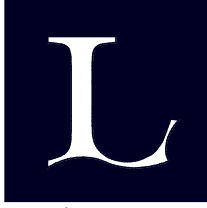


Sjuksköterskors erfarenheter av verbal överrapportering av ambulanstransporterade patienter till akutmottagning

Daniel Jonsson
Daniel Knutsson

Luleå tekniska universitet

D- uppsats
Omvårdnad
Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

Sjuksköterskors erfarenheter av verbal överrapportering av
ambulanstransporterade patienter till akutmottagning

Nurses experiences of the verbal handover process of ambulance transported patients in the
emergency department

Daniel Jonsson
Daniel Knutsson

Specialistsjuksköterska med inriktning mot ambulanssjukvård, 60 hp

Omvårdnad D, Examensarbete, 15 hp

Vårterminen 2009

Examinator: Siv Söderberg, professor

Handledare: Inger Lindberg

Sjuksköterskors erfarenheter av verbal överrapportering av ambulanstransporterade patienter
till akutmottagning

Nurses experiences of the verbal handover process of ambulance transported patients in the
emergency department

Daniel Jonsson

Daniel Knutsson

Avdelningen för omvårdnad, Institutionen för hälsovetenskap, Luleå Tekniska Universitet

Abstrakt

Ambulanssjukvården i Sverige har under de senaste decennierna utvecklats från att ha varit en ren transportorganisation till en kvalificerad sjukvårdsverksamhet. Att ambulanserna nu bemannas med sjuksköterskor och att dessa således överrapporterar patienter till andra sjuksköterskor på akutmottagningen gör att kunskapsnivån har ökat. Detta gör att kraven ökar på ett förändrat arbetssätt vad det gäller bedömning, behandling, prioritering och överrapportering av ambulanstransporterade patienter. Tidigare forskning har visat att överrapporteringen är av skiftande kvalitet beroende på vem som rapporterar. Det har även beskrivits att olika sjukdomstillstånd leder till bättre och sämre rapporter. Åtta sjuksköterskor deltog i studien vars syfte var att beskriva erfarenheter hos sjuksköterskor i samband med överrapportering av ambulanstransporterade patienter till akutmottagning. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade att patientens tillstånd påverkar överrapporterandet och även att patientens omhändertagande påverkades negativt av en dåligt utförd överrapportering. Resultatet visar även att överrapporteringen påverkades av dåligt intresse och stress. Utbildning och struktur var viktigt för att optimera överrapporteringen och även att rapportera på rätt plats, till rätt person ansågs viktigt. Författarna föreslår mer forskning och utbildning angående patienter som inte är akut sjuka vilket på sikt kan förbättra bemötandet och överrapporteringen av dem. Ambulansverksamheten och akutmottagningen borde knytas närmre samman med mer gemensamma utbildningar exempelvis. Detta för att sjuksköterskor inom de olika grupperna ska förstå varandra bättre och kunna kommunicera effektivare.

Nyckelord: erfarenheter, överrapportering, sjuksköterskor, kvalitativ innehållsanalys, omvårdnad

Ambulanssjukvården i Sverige har genomgått stora förändringar. Den har under de senaste decennierna utvecklats från att ha varit en ren transportorganisation till en kvalificerad sjukvårdsverksamhet (Socialstyrelsen, 2001). Kompetensnivån har ökat, framför allt efter 2005 då kravet kom att det skulle finnas minst en sjuksköterska per akutambulans. Att ambulanser nu bemannas med sjuksköterskor gör att kvaliteten på vården av patienten ökar och ligger till grund för ett förändrat arbetssätt vad det gäller bedömning, behandling, prioritering och överrapportering av ambulanstransporterade patienter. Uppgiften att utveckla och utvärdera överrapportering åligger därför den legitimerade sjuksköterskan (SOSFS 1997:18).

Vid överlämnande av patient på akutmottagning är vanligtvis minst tre parter inblandade; sjuksköterskan i ambulans, sjuksköterskan på akutmottagningen och patienten som överlämnas. En överrapportering består dels av det fysiska överlämnandet av patienten och dels av en verbal rapport (Bruce & Suserud, 2005). Det centrala vid överrapporteringen är att ett informationsutbyte sker och det ges oftast både verbalt och skriftligt (Walker, 1995). För att en sjuksköterska skall kunna ta emot och ge information på ett tillfredställande sätt krävs kunskap om kommunikation och om det som kommuniceras. Rapporten som ges och tas emot är en komplex interaktion mellan olika individer med skiftande kunskaper, förståelse och attityder vilket kan försvåra överföringen av information (Thurgood, 1995). Owen, Hemmings och Brown (2009) menar att sjuksköterskor och läkare på akutmottagning, saknade ett gemensamt språk så att de kunde förstå ambulanspersonalen optimalt och själva göra sig förstådda. Enligt Gerdtz och Bucknall (2000) kunde detta förstärkas av reella språkförbistringar som en källa till bristfällig information i vården.

En verbal överrapportering kan innehålla viktig information om patientens tillstånd som kan underlätta en snabb och korrekt triagering till rätt vårdnivå. Detta är fördelaktigt inte bara för patienten som snabbt kan bli korrekt bedömd utan även för sjukvården vars resurser kan disponeras bättre. Vid verbal överrapportering kan mycket information överföras relativt snabbt till mottagaren vilket är en fördel i jämförelse med skriftlig överrapportering (Pothier, Monteiro, Mooktlar & Shaw, 2005; Bhabra, Mackeith, Monteiro, & Pothier, 2007). Enligt McInerney, Ward, Hassan och Quinton (2000) är verbal överrapportering det mest effektiva och pålitliga sättet att överföra information på, dock riskerar information som inte dokumenterats skriftligt att för alltid gå förlorad. Studier som undersökt informationsförluster visade att upp till 74 procent av informationen försvann vid endast muntlig överrapportering

mellan två parter (Pothier et al., 2005; Bhabra et al., 2007). För att undvika informationsförlust är ambulanspersonal i Sverige tvungna enligt patientdatalagen (SFS 2008:355) att även dokumentera händelser och viktig information i patientens journal.

