and emergency department

Factors influencing safety at handovers

Författare: Rebecka Stark

Handledare: Carina Sjöberg

Fördjupningsarbete

Hösten 2022

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt.

Bakgrund: I Sverige drabbas ca 100 000 patienter per år av vårdskada. Forskning har visat att överrapportering mellan professioner i vårdkedjan är en stor riskfaktor i att bedriva en patientsäker vård. Ambulanssjuksköterskan ska kunna samverka med andra vårdinstanser och främja en säker vård. **Syfte:** Syftet med studien var att sammanställa aktuell forskning för att beskriva vårdpersonalens upplevelser av överrapportering från ambulanssjuksköterska till sjuksköterska på akutmottagning. **Metod:** En litteraturöversikt med kvalitativ ansats genomfördes och analyserades genom konventionell innehållsanalys. **Resultat:** Fem teman identifierades under analysen och kategoriserades sedan in under två övergripande huvudteman, Standardisering med subteman Rapportering och organisation samt huvudtema Samverkan i team med subtema Ansvar, Attityder samt Utbildning. **Konklusion:** Både organisatoriska och individuella faktorer kan ses påverka för en säker överrapportering. Vidare studier kring vårdpersonalens upplevelser och attityder gentemot varandra är av intresse att studera vidare.

Nyckelord

Ambulanssjuksköterska, överrapportering, attityder, akutmottagning, säker vård, advocacy

Innehållsförteckning

Problemområde	6
Bakgrund	6
Säker vård	7
Samverkan i team	7
Teoretisk ram och utgångspunkter	8
Personcentrerad vård	8
Advocacy	8
Ambulanssjuksköterskans roll och ansvar	9
Syfte	10
Specifika frågeställningar	10
Metod	10
Urval	10
Inklusions- och exklusionskriterier	10
Datainsamling	11
Granskning och Analys av data	13
Forskningsetiska avvägningar	13
Författarens förförståelse	13
Resultat	14
Standardisering	14
Rapportering	15
Organisation	16
Samverkan i team	17
Ansvar	17
Attityder	18
Utbildning	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Faktorer som påverkar patientsäkerheten	23
Patientdelaktighet och advocacy	24
Samverkan i team	25
Ambulanssjuksköterskans ansvar	26
Konklusion och implikationer	27
Referenser	28

Problemområde

Inom hälso- och sjukvården finns många olika professioner som ska kunna samverka för att patienten ska få en så kontinuerlig och säker vård som möjligt. Ambulansbesättningen är ofta en första kontakt för patienten i vårdkedjan och den behöver samverka med många olika professioner inom hälso- och sjukvården för att vården ska bli så bra och säker som möjligt. Att rapportera patienten vidare till nästa steg i vårdkedjan är en kritisk process som ligger till grund för kontinuitet och där information om patienten och en vidare plan delges (Holmberg, 2016; Apker et al., 2007). Överrapportering beskrivs vidare av Apker et al. (2007) som en central del i hälso- och sjukvården men också som en stor riskfaktor när det gäller att bedriva säker vård för patienten. Där har ambulanssjuksköterskan utifrån sin profession ett ansvar att tillämpa, analysera och värdera kvalitetsindikatorer och informationsöverföring för att stärka patientsäkerheten inom ambulanssjukvården (Svensk sjuksköterskeförening, 2022).

Bakgrund

I Sverige drabbas omkring 100 000 patienter per år av en vårdskada inom svensk hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2020). I patientsäkerhetslagen (2010:659) definieras en vårdskada som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården" (Sveriges riksdag, 2010). I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) beskrivs att verksamheten ska bedrivas så att en god vård kan uppnås, bland annat genom att tillgodose patientens behov att kontinuitet, trygghet och säkerhet men även genom att bygga på patientens integritet och självbestämmande (Sveriges riksdag, 2017). För att på bästa sätt kunna bemöta patienters och befolkningens behov introducerades sex kärnkompetenser inom hälso- och sjukvården som ses som särskilt betydande inom alla professioner. De sex kompetenserna är: Personcentrerad vård, Samverkan i team, Säker vård, Evidensbaserad vård, digital vård samt kvalitetsförbättring genom förbättringskunskap (Edberg et al., 2021). I detta fördjupningsarbete kommer det fokuseras mest på säker vård och samverkan i team, men alla kärnkompetenserna är inbördes beroende av varandra (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). I takt med att vården har specialiserats och fler specialistsjuksköterskeutbildningar kommit till så har även antalet kompetensbeskrivningar ökat. De uppdaterade kompetensbeskrivningar som finns har alla en grund i kärnkompetenserna.

Säker vård

Säker vård, också kallad patientsäker vård, syftar till dels patientsäkerhet vilket innebär att skydda patienten mot vårdskada men också till att patienter och dess anhöriga ska känna en säkerhet och trygghet i kontakt med hälso- och sjukvården (Källberg & Göras, 2021). Svensk sjuksköterskeförening beskriver patientsäkerhet som en pågående process som behöver återuppstå vid varje skiftbyte, patientkontakt och överrapportering vilket innefattar bland annat tekniska färdigheter, standardiserade metoder och samarbete i team (Svensk sjuksköterskeförening, 2020).

Då hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet så är riskerna många, det är därför av vikt att rapportera avvikelser och risker så dessa ska kunna utredas och sammanställas.

Exempel på ett sådant arbete är avvikelserapportering vid olyckor och tillbud samt markörbaserad journalgranskning som bedrivs av Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att mäta vårdskador som är uppkomna på akutsjukhus (Källberg & Göras, 2021). Vidare beskriver Källberg och Göras (2021) att synen på säkerhet har gått från att vara reaktiv där det fokuserats på avvikelser och olyckor till att bli mer proaktiv genom att i större utsträckning försöka förutse och stärka det som fungerar bra genom rutiner och riktlinjer. Svensk sjuksköterskeförening (2020) uppger att vårdskador kan undvikas genom ett etiskt förhållningssätt, god yrkeskunskap både i den egna och andra professioner samt ett tätt interprofessionellt och verksamhetsöverskridande samarbete.

Samverkan i team

Carlström et al. (2021) beskriver att samverkan innebär att gränser korsas mellan exempelvis olika professioner eller myndigheter för att ett samarbete ska kunna äga rum vilket inte per automatik innebär att ett samarbete sker. Begreppet team betecknar ett sätt att få medarbetare att med gemensamma krafter dra åt samma håll, s k teamarbete och blev ett sätt att fördela ansvar och att skapa engagemang, delaktighet och medarbetarskap. Begreppet fanns inom den privata sektorn, främst inom industri, innan den slog igenom inom hälso- och sjukvården (Carlström et al., 2021). Vidare beskrivs att en av de stora styrkorna inom teamarbete är att olika kompetenser tillvaratas och att den tidigare hierarkiska uppbyggnaden inom hälso- och sjukvården börjat bytas ut. Inom hälso-och sjukvården återfinns olika typer av team till exempel; *Intraprofessionella team* där alla medlemmar har samma profession, *interprofessionella team* där medlemmarna som samarbetar har olika professioner.

Svensk sjuksköterskeförening och svenska läkaresällskapet (2020) beskriver att teamarbete kräver mer än bara en professionell kompetens hos medlemmarna. Det behövs också en inställning och förståelse för att övriga medlemmar i teamet innehar viktig kunskap och erfarenheter som medverkar till att fatta bra beslut, vilket innefattar både kollegor inom vården och patienter.

