



**MALMÖ HÖGSKOLA**

Hälsa och Samhälle  
14 Januari 2010

# SKIFTBYTESRAPPORT

- EN EMPIRISK STUDIE OM  
SJUKSKÖTERSORS SYN PÅ INNEHÅLL OCH  
STRUKTUR I MUNTLLIG RAPPORTERING.

ERIK HJORTEK  
MY KRISTOFERSSON

# SKIFTBYTESRAPPORT

- EN EMPIRISK STUDIE OM  
SJUKSKÖTERSORS SYN PÅ INNEHÅLL OCH  
STRUKTUR I MUNTIG RAPPORTERING.

ERIK HJORTEK  
MY KRISTOFERSSON

Hjortek, E & Kristofersson, M. Skiftbytesrapport- en empirisk studie om sjuksköterskors syn på innehåll och struktur i muntlig rapportering. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad 2010.

Rapporten är sjuksköterskans arbetsverktyg för att erhålla information om patienterna inför sitt arbetspass. En rapport som är bristfällig i sin struktur eller sitt innehåll riskerar äventyra patientsäkerheten. Denna studies syfte var att belysa allmänsjuksköterskans uppfattning om innehållet i en muntlig skiftbytesrapport. Fem sjuksköterskor intervjuades på en kirurgisk avdelning och materialet analyserades med hjälp av en manifest kvalitativ innehållsanalys. På frågan *vad en rapport innehåller på avdelningen* framträdde tre huvudkategorier (*patientinformation, organisering och vård*) med sex underkategorier. Under frågeställningen *hur den ideala rapporten ser ut* sågs de två huvudkategorierna *struktur* (med fyra underkategorier) och *innehåll* (med fem underkategorier). Rörande vad som var *hinder* och *möjliggörare* ansågs hinder finnas inom *miljö, struktur, engagemang* och *organisation* – medan *möjliggörare* fanns inom *struktur, engagemang* och *omgivning*. I den ideala rapporten förekom mer detaljerade beskrivningar om *bakgrund* och *planering* än i beskrivandet av den rapport som fanns på avdelningen. *Samordning* förekom däremot i mindre utsträckning i idealrapporten.

*Nyckelord:* idealrapport, intervju, manifest innehållsanalys, rapport, sjuksköterska, skiftbytesrapport, åsikter.

# SHIFT HAND-OVER

- AN EMPIRICAL STUDY OF NURSES VIEWS  
ON CONTENT AND STRUCTURE IN THE ORAL  
SHIFT HAND-OVER.

ERIK HJORTEK  
MY KRISTOFERSSON

Hjortek, E & Kristofersson M. Shift hand-over- an empirical study of nurses views on content and structure in the oral shift hand-over. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing program, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2010.

The hand-over is the nurses working tool for obtaining information on the patients before their shift starts. A hand-over that is flawed within its structure or its content could jeopardize patient safety. The aim of this study was to highlight the nurses view of the content of the shift-handover. Five nurses were interviewed at a surgical department and the material was analyzed using a qualitative manifest content analysis. The results regarding what the hand-over contained revealed three main categories (*patient information, organization and care*) with six subcategories. The results regarding what the ideal hand-over contained came to be divided into the two categories of *structure* (with four subcategories) and *content* (with five subcategories). When asked what the preventive- and the enabling factors were; *environment, structure, commitment and organization* was considered preventive – while *structure, commitment and surroundings* were enablers. The ideal hand-over gave a more detailed description regarding *background and planning* compared to the hand-over on the ward. *Coordination* occurred however to a lesser extent in the description of the ideal hand-over.

*Keywords:* hand-over, ideals hand-over, interview, manifest content analysis, opinions, nurse, shift hand-over.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Kommunikation	6
Tidigare forskning	7
Tidigare examensarbeten	9
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
Avgränsningar	10
Definitioner	10
METOD	10
Urval	10
Datainsamling	11
Dataanalys	12
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
RESULTAT	14
Rapportens innehåll på avdelningen	14
Patientinformation	14
Organisering	15
Vård	16
Idealrapporten	16
Struktur	16
Innehåll	18
Idealrapportens hinder och möjliggörare	19
Hinder	19
Möjliggörare	20
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Urval	21
Datainsamling	22
Dataanalys	22
Resultatdiskussion	23
Rapportens innehåll på avdelningen	24
Idealrapporten	25
Idealrapportens hinder och möjliggörare	26
SLUTORD	27
REFERENSER	29
BILAGOR	32

## INLEDNING

Rapporten löper som en röd tråd genom en patients sjukhusvistelse. Ekman och Segersten (1995) förklarar hur arbetsdagen på ett sjukhus börjar för en sjuksköterska då rapporten har erhållits av föregående arbetspass personal. Denna rapport fungerar som underlag för både upplägget av sjuksköterskans arbetsdag och som vidareberapportering till läkare, sjukgymnaster och andra yrkesgrupper.

När information ska överföras från en sjuksköterska till en annan är det av yttersta vikt att ingenting relevant tappas på vägen i kommunikationen. I sjuksköterskeutbildningen ges ändå ingen teoretisk kunskap specifikt inriktad på rapportens utförande. Det är istället först i de verksamhetsförlagda delarna av utbildningen som studenten kommer i kontakt med rapporten.

Som färdigutbildad sjuksköterska finns det sällan tydliga riktlinjer på vad en rapport ska innehålla eller hur den bäst ska utföras. Rapporten blir något som sjuksköterskan själv får socialiseras in i och lära sig efterhand hur det går till på avdelningen.

Detta riskerar leda till en bristfylld standard och kan i värsta fall resultera i försämrad patientsäkerhet. Det är därför av vikt att känna till vad en rapport innehåller och se till vad sjuksköterskan anser att den bör innehålla.

## BAKGRUND

I Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor rapporterar Socialstyrelsen (2005) om hur det ingår i sjuksköterskans yrkesutövning att vid arbetspassets slut kunna förmedla en helhetssyn rörande patienternas hälsotillstånd till nästkommande arbetslag. Denna informationsförmedling – i vardagstal ofta kallad *rapport* - beskriver Strophe och Ottani (2006) som en mångsidig process vars syfte är att såväl ge information om kliniska tillstånd som om vårdplanering och samarbete. Socialstyrelsen (SOSFS 2005:12) skriver också i *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* om samverkan och samarbete inom sjukvården. Som ett av ledningens ansvarsområden finns plikten att:

*”/.../klargöra ansvaret för samarbete kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser till exempel överföring av information om enskilda patienter, för samverkan i vårdprocesserna /.../” (4:1§).*

O’Connell (2008) nämner olika former av rapporteringar som kan utföras. Rapporten kan variera beroende på var den äger rum; vid patientens säng ( så kallad *bedside*-rapportering), på sjuksköterskeexpeditionen eller i fikarummet. Kerr (2002) tar upp hur rapporten också kan variera i hur den framförs. Rapporten kan ske muntligt vilket kräver mer tid och personal, men ger utrymme för sociala interaktioner med feedback och återkoppling samt är lämplig ur ett deduktivt perspektiv för nytexaminerade sjuksköterskor och studenter. En annan form av rapport är den inspelade rapporten (med exempelvis bandspelare). Fördelen är att den är tidseffektiv, men nackdelarna är att det inte ges samma möjligheter för frågor, feedback och utveckling (Kerr, 2002).

