

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2014:87

Ambulanssjuusköterskans upplevelse av överrapportering
i traumarummet –
En kvalitativ intervjustudie

Daniel Landén
Said Yaraghi



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Ambulanssjuusköterskans upplevelse av överrapportering i traumarummet – <i>En kvalitativ intervjustudie</i>
Författare:	Daniel Landén Said Yaraghi
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuusköterskeutbildningen med inriktning mot ambulanssjukvård
Handledare:	Thomas Eriksson
Examinator:	Björn-Ove Suserud

Sammanfattning

När ambulanssjuusköterskan träder in i traumarummet förväntas en rapport ske som belyser den prehospitla situationen och patientens tillstånd. Det föreligger ett växande krav på god överrapportering för att arbeta för en bättre patientsäkerhet och arbetsmiljö. Syftet med denna kvalitativa studie är att beskriva ambulanssjuusköterskans upplevelse vid överrapportering på traumarummet. Åtta respondenter intervjuades och resultatet bröts upp i tre huvudkategorier och två till fyra underkategorier utifrån en induktiv design av Lundman och Hällgren Granheim. Utifrån ambulanssjuusköterskornas upplevelser kunde flera grunder till hotad patientsäkerhet identifieras; avsaknad av erfarenhet hos ambulanssjuusköterskan, avsaknad av struktur i rapporten, samt störningar under överrapportering. Vidare sågs momentet att ”stå i fokus” under överrapporteringen upplevas olika utifrån erfarenhet. Besatts erfarenhet, upplevdes situationen att stå i fokus som positiv, det efterfrågades att tydligt få reda på vem traumaledaren var, att alla befann sig på plats och att ambulanssjuusköterskans hade ordet. Vid mindre erfarenhet kunde momentet att stå i fokus upplevas som stressande och i högre grad innebära en redovisning av vitalparametrar än ett prehospitalt sammanfattande intryck. Patienten blev då också i lägre grad delaktig i vården eftersom mer tid lades på att förbereda överrapporteringen. Studien styrker tidigare studier om vikten av strukturerad överrapportering och behovet av erfarenhet för att uppleva större trygghet i överrapportering och i arbetet med att göra patienten mer delaktig.

Att framarbete en rutin med en och samma struktur för överrapportering accepterad från både traumateam och ambulans skulle kunna tänkas minska missförstånd, avbrott i rapporteringen samt minska risken för att viktig information missas.

Nyckelord: *Ambulanssjuusköterska, rapportering, kommunikation, patientsäkerhet, erfarenhet, kvalitativ*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Trauma	1
Ambulanssjukvården, länken till akutmottagningen	2
Överrapporteringsmodeller	2
ABCDE	2
SBAR	3
MIST	3
Kommunikation	3
Kommunikation inom sjukvården	3
Prehospitala faktorer som påverkar kommunikationen	4
Stress	4
Kompetens och erfarenhet	5
Den prehospitala vårdaren ur ett vårdvetenskapligt perspektiv	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Kvalitativ intervjustudie	6
Respondenterna	6
Forskningsetiska övervägande	7
Datainsamling	7
Dataanalys	7
Förförståelse	8
RESULTAT	9
Prehospitala arbetsstrukturen	9
Skapar ett eget arbetssätt	9
Rapporterar det som efterfrågas	10
Samspelet med traumateamet	11
Förmåga att etablera en kommunikation	11
Faktorer som stör överrapporteringen	12
Att bli tagen på allvar utifrån sin prehospitala syn	12
Efterfrågan av feedback vid rätt tillfälle	13
Att stå i fokus	14
Rädslan att rapportera	14
Att inta ledarrollen genom erfarenhet	15
Övning skapar färdighet	15
Tillgodose patientens behov av trygghet genom erfarenhet	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussionen	19
Prehospitala arbetsstrukturen	20
Samspelet med traumateamet	20
Att stå i fokus	22

<i>Kliniska implikationer</i>	23
<i>Slutsats</i>	23
REFERENSER	25
<i>Bilagor</i>	29
Bilaga 1 Informationsbrev till vårdenhetschefen	29
Bilaga 2 Informationsbrev till respondenterna	30
Bilaga 3 Samtyckeformulär	31
Bilaga 4 Kvale intervjuverktyg	32

INLEDNING

Ambulansärenden i Sverige ökar successivt. Under året 2011 visade statistiken över Västra Götalands regionen att antal uppdrag ambulansen åkte på var 220179 stycken. Det har setts en ökande trend utav uppdrag årligen. Av dessa uppdrag består cirka 62656 av så kallade livshotande larm, prio 1 uppdrag (Ambularm, 2011). Statistiken visar på ett ökat antal uppdrag, vilket bidrar till ökat andel överrapporteringar mellan vårdinstanserna. Brister i kommunikation har identifierats som en stor men förebyggbar orsak till hotande patientsäkerhet. En viktig aspekt att belysa för att förebygga brister i kommunikation är bland annat hur överrapportering upplevs av ambulanssjusköterskan och vilka faktorer som upplevs påverka kommunikationen mellan instanserna. Båda författarna till detta arbete har gemensamt några års erfarenhet av ambulansverksamheten och arbetar i en storstad där består av många traumalarm utgörs av skottskador, trafikolyckor samt annat trauma. Utifrån egen erfarenhet noteras att det saknas en gemensam struktur vid överrapportering, vilket medför att det skiljer sig mellan olika personer inom ambulanssjukvården. Grundar sig detta i erfarenhet, kunskap, stress eller brist på verktyg att överrapportera med? Tidigare forskning belyser mer aspekten av överrapporteringar till akutmottagningen där överrapportering sker under lugna förhållanden samtidigt som professionen ambulanssjusköterska ej belyses specifikt. I lägre grad belyses alltså problematiken i tidigare studier ur ett traumaperspektiv där ambulanssjusköterskan under stressade förhållanden skall behandla både det medicinska och omvårdsmässiga perspektivet, samt samtidigt förbereda överrapportering som inte äventyrar patientsäkerheten och riskerar ge upphov till ett vårdlidande. Det är därför av intresse att belysa hur ambulanssjusköterskan förbereder sig inför överrapporteringen, och hur denne upplever situationen vid överrapporteringen.

BAKGRUND

Trauma

Trauma beskrivs av Nationalencyklopedin (2014) som en benämning på en skada på människokroppen, antingen genom olycksfall eller yttre våld. Detta kan vidare särskiljas genom antingen trubbigt våld som innefattar en större yta av kroppen, eller skarpt våld där skador på begränsat område åstadkommit, med till exempel kniv eller yxa. Wikström (2012, s. 117) beskriver trauma som ett högenergiskt våld mot kroppen som har eller kan medföra livshotande skador. Jansson (2009, s. 375) förklarar hur trauma är den vanligaste orsaken till mortalitet i Sverige hos personer upp till 45 års ålder.

Tretusen personer avlider årligen av trauma, varav bilolyckor utgör fyrahundra av dessa. Jansson (2009, s. 376) beskriver också att mortaliteten kan reduceras genom ett snabbt omhändertagande prehospitalt tillsammans med en snabb transport till traumasjukhus. Vad det gäller trauma som inte leder till död skadas cirka fyratusen årligen i trafiken. Övriga olyckor utgörs framförallt av fallolyckor (30 %) och våldshandlingar, självdestruktivt beteende samt 20 % övriga skador (Jansson 2009, S. 376).

Ambulanssjukvården, länken till akutmottagningen

”Han gick fram och hällde olja och vin på såren och förband dem. Sedan lyfte han upp honom på sin åsna, förde honom till ett värdshus och skötte om honom”

(Bibeln. 2014)

Citatet ovan är troligen det äldsta när det kommer till beskrivning av ambulanssjukvård. Sedan dess har utvecklingen gått framåt, och idag ses ambulanssjukvård som en mer kvalificerad akutsjukvård där utförandet av avancerade medicintekniska undersökningar samt behandlingsmetoder har ökat (Jonsson 2009, s. 91). Jonsson (2009, ss. 91-92) beskriver hur ambulansarbetet vid akuta situationer använder sig av principer vid omhändertagande av patienter som ”load and go”, vilket innebär ett snabbt omhändertagande och transport till sjukhuset, ”stay and play”, vilket innebär en påbörjad behandling av patienter på plats genom ökade befogenheter. Vidare går Jonsson (2009, s. 91) in på omhändertagande av traumapatienter och kritiskt dåliga patienter där omhändertagandet sker snabbt på plats för skyndsam transport till sjukhuset. Detta kallas uttryckligen ”the platinum ten minutes”(Jonsson 2009, s. 92).

Wikström (2012, s. 117) belyser vikten av ett snabbt omhändertagande vid en svårt skadad patient genom ett gemensamt traumasammanhang, the Golden Hour. Detta begrepp för fram vikten av den första timmen efter att patienten utsatts för traumat, och hur snabbt chanserna till överlevnad försämras den inledande timmen. När ambulansen anländer till akutmottagningen med ett traumalarm, har ankomsten föregåtts av en förvarning för att ge möjlighet för traumateamet att förbereda sig på det som inträffat. Personalen i traumateamet har inför varje larm förutbestämda platser samt arbetsuppgifter inne på traumarummet. Traumaledaren skall utgöras av en erfaren kirurg, ortoped eller narkosläkare. Dennes uppgift är att leda arbetet och ha en överblick av scenariot. Vid huvudändan står narkosläkare och narkosköterskan, vars uppgift är att säkra luftvägarna, medan resterande personal som kirurg, ortoped samt sjuksköterskorna står parallellt runt om för att arbeta efter rutiner och ordinationer (Wikström 2012, s. 119)

Överrapporteringsmodeller

ABCDE

Modell som används inom konceptet ATLS (Advanced Trauma Life Support) vid omhändertagande av akuta traumafall. Konceptet grundar sig i att sjukvårdspersonal går genom en förutbestämd ordning utifrån att behandla det som först dödar.

A- Airway (Luftvägar)

B- Breathing (Andning)

C- Circulation (Cirkulation)

D- Disability (Medvetande)

E- Environment and exposure (Omgivning)

Ett luftvägshinder dödar snabbare än ett pneumo/hemothorax, och en blödning från mjälte dödar snabbare än ett subduralhematom. Hos en drabbad patient skall varje del undersökas och behandlas innan denne går vidare till nästa bokstav (Blickman & Kool 2007, ss. 135-141)

SBAR

SBAR står för Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning och Rekommendation. Det är en kommunikationsmodell som grundats inom den amerikanska marinen för att kunna föra säker samt strukturerad informationsutbyte på ett snabbt och effektivt sätt. Tanken med modellen är att förmedla det som är viktigast gällande det som skall rapporteras för att öka patientsäkerheten (Haddleton 2014).