Vedertagna och återkommande uppgifter i överrapporteringen om patienten, är uppgifter om namn på patienten och personnummer, varför patienten söker vård, tidigare sjukdomar, eventuell medicinering och överkänslighet mot läkemedel. Även status på vitalparametrarna, främst vad det gäller luftvägar, andning, cirkulation och medvetande, ingår ofta. Personalen förmedlar också hur de bedömer patienten och vilken behandling som utförts samt effekt av denna (Currie, 2002). Vid trauma finns det ofta lokala bestämmelser för hur rapporten skall ges men för övriga patienter finns det sällan några föreskrifter (Lancer, Scott, Jane, Brice, Baker & Shen, 2002).

I en studie av Thakore och Morrison (2001) beskrivs det att överrapporteringen är av skiftande kvalitet beroende på vilken person som rapporterar. Andra studier pekar på att olika sjukdomstillstånd leder till bättre och sämre rapporter (Bruce & Suserud, 2005; Yong, Dent & Weiland, 2008). Vanliga, konkreta sjukdomstillstånd, som akut bröstsmärta och akut andningsbesvär, upplevs av sjuksköterskor på akutmottagningen resultera i en bättre rapport från ambulanspersonal än vid mer diffusa symtom (Yong, Dent & Weiland, 2008). Vidare beskriver personal i ambulansverksamhet att sjuksköterskor på akutmottagning inte alltid lyssnade utan tog över patienten för undersökning direkt vid överlämnandet.

Ambulanspersonal upplevde att personal på akutmottagning ofta ifrågasatte deras arbete och att det inte alltid var någon som noterade deras verbala rapport. Ofta fick ambulanspersonalen lämna rapport under stressiga förhållanden, antingen vid akut sjukdomsfall eller vid hög arbetsbelastning vilket kan ha påverkat mottagandet (Thakore & Morrison, 2001).

Kommunikationsbrister har tyvärr visat sig vara en viktig orsak till sjukvårdsorsakad skada på patienter (Bleetman & Talbot, 2007). Verbal överrapportering på akutmottagning är en känslig process där mottagande sjuksköterska skall ta över ansvaret för patienten och har således mindre kunskap om patienten. Det finns då en risk att patienten i denna situation blir felaktigt bedömd om inte den verbala överrapporteringen fungerar tillfredställande (Bruce & Suserud, 2005; Ye, Taylor, Knott, Dent & MacBean, 2007). Lancer et al. (2002) menar att ambulanspersonalens rapport ofta är den enda källan mottagande enhet har att tillgå om

händelsen och patientens tillstånd, vilket kan vara avgörande för patientens fortsatta behandling.

Litteraturgenomgången visar att det finns få studier i ämnet. Den forskning som finns har framförallt gjorts utomlands där förhållandena kan skilja sig väsentligt från svenska förhållanden. Genom denna studie vill författarna höja kvaliteten av överrapportering på akutmottagning samt bidra till och utveckla den kunskap i ämnet som redan finns genom att undersöka vilka erfarenheter sjuksköterskor har av verbal överrapportering i samband med överlämnade av patient till akutmottagning. Syftet var därför att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av överrapportering av ambulanstransporterade patienter till akutmottagning.

Metod

Enligt Polit och Beck (2008) ämnar kvalitativ forskning att beskriva, fördjupa och förklara förståelsen för mänskliga upplevelser. Därför ansåg författarna det lämpligt att använda en kvalitativ metod för att uppnå syftet med studien.

Deltagare

I studien deltog åtta sjuksköterskor som alla motsvarade studiens inklusionkriterier. Fyra av deltagarna arbetade på akutmottagning och fyra inom ambulansverksamheten.

Dessa var mellan 27 och 55 år gamla. Könsfördelningen var arbetsplatspecifik där alla på ambulanssidan var män medan tre av fyra på akuten var kvinnor. De hade arbetat som sjuksköterskor i mellan 4 och 37 år. Fyra stycken var specialistsjuksköterskor i ambulanssjukvård vilket var de som arbetade på ambulans medan de som arbetade på akutmottagning var grundutbildade sjuksköterskor. Inklusionskriterier för studien var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor som har arbetat över ett år på arbetsplatsen ifråga med mottagande eller givande av verbal överrapportering från ambulans. Eftersom den verbala överrapporteringen inkluderar två olika grupper sjuksköterskor, i ambulans och akutmottagning, valde författarna att inkludera bägge dessa.

Datansamling

Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sjuksköterskorna. Intervjuerna startade med frågor om deltagarens ålder och erfarenhet. Därefter ombads sjuksköterskorna att berätta om sina erfarenheter av verbal överrapportering av ambulanstransporterade patienter på

akutmottagningen. Beroende på svaret fortsatte författarna med följande frågor: Utifrån dina erfarenheter, kan du berätta hur överrapporteringen rent praktiskt fungerar? Vad anser du vara viktigt i överrapporteringen när en patient lämnas över? Hur upplever du att den verbala överrapporteringen vid trauma fungerar i relation till den vardagliga verbala rapporteringen? Hur kan patienter påverkas av eventuella brister i den verbala överrapporteringen? Hur tror du att [den andra personalkategorin] upplever överrapporteringen? Har du något mer att tillägga? Deltagaren uppmanades ofta att exemplifiera. Intervjuerna som varade mellan 25 – 50 minuter långa spelades in digitalt och skrevs därefter ut ordagrant. De utfördes på sjuksköterskornas arbetsplats efter arbetsdagens slut.

Procedur

Tillstånd för att genomföra studien inhämtades hos verksamhetschefer på en akutmottagning och en ambulansstation. Genom anslag (bilaga 1) på respektive arbetsplats tillfrågades sjuksköterskor om deltagande i studien och information om anmälan gavs. Åtta sjuksköterskor anmälde sitt intresse vilket av författarna ansågs vara tillräckligt för att uppnå syftet med studien. Deltagarna fick sedan skriftlig information av författarna om studiens syfte och tillvägagångssätt i form av ett informationsbrev (bilaga 2). I informationsbrevet gavs även information om rätten att avbryta deltagandet i studien utan att motivering krävdes och om hur materialet skulle hanteras.