Den amerikanska organisationen Joint Commission arbetar självständigt för att kvalitetssäkra sjukvårdsorganisationer över landet. De tar bland annat upp att överskrifterna idealiskt bör se liknande ut inom en sjukvårdsorganisation - men att det ofta kan variera mycket i vad som rapporteras. Joint Commission (2008-12-09) formulerar i samband med de mål rörande patientsäkerhet som de ställt upp att en standardisering av överskrifterna behövs inom vården. I denna överskrifterna bör följande punkter rörande rapportens innehåll tas upp:

- *Diagnos och nuvarande hälsotillstånd hos patienten.*
- *Förändringar i patientens hälsotillstånd eller behandling.*
- *Förväntade förändringar i patientens hälsotillstånd eller behandling.*
- *Vad som bör observeras i kommande vårdintervall* (Joint Commission, 2008).

Hesse (1983) formulerar fyra punkter vilka kan ses som ett exempel på hur ett ramverket för vad en rapport ska innehålla kan byggas upp. Den första punkten är *diagnos* samt vilka symtom som finns och hur tillståndet i diagnosen har förändrats. Punkten *vitaltecken* ska berätta om när vitalparametrarna sist kontrollerades och om de var avvikande på något sätt. *Diagnostester* är ytterligare en punkt som syftar till att upplysa om vilka kontroller eller undersökningar som genomförts och vad de visade. Den sista punkten är *restriktioner*; vilka restriktioner patienten har.

### **Kommunikation**

Kristoffersen (1998) berör *kommunikation* kortfattat och då främst om hur direktkommunikation – då en vårdgivare rapporterar direkt till nästkommande vårdgivare- är en möjliggörare för sjuksköterskornas yrkesmässiga samtal, samt hur denna direktkommunikation också kan minska risken för missförstånd och felaktiga tolkningar. Vad gäller kommunikation beskriver Egglund (1994) det som en informationsutbytesprocess där informationsutbytet sker antingen enkelriktat i form av en order, eller som en process av utbyten mellan människor. I processen av informationsutbyte krävs både en sändare och en mottagare av informationen. När mottagaren tar emot informationen kan denne sedan antingen tolka eller misstolka den. Återkoppling till vad som tagits emot är därför av stor vikt för att undvika just feltolkningar och framför allt de felaktiga beslut eller handlingar som riskerar hända baserade på den missförstådda informationen. Vikten av fungerande kommunikation är tydlig då man ser till ett australiensiskt exempel där 24% av alla *sentinel events*<sup>1</sup> mellan åren 2006-2007 anses vara orsakade av bristfällig kommunikation (Department of Health Western Australia, 2007).

I sina nationella patientsäkerhetsmål anger Joint Commission (2009) *interaktiv kommunikation med möjlighet till feedback och frågor* som ett viktigt mål. De påtalar i en av sina punkter också vikten av att kunna *verifiera att informationen mottagits korrekt* genom exempelvis feedback eller frågor.

Socialstyrelsen (2009-11-27) förklarar på sin hemsida i *Verkyg för säker kommunikation i vården* om hur Joint Commission har utvecklat ett redskap för att en säker kommunikation ska kunna äga rum. Dels mellan vårdteamet på en avdelning samt för att säkerställa överflyttning av patient mellan olika avdelningar. Modellen heter *SBAR* och står för *situation, background* (grundfakta om patienten; typ av behandling/operation) *assessment* (beskrivning och

---

<sup>1</sup> *Sentinel event* beskrivs som en oväntad händelse som involverar död, allvarlig fysisk/psykisk skada eller risken för något av dem (Joint Commission, 2009-09-28).

värdering av läget just nu - exempelvis smärta och neurologiskt status) samt *recommendation* (vad ska göras framöver? Planer, ordinationer och förslag. Här ska också avsändaren be om tips från mottagaren så att en dialog kan uppstå). Under dessa steg ska bara väsentlig information som berör patientens hälsostatus tas upp. Det som hör till ett annat steg eller inte är relevant ska utelämnas. På detta sättet kan missförstånd minskas mellan sändare och mottagare - då budskapet blir mer renodlat och lättare att uppfatta. Mottagaren av informationen kan beroende på situation upprepa budskapet för att säkerställa att det är rätt information som har förmedlats.

Även Wallin och Thor (2008) påtalar i *Läkartidningen* att genom användning av SBAR riskerar man inte att fastna i detaljer kring patientens vård. Metoden används både i akuta och icke-akuta sammanhang. Det är upp till varje avdelning eller arbetsteam att anpassa metoden till arbetsmiljön och mer noggrant bestämma vad som ska ingå i respektive punkter samt till vem och varför informationen är avsedd. Vad som också är av stor vikt är att personerna som kommunicerar är avskilda från övriga personer och att ögonkontakt mellan sändare och mottagare underlättar för informationsutbytet. Mottagaren ska heller inte avbryta under genomgången av punkterna, utan vänta med frågor till slutet av samtalet. Metoden kan till exempel användas i rapport av vårdens övergångar, vid konsultation, vid administrativt arbete och vid dokumentation med mera. Modellen anses också vara ett bra verktyg vid kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare då kommunikationsmönstret blir synkroniserat. Att som sjuksköterska få möjlighet till att under punkten *reccomendation* ge förslag på medicinska åtgärder gör att man tar tillvara på yrkesprofessionell kunskap som kan öka patientsäkerheten

### **Tidigare forskning**

Thurgood (1995) tar i sin studie om muntlig rapportering upp en rad frågor sjuksköterskan bör ställa sig själv för att kunna försäkra sig om kontinuitet och kvalitet i patientvården. Vem ska vara med på rapporten? Vem ska ge rapporten? Hur lång ska rapporten vara? Hur detaljerad ska rapporten vara? Dessa är några av de frågor Thurgood omtalar som värda att beakta inför rapporteringen. Nyttan med en rapportering bör enligt Thurgood vara *patientvård*; att upprätthålla kvalitet och standard, *lärande*; för studenter och mindre erfarna sjuksköterskor, *profession*; för att understryka och stötta sjuksköterskans roll bland professionerna, *legalitet*; upprätthålla patientens säkerhet och rättigheter, samt *teamwork*; att fungera som en arbetsgrupp och få feedback.

