



## SAHLGRENSKA AKADEMIN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

# VAD VAR DET JAG SA?

Observation vid överrapportering mellan arbetspass  
på intensivvårdsavdelning

**Carina Eklund & Emma Thylander**

---

Uppsats/Examensarbete:	Examensarbete för magister i omvårdnad / 15 högskolepoäng
Program/kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård.
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2015
Handledare:	Margareta Warrén Stomberg
Examinator:	Pether Jildensål

# Sammanfattning

Titel:	VAD VAR DET JAG SA? Observation vid överrapportering mellan arbetspass på intensivvårdsavdelning
Titel: (Engelsk)	What's that? An observation at the handover between shifts in an intensive care unit
Uppsats/Examensarbete: Program och/eller kurs:	Examensarbete för magister i omvårdnad/15 högskolepoäng Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård. OM5330
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2015
Handledare:	Margareta Warrén Stomberg
Examinator:	Pether Jildenstål
Nyckelord:	Överrapportering, intensivvårdssjuksköterska, intensivvårdsavdelning, SBAR, observation

---

I **bakgrunden** framkommer att ett av sjukvårdens stora mål är att arbeta patientsäkert för att minska vårdskador. Intensivvårdssjuksköterskan har ett ansvar att utföra god och säker vård. En förebyggande säkerhetsåtgärd är en säker kommunikation som enligt studier ska vara tydlig, korrekt och följa viss struktur. Strukturerade och standardiserade rutiner med protokoll förespråkas då det visar på ökad effektivitet och patientsäkerhet. SBAR är det verktyg som rekommenderas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) vid överrapportering. Tidigare forskning beskriver att miljön vid överrapporteringen skall vara fri från störande ljud och avbrott.

**Syftet** med denna studie är att observera överrapporteringen vid arbetspassbyte på intensivvårdsavdelning samt att undersöka hur rapporten uppfattades av aktörerna.

**Metoden** som användes var kvantitativ med observationsprotokoll och enkätundersökning. Totalt tio observationer utfördes på två olika intensivvårdsavdelningar. Tjugo specialistsjuksköterskor inom intensivvård deltog och studien genomfördes under överrapporteringen vid skiftbyte. Kvantitativ data analyserades i statistikprogrammet SPSS.

I **resultatet** framkom att hälften av överrapporteringarna skedde på patientrummet. I miljön var det vanligt förekommande med störande ljud och avbrott. Rapporteringsmiljön bedömdes som inte optimal av 16/20 informanter. Åtta av tio mottagare avbröt rapportören med frågor. SBAR:s struktur följdes till stor del och gav rapporten en övervägande god struktur och ett adekvat innehåll enligt SBAR. Sju av tio mottagare av rapporten bedömde dess innehåll och struktur som mycket bra.

**Slutsatser** efter framkommet resultat är att miljöförutsättningen vid rapporten behöver förbättras och antal avbrott minskas.

## Abstract

This studies **background** shows that one of the main goals of healthcare is to ensure patient safety while under hospital care. Intensive care nurses have a responsibility to deliver both a high level of care and ensure a safe environment for the patient. According to studies issues with communication and collaboration are one of the leading causes of patient injury while in care. An effective level of communication should be clear, accurate and follow a certain structure and standardized procedures lead to better patient safety outcomes. SBAR is the standardized communication model that is recommended by the governmental authority that is responsible for healthcare in Sweden (SKL) for use during handover between nursing shifts. Previous research advises that the environment during the handover should be free from noise and interruption.

**The aim** of this study is to observe the handover at the shift change at an Intensive Care Unit (ICU) and to investigate how the report was perceived by the participants.

**The method** used was quantitative with both observation and survey. A total of ten observations were performed at two different ICUs. Twenty specialist intensive care nurses took part. The study was conducted during the handover at shift changes. Quantitative data were analysed in the software package SPSS.

**The result** showed that half of the handovers were conducted in the patient's room. In this environment interruptions and excessive noise were common. The environment was assessed as less than optimal by 16 out of 20 of the respondents. Despite this, seven out of ten of the recipients judged the content and structure as very good. Eight of the ten recipients interrupted the reporter with questions.

**The conclusions** are that environmental conditions at the handover need to be improved and the number of interruptions reduced.

**Key words:** Handover, intensive care nurse, intensive care, SBAR, observation

*Ett stort tack till vår handledare för all god hjälp och till våra familjer för allt stöd och tålamod under arbetets gång.*

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	2
Vikten av patientsäkerhet .....	2
Intensivvårdssjuksköterskans ansvar .....	3
Säker och professionell kommunikation .....	3
Tidigare forskning .....	4
Överrapporteringssituationen.....	4
Hinder vid överrapportering .....	4
Optimal överrapportering.....	5
Verktyg för kommunikationen vid överrapportering.....	5
SBAR.....	6
Strukturen för SBAR.....	6
Problemformulering .....	8
Syfte .....	9
Metod .....	10
Ansats .....	10
Urvalskriterier .....	10
Datainsamling .....	10
Information inför observationen.....	11
Den observerade situationen .....	11
Observationsprotokollet.....	11
Enkät .....	12
Dataanalys .....	12
Förförståelse.....	12
Forskningsetiska överväganden.....	13
Resultat.....	14
Rapporteringsmiljön .....	14
Rapporteringsplats .....	14
Störande ljud .....	14
Avbrott i överrapporteringen .....	15
Innehåll och struktur på rapporten.....	15
Rapportörens och mottagarens bedömning av rapporten utifrån enkätsvar .....	16
Förberedelse inför överrapportering .....	16

Bedömning av rapporten.....	17
SBAR.....	17
Diskussion.....	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion.....	19
Slutsats.....	23
Kliniska implikationer.....	23
Referenslista.....	24
Bilaga 1. Checklista för observation av överrapportering mellan arbetspass på IVA	
Bilaga 2. Frågeformulär till rapportör & rapporttagare efter rapporten	
Bilaga 3. Forskningspersonsinformation	

## Inledning

Missförstånd och kommunikationsproblematik under en överrapportering kan få allvarliga följder. I Sverige beskrev Socialstyrelsen (2008) att 100 000 patienter per år inom somatisk slutenvård drabbas av vårdskador. En bland flera orsaker till vårdskada är kommunikationsbrister vid överrapportering mellan vårdpersonal och mellan enheter av olika slag som vårdavdelningar eller sjukhus. Tre gånger per dygn löser intensivvårdssjuksköterskor av varandra. Det är många moment som skall utföras under ett arbetspass inom intensivvården som därefter skall summeras till en optimal rapport till de kollegor som tar över. Viktig information gällande patienters hälsa, vård och planering förmedlas under dessa överrapporteringar. Information riskeras lätt att gå förlorad eller missförstås och patientsäkerheten kan påverkas. En effektiv och systematisk kommunikation i rätt tid inom vårdteamet ökar säkerheten för patienten. I litteratur framkom tydligt hur viktigt det är att rapporten sker strukturerat och efter standardiserade instrument som till exempel checklistor. Detta skall ske i en miljö som gynnar rapporten. Intresset för olika överrapporteringsmetoder har visat sig vara högaktuell i olika forum. "Bedside handover", metoden där överrapportering mellan arbetspass sker vid patientens säng främjas av den nya patientlagen, 2015. Patientlagen betonar patientens rätt till god information och möjlighet till att involveras i den egna vården. Denna studie avser belysa professionell kommunikation under överrapporteringar i intensivvårdsmiljö.

# Bakgrund

Sjuksköterskans sex kärnkompetenser är: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och information. I detta arbete utgör kärnkompetenserna en teoretisk bas, säker vård/patientsäkerhet och information/kommunikation har specifikt lyfts fram (Sävenstedt & Florin, 2013; Öhrn, 2013).

## Vikten av patientsäkerhet

Joint Commission, det amerikanska kvalitetsinstitutet för hälso- och sjukvård beskrev 2012 att över 60 % av alla vårdskador beror på kommunikationsproblem (Sharp, 2012). I Patientlagen finns bestämmelser om att patientens behov av säkerhet skall tillgodoses (SFS 2014:821).

Vårdgivaren har en skyldighet att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete som syftar till att främja en hög säkerhet för patienterna inom hälso- och sjukvården. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen har ett ansvar hur arbetsuppgifter utförs och en skyldighet att patientsäkerheten upprätthålls (SFS 2010:659).

Världshälsoorganisationen (WHO) nämner den mänskliga faktorns och miljöns betydelse som tänkbar anledning till att misstag kan begås. Tidsbrist, dåliga rutiner, stress och avbrott vid rapportering kan inverka till att misstag sker (World Health Organization, 2011). Vårdskada är ett lidande orsakat av vården som kan resultera i permanent skada, längre vårdtid eller t.o.m. döden (SFS 2010:659).

Joint Commission betonar vikten av god kommunikation vid överrapportering av patienter och att personalen skall ta beslut och arbeta för att utföra säker vård. Genom att använda och var öppen för ny evidensbaserad kunskap och samtidigt se framåt sker en utveckling för ökad patientsäkerhet (The Joint Commission, 2007). Pfrimmer (2009) belyser att tidigare forskning visat på brist i kommunikationen i vårdteamet. Uppemot 60 procent av budskapet riskerar gå förlorat om man inte har en tillräckligt tydlig kommunikation.