Analys

Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera data i studien. Enligt Polit och Beck (2008) är kvalitativ innehållsanalys en analysmetod som används för att beskriva innehållet i det berättade, kvalitativa i materialet genom att ta fram det karaktäristiska ur innehållet. Syftet med kvalitativ innehållsanalys är att söka variationer i den analyserade texten och se skillnader och likheter (Graneheim & Lundman, 2008). Varje intervju lästes igenom ett flertal gånger av bägge författarna för att få en känsla av helheten och innehållet. Gemensamt beslutades vilka delar av materialet som svarade mot syftet. Dessa meningsbärande enheter extraherades ur texterna och kondenserades, det vill säga förkortades utan att förlora kärnan i texten. När alla intervjuer hade bearbetats och meningsbärande enheter extraherats ur dem sattes de samman till ett enda datamaterial vilket analyserades. Sedan kodades materialet i stora grupper så att det skulle vara lättare att arbeta med. Koderna var exempelvis struktur, där allt material som hade med struktur att göra hamnade, och patient, där allt material som berörde patienter hamnade. I nästa steg sammanfördes meningsbärande enheter med liknande

innehåll till kategorier. Utifrån likheter och skillnader sammanfördes kategorier i flera steg till bredare men ett mindre antal kategorier (Graneheim & Lundman, 2003) Kategoriseringen resulterade i fyra kategorier. För att säkerställa giltigheten i kategorierna gick författarna tillbaka till ursprungstexten vid oklarheter för att förstå sammanhanget och klargöra meningsenhetens betydelse.

Etiska överväganden

Deltagande sjuksköterskor fick muntlig och skriftlig information om syftet med studien, att de kunde avbryta deltagandet när som helst och att det var helt frivilligt att delta. Enligt Polit och Beck (2008) innebär ett informerat samtycke att deltagarna i en studie har delgivits tillräckligt mycket information för att dessa skall kunna fatta rationella beslut om att delta eller inte. Deltagarna har i föreliggande studie behandlats konfidentiellt, det vill säga att inga privata data som kan identifiera dem har redovisats (Kvale, 1997, s. 109). Före studiens början granskades och godkändes uppsatsens planerade genomförande av en forskningsetisk grupp på Institutionen för Hälsovetenskap, Luleå Tekniska Universitet.

Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier som beskriver olika erfarenheter av den verbala överrapporteringen. De presenteras nedan (Tabell 1) och illustreras med citat.

Tabell 1. Översikt över kategorier (n=4)

Kategorier

Att patienten påverkar och påverkas
Att påverkas av relationer och stress
Att utbildning och struktur är viktigt
Att rapportera på rätt plats, till rätt person, på rätt sätt

Att patienten påverkar och påverkas

Sjuksköterskor beskrev att patientens upplevelse var viktig vid överrapporteringstillfället. De ansåg att de som vårdgivare befann sig i en maktposition i förhållande till patienten och att det därför var viktigt att hela tiden bekräfta och se denne. Om patienten upplevde att överrapporteringen var bristfällig eller inte kände sig bekräftad ansåg sjuksköterskor att denne

kunde känna sig otrygg. De beskrev att osäkra och otrygga patienter inte vågade utelämna sig till vårdpersonalen vilket kunde försämra den fortsatta vården och patientens tillstånd. Sjuksköterskor ansåg att all personal måste vara medvetna om att överrapporteringen i slutändan handlar om patientens hälsa vilket ansågs vara ett stort ansvar. En åtgärd för att patienten skulle känna sig tryggare ansågs vara att informera patienten före avlämnandet på akutmottagningen. Patienten skulle då veta vad som hände och inte bli överraskad av att det pratades över huvudet på denne.

Sjuksköterskor beskrev att det var viktigt att låta patienten vara delaktig i överrapporteringen genom att vara med och påverka under den. I själva överrapporteringen ansåg sjuksköterskor att det var viktigt att förmedla en helhetsbild av patienten där både kroppsliga och själsliga aspekter beaktades. Att överlämna en innehållsmässigt bra överrapportering var viktig ur patientens perspektiv för att denne skulle få så god fortsatt vård som möjligt. I slutändan, ansåg de, var det viktigt att tänka på att överrapporteringen endast var till för patientens bästa. Detta för att utelämnande av viktig information, beskrev sjuksköterskor, riskerade att försämra patientens omhändertagande.

”Så att men allt ihop är ju egentligen (...) det är ju till för patienten, för att patienten ska få en bra och snabb vård.”

”(...) vi har ju en roll där vi har lite makt (...) där blir det ju viktigt när jag rapporterar över till sjuksköterskan så att inte patienten känner sig överkörd.”

Överrapporteringen kunde påverkas av hur allvarligt sjuk patienten var. En patient som inte var allvarligt sjuk ansågs inte vara lika viktig som en mer allvarligt sjuk patient och kunde därför bli sämre överrapporterad. För mer allvarligt sjuka patienter ansåg sjuksköterskor att det var viktigare att överrapporteringen var kort och koncis. De ansåg att svårt skadade patienter rapporterades mer strukturerat än mindre skadade patienter, framförallt traumapatienter. När patienten däremot inte var svårt skadad ansågs det finnas mer utrymme att prata om patienten vilket de också gjorde. Sjuksköterskor beskrev även att deras förmåga att relatera till patienten kunde påverka överrapporterandet. En stark situation, som till exempel en händelse med ett skadat barn i samma ålder som sjuksköterskans eget, ansågs kunna vara så känslösamt att det påverkade kvalitén på överrapporteringen.

”Om det är ett litet barn som är i samma ålder som min son och har blivit drabbad av en sjukdom eller skada. (...) Känslomässigt påverkad och det kan ju naturligtvis påverka överrapporteringen också.”

”Men när dom är mindre dålig [patienterna] då blir det ju mer allmänt tal, att (...) det blir mer att man talar bara som i löpande text, det blir inte lika strukturerat.”