Currie (2002) tar i sin studie fram en rad punkter vilka rekommenderas att användas för att sätta en god standard vid rapportering. Dessa punkter summeras med förkortningen *CUBAN*; *Confidential* (konfidentialitet), *Uninterrupted* (ostörd), *Brief* (kortfattad), *Accurate* (korrekt) och *Named nurse* (rätt sjuksköterska – i detta fall menat den sjuksköterska som haft patientansvaret)

Vad gäller innehåll i rapportering fann Ekman och Segersten (1995) i sin studie om sociala ritualer kring rapportering att det tycks råda stor dominans av de medicinska diagnoserna och behandlingarna bland rapporteringen hos sjuksköterskorna. De fann också att de omvårdande aspekterna har kommit i skymundan och inte anses vara lika betydelsebärande. Rapporteringen tycks bli allt mindre orienterad efter sjuksköterskans omvårdnadsområden vilket riskerar äventyra professionens utveckling, förbättring och status. Rapporteringens innehåll tenderade också brista i framtidsplanering. Fokus låg på vad som hade hänt tidigare och vad som hände nu, men sade sällan någonting om vad som var målet och vad som skulle uppnås.

Såväl Payne et al (2000) och Lamond (2000) som Currie (2002) fann en avsaknad av de psykosociala aspekterna inom sjuksköterskans rapportering. Payne et al (2000) nämner att en förbättring rörande rapporteringen av de psykosociala aspekterna fanns när rapporten skedde mer yrkesgruppsspecifikt (enkom sjuksköterskor i jämförelse med både undersköterskor och sjuksköterskor), men att rapportens innehåll – delvis likt det Ekman och Segersten (1995) påtalar – understryker främst de medicinska aspekterna. Currie (2002) skriver också om hur dålig uppdatering och rapportering rörande patientens sociala förhållanden försenar utskrivningarna - trots att patienten i övriga hänseenden inte längre är i behov av slutenvård.

Currie (2002) sammanställer i sin studie en lista över vilka problemområden i samband med rapporten som sjuksköterskorna anger vara störst. Hälften av de medverkande sjuksköterskorna (14 av 28) angav att *missad information* var det största problemområdet och flertalet (12 av 28) angav också *distraction* som ett problemområde vid rapportering. Meissner et al (2007) har i en kvantitativ studie undersökt sjuksköterskors uppfattning om rapportering i tio europeiska länder. Resultaten varierade mycket mellan länderna och andelen som var missnöjda med hur rapportens *informationsutbyte* fungerade spände över ett spann från 4% (Slovakien) som lägst till 19% (Tyskland) som högst. Ser man däremot till missnöjet rörande rapporten som helhet är siffrorna avsevärt mycket högre; i Frankrike angav hela 61% sig vara missnöjda med rapporten som helhet. Minst missnöjda i denna kategori hade Slovakien och Polen som båda ändå hade 23% missnöje. Meissner et al (2007) spekulerar i sin diskussion om bakomliggande orsaker och anger organisatoriska faktorer och politiska beslut som en möjlig förklaring. I Tyskland angavs *frekventa avbrott* som den största orsaken till missnöje och i Frankrike anges *personalbrist* och *minskad arbetstid* kunna vara tänkbara orsaker. På grund av studiens kvantitativa karaktär ges ingen mer djupgående förklaring till vad respondenterna personligen ansett är orsaken till missnöjet. Sverige ingick tyvärr inte heller i studien varvid aktuella siffror rörande dessa frågor kring rapportering på våra sjukhus förblir oklart.

Solet et al (2005) påtalar bristen på utlärande av den viktiga rapporteringen inom vården. Med en observationsstudie undersöktes hur rapportering gick till hos läkare på fyra vårdinrättningar. Fyra olika teman presenteras som barriärer över vilka rapporteringen måste ta sig förbi för att kunna fungera väl. Dessa barriärer är den *fysiska miljön*; privat och lugn miljö, den *sociala miljön*; status och hierarkier, *språkbarriärer*; olika modersmål, och slutligen *kommunikationssätt*; direktkommunikation eller indirekt kommunikation. Solet et al (2005) föreslår en rad åtgärder (*rekommendationer*) i syftet att åstadkomma bättre, mer välfungerande, rapportering. En första åtgärd är att införa en lärandemodell för rapportering hos sjukvårdspersonal (i artikeln beskriven utifrån läkare). Steg ett är en föreläsning om hur effektiv rapportering genomförs och steg två är sedan att en arbetande läkare visar och genomför en rapport. Steg tre är slutligen en form av återkoppling med tillfälle för frågor då eleverna själva fått vara i kontakt med rapporter ute i verksamheten. Utöver att rapporteringen bör läras ut till sjukvårdseleverna drar Solet et al (2005) också slutsatserna att en rapportering bör vara standardiserad och i form av direktkommunikation. Vad gäller innehållet i rapporten anges en lista på elva essentiella beröringspunkter. Bland annat står där att läsa *full identifikation* (namn, ålder, kön, placering), *problemlista med sjukdomshistoria, mediciner, allergier, lab-data, korttids- och långtidsplanering* samt *psykosociala aspekter*.

## Tidigare examensarbeten på Malmö Högskola

Ohlsson och Persson (2007) genomförde en observationsstudie för att se relationen mellan skriftlig dokumentation och muntlig rapport. Det visade sig föreligga skillnader i innehållet mellan vad som dokumenterades och vad som rapporterades muntligt. *Hälsohistoria, nuvarande sjukdom och operation/undersökning* fick mer utrymme i den muntliga rapporteringen jämfört med den skriftliga dokumentationen. *Omvårdnadsåtgärder* förekom enligt Ohlsson och Persson i den muntliga rapporten, men tillsammans med *psykosociala aspekter, välbefinnande, anhöriginformation* och *patientönskemål* var det främst i patientjournalens dokumentation detta förekom. Språkbruket var en annan viktig skillnad mellan den muntliga rapporteringen och den skriftliga dokumentationen där det vid muntlig rapport användes mer smeknamn och anekdoter rörande patientens dag.