MIST

MIST är ett arbetsverktyg som först utvecklades inom försvaret för hantering av traumapatienter. Vidare har det utvecklats som arbetsmall för ambulanspersonal för underlättande av överrapportering i en systematisk ordning till traumateamet (Evans, Murray, Patrick, Fitzgerald, Smith & Cameron 2010, ss. 1-6). MIST är det engelska samlingsnamnet där följande förkortningar står för:

M- Mechanism of injury/ illness (Mekanism av skada)

I- Injuries (Kvarvarande skada eller misstanke om)

S- Signs (Symtom)

T- Treatment (Behandling)

Kommunikation

Kommunikation definieras som utbyte av meningsfulla tecken som vidarebefordrar ett budskap mellan två eller flera personer (Eide, Eide & Glad 2009, s. 21). Budskapet tolkas också ur ett meningssammanhang (Thornquist, 2001, s. 17) och det är således viktigt att vårdgivare och vårdtagare har en förståelse för varandra för att ett effektivt möte ska kunna ske med så få missförstånd som möjligt (Fossum 2013, s. 25).

Kommunikation inom sjukvården

Inom sjukvården utgör kommunikation en grundpelare och av alla vårdskador som inträffar på sjukhus så beror en övervägande del på bristande kommunikation mellan vårdpersonalen (Fossum 2013, s. 214, WHO 2007, SOC 2014). Överrapportering är en specifik sorts kommunikation inom vården som innefattar processen att rapportera specifik information om patienten från antingen en vårdgivare till en annan, men även från vårdgivare till vårdteam för att säkra kontinuiteten av patientvården (WHO 2007). Dyrholm Siemsen, Dyrlov Madsen, Funck Pedersen, Michaelsen, Vesterskov Pedersen, Andersen och Östergaard (2012, ss. 439-448) beskriver i sin studie att överrapportering utgör grunden för en bättre patientsäkerhet. Vidare skall en överrapportering enligt Bruce och Suserud (2005, ss. 201-209) och Talbot och Bleetman (2007, ss. 539-542) ha en struktur samt relevans i det som rapporteras, samtidigt som den är innehållsrik och

kort. Dock kan yttre faktorer som stressig miljö samt akuta omhändertagande ligga till grund som störmoment vid överrapportering av patienten (Bost, Crilly, Patterson & Chaboyer 2012, ss. 133-141).

Flera faktorer påverkar vår förmåga att kommunicera, däribland ökad belastning, som visats ge högre risk för missförstånd eller bristfällig överrapportering (Fossum 2013, s. 214). Stress har också visat sig vara en faktor som påverkar både förståelse av och uttryck vid kommunikation. Det kan till exempel ta sig i uttryck i bristande uppmärksamhet eller glömska av det väsentliga (Fossum 2013, s. 214).

Prehospitala faktorer som påverkar kommunikationen

Stress

Stress kan beskrivas som en upplevelse av antingen maktlöshet eller kontroll. Denna stress kan beskrivas utifrån den upplevda intensitetsgraden som kallas arousal (Karlsson 2007, s. 498). Stress kan anta olika karaktär och vara både positiv som negativ. En positiv form utav stress kan upplevas som utmanande, givande samt sund och bidra till ökat fokus. Wiklund (2003, s. 80) beskriver hur begreppet sundhet kan öka ens möjlighet att hantera händelser konstruktivt genom att tolka det som vi möts med hjälp utav våra tidigare erfarenheter. Den negativa stressen kan upplevas som fördärvlig och destruktiv. Stress kan således både vara givande men även motsträvande. Under positiv stress kan vi stärkas i vår förmåga att prestera vilket gör oss mer kompatibla (Malmström & Nihlén, 2002, ss. 52-54). Vid en tillgodosedd arousalnivå ökar möjligheten för individen att prestera bättre, bättre uppmärksamhetsnivå, känslomässig balans samt mer mobiliserad med avseende på sina resurser (Karlsson, 2007, s. 500). Negativ stress, beskrivs av Karlsson (2007, s. 498) som allostatisk belastning, vilket innebär en obalans mellan en individs stresshanteringsförmåga och de krav som denne tror att dessa förmågor bör möta. Vid överstimulering av arousalnivå fås förhöjd spänningsnivå vilket innebär ett hinder i att samla tankarna som leder till försämrade kognitiva funktioner, som exempelvis sämre minne och inlärningsfunktioner.

Karlsson (2007, s. 499) beskriver tre faktorer som avgör vad den allostatiska belastningen får för implikationer. Den första faktorn utgörs av kravnivån på individen, verklig eller subjektivt uppfattad. Den andra faktorn utgörs av strategier individen har, det vill säga tekniker för att bemästra situationen. Eriksen och Ursin (2013, s. 29) beskriver att denna faktor innefattar både individens förmåga att lösa ett problem och dennes tro på förmågan att kunna lösa den. Den tredje och sista faktorn är de psykosociala resurser individen har gällande hantering av stressen, här innefattas såväl personliga egenskaper som socialt stöd. Dessa tre faktorer avgör alltså den egentliga nivån av allostatisk belastning eller vilken tyngd den allostatiska belastningen utgör på individen i situationen. Ju fler strategier och ju större psykosociala resurser individen besitter, desto mindre påverkas denne av den allostatiska belastningens tyngd.

Kompetens och erfarenhet

Erfarenhet kan förklaras som en framutveckling av föreställningar och teorier som grundat sig utifrån praktiska situationer. Färdigheterna har en förmåga att förändras genom erfarenhet och mästerskap och med det kunna utveckla ett sätt att förhålla sig till riktlinjer utifrån egna tankesätt, ibland avvika från reglerna samt kunna prestera snabbare och bättre (Benner 1993, ss. 48-49).

Benner (1993, s. 32) beskriver utvecklandet av Dreyfusmodellen där införskaffandet av färdigheter baseras utifrån olika faser. Dessa färdigheter och kvalificerade färdigheter utgår från omvårdnadsfärdigheter som kan tillämpas i kliniska situationer. Faserna utgår från stadierna novis, avancerad nybörjare, kompetent, skickligt och expertis.

Den prehospitala vårdaren ur ett vårdvetenskapligt perspektiv

Ambulanssjuksköterskans vårdande roll kan beskrivas utifrån hälso- och sjukvårdslagens intentioner då de skall arbeta för att tillgodose patientens behov av trygghet, säkerhet samt kontinuitet (SFS 1982:763). I patientsäkerhetslagen är ambulanssjuksköterskans utgångspunkt i vårdandet att skydda patienten från vårdskada, vilket definieras ”kroppslig eller psykisk skada eller lidande om en patient” (SFS 2010:659). Bost et al. (2012, ss. 133-141) beskriver hur vårdskada är vanligt förekommande vid bristande kommunikation. Som tidigare forskning visat innebär bristande kommunikation att patientsäkerheten hotas vilket tenderar att skapa ett vårdlidande för patienten. Det vårdlidande som uppkommer utav en vårdskada kan under prehospital miljö beskrivas utifrån görandets nivå där patientens lidande ökar utifrån de brister i vårdorganisation och det genomförandet som sker i form av felaktig eller utebliven vård som resulterar till försämrad sjukdomsbild (Wiklund 2004, ss. 104-105). Dahlberg och Segesten (2010, s. 212) beskriver hur brister i kunskap och reflektion hos vårdaren, men även oförmåga till reflektion kan medföra ett omedvetet handlande som utgör risk för vårdlidande.

Ur ett patientperspektiv kan vårdlidande beskrivas som en kränkning av ens värdighet, utebliven vård men även som en oförmåga att förstå den vård som ges. Wiklund (2004, ss. 148-184) beskriver hur vårdaren kan lindra patientens lidande genom information, delaktighet samt bekräftelse, men även genom att skapa rätt form av vård och behandling. International Council of Nurses [ICN] (2009) beskriver att sjuksköterskans grundläggande ansvar är ”Att främja hälsa, att förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande”. Därför är det viktigt att ambulanssjuksköterskan besitter förmågan att kunna balansera mellan det medicinska och omvårdsmässiga perspektivet för att kunna skapa en tillitsfull och trygg vårdrelation, vilket ligger till stor grund för den prehospitala upplevelsen hos patienten (Nyström & Herlitz 2009, ss. 16-21).

PROBLEMFORMULERING

Kommunikation är en avgörande del för patientsäkerheten, vilket tydliggörs av tidigare forskning. En bristande kommunikation mellan vårdinstanserna äventyrar vården och riskerar att skada patientsäkerheten. Det finns de studier gjorda på området som visar att

brister vid överrapporteringen ger en försämrad patientsäkerhet och att etablerade överrapporteringsmallar ofta inte användes eller inte användes på korrekt sätt. Flera tidigare studier utgår från ambulanspersonalens upplevelse men även personalen på akutmottagningen. Dessa utspelade sig även mestadels på akutmottagningen och inte inne vid traumarummet. Det finns begränsad kunskap om upplevelse av överrapportering i traumarummet utefter svenska förhållanden. Det är därför av intresse att undersöka ambulanssjuusköterskans upplevelse av överrapportering i traumarummet. Vi vill därför få kunskap om ambulanssjuusköterskans upplevelse av överrapportering i traumarummet. Vad för faktorer påverkar överrapporteringen som kan leda till en hotad patientsäkerhet?

SYFTE

Syftet med studien är att belysa ambulanssjuusköterskans upplevelse vid överrapportering i traumarummet.

METOD

Kvalitativ intervjustudie

Denna studie genomfördes utifrån mallen för en kvalitativ intervjustudie, där fokus riktades mot tolkning av texter utifrån en induktiv ansats. Detta innebär att analysen av texterna baserades på människornas berättelser utifrån deras upplevelser samt utifrån deras förmåga att beskriva, förklara samt fördjupa sin förståelse för den mänskliga upplevelsen (Lundman & Hällgren Granheim 2012, ss. 187-189). Kvalitativa intervjustudier har som avsikt att även finna skillnader samt likheter i textinnehållet för beskrivning av de variationer som kan komma ge till uttryck i olika kategorier och teman (Lundman & Hällgren Granheim 2012, ss. 187-189). Dahlberg (1997, s. 98) beskriver att livsvärldsperspektivet från de intervjuade personerna kan beskriva deras förmåga att erfara världen utifrån sitt perspektiv i ett mer angeläget sammanhang.