Att påverkas av relationer och stress

Sjuksköterskor beskrev att överrapporteringen till stor del berodde på vilka som kommunicerade och vilken relation de hade till varandra. Både ambulans- och akutmottagningssjuksköterskor ansågs kunna påverka den andra vid överrapporteringen genom sitt beteende. De beskrev att det var svårt att bete sig lika till alla eftersom det fanns individuella skillnader i relationen de hade vilket gjorde att överrapporteringarna skiljde sig åt. Vissa sjuksköterskor beskrevs som bättre på att överrapportera än andra vilket också påverkade hur de blev bemötta på akuten. De som ansågs sämre på att rapportera gavs mindre uppmärksamhet vid överrapporteringen. Dåligt bemötande vid överrapportering beskrevs kunna påverka relationen personerna emellan. En dålig relation mellan två sjuksköterskor kunde leda till att överrapportering blev dålig trots att de egentligen ville att den skulle bli bra. De ansågs även viktigt att bekräfta motparten i överrapporteringen för att denne skulle anstränga sig vid överrapporteringen och göra sitt bästa. Denna bekräftelse handlade om att bägge parter var aktiva och intresserade, att mottagaren ställde motfrågor samt att man hade ögonkontakt med varandra.

”Och när dem personerna inte vill lyssna och då ser man till att patienten är på plats och skriver journal om det man gjort och överlämnar. Men det är ju mer att man inte fungerar i sin relation mellan varandra. Det är ju inte för att man inte vill.”

Sjuksköterskor beskrev att hög arbetsbelastning kunde försämra överrapporteringen. De ansåg att rapporterna blev för korthuggna och att intresset för att ta emot dem minskade när tid saknades. En förutsättning för en bra överrapportering beskrevs vara att mottagarna lyssnade på givaren och var intresserad. Det ansågs viktigt att alla som var med vid överrapporteringen skulle stanna upp under tiden rapporten ägde rum, både för att de skulle höra och kunna

lyssna bättre. En vanlig brist i överrapporteringen beskrevs av sjuksköterskor vara att mottagaren inte lyssnade aktivt utan gjorde annat såsom ordnade med patientens säng, tog kontroller på patienten eller läste om patienten samtidigt som överrapporteringen. Sjuksköterskor ansåg att detta påverkade mottagande sjuksköterskas fokus på överrapporteringen och var ett nonchalant beteende. Sådant beteende kunde leda till att mottagaren fick en sämre rapport eller ingen alls.

Mottagande sjuksköterskor ansågs vara olika intresserade av och duktiga på att lyssna på överrapporteringen. Vissa sjuksköterskor på akutmottagningen beskrevs som mer intresserade av vad patienten själv hade att säga än av ambulanssjuksköterskans överrapportering. De som ofta inte var intresserade och som lyssnade dåligt på ambulanssjuksköterskorna beskrevs som ”den gamla stammen”. Sjuksköterskor beskrev att de hade försökt att få dessa att lyssna under lång tid utan att lyckas. När de inte fick något visat intresse för överrapporteringen, kunde de reagera och markera genom att bli arga och ryta till eller genom att helt enkelt inte ge någon rapport. I och med att de blev nonchalerade i sin kommunikation ansåg sjuksköterskor att förutsättningarna för överrapporteringen blev ännu sämre. Detta för att de byggde upp en bestående dålig relation till varandra som kunde störa kommunikationen dem emellan framöver.

”Det har hänt att jag har stått där inne på akuten och ska rapportera. Så sitter dem där och tjattrar hela tiden, då har jag sagt, skit i det då jag finns här ute om det är något.”

Att utbildning och struktur är viktigt

Sjuksköterskor ansåg att kunskapsnivån var för låg och att utbildning i överrapportering behövdes. De ansåg att utbildning förbättrade överrapporterandet och att det krävdes mycket kunskap och erfarenhet för att kunna ge en kort och bra överrapportering. Sjuksköterskor beskrev att utbildningskraven hade höjts och ansåg att överrapporteringen hade förbättrats med tiden, en gradvis förbättring sedan lång tid bakåt. Sjuksköterskorna på akutmottagningen ansågs ha blivit mer intresserade av ambulanspersonalens rapporter vilket ansågs bero på ambulanspersonalens ökade kompetens. Samtidigt som struktur i sig på många sätt ansågs förbättra överrapporterandet tyckte några sjuksköterskor att struktur även kunde vara negativa för detsamma. De beskrev att en mall kunde hämma överrapporterandet och begränsa det. Den gjorde det svårt att förmedla en helhetsbild av patienten.

Sjuksköterskor i studien ansåg att överrapporteringen generellt fungerade bra men att traumarapporteringen vanligtvis fungerade bättre än den övriga. Det berodde bland annat på att patienterna vid trauma hade mer uppenbara skador och att de då hade en strukturerad mall att följa. Vissa sjuksköterskor ansåg att denna mer strukturerade form av överrapportering var överförbar på andra typer av patienter samtidigt som andra inte tyckte det. Sjuksköterskor ansåg att strukturerade rapporteringar var någonting positivt och att de var mer effektiva än ostrukturerade överrapporteringar vilket gjorde att det gick att spara värdefull tid. De beskrev att struktur och stående rutiner kunde göra att mindre information glömdes och att mer viktig information kom fram. När det överrapporterades ostrukturerat, det vill säga mer i ”fritext”, tyckte sjuksköterskor att det var lätt att komma från ämnet. Det ansågs lätt att börja prata om annat än det som de hade tänkt sig. Sjuksköterskor ansåg samtidigt att struktur i överrapporteringen underlättade för mottagande part som lättare kunde ta emot en överrapportering när denne visste hur den var upplagd. Traumarapporteringen beskrevs av denna anledning vara av högre kvalitet. Struktur i överrapporteringen kunde även skapa trygghet hos överlämnaren som visste vad den skulle säga, ansåg de. Det ansågs också kunna leda till större homogenitet i hur olika personer överrapporterade vilket kunde förbättra kvalitetssäkerheten.

” ... lägger dem mycket mer vikt vid överrapporteringen från ambulanspersonalen (...) dels så vet dem ju att vi blivit mycket duktigare sen vet dem att vi har större befogenheter än vad vi haft tidigare.”

”Ja, alltså vid trauman går man efter en mall som är ganska strukturerad och jag tror inte det skiljer sig speciellt mycket beroende på uppgiftslämnaren eftersom man går efter den.”