Bergström och Tuveesson (2008) genomförde en empirisk studie om sjuksköterskors metoder och upplevelser av skiftbytesrapportering. Med hjälp av enkäter undersöktes vilka olika rapporteringsmetoder som användes (muntlig rapport, läsrapport, etc) samt upplevda för- och nackdelar med dessa, i vilken miljö rapporten genomfördes. I resultatdelen tas också några aspekter rörande rapportens innehåll upp. Frågan om huruvida rapportinformationens innehåll tillgodoser sjuksköterskans behov ställdes och resultatet visade att sjuksköterskorna ansåg det vara väl tillgodosett (enligt en skala från ett, *låg grad*, till sex, *hög grad*, rörde sig svaren mellan fyra och sex). De tre vanligaste patientaspekterna som togs upp i samband med rapportering var vid muntlig rapportering *elimination, smärta/sinnesintryck* och *aktivitet*. Vid en blandad rapporteringsform (skriftlig och muntlig) var de mest förekommande patientaspekterna *elimination, hälsohistoria* och *kontaktorsak*.

Patientsäkerhet tas också upp av Bergström och Tuveesson (2008) som en viktig aspekt rörande rapporteringen. Den muntliga rapporteringen ansågs enligt informanterna ha sina fördelar i bland annat sin *överskådlighet, utrymme för "det lilla extra", utförlig information* och *utrymme för frågor*. Nackdelarna ansågs vara bland annat *begränsad information, annans tolkning, tidsmässigt opraktiskt med hänsyn till arbetsschema/skiftesbyte* och *utsvävningar*. Ett tema som anges vara återkommande i informanternas svar är vikten av rapportens informationsinnehåll. Bergström och Tuveesson (2008) påpekar att studiens utformning med enkäter inte ger något djupare insikt i tankar eller resonemang rörande informationsinnehållet i relation till patientsäkerheten – och att vidare forskning i exempelvis intervjuform därför vore intressant (a.a).

De ovan nämnda tidigare studierna behandlar rapporteringen ur olika aspekter. Joint Commission (2008-12-09) och verktyget SBAR (Socialstyrelsen, 2009-11-27) tar upp vad en rapport bör fokusera på till sitt innehåll och tillvägagångssätt. Currie (2002) och Department of Health Western Australia (2007) fokuserar mer på vikten av en korrekt informationsöverföring - och de förödande följderna en bristfällig sådan kan orsaka. Tidigare studier har också visat på avsaknad av psykosociala aspekter (Payne et al, 2000; Lamond, 2000; Currie, 2002) och en dominans av medicinska diagnoser i rapporten (Ekman & Segersten, 1995) samt åskådliggjort ett missnöje över hur rapporteringen fungerar (Meissner et al, 2007). Det finns därför tydliga indikationer på att innehållet i rapporten bör utforskas mer och klargöras.

# SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet i denna studie är att belysa allmänsjuksköterskans uppfattning om innehållet i en muntlig skiftbytersrapport. Fokus ligger på följande tre frågor:

1. Vad brukar en rapport innehålla på den berörda avdelningen?
2. Hur ser den ideala rapporten ut enligt de tillfrågade sjuksköterskorna?
3. Vilka hinder och möjliggörare finns för idealrapporten?

## Avgränsningar

På grund av den korta tidsramen kom studien att begränsas till att omfatta en avdelning och fem av deras sjuksköterskor. Fokus har uteslutande varit på skiftesrapporteringens innehåll utan någon hänsyn till personalens interaktioner, samspel eller andra mer gruppsykologiska processer.

## Definitioner

*Rapportering, rapport, skiftbytersrapport* är alla termer beskrivandes den procedur där informationsutbyte sker mellan två sjuksköterskor varav den ena avslutar sitt skift och den andra påbörjar sitt skift. Informationsutbytet är rörande patienternas tillstånd och ska fungera som underlag för planering och utförande av omvårdnadsåtgärder. Alla de ovan nämnda begreppen syftar på rapportering i muntlig form.

*Möjliggörare* är ett begrepp författarna valt att använda i beskrivandet av faktorer som kan underlätta och tillåta att något kan ske. Engelskans *enabler* är ett ord som ofta används i litteratur i likartat syfte.

## METOD

Metoden var en empirisk studie med intervjuer som sedan bearbetades med hjälp av en manifest kvalitativ innehållsanalys (se kapitlet *Dataanalys*). Intervjuerna skedde i semistrukturerad form vilket enligt Polit och Beck (2006) är ett effektivt sätt att få informanterna att tala fritt om ett ämne. Intervjuaren inledde med frågor rörande några huvudämnen/kategorier som informanterna sedan gavs tillfälle att tala fritt kring. Trost (1997) påtalar även fördelen med intervjuer då de kan ge ökad förståelse för ämnen sett från den intervjuades perspektiv.

Som underlag för studien och dess bakgrundskapitel gjordes litteratursökningar i databaserna CINAHL, PubMed och Cochrane. Vid fynd av relevanta artiklar granskades dess litteraturlistor samt relaterade artiklar. Exempel på genomförda sökord är *shift report, intershift report, handover* och *handoff*.

## Urval

Studien genomfördes på en kirurgisk avdelning på ett universitetssjukhus i södra Sverige. Personalen använde sig av muntlig rapportering i kombination med en beläggningslista. Avdelningen hade själva anmält intresse för att medverka i en studie angående rapportering.

En av sjuksköterskorna på avdelningen agerade studiens *gatekeeper*<sup>2</sup> då hon förde oss i kontakt med avdelningens chef och därmed i förlängningen till studiens informanter. Urvalet var ett bekvämlighetsurval vilket Polit och Beck (2010) beskriver som ett *frivilligt* urval där informanterna själva får välja att delta och där man som intervjuare tar de informanter man erbjuds. Urvalet begränsades inte till vare sig ålder, kön eller utbildningslängd – utöver att informanterna skulle vara utbildade sjuksköterskor. Informanterna kom att variera i såväl ålder (25-48 år) som yrkeserfarenhet (fem månader till åtta år). Att inte begränsa urvalskriterierna möjliggör en större bredd i urvalet.

Sett till studiens korta tid begränsades antalet informanter till fem sjuksköterskor som efter godkännande av Hälsa och Samhälles Etikprövningsnämnd erhöll ett skriftligt informationsblad (se *Bilaga 1*) i god tid innan intervjutillfället. Då informanterna undertecknat samtyckesblanketterna (se *Bilaga 2*) inhämtades dessa på avdelningen.

### **Datainsamling**

Intervjuerna utfördes efter en semistrukturerad intervjuguide vilket enligt Polit och Beck (2010) innebär att frågorna är i form av ämnen som önskas täckas in. Intervjuarens roll är att få informanterna att berätta fritt kring dessa ämnen. Kvale (1997) beskriver hur en intervju kan vara *välorganiserad* i och med att den följer en rad standardfrågor. Dessa standardfrågor formulerades i denna studie till en intervjuguide (se *Bilaga 3*). Intervjuguiden anger ordningsföljden på de ämnen som önskas undersökas och bör enligt Trost (2005) vara kort och innehålla stora frågeområden. I intervjuguiden för denna studie användes en rad följdfrågorna i syftet att öka uttömligheten på svaren.