Respondenterna

Studien utfördes med bekvämlighetsurval, vilket innebar ett urval av personer som för tillfället finns tillgängliga för studien. Urvalet genomfördes på två ambulansstationer i en storstad i Västra Götalandsregionen. De som uppfyllde inklusionskriterierna för studien tillfrågades och blev informerade gällande studiens syfte. Åldersspannet utav de intervjuade ambulanssjuusköterskorna låg mellan 26-42 varav fyra män och fyra kvinnor. Deltagaren med kortast erfarenhet hade arbetat inom ambulanssjukvård i två år, den som arbetat längst hade varit verksam i 15 år inom ambulanssjukvård. Åtta deltagare intervjuades totalt.

Inklusionskriterier för studien var specialistutbildning som ambulanssjuusköterska och verksamhetstid inom ambulans på minimum två år. Exklusionskriterier var roterande tjänst till akutmottagningen då det inte ansågs representativt för gruppen av ambulanssjuusköterskor. Detta eftersom rotationen kunde innebära större förförståelse för akutvårdspersonalens perspektiv vid traumalarm. Totalt 12 stycken personer tillfrågades och åtta inkluderades i studien.

Forskningsetiska övervägande

Muntlig och skriftlig information gavs ut till verksamhetschefen angående studiens genomförande (bilaga 1). Respondenterna fick ta del av samma information med en muntlig och skriftlig beskrivning av studiens syfte (bilaga 2), samt upplystes om möjlighet att avbryta deltagandet under studien (bilaga 3). Vidare följdes Vetenskapsrådets (2003, ss. 27-41) etiska krav vid forskning, såsom krav på samtycke, information, konfidentialitet samt nyttjandekravet. Utifrån detta har samtycke inhämtats samt information tilldelats. Den insamlade datan har behandlats med konfidentialitet.

Datainsamling

Intervjuerna skedde i deltagarnas hem. Dahlberg (1997, s. 105) beskriver hur intervjuer med fördel kan ske i hemmet där deltagaren är välbekant med miljön och upplever trygghet.

Intervjuerna startades med bearbetade frågor med utgångspunkt från Kvale och Brinkmanns (2014) intervjuverktyg (bilaga 4). Den inledande frågan löd: ” Kan du berätta om någon situation där du skulle överrapportera en patient till traumateamet?” Därefter byggdes intervjun vidare med uppföljningsfrågor som exempelvis ” Kan du berätta mer om det?”, ”Vad gjorde du då?”, ”Hur tänkte du då?”, ”Vad kände du då?”, ”Hur menar du?”. Genom dessa former av öppna frågor skapades en dialog som gav utrymme för vidareutveckling inom, men också begränsning till, studiens syfte utan att styra intervjuerna för mycket.

Vidare användes diktafoner för ljudupptagning vid intervjuerna som varade mellan 30-40 minuter. Därefter transkriberades materialet in till en gemensam dator för säker lagring av materialet och för att tillsammans skapa sig en övergripande förståelse för det som hade sagts. Dahlberg (1997, s. 105) beskriver hur datainsamling vid en kvalitativ intervjumetod innebär att intervjuerna i sin helhet överförs till text, inklusive pauser, nysningar, skratt och tveksamheter.

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys utifrån Lundman och Hällgren Granheims (2012) modell valdes. Lundman och Hällgren Granheim (2012, ss.189-191) beskriver centrala begrepp som skall användas vid beskrivning av analysprocessen. Dessa begrepp är: Analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och teman. Analysprocessen började med genomgång utav de transkriberade intervjuerna flera gånger för att skapa en förståelse för innehållet. Detta representerar den analysenhet som undersöks. Därefter valdes meningsbärande enheter som svarade på syftet i arbetet ut från intervjuerna. De meningsbärande enheterna består utav ord, meningar eller stycken som hör ihop genom sitt sammanhang. Nästa steg i processen var att identifiera de meningsbärande enheterna från intervjuerna. Processen innebär att texten görs mer lätthanterlig samtidigt som det centrala innehållet som berör syftet bevaras. Därefter abstraheras den kondenserade texten till koder, vilket innebar en omvandling av innehållet till en kortare logisk förklaring. Således blir materialet analyserat till en mer

logisk mening. Av de koder som analyserades, skapades sedan kategorier och underkategorier. Kategorierna i sig utgörs av flera koder som har ursprung ur ett liknande innehåll. Ur kategorierna skapades ett övergripande tema: Ambulanssjuksköterskans upplevelse vid överrapportering i traumarummet: En kommunikationsbarriär

Meningsbärande enheter	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Det är alltid svårt att förmedla en trafikolycka eller själva platsen så att de förstår det inne på traumarummet... alltså att de förstår det på samma sätt som jag sett det.	Förmedla en gemensam bild och bli trodd.	Ej tagen på allvar utifrån sin prehospitala syn.	Samspelet med traumateamet.

Förförståelse

Förförståelsen handlar enligt Lundman och Hällgren Granheim (2012, s. 196) om den bild som författaren har gällande det fenomen som undersöks. Detta innefattar den teoretiska kunskap, tidigare erfarenhet, men även förutfattade meningar. På så sätt kan ens förförståelse vara en tillgång till forskningen då den bidrar till öppenhet att hitta ny kunskap samt skapandet av en djupare förståelse. Förförståelsen innebär likaså en medvetenhet, men det är av stor vikt att forskaren tyglar sig för att inte påverka för mycket under formuleringen av intervjufrågorna (Dahlberg, Dahlberg & Nyström (2008, s. 135).

Respondenterna kan ha en förförståelse för vad deras kollegor och författarna till denna studie vill veta. Dock kan intervjuer kollegor emellan förespråkas eftersom det även kan utgöra en trygghet och etablera en grund till att öppna upp sig, vilket skapar en chans till mer personliga inslag som annars kan vara svårare att komma åt (Kvale & Brinkmann 2009, ss. 150-151). Under arbetet erhöles det alltid en medvetenhet om vikten av minimera egen påverkan på svaren under både intervjun och analysen för att kunna skapa ett bra underlag. Detta gjordes genom att diskutera sin egna förförståelse gällande överrapportering i traumarummet. Det är av vikt att vara medveten om den egna förförståelsen i analysen av datamaterialet och att det kan påverka tolkningen. Eftersom vi själva arbetar i ambulanssjukvården reflekterade vi över att det finns olika syn på hur överrapportering ska ske. Där beroende på typ av patientfall och erfarenhet kan påverka ambulanssjuksköterskans sätt att överrapportera. Utifrån den horisont som vi ser det, med erfarenhet av överrapportering vid trauma finns risk att förförståelsen bidrar till en bild av hur kommunikation och överrapportering ska gå till. Det har tidigare upplevts hur personer inom ambulanssjukvården har olika syn samt erfarenhet vid överrapportering. Detta har visat sig i hur överrapporteringarna går tillväga samt frustration över att ej vara till behags med processen.

RESULTAT

Resultatet redovisas indelat i tre huvudkategorier med två till fyra underkategorier som kunde urskiljas för att de återkom i de olika intervjuerna.

Prehospitala arbetsstrukturen	Samspelet med traumateamet	Att stå i fokus
Skapar ett eget arbetssätt	Förmåga att etablera en kommunikation	Rädslan att rapportera
Rapporterar det som efterfrågas	Faktorer som stör överrapporteringen	Att inta ledarrollen genom erfarenhet
	Att bli tagen på allvar utifrån sin prehospitala syn	Övning skapar färdighet
	Efterfrågan om feedback, vid rätt tillfälle	Tillgodose patientens behov av trygghet genom erfarenhet

Prehospitala arbetsstrukturen

Respondenterna beskriver hur en modell av ABCDE konceptet används för att hålla strukturen inramad. Dock problematiserar respondenterna om hur mycket denna modell förmedlar helhetsbilden, då den mer visar värden på det som redan finns framför en och inte innefattar bilden från olyckplatsen. Det upplevdes dock även problematiskt att inte följa sig utav ABCDE modellen helt, utan utifrån egen erfarenhet bygga sin egna modell för rapportering eftersom det kunde upplevas en osäkerhet kring vad som efterfrågas från traumateamets sida.

Skapar ett eget arbetssätt

Respondenterna beskriver användandet av ordningen ABCDE, men hur en del väljer att göra egna versioner vid sidan utav det för att kunna förmedla sin bild.

”Det finns ju ABCDE som man går efter. Men liksom... jag... jag tycker att det finns information kring som man funderar på som inte berörs.”

Några respondenter beskriver hur ABCDE-arbetsmodellen är ett viktigt verktyg att få in som ny då den ger en trygghet när ambulanssjuksköterskan som novis söker något avvikande, vilket annars utan erfarenhet blir svårt att göra lika strukturerat. Med tiden upplever respondenterna dock att varje ambulanssjuksköterska skapar sin egen modell utifrån erfarenhet vilket gör att varje rapportering förblir olika utifrån tidigare arbetssätt och upplevelse

”Jag kör ABCDE och lite annat som jag gjort upp för mig själv som känns relevant.”

”Det finns ingen speciell modell som jag utgår ifrån utan det är lite som jag har skapat för mig själv för att kunna få en struktur kring överrapporteringen.”

Att fråga ABCDE-strukturen och istället utgå från sin erfarenhet upplever vissa respondenter dock kan riskera att viktig information missas vid överrapporteringen då dem blir för bekväma kring sitt egna sätt att föra fram informationen.

”Men dem kommer inte att märka av att patienten har flugit ur bilen 15 meter för det går inte att mäta... Därför tycker jag att det känns dumt ibland att gå igenom ABCDE när det uppenbara finns där, samt om jag skulle missat något så gör det inget för dem kommer gå igenom allt ändå.”

Vad respondenterna tycktes efterfråga var istället en form av gemensam mall för att kunna följa ett strukturerat arbetssätt där ambulanssjuksköterskan oavsett längd på erfarenhet kan förmedla en samma rapportering, men där fler aspekter än vitalparametrar förs fram. Framförallt uttrycker en respondent vikten av att ha en standardiserad struktur att falla tillbaka på som ny. Mallen skall fungera som ett verktyg som tas fram i samband med trauma och som underlättar rapporteringen till traumateamet.