För att förhindra att fel begås i vården av patienten behövs bl.a. standardiserade processer, bra rutiner och checklistor (World Health Organization, 2011). I en studie av Malekzadeh, Mazluom, Etezadi, and Tasseri (2013) visade resultatet på att små viktiga moment ofta glöms bort och kan påverka patientsäkerheten inom intensivvården. Säkerheten ökade signifikant genom användning av checklista i arbetet.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har tagit fram ett nationellt ramverk för patientsäkerhet där åtgärder som bidrar till säker vård beskrivs. Syftet är att skapa en helhetsbild över patientsäkerhetsområdet och en struktur för patientsäkerhetsarbetet. SKL visar på merkostnader för extra vård dagar på grund av skador som skett i vården. Dessa har nu minskat p.g.a. intensivt patientsäkerhetsarbete. Tre viktiga perspektiv för säker vård är enligt SKL att vården är patientfokuserad, kunskapsbaserad och organiserad. Detta innebär bland annat att skapa rutiner för god kommunikation mellan verksamhetens olika delar samt övergångar. Standardiserade processer och rutiner skall utarbetas och användas (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015). SBAR är den modell som rekommenderas av Socialstyrelsen vid överrapportering mellan arbetspass och vid rapportering mellan avdelningar för att minska risken för vårdskador (Socialstyrelsen, 2015a). Betydelsen av patientsäkerhet har uppmärksammats alltmer såväl i Sverige som internationellt. Under 1990-talet publicerades flera studier som visade på vidden av problemet med vårdskador, men det



var först på 2000-talet som forskning och mer strukturerat utvecklingsarbete med fokus på patientsäkerhet tog fart. Ansträngningarna för ökad patientsäkerhet i Sverige intensifierades 2011 i och med den nya patientsäkerhetslagen (Nilsen, Nygren, Öhrn, & Roback, 2012). Senaste rapporten från Socialstyrelsen visar på klar förbättring inom patientsäkerhetsarbetet. De allvarliga undvikbara vårdskadorna som innebär bestående men eller dödsfall har minskat betydligt (Socialstyrelsen, 2015b).

## Intensivvårdssjuksköterskans ansvar

I International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskans profession framkommer vikten av sjuksköterskans huvudansvar för att utföra och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, forskning och utbildning. Sjuksköterskan skall vara aktiv för att utveckla omvårdnaden på en evidensbaserad grund. Ett säkert arbetsförhållande skall upprätthållas så patienternas och personalens miljö blir säker och hälsosam (International Council of Nurses, 2014). I kompetensbeskrivningen av legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård betonas vikten av en god och säker vård. Genom att integrera evidens och vetenskapliga resultat så minimeras riskerna i patientomvårdnaden. Arbetet skall utföras enligt standardiserade riktlinjer (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening, 2012).

## Säker och professionell kommunikation

Ordet "kommunikation" härstammar från latinets "communicare" och betyder att något ska bli gemensamt. Att få del av tankeinhåll och avsikter gällande överföring av information mellan människor (Nationalencyklopedin, 2015). Svårigheterna med detta enligt Dunsford (2009) är bristande uppmärksamhet eller att det som är väsentligt glöms bort. Detta kan bero på svårigheter med att både verbalt och ickeverbalt sända och ta emot meddelanden. Vårdpersonal ska utöva professionell omvårdnadsorienterad kommunikation vilket innebär ett ansvar att kommunicera på ett sådant sätt att informationen uppfattas korrekt. Informationsöverföringen kan ske direkt till ansvarig person, via journalföring eller vid rapport (Eide & Eide, 2009).

Kommunikationen har två grundläggande aspekter: talande, som innebär avsikt och uttryck och lyssnande, som innefattar intryck och tolkning. Konsten att lyssna är viktig för en god kommunikation. Att lyssna på rätt sätt kräver bland annat uppmärksamhet och engagemang för att förstå avsikten med budskapet som förmedlas. Detta för att kunna svara an på lämpligt sätt. Ett aktivt lyssnande innebär att ibland kontrollera genom motfrågor om uppfattningen är korrekt (Nilsson & Waldemarson, 2007). I en komplex arbetsmiljö krävs ett professionellt beteende som innebär att korrekt informationsöverföring sker effektivt vid rätt tillfälle mellan inblandade parter (Wallin & Thor, 2008). En överrapporteringsmodell så kallad Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) används inom sjukvården. Den utvecklades från början av amerikanska marinen som praktiskt kommunikationsverktyg vid kritiska moment. Modellen passar både för skriftlig och muntlig kommunikation. Sveriges Kommuner och Landsting (2010) har översatt och anpassat den till svenska sjukvården. Det har framkommit att sjuksköterskor och läkare har olika sätt att kommunicera på. Sjuksköterskor vill gärna beskriva mer runt om patienten och händelsen medan läkare vill

veta problemet och vad som behöver åtgärdas med en gång. Det underlättar därför med en gemensam och strukturerad modell (Groah, 2006).

Flera studier visar på behovet av mer forskning kring överrapportering mellan arbetspass inom hälso- sjukvård. Detta för att skapa en mer säker, effektivare vård och kortare vårdtider (Malekzadeh et al., 2013; Riesenber, Leitzsch, & Cunningham, 2010). Före implementering av checklistor fördröjdes vissa viktiga åtgärder såsom såromläggning och munvård. Fler studier behövs för att uppmärksamma grundorsakerna till att fel begås inom intensivvården (Malekzadeh et al., 2013).

## Tidigare forskning

### Överrapporteringssituationen

Jeffcott, Evans, Cameron, Chin, and Ibrahim (2009) har definierat ”clinical handover” (överrapportering) som information om patienten och det professionella ansvaret som överlämnas mellan sjukvårdspersonal. En stor del av kommunikationen inom vården sker vid överrapporteringen mellan sjuksköterskors arbetspass (Sandlin, 2007). I litteraturen beskrevs olika sorters utformning av rapporter vid skiftbyte på en vårdenhet. Vanligast var den muntliga rapporten mellan sjuksköterskor utan patient närvarande. Verbal kommunikation gav möjlighet till frågor och ifrågasättande. Skriftlig överrapportering innebar att sjuksköterskor läste sig till patientens aktuella status och planering. En annan överrapportering var den som patienten själv medverkade i, så kallad ”bedside report”, rapport vid sängkanten (Sharp, 2012). Ytterligare en överrapportering var den dikterade rapporten, vilken snabbt blev inaktuell och därmed felaktig (Riesenber et al., 2010). Sexton et al. (2004) beskrev samma fyra tillvägagångssätt för rapportering och påpekade den viktiga gemenskap och möjlighet för debriefing som en muntlig rapport ger. Samma artikel beskrev fördelen med skriftlig rapport är att den kunde läsas återigen om frågor uppstod.

### Hinder vid överrapportering

Rapporten riskerar att bli bristfällig om den är för kort eller för lång. Även olika kvalitet på rapportens innehåll, att det inte fanns möjlighet till frågor och avbrott kan inverka (Welsh, Flanagan, & Ebright, 2010). Pickering (2009) fann att frekventa avbrott under överrapporteringar mellan läkare tydlig påverkade innehållets kvalitet negativt. Riesenber et al. (2010) belyste i en litteraturstudie av artiklar mellan 1987-2008 problem som gjorde överrapporteringen ineffektiv. Studien nämnde brist på standardiserat rapportering, missförstånd och otydlighet i kommunikationen, frekventa avbrott, distraherande miljö och för lite tid som problem. Den dominerande kategori som framkom som ett hinder för god överrapportering var kommunikationen. I en annan studie utförd genom observationer inom intensivvården konstaterades att det var mycket vanligt förekommande med frekventa avbrott under arbetets gång för alla yrkeskategorier (Ballermann, Shaw, Mayes, Gibney, & Westbrook, 2011). Problem med frekventa avbrott betonade även Spooner, Corley, Chaboyer, Hammond, and Fraser (2015) under ”bedside report”. Fenton (2006) menade att sjuksköterskan genom förutfattade meningar, egna åsikter och oprofessionellt språk påverkade mottagarens tolkning av rapporten. Denna studie visade också att det var till stor del medicinska fakta som diskuterades under en överrapportering och att omvårdnaden fick

mycket litet utrymme. Dunsford (2009) förklarade att brister i kommunikationen kan påverkas av faktorer som arbetsklimat, könsskillnader, kulturella skillnader och hierarkiska skillnader. Problem uppkommer med att sända och ta emot verbal och icke verbal information. Det framkom även en ökad risk för att fel kan begås när belastningen på vårdpersonalen ökar.

### **Optimal överrapportering**

Förutsättningar för en optimal överrapportering mellan arbetspass kan beskrivas som en konversation där båda parter aktivt deltar och förmedlar relevant, aktuell, kortfattad och exakt information. Tillräckligt med tid och minsta möjliga avbrott är även viktigt i rapport-situationen (Sandlin, 2007). Welsh et al. (2010) påtalade att ett relevant innehåll, möjlighet till frågor och med en struktur förbättras rapporten. En rapport ska alltid innehålla aktuellt tillstånd, senaste förändringarna, relevant anamnes, fysiska resultat, labbresultat, nuvarande vitala parametrar, diagnos, planerad vård, svar på behandling som givits och slutligen planer för vidare behandling (Sandlin, 2007). De personer som skall få information bör avskärmas från andra och ha möjlighet till direkt ögonkontakt (Wallin & Thor, 2008). Riesenberg et al. (2010) beskrev flera viktiga strategier för en effektiv rapport. Att kommunicera kortfattat med hjälp av anteckningar och patientens ”kurva”, använda ett tydligt och klart språk samt undvika dömande uttalanden och förkortningar. Försäkran om att mottagaren av rapporten uppfattat information korrekt är viktigt när patientansvaret förs vidare. En standardiserad rapport där informationen alltid ges i samma ordning påtalas som mycket viktigt. För att ge rapporten korrekt och få med all information beskrevs även i denna artikel vikten av att använda ett standardiserat verktyg som SBAR. Rapporten ska hållas på speciellt avsedd och avskild plats för att begränsa avbrott och annan distraktion. Gärna med tillgång till dator för att lätt kontrollera relevant fakta. Tiden för rapporten ska vara tillräcklig (Efstratios, 2013; Riesenberg et al., 2010). Studier visade att standardiserade rapporteringar kan öka säkerheten i sjuksköterskans jobb genom att vara mer effektiv och strukturerad (Malekzadeh et al., 2013; Popovich, 2011).