Att rapportera på rätt plats, till rätt person, på rätt sätt

Att överlämna rapporten på en lämplig plats på akutmottagningen beskrev sjuksköterskor vara viktigt för överrapporterandet. De ansåg att överrapporteringen borde ske inne på ett rum och inte ute i ambulanshallen, vilken ibland skedde vid trauma. En orsak till att det var bättre att rapportera inne på ett rum var att de ansåg att folk lyssnade bättre där inne och att det var mindre störande. Väl inne på ett rum ansåg sjuksköterskor att överrapporteringen kunde försämrats om det var mycket spring där vilket det ofta var vid trauma. Information kom då

inte fram och överrapporteringen fick repeteras. De ansåg också att det var viktigt att rapportera till rätt person direkt så att de inte behövde rapportera flera gånger. Att inte kunna rapportera patienten till patientansvarig sjuksköterska i första läget beskrevs som ett problem. Vid trauma ansågs det viktigt att all berörd personal var på plats när överrapporteringen gavs, för att alla skulle få samma information. Samtidigt så eftersträvades så lite personal som möjligt för att arbetsmiljön och möjligheten att överföra information vid överrapporteringen skulle vara bättre.

” Det beror ju på lite hur intresserad mottagande sköterska är också känns det som (...) alltså om mottagande sköterska är intresserad eller har fullt upp med annat.”

” jag vill gärna när jag kommer in, att det är den som ska ha vara patientansvarig som jag rapporterar till. Sen är det inte alltid möjligt. (...) Den som har patientansvar är inne på ett annat rum och kan inte lämna. Det är ju en brist.”

Sjuksköterskor beskrev att den verbala överrapporteringen hade vissa fördelar jämfört med den skriftliga. Den verbala rapporteringen kunde ges mer detaljerad och samtidigt snabbare än den skriftliga vilket var en fördel. Sjuksköterskor tyckte även att den verbala överrapporteringen var enklare att ge än den skriftliga. Den skilde sig även från den skriftliga på grund av att den ansågs som mer informell och mindre slutgiltig. Detta tyckte de gav utrymme för mer tolkningar och egna åsikter vilket uppskattades. Sjuksköterskor ansåg att eftersom personal på akuten kanske inte var van vid att läsa den skriftliga journalen, var den verbala rapporten extra viktig. De litade inte helt på att den skriftliga journalen kunde eller skulle läsas noggrant. Trots att sjuksköterskor beskrev fördelar med den verbala rapporteringen såg de svårigheten med att komma ihåg allt viktigt vid tillfället för den. Efter avslutad rapport hade de ofta fått återkomma till personalen på akutmottagningen med kompletterande uppgifter som de hade skrivit i den skriftliga journalen.

En annan svårighet med den verbala överrapporteringen ansågs vara brister i att förmedla sociala problem på ett korrekt och produktivt sätt. Deras långa erfarenhet av sociala problem, ansåg de, hade gjort dem avtrubbade och inte lika angelägna att rapportera detta. Trots att det kunde varit oerhört viktigt för den fortsatta vården av patienten. Även andra aspekter av

innehållet i överrapporteringen ansågs vara viktig. Vid akuta situationer ansåg sjuksköterskor att det framförallt var centralt att få med det allra viktigaste delarna av överrapporteringen som till exempel händelse och status på patienten. Mindre viktiga saker som boendesituation kunde kompletteras senare eller skrivas i journalen. När det inte var akut ansåg de att information om till exempel hemsituationen var viktigare att förmedla. Kunskap om vad som var viktigt att rapportera ansågs vara en central kompetens hos en ambulanssjuksköterska.

”och då är det lätt att detaljer försvinner (...) man måste ju ha kunskap för att veta vad som är viktigt.”

” det tar inte 30sek att skapa sig en bild av den skrivna journalen men på 30sek kan jag ge en väldigt detaljerad rapport verbalt.”

Diskussion

Syftet med denna studie var att beskriva erfarenheter hos sjuksköterskor i samband med överrapportering av ambulanstransporterade patienter till akutmottagning. Resultatet visar att patientens tillstånd påverkar överrapporterandet och även att patienten kan påverkas negativt av en bristfällig utförd överrapportering. Resultatet visar även att kvaliteten på överrapporteringen kan påverkas av bemötande och en stressig arbetssituation. Utbildning och struktur i och kring överrapportering samt att rapporten skulle ske på rätt plats och till rätt person ansågs vara viktigt för att denna skulle bli bra.

I resultatet framkommer det att sjuksköterskor ansåg att patientens upplevelse och tillstånd var viktigt för överrapporterandet. De ansåg att patientens egen upplevelse av trygghet och omhändertagande kunde påverka dennes tillstånd och fortsatta vård. Endast en tidigare publicerad studie (Bruce & Suserud, 2005) har berört hur patientens egna upplevelser påverkar överrapporteringen. Studien beskriver att den ”ideala överrapporteringen” är patientfokuserad och att en holistisk bild (helhetssyn) av patienten presenteras. Även i föreliggande studie ansåg sjuksköterskor att det var viktigt att en holistisk bild av patienten överfördes under överrapporteringen. Bruce och Suserud (2005) beskriver också vikten av att patienten känner sig trygg och säker i överrapporteringssituationen. I detta fall genom att sjuksköterskor upprätthöll patientens behov av konfidentialitet under överrapporteringen. Patientens upplevelse saknas ofta i andra studier som berör ämnet vilket kan bero på att det är

sällsynt med sjuksköterskor på bägge sidor om överrapporteringen. Resultatet tyder på att sjuksköterskor i större utsträckning genom sin utbildning är medvetna om vikten av patientfokus i vården. I verksamheten idag kan sjuksköterskor försöka vara medvetna om patientens behov av bekräftelse anser författarna. Detta kan innebära att prata till patienten istället för om patienten, att vara noggrann med att presentera sig och att kontinuerligt ge information om vad som sker och kommer att ske.

I denna studies resultat framkommer det att patientens tillstånd kunde vara avgörande för om överrapporteringen skulle bli av bra kvalitet. Flera studier bekräftar att patienter med klara och tydliga problem överrapporterades bättre (Bruce & Suserud, 2005; Thakore & Morrison, 2001; Yong et al., 2008). Resultatet visar på att mindre allvarligt sjuka patienter kunde bli sämre överrapporterade för att de inte ansågs lika viktiga. Bruce och Suserud (2005) fann att patienter som inte ansågs ha något medicinskt behov överrapporterades sämre och upplevdes som mindre intressanta. Resultatet pekar på en brist med att patienter som inte är akut sjuka inte behandlas med samma respekt och professionalism som andra patienter. Bruce och Suserud (2005) fann att patienter som inte var akut sjuka ibland betecknades som ”taxiresor” av ambulanspersonal. Detta kan leda till en dålig attityd jämt emot dessa patienter som kan ta sig uttryck i exempelvis sämre överrapportering. I forskningen finns det, enligt Bruce och Suserud (2005), stora luckor gällandes överrapportering av patienter som inte är akut sjuka. Genom vidare forskning om överrapportering där patientens upplevelser ställs i fokus anser författarna att intresset kan öka vilket på sikt kan få praktiskt genomslag i verksamheten.