Kvale (1996) har utformat en intervjumetod tänkt att underlätta planeringen och genomförandet av en intervju. I denna studie användes en modifierad version av denna intervjumetod som är uppbyggd i sju steg:

1. Tematisering där syfte formuleras - samt *vad* och *varför* något ska undersökas.
2. Design av studien med hänsyn till vilken typ av intervju som ger relevant information för syftet.
3. Utförande av intervjun med en intervjuguide samt reflekterande infallsvinkel.
4. Transkribering
5. Analysering
6. Verifiering som säkerställer att fynden/slutsatserna är korrekta.
7. Rapportering

Vid tidpunkten för intervjun genomfördes en slutlig muntlig försäkran om att informanten var införstådd med studiens syfte och framförallt det frivilliga deltagandet och konfidentialiteten.

Platsen för intervjun föreslogs av gatekeepern och kom att bli ett samtalsrum på avdelningen. Intervjuerna kom i samtliga fall att genomföras i ett avskilt vilorum på avdelningen och spelades in med hjälp av en diktafon. Innan tidpunkten för datainsamlingarna genomfördes testintervjuer på två personer med hjälp av intervjuguiden. Detta för att upptäcka eventuella brister eller överflödigheter. Längden på intervjuerna kom att variera mellan 16- till 46 minuter.

---

<sup>2</sup> En *gatekeeper* är enligt Polit & Beck (2006) den person som i egenskap av sin auktoritet eller roll inom ett område kan erbjuda tillträde till detta område.

## Dataanalys

Den insamlade datan analyserades med hjälp av en manifest innehållsanalys. Polit och Beck (2006) beskriver innehållsanalysen som de kvalitativa metodernas sätt att analysera narrativ data och urskilja teman, kategorier och mönster. Graneheim (2004) beskriver den manifesta innehållsanalysen som beskrivandet av ord och vad som sägs; det direkt visuella. Motsatsen till den manifesta innehållsanalysen är den latenta innehållsanalysen. Där beskrivs istället vad orden och det sagda betyder och har för underliggande mening.

Den manifesta innehållsanalysen utarbetades med viss modifikation efter Burnards (1991) metod- och tillvägagångsbeskrivning för en innehållsanalys. Burnard beskriver innehållsanalysens förfarande i 14 steg som kort kan beskrivas som:

1. Anteckningar under intervjuerna.
2. Genomläsning av den transkriberade intervjun samt ytterligare anteckningar.
3. Ytterligare genomläsning med skapande av kategorier samt bortsållande av oväsentlig information.
4. Kategorierna grupperas ihop till större kategorier.
5. Kategorierna läses igenom och reduceras om möjligt.
6. Utomstående ombedes läsa transkriptet, skapa egna kategorier och sedan se över överensstämmelsen med författarens. Detta är ett första steg i kvalitetssäkringen.
7. Den slutgiltiga listan av kategorier som överensstämde sammanställs efter eventuell korrigerings.
8. Varje kategori genomarbetas med markerande av underkategorier och *kodord*<sup>3</sup>.
9. Alla utmarkerade kategorier klipps ut ur kontexten och samlas ihop i nya tillhörande kategori. Likartade kategorier "samlas ihop".
10. De nu ihopsamlade nya kategorierna markeras med underkategorier.
11. Informanterna ombes se över kategoriernas och rubrikernas överensstämmelse med deras egna utsaga. Detta är det andra steget i kvalitetssäkringen.
12. De sammanställda kategorierna och originalmaterialet är tillsammans underlag inför sammanställningen. Originalmaterialet är främst till för hjälp vid eventuella oklarheter.
13. Resultatdelen skrivs utifrån fynden i kategori till kategori. Refererande till originalmaterialet sker för att behålla ursprungskontexten.
14. Resultatet skrivs antingen för sig och länkas sedan till litteratur, eller så sker sammanlänkningen parallellt med resultatskrivandet (Burnard, 1991)

Sett till den begränsade tiden för denna studie kom de två kvalitetssäkrande stegen (steg 6 och 11) att begränsas i sitt utförande. Då det var två författare som genomförde studien kom istället kvalitetssäkringen att bestå i att varje författare läste texterna på var sitt håll. Sedan bildades egna kategorier och underkategorier för att slutligen läsas tillsammans och se överensstämmelse.

Utifrån det transkriberade materialet skapades kodord som sedan grupperades till underkategorier och slutligen till större kategorier. *Tabell 1* ger exempel på analysförfarandet från transkribering till slutlig kategori.

---

<sup>3</sup> Ett *kodord* beskrivs av Graneheim (2004) som namnet/benämningen på en meningsbärande enhet. Kodord i en utsaga kan vara exempelvis *smärta, oro, uppgivenhet*.

**Tabell 1** Exempel på analysförfarandet.

Transkribering	Kodord	Underkategorier	Kategori
<i>"När patienten kom in, vad som hade hänt med den, varför den kom in, vad den har i bakgrunden".</i>	Kontaktersak	Bakgrund	<b>Patientinformation</b>
<i>"Har de fått in några akuta patienter rapporterar de lite mera bakgrund kring patienten som hälsohistoria och lite så. Så man vet är det en diabetiker".</i>	Sjukdomshistoria		
<i>"Smärta är ett nyckelord som man ofta berör i rapporten, om patienten haft ont under natten, att den har klarat sig bra och inte behövt någon smärtstillning".</i>	Smärta	Hälsostatus	

## ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) har efterföljts i denna studie. Lagen har som syfte att skydda människan och människovärdet vid forskning. Hälsa och samhälles etikprövningsnämnd, Malmö högskolas etiska nämnd, har också givit sitt godkännande (Dnr: HS60-09/951:15).

Deltagarna i studien har informerats såväl skriftligt som muntligt. De har gett *informerat samtycke* till sitt deltagande. Polit och Beck (2006) beskriver att deltagarna ska ha adekvat information om studien och förstå informationen som ska vara tydligt beskriven vad det gäller syfte och frågeställningar. Informanterna ska vara införstådda i att det är ett frivilligt deltagande som kan avslutas när som helst.

En samtyckesblankett delades ut till de tillfrågade deltagarna vilken de undertecknade och återlämnade. Informanterna blev skriftligt och muntligt lovade konfidentialitet vilket enligt Polit och Beck (2006) är ett löfte om att data, så som transkriptioner och inspelningar, blir förvarade på ett sätt som gör att ingen utomstående person kan ta del av datan. Det ska heller inte gå att göra kopplingar mellan datan och personen som givit den. Informanterna har därför kodats om till varsin bokstav (*informant X, -Y, -Z, -Q och -W*) – då ett numeriskt angivande av informanterna kan leda till spekulationer om ordningsföljden då intervjuerna ägde rum.