I en annan studie framkom vikten av att kommunicera strukturerat, tydligt och rakt. Genom simulationsträning i team på intensivvårdsavdelning sågs en förbättrad kommunikationsteknik mellan personalgrupper som ledde till ökad patientsäkerhet i akuta situationer där en hög nivå av stress förelåg. Tydlig verbal och icke verbal kommunikation uppfattades av de inblandade som det viktigaste i samarbetet inom intensivvården. Med träning så ökar medvetenheten av strukturerat arbete i team i patientvården (Ballangrud, Hall-Lord, Persenius, & Hedelin, 2014). Genom att använda en god rapporteringsstrategi kan avbrott och distraktion under rapporten begränsas (Spoonier et al., 2015).

### **Verktyg för kommunikationen vid överrapportering**

Flera standardiserade överrapporteringsverktyg finns beskrivna i litteraturen, det tydligt mest använda är SBAR. Det är först i mitten av 2000-talet som dessa verktyg beskrivs (Riesenberg et al., 2010; Riesenberg, Leitzsch, & Little, 2009). Riesenberg et al. (2009) har studerat engelskspråkiga artiklar och funnit 24 olika standardiserade verktyg för rapportering. SBAR är mest citerad. Leonard, Graham, and Bonacum (2004) beskriver SBAR som en av de bästa strukturerade kommunikationsmallar som finns. SBAR finns beskriven på några omarbetade vis såsom I-SBAR, SBARR, SBAR-T. Exempel på andra verktyg är SHARED och 5 P:s. Alla

har övervägande samma innehåll men lite olika struktur då vissa är utarbetade för specifika överskrifter (Riesenberg et al., 2009).

**I-SBAR** - Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation

**SBARR** - Situation, Background, Assessment, Recommendation, Response or read back

**SBAR-T** - Situation, Background, Assessment, Recommendation, Thank patients for opportunity to work with them (note: handoff done at bedside)

**SHARED** - Situation, History, Assessment, Request, Evaluate, Document

**5 P:s** - Patient identity, Plan of care, Purpose of plan, Problems, Precaution (Riesenberg et al., 2009).

I Sverige rekommenderar Socialstyrelsen SBAR som ett strukturerat instrument (Socialstyrelsen, 2009). Groah (2006) påtalade införandet av kommunikationsverktyget SBAR för att förbättra och stärka kommunikationen både för sjuksköterskor och för läkare. Med en gemensam modell planas hierarkin ut och patientsäkerheten ökar. Genom träning i små grupper med fiktiva scenarier kan tekniken i överskrifter utvecklas. Även Riesenberg et al. (2010) påtalade vikten av träning, genom rollspel för att utveckla en effektiv överskrifter.

## SBAR

Varje dag utväxlas tusentals budskap av olika slag inom intensivvården. SBAR är en modell för överföring av muntliga budskap om patienter inom vårdteam och mellan olika vårdenheter. Modellen har utvecklats av Joint Commission i USA och innebär att kommunikationen skall ske strukturerat och förmedlas i fyra olika steg. Detta för att informationen säkert skall nå fram och risken för missförstånd minimeras. Endast nödvändig fakta ska beskrivas. Kommunikationsverktyget måste anpassas till lokala förhållanden för att tydliggöra informationen. För vissa situationer kan ytterligare kontrollrutiner behövas som t.ex. att mottagaren upprepar budskapet för att förvissa att allt är korrekt uppfattat (Socialstyrelsen, 2009). Alla verksamheter är specifika och kräver därför ett anpassat innehåll. De som utvecklat SBAR menar att det är upp till varje verksamhet att utbilda personalen och anpassa instrumentet i dess verksamhet (Sveriges Kommuner och Landsting, 2010). Den senaste lägesrapporten kring patientsäkerhetsarbetet visar att användandet och följsamheten till SBAR i landstingen har ökat markant de senaste åren. 2012 använde endast tre landsting SBAR till fullo jämfört med sexton landsting 2014 (Socialstyrelsen, 2015b).

### Strukturen för SBAR

#### S Situation

Här tas upp vad problemet är, varför jag tar kontakt. Rapportören presenterar sig med namn, titel och avdelning. Anger patientens namn och personnummer samt vad som är patientens problem.

#### B Bakgrund

Här anges en kortfattad bakgrundshistoria som är relevant för det aktuella problemet, diagnos, utredningar, behandlingar. Eventuell allergi eller smittrisk nämns.

**A Aktuellt tillstånd**

Aktuellt status på patienten tas upp och bedömningen av patientens problem liksom vitalparametrar och förändringar i patientens tillstånd.

**R Rekommendationer**

Här anges de åtgärder som rekommenderas samt tidsram för åtgärderna (när, hur ofta) till exempel prover som skall tas, undersökningar som skall utföras och behandlingar som skall ges.

Innan samtalet avslutas skall mottagaren av informationen tillfrågas om det finns några frågor eller synpunkter angående informationen (Sveriges Kommuner och Landsting, 2010).

## Problemformulering

Intensivvårdens dagliga arbete genererar mycket information som skall vidarebefordras i form av en rapport flera gånger per dygn. Båda författarna har arbetat inom intensivvården under många år och upplevt att det finns olika former och strukturer på en överrapportering liksom variation i vilken miljö rapporten utförs. Innehållet i dessa kan vara mer eller mindre tydligt. Viktig information kan lätt missas om det finns störande moment i miljön och om rapporten är ostrukturerad. Detta kan leda till risker för både patient och personal. För att säkerställa patientsäkerheten behövs ett standardiserat och strukturerat arbetssätt. Tidigare forskning visar på svårighet att föra in den standardiserade rapporteringsmodellen SBAR. Studier uttrycker också att det saknas tradition i undervisningen i hur en rapport ska gå till under utbildning Popovich (2011). För en optimal överrapportering krävs en standardiserad modell för struktur och innehåll enligt tidigare forskning. Detta motiverar syftet att observera överrapportering utifrån ett protokoll inspirerat av SBAR, samt undersöka hur aktörerna uppfattat överrapporteringen.

## **Syfte**

Syftet med denna studie är att observera överrapporteringen vid arbetspassbyte på intensivvårdsavdelning samt att undersöka hur rapporten uppfattades av aktörerna.

# Metod

## Ansats

Valet av kvantitativ metod styrdes av syftet. Metoden omfattade två delar, en observationsdel och en enkät del. Datainsamlingens innehåll stöds av tidigare forskning där det framkom att omgivande miljö vid rapporteringen, rapportens struktur och adekvat innehåll var viktiga tyngdpunkter. SBAR är det verktyg som tar upp dessa aspekter och som rekommenderas i Sverige vid överrapportering. Detta verktyg inspirerade till struktur och innehåll vilket blev utgångspunkten vid studiens datainsamling. Benämningarna rapport och överrapportering används synonymt i denna studie.

Observation som metod passar bra vid insamling av deskriptiv data kring beteenden som beskrivs hos en viss population vid ett visst tillfälle och är mycket användbar i omvårdnadsstudier. Valet av observationsstudie stärktes av att metoden är ett effektivt sätt för att uppmärksamma händelser i ett vardagligt sammanhang och väcka förståelse kring ett specifikt och aktuellt område (Boswell & Cannon, 2011; Polit & Beck, 2012). Boswell and Cannon (2011) menar att observationsstudie som metod är effektiv för att få förståelse för samband mellan viktiga delar i en enhet. Strukturerad observation som metod kan användas för att dokumentera specifika beteenden, händelser och ageranden (Polit & Beck, 2012). Vid dokumentationen i observationsmomentet användes ett protokoll som indikerade vad som skulle observeras. Själva skapandet av protokollet innebar en utmaning då det skulle möjliggöra en exakt avspeglning och registrering av det som observerades. Enligt Polit and Beck (2012) ska protokollet ange vad som skall observeras, hur det skall registreras och hur länge. Denna studie genomfördes som en strukturerad observationsstudie med hjälp av observationsprotokoll samt enkät som metod för att samla data och möjliggöra att syftet besvaras.

## Urvalskriterier

Ett slumpmässigt urval av deltagare gjordes vid olika arbetspass under den verksamhetsförlagda utbildningen våren 2015. Tjugo stycken intensivvårdssjuksköterskor som var anställda på två intensivvårdsavdelningar (IVA) med olika inriktning tillfrågades om att delta i studien. En allmän IVA och en med specialistinriktning inom Västra Götalands Regionen (VGR). Vid observationsmomentet deltog enbart specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor. Ingen hänsyn togs till ålder, kön och eller hur länge vederbörande arbetat inom intensivvården. Icke specialistutbildade sjuksköterskor och studenter exkluderades.