”... det skulle vara jätte skönt, allting för att underlätta i stressade situationer och kunna standardisera så mycket så möjligt, så man har mycket att vinna på. Speciellt nu när vi har ganska mycket ny och oerfaren personal på ambulansen så tror jag att de kan vara en viktig tillgång.”

Rapporterar det som efterfrågas

Respondenterna beskrev vinsten i att skapa en gemensam mall för att effektivisera rapporten, dock beskrev respondenten även frågeställningen i vad det egentligen är som efterfrågas inifrån traumarummet. Respondenterna själva ansåg att vikten bör ligga kring det som hänt patienten.

”Processen är att försöka få förmedla patientens tillstånd samt vad man har gjort under tiden och hur patienten tillstånd har förändras under tiden och det de har varit med om, själva skademekanismen.”

En respondent beskrev hur det upplevdes som slöseri med tid att behöva rapportera att patienten har fria luftvägar, både när patienten kan ligga och skrika av smärta, men även för att läkaren kommer kontrollera ABCDE själv efter rapporten. Tiden, som skall vara kort på traumarummet, bör mer fokusera på information som traumapersonal vill åt och inte kan inhämta själva eller som behövs inför hanteringen av trauma än på irrelevant rapportering.

”Vad det är som de tycker är relevant är ju inget som man har fått till sig egentligen, och vad är det som de vill veta och är intresserade av?... Man kan känna ibland att man babblar om saker som de struntar fullständigt i.”

Tidigare har ambulanssjuksköterskan rapporterat det som traumateamet upplevdes vilja ha reda på. Det efterfrågas en gemensam mall utarbetad även från traumateamets synvinkel på vad som bör framföras under rapporteringen för att minimera tid. Det framkommer att respondenterna hade uppskattat att fått reda på vad som anses relevant ur traumapersonal och läkarens perspektiv. En respondent beskriver hur det kan upplevas att ambulansen har sin rutin för rapportering medan de inne på traumarummet har sin rutin.

”... men framför allt att vi har samma manual borde ju vara basen, att akutsjukhusen där vill vi ha, det som alla läkare kommit överens om. Detta ska finnas med på rapporten och likadant att vi på ambulansen kommer fram till detta är vad vi ska rapportera över, vi har ju såna mallar egentligen när de gäller tillexempel... när vi kommer till trafikolycka när vi ska återrapportera till SOS.”

Samspelet med traumateamet

Respondenterna förklarar hur flera olika aspekter av traumateamet kan påverka överrapporteringen positivt eller negativt. Att förmedla en prehospitäl bild inne på plats med information om till exempel olycksplatsen, att inte få slutföra hela överrapporteringen utan avbrott eller att prata till vad som upplevdes som döva öron vilket resulterade i återupprepning var moment som skapade både frustration och upplevdes sätta patientsäkerheten på spel. Aspekter som erfaren traumaledare samt struktur upplevdes istället bidra till möjligheten till en mer patientsäker överrapportering.

Förmåga att etablera en kommunikation

Det framkom att en faktor för oordning var oklarhet i vem som var traumaledare och huruvida alla parter var på plats. Ambulanssjuksköterskan eftersöker en tillåtelse att börja överrapporteringen, både för att försäkra sig om att alla befinner sig på plats och för att undvika moment som att bli avbruten eller få repetera det som tidigare rapporterats. Genom att få tidig kontakt med den som leder arbetet inne på traumarummet upplevde ambulanssjuksköterskan det möjligt att därifrån få ordet för att påbörja överrapporteringen.

”När man vet vem man skall rapportera till och när alla är på plats... Men i vissa fall kan man komma in och där folket är tysta och ingen säger något eller gör sig till synes som man kan rapportera till.”

”.... jag tycker att det är skönt när traumaledaren presenterar sig själv så man vet vem man ska, vem man ska prata till framförallt, naturligtvis ska alla höra vad man säger men det är skönt att ha nån att vända sig till.”

Ambulanssjuksköterskan upplevde således att en god kontakt och en grund för god kommunikation skapas när traumaledaren presenterar sig själv och ambulansen. När

detta etablerats blir miljön inne på traumarummet strukturerad samtidigt som ambulanssjusköterskan upplever sig få utrymmen att beskriva händelsen.

Faktorer som stör överrapporteringen

Att fullfölja en god överrapportering i traumarummet upplevdes kunna påverkas av inre faktorer och yttre faktorer. Inre faktorer som lyftes fram var framförallt förberedelse samt värtalighet i stor grupp.

Yttre faktorer var, utöver oklarhet i vem som var traumaledare och huruvida alla parter var på plats, även upplevelsen av att personal inte lyssnade samt att bli avbruten.

Ofta fungerade arbetet bra på traumarummet och det gick bra att föra sin talan. Respondenterna beskrev dock att de när de inkommer till traumarummet förväntar de sig att personal är på plats och gör sig redo att ta emot rapporteringen av den dåliga patienten, detta för att effektivisera tiden då det rör sig om en potentiellt instabil patient.

”Något som kan påverka är att det finns läkare som inte lyssnar alltså, som har hänt flera gånger att man givit läkemedel tex...man måste rapportera samma sak flera gånger och ibland är inte alla på plats vilket gör att man måste rapportera om igen.”

Det fanns även efterfrågan att slutföra sin överrapportering utan att bli avbruten, för att inte komma av sig. Att bli avbruten kunde innebära att personal börjar arbeta med patienten vilket leder till att mottagande personal blir ofokuserad på det som sägs och återupprepning av det som tidigare rapporterats fick ges. Det kunde också innebära att ambulanssjusköterskan blev avbruten av frågor som uppkommer innan rapporteringen är klar, oftast frågor på sådant som skulle tas upp på rapporteringen.

”... varit ofokuserade och gjort andra saker medans jag har rapporterat och då blir de mycket följdfrågor och frågor på sånt som jag har redan sagt, men självklart så finns tillfällena som där jag vara mer tydlig också.”

Ambulanssjusköterskan upplevde således att störfaktorer som att personal inte lyssnar eller avbryter rapporten leder till att överrapporteringen blir försenad, strukturen försvinner och därmed en upplevelse av ökad risk att viktig information vilket upplevdes kunna bidra till en bristande patientsäkerhet.

Att bli tagen på allvar utifrån sin prehospitla syn

Att få med sig traumasituationen, det ambulanssjusköterskan sett och gjort på plats, först in i ambulansen och sedan in i traumarummet för att förmedla en beskrivande men koncis bild av den dåvarande och nuvarande situationen är ofta frustrerande men även problematisk för ambulanssjusköterskan. Ambulanssjusköterskan är trots allt den enda i traumarummet utöver den drabbade själv som vet vad som hänt, hur miljön såg ut samt vad som sedan har hänt. Att få fram en bild på att omständigheterna inte är så bra som dem egentligen ser ut. Den dåliga patienten kan till det yttre se opåverkad ut, men bilen eller takhöjden visar på annan utgång.

”Det är alltid svårt att förmedla en trafikolycka eller själva platsen så att de förstår det inne på traumarummet... alltså att de förstår det på samma sätt som jag sett det.”

Ambulanssjuksköterskan upplevde frustration över att det scenario som just beskrivit inte blir taget på allvar, att inte blir trodd eller att inte tros veta vad det krävs för att en situation skall klassas som livshotande. Ambulanssjuksköterskan har kanske sett hur patienten har legat utanför den sargade bilen i en kall miljö till att immobiliseras samt erhålla smärtlindrande läkemedel, syrgas och vätska för att åtgärda det cirkulatoriska och respiratoriska under transporttiden in. När patienten sedan rullas in till traumarummet kan personen således ha återfått en bättre färg samt genom en viss sedering ej till synes upplevas komma från den katastrofala miljön som lämnats för 20 minuter sedan.

”Det kan ha varit när vi har sett olycksplatsen men där vitalparametrarna är ok och patienten mår hyfsat. Det blir svårt att få med den bilden in så man blir förstådd på det sättet man ville.”

Vissa utav respondenterna upplevde även att det vid förvarningen som görs via telefonsamtal in kan förmedlas en misstro för det ambulanssjuksköterskan berättar vilket kan leda till att bli ifrågasatt ifall detta skall klassificeras som ett traumalarm. Det vill säga även innan ankomst kan ambulanssjuksköterskan uppleva en misstro mot sin prehospitala kompetens.

”Vi larmar ju inte för skoj skull utan vill vi ha ett rött så skall vi ju ringa, men ja det är ju inte vår sak att bestämma i slutändan ändå”.

Det vill säga respondenterna upplever det problematiskt att få fram en tillräckligt beskrivande bild av olycksplatsen och upplever sig ibland inte bli betrodd i sin beskrivning/bedömning av situationen, det senare både vid inringning av traumalarm samt vid överrapportering i traumarummet. Detta gav respondenterna upplevelse om att viktig information gällande patienten försvann efter överlämnandet på traumarummet, vilket kunde ge upphov till en hotad patientsäkerhet.

Efterfrågan av feedback vid rätt tillfälle

Respondenterna beskriver att det är av stor vikt att ambulanssjuksköterskan får ordet och även får avsluta ordet utan att bli avbruten. Det framkommer även ett sökande i någon form av respons, både för att försäkra sig om att informationen i som rapporterats kommit blivit förstått, men även för att det kan finnas andra frågetecken som de själva inte har reflekterat över. Några utav respondenterna beskrev hur det skulle uppskattas att få respons eller motfrågor, både för att kunna utveckla det som har gjorts men även för lära sig ifall det är något som missats och ej reflekterat över.

”Alltså jag skulle inte ta illa vid mig om de hade frågat något, för då kanske det är något jag har glömt så då är ju bara bra om de frågar mig.”

Vidare fanns det respondenter som upplevde en misstro när någon form av feedback uteblev. Till exempel i en situation vid rapportering av en svårt sjuk patient där

responsen uteblev och istället påbörja traumateamet utföra sitt arbete med patienten. Detta kunde skapa en osäkerhet hos ambulanssjuusköterskan huruvida personalen förstått det som rapporterats och om informationen var till någon hjälp. Återkommande är att ambulanssjuusköterskorna söker någon form av kvittens på att de har lyckats förmedla viktig information och bekräftelse på att de kan avsluta sitt ansvarstagande.