Teoretisk ram och utgångspunkter

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård infördes med syftet att skapa förutsättningar för en jämlik vårdrelation i en situation där patienten befinner sig i ett underläge gentemot sjukvårdspersonalen. Detta sker oavsett var och när ett möte uppkommer, då sjuksköterskan kan antas vara kapabel och frisk medan patientens hälsa eller liv kan vara hotat eller utsatt för en prövning (Forsberg, 2021). Forsberg (2021) beskriver vidare att en personcentrerad vård är en förutsättning för säker vård som beskrivs ovan och att som specialistsjuksköterska förväntas en djupare förståelse finnas för patientens utsatthet och hur patientens autonomi och självbestämmande kan bevaras. Personcentrerad vård skiljer sig från patientcentrerad vård, där patientbegreppet sätter sjukdom och behandling av denna främst och genom detta lämnas personens unikheter till förmån för en abstrakt kategorisering av personer där deras kanske enda gemensamma nämnare är behovet av vård eller stöd (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Vidare beskrivs för att sjuksköterskan ska kunna understödja en personcentrerad vård krävs att denne har kunskap och förutsättningar för att kunna handla efter detta och genomföra en adekvat uppföljning. Sjuksköterskan har också ett ansvar att argumentera för personens perspektiv som ska vara jämställd med medicinska tolkningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Advocacy

Godden (2012) beskriver definitionen av advocate som en person som talar i en annan persons ställe och att patienter i vården ibland kan behöva någon som talar för dem för att säkerställa en säker vård. I svensk kontext kan det beskrivas som att företräda patienten. Detta sker tämligen ofta och utan att sjuksköterskan kanske reflekterar över det. Advocacy, som inte har någon bra översättning till svenska, kan också definieras som att hjälpa patienten i beslut, stödja patientens beslut samt att informera, stödja och försvara patientens rättigheter

(Kupperschmidt, 2014). Att vara patientens företrädare, advocate, beskrivs vidare kunna vara svårt då det kan kollidera med sjuksköterskans egna tro och uppfattning att genom sin profession så vet hon bäst (Kupperschmidt, 2014). Patient advocacy beskrivs också vid rapporteringssituationer där samverkan och effektiv kommunikation är av vikt för att få ett bra utfall för patienten. Att sjuksköterskan ger en ordentlig rapport för att ombesörja bästa möjliga vård för patienten (Godden, 2012).

Ambulanssjuksköterskans roll och ansvar

Ambulanssjukvården i Sverige har genomgått stora förändringar de senaste årtiondena. Från att ha betraktats och nyttjats som transport av sjuka patienter mellan sjukhus där mestadels ambulanssjukvårdare arbetade, till att år 2005 bli lagstadgat på att minst en person i besättningen skulle vara legitimerad sjuksköterska eller ytterligare vidareutbildning (Bremer, 2016; Suserud, 2005). Detta då ambulanssjukvården i och med befogenheten att administrera läkemedel på hämtplats eller i bilen gått från principen "load and go", vilket innebär ett snabbt omhändertagande på plats, till principen "stay and play" som innebär att mer åtgärder kan göras på plats (Bremer, 2016). Suserud (2005) beskriver att i takt med att den prehospitala vården blivit mer medicinskt och tekniskt utvecklad har ambulanssjukvården blivit en viktig första del i vårdkedjan och det ställs krav på en mer avancerad omvårdnad vilket resulterat i ett behov av ambulanssjuksköterskor med en särskild specialisering inom prehospital akutsjukvård. Även en studie av Wihlborg et al. (2014) belyser att det i den mer avancerade prehospitala vården ställs det höga krav på särskild kompetens för ambulanssjuksköterskor.

I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor med inriktning mot ambulanssjukvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2022) beskrivs att ambulanssjuksköterskan ska kunna samverka med olika vårdaktörer inom hälso- och sjukvården för att kunna se till att varje patient får komma till optimal vårdnivå. Vidare beskrivs att ambulanssjuksköterskan ska kunna initiera och utveckla patientsäkerhetsarbetet och främja en säkerhetskultur. Då flera studier (Apker et al., 2007; Godden, 2012; Kear, 2016) menar på att överrapporteringen är en risk i att bedriva säker vård för patienten, anser författaren att det är av intresse att undersöka hur överrapporteringen av patienter från ambulansen till akutmottagningen påverkar patientsäkerheten samt vilka faktorer som påverkar detta.

Syfte

Syftet med studien var att sammanställa aktuell forskning för att beskriva vårdpersonalens upplevelser av överrapportering från ambulanssjuksköterska till sjuksköterska på akutmottagning.

Specifika frågeställningar

Finns det faktorer som påverkar patientsäkerheten vid överrapportering?

Är patienten delaktig?

Skiljer sig överrapporteringen mellan akutrummet och team?

Metod

För att besvara studiens syfte genomfördes delvis en systematisk litteraturöversikt med kvalitativ ansats. En systematisk litteraturöversikt följer flera steg enligt SBU metodbok (SBUa, 2022) men då detta är ett fördjupningsarbete har exempelvis inte en projektplan skrivits inför arbetets start. En kvalitativ ansats är att föredra när upplevelser av ett fenomen ska undersökas (Forsberg & Wengström, 2016).

Urval

Urvalet för att finna artiklar att inkludera i studien gjordes i flera steg. Initialt valdes ord som svarade mot syftet och dessa kontrollerades också via Svensk MesH om orden hade specifika MesH-termer, då valdes MesH-terminen i sökningen i Pubmed.

Inklusions- och exklusionskriterier

Endast artiklar där överrapportering skedde på akutmottagning kom att inkluderas i studien. Dock begränsades inte miljön ytterligare utan överrapportering som skett på akutrummet eller på team inkluderades. Då specialistsjuksköterska inom ambulanssjukvård inte är en internationell kompetens har studier som beskrivit vårdpersonal inom ambulansverksamhet inkluderats.

Artiklar som fokuserat på överrapportering inom pediatriken har exkluderats då omhändertagandet av barn kan skilja sig från omhändertagandet av vuxna. Endast artiklar skrivna på engelska eller svenska har inkluderats, men i övrigt har ingen särskild geografisk exkludering gjorts.

Datainsamling

Initialt gjordes en pilotsökning för att undersöka om det fanns tillräcklig forskning inom valt ämne. Pilotsökningen gjordes som en fritextsökning i Pubmed och CINAHL då dessa databaser innehåller omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström, 2016). Därefter valdes nyckelord ut tidigt då dessa används för att söka i databaserna (Polit & Beck, 2021) utifrån SPICE (Setting, Perspective, Intervention/interest, Comparison, Evaluation) (SBUa,2022), se Tabell 1. Nyckelorden översattes till engelska då databaserna utgår från det engelska språket. Nyckelorden som sen valdes var; Ambulanssjuksköterska, överrapportering, patientsäkerhet och upplevelser då området som skulle undersökas syftade till överrapportering på akuten mellan ambulansbesättning och vårdpersonal på akuten. Nyckelorden kontrollerades mot svensk mesH samt CINAHL headings och i de fall då det fanns användes mesH-termer i sökningarna. Booleska sökorden AND och OR användes för att begränsa eller utöka sökningarna (Polit & Beck, 2021). Någon begränsning för publiceringsår gjordes inte då valt område inte genererade i allt för stort utbud av artiklar, dock valde författaren under tiden då relevanta studier lästes att inte inkludera studier publicerade innan år 2010 för att få så aktuell forskning som möjligt.

Tabell 1 SPICE.

Setting	Perspective	Intervention/ interest	Comparison	Evaluation
Var? Ambulansintag/akutmottagnin g	För vem? Ambulans- sjuksköterska och vårdpersonal på akuten	Vad? Överrapportering av patient från ambulans till akuten	Något annat? -	Vilket resultat? Faktorer som påverkar säker vård

Pubmed, som är ett supplement till databasen Medline och innehåller mycket omvårdnadsforskning, användes som första databas. När inga nya artiklar genererades i sökningarna gick författaren över till CINAHL. Sökorden kombinerades på liknande sätt i båda databaserna med undantag för MesH-termer och CINAHL headings då dessa kunde skilja sig åt. Sökningarna i CINAHL genererade ytterligare artiklar men även många dubletter av studier funna i Pubmed. En översikt av sökning i databaserna kan ses i Tabell 2.

Tabell 2 Databassökning.

Sökning	Träffar	Databas
#1 Ambulance Nurse	1395	Pubmed
#2 Patient safety	196 071	Pubmed
#3 Experience	975 868	Pubmed
#4 Patient handoff [MeSh]	2061	Pubmed
#5 Handover	2097	Pubmed
#1 AND #2 AND #4 OR #5	2098	Pubmed
#1 AND #2 AND #4 OR #5 NOT bedside	1949	Pubmed
#1 AND #4 (english, swedish, 10 years)	15	Pubmed
#1 AND #4 AND #3	3	Pubmed
Ambulance Nurse AND Patient safety AND behaviour	23	Pubmed
Ambulance nurse AND Experience AND handover	9	Pubmed
Ambulance nurse AND patient safety AND patient handoff	6	Pubmed
Ambulance nurse AND Patient safety AND handover	15	Cinahl
Ambulance nurse AND experience AND handover	7	Cinahl

Processen fortskred med att författaren valde ut artiklar vars titlar upplevdes svara mot syftet. Totalt genererade sökningarna 14 titlar.