Den insamlade datan förvaras endast i kodad form och kommer efter arbetets examination att raderas.

# RESULTAT

Här följer en presentation av de resultat som framkom under de tre frågeställningarna i syftet. På frågan *vad en rapport innehåller på avdelningen* framträdde tre huvudkategorier med sex underkategorier. Under frågeställningen *hur den ideala rapporten ser ut* kunde två huvudkategorier ses varav den första rörande *struktur* hade fyra underkategorier, och den andra rörande *innehåll* hade fem underkategorier. Under den tredje frågan; *vilka hinder och möjliggörare finns för ideal-rapporten*, uppkom fyra respektive tre underkategorier.

Samtliga informanter talar om rapportens existens i ordalag som exempelvis *viktig, nödvändig* och *ett måste*, men två informanter tillägger också att sjuksköterskan har en skyldighet att komplettera rapporten genom att själv läsa på om patienten i journalsystemet.

På den berörda avdelningen används idag inga specifika styrdokument eller metoder för hur en rapport ska gå till. Som stöd för rapporten används istället ofta en beläggningslista med kortfattad information om patienterna.

## Rapportens innehåll på avdelningen

Här presenteras de fem informanternas uppfattningar om vad en rapport innehåller på deras avdelning. Från informanternas utsagor har tre kategorier utkristalliserat; *patientinformation, organisation* och *vård*.

Det framkom att informationen kan komma att variera brett beroende på vilket skiftesbyte det rör sig om. Nattpersonalens överrapportering tenderar vara mindre omfattande då det under natten är mindre administrativa arbetsuppgifter så till vida det inte uppstått något oväntat.

### Patientinformation

Patientens *bakgrund* var något som alla informanter nämnde tidigt vid frågan om rapportens innehåll. Detta omnämndes i olika termer och tillsammans med patientens *hälsostatus* presenteras de båda underkategorierna och dess kodord i tabell 2.

**Tabell 2** Huvudkategorin *Patientinformation* med underkategorierna *Bakgrund* och *Hälsostatus* – samt dess kodord.

Patientinformation	
Bakgrund	Hälsostatus
Kontaktorsak, Hälsohistoria, Anamnes, Diagnos, Patientuppgifter, Hänt under dagen, Vad har gjorts?	Psykiskt, Välmående, Illamående, Smärta, Status, Förändringar, Allmänt psykiskt/fysiskt, Nutrition, Infektion, Komplikationer.

I underkategorin *bakgrund* framkom bland annat *hälsohistoria* och *kontaktorsak* som kodord. Flertalet informanter tog ofta upp patientens tidigare sjukdomar och eventuella relaterade behandlingar. Detta tycks förekomma särskilt om patienten är ny eller om tillståndet är mer akut.

*” /.../ har de fått in några akuta patienter rapporterar de lite mera bakgrund kring patienten som hälsohistoria och lite så. Så man vet... är*

*det en diabetiker, är det en patient som är frisk för övrigt.” (Informant Y)*

*” /.../ det beror lite på om vi har jobbat skiftet innan eller så, hur mycket man tar om bakgrund och varför patienten är här och så... men annars så börjar vi med det ju /.../.” (Informant Q)*

Sett till underkategorin *hälsostatus* hävdade merparten av informanterna att patientens *status* och *förändringar* togs upp i rapporten. Innebörden av dessa begrepp och vad de innefattar förefaller genomgående vara patientens allmäntillstånd och hur det eventuellt har, eller riskerar att, förändras. *Status* beskrevs också som själva beskrivandet av vad som sker med patienten just nu och vad som är viktigast för tillfället. Till kodordet *välmående* kom förklaringen att det är en avgörande del i att som sjuksköterska kunna veta vad som väntar en inför mötet med patienten.

*”/.../ det fokuseras på hur de har mått dom senaste dagarna för att man ska få en uppfattning om vad man kan förvänta sig när man kommer ut till patienten”. (Informant X)*

Till hälsostatus tillhör också *smärta* som enligt merparten av informanterna var en mycket viktig beröringspunkt. Smärtlindringens effekter och strategier rapporteras och även förändringar rörande patientens smärttillstånd.

### *Organisering*

I rapporten framkom det enligt flera informanter att det finns aspekter som är mer knutna till organisering och administration i olika former. De två underkategorierna *samordning* och *planering* sammanställs tillsammans med dess kodord i tabell 3.

**Tabell 3** Huvudkategorin *Organisering* med underkategorierna *Samordning* och *Planering* – samt dess kodord.

Organisering	
Samordning	Planering
Läkarinstruktioner/Ordinationer, Samordning, Vårdplan, Färdtjänst, Ronden, Hemgång, Kurator.	Behandlingsgrund, Planering, Vad görs?, Vad ska göras?

I fokus ligger att överrapportera såväl en långsiktig planering som en kortsiktigare plan för dagen vad gäller medicineringar, behandlingar och undersökningar. Det framkom också ett tillägg att det ibland kan handla om planering för så kort tid som timme för timme. Underkategorierna *samordning* och *planering* går bitvis in i varandra då informanterna nämner planering i samband med *läkarordinationer* och beslut från *ronden*. Med informationen om *vad som görs* och *vad som ska göras* erhåller sjuksköterskan enligt några informanter underlag för sin arbetsdag.

*”/.../ alltså får man ingen utförlig rapport sitter man där.. OK vad är det jag ska göra för någonting, då...?/.../ Man känner ju sig rätt dum när t. ex doktorn kommer eller någon annan kommer och säger att: du den där undersökningen eller de där proverna, vad är svaren på dem? Jaha skulle här tas prover? Och man inte vet innan, man måste liksom veta*

*allting annars så står man där och kan inte.... riktigt redogöra för... situationen över patienterna /.../” (Informant W)*

Rapporten ger enligt flera informanter också information om mer samordnande funktioner mellan olika yrkesprofessioner. När en patient har planerad hemgång, om det behövs färdtjänsthjälp eller om en patient mår psykiskt dålig och en kurator kan behövas kopplas in.

### Vård

Till kategorin *vård* hör de punkter där informanterna uppgett olika former av vårdnader, behandlingar och underlag för dessa. Underkategorierna *åtgärder/behandling* och *omvårdnad* samt dess kodord redovisas i tabell 4.

**Tabell 4** Huvudkategorin *Vård* med underkategorierna *Åtgärder/Behandling* och *Omvårdnad* – samt dess kodord.

Vård	
Åtgärder/Behandling	Omvårdnad
Operation, Behandlingar, Medicin/Läkemedel och dess effekter, Kontroller/Provtagning och parametrar	Kost, Inkontinens/Elimination, ADL, Omläggningar, Fallrisk.