## Datainsamling

Tio stycken observationer med totalt 20 aktörer, 10 rapportörer och 10 mottagare av rapport genomfördes med förarbetat protokoll och en efterföljande enkät att besvara. Observationsprotokoll och enkät kodades för att veta att de var utförda vid ett och samma rapporttillfälle. Tillvägagångssättet överensstämde med Polit and Beck (2012) som menar att insamlade data i en kvantitativ studie sällan kan analyseras och presenteras utan att kodas för att sedan kunna bearbetas och analyseras. Data från observationsstudien och enkätundersökningen hanterades konfidentiellt. Varsin testobservation utfördes för att utröna



om protokoll och enkät fungerade i praktiken och gav möjlighet till eventuella justeringar. Det framkom vid dessa testundersökningar att observationsprotokoll och enkät fungerade väl och förstods av samtliga deltagare. Observatörerna beslöt efter gemensam granskning att båda hade tolkat protokollets innehåll på likartat sätt. Inga ändringar behövde utföras. Specialistsjuksköterskorna som besvarat enkäten ombads att inte prata med sina kollegor om enkätens innehåll tills datainsamlingen var färdig. Detta för att undvika att påverka övriga kollegor inför deras eventuella deltagande.

## Information inför observationen

Deltagarna fick inför observationstillfället en kort muntlig information om vårt intresse att observera en överrapportering. Godkänd forskningspersonsinformation (FPI), genomlästes och deltagarna gav därefter sitt muntliga samtycke. Aktörerna fick information om att observatören tyst skulle observera och notera det som hände under rapporteringssituationen. De informerades också om den korta enkät de skulle besvara efteråt. Vakna patienter som befann sig i samma rum informerades muntligt och gav även de sitt godkännande. För att undvika bias så nämndes inte SBAR innan eller i samband med observationen.

## Den observerade situationen

Båda avdelningarna där observationerna genomförts har som rutin en kort övergripande rapportering av samtliga ineliggande patienter till pågående kvällspersonal samtidigt med personalplanering. Momentant inför den observerade situationen informerades aktörerna utan närmre detaljer om intresset av att observera själva överrapporteringmomentet mellan arbetspass. Observationen utfördes vid ett bestämt överrapporteringstillfälle, rapporten mellan dag och kvällspass då det oftast finns längre överlappningstid mellan arbetspassen. Överrapporteringen omfattade en intensivvårdspatient och fick ta den tid som behövdes. Detta överensstämmer med Sandlin (2007) som betonar vikten av tillgång till tid och minsta möjliga avbrott under rapporteringmomentet. Genom att inte begränsa observationstiden så riskeras inte beteendet på den person som observeras att påverkas (Boswell & Cannon, 2011). Tiden på de tio överrapporteringarna vid observationerna mättes i minuter för att jämföra de variationer som förekom.

Den observerade situationen innebar att observatören var i samma rum men inte aktiv i själva överrapporteringmomentet. Enligt Begley (2008) och Boswell and Cannon (2011) kallas detta en "complete observer" då observatören samlar data i arbetet vid den specifika situationen utan att aktivt delta. Observatören bar arbetskläder med en skylt där det stod observatör. Detta för att inte bli störd i datainsamlingen och för att inte vara utmärkande. Fem observationer utfördes på respektive intensivvårdsavdelning.

## Observationsprotokollet

Med stöd av tidigare forskning observerades miljön och platsen för överrapportering, störande ljud, avbrott och överrapporteringens struktur och innehåll utifrån SBAR. Utöver detta noterades också tiden på varje överrapporteringen (Bilaga 1).

Observationsprotokollet var definierat efter de specifika objekt och beteenden som studerades. I enlighet med Boswell and Cannon (2011) och Polit and Beck (2012) noterades

varje händelse i protokollet för att få struktur i analysprocessen. Ett välformulerat protokoll underlättar att hantera varje moment på samma sätt och därmed minimera misstag (Polit & Beck, 2012).

## **Enkät**

För att komplettera observationen och besvara hela syftet, utdelades en enkät med sju korta tillägsfrågor efter observationen. Detta för att få de deltagande intensivvårdssjuksköterskornas uppfattning om överrapporteringstillfället. Boswell and Cannon (2011) beskriver på ett liknande sätt enkät som lämplig metod att använda av undersökaren för att få reda på hur något uppfattas inom ett specifikt område. En kort och tydligt formulerad enkät valdes då det annars lätt blir att frågor inte besvaras. Då studiens tid var begränsad skapades strukturerade frågor som är lättare att sammanställa, administrera och analysera enligt Polit and Beck (2012).

Inför denna studie skapades en strukturerad enkät med numerisk skala mellan ett till fem och ja, nej och vet ej. Valet av att använda fasta svarsalternativ visades vara det som passar vid kvantitativ undersökning enligt Boswell and Cannon (2011). Både den rapporterade intensivvårdssjuksköterskan och den intensivvårdssjuksköterskan som tog över fick enkäten direkt efter observationen. De besvarade den utan att ha kontakt med varandra. Enkäterna samlades in direkt efter svarstillfället i likhet med Polit and Beck (2012) som menar att det är mest effektivt att dela ut en enkät och samla in den personligen, då det även finns möjlighet att ställa frågor.

Enkäten tog upp yrkeserfarenhet, förberedelse inför rapport, SBAR och hur överrapporteringen uppfattades avseende miljö, struktur och innehåll (Bilaga 2).

## **Dataanalys**

Sammanställningen av data följde observationsprotokollet och enkätens struktur. Data analyserades och presenterades med deskriptiv statistik. Kontinuerliga variabler i form av medelvärde (M) och standardavvikelse (SD) och kategoridata i form av figurer eller procent.

Insamlad data överfördes till statistikprogrammet Statistical Packages for the Social Sciences version 21 (SPSS, 21) för att bearbetas och sammanställas. Resultatet presenteras i diagram och tabeller som åskådliggör sammanställningen. Kvantitativa analyser beskrivs ofta grafiskt, numeriskt och tolkas i text (Boswell & Cannon, 2011; Polit & Beck, 2012).

## **Förförståelse**

Då båda författarna hade en mångårig yrkesverksamhet inom intensivvården och därmed både givit och tagit emot många rapporter fanns en viss förförståelse om problemets karaktär. Fördelen med att vara insatt i problemet gjorde det mer intressant och underlättade vid skapande av protokoll och enkät. För att undvika bias så utfördes ett noggrant och strukturerat protokoll som följdes under hela observationen. Bias vid observationer kan förmodligen inte

elimineras helt men kan minimaliseras genom god förberedelse, medvetenhet och träning (Polit & Beck, 2012).

## Forskningsetiska överväganden

Aktuell studie omfattades inte av lagen om etikprövning (SFS 2003:460) då den inryms inom högskoleutbildning på avancerad nivå.

De fyra forskningsetiska kraven: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet har beaktats. Informationskravet tillgodosågs, tillstånd att utföra observationerna inhämtades hos verksamhetschef och avdelningschef på respektive avdelning genom skriven FPI (Bilaga 3) och ett muntligt tillstånd gavs. Här beskrevs studiens syfte, observationens och enkätens utformning och att det var frivilligt att medverka. Med tanke på att det var en observationsstudie var informationen om vad som exakt skulle observeras övergripande och ej specifik. Resultatet kunde annars påverkas av att de som medverkade i studien agerade efter vad det trodde förväntades. Efter alla observationer var genomförda kunde studiens hela syfte presenteras. Samtyckeskravet tillgodosågs genom att deltagarna innan studien startade fick läsa godkänd FPI och gavs möjlighet till frågor. Vid varje observation godkände aktörerna på plats att medverka, gav sitt muntliga samtycke och informerades att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien.

Observationsprotokoll och enkäterna gavs ett gemensamt identifieringsnummer för att kopplas till varje enskild observation. Observationsprotokoll och enkäter förvarades inlåsta där endast ansvariga för studien hade tillgång. Deltagarnas namn dokumenterades aldrig under studiens gång. På detta sätt har konfidentialitetskravet uppfyllts. Studien genomfördes för att utöka kunskapen inom området för att kunna leda forskningen vidare och på så vis skapa samhällsnytta genom ökad patientsäkerhet. Nyttjandekravet beaktades genom att nyttan ansågs större än risken med denna studie (Vetenskapsrådet, 2006, 2015; World Medical Association, 2015).

## Resultat

Resultat utgår från totalt tio observationer av överrapporteringar vid arbetspassbyte mellan dag och kvällspass på intensivvårdsavdelning och presenteras i tabeller, figurer och löpande text.

### Rapporteringsmiljön

#### Rapporteringsplats

I tre fall av tio genomfördes överrapporteringen mellan specialistsjuksköterskorna avskilt, på ett tomt patientrum eller i ett förrådsutrymme. Vid fem tillfällen utfördes överrapporteringen på patientrummet, dessa fem överrapporteringar observerades på en och samma intensivvårdsavdelning. De övriga två genomfördes på sjuksköterskeexpeditionen där annan personal fanns närvarande.

#### Störande ljud

Vid två överrapporteringar var ljudnivån på rummet så låg att det uppfattades som inga störande ljud, vilket var vid de avskilda överrapporteringarna. Övervägande överrapporteringar, vid fem tillfällen fanns det vissa störande ljud. Vid en observation bedömdes ljuden i miljön som ganska mycket störande, en gradering 4 av 5. Ingen överrapportering genomfördes i en miljö med mycket störande ljud. De störande ljuden utgjordes av telefon, larm från övervakning, ventilator och annan teknisk apparatur. Här kunde en klar skillnad ses mellan de två olika avdelningarnas rutiner för vilken plats överrapporteringen hade. På patientrummet observerades mer störande ljud (Tabell 1).