I nästa steg kom artiklar att exkluderas genom att läsa abstrakt och konklusionen i samtliga valda artiklar. Av 14 artiklar bedömdes 12 artiklar svara an mot syftet och lästes i sin helhet. Efter läsningen kom tillsist 7 artiklar att inkluderas i resultatet (Bilaga 1).

Granskning och Analys av data

De artiklar som valdes ut att inkluderas i studien granskades utifrån ett systematiskt tillvägagångssätt för att se till studiernas kvalitet utifrån urvalsförfarande, gruppens storlek samt för att underlätta tolkningen av artiklarnas resultat (Willman et al., 2016) med stöd i granskningsmall för kvalitativa studier hämtade från SBU (SBUb, 2022).

Artiklarnas resultat lästes i sin helhet upprepade gånger för att förstå innehållet. Därefter användes innehållsanalys för att systematiskt kunna identifiera teman för att beskriva specifika fenomen (Forsberg & Wengström, 2016; Hsieh & Shannon, 2005). Hsieh och Shannon (2005) beskriver innehållsanalys som en flexibel metod för att analysera data från text. I aktuell litteraturöversikt används konventionell innehållsanalys som används för att beskriva fenomen och analysen tillåter kategorier och namn till dessa uppkomma från den insamlade datan (Hsieh & Shannon, 2005). Vidare beskrivs att data läses igenom upprepade gånger för att identifiera koder genom att färgmarkera särskilda ord som framkommer för att vidare identifiera koder som samlade flera ord tillsammans. Koderna delades sedan in i teman som som relaterade till varandra och gavs olika namn. Utifrån analysen skapades två (2) huvudteman med totalt fem (5) subteman och fördelades enligt följande; Standardisering med subteman rapportering och organisation samt Samverkan i team med subteman ansvar, attityder och utbildning.

Forskningsetiska avvägningar

Vid systematiska litteraturstudier bör etiska överväganden göras gällande urval och presentation av resultat (Forsberg & Wengström, 2016). Enbart artiklar där etiska överväganden gjorts eller där studien blivit godkänd av en etisk kommitté har inkluderats. Vidare förklarar Forsberg och Wengström (2016) att undersökningsfältet i en litteraturstudie är tidigare dokumenterad kunskap och att frågorna ställs till litteraturen istället för till personer. Övervägande gjordes över nyttan kring studien (Willman et al., 2016), då en del i syftet var att se över patientdelaktighet, säker vård samt samverkan i team ansåg författaren att studien skulle vara till gagn för både patienter och personal.

Författarens förförståelse

Författaren har arbetat som sjuksköterska i många år och jobbar nu som sjuksköterska inom ambulansverksamheten och är medveten om sin egen förförståelse inom området. Bland annat

har författaren upplevt att överrapporteringen mellan ambulansbesättning och vårdpersonal på akuten har brister och inte fungerar optimalt så som kommunikation och bemötande. Detta kan ha haft inverkan under litteratursöknings - och analysprocessen genom att författaren haft förutfattade meningar kring vilka fynd som skulle visa sig och på så vis sökt efter specifika sökord eller ämnen i artiklarna. Författaren var medveten om detta och strävade efter att ha ett öppet sinne och läsa artiklarna i sin helhet och redovisa samtliga resultat.

Resultat

Litteraturstudiens resultat visade på flera faktorer som påverkade överrapportering mellan ambulansbesättning och vårdpersonal på akutmottagningen. Faktorerna kategoriserades in i två huvudteman; Standardisering och Samverkan i team med totalt fem (5) stycken subkategorier (tabell 3.)

Tabell 3 Teman och subteman.

Huvudtema	Subtema
Standardisering	Rapportering
	Organisation
Samverkan i team	Ansvar
	Attityder
	Utbildning

Standardisering

Resultatet visade på att organisationerna hade olika strukturer och standardisering för rapportering, överlämnande och utrustning vilket på olika sätt kan påverka överrapporteringen. Ambulansbesättningen behöver ha kunskap om sjukhusens olika rutiner och hur överrapporteringen gick till på respektive sjukhus då dom kunde uppleva frustration när rutinerna skiljde sig åt. Det kunde bero på var rapporten ägde rum, om det fanns en struktur i själva rapporteringen men också om ambulansbesättningen möttes upp eller ej av vårdpersonal på akuten när dom anlände med kritiskt sjuka patienter.

Rapportering

Muntlig rapport är det som uteslutande används mest vid överrapportering medan närvaron av skriftlig rapport varierar. Ett flertal olika verktyg används i rapportkedjan såsom radiokommunikation, telefon och rapportblad. När vårdpersonalen på akuten blev förvarnad via radiokommunikation eller telefon innan patientens ankomst till akutrummet gjorde detta att de kände sig mer förberedda på att ta emot patienten (Bost et al., 2012; Dúason et al., 2021) men telefonrapport kunde också ge ofullständig och inkorrekt information som gav vårdpersonalen på akuten fel föreställningar om patientens tillstånd (Siemsen et al., 2018). Att ge muntlig rapport ansikte mot ansikte mellan ambulansbesättningen och sjuksköterska på akuten belystes som väldigt viktigt för att information inte ska gå förlorad men det var av vikt att rapporten skulle vara kort och koncis (Dúason et al., 2021). Men även om rapporten skedde ansikte mot ansikte så kunde språkförbistringar mellan personalen där en eller båda parterna inte hade samma modersmål göra så att sändare och mottagare missförstod varandra (de Lange et al., 2018; Siemsen et al., 2012). Ibland fanns en osäkerhet kring om mottagande sjuksköterska faktiskt hade lyssnat på rapporten då svaren kändes väldigt automatiska. Ambulansbesättningen önskade då en form av feedback från mottagaren för att bekräfta att informationen nått fram (Sanjuan-Quiles et al., 2018). Sjuksköterskan på akuten blev ofta avbruten av frågor från andra kollegor om andra patienter under pågående rapport (Bost et al., 2012). Det hände ofta att mottagande sjuksköterska inte lyssnade aktivt på rapporten som ambulansbesättningen gav utan gjorde annat under tiden som till exempel prata med patienten eller med en kollega. Mottagande sjuksköterskans uppmärksamhet var splittrad och ambulansbesättningen kände sig förbisedda och inte lyssnade på. Detta ledde till att ambulansbesättningen fick upprepa delar av rapporten flera gånger (Bost et al., 2012; de Lange et al., 2018; Dúason et al., 2021; Sanjuan-Quiles et al., 2018).

Följsamheten till att skriva en ordentlig journal upplevdes låg då ambulansbesättningen ifrågasatte värdet i en skriftlig rapport och om dessa ens lästes efter att patienten lämnats på akuten, vilket gjorde att en del ambulanspersonal skrev en kort anteckning eller ingenting alls trots att det åligger dem att skriva journal (Dúason et al., 2021; Meisel et al., 2015). Sjuksköterskor på akuten efterfrågade dock komplett information om patienten i skriftlig form då det minskade risken för att viktig information försvann vid skiftbyten eller då patienten flyttades vidare i vårdkedjan (Dúason et al., 2021; Hovenkamp et al., 2018; Sanjuan-Quiles et al., 2018; Siemsen et al., 2012).