Vad gäller *åtgärder/behandling* rapporterar man över såväl vilka kontroller som är aktuella som vilka mediciner som ska ges – där flera informanter nämner smärtlindring som en viktig del.

*” Till exempel om patienten.. eee... ska på operation, om patienten har varit på operation och vad gör vi efteråt och vilken behandling”*  
(Informant Z)

*”/.../ har medicinen hjälpt som den skulle?” liksom allt från om det är antibiotika till smärtstillande eller vad det nu är för någonting...”.*  
(Informant Q).

Omvårdnadsmässiga saker som rapporteras över kan enligt informanterna vara patientsäkerheten vad gäller *fallrisk*, hjälp med allmän daglig livsföring (*ADL*) eller huruvida patienten behöver hjälp med *elimination* eller speciell *kost*. Även behov av *omläggningar* och dess komplikationer förekom i rapporteringen enligt några informanter.

### Idealrapporten

Då informanterna ombads beskriva den ideala rapporten framkom två huvudkategorier; en kategori beskrev den önskvärda *strukturen* på rapporten och den andra gick mer in på det ideala *innehållet* i rapporten. Dessa båda kategorier och dess underkategorierna samt kodord presenteras i tabell 5 respektive tabell 6.

### Struktur

Struktur innebär hur den ideala rapporten önskas vara uppbyggd och genomförd – samt hur den ideala rapporten ska se ut med hänseende till dess kvalitet. Tabell 5 visar överskådligt underkategorierna *utförande*, *upplägg*, *form* och *kvalitetsaspekter* och dess kodord som framträdde i svaren från informanterna.

**Tabell 5** Huvudkategorin *Struktur* med underkategorierna *Utförande*, *Upplägg*, *Form* och *Kvalitetsaspekt* och dess kodord.

Struktur			
Utförande	Upplägg	Form	Kvalitetsaspekt
Tydlig Ge klara besked Inte lämna frågetecken Inga "överraskningar"	Välstrukturerad Ge en bra bild Ge överblick Beläggningslistan	Blandrapport Olika från person till person Individanpassad	Ej långdragen Kort & koncis Inte för lång Längden är inte mått på kvalitet

Sett till sitt *utförande* ansåg flertalet av informanterna att idealrapporten ska vara *tydlig* med *klara besked*. Åsikter om att man efter rapporten inte ska behöva ha några frågor samt ett understrykande av vikten att rapporten ska ge en klar bild av patienten och inte riskera *överraska* denne framkom också från informanterna.

*"För många gånger när jag inte har fått en så bra rapport, då är det så att då vet jag ingenting och så upptäcker jag att han har det, han har hjärtsvikt, han har diabetes, han står inte på benen, han går med rullator och du vet alltså fallrisk, det är jätteviktigt att man vet det i början så att man inte går in där och tror att här är en frisk människa /.../".*  
(Informant W)

*Upplägget* ansåg flera av informanterna skulle vara *välstrukturerat* och ett exempel på hur en dålig rapport är den då fokus skiftar för ofta fram och tillbaka mellan olika patienter i rapporteringen togs också upp. Det framkom även som alternativ att det är idealt att, strukturellt sett, följa den *beläggningslista* avdelningen har över patienterna.

Hur den ideala rapporten framförs utgör underkategorin *form*. Några informanter ansåg att den ideala rapporten möjligtvis genomfördes som *blandrapport* (läsrapport tillsammans med muntlig rapport). En åsikt var att det kan ha att göra med en form av personkemi i rapporten där ett likartade synsätt oftast ger en bra rapport .

I den ideala rapportens *kvalitetsaspekt* fanns det informanter som uttryckte en åsikt som handlade om att längden på rapporten inte nödvändigtvis är ett mått på kvalitet.

*"/.../ det är väl snarare vad man stoppar i den. Det finns rapporter som kan vara en halvtimme för att det har varit jättemycket och det finns jättemycket väsentligheter kring patienten. De rapporterna är jobbiga för det är mycket att ta in, särskilt om jag inte har träffat patienten innan /.../".* (Informant Y)

*"/.../ tillslut slutar man lyssna, de pratar om allt möjligt annat som inte är viktigt nu... kanske om nja.. jag vet inte.. patientens historia 20 år bakåt vad den gjorde för operation då och det har ingen relevans för detta nu, alltså det det ger en ingenting /.../".* (Informant W)

## Innehåll

Utöver hur informanterna ansåg den ideala rapporten vara till dess struktur presenteras också hur den önskas se ut i sitt innehåll. I tabell 6 presenteras underkategorierna *bakgrund*, *hälsostatus*, *planering*, *aktuell vård* och *samordning* och dess kodord rörande vad informanterna ansåg att den ideala rapporten skulle innehålla.

**Tabell 6** Huvudkategorin *Innehåll* med underkategorierna *Bakgrund*, *Hälsostatus*, *Planering*, *Aktuell vård* och *Samordning* och dess kodord.

Innehåll				
Bakgrund	Hälsostatus	Planering	Aktuell vård	Samordning
Vad har hänt?	Pyskiskt & fysiskt	Förberedelser	Post-Op rutiner	Samordning
Vad har gjorts?	Psykosocialt	Tid/tidsschema	Behandling	Hemsituation
Diagnos	Elimination	Vart börja?	Pre-Op status	VPL
Kontaktorsak	Smärta	Vart fortsätta?	Medicinbehandlin	Information från
Anamnes	Nutrition	Hur fortsätta?	gar	ronden
Överkänslighet	Kontroller	Prioriteringar	Åtgärder	
		Vad ska göras idag?	Kontroller	

Flertalet av informanterna uppgav *kontaktorsak* och *anamnes* som en viktig del av *bakgrunden*. I anamnesen ska det framgå om patienten har en aktuell sjukdom så som diabetes förklarar en informant som exempel. Några informanter uppgav att det är ett måste att veta om eventuella *överkänsligheter* och en av dessa informanterna uppgav att det är mer en nödvändighet än en väsentlighet.

Till underkategorin *hälsostatus* har flera av informanterna tagit upp vikten av både patientens *fysiska* som *psykiska* välmående. Om patienten på grund av tidigare erfarenheter kan förväntas reagera negativt på något i sjukvården eller sjukhusmiljön eller om patienten har en känd psykisk sjukdom tas upp som exempel av en informant. Två aspekter av *hälsostatus* som tas upp är bland annat *elimination* och *nutrition*. Här betonas vikten av att känna till eventuella avvikelser från rutinerna vad gäller fasta eller om patienten inte tömt blåsan postoperativt.