”... man får ibland ingen feedback alls, är de nöjda då eller inte nöjda?”

En del av respondenterna beskrev att det önskades en bekräftelse på sitt arbete. Den tid och kraft som lagts ned på att upprätthålla patienten stabil och samtidigt förberett rapporteringen. Det upplevdes vara en tillfredsställelse att få respons på arbetet som utförts från mottagande personal.

”Det är sällan jag får följdfrågor av läkaren där inne. Det kanske bekräftar att jag har rapporterat det som dem vill ha reda när på de inte säger något. Sedan säger de inte tack för en bra rapportering eller något.”

Uteblivande av en sådan kvittens och bekräftelse får ambulanssjuusköterskan att ifrågasätta sitt agerande vid omhändertagande och överrapporteringen av patienten.

”Det finns en där som alltid tackar ambulansen för bra rapporteringen och arbete. Då får man ändå respons och det känns väldigt bra och då har man kvitto att dem förstått det man berättat.”

Att stå i fokus

Med huvudkategorin ”Stå i fokus” belyses ambulanssjuusköterskans upplevelse av att träda in i talarrollen i traumarummet. Detta moment kunde innebära en känsla nervositet samtidigt som några respondenter beskrev det som en känsla utav att ”äga rummet”. Gemensamt för respondenterna var att erfarenhet var en viktig del i själva upplevelsen då detta i slutändan gav större möjlighet att tillgodose patientens behov av information och trygghet.

Rädslan att rapportera

Återkommande var att respondenterna beskrev en känsla av nervositet vid överrapporteringen i traumarummet, framförallt som nyanställda. Detta beskrevs grunda sig i en känsla av att ej veta riktigt vad som skulle rapporteras eller i vilken ordning, samtidigt som det fanns en outtalad förväntan om att det skulle presenteras snabbt och koncist.

Det upplevdes inte heller föreligga lång tid för förberedelse inför överrapportering av trauma eftersom beslut om traumalarm sker på väg in till akuten. Att då även sakna ett arbetsmönster att utgå ifrån, utöver den begränsade erfarenheten, upplevdes utgöra förutsättningar för att orsaka mer skada än nytta då ambulanssjuusköterskan upplevde oro att inte få med viktig information i överrapporteringen, vilket kunde riskera ett hot

mot patientsäkerheten. I avsaknaden av en etablerad struktur för överrapportering börjades det istället spekuleras på vad traumateamet skulle kunna tänka sig vilja veta.

”Jag kommer ihåg att jag var rätt nervös... så nervös för att man inte var så erfaren, man visste inte riktigt vad man visste och vad man skulle berätta och vad som förväntades av en.”

Respondenterna beskrev hur det först efter överrapporteringen kunde ge sig tid till reflektion genom dialog med sina kollegor och således hitta bra och mindre bra aspekter av hur överrapporteringen hade gått till, och på så sätt utvecklas i sin yrkesroll kring överrapportering. Respondenterna beskrev hur egenskaper som ny kunde ge upphov till oro över att ha missat något som skulle kunna resultera i skada för patienten.

”Hanterar mycket genom att diskutera med mina kollegor efteråt,..... Ventilera tankar och känslor som man har och gå igenom vad som gick bra och vad som gick mindre bra under själva patient omhändertagandet och där ingår väl också överrapporteringen.”

Att inta ledarrollen genom erfarenhet

Att träda in i traumarummet där en omfattande del av personalen befinner sig och där fokus kommer riktas mot en som ensam ambulanssjuksköterska utgjorde grund till en känsla av osäkerhet i överrapporteringen. Detta kunde resultera i olika upplevelser, från att känna sig osäker på sin uppgift till en känsla av belåtenhet över att ”äga” rummet för en stund. Upplevelsen tycktes relaterat till erfarenhet. Den som besatt mindre erfarenhet av överrapportering upplevde stress över att personal med lång erfarenhet skulle granska det som rapporterades och märka av ens osäkerhet.

”... skum känsla att ha ett antal doktorer och sköterskor och folk som står och tittar på en samt att man ska säga nåt som är relevant och kvickt och inte stå och ordbajsa i 5 minuter, utan de ska ändå vara ganska koncist och det är ganska stressande.”

Några respondenter beskrev upplevelsen där erfaren personal lyssnade på en samtidigt som ambulanssjuksköterskan byggt upp en förförståelse gällande den förväntan avseende en snabb och konkret rapportering, vilket ledde till en osäkerhet under rapporteringen. Samtidigt som dem med större del erfarenhet trivdes med rollen genom deras rutin över det som skulle rapporteras.

”... det är bara roligt att alla inte lyssnar så man får poängtera de att få folk att lyssna, det är jag som bestämmer där en liten stund och det är bara jag som vet vad som hänt patienten.”

Övning skapar färdighet

Respondenterna beskrev hur de framförallt i början av sitt yrke saknade system för överrapportering vid traumalarm. Utbildningen som erhöles var den som ambulanssjuksköterskan under olycksplatsen, samt i ambulansen in, fick utav sin kollega. Det svåraste var att få struktur på det som skulle beskrivas. Det som ansågs som det primära vid förberedelse inför överrapportering var att få med kliniska fynd

som vitalparametrar som ett bevis på att något hade gjorts med patienten in. Olycksplats eller andra fynd på plats var inget fanns reflektion över. När ambulanssjuksköterskan sedan stod inne på traumarummet fanns mestadels inget underlag i form av dokument eller hjälplapp vilket ledde till att ambulanssjuksköterskan började beskriva situationen utifrån det fanns i minnet. Detta kunna resultera i beskrivning av ett blodtrycksvärde till en början för att sedan gå över till att nackkrage etablerades efter kontroll utav tempen. Detta skapade en stökig ordning, vilket gjorde att ambulanssjuksköterskan efter rapporteringen insåg att det missats rapportera viktig information. Detta ledde till en missbelåtenhet och ökat stresspåslag inför kommande larm av samma karaktär.

”Det var det att rapportera i rätt ordning, eller rätt, men mer kronologisk ordning är det lättare att hänga med än att man börjar på ett ställe och så fortsätter man med parametrar och så ahh blir de rörligt, så det fick jag som tips.”

Majoriteten av respondenterna beskrev hur de med tiden skapade sig en struktur vid överrapportering genom arbetsbeprövad erfarenhet, där efter överrapportering slutförts kunde de höra från traumateamets sida vad dem utgår ifrån samt vad dem söker för information vid undersökning av patienten. Även feedback från sina kollegor låg till stor grund förbättring inför kommande situationer.

”Jag vet inte vad som är rätt, vad som anses vara korrekt överrapportering men ju mer man övar så blir man bättre i alla fall.”

”Jag har lärt mig av egen beprövade erfarenhet..... Det är inte så att jag har gått nån kurs som har inspirerat mig utan snarast beprövad erfarenhet vad brukar dom efterfråga från deras sida samt vad mina kollegor har gett mig tips och råd om liksom.”

Tillgodose patientens behov av trygghet genom erfarenhet

Alla respondenter angav att det var viktigt att tillgodose patientens och anhörigas behov av information och trygghet. Detta fick dock komma i andra hand vid sviktande vitalparametrar. Vid medvetlöshet upplevdes behovet av information eller trygghet ej som något primärt.

Hur väl informerad en stabil patient och dess anhöriga blev upplevde respondenterna även bero på graden av erfarenhet hos ambulanssjuksköterskan. Som oerfaren ambulanssjuksköterska uppgavs att avsaknaden av struktur kring rapportering kunde ta tid ifrån patienten, då det tog tid att registrera och hålla alla vitalparametrar under uppsikt oavsett tillstånd samt förbereda sig inför rapporteringen.

”... ibland är man inte helt säker på dels att man gjort rätt... man känner sig lite stressad och man är inte helt hundra på att man gjort allt man kunnat för patienten.”

Respondenter med mer erfarenhet beskrev hur egenskap av en mer klinisk blick kunde bidra till att skapa sig en överblick gällande patientens vitala parametrar, genom perifert återflöde, andningsfrekvens, pulsation samt hur patienten såg ut. Det tillsammans med en erfarenhet av trauma gjorde att ambulanssjuksköterskan kunde vara mer närvarande

med patienten och tillgodose mer omvårdnadsmissiga behov av information, närhet och trygghet.

”När jag nu har mer erfarenhet så upplever jag att jag kan vara lite mer vårdande än innan, då jag har koll på vad som skall ha gjorts innan. Är patienten vid medvetande då försöker jag alltid innan vi kommer till traumarummet förklara vad det är som kommer att hända, att det kommer att vara mycket folk, att man kommer att prata över huvudet och detta för att de ska gå snabbt som möjligt och så lätt så möjligt att undersöka han eller henne.”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Lundmann och Hällgren Granheim (2012, s.197) beskriver hur den kvalitativa forskningen använder sig utav begrepp för att beskriva trovärdigheten utav ett resultat. Dessa begrepp utgörs av giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet. Under dataanalysen användes dessa begrepp för att värdera styrkan av resultatet.

Studiens syfte var att belysa ambulanssjusköterskans upplevelse vid överrapportering på traumarummet. Därmed ansågs en kvalitativ intervjustudie lämplig för att fånga upplevelsen. Lundmann och Hällgren Granheim (2012, ss. 187-188) beskriver hur den kvalitativa forskningen använder sig av texter från utskriften av inspelade intervjuer där fokus läggs på tolkningarna. Valet av kvalitativ intervju som metod för studien styrks utav Kvale och Brinkmann (2014, s. 46) och Lundman och Hällgren Granheim (2012, s. 110) som beskriver hur intervjuer föregås utav ett präglade arbetssätt där människan ger sin beskrivning utifrån sin livsvärld.