Avsaknad av strukturerade verktyg eller mallar vid överrapportering upplevdes försvårande för vårdpersonal och ambulansbesättning och var något som önskades av flera informanter (Dúason et al., 2021; Hovenkamp et al., 2018; Meisel et al., 2015; Sanjuan-Quiles et al., 2018). SBAR nämns som ett effektivt rapporteringsverktyg men att ambulansbesättningen sällan kände till eller använde den och att denna typ av struktur mest var för nybörjare (Dúason et al., 2021). Andra verktyg som omnämns är AMIST, men precis som med SBAR så var det många informanter som inte var bekanta med verktyget och därför används det sällan (Bost et al., 2012). Flera studier rapporterade om avsaknad av struktur vid muntlig rapportering, men samtidigt så fanns det en form av struktur trots att inget specifikt verktyg användes. Några utformade sin egen struktur och riktlinjer för överrapportering och att det grundade sig i erfarenhet kring just överrapportering (Bost et al., 2012; Meisel et al., 2015). Dock kunde förlorad, otydlig eller bristfällig information hota patientsäkerheten genom att patienten togs till fel avdelning (Siemsen et al., 2018) eller att patienten får fel diagnos och rätt behandling fördröjs eller uteblir (Bost et al., 2012).

Organisation

Miljön för rapportering visade sig sällan vara optimal på grund av överbeläggningar och avsaknad av privata utrymmen. Den organisatoriska strukturen identifierades som en försvårande faktor vid rapporteringen (Najafi Kalyani et al., 2017; Siemsen et al., 2012). Sanjuan-Quiles et al. (2018) beskriver då ambulansbesättningen lämnar på flera olika sjukhus så kan det vara svårt att veta till vem som ansvaret ska lämnas till. På någon akutmottagning går besättningen direkt till triaget och får prata med en sjuksköterska, ibland möts ambulansen upp i ambulanshallen och på andra ställen möter besättningen ingen alls utan får gå och leta upp personalen på akuten då dom kan vara upptagna med annat. Det beskrevs också som svårt att hitta rätt person då många saknade en ordentlig identifiering, exempelvis i form av en skylt där ens befattning tydligt stod utmärkt. Allt berodde på hur just det sjukhuset valt att organisera sig.

Ambulansbesättningen upplevde att det ofta var en lång väntan på att få rapportera över sin patient på grund av att arbetsbelastningen på akuten var hög med många multisyjuka patienter och överbeläggningar vilket gjorde att ansvarig sjuksköterska redan hade många patienter som krävde tillsyn (Bost et al., 2012; Hovenkamp et al., 2018; Meisel et al., 2015; Siemsen et al., 2012;). På grund av detta upplevde ambulansbesättningen att sjuksköterskan på akuten inte alltid tog till sig den information som gavs kring patientens status (Siemsen et al., 2012).

Väntan på att få rapportera kunde göra så att ambulansbesättningen missade måltider, blev trötta samt att så snart dom var klara på akuten låg ett nytt uppdrag och väntade (Bost et al., 2012). Ett annat fynd var att utrustningen mellan sjukhus och ambulans kunde skilja sig åt vilket upplevdes slösa med värdefull tid vid överflyttning av patienten (Najafi Kalyani et al., 2017). Att ambulans och sjukhus hade olika IT-system identifierades också påverka överrapporteringen negativt då systemen inte pratade med varandra och att det krävdes olika lösenord för att komma åt patienternas journaler (Siemsen et al., 2012)

Samverkan i team

Känslan av att vara ett team, vilka som inkluderas i teamet och hur de olika professionerna och individerna samverkar är väldigt framträdande vid just överrapportering. Relationen mellan ambulansbesättningen och vårdpersonalen på akuten påverkade överrapporteringen och berodde på om relationen var kollegial eller ej. Dock betyder inte en kollegial relation att överrapporteringen hade bättre utfall. Utmärkande var att ambulansbesättningen sällan kände sig som en i teamet kring patienten och att deras kompetens inte värderades lika högt inne på sjukhuset.

Ansvar

När ambulansen anlände till akuten med patienten och denne skulle rapporteras över så var det oklart när ansvaret för patienten och dennes vård flyttade över från ambulansbesättningen till vårdpersonalen på akuten (Bost et al., 2012; Dúason et al., 2021; Siemsen et al., 2012) och till vem detta ansvar lämnades till. Några informanter ansåg att den med högst utbildning, alltså en läkare eller sjuksköterska, skulle inneha ansvaret men det komplicerades om läkaren hade mindre klinisk erfarenhet än annan vårdpersonal (Dúason et al., 2021). Hur de olika professionerna ser på övertagande av ansvar skiljde sig åt en del, både mellan ambulansbesättningen och vårdpersonalen på akuten, men också mellan läkare och sjuksköterskor på akuten. Läkare ansåg över lag att så snart de var på plats på akuten vid patienten så var de också ansvariga för patienten, några sträckte sig så långt som till att de tog över ansvaret redan när ambulansbesättningen larmade in om att en patient var på ingång (Dúason et al., 2021). Den generella uppfattningen beskrevs vara att så snart patienten flyttat över från ambulansens bår till en brits eller säng på akuten och en muntlig rapport var given från ambulanssjuksköterskan till sjuksköterskan på akuten så hade ansvaret flyttats över (Bost et al., 2012; Dúason et al., 2021). Vissa sjuksköterskor på akuten menade på att så snart

patienten kommit in på akuten så var det deras ansvar, men att ambulansbesättningen inte fick lämna förrän en ordentlig rapport blivit given till antingen en sjuksköterska eller läkare (Bost et al., 2012; Dúason et al., 2021). Tyvärr upplevdes det som att en del vårdpersonal bara vill bli av med ansvaret och patienten och att det avvaktades med vissa åtgärder för att någon annan snart skulle ta över (Siemsen et al., 2012) men att det kunde vara svårt att hitta vem som skulle ta över ansvaret (Bost et al., 2012; Sanjuan-Quiles et al., 2018; Siemsen et al., 2012). Vid kritiskt sjuka patienter beskrevs att ambulansbesättningen hade ansvaret och tog hjälp av personalen på akuten till dessa att en ordentlig rapport var given. Vid icke-kritiskt sjuka patienter tog ambulansbesättningen hand om patienten av artighet till dess att rapport kunde ges men att den artigheten ibland togs för given av vårdpersonalen på akuten (Bost et al., 2012).

Attityder

Vid olika rapportssituationer belystes flertalet handlingar som respektlösa både från ambulansbesättningen och vårdpersonalen på akuten.

Vid överrapportering av icke-kritiskt sjuka patienter beskrevs att vårdpersonalen på akuten la mycket fokus på uppgiftsorienterade sysslor istället för själva rapporten (Bost et al., 2012; de Lange et al., 2018). Dessa sysslor gjorde många gånger att personalen på akuten inte hälsade på ambulansbesättningen då dom kom in på akuten vilket upplevdes väldigt respektlöst.

Vidare beskrevs också att ambulansbesättningen sällan hälsade då de passerade inskrivningsdisken utan tog patienten direkt till teamet (de Lange et al., 2018).

Siemsen et al. (2012) beskrev att samverka som team kring patienten inte alltid var lätt då det var svårt att hålla reda på varandras kompetenser och svårigheterna kring att kunna samverka kring patientens behandling och åtgärder. Ambulansbesättningen uttryckte att de sällan sågs som en del i teamet med vårdpersonalen på akuten och inte fick ta del i ansvaret kring patienten eller dennes resa genom vården (Siemsen et al., 2012). Det kunde också handla om att ambulansbesättningen avskärmades från patienten under pågående rapport genom att skynken drogs för då exempelvis EKG skulle kopplas (de Lange et al., 2018).

Ambulansbesättningen hade privilegiet att komma in i patientens hem och kunde på så vis bidra med information som kunde ha klinisk betydelse vid behandling av sjukdom eller vara av relevans när patienten skulle planeras hem och upplevde att de var förespråkare för

patienten, men att mycket av informationen ignorerades av vårdpersonalen på akuten (Meisel et al., 2015).

I en studie av de Lange et al. (2018) exkluderades patienten och dess anhöriga från teamet under rapportituationer vilket gjorde att rapporten avbröts av anhöriga som kom med frågor eller ville lägga till information (de Lange et al., 2018). Dock beskrevs att när mottagande sjuksköterska på akuten aktivt inkluderade patienten så började sjuksköterskan att ställa frågor till patienten, bland annat om patientens personnummer eller sjukdomshistoria. Om patienten var äldre med dålig hörsel eller kognitiv svikt så kunde denna process dra ut på rapporteringen och sjuksköterskan tillfrågade inte ambulansbesättningen som stod intill patienten om denna information (Bost et al., 2012).