**Tabell 1.** Förekomst av störande ljud vid olika rapporteringssituationer

		Ljud				Total
		Inga ljud	Vissa ljud	Måttliga ljud	Ganska mycket ljud	
Plats	Avskilt	2	1	0	0	3
	Pat. närvarande	0	2	2	1	5
	Annan personal närvarande	0	2	0	0	2
Total		2	5	2	1	10

Tabell 1 visar att en avskild plats för överrapportering innebär mindre störande ljud jämfört med om patient eller annan personal fanns närvarande.

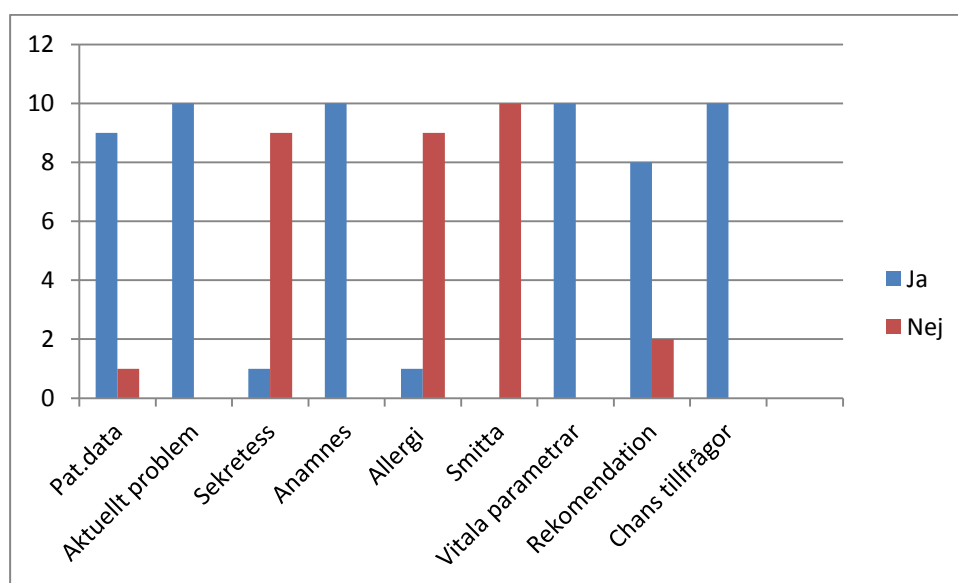
## Avbrott i överrapporteringen

Hälften av de tio överrapporteringarna blev avbrutna flera gånger p.g.a. miljön runt omkring. Larm att stänga av, orolig patient som krävde uppmärksamhet och triviala anledningar observerades, som att en kollega avbröt överrapporteringen för personligt meddelande: ”pengar som skulle betalas tillbaka”. Vid ett tillfälle fick rapporten avbrytas cirka fem minuter för att en pärm behövde tas till operation. En rapport som genomfördes i ett förråd avbröts tre gånger då saker skulle hämtas ur förrådet. De resterande fem överrapporteringssituationerna blev inte avbrutna någon gång. Av dessa fem observerades fyra utanför patientrummet.

Observationerna i studien avslutades med att tiden för överrapporteringen noterades. Den längsta var 22 minuter lång och den snabbaste 5 minuter. Detta gav medelvärdet 12,8 minuter på överrapporteringarna och standardavvikelsen var 5,2 minuter.

## Innehåll och struktur på rapporten

Innehållet observerades med stöd av SBAR och all rekommenderad information fanns övervägande med vid samtliga överrapporteringar. Sekretess, allergi och smitta rapporterades vid två tillfällen och det var när det förekom hos patienten. En översikt av frekvenser och innehåll som rapporterats visas i Figur 1.



**Figur 1.** Antal observationer n10. Information som fanns med visas i Ja-stapeln, om inte i Nej-stapeln

Det noterades vid tre av tio observationer en avvikande struktur relaterat till överrapporteringsverktyget SBAR. I nio av tio fall rapporterades patientdata först. Vid två tillfällen rapporterades patientens anamnes före det aktuella problemet och vid ett tillfälle rapporterades de vitala parametrarna och rekommendationen för fortsatt vård direkt efter det

aktuella problemet. Vid alla observationer avslutades rapporten med chans till frågor. Vid ett tillfälle påbörjades frågorna av mottagaren innan rapportören hann uttrycka det själv.

Vid totalt åtta överrapporteringsavbrott avbröt mottagaren med frågor. Detta skedde innan SBAR:s rekommendation och innan rapportören uppmanade till frågor. I Tabell 2 visas antal avbrott i rapporten, dess längd och yrkeserfarenhet på aktörerna.

**Tabell 2.** Förekomst av avbrott p.g.a. frågor från mottagare under överrapportering, siffran inom parentes är inklusive avbrott utifrån. Presenteras i relation till tid och yrkeserfarenhet

Obs. nr	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Antal avbrott</b>	3	3	10 (13)	5	2	0 (3)	2 (3)	0 (1)	1	1 (3)
<b>Tid min</b>	22	15	13	15	5	13	12	18	8	7
<b>Yrkesår rapportör</b>	8	3	24	12	2	8	4	13	4	7
<b>Yrkesår mottagare</b>	1	5	1	3	3	15	19	15	1	6

Flest avbrott visades ske under rapporten av vitala parametrar. De två rapporter som avbröts flest antal gånger, avbröts av mottagare vars yrkeserfarenhet som intensivvårdssjuksköterskor var ett respektive tre år. De rapporter som inte alls avbröts med frågor mottogs av intensivvårdssjuksköterskor som båda arbetat i 15 år.

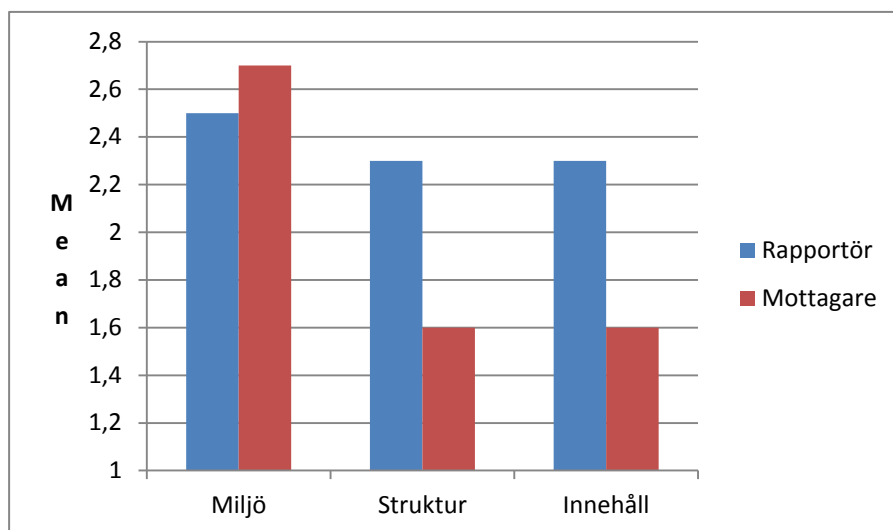
### Rapportörens och mottagarens bedömning av rapporten utifrån enkätsvar

Svarsfrekvensen på enkäterna var hundra procentig. De observerade intensivvårdssjuksköterskorna hade olika lång yrkeserfarenhet och antal år inom yrket varierade från ett till 24 år. Rapportörerna hade i medeltal arbetat 8,5 år som intensivvårdssjuksköterskor och mottagarna 6,9 år.

### Förberedelse inför överrapportering

I enkäten framkom att nio av tio rapportörer hade läst på om patienten i journalen innan överrapporteringen påbörjades. I jämförelse uppgav endast tre mottagare att de läst på eller fått någon slags övergripande information innan.

## Bedömning av rapporten



**Figur 2.** Rapportörens respektive mottagarens bedömning av rapportens miljöförutsättning, dess struktur och innehåll presenterad som medelvärde 1-5 (1=mycket bra, 5=inte alls bra)

Utifrån enkäten kan utläsas att rapportörens bedömning av rapporten gällande miljö, struktur och innehåll uppfattades medelmåttigt optimal (medel mellan 2,3 -2,5 på en skala 1-5) medan mottagaren bedömde den med ett medel mellan 1,6 – 2,7. En variation noterades hos mottagaren som bedömde rapportens innehåll och struktur som bättre jämfört med rapportörens uppfattning. Mottagaren bedömde rapporteringsmiljön som något sämre än vad rapportörerna gjorde (Figur 2).

Standardavvikelsen för rapportör och mottagare gällande rapportens miljöförutsättning, struktur och innehåll varierade mellan 0,7 – 1,4.

## SBAR

Majoriteten av intensivvårdsjuksköterskorna, 19/20 (rapportör + mottagare) kände till att SBAR var det överrapporteringsverktyg som skulle användas på de båda intensivvårdsavdelningarna. Enkäten visade att 11 respondenter inte visste om avdelningen hade en anpassad version, två respondenter angav att de hade en anpassad version och sju svarade att man inte hade ett anpassat SBAR.

# Diskussion

## Metoddiskussion

En observationsstudie genomfördes för att få en uppfattning om hur situationen ser ut för intensivvårdssjuksköterskor vid överrapporteringen i skiftet mellan dag och kvällspass.