Resultatet visar att sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att bekräfta motparten vid överrapporteringen och att detta inte alltid var så. Att bekräfta motparten kunde innebära att lyssna aktivt på den som gav överrapporteringen. Vikten av detta har bekräftats i flera studier där ambulanspersonal var frustrerade över bristen på intresse för deras överrapportering (Bruce & Suserud, 2005; Jenkin, Abelson-Mitchell & Cooper, 2007; Owen et al., 2009; Thakore & Morrison, 2001). Owen et al. (2009) beskrev spänningen mellan ”att göra” och ”att lyssna”. Aktivt lyssnande krävde att mottagaren inte gjorde andra saker som kunde distrahera denne under de få minuter som överrapporteringen varade. I samma studie upplevde personalen på akutmottagningen att de var tvungna att göra fler saker samtidigt eftersom de hade många uppgifter medan ambulanspersonalen bara ansågs ha en (Owen et al., 2009). Thakore och Morrison, (2001) fann att anledningen till att personalen på akutmottagningen inte lyssnade var för att de var så angelägna att snabbt ta hand om

patienten. Bruce och Suserud (2005) beskriver att den erfarna sjuksköterskan på akutmottagningen behövde mindre information om patientens nuvarande tillstånd eftersom denne kunde observera patienten framför sig. Detta kunde vara en orsak till att denna sjuksköterska inte lyssnade aktivt. Liknande erfarenheter beskriver Jenkin et al. (2007) där ambulanspersonalens överrapportering ibland ansågs irrelevant vilket gjorde mottagaren ointresserad. I resultatet framkommer en viss frustration över hur dåligt intresset för överrapporterandet är. Bristen på intresse hos sjuksköterskor på akutmottagning kan bero på en kombination av dåliga överrapporteringar, dålig förståelse för varandras arbetsuppgifter och hög arbetsbelastning på akuten. Större insikt om hur det är att arbeta på akutmottagning skulle kunna vara utvecklande för sjuksköterskor i ambulans och ge dem en större förståelse för arbetssituationen där. Owen et al. (2009) menar att större kunskap om och förståelse för varandras uppgifter och arbeten underlättar samarbete. Burke, Salas, Wilson-Donnelly och Priest (2004) menade att träning i teamwork och kommunikation är en förutsättning för att arbetet ska flyta på och att patientsäkerheten ska upprätthållas inom sjukvården. Eftersom resultatet i denna studie tyder på dålig förståelse yrkesgrupperna emellan skulle en konkret åtgärd kunna vara att införa mer obligatorisk verksamhetsförlagd utbildning på akutmottagning i ambulansspecialistutbildningen för att föra grupperna närmre varandra. Genom brist på intresse från mottagande sjuksköterska och självupplevt behov av utbildning pekar resultatet även på att ambulanspersonal har för dåliga kunskaper i att överrapportera alla typer av patienter. Mer utbildning med fokus framförallt på patienter som inte är akut sjuka anser författarna skulle kunna leda till förbättringar. Bättre kunskaper skulle även öka intresset hos mottagaren vilket resultatet visar faktiskt har skett. Sjuksköterskor beskriver i resultatet att intresset har ökat med tiden och relaterar detta till högre kunskap och utbildningskrav.

I resultatet framkommer att struktur beskrevs generellt förbättra överrapporterandet. Detta har även hävdats i en studie av Thakore och Morrison (2001) som beskrev att en bättre struktur på överrapporteringarna kan förbättra informationsöverföringen i alla typer av patientfall. Vidare hävdar Owen et al. (2009) att ambulanspersonal upplevde att brist på stukturer i överrapporteringen kunde bidra till att information förändras när patienten överrapporteras flera gånger i olika led på sjukhuset. Med kontinuitet i hur och vad som rapporterades ansåg de att mer information kunde bevaras. I föreliggande studie ansågs mer strukturerad överrapportering kunna leda till effektivare överrapporteringar där mindre information försvann. Owen et al. (2009) beskrev svårigheten för olika personalkategorier att förstå

varandra, de talade inte samma ”språk”. Denna mer underliggande brist i förståelsen kan vara en orsak till att mer struktur i överrapporteringen efterfrågas av sjuksköterskor i föreliggande studie. Resultatet i föreliggande studie pekade just på att struktur i överrapporteringen ansågs vara mer effektivare och tydligare. Bruce och Suserud (2005) beskriver att hela överrapporteringsprocessen bör struktureras bättre men framförallt vad gäller rapportens innehåll. Detta för att öka effektiviteten och spara tid samtidigt som vårdkvalitén kan upprätthållas. En studie av Bleetman och Talbot (2007) visar på att informationsöverföringen minskade när en standardiserad överrapporteringsmodell infördes. Skillnaden var dock inte statistiskt signifikant men pekade åt att strukturerad överrapportering kanske inte är lösningen. Däremot visade Snooks, Kearsley, Dale, Halter, Redhead och Cheung (2004) att användandet av protokoll (standardiseringsmall) kan leda till ett bättre omhändertagande av patienten och bättre journaldokumentation. Fler studier som undersöker effektiviteten med strukturerad överrapportering vore önskvärdt så att sjukvårdspersonalens upplevda behov av struktur kan bekräftas eller vederläggas. I denna studies kontext anser författarna att en gemensam förståelse är mer närvarande än i många andra utländska studier, då alla deltagare är sjuksköterskor med en gemensam utbildning. Trots det tyder resultatet på att det kan finnas svårigheter att förstå varandra, svårigheter som mer gemensam utbildning skulle kunna förbättra. Resultatet i föreliggande studie pekar på att utbildning i att överrapportera är värdefullt och att det behövs.