Mängden information som delades mellan ambulansbesättningen och vårdpersonal på akuten bottnade ofta i om det fanns en relation dem emellan. Alltså om de inblandade i rapporten kände eller kände till varandra och en kollegial känsla fanns så kunde det underlätta själva rapporten då mottagande sjuksköterska eller läkare kunde lita på ambulansbesättningens bedömning (Bost et al., 2012). Hur kemin mellan två individer upplevdes påverkade också rapporten, både i hur själva kommunikationen framfördes och känslan i det. Om det var en mer lättsam stämning mellan sändare och mottagare så blev också rapporten bättre (Siemsen et al., 2012). Dock kunde det också resultera i fördröjd behandling för patienten om mottagande personal litade helt på ambulansbesättningens bedömning som sen kunde visa sig vara fel (Bost et al., 2012). Det upplevdes svårare att skapa en teamkänsla bland vårdpersonal på större sjukhus där det fanns mer personal (Siemsen et al., 2012).

Utbildning

En faktor som upplevdes som försvårande vid överrapportering var att personalen hade olika utbildning, både inom ambulansen och inom sjukhusets väggar. Inom ambulansen fanns flera olika specialiteter som exempelvis kirurgi eller anestesi och dessa visste inte alltid hur patienter skulle behandlas akut prehospitalt vilket ibland ledde till att relevant information inte rapporterades på akuten (Najafi Kaylani et al., 2017). Även bristande introduktion och utbildning kring själva överrapporteringen, både för vårdpersonal på akuten och ambulansbesättning, upplevdes påverka patientsäkerheten då den ofta blev improviserad och

lärd på plats genom imitering och personliga erfarenheter (Bost et al., 2012; Siemsen et al., 2012).

Flera studier beskrev att ambulanspersonal hade liten eller ingen erfarenhet av feedback efter svåra eller komplicerade fall (Dúason et al., 2021; Meisel et al., 2015). Ambulansbesättningen önskade mer feedback från läkare kring utförande och behandling prehospitalt för att kunna utveckla sin kompetens. Feedbacken kunde vara allt från förvarning via radiokommunikation och rapportering till utfallet av utförda åtgärder. Att få feedback sågs som ett sätt att vidareutbilda sig och att minska sannolikheten för misstag vid överrapportering. Tyvärr så var feedback något som sällan hanns med efter att patienten var rapporterad (Dúason et al., 2021).

Diskussion

Metoddiskussion

En systematisk litteraturstudie valdes som design för att sammanställa aktuell forskning inom området. En systematisk litteraturstudie definieras som en design som utgår från en tydligt formulerad fråga som ska besvaras systematiskt genom identifiering, val, värdering och analysering av relevant forskning för ämnet (Forsberg & Wengström, 2017). Forsberg och Wengström (2017) beskriver också att det inte finns någon regel för hur många studier som ska inkluderas i en litteraturstudie men det bästa är att involvera all relevant och aktuell forskning. Det kan antas att så inte är fallet i denna litteraturstudie då författaren genomförde sökningen ensam och tiden var begränsad vilket kan ses som en svaghet i resultatet. En kvalitativ ansats valdes för att undersöka fenomen inom valt område och sammanställa kunskapen. Författaren ska se sig själv som subjekt som påverkar datainsamlingen (Forsberg & Wengström, 2017) vilket tagits med och reflekterats kring i författarens förförståelse. Detta har tagits i beaktning under skrivandets gång och författaren har strävat efter att hålla sig så objektiv som möjligt.

Lincoln och Guba (1985) beskriver begreppet trovärdighet (Trustworthiness) som ett kriterium för hur bra en kvalitativ studie kan anses vara. Trovärdighet är ett övergripande begrepp som grundar sig i fyra delar; tillförlitlighet (credibility), pålitlighet (dependability), överförbarhet (transferability) och bekräftelse (Confirmability). Författaren av studien har

strävat efter att beskriva vald metod, datainsamling och analysmetod så utförligt som möjligt för att läsaren ska kunna bedöma litteraturöversiktens tillförlitlighet, vilket förutsätter en noggrann beskrivning. Tillförlitlighet fokuserar på forskning och ser till hur väl data - och analysprocessen är beskrivet (Graneheim & Lundman, 2004).

SPICE (Setting, Perspective, Intervention, Comparison, Evaluation) användes som metod för att sätta samman sökstrategi i databaserna vid en kvalitativ ansats (Forsberg & Wengström, 2017) vilket upplevdes fungera bra inom valt område för att på ett systematiskt sätt kunna avgränsa sökningen mot valt syfte, vilket också kan anses öka studiens pålitlighet (Lincoln & Guba, 1985). Sökningen av artiklar begränsades till endast två databaser vilket kan ha gett ett bortfall av relevant litteratur. Databaserna valdes då dess innehåll passade litteraturöversiktens syfte. Sökningen inleddes i PubMed och när inga fler relevanta artiklar framkom för studien så genomfördes sökning även i Cinahl vilket gav några enstaka nya artiklar men också många dubletter, materialet uppfattades då som tillräckligt för fördjupningsarbetet. Studiens tillförlitlighet påverkas också av mängden insamlade data (Lincoln & Guba, 1985) och då litteraturöversikten är ett fördjupningsarbete anser författaren att utifrån arbetets storlek så är den insamlade data tillräcklig för att ses som tillförlitlig.

De booleska sökoperatorerna AND och OR användes i databassökningarna. Främst användes AND för att kunna svara mot litteraturstudiens syfte och operatörn AND hittar artiklar innehållandes alla angivna sökord medan operatörn OR finner artiklar innehållandes det ena eller det andra sökordet (Forsberg och Wengström, 2017). Operatörn OR användes vid enstaka sökningar men upplevdes bredda sökningen för mycket samtidigt som relevanta titlar blev svårare att hitta. Exklusionskriterierna var endast att utesluta studier som var gjorda på barn eller på en annan plats än akuten vilket var lätt att utesluta när artiklarnas titlar eller abstrakt lästes igenom. Därför användes inte operatörn NOT i mer än en sökning för att se om utfallet blev annorlunda.

Willman et al. (2016) beskriver att granskningen av valda artiklar får en större tyngd om den genomförs av minst två oberoende granskare, men detta var ej möjligt då författaren av litteraturstudien var ensam. Om ytterligare en person granskat artiklarna finns en möjlighet att ytterligare artiklar kommit att inkluderas i studien och gett en större tyngd i resultatet och bidragit till en större tillförlitlighet (Lincoln & Guba, 1985). Under arbetets gång med litteraturöversikten har författaren diskuterat både metod och resultat med sin handledare.

Analysmetod valdes tillsammans utifrån syftet. När författaren hade gjort en första analys av inkluderade studiers resultat diskuterades dessa med handledaren för att kunna skapa relevanta teman som svarade an mot syftet. Allt eftersom författaren har sammanställt resultatet har detta diskuterats med handledaren, vilket kan anses stärka fördjupningsarbetets trovärdighet (Lincoln & Guba, 1985). Genom att diskutera resultatet med handledaren har författaren i största möjligaste mån försökt utesluta sina egna personliga värderingar utifrån sin förförståelse, vilket kan anses öka fördjupningsarbetets bekräftelse (Confirmability) (Lincoln & Guba, 1985).

Få begränsningar användes vid sökningarna i databaserna, exempelvis valde författaren att inte ha en geografisk begränsning för att kunna få fram tillräckligt med material. Då sjukvårdens organisation skiljer sig över världen kan det tänkas påverka resultatet genom att det inte kan helt likställas med svensk kontext vilket har reflekterats över under analysen av valda artiklar. Dock kvarstod valet att inte ha geografisk begränsning och syftet breddades genom att välja formuleringen ambulanspersonal i stället för att specifikt ange ambulanssjusköterska då professionen inom ambulansen skiljer sig beroende på land. Studiens trovärdighet inkluderar enligt Lincoln och Guba (1985) också hur väl resultatet kan vara överförbart i andra kontexter. Litteraturöversikten fokuserar på överrapportering mellan ambulanssjusköterska och sjuksköterska på akutmottagning men då det rör en rapporteringssituation, vilket sker inom dom flesta områden i vården genom patientens vårdkedja. Då det är läsaren som avgör en studies överförbarhet så beskriver författaren resultatet så noggrant och transparent som möjligt för att öka möjligheten till överförbarhet. Resultatet skulle kunna vara överförbart till andra rapporteringssituationer.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att sammanställa aktuell forskning för att beskriva vårdpersonalens upplevelser av överrapportering från ambulanssjusköterska till sjuksköterska på akutmottagning. För att ytterligare specificera syftet användes tre frågeställningar; (1) Finns det faktorer som påverkar patientsäkerheten vid överrapportering? (2) Är patienten delaktig? (3) Skiljer sig överrapporteringen mellan akutrummet och team?