Två förberedande testobservationer gjordes av det egenhändigt skapade observationsprotokollet och enkäten för att testa dess tillförlitlighet. Efter testerna var utförda utvärderades de båda noggrant för att se att tolkningen var samma och att deltagarna förstod enkätfrågorna. Inga ändringar behövdes i den slutgiltiga utformningen. Att använda ett strukturerat observationsprotokoll underlättade vid observationstillfället då det tydliggjorde vad som skulle observeras och fokuseras på. Enkätens frågor och svarsalternativ formades för att få deltagarnas uppfattning om överrapporteringen som en del av syftet. Enkätens enkla, korta utformning med få frågor och alternativ med att sätta kryss i olika graderingar och färdiga svarsalternativ upplevdes positivt av specialistsjuksköterskorna då den inte blev tidskrävande och därmed gick snabbt att svara på. Insamlandet av enkäten skedde direkt och gav 100 % svarsfrekvens. Kanske hade ett annat resultat framkommit om enkäten fyllts i senare då tid för reflektion funnits. Validitet och reliabilitet går inte att uttala sig om från enkätsvaren då den är egenhändigt designad vilket är en svaghet i studien (Polit & Beck, 2012). Boswell and Cannon (2011) definierar reliabilitet som att det använda instrumentet mäter samma sak hela tiden och validitet som att det använda instrumentet mäter det som det var avsett att mäta. Denna enkät var inte reliabilitets och validitetstestad. För att även kunna göra studien generaliserbar hade den behövt göras i en större population.

De tio observationerna valdes att göras slumpmässigt utan att planera exakt dag eller att förbereda aktörerna innan själva observationstillfället. Upplevelsen av att bli granskad gjorde eventuellt att rapportören gav en mer utförlig rapport jämfört med en oobserverad situation. Det är mycket svårt att bedöma hur vår observation påverkade deras sätt att rapportera. Litteraturen nämner "Hawthorneffekten", att de som observeras förbättrar sin prestation p.g.a. den psykologiska effekten av att känna sig utvald. Observationer som metod är ett delvis sårbart sätt att samla data på p.g.a. att förändrade beteenden kan bli en källa till bias (Polit & Beck, 2012). Detta menar även Boswell and Cannon (2011) kan orsaka ett systematiskt fel i resultatet.

Att observationstillfället möjligen påverkade överrapporteringen tyder följande citat på av en intensivvårdssjuksköterska:

- *Oj ska du lyssna på mig när jag rapporterar, då måste jag ta fram SBAR-kortet.*

Observatörerna bar arbetskläder för att avdramatisera sin närvaro och höll ett visst avstånd från aktörerna. Detta ansågs i efterhand som positivt med tanke på att vissa rapportörer till viss del blev nervösa av att bli observerade. Detta trots noggrann information innan och att de givet sitt muntliga samtycke. Urvalet var totalt tjugo stycken specialistsjuksköterskor. Tio stycken rapportörer och tio mottagare av rapport. Ingen avböjde att delta. Yrkeserfarenhet på de medverkande hade ett stort spann och det ansågs inte som något hinder utan tvärtom bidrog till nyanser i resultatet.



Beslutet av att använda en kvantitativ studiedesign togs för att få ett resultat som inte riskerade att färgas av personliga åsikter vilket stöds av Polit and Beck (2012). Förförståelsen anses inte ha påverkat tolkningen av resultatet med tanke på att ett förarbetat observationsprotokoll och en enkät skapades och följdes strikt vid observationstillfällena. Däremot anser författarna att förförståelsen hade en positiv inverkan då det bidrog till en djupare förståelse av den observerade situationen. En svaghet i studien var att antal bekräftelser under rapporten genom icke verbala uttryck såsom nickningar från mottagaren inte kunde observeras p.g.a. observatörens diskreta placering. Styrkan blev däremot att koncentrera sig på de verbala avbrotten istället. Resultatet har sannolikt blivit påverkat av den begränsade tiden för studiens genomförande. Fler deltagande intensivvårdssjuksköterskor och även andra avdelningar skulle kunnat bidra till större bredd, variation och vinkling. Till studiens styrka är att observationerna kompletterades med enkäter. Statistikprogrammet, SPSS som användes i presentationen av resultatet var tidskrävande att lära, men gav möjlighet till att sammanställa och analysera insamlad data.

En kvalitativ metod med intervjuer kring det berörda ämnet skulle kunna ge ytterligare kunskap i hur överrapporteringssituationen uppfattas. Det vore intressant att undersöka hur ljud och avbrott uppfattas av intensivvårdssjuksköterskor då studien påvisat att överrapporteringar ofta sker i en miljö med ljud och avbrott. Pugh (2007) har undersökt arbetsmiljön angående ljudnivån inom intensivvården. Det som framkom var att höga ljudnivåer och avbrott var vanligt förekommande och påverkade både personal och patienter negativt vilket även Riesenberget et al. (2010) betonar i sin studie. Personalens känsla av stress ökade, kommunikationen blev mindre effektiv och risken ökade därmed för att göra misstag i arbetet. Patienternas vila blev även drabbad av ljuden. Behovet av att kunna rapportera avskärmat en bit från patientsängen betonas (Pugh, 2007). En naturlig och intressant fortsättning på aktuell studie hade varit att jämföra om nybyggda avdelningar har andra förutsättningar för ostörd miljö vid överrapporteringssituationen.

Observation och kompletterande enkät som metod liksom att utgå från SBAR då observationsprotokollet utformades, anser vi var lämpliga val för denna studie och möjliggjorde att syftet blev besvarat.

## Resultatdiskussion

Platsen för överrapporteringen mellan intensivvårdssjuksköterskor vid skiftbyte varierade på intensivvårdsavdelningarna. Med fördel har olika, intressanta vinklingar framkommit i resultatet då observationer och enkäter utfördes på två skilda avdelningar. Ytterligare en fördel var att olika aktörer deltog varje gång. Ett bifynd i studien var att en avdelning sökte sig från patientrummet, letade aktivt och lade ner tid på att hitta en ostörd plats att rapportera på medan den andra hade som rutin att rapportera på intensivvårdsrummet. Ingen av de observerade avdelningarna hade specifikt utrymme för ostört arbete i motsats till vad Wallin and Thor (2008) menar är en nödvändighet för att kommunikationen ska kunna ske professionellt. Mest frekventa störningar och avbrott från personal eller patient visade sig bli då rapporten skedde på patientrummet. Flera studier visar att störande ljud kan ha negativ inverkan på rapporten. I en miljö med störande ljud och med frekventa avbrott kan rapportens struktur och längd påverkas. Rapportören riskerar förlora fokus och sekretessen gentemot närvarande patienter kan gå förlorad (Pickering, 2009; Riesenberget et al., 2010; Welsh et al.,

2010). Patientsäkerheten kan försämrats i en sådan rapporteringsmiljö. Överrapportering inne på patientrummet är inte alltid lämpligt på IVA då patienten ofta är medvetandesänkt eller djupt sederad och störande faktorer är vanligt förekommande vilket framkom i aktuell studie. De faktorer som stör och orsakar avbrott kan leda till brister i kommunikationsöverföringen mellan rapportör och mottagare. Detta i sin tur kan leda till att patienten blir drabbad då viktig information inte har uppfattats eller missuppfattats p.g.a. bruset runt omkring. Vid störande ljud kan patientens vila/sömn bli påverkad och fysiologiska reaktioner som blodtrycksstegring kan uppstå (Joseph & Ulrich, 2007). Vid en "bedside report" är en av de stora tyngdpunkterna att patienten ska medverka och kunna förmedla och komplettera information som ges vid sängkanten och även ha möjlighet att vara med i planering och rehabiliteringsplaner. Spooner et al. (2015) mätte antal och källor till avbrott under "bedside report" mellan skift på IVA. Det framkom i likhet med denna studie att sådant som mest störde och orsakade avbrott var andra kollegor och larmljud runt patienten. Studien uttryckte även behovet av att en god rapporteringsstrategi behövde implementeras för att öka patientsäkerheten. Siemsen et al. (2012) belyser överrapporteringarnas komplexitet. Arbetsmiljön där förmedling av viktig information sker behöver kvalitetssäkras för att inte bli en säkerhetsrisk. I genomförd studie framkom att övervägande överrapporteringar uppfattades av aktörerna ske i en icke optimal miljö.

Leonard et al. (2004) påtalar vikten av att använda den enkla metoden SBAR för att effektivisera och kommunicera säkert i akuta och komplexa miljöer som inom intensivvården. Detta för att viktig information inte skulle riskera gå förlorad. Båda avdelningarna där observationerna utfördes på hade SBAR införd som kommunikationsmodell. Det som framkom i aktuell studie var en god följsamhet till SBAR gällande struktur och innehåll. Enstaka gånger togs patientens bakgrund upp innan situationen som enligt SBAR ska vara först. Detta har tolkats av oss att många gör då det känns mest naturligt att börja på det viset. I denna genomförda studie ser vi inte att rapportens längd påverkats av strukturen. Flera andra studier har påvisat att en strukturerad rapport blir effektivare och därmed snabbare (Beckett & Kipnis, 2009; Kasinathan, Ang, & Lee, 2012; Welsh et al., 2010). Det framkom att alla deltagare utan en visste att SBAR var det rapporteringsverktyg som skulle användas, ett förväntat resultat. Intressant är dock att övervägande deltagare inte visste om avdelningen arbetade utefter en anpassad version. Med tanke på den skiftande yrkeserfarenheten bland de medverkande intensivvårdssjuksköterkorna tyder detta resultat på att ingen tradition finns i introduktion av SBAR vid nyanställning eller att det tränas och utvärderas regelbundet. Kesten (2011) påvisade att rollspel och träning i SBAR under sjuksköterskeutbildningen ökade kunskapen om strukturens betydelse i rapporten. Även Berkenstadt (2008) visade på positivt resultat av att träna praktiskt för utveckling av kommunikationstekniken. En ökad effektivitet kunde ses och utmynnade till mer tid för patientnära arbete. Patientsäkerheten ökar i och med att kommunikation blir tydligare vilket leder till att pågående skift kan driva behandlingsmålen med patienten framåt mer effektivt. SKL förespråkar träning genom scenario och beskriver vikten av att använda "closed loop communication" vilket innefattar att mottagaren av en rapport skall lyssna aktivt och inte avbryta. När rapportören är färdig skall vad som skall göras kvitteras för att visa att allt är korrekt uppfattat (Sveriges Kommuner och Landsting, 2010). Att praktiskt arbeta utefter dessa råd inom intensivvården kan leda till minskat antal vårddygn. Genom att behandlingsmålen mer effektivt drivs framåt minskar lidande och patientsäkerheten ökar.