Kvale och Brinkmann (2014, ss. 176-178) beskriver hur en kvalitativ intervju startar med inledande fråga med inriktning mot det syfte som söktes. De inledande frågorna kan komma att ge både rika och spontana beskrivningar av det som undersöks. Vidare kan svaren på de inledande frågorna skapa möjlighet till uppföljningsfrågor, både genom ifrågasättande av det som sagts, men även genom enkla moment som ett nickande, en paus eller ett ”mm”. Sökandet efter mer svar kan ges genom sonderande frågor som skapas genom att be de intervjuade att vidareutveckla det som sagts, till exempel ”Kan du säga något mer om det?” ”Har du fler exempel?”. Detta förklaras även av Dahlberg (1997, ss. 98-99) som beskriver hur intervjuaren under intervjun finner en strävan efter att fråga samt kommentera den intervjuade på ett sätt som får den att öppna upp sig att berätta mer och således kunna förtydliga och fördjupa sig samtidigt som den intervjuade försöker exemplifiera det som beskrivs. På sådant sätt fångas den intervjuades upplevda erfarenhet samt uppfattningar av en företeelse. Tystnaden beskrivs som ett kraftfullt verktyg att använda sig utav i intervjun där vikten i att tillåta tysthet innebär en möjlighet för den intervjuade att stanna upp och reflektera samt begrunda för att själv bryta tystnaden med betydelsefull information (Dahlberg 1997, ss. 98-99).

Vad det gäller analysen av intervjumaterialet, låg en induktiv ansats närmast till hands för studiens syfte. Lundmann och Hällgren Granheim (2012, s. 188) beskriver hur den induktiva ansatsen ger en objektiv analys av de texter som baserats på människors

berättelser utifrån deras upplevelser. Genom detta tillvägagångssätt upplevdes syftet på bäst sätt kunna besvaras. Det kan diskuteras om antalet citat i respektive kategori. Enligt Sandelowski (1993) kan citat vara ett sätt att öka trovärdigheten och också ge möjlighet för läsaren att utvärdera från vad källan till kategorin har skapats utifrån. Enligt Elo och Kyngäs (2007) kan antalet citat ifrågasättas om antalet överstiger resultattexten, vilket kan vara ett tecken på brister i själva analysarbetet. I den här studien återfinns citat under respektive kategori för att förstärka kategorierna och anses inte ta överhanden i respektive kategori.

För att stärka överförbarheten av studien valdes ett ändamålsenligt urval med inklusion av både män och kvinnor med olika åldrar samt erfarenhetsnivå, vilket kan ses som en styrka i en studie där en heterogen grupps upplevelse står i fokus (Lundmann & Hällgren Granheim. 2012, ss. 198). Vidare stärks överförbarheten i studien med hänvisning till Lundmann och Hällgren Granheim (2012, ss. 198-199) vid bearbetning av en noggrann beskrivning utav inte bara urval utan även av deltagare, datainsamling och analys.

För att stärka studiens giltighet och delaktighet, hölls intervjuerna i hemmen utifrån deltagarens önskemål. Detta medförde möjlighet att delta i högre grad, möjlighet att distansera sig från arbetet som annars skulle kunnat utgöra en mer stressad miljö där eventuella larm skulle avbryta intervjun och möjlighet till mer förtroliga och privata samtal. Kvale och Brinkmann (2009, ss. 150-151) beskriver hur intervjuer i hemmiljö kan skapa möjlighet till en mer öppen samt lättsam miljö.

Båda författarna var närvarade under samtliga åtta intervjuer för att kunna vara vakna på följdfrågor som väcks utifrån deltagarnas svar, vilket skulle vara svårare som ensam intervjuare. Lundmann och Hällgren Granheim (2012, s. 198) beskriver vidare hur tillförlitligheten ifrågasätts om olika författare håller i intervjuerna, då det kan leda till att olika deltagare erhåller olika uppföljningsfrågor. Det vill säga studiens tillförlitlighet stärks av båda författarnas deltagande i samtliga intervjuer.

Studiens svagheter kan, som nämnts ovan, vara den förförståelse som finns genom att författarna själv är aktiv inom verksamheten. Lundmann och Hällgren Granheim (2012, ss. 196-197) beskriver dock hur förförståelse består av dels teoretiska kunskap och tidigare erfarenhet men även av förutfattande meningar. Förförståelse kan således utgöra en brist genom en omedveten påverkan i tolkningarna av intervjuerna. Dock kan förförståelsen också stärka giltigheten i studien genom att, som Lundmann och Hällgren Granheim (2012, ss. 196-197) beskriver, göra det möjligt att skapa en djupare förståelse av något som tidigare har upplevts. Detta genom att dela upplevelsen utav den miljö deltagarna försöker beskriva.

Vidare transkriberades första intervjun för att kunna bedömas av handledaren med avseende på frågornas relevans utifrån syfte samt frågornas grad av objektivitet. Kunskap gällande intervjuteknik var bristfällig på grund av avsaknad av tidigare erfarenhet av intervjuande vilket kan ses som en svaghet. Detta kompensterades genom att läsa på samt sända in en provintervju till handledare för bedömning. Vidare användes intervjuteknik från Dahlberg (1997, ss. 98-99) som bland annat beskriver hur intervjuaren skall sträva efter ett arbetssätt där den intervjuade öppnar upp sig mer i form av berätta mera, förtydliga sig samt fördjupa sig i det som sökes.

Vidare kan relationen till deltagarna som kollegor påverka studien genom att de intervjuade kan tänkas beskriva det som studien förväntas vilja få fram. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver dock hur en relation mellan författarna och deltagare kan skapa en trygghet och därigenom få deltagarna att öppna upp sig och dela med sig utav sina känslor och upplevelser. Detta gentemot om en tidigare anonymitet funnits mellan varandra, då det kunnat gett upphov till ett sämre förtroende till varandra som resulterat till en sämre beskrivning av deras upplevelse utifrån sin livsvärld.

Åtta deltagare intervjuades, vilket skulle kunna bedömas som en brist. Med tanke på uppsatsens längd på 10 veckor ansågs det som en realistisk deltagarnivå. Kvale och Brinkmann (2014, ss. 156-157) beskriver hur antalet intervjupersoner beror på undersökningens syfte, och om en studies syfte är att beskriva upplevelse av ett fenomen så räcker underlaget att ha en deltagare. Vidare beskriver Kvale (2014, ss. 156-157) hur tyngdpunkten ej ligger på antalet intervjuade utan på kvaliteten på intervjuerna. Vinsten av studier blir större ju längre tid som ägnas åt förberedelser inför samt analyseringen av intervjuerna, snarare än tid som ägnas åt utökad rekrytering av deltagare.

Författarnas val av åtta deltagare gav upphov till variationer när det gäller upplevelse av det studerade fenomenet, vilket enligt Lundmann och Hällgren Granheim (2012, s. 198) stärker studiens överförbarhet. Generellt består intervjustudier utav +15/-10 deltagare beroende på den tid och resurs som finns tillgänglig för undersökningen. Dock uttrycker Kvale och Brinkmann (2014, s. 157) hur kvalitativa intervjustudier inte blir mer vetenskapliga av att fler intervjuer görs- det handlar om just kvalitet, inte kvantitet.

Dataanalysen grundade sig på Lundmann och Hällgren Granheims (2012, ss. 198-199) beskrivning av analys, där viktiga begrepp som reflektion och diskussion ingått vid de olika tolkningsmöjligheterna och abstraktionsnivåerna. Detta har bidraget till att koderna och kategoribenämningarna blivit mer noggranna vid analysen av de transkriberade intervjuerna, vilket ökar studiens tillförlitlighet. Dock kan brist på erfarenhet av analys av intervjustudier visa på en svaghet i studiens trovärdighet. För att stärka tillförlitligheten har riktlinjerna noggrant följts utifrån Lindmann och Hällgren Graneim's (2012, ss. 187-199) beskrivning av den kvalitativa innehållsanalysen.

Resultatdiskussionen

Syftet med denna studie var att beskriva ambulanssjusköterskans upplevelse av rapportering i traumarummet. Resultatet visade att ambulanssjusköterskan eftersöker en gemensam mall för att få en struktur vid överrapporteringen och på så sätt säkra informationsöverföringen mellan instanserna. Genom användning av en gemensam mall upplevde respondenterna i studien att ett bättre samspel med traumarummet skulle kunna växa fram. Det eftersöktes en ömsesidig förståelse redan från början av hur en holistisk bild av patientens situation skulle byggas upp och undvika avbrott i överrapporteringen i högre mån. Det upplevdes också skapa tryggare arbetsförhållanden, vilket i sin tur kan resultera i en bättre patientomvårdnad. Dessa utfall upplevde respondenterna kunna höja patientsäkerheten. Med erfarenhet nådde

också en större trygghet i yrkesrollen och rollen vid överrapportering samt tillgodogjorde sig kunskap som låg till grund för utveckling av ”klinisk blick” och således gav större utrymme för tid till att göra patienten mer delaktig i vården.

Prehospitala arbetsstrukturen

Resultatet bekräftar bland annat två andra studier av Dyrholm et al. (2012, ss. 439- 448) och Bost et al. (2012, ss. 133-141) vad det gäller att ambulanssjuusköterskan upplevde hur brist på struktur vid överrapportering kunde leda till att värdefull information kring patienten försvann mellan instanserna. Respondenterna i föreliggande studie beskrev bristande struktur och således information som försvann som problematiskt eftersom all prehospital information om hur en patient flugit ur bilen, inte är uppenbar eller kan återfinnas i mätvärden, och därför riskerar att inte komma fram om inte det förs fram vid rapportering. Detta resultat är också i enlighet med Owen, Hemmings och Brown (2009, ss. 102-107) som visade att avsaknad av strukturell överrapporteringsmall ökade risken för att information ändrades under rapporteringen, vilket i sin tur ökade riskerna för att viktig information föll bort. Brist på gemensam struktur tillsammans med ökad risk för att bli avbruten ledde till att överrapporteringen förändrades. Det skapades då ofta ostrukturerade, irrelevanta och tidsfördrivande meningsutbyten.

Respondenterna förde också fram problematik i variation på överrapporteringsstruktur mellan instanserna. Det upplevdes att traumateamet arbetade efter ett visst koncept, medan ambulansen arbetade efter något annat. Detta bekräftar tidigare studier av Owen, Hemmings och Brown (2009, ss. 102-107) samt Talbot och Bleetman (2007, ss. 539-542) som fört fram hur viktig information föll bort genom att endast en utav av instanserna erhållit en viss strukturerad rapporteringsmodell. Detta tenderade skapa en störning i sändare till mottagare då det uppstod problem med att tolka informationen som gavs och förutse ordningen på den information respondenterna eftersökte från traumarummets håll. Detta ledde till att koncentrationen avtog och stress uppkom samt en känsla av behov att istället arbeta mer med patienten för att hitta egna kliniska fakta. Respondenterna i föreliggande studie upplevde dock att helhetsbilden kring patienten försvann om traumapersonal tappade fokus och började utgå endast från vad de hade framför sig. Länken mellan det prehospitala och traumarummet avslutas när ambulanssjuusköterskans rapport inte uppmärksammas och möjligheten till länken försvinner när ambulanssjuusköterskan lämnar rummet, kvar blir endast en risk för att patientsäkerheten blir lidande. Owen, Hemmings och Brown (2009, ss. 102-107) påvisade att bristande länk mellan prehospitala situationen och traumarummet var den primära orsaken till hotade patientsäkerhet.