Faktorer som påverkar patientsäkerheten

Utifrån studiens resultat kan det utläsas att både organisatoriska faktorer och individuella faktorer påverkar patientsäkerheten. Sjukhusens struktur och uppbyggnad med öppna landskap och överbeläggningar i korridor eller andra icke-patientanpassade utrymmen tenderar att hota sekretessen kring rapporteringen (Bost et al., 2012; Hovenkamp et al., 2018; Meisel et al., 2015; Siemensen et al., 2012) men också kan det tänkas att patienten känner sig utelämnad och övergiven (Rantala et al., 2020) och vården kan inte upplevas som säker. Den höga arbetsbelastningen där en sjuksköterska på akuten ansvarar för många patienter gör att ambulansbesättningen ofta får vänta på att ge rapport och lämna över ansvaret för patienten vilket ledde till en ökad frustration hos ambulansbesättningen som kunde missa måltider och öka risken för fatigue (Bost et al., 2012). Kear et al. (2016) styrker att det är en stor utmaning att ha en säker överrapportering då den sker i en miljö med högt tempo, hög ljudvolym och oplanerade rapporter där viktig information ska delges under en väldigt kort tid. Det kan tolkas som att personalbrist på akutmottagningen är en stor bidragande faktor som gör att ansvarig sjuksköterska får alldeles för många patienter som behöver prioriteras innan denne tar över ansvar för ännu en patient som ambulansbesättningen kommer med.

I en studie av Claerey et al. (2014) undersöktes om väntetiden till överrapportering minskade om det fanns två särskilda sjuksköterskor avsatta till att enbart ta emot patienter som kom med ambulans. Från att ha en väntetid på i genomsnitt 19 min så minskade denna till 1 min. Det kan tänkas att en omstrukturering av teamet på akutmottagningen kan bidra till minskade väntetider om en sjuksköterska hade huvudansvar och skötte överrapporteringar medan en andra sjuksköterska skötte det medicinska ute hos patienterna. Om mottagande sjuksköterska känner sig stressad så kan det tänkas att denne inte är helt närvarande vid överrapporteringen och inte lyssnar aktivt på det som sägs. Wood et al. (2015) beskriver att missförstånd kunde uppstå vid brist på struktur i rapporten men än mer av bristen på feedback från mottagande personal. En bra överlämning beskrevs när mottagande personal lyssnade aktivt på rapporten och motsvarande en sämre överrapportering skedde när mottagande inte lyssnade aktivt på rapporten, när uppmärksamheten var splittrad och att denna distraktion ledde till frustration hos ambulansbesättningen.

Ur den personcentrerade vården där patienten ska inkluderas som en i teamet blir även detta lidande i en stressad arbetsmiljö. Patienterna ser hur vårdpersonalen springer, hur väntan på rapporten blir lång och vill då inte vara till besvär (Rantala et al., 2020). Detta kan tänkas

allvarligt påverka patientens rätt till en säker vård då de avvaktar att kalla på hjälp trots att dom kanske behöver det.

I resultatet beskrivs att en muntlig rapport var att föredra men att den även kompletterades med skriftlig dokumentation för att information inte skulle gå förlorad (Dúason et al., 2021; Hovenkamp et al., 2018; Sanjuan-Quiles et al., 2018; Siemsen et al., 2018). Dock så var följsamheten låg från ambulansbesättningen att skriva journal trots att det åligger dem att göra det, många gånger på grund av att de inte trodde att journalen skulle bli läst på akutmottagningen ändå (Dúason et al., 2021; Meisel et al., 2015). I Sverige finns en skyldighet enligt patientdatalag (2008:355) att föra journal för varje enskild patient för att i första hand bidra till en trygg och säker vård (Sveriges riksdag, 2008) vilket innebär att ambulansbesättningen måste skriva journal. Sen finns det inget som styr hur omfattande den måste vara vilket kan tänkas göra så att dokumentationen är väldigt varierande men det finns lagstadgat i patientdatalag (2008:355) kring vilka uppgifter som ska finnas med om dom finns tillgängliga (Sveriges riksdag, 2008). Iedema et al. (2012) beskriver att med ett strukturerat rapportverktyg minskade rapporteringstiden och dom efterföljande frågorna minskade från 93% av gångerna till 41% och då var endast 15% av frågorna kopplade till information som redan givits jämfört med tidigare 38%. Att då också dokumentera utifrån ett strukturerat rapporteringsverktyg såsom exempelvis SBAR kan tänkas göra så att väsentlig information inte missas och att mottagande sjuksköterska kan gå till journalen om denne missat vissa delar.

Patientdelaktighet och advocacy

Flera studier visade på att det rådde en osäkerhet när ansvaret för patienten flyttades från ambulansbesättningen till vårdpersonalen på akuten (Bost et al., 2012; Dúason et al., 2021; Siemsen et al., 2012) och att olika professioner tog över ansvar vid olika tillfällen (Dúason et al., 2021) men att den generella uppfattningen var att så snart patienten flyttat över från ambulansbåren till en brits på akuten så övertogs också ansvaret (Bost et al., 2012; Dúason et al., 2021). Detta styrks av Bruce och Suserud (2005) där även i svensk kontext så var ansvaret officiellt överlämnat då patienten bytte till brits och att en kort muntlig rapport var genomförd. Vidare beskrivs att den mest optimala överrapporteringen skedde i samverkan mellan ambulansbesättning, personal på akuten och patienten och att dessa sågs som ett team kring patientens vård. Bost et al. (2012) beskrev att ambulansbesättningen blev utesluten då

sjuksköterskan på akuten inkluderade patienten och ställde frågor till denne istället, vilket försvårade rapporten om patienten hade nedsatt hörsel eller inte var kognitivt klar. Samtidigt visade de Lange et al. (2018) att om patienten och anhöriga inte inkluderas så kunde anhöriga avbryta pågående rapport med information som dom ansåg viktig och ville bidra med. Här kan tänkas att ambulanssjuksköterskan får agera som förespråkare, advocate, för patienten och dennes behov då det är sjuksköterskans ansvar att se till att patienten blir inkluderad (Godden, 2012). Det styrks även av Ekman och Norberg (2021) att sjuksköterskans uppgift är att ansvara för ett personcentrerat arbetssätt och att detta upprätthålls även i mer medicintekniska kontexter. Ambulansbesättningen kan vara den första kontakten i patientens kommande vårdkedja och de har också privilegiet att komma in patientens hem och skapa sig en bredare bild om patientens tillstånd och situation, information som kan vara av värde för vårdpersonalen inne på sjukhuset men att denna information ignorerades (Meisel et al., 2015). Patienter som inte inkluderas i sin vård och som inte får någon information alls upplever sig övergivna och att ingen har ansvar för dom och deras hälsa (Rantala et al., 2020).