Ett intressant fynd i studien var att de specialistsjuksköterskor som hade mindre yrkeserfarenhet avbröt oftare under rapportens aktuella status med frågor. Kanske en specialistsjuksköterska med längre erfarenhet känner sig mer trygg i sin yrkesroll och nöjer sig med den information som förmedlas vid rapporten och inte har något behov av att ställa frågor lika frekvent till rapportören. Benner (1993) beskriver sjuksköterskans utveckling från novis till expert i fem steg. När expertnivån är uppnådd blir det lättare att identifiera och analysera problem. Erfarenhet ger ökat självförtroende och kunskap och därmed går omvårdnadsprocessen snabbare. Detta skulle kunna vara en förklaring till resultatet i aktuell studie. Överrapporteringarnas längd kan också ha påverkats av faktorer som hur mycket det är att rapportera om patienten, rapporteringsmiljön, hur väl rapportören är insatt i patienten och om mottagaren av rapporten vårdat patienten tidigare. Avbrott från mottagaren kan även tolkas som okunskap i SBAR:s struktur som visar att frågor rekommenderas sist efter att rapportören är färdig. Med detta fynd utläses ett behov av träning och upplärning i hur en strukturerad överrapportering går till. Träning i att arbeta strukturerat och säkert är på senare år ett omskrivet ämne. En artikel beskriver exempelvis hur överrapportering mellan sjuksköterskor tydligt kan förbättras genom användning och träning i en 3D virtuell värld (Brown, Rasmussen, Baldwin, & Wyeth, 2012).

Allergi, smitta, och sekretess nämndes endast i denna studie under överrapporteringen när det visades vara aktuellt gällande patienten. Socialstyrelsen påpekar att enligt lagen ska uppgifter om överkänslighet/allergi och smitta enligt rutin säkerhetsställas genom tydlig markering i journal på ett sådant sätt att det är lätt att uppmärksamma (SOSFS, 2008:14). Detta skall enligt SBAR rapporteras under B-bakgrund för att komplettera den tydliga informationen i journalen. Sekretess inom vården styrs av Offentlighets- och sekretesslagen och dokumenteras ofta i patientjournaler eller i anteckningar som förs på annat sätt. Sekretessen innebär att man inte får berätta något om en patient för någon annan än de som deltar i just denna patients vård (SFS 2009:400). Detta är att tänka på när det i denna studie förekom att överrapporteringar även skedde inne på patientrummet med fler patienter närvarande. Joseph and Ulrich (2007) betonar också att en rapport inne på patientrummet kan riskera patientens konfidentialitet.

Båda avdelningarna som observationerna utfördes på hade som rutin en ”snabbrapport” när kvällspasset började. All pågående personal fick en kort övergripande rapport om patienterna som vårdades på avdelningen och hur kvällens arbetsfördelning var upplagd. I enkäten efterfrågades om vederbörande rapportör/mottagare fått någon övergripande information eller läst på om patienten. Enbart tre av tio mottagare uppgav att de fått någon övergripande information av patienten. Berodde denna låga siffra på att personalen vid just dessa tillfällen ej varit med på snabbrapporterna eller var det så att den kortfattade informationen inte varit tydlig eller uppfattats som viktig?

Vad gäller bedömning av rapportens miljöförutsättning, innehåll och struktur visar resultatet att rapportörerna uppfattat det som medelmåttigt optimalt (medel 2,4 på en skala 1-5). Mottagarna var däremot till stor del helt nöjda med struktur och innehåll medan uppfattningen av miljöns förutsättning var sämre jämfört med rapportörerna. Att mottagaren ser bättre på rapportens innehåll och struktur kan bero på att rapportören är mer självkritisk. Uppfattningen av miljön som mer störande för mottagaren kan kanske förklaras av att det gav en försämrad koncentration. Riesenberget et al. (2010) beskriver en distraherande miljö som en barriär för

god kommunikation. En miljö med t.ex. avbrott och mycket ljud har en negativ inverkan på koncentrationen.

Intressant är om avbrotten och frågorna gjorde att rapportören tappade tråden och därför kände sig mindre nöjd med struktur och innehåll. Trots detta gav mottagaren en övervägande positiv bedömning av struktur och innehåll. Problem med frekventa avbrott under överrapportering har tidigare betonats av Spooner et al. (2015). Alla involverade i aktuell studie uppgav övervägande att rapporteringsmiljön var bristfällig. Trots detta fann observatörerna i likhet med mottagarnas bedömning en god följsamhet till SBAR:s innehåll och struktur. Vi finner liksom Spooner et al. (2015) behovet av att implementera en god rapporteringsstrategi för att säkerställa patientsäkerheten.

## Slutsats

Aktuell studie visar att överrapportering mellan intensivvårdsjuksköterskor ofta sker i en miljö med störande ljud och avbrott av olika slag. Fem av tio rapporter utfördes på patientrummet. Rapporteringsmiljön bedömdes som inte optimal av 16/20 informanter. Rapportens innehåll och struktur överensstämde till största del med struktur och innehåll utifrån SBAR. Struktur och innehåll på rapporten bedömer 7/10 mottagare som mycket bra. Rapportörernas bedömning var däremot inte lika optimal, endast en rapportör bedömde strukturen som mycket bra. Vanligt förekommande var att rapportören avbröts med frågor från mottagaren innan det enligt SBAR:s struktur är lämpligt. Detta tyder på brist i följsamhet till SBAR och kan förbättras genom ökad kunskap i rapporteringsteknik.

## Kliniska implikationer

Aktuell studie bidrar till:

- Att ökad medvetenhet gällande överrapporteringens komplexitet vad gäller struktur, innehåll och miljö.
- Att belysa behovet inom den kliniska verksamheten att förbättra miljön genom att skapa anpassade utrymmen för överrapporteringar.
- Att uppmuntra intensivvårdsavdelningar att skapa en gemensam rutin för överrapporteringar. SBAR bör anpassas till varje enskild arbetsplats och nya kollegor skall introduceras. Ett organisatoriskt stöd behövs och att någon är drivande, har ansvar för att implementeringen av SBAR skall lyckas. Tid och utrymme ska finnas för upplärning, gärna genom simuleringsövningar. Med en gemensam överrapporteringskultur som följs kan effektivare rapporter ske och patientsäkerheten öka.

Vi hoppas att studien inspirerar till ökat intresse för att utveckla en säker och professionell kommunikation. En förbättrad miljö vid överrapporteringssituationen kan leda till ökad patientsäkerhet.

## Arbetsfördelning

Arbetet med studien har fördelats lika mellan författarna under tidens gång då dagsplaner och mål har lagts upp. Studiens alla delar har bearbetats gemensamt och genom att komplettera varandra har samarbetet förflutit väl.

## Referenslista

- Ballangrud, R., Hall-Lord, M. L., Persenius, M., & Hedelin, B. (2014). Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: a descriptive qualitative study. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 30(4), 179-187.
- Ballermann, M. A., Shaw, N. T., Mayes, D. C., Gibney, R. T. N., & Westbrook, J. I. (2011). Validation of the Work Observation Method By Activity Timing (WOMBAT) method of conducting time-motion observations in critical care settings: an observational study. *BMC medical informatics and decision making*, 11(1), 32-32. doi: 10.1186/1472-6947-11-32
- Beckett, C. D., & Kipnis, G. (2009). Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 31(5), 19.
- Begley, C. (2008). Approaches to Research. In R. Watson, H. McKenna, S. Cowman, & J. Keady (Eds.), *Nursing research: designs and methods* (pp. 13-21). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Berkenstadt, H. (2008). Improving handoff communications in critical care: utilizing simulation-based training toward process improvement in managing patient risk. *Chest*, 134(1), 158-162. doi: 10.1378/chest.08-0914
- Boswell, C., & Cannon, S. (2011). *Introduction to nursing research: incorporating evidence-based practice*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.
- Brown, R., Rasmussen, R., Baldwin, I., & Wyeth, P. (2012). Design and implementation of a virtual world training simulation of ICU first hour handover processes. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 25(3), 178-187. doi: 10.1016/j.aucc.2012.02.005
- Dunsford, J. (2009). Structured communication: improving patient safety with SBAR. *Nursing for Women's Health*, 13(5), 384-390. doi: 10.1111/j.1751-486X.2009.01456.x
- Efstratios, A. (2013). Synthesizing Knowledge about Nursing Shift Handovers: Overview and Reflections from Evidence-Based Literature. *International Journal of Caring Sciences*, 6, 300-313.
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Fenton, W. (2006). Developing a guide to improve the quality of nurses' handover. *Nursing older people*, 18(11), 32.
- Groah, L. (2006). Tips for introducing SBAR in the OR. *OR Manager*, 22(4).
- International Council of Nurses. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor Hämtad 2015-01-13 från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod.2014.pdf>.
- Jeffcott, S. A., Evans, S. M., Cameron, P. A., Chin, G. S. M., & Ibrahim, J. E. (2009). Improving measurement in clinical handover. *Quality & Safety in Health Care*, 18(4), 272-277. doi: 10.1136/qshc.2007.024570
- Joseph, A., & Ulrich, R. (2007). Sound Control For Improved Outcomes In Healthcare Settings. Published by The Center for Health Design, Hämtad 2015-2005-2009 från <https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Sound%20Control.pdf>.