Resultatet i denna studie visar på vikten av att överrapporteringen skedde på rätt plats. För att överrapporteringen skulle bli så bra som möjligt ansåg sjuksköterskor att den skulle ske inne på ett rum. En annan studie beskrev vikten av konfidentialitet för att patienten skulle känna sig trygg vilket till stor del beror på vilken plats överrapporteringen sker på (Bruce & Suserud, 2005). I denna studies resultat framgick att platsen för överrapporteringen även var viktig på grund av risken att störas. Det finns lite tidigare forskning om var överrapporteringen bör äga rum. Detta kan bero på att det tas för självklart att överrapporteringen sker inne på ett akutrum vid akut sjukdom. Var patienter som inte är akut sjuka överrapporteras har inte vidare uppmärksammas. För att garantera att överrapportering av patienter som inte är akut sjuka sker konfidentiellt anser författarna att det bör finnas ett rum för överrapportering av patienter på akutmottagningar om inte egna rum kan garanteras patienterna.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka erfarenheter hos sjuksköterskor i samband med överrapportering av ambulanstransporterade patienter på akutmottagning. Kvalitativa forskningsintervjuer användes som datainsamlingsmetod vilket var lämpligt eftersom syftet var att undersöka erfarenheter som kräver inträde i informanternas livsvärld (Kvale, 1997, s. 35). Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera den insamlade datan. Genom att det har varit två författare som arbetade med materialet stärks trovärdigheten för resultatet. Detta förstärks ytterligare av att en erfaren handledare var inblandad vid flertalet seminarier och där granskade resultatet. Resultatets trovärdighet påverkas av hur väl kategorierna täcker data. Det vill säga att ingen relevant data bör ha blivit systematiskt utesluten eller irrelevant data har tagits med (Graneheim & Lundman, 2003). Författarna anser att kategorierna som presenteras i resultatet täcker relevant data som svarar mot syftet.

Genom att båda författarna hade arbetat som sjuksköterskor i ambulans och på akutmottagning fanns det en relativt stor förförståelse av ämnet. Kvale (1997) menar till exempel att kvaliteten på intervjuerna beror på intervjuernas kunnande, känslighet och empati. Kunnande och erfarenhet fanns hos författarna och genom dessas arbete som sjuksköterskor under flera år har en viss känslighet och ett empatiskt förhållningssätt utvecklats vilket har varit positivt under intervjuerna. En negativ aspekt av förförståelsen kan ha varit att författarna redan hade vissa uppfattningar om hur resultatet skulle bli och därför omedvetet styrde studien i den riktningen. Författarna tror dock att den tidigare erfarenheten av ämnet var studien mer till nytta.

Genom att välja deltagare med varierande erfarenheter ökar möjligheten att belysa ett ämne från många olika perspektiv (Graneheim & Lundman, 2003). Författarna anser att denna studie belyser många olika erfarenheter av verbal överrapportering på akutmottagning. Detta för att studien innefattar både sjuksköterskor från akutmottagning och ambulans. Författarna anser att den mångfald och bredd som visas i resultatet kring erfarenheter i ämnet ger studien styrka. Samtidigt presenteras inte resultatet så att man kan skilja erfarenheter mellan de två yrkesgrupperna åt, vilket kan ses som en svaghet. Studien begränsas till viss del av detta då antalet deltagare per yrkesgrupp var få vilket begränsar överförbarheten. Fler deltagare hade varit värdefullt för studiens överförbarhet. Denna studie är också begränsad av kontexten som studien är gjord i, ett mindre samhälle i Sverige. Studien belyser ett stort spektrum av

upplevelser vilket författarna anser vara värdefullt med tanke på den bristande forskning som finns i ämnet. Dessa erfarenheter kan vara en utgångspunkt för kommande forskning i ämnet.

Slutsats

Föreliggande studie visar på vikten av att sjuksköterskan har patienten i fokus under överrapporteringen och involverar denne. Patienten bör hanteras med samma intresse och professionalism oavsett typ av sjukdom eller allvarlighetsgrad. Samtidigt bör sjuksköterskan vara aktiv i kommunikationen med sin motpart genom att vara intresserad och bekräftande. Överrapporteringar ansågs vara för ostrukturerade samtidigt som rutiner för var rapporten skulle ges och till vem saknades. Sjuksköterskor beskrev att en bristfällig överrapportering kunde få negativa konsekvenser för patientens hälsa och fortsatta omhändertagande. Även inom akutsjukvården måste patienten som inte är akut sjuk uppmärksammas och ges god omvårdnad. Mer forskning och utbildning angående dessa patienter kan på sikt förbättra bemötandet och överrapporteringen av dem. Ambulansverksamheten och akutmottagningen borde knytas närmre samman med mera gemensamma utbildningar exempelvis. Detta för att sjuksköterskor inom de olika grupperna ska förstå varandra bättre och kunna kommunicera effektivare.

Referenser

- Bhabra, G., Mackeith, S., Monteiro, P. & Pothier, D. (2007). An experimental comparison of handover methods. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 89, 298-300.
- Bleetman, A., & Talbot, R. (2007). Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: do standardized approaches work? *Emergency Medical Journal*, 24, 539-542.
- Bruce, K., & Suserud, B-O. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, 4, 201-209.
- Burke, C. S., Salas, E., Wiklson-Donnelly, K., & Priest, H. (2004). How to turn a team of experts into an expert medical team: guidance from the aviation and military communities. *Quality & Safety in Health Care*, 13, 96-104.
- Currie, J. (2002). Improving the efficiency of patient handover. *Emergency Nurse*, 10, (3), 24-27.
- Gertz, M.F., & Bucknall, T.K. (2000). Australian triage nurses' decision-making and scope of practice. [Electronic version] *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18, 24-33.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M & Höglund- Nielsen, B (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*.(s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Jenkin, A., Abelson-Mitchell, N., & Cooper, S. (2007). Patient handover: Time for a change? *Accident and Emergency Nursing*, 15, 141-147.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lancer, A., Scott, B.A., Jane, H., Brice, C., Baker, C., & Shen, P. (2002). An analysis of paramedic verbal reports to physicians in the emergency department trauma room. *Prehospital Emergency Care*, 7, 247-251.