Samverkan i team

Resultatet visar på att det oftast kan upplevas som ett "vi-och-dom"-läger mellan ambulansbesättningen och vårdpersonalen på akuten. Ambulansbesättningen blev inte inkluderade som en del i teamet kring patienten (Siemsen et al., 2012) och blev inte heller trevligt bemötta när de anlände till akuten (de Lange et al., 2018). Indruczaki et al. (2020) beskrev i sin studie att en dålig attityd mellan ambulansbesättning och vårdpersonal på akuten var förekommande, att ambulansen anklagades för att öka akutmottagningens arbetsbelastning genom att ta in fler patienter och att de blev dåligt bemötta på akutmottagningen. Denna studie är dock vinklad ur enbart ambulansens synvinkel, för de Lange et al. (2018) beskriver även att ambulansbesättningen kan ha samma dåliga attityd mot vårdpersonalen på akuten och exempelvis inte hälsa när dom möts. Relationer mellan ambulansbesättning och vårdpersonal på akuten påverkar också rapporteringen både positivt och negativt. Om vårdpersonalen litade helt på ambulansbesättningens bedömning som sedan visade sig vara fel så kunde behandling fördröjas eller utebli (Bost et al., 2012) vilket skulle kunna innebära en vårdskada hos patienten. Bruce och Suserud (2005) beskriver att det blir problem om ambulansbesättningen tar på sig ökat ansvar och diagnostiserar patienten innan ankomst till akuten vilket kan förhindra rätt diagnos men också förvirra patienten. Här kan det tänkas att det är en brist på förståelse för varandras områden. Även om vårdpersonalen både på ambulansen och

akutmottagningen är sjuksköterskor så är det inte säkert att det finns kunskap om varandras arbeten utan det är förutfattade meningar som styr. En möjlighet att hospitera i varandras verksamheter skulle kunna vara ett steg på vägen för att få en inblick i varandras vardag och därmed öka förståelsen och minska risken för frustration gentemot varandra.

Ambulanssjuksköterskans ansvar

Akutmottagningarna skiljde sig åt i avseendet huruvida ambulansen blev mött i ambulanshallen eller om de behövde gå och leta upp ansvarig sjuksköterska för rapport (Sanjuan-Quiles et al., 2018). Detta anses applicerbart i svensk kontext då en ambulansbesättning kan lämna till flera olika sjukhus inom en region och alla sjukhus har sin egen struktur att arbeta efter. Då det finns beskrivet i kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2022) att ambulanssjuksköterskan ska kunna samverka med olika vårdaktörer kan det tänkas vara väldigt försvårande när strukturer och rutiner skiljer sig åt och risken att något blir fel ökar. Utifrån resultatet tolkas det som att det var rapportering av icke-kritiskt sjuka patienter som kunde skilja sig mest åt medan kritiskt sjuka patienter som gick till akutrummet följde ungefär samma förfarande där ambulansbesättningen förvarande akuten innan ankomst och gav en sammanfattad information så mottagande vårdpersonal var mer förberedda (Bost et al., 2012; Dúason et al., 2021).

I studien av Wihlborg et al. (2014) framkommer flera punkter för vad som förväntas inkluderas i ambulanssjuksköterskans kompetens, bland annat nämns samverkan mellan andra hälso-sjukvårdsorganisationer som exempelvis akutmottagning. En senare studie av Wihlborg et al. (2017) beskriver även där att ambulanssjuksköterskan förväntas ha en hög förmåga till samverkan med andra instanser och en hög kommunikativ förmåga. Det beskrivs vidare att det finns ett starkt samband mellan en god kommunikativ förmåga och positiv utgång för situationen och att en sämre kommunikation ledde till sämre utgång för patienten (Wihlborg et al., 2017).

Ambulanssjuksköterskan kan kanske inte själv påverka miljön där överrapporteringen sker, men ska som ovan nämnt vara en förespråkare för patienten och har ett ansvar att se till att en säker vård bedrivs och främja en säkerhetskultur genom att bland annat registrera avvikelser (Svensk sjuksköterskeförening, 2022). Då skulle en del i detta ansvar kunna vara att skriva avvikelser så fort något inte fungerar på akutmottagningen kring överrapporteringen, oavsett om det är avsteg från rutiner eller en pressad arbetsmiljö.

Konklusion och implikationer

Flera faktorer kan identifieras som påverkar överrapporteringen mellan ambulans och akutmottagning, både organisatoriska faktorer och individuella faktorer. Akutmottagningarnas uppbyggnad, överbeläggningar och en stressad arbetsmiljö fördröjer överrapporteringen och komprimerar sekretessen och patientsäkerheten. Respekt och bristen på respekt för varandras områden och arbetsplatser upplevs som en stor del i hur ambulansbesättning och vårdpersonal på akuten bemöter varandra och hur informationen delas vid de muntliga rapporterna och det upplevs vara en stor "vi och dom" - känsla. Överrapportering mellan ambulans och akutmottagningen förekommer dagligen och är en del i patientens vårdkedja och behöver fungera för att minska risken för fel och potentiella vårdskador. En inblick i varandras vardag samt att skriva fler avvikelser kring det som inte fungerar skulle kunna vara några steg på vägen.

Kunskap om hur ambulanssjuusköterskor upplever vårdpersonalen på akuten och vice versa och vilka hinder de upplever för ett bra samarbete kring överrapporteringen hade varit av intresse att undersöka vidare i en svensk kontext och att denna litteraturöversikt kan ligga till grund för en sådan studie.

Referenser

- Apker, J., Mallak, L. A., & Gibson, S. C. (2007). Communicating in the "gray zone": perceptions about emergency physician hospitalist handoffs and patient safety. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 14(10), 884–894. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2007.06.037>
- *Bost, N., Crilly, J., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2012). Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: a qualitative study. *International emergency nursing*, 20(3), 133–141. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.10.002>
- Bremer, A. (2016). Dagens ambulanssjukvård. I B-O. Suserud & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (2:a uppl., s 48-64). Liber
- Bruce, K., & Suserud, B. O. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in critical care*, 10(4), 201–209. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00124.x>
- Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H S. (2021) Samverkan i team 2A. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (2:a uppl., s. 139-174). Studentlitteratur
- Clarey, A., Allen, M., Brace-McDonnell, S., & Cooke, M. W. (2014). Ambulance handovers: can a dedicated ED nurse solve the delay in ambulance turnaround times?. *Emergency medicine journal : EMJ*, 31(5), 419–420. <https://doi.org/10.1136/emered-2012-202258>
- *de Lange, S., van Eeden, I., & Heyns, T. (2018). Patient handover in the emergency department: 'How' is as important as 'what'. *International emergency nursing*, 36, 46–50. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.009>
- *Dúason, S., Gunnarsson, B., & Svavarsdóttir, M. H. (2021). Patient handover between ambulance crew and healthcare professionals in Icelandic emergency departments: a qualitative study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 29(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00829-x>
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Wijk, H., & Öhlén, J. (2021). Vårdens kärnkompetenser och omvårdnad. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (2:a uppl., s. 33-46). Studentlitteratur

- Ekman, I., & Norberg, A. (2021) Personcentrerad vård 1A. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (2:a uppl., s. 49-79). Studentlitteratur
- Forsberg, A. (2021). Personcentrerad omvårdnad 1B. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (2:a uppl., s. 81-97). Studentlitteratur
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4 uppl). Natur & Kultur
- Godden B. (2012). Speak up and advocate!. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 27(2), 110–114.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.01.009>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Holmberg, M. (2016). Överlämnande till nästa vårdenhet. I B-O. Suserud & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (2:a uppl., s 172-175). Liber
- *Hovenkamp, G. T., Olgers, T. J., Wortel, R. R., Noltes, M. E., Dercksen, B., & Ter Maaten, J. C. (2018). The satisfaction regarding handovers between ambulance and emergency department nurses: an observational study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 26(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0545-7>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277–1288.
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Iedema, R., Ball, C., Daly, B., Young, J., Green, T., Middleton, P. M., Foster-Curry, C., Jones, M., Hoy, S., & Comerford, D. (2012). Design and trial of a new ambulance-to-emergency department handover protocol: 'IMIST-AMBO'. *BMJ quality & safety*, 21(8), 627–633.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000766>
- Indruczaki, N S., Miorin, J D., Pais, V F., Gemelli, M P., Lima, M A D., & Dal Pai, D. (2020) Conflicts between health teams in transfer of prehospital care. *Revista Enfermagem UER*, 28, 1-7. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.50078>