- Kasinathan, S., Ang, E., & Lee, J. (2012). Patient handover in the oncology setting: an evidence utilisation project. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10(4), 369-376. doi: 10.1111/j.1744-1609.2012.00280.x
- Kesten, K. S. (2011). Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *The Journal of nursing education*, 50(2), 79-87. doi: 10.3928/01484834-20101230-02
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety in Health Care*, 13 85-90. doi: 10.1136/qhc.13.suppl\_1.i85
- Malekzadeh, J., Mazluom, S. R., Etezadi, T., & Tasserri, A. (2013). A standardized shift handover protocol: improving nurses' safe practice in intensive care units. *Journal of caring sciences*, 2(3), 177-185. doi: 10.5681/jcs.2013.022
- Nationalencyklopedin. (2015) *Kommunikation*. Hämtad 2015-01-08 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kommunikation>.
- Nilsen, B., Nygren, M., Öhrn, A., & Roback, K. (2012). Patientsäkerhet svårt att uppnå, svårt att värdera. *Läkartidningen*, 109(20-21), 1028-1031.
- Nilsson, B., & Waldemarson, A.-K. (2007). *Kommunikation: samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Pfrimmer, D. (2009). Teamwork and communication. *Journal of continuing education in nursing*, 40(7), 294-295. doi: 10.3928/00220124-20090623-09
- Pickering, B. W. (2009). Identification of patient information corruption in the intensive care unit: using a scoring tool to direct quality improvements in handover. *Critical Care Medicine*, 37(11), 2905-2912. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181a96267
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Popovich, D. (2011). 30-Second Head-to-Toe tool in pediatric nursing: cultivating safety in handoff communication. *Pediatric nursing*, 37(2), 55.
- Pugh, R. J. (2007). The Impact of Noise in the Intensive Care Unit. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. Hämtad 2015-05-09 från <http://www.ihe-online.com/fileadmin/artimg/the-impact-of-noise-in-the-intensive-care-unit.pdf>
- Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *The American journal of nursing*, 110(4), 24.
- Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Little, B. W. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*, 24(3), 196-204. doi: 10.1177/1062860609332512
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård Hämtad 2015-01-13 från [http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning\\_intensivvard.pdf](http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf).
- Sandlin, D. (2007). Improving Patient Safety by Implementing a Standardized and Consistent Approach to Hand-Off Communication. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22(4), 289-292. doi: 10.1016/j.jopan.2007.05.010

- Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R., & Crookes, P. (2004). Nursing handovers: do we really need them? *Journal of nursing management*, 12(1), 37-42. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00415.x
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag* Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.
- 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), 439-448.
- Socialstyrelsen. (2008). Vårdskador inom somatisk slutenvård Hämtad 2015-01-16 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-109-16>.
- Socialstyrelsen. (2009). Säker kommunikation i vården Hämtad 2015-05-03 från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/sakerkommunikation>.
- Socialstyrelsen. (2015a). Informationsöverföring och kommunikation Hämtad 2015-05-03 från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>.
- Socialstyrelsen. (2015b). Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015 Hämtad 2015-05-13 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19753/2015-4-1.pdf>.
- SOSFS. (2008:14). *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spooner, A. J., Corley, A., Chaboyer, W., Hammond, N. E., & Fraser, J. F. (2015). Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 28(1), 19-23. doi: 10.1016/j.aucc.2014.04.002
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2010). SBAR för strukturerad kommunikation Hämtad 2015-01-08 från [http://www.skf.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar\\_minskar\\_risker\\_i\\_varden](http://www.skf.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varden).
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). Standardisering inom hälso- och sjukvård Hämtad 2015-05-03 från <http://skf.se/halsasjukvard/patientsakerhet/standardisering.759.html>.
- Sävenstedt, S., & Florin, J. (2013). Informations- och kommunikationsteknik In A.-K. Edberg (Ed.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (pp. 217-258). Lund: Studentlitteratur.
- The Joint Commission. (2007). Patient Safety Solutions Preamble - May 2007. Hämtad 2015-01-10 från: <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PreambleandSolutionsENGLISH.pdf>.
- Wallin, C.-J., & Thor, J. (2008). SBAR – Modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, 105(26-27), 1922-1924.



- Welsh, C. A., Flanagan, M. E., & Ebright, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58(3), 148-154. doi: 10.1016/j.outlook.2009.10.005
- Vetenskapsrådet. (2006). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2015-03-20 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.
- Vetenskapsrådet. (2015). Regler och riktlinjer för forskning, Informerat samtycke Hämtad 2015-03-20 från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>.
- World Health Organization. (2011). Topic 2 Why applying human factors is important for patient safety [http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/PSP\\_mpc\\_topic-02.pdf](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/PSP_mpc_topic-02.pdf).
- World Medical Association. (2015). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects Hämtad 2015-03-20 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.
- Öhrn, A. (2013). Säker vård. In A.-K. Edberg (Ed.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (pp. 181-216). Lund: Studentlitteratur.

# Bilaga 1.

## Checklista för observation av överrapportering mellan arbetspass på intensivvårdsavdelning

Observationsnummer:

Observationens tid:

### Rapporteringsmiljön

Plats för rapport:

Avskilt (stängd dörr)	Avd. andra närvarande	Pat. rum	Annan plats:

Störande ljud från apparatur/övervakning/telefon etc.

1(Inga ljud)	2	3	4	5(Mycket ljud)
--------------	---	---	---	----------------

Antal avbrott i rapport p.g.a. något utifrån (patienten, annan kollega, telefon etc.) markera med kryss varje gång det sker.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Struktur och innehåll på rapporten

Innehåll	Ja	Nej	Ordningsföljd Nr:	Kommentar	Mottagare bekräftar tyst genom nick etc.	Mottagare avbryter med fråga
<b>SITUATION</b>						
Pat.data						
Diagnos						
Sekretess						
<b>BAKGRUND</b>						
Anamnes						
Allergi						
Smitta						
<b>AKTUELLT TILLSTÅND</b>						
Vitala parametrar						
<b>REKOMMENDATION</b>						
Chans till frågor						

## Bilaga 2.

### Frågeformulär till rapportör & mottagare efter rapporten

Observationsnummer:

Rapportör	
Mottagare	

Yrkesverksamma år som intensivvårdssjuksköterska:

år
----

Har du läst på om patienten eller fått övergripande information innan rapporten?

JA	NEJ

Hur bedömer du rapportens förutsättningar avseende miljö: avbrott, störande ljud, telefon etc.?

1 Mkt god förutsättning	2	3	4	5 Ingen god förutsättning

Är du nöjd med rapportens struktur?

1 Mkt nöjd	2	3	4	5 Inte alls nöjd

Hur bedömer du rapportens innehåll?

1 Mycket tydlig	2	3	4	5 Inte alls tydlig

Är SBAR införd på avd.?

JA	NEJ	VET EJ

Om JA – är det en omarbetad version för specifikt er avdelning?

JA	NEJ	VET EJ

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

## Bilaga 3.



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

### FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

#### Bakgrund och syfte

Studier och litteratur beskriver hur viktig överrapporteringen mellan arbetspass är för patientsäkerheten. Därför vill vi, som en del i vårt magisterarbete, observera tio överrapporteringstillfällen mellan intensivvårdssjuksköterskor. Syftet är att observera hur en överrapportering går till.

#### Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande i studien eftersom du arbetar som intensivvårdssjuksköterska på intensivvårdsavdelning där studien utförs.

#### Hur går studien till?

Observationen kommer ske på er avdelning vid patientöverrapportering mellan dag och kvällspass. Det är vi två specialiststudenter som observerar situationen utan att delta i det som sägs. Direkt efter observationen kommer en kort enkät lämnas ut till de två intensivvårdssjuksköterskor som överrapporterat / tagit emot rapport. Det är strukturerade frågor om er uppfattning av observationssituationen.

#### Vad är riskerna?

Vi ser inte att studien medför några risker för deltagare. Möjligen kan det uppfattas något besvärande att bli observerad under ett överrapporteringstillfälle.

#### Finns det några fördelar?

Att delta i denna studie innebär inga direkta fördelar för dig. Resultatet kan eventuellt bidra till en ökad medvetenhet om innehåll och struktur för överrapportering vilket kan stärka patientsäkerhet.

#### Hantering av data och sekretess

Observation och enkät kodas för möjlighet att presentera resultaten på gruppnivå. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Vid sammanställning av data kommer ingen enskild individ att kunna identifieras. Inga data kommer att användas för annat ändamål än till denna studie.

### Hur får jag information om studiens resultat?

Studiens resultat presenteras i en magisteruppsats på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet. Kontakta ansvariga för studien vid intresse.

### Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt. Du har när som helst, utan särskild förklaring, rätt att avbryta. Du behöver inte förklara något om du väljer att inte vara med.

### Ansvariga för studien

Kontaktuppgifter till studenter samt handledare.

Emma Thylander

Leg. Sjuksköterska

gusthyem@student.gu.se

031-7866026

Carina Eklund

Leg. Sjuksköterska

guseklunc@student.gu.se

031-7866026

Handledare:

Margareta Warrén Stomberg

Universitetslektor, Docent

margareta.warren.stomberg@gu.se

031-7866026