Samspelet med traumateamet

Respondenterna upplevde brister vid informationsöverföringen på traumarummet. Det rörde sig dels om den förtroendeproblematik ambulanssjuusköterskan erfar när denne med erfarenhet från olyckplatsen skulle återge den prehospitala miljön som patienten befunnit sig i, dess skademekanism som skulle kunna indikera allvarligt trauma. Samma problematik stärks av studierna från Owen, Hemmings och Brown (2009, ss. 102-107), Dyrholm et al. (2012, ss. 439-448) samt Bost et al (2012, ss. 133-141) som beskrev hur ambulanspersonalen i deras studie upplevde en misstro under överrapportering mellan

instanserna. Vidare beskriver Owen, Hemmings och Brown (2009, ss. 102-107) hur det förelåg en problematik vid försök till förmedling av prehospitla bilden till personalen på traumateamet, till exempel vid en allvarlig bilolycka med fordon som färdats i hög hastighet men med en immobiliserad patient framför sig som ej visar yttre tecken på sviktande hälsa.

Respondenterna i den här studien beskrev hur misstron skapade en frustration och en känsla av att ej bli tagen på allvar, men också av att patientens behov av vård blev åsidosatt då värdefull information ej påverkade förloppet i traumarummet. Wiklund (2003, ss. 104-105) beskriver denna form som vårdlidande på görandets nivå. Wiklund (2003, s. 105) beskriver hur görandets nivå grundar sig i hur de brister som organisationen medför, kan bidra till ökat lidande hos patienten. Det inkluderar även den kränkning som kan upplevas när den prehospitla beskrivningen ej tagits på allvar. Respondenterna upplevde då också frustration på grund av svårighet att lindra det lidande patienten då utsätts för. Wiklund (2003, s. 104) beskriver hur vårdaren besitter stora möjligheter att motverka denna typ av lidande om det uppmärksammas.

En andra störningsfaktor i traumarummet som bidrog till upplevelsen av att viktig information kring patienten kunde försvinna var när personal ej var på plats i traumarummet och saknad utav någon ansvarig att rapportera till. Respondenterna i studien eftersökte också någon form av inbjudan att påbörja sin överrapportering. Avsaknad av inbjudan att överrapportera medförde ett stresspåslag som gav upphov till störning i rapportstrukturen samt en upplevelse av mindre fokus på ambulanssjuksköterskan och mer fokus direkt på patienten redan under överrapporteringen. Två andra studier, skrivna av Jenkin, Abelson-Mitchell och Cooper (2007, ss. 141-147) och Bost, et al 2012, ss. 133-141) har visat på liknande problematik. Studierna beskrev hur ambulansbesättningen upplevde det svårt att identifiera traumaledaren inne på traumarummet när rapporteringen skulle påbörjas, vilket ledde till förseningar. Vidare beskrev Jenkin, Abelson-Mitchell och Cooper (2007, ss. 141-147) studie hur ambulanspersonalen med tidigare erfarenhet sett hur det vid andra situationer varit lättare att identifiera traumaledaren som då bar skylt för att tydliggöra sin roll inne på traumarummet. Respondenterna i vår studie uppskattade när inblandade på traumarummet blev introducerade, och även ambulanspersonalen, för att på sådant sätt få bekräftelse om att alla var på plats och var mottagliga för rapport.

En tredje störningsfaktor i denna studie var upplevelsen av att bli avbruten under överrapporteringen. Några respondenter beskrev hur detta gav upphov till ökad stress samt störningar i den struktur som skapats, vilket ökade risken för att viktig information kunde försvinna. Detta resultat stärker den problematik som rapporteras i studierna av Owen Hemmings och Brown (2009, ss. 102-107) samt Bost et al. (2012, ss. 133-141) som beskrev yttre faktorer som störde överrapporteringen. Sådana yttre faktorer var när personal arbetade med patienten (kopplade upp patienten, tog kontroller och prover) samtidigt som överrapporteringen, vilket skapade en oro hos ambulanspersonalen över att traumateamet inte tog till sig det som rapporterades och således en oro för att viktig information kring patienten skulle försvinna. Det kunde också resultera i att ambulanspersonalen sedan fick börja om rapporteringen och på så sätt också kom av sig och missade tidigare viktig information som hade sagt första gången.

Denna studie och studien av Owen, Hemmings och Brown (2009, ss. 102-107) samt Bost et al. (2012, ss. 133-141) visade alltså på oro hos ambulanspersonalen om förlorad information. Dahlberg och Segesten (2010, s 122) beskriver vidare hur en upplevelse av att inte kunna bereda patienten för en god vård genom den bristande vårdmiljön som erbjuds, kan ge upphov till ohälsa även hos personal.

I föreliggande studie försökte erfarna ambulanssjuksköterskor undvika avbrott, som till exempel att personalen påbörjade arbete med patienten innan rapporten var klar, genom att höja rösten och på så vis visa alla vem fortfarande hade ordet. En annan intressant iakttagelse i tidigare studier, Owen, Hemmings och Brown (2009, ss. 102-107) var hur ambulanspersonal valde att behålla patienten på sin sida båren som en symbol för att symboliskt visa vem som fortfarande ansvarade för patienten. Först efter överrapporteringen släpptes patienten över för att därmed överlåta ansvaret till personalen i traumarummet.

Att stå i fokus

Resultatet visar hur den oerfarna ambulanssjuksköterskan och den erfarna ambulanssjuksköterskan upplevde utav att stå i fokus kan skilja sig åt. Oerfarna ambulanssjuksköterskor kunde uppleva osäkerhet av att stå i centrum i traumarummet. Detta kunde i efterhand leda till känslor av otillräcklighet när det kom till att se till patientens behov av trygghet och information eftersom ambulanssjuksköterskan innan ankomst till traumarummet velat lägga mycket tid till att förbereda rapporteringen. Den erfarna ambulanssjuksköterskan upplevde däremot en större trygghet i rollen, vilket gav mer tid till att tillgodose patientens behov av information och trygghet. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) beskriver vikten av att informera patienten om sitt hälsotillstånd, vård och behandling. Detta är ett bristande moment hos oerfarna. Att tillgodose patientens behov av delaktighet är ett viktigt moment i vårdledet, framförallt eftersom den professionella vårdaren besitter kunskap som patienten saknar, men söker efter (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 108-109). Vidare beskriver Dahlberg och Segesten (2010, ss. 109-110) vikten av att få patienten delaktig för att kunna få en bättre uppfattning av patientens sjukdom och bild av sin situation. Detta stärks av artikeln av studien av Bruce och Suserud (2005, ss. 201-209) som beskrev hur kvaliteten på överrapporteringen ligger som grund till djupare förståelse och klarare bild av omständigheterna kring vad som hänt patienten och om patientens behov och problem. Studiens visade på att akutteamet var mer intresserad av information och potentiella problem i patientens livssituation än av vilka tester som utförts samt objektiva data. Den "kliniska blicken" var mer av värde (Bruce & Suserud 2005, ss. 201-209). Vår studie visade på hur erfarenhet hos ambulanssjuksköterskan alltså möjliggjorde större insatser att göra patienten delaktig. Den oerfarna ville, men upplevde ej kunna, skapa den kontakt som önskades med patienten på grund utav att saknad utav erfarenhet och därmed en mer klinisk blick, vilket resulterade i en strävan att få med objektiva data som värden av vitalparametrar. Den erfarna ambulanssjuksköterskan som däremot besatt den kliniska blicken hade möjlighet att se och känna för att skapa sig en bild om patientens vitala funktioner och fann då tid att möjliggöra större patientdelaktighet och fick således fram djupare information om dennes upplevda tillstånd.

Erfarenhet beskrivs vidare av Benner (1993, s. 32) som färdigheter med utgångspunkt

från olika stadier. Dessa stadier återspeglar en professionell vårdares förmåga att utvecklas i sina prestationer. Den oerfarna ambulanssjuksköterskan i vår studie kan beskrivas i det som Benner (1993, ss. 37-40) förklarar som "Novis". Detta stadie innebär att denne saknar erfarenhet av de situationer som det förväntas presteras i. För att klara av dessa situationer och skapa sig en förståelse av verkligheten använder vårdaren sig av objektiva data som mätbara värden, blodtryck, puls, temp. Med tiden kommer dock en större klinisk blick utöver mätbara parametrar.

Ahl, Hjalte, Johansson, Jonsson, Wireklint-Sundström och Suserud (2005, ss. 30-36) beskriver vikten av att låta nya ambulanssjuksköterskor erhålla kunskap genom erfarenhet av vårdssituationer, under observation av en erfaren ambulanssjuksköterska.

Den erfarna ambulanssjuksköterskan i vår studie kan i sin tur sägas tillhöra nivån som Benner (1993, ss. 42-47) förklarar som "Skicklig" till "Expert". Dessa stadier innebär att den professionella vårdaren grundat på tidigare erfarenheter har en större helhetsbild, en förmåga att i högre grad förutse situationer och förmåga att utföra åtgärder. Vidare beskriver Benner (1993, ss. 42-47) hur vårdaren på dessa nivåer ibland kan frångå rutiner och skapa sig en förståelse av situationen utan att använda sig av vitalparametrar. Genom erfarenhet kan vårdaren intuitivt förstå den aktuella problematiken. Carne, Kennedy och Gray (2012, ss. 280-285) beskrev också vikten av att med erfarenhet uppnå en nivå med förmåga att kunna tänka framåt gällande oförutsedda händelser som kan uppkomma, och utifrån det kunna utveckla en plan som kan förbättra förloppet.