- Kear T. M. (2016). Patient Handoffs: What They Are and How They Contribute to Patient Safety. *Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 43(4), 339–342.
- Kupperschmidt B. R. (2014). Advocacy: time to take another look?. *The Oklahoma nurse*, 59(1), 10.
- Källberg, A-S., & Göras, C. (2021) Säker vård i omvårdnadsarbetet 5B. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (2:a uppl., s. 433-460). Studentlitteratur
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications Inc
- *Meisel, Z. F., Shea, J. A., Peacock, N. J., Dickinson, E. T., Paciotti, B., Bhatia, R., Buharin, E., & Cannuscio, C. C. (2015). Optimizing the patient handoff between emergency medical services and the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 65(3), 310–317.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.07.003>
- *Najafi Kalyani, M., Fereidouni, Z., Sarvestani, R. S., Hadian Shirazi, Z., & Taghinezhad, A. (2017). Perspectives of Patient Handover among Paramedics and Emergency Department Members; a Qualitative Study. *Emergency (Tehran, Iran)*, 5(1), e76.
- Polit, D F., & Beck, C T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11 uppl). Wolters Kluwer
- Rantala, A., Nordh, S., Dvorani, M., & Forsberg, A. (2021). The Meaning of Boarding in a Swedish Accident & Emergency Department: A Qualitative Study on Patients' Experiences of Awaiting Admission. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(1), 66. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3390/healthcare9010066>
- *Sanjuan-Quiles, Á., Hernández-Ramón, M. D. P., Juliá-Sanchis, R., García-Aracil, N., Castejón-de la Encina, M. E., & Perpiñá-Galvañ, J. (2019). Handover of Patients From Prehospital Emergency Services to Emergency Departments: A Qualitative Analysis Based on Experiences of Nurses. *Journal of nursing care quality*, 34(2), 169–174. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000351>
- SBUa.(28 oktober 2022). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Available from: <https://www.sbu.se/metodbok>.
- SBUb. (2 november 2022). *Granskningsmallar*. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/#granskningsmall>

Socialstyrelsen. (31 januari 2020). *Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020 -2024.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>

*Siemsen, I. M., Madsen, M. D., Pedersen, L. F., Michaelsen, L., Pedersen, A. V., Andersen, H. B., & Østergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: an interview study. *Scandinavian journal of public health*, 40(5), 439–448.

<https://doi.org/10.1177/1403494812453889>

Suserud B. O. (2005). A new profession in the pre-hospital care field--the ambulance nurse. *Nursing in critical care*, 10(6), 269–271.

<https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00129.x>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård.*

<https://swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592615393/1605100833382/Personcentrerad%20v%C3%A5rd.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (11 september 2020). *Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner.*

<https://swenurse.se/publikationer/saker-vard---en-karnkompetens-for-vardens-samtliga-professioner>

Svensk sjuksköterskeförening. (16 maj 2022). *Kompetensbeskrivning avancerad vård - Specialistsjuksköterska med inriktning mot ambulanssjukvård.*

<https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjukskoterskor-inom-ambulanssjukvard>

Svensk sjuksköterskeförening och svenska läkaresällskapet. (11 september 2020). *Teamarbete och förbättringskunskap - två kärnkompetenser för god och säker vård.*

<https://swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd8b0/1584345577416/Teamarbete%20och%20f%C3%B6rb%C3%A4ttringskunskap.pdf>

Sveriges riksdag. (29 maj 2008). *Patientdatalag (2008:355).*

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

Sveriges riksdag. (17 juni 2010). *Patientsäkerhetslag (2010:659).*

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patient sakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Sveriges riksdag. (9 februari 2017). *Hälso- sjukvårdslag (2017:30)*.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30

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. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.10.004>

Wihlborg, J., Edgren, G., Johansson, A., & Sivberg, B. (2017). Reflective and collaborative skills enhances Ambulance nurses' competence - A study based on qualitative analysis of professional experiences. *International emergency nursing*, 32, 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.06.002>

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. (4 uppl). Studentlitteratur

Wood, K., Crouch, R., Rowland, E., & Pope, C. (2015). Clinical handovers between prehospital and hospital staff: literature review. *Emergency medicine journal : EMJ*, 32(7), 577–581. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2013-203165>

Bilaga 1. Artikelmatris

Författare	Titel	Metod	Population	Huvudsakliga fynd	kvalitet
Bost, N., Crilly, J., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2011) Island	Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study	Etnografisk	Personal (65 ssk & 19 läkare) från akuten på ett stort regionalt sjukhus samt från ambulansen (79) i Queensland Observationer (38) och intervjuer (20) med en eller 2 informanter samtidigt.	Fyra (4) olika faktorer som påverkar överrapporteringen identifierades: (1) Konstanta avbrott, (2) arbetsbelastning, (3) relationer mellan personal, (4) övertag av ansvar	medel
Siemsen et al. (2012) Danmark	Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study	Semi-strukturerade individuella intervjuer Kvalitativ fenomenologisk metod vid analys. .	47 intervjuer. 23 ssk, 3 ssk-assistenter, 13 läkare, 5 paramedics, 2 orderlies, 1 radiograf. akuten, 2 med avd, 2 kir avd, iva avd, röntgen, orderly unit,, 2 ambulansstationer.	(1)Kommunikation, (2) Information, (3)Organisation, (4)Infrastruktur, (5) professionalism, (6) Ansvar, (7) team medvetenhet, (8) kultur	Hög ej enbart akuten men tydligt avgränsad i sitt resultat därav inkluderad

*Sanjuan-Q uiles et al. (2018) Spanien	Handover of patients from prehospita l emergency services to emergency departmen ts - A qualitative analysis based on experie nces of nurses	Kvalitativ med ett teoretiskt ramverk av innehållsanaly s. Semi-strukture rade intervjuer.	12 sjuksköterskor, 7 var kvinnor. Yrkeserfarenhet snitt 11,6 år. Sjuksköterska och läkare på ambulansen	4 ämnen: (1) Standardisering (protokoll, klinisk säkerhet, patient-familj delaktighet), (2)Överflyttningsproces sen (patient detaljer, dataorganisation, sjukhusorganisation), (3) Kommunikation (med rätt person, kommunikationsteknike r), (4) Klinisk data (verbal, skriftlig och digital information)	Hög
Dúason, S., Gunnarsson , B., & Svavarsdótt ir, M H. (2021)	Patient handover between ambulance crew and healthcare profession als in Icelandic emergency departmen ts: a qualitative study	Vancouver schools fenomenologis k metod Individuella semistrukturer ade intervjuer, öppna frågor. .	Islands 2 största sjukhus i Reykjavik och Akureyri. Total av 17 informeranter, 11 män och 6 kvinnor. EMT, advanced EMT och Paramedic.	(1) Ledarskap, (2) Strukturerat ramverk, (3) Professionell kompetens, (4) samverkan.	Hög
Hovenkamp et al. (2018) Nederländer na	The satisfactio n regarding handovers between ambulance and emergency departmen t nurses: an observatio nal study.	Prospektiv observationsst udie	Universitetssjuk hus i Groningen. Exkludera traumapatienter. 97 handovers. Frågeformulär ifyllt 97 gånger av Amb, 89 av akuten ssk. Datainsamling pågick 2 dagar i veckan mellan kl 10-17 under mars till juli 2016	Amb: Avsaknad av dr. Långa väntetider på rapport ssk: Avsaknad av strukturerad rapportering	Hög
Meisel et al. (2015) USA	Optimizin g the patient	Kvalitativ metod, fokusgrupper.	Informeranter samlades från 3 olika	Timing för handoff, hierarki i arbetsgruppen,	Hög

	handoff between emergency medical services and the emergency department		konferenser i USA. Verksamhet eller nyligen verksamhet inom prehospital vård. 7 fokusgrupper, totalt 48 informanter.	hierarki bland patienter, Utbildningsmöjlighet vid överrapportering, standardisering och teknologins roll.	
de Lange, S., Eeden, I., & Heyns, T. (2018) Sydafrika	Patient handover in the emergency department: 'How' is as important as 'what'	Kvalitativ ansats observationer	20 ostrukturerade observationer. Saturation uppnått efter 17 observationer. Prio 1 patienter exkluderades.	Respektlöst beteende (1) uppgiftsorienterat beteende (2) Inhemskt språk - Hälsar ej - Ouppmärksam lyssnande - exkluderad av läkare - Utesluter patientens anhöriga	Hög
Najafi Kalyani et al. (2017) Iran	Perspectives of patient handover among paramedics and emergency department members; a qualitative study	Kvalitativ design, induktiv innehållsanalys.	Ambulans samt ssk akuten. 2 års erfarenhet. 25 intervjuer	Olika externa faktorer - Olika miljö - Olika utrustning Olika interna faktorer - Olika arbetskraft - Olika förväntningar	Medel