- McInerney, J.J., Ward, C.T., Hassan, T.B., & Quinton, D. (2000). Strategies to improve communication at the pre-hospital/accident & emergency interface. *Prehospital Immediate Care*, 4, 176-179.
- 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
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (8th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pothier, D., Monteiro, P., Mooktlar, M., & Shaw, A. (2005). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing*, 20, 1090-1093.
- SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Snooks, H., Kearsley, N., Dale, J., Halter, M., Redhead, J., & Cheung, W.Y. (2004). Towards primary care for non-serious 999 callers: results of a controlled study of “treat and refer” protocols for ambulance crews. *Quality & Safety in Health Care*, 13(6), 435–443.
- Socialstyrelsen (2001). Riktlinjer Ambulanssjukvårdens termer och begreppsdefinitioner. Hämtad 2009-06-15 från Ambulansformu: <http://www.ambulansforum.se/PAM/artiklar/ambulans01.shtml>
- SOSFS (1997:18). Socialstyrelsens författningssamling. *Ändring i allmänna råd om kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor 1995:5*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Thakore, S., & Morrison, W. (2001). A survey of the perceived quality of patient handover by ambulance staff in the resuscitation room. *Emergency Medical Journal*, 18, 293-296.
- Thurgood, G. (1995). Verbal handover rapports: what skills are needed. *British Journal of Nursing*, 12, 720-722.
- Walker, D. (1995). The handover process. *Australian Journal of Emergency Care*, 2, 11-12.
- Ye, K., Taylor, D., Knott, J., Dent, A., & MacBean, C. (2007). Handover in the emergency department: Deficiencies and adverse effects. *Emergency Medicine Australasia*, 19, 433-441.

Yong, G., Dent, A., & Weiland, T. (2008). Handover from paramedics: Observations and emergency department clinician perceptions. *Emergency Medicine Australasia*, 20, 149-155.

Förfrågan om medverkan i studien:

**Sjuksköterskors upplevelser av överrapportering i samband med
ambulanstransporterade patienter på akutmottagning.**

Hundratals ambulans transporter genomförs dagligen i Sverige. Det är viktigt både för sjuksköterskorna i ambulanserna och på akutmottagningarna att göra korrekta bedömningar av patienterna så att dessa får rätt nivå av vård. Forskning tyder på att överrapporteringen av ambulansinkomna patienter till akutmottagning varierar i kvalitet och att få har utbildning i att rapportera över patienter. Överrapporteringsproblem kan få negativa konsekvenser för triagering och omvårdnad av patienterna. Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av överrapportering av ambulans transporterade patienter på akutmottagning. Den utökade förståelsen av ämnet kan förbättra omhändertagandet och omvårdnaden vid överlämnade av patient till akutmottagning. Studien kommer att basera sig på intervjuer av sjuksköterskor från både akutmottagning och ambulansen. Deltagarna kommer att intervjuas i mellan 30 – 60 minuter. Denna studie kommer att inkludera ca åtta intervju personer, fyra sjuksköterskor från respektive specialitet. Materialet kommer att förvaras inlåst och behandlas konfidentiellt vilket innebär att endast författarna och handledaren kommer att ha tillgång till det. Intervjutexterna kommer att sammanställas och behandlas så att ingen person kommer att kunna identifieras i den färdiga rapporten. Allt datamaterial kommer efter avslutad och publicerad studie att förstöras. Deltagandet i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avsluta ditt deltagande utan särskild förklaring.

Ansvariga för studien, författare

Handledare

Daniel Knutsson

Daniel Jonsson

Inger Lindberg

Leg. Sjuksköterska

Leg. Sjuksköterska

Leg. Barnmorska

+46762356530

+46702450317

Universitetslektor, fil. Dr.

danknu-8@student.ltu.se

danjon-8@student.ltu.se

inger.lindberg@ltu.se

Institutionen för hälsovetenskap, Luleå tekniska universitet, 97187 Luleå

Förfrågan om medverkan i en forskningsstudie

Det är viktigt både för sjuksköterskor i ambulans och på akutmottagning att göra korrekta bedömningar av patienterna så att dessa får bra omvårdnad. Mycket tyder på att överrapporteringen av ambulanstransporterade patienter till akutmottagning varierar i kvalitet och att få sjuksköterskor i ambulans har utbildning i att rapportera över patienter till akutmottagning. Överrapporteringsproblem i rapporteringssituationen kan få negativa konsekvenser för triagering och omvårdnad av patienterna. Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av överrapportering av ambulanstransporterade patienter på akutmottagning. Studien kommer att basera sig på intervjuer som beräknas ta cirka 30 – 60 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in och därefter skrivs ut ordagrant. Materialet kommer att förvaras inlåst vilket innebär att endast författarna och handledaren kommer att ha tillgång till det. Intervjutexterna kommer att sammanställas och behandlas så att ingen person kommer att kunna identifieras i den färdiga rapporten. Den färdiga studien kommer att publiceras på Luleå Tekniska Universitets hemsida. Du som deltar i studien är legitimerad sjuksköterska som har arbetat över ett år på arbetsplatsen ifråga med mottagande eller givande av verbal överrapportering från ambulans. Om Du vill delta i studien, fyll i den bifogade svarstalongen och sänd den i bifogat svarskuvert. Ange kontaktuppgifter så kommer vi att kontakta Dig och avtala tid och plats för intervjun. Deltagandet i studien är helt frivilligt och Du kan när som helst avsluta Ditt deltagande utan särskild förklaring. Vid frågor är Du välkommen att kontakta författarna på nedanstående telefonnummer.

Ansvariga för studien		Handledare
Daniel Knutsson	Daniel Jonsson	Inger Lindberg
Leg. Sjuksköterska	Leg. Sjuksköterska	Leg. Barnmorska
+46762356530	+46702450317	Universitetslektor. fil.dr
danknu-8@student.ltu.se	danjon-8@student.ltu.se	inger.lindberg@ltu.se

Svarstalong om deltagande i intervju studie

JA, jag vill delta i studien

Jag vill ha ytterligare information om studien

Namn:

Adress:

Telefonnummer:

Skicka sedan denna svarstalong i med följande svarskuvert. Vi kommer sedan att kontakta Dig för att tillsammans bestämma tid och plats för intervjun. Tack på förhand!

Daniel Jonsson & Daniel Knutsson