Kliniska implikationer

Resultatet från studien visar att behovet av ökad förståelse vid kommunikationsutbyte finns att önskas hos ambulanssjuksköterskan. Tillsammans med en ökad förståelse mellan instanserna för att ta del utav varandras erfarenheter och därmed en bättre struktur vid överrapportering. Förslag på förbättringsområden för ökad kunskap vid överrapportering vilket leder till en ökad patientsäkerhet kommer nedan

- Hospitering för nyanställda på akutmottagningen för att få ta del av traumalarmets start utifrån akutens sida.
- Teamträning där ambulanssjuksköterskan tränar tillsammans med traumateamet för att skapa möjlighet till reflektion samt färdigheter under tryggare förhållanden.
- Införa grundläggande internutbildning avseende traumafall för nyanställda
- Vidare forskning för att eftersöka en gemensam mall som båda instanserna endast använder sig utav.

Slutsats

Bristande kommunikation är en allvarlig aspekt som leder till bristande patientsäkerhet. Ambulanssjuksköterskans skall sträva efter att tillgodose patientens behov av trygghet, säkerhet och kontinuitet. Resultatet lyfter fram flera intressanta punkter med avseende att förbättra patientsäkerheten. Uppsatsen påvisar aspekter som hämmar patientsäkerheten. Erfarenhet är en bidragande faktor till att kunna tillgodose patientens behov. Men för att erhålla erfarenhet måste ambulanssjuksköterskan få vara ny. Därav

ligger det utav stor vikt att en kontinuitet i form av utbildning, teamträning samt skapandet av gemensam mall kommer tillhands. För att åstadkomma en ny rapporteringsmall krävs vidare forskning inom området för att belysa det traumatiska läkaren eftersöker. Utbildning och teamträning skapar förmåga till att den oerfarna kan under tryggare miljöer utvecklas i sin ledarroll och tillgodose patientens behov av trygghet och information.

REFERENSER

Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint-Sundström, B., Jonsson, A., Suserud, B. (2005). Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emergency Nurse : The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 13(8), ss. 30-36

Ambualarm. (2011). *Årsrapporter- Amb VGR totalt, 2011*.
<http://www.vgregion.se/upload/AmbuAlarm/Statistik/VGR%20årsrapport%202011.pdf>
[2014-10-10]

Benner, P., Rooke, L., & Grundberg, T. (1993). *Från novis till expert: Mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Bibeln (2014). *Luk* 10:34.
<http://www.bibeln.se/las/sok/?b=2k&q=Jes+1%3A6%2C+Luk+10%3A34> [2014-10-01]

Blickman, J. G., & Kool, D. R. (2007). Advanced trauma life support. ABCDE from a radiological point of view. *Emergency Radiology*, 14(3), 135-141. doi:10.1007/s10140-007-0633-x

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. Doi: 10.1016/j.ienj.2011.10.002

Bruce, K., & Suserud, B. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: The experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, 10(4), ss. 201-209. doi:10.1111/j.1362-1017.2005.00124.x

Carne, B., Kennedy, M., & Gray, T. (2012). Review article: Crisis resource management in emergency medicine. *Emergency Medicine Australasia*, 24(1), ss. 7-13. doi:10.1111/j.1742-6723.2011.01495.x

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur

Dahlberg, K., Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.

Dyrholm, Madsen, M., Pedersen, L., Michaelsen, L., Pedersen, A., Andersen, H., & Østergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 40 (5), 439-448. Doi: 10:1177/1403494812453889

- Eide, H., Eide, T., & Glad, A. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115.
- Eriksen, H R., & Ursin, H. (2013). Kognitiv stressteori. I Ekman, R., & Arnetz, B. B (red.). (2013). *Stress gen, individ, samhälle*. Stockholm: Liber AB
- Evans, S. M., Murray, A., Patrick, I., Fitzgerald, M., Smith, S., & Cameron, P. (2010). Clinical handover in the trauma setting: A qualitative study of paramedics and trauma team members. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), ss. 1-6. doi:10.1136/qshc.2009.039073
- Fossum, B. (2013). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I Fossum, B., & Sophiahemmet Högskola. (red.). (2013). *Kommunikation: samtal och bemötande I vården*. Lund: Studentlitteratur AB
- Haddleton, E. (2014). *Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation – SBAR*. <http://www.varhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Situation-Bakgrund-Aktuell-bedomning-Rekommendation---SBAR/> [2014-12-20]
- International Council of Nursing. (2007). *ICN:s etiska koder för sjuksköterskor*. http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf [2014-10-19]
- Jansson, K-Å. (2009). Olycksfall och trauma. I Suserud, B.-O., & Svensson, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber
- Jenkin, A., Abelson-Mitchell, N., & Cooper, S. (2007). Patient handover: Time for a change? *Accident & Emergency Nursing*, 15(3), 141-147. doi:10.1016/j.aen.2007.04.004
- Jonsson, L. (2009). Ambulansorganisationen. I Suserud, B.-O., & Svensson, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber
- Karlsson, L. (2007). *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:a uppl.). Lund: Studentlitteratur
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso – och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Malmström, C., & Nihlen, C. (2002). *Positiv stress- leda och utveckla med hälsokompetens*. Stockholm: Liber Ekonomi.

Nationalencyklopedin (2014). *Trauma*. <http://www.ne.se/kort/trauma/1167546> [2014-09-26]

Nyström, M., & Herlitz, J. (2009). Möte mellan två kunskapsområden. I Suserud, B.-O., & Svensson, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber

Owen, C., Hemmings, L. & Brown, T. (2009). Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*; 21, 102-107

Patterson, E., Crilly, J., Bost, N., & Chaboyer, W. (2012). Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 20(3), ss. 133-141.

Sandelowski, M. (1993). Theory unmasked: the uses and guises of theory in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 16, ss. 213-218.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet

Siemsen, I. M. D., 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), ss. 439-448. Doi: 10.1177/1403494812453889

SOC, (2014). *Informationsöverföring och kommunikation*. <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation> [2014-10-01]

Talbot, R., & Bleetman, A. (2007). Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: Do standardised approaches work? *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 24(8), 539-542. doi:10.1136/emj.2006.045906

Thornquist, E. (2001). *Kommunikation i kliniken- Möte mellan professionella och patienter*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Uppsala: Vetenskapsrådet https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf [2014-12-19]

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i kinisk praxis*. Natur och kultur. Stockholm

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård: Omvårdnad och behandling vid akut sjukdom och*

skada. Lund: Studentlitteratur

WHO, (2007). *Communication during patients safe handover*.
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf> [2014-10-01]

Bilagor

Bilaga 1 Informationsbrev till vårdenhetschefen

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård i högskolan Borås. Som en del i utbildningen skriver vi ett examensarbete i magisternivå. Vårt syfte med denna studie är att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelse vid överrapportering i traumarummet

Brister i kommunikation inom sjukvården är en stor bidragande faktor till hotad patientsäkerhet och ett ökat vårdlidande för patienten. Tidigare forskning belyser aspekter från akutmottagningens sida när det kommer till brister i kommunikation. Man finner inga eller få studier som berör den vidareutbildade ambulanssjuksköterskans perspektiv när det kommer till överrapportering utav en patient med sviktande vitala funktioner.

För att kunna uppnå vårt syfte önskar vi erhålla ditt tillstånd att intervjua 8 specialistutbildade ambulanssjuksköterskor där dessa blir tillfrågade. Om respondenterna ställer sig positivt till medverkan bokas tid för intervjun in mellan november-december. Denna kommer pågå mellan 30-45 minuter och bandas in på en diktafon. Därefter kommer texten transkriberas och användas i vårt resultat. Deltagandet kommer vara frivilligt vilket innebär att man kan avbryta studien. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och resultatet som skapas kommer ej kunna härledas till någon.

Mvh

Daniel Landén

Said Yaraghi

Handledare
Thomas Eriksson
Universitetslektor

Bilaga 2 Informationsbrev till respondenterna

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård i högskolan Borås. Som en del i utbildningen skriver vi ett examensarbete i magisternivå. Vårt syfte med denna studie är att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelse vid överrapportering i traumarummet

Brister i kommunikation inom sjukvården är en stor bidragande faktor till hotad patientsäkerhet och ett ökat vårdlidande för patienten. Tidigare forskning belyser aspekter från akutmottagningens sida när det kommer till brister i kommunikation. Man finner inga eller få studier som berör den vidareutbildade ambulanssjuksköterskans perspektiv när det kommer till överrapportering utav en patient med sviktande vitala funktioner.

Deltagandet i denna studie innebär att du skall vara specialistutbildad ambulanssjuksköterska med en verksamhet på minimum två år inom professionen. Tiden på intervjuerna kommer pågå mellan 30-45 minuter på en plats som passar dig bäst. Datumet för intervjuerna kommer att ske mellan november-december. Intervjuerna kommer vara bandade med en diktafon för att därefter transkriberas ut till text. Materialet kommer behandlas konfidentiellt och efter studien kommer materialet att förstöras. Endast undertecknad tillsammans med vår handledare kommer ha tillgång till materialet. Resultatet kommer presenteras anonymt för att motverka att någon respondent blir identifierad. Deltagande är frivilligt vilket innebär att du när som helst kan avbryta deltagandet.

Mvh

Daniel Landén

Said Yaraghi

Handledare
Thomas Eriksson
Universitetslektor

Bilaga 3 Samtyckeformulär

Jag har tagit del utav studiens syfte, att beskriva ambulanssjuksköterskans upplevelse av överrapportering i traumarummet.

Jag har erhållit information hur studien kommer genomföras och samtycker härmed i medverkan utav en intervju. Mitt deltagande till denna studie är frivilligt och jag har möjlighet att avbryta mitt deltagande utan att ange orsak. Jag har fått information om att mitt deltagande som ges kommer att behandlas konfidentiellt och att studien skall publiceras.

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Bilaga 4 Kvale intervjuverktyg

Inledande fråga:

Kan du berätta om någon situation där du överrapporterat en patient till traumateamet, samt hur den går tillväga?

Uppföljningsfrågor:

Hur upplever du att en överrapportering?

Upplever du att du fått rapportera det som skall sägas i traumarummet när du är klar?

Vad är dina funderingar inför överrapporteringen?

Hur upplever du patientens situation under överrapporteringen?

Skulle du vilja ändra på något i framtida överrapportering?

Sonderande frågor:

Kan du berätta mer om det?

Vad gjorde du då?

Hur tänkte du då?

Vad kände du då?

Hur menar du?

Kan du utveckla vad detta betyder för vårdandet i dag och framöver