*Planering* uppgavs av samtliga informanter som en av de väsentliga delarna i idealrapporten. Till underkategorin *planering* hör bland annat kodorden *prioritering*, *tid/tidsschema*, *vad ska göras idag* och *hur ska jag fortsätta*. Dessa olika ordalag från olika informanter berör alla en liknande funktion; att idealrapporten ska ge ett underlag för planering och prioritering under det kommande arbetspasset.

”/.../ nu får jag ett rapportblad med en drös patienter där alla har massa olika åtgärder /.../ Och då måste jag kunna prioritera för då vet jag att jag ska dessutom dela mediciner och jag ska iväg på rondan som börjar kvart i åtta /.../.” (Informant Y)

”Jag brukar också oftast fråga: vad är planeringen? För att man.. ska jag vara här en hel vecka så är det bra att veta ok på torsdag är tanken att han ska gå hem om allting är bra och så att man kan börja tänka framåt eller om dem ska vårdplaneras för då får vi sätta igång med det. Så att man har framförhållningen.” (Informant W)

Till *aktuell vård* hör de kodord som kan relateras till den vård patienterna erhåller på avdelningen. I fokus hos merparten av informanterna var behandling knuten till vårdorsaken och det kom ofta att handla om de pre- och postoperativa rutinerna med kontroller och medicinbehandling. Ett exempel som tas upp är om en planerad operation inte rapporteras över korrekt så kan exempelvis de preoperativa förberedelserna såsom fasta glömmas bort och därmed tvingas operationen ställas in.

Underkategorin *samordning* samlar de olika utsagorna om rapportering kring samarbete mellan yrkesgrupper. Information som tas upp på *ronden* och ska förmedlas vidare är ett exempel från en informant. Samarbeten rörande vård efter avslutade sjukhusvistelse eller andra former av stöd till patienten såsom sjukgymnast och kuratorer tas upp som exempel av andra informanter.

” Till exempel om du har..hmm... samordnat med någonting runt patienten med vårdplanering, med kurator, med... det kan vara olika saker ju... hemsituation.. eller nånting sånt..så jag tycker det är jätteviktigt med den biten också, det säger en del...”. (Informant Z)

### Idealrapportens hinder och möjliggörare

För att den ovannämnda idealrapporten ska äga rum finns det olika faktorer som kan underlätta respektive hindra idealrapporten. Utifrån informanternas utsagor presenteras dessa som *hinder* i tabell 7 respektive *möjliggörare* i tabell 8. Överlag tycktes informanterna kunna identifiera fler hinder än möjligheter - och möjliggörarna hade ofta ett motsatsförhållande gentemot hinderna.

#### Hinder

De hinder som ansågs kunna stå ivägen för att idealrapporten ska genomföras kan ses tillhöra fyra olika kategorier (tabell 7).

**Tabell 7** Huvudkategorin *Hinder* med underkategorierna *Miljö*, *Struktur*, *Engagemang* och *Organisation* och dess kodord.

Hinder			
Miljö	Struktur	Engagemang	Organisation
Störningar Väntan Avbrott	Prat om annat Innehållslöst Oväsentligheter	Ofokuserad Ointresse	Rörigt/stress Tidigare hemgångar Tidsbrist Försenade besked Bortom den egna kontrollen

Sett till *miljön* för rapporten anser några av informanterna att *avbrott* och *störningar* kan stå i vägen för idealrapporten. *Väntan* är ett exempel som kan förhindra en idealrapport. Till exempel om någon anländer för sent kan detta leda till irritation.

”Sen är det ju också liksom om man störs för många gånger, om dörren åker upp ut och in och nån måste prata med en hela tiden”. (Informant X)

Den ideala rapporten kan också förhindras av en bristfällig *struktur*. I samband med rapporten händer det att oväsentligheter och prat om andra saker än det vård-

eller patientrelaterade tar för stor plats. Om *strukturen* ibland är bristfällig kan det resultera i att rapporten blir innehållsfattig.

” *Det finns dem som tycker att den ideala rapporten det är den som säger att allt är lungt, nu går vi hem. Det är en ideal rapport för vissa, men för mig är den ganska så innehållslös*”. (Informant Y)

Några informanter ansåg det finnas hinder relaterade till *engagemang* i form av *ointresse* eller *bristande fokus*. En del av informanterna uttrycker det som ett problem när de själva rapporterar och den som mottar informationen inte verkar mottagbar på grund av *bristande fokusering* eller *närvaro*. Detta anser de resultera i att rapporten inte blir så idealisk som den kunde ha potential till. Ett exempel från informanterna är att man ibland frågar sig själv om någon lyssnar på vad man säger överhuvudtaget.

Något som är genomgående hos merparten av de fem informanterna är att den ideala rapporten främst hindras av olika faktorer som alla kan härledas till den *organisatoriska* underkategorin. *Stress* nämns återkommande som ett hinder.

”*././ det finns situationer.. om vi säger att vi skulle få jättemånga akuta här på eftermiddagen och där måste vara en person hos varje så går det inte att få den genomgången på det viset.*” (Informant W).

Andra exempel på hinder för idealrapporten uppges vara *försenade besked* och saker som är *bortom den egna kontrollen*. Detta kan te sig i form av väntan på *försenade provsvar* eller *läkarbesked* vilket resulterar i att den rapport som sedan ska hållas inte blir så fullständig som den skulle kunna vara. En annan försenande faktor kan också vara på grund av att alltför många personer är inblandade kring patienten. Ytterligare en hindrande faktor som framkom var att det ibland sker för *tidiga hemgångar* bland personalen, vilket leder till *personalbrist* och *avbrutna rapporter*.

”*Till exempel på kvällen kan det förekomma att vissa vill gå hem tidigare till exempel och så dom som får rapporten får springa ut och svara på ringningar och så... det bör inte.... dom som får rapporten ska kunna få rapporten ifred ././ jag tror det är viktigt att ta den tiden på rapport, helt enkelt..././*”. (Informant Z)

### Möjliggörare

Några informanter uttryckte i motsats till hinder också en rad möjliggörare som underlättar för att den ideala rapporten ska äga rum. Dessa har indelats i tre underkategorier (tabell 8).

**Tabell 8** Huvudkategorin *Möjliggörare* med underkategorierna *Struktur*, *Engagemang* och *Omgivning* och dess kodord.

Möjliggörare		
Struktur	Engagemang	Omgivning
Ej upprepning Prat om annat Stöttande dokumentation	Fokus Närvaro	Tid Tyst och lugn Ej stress Ostörd

*Prat om annat* ansågs kunna ge rapporten en mer avslappnad prägel och därmed bidra till att den ideala rapporten lättare kan genomföras. Det framkom också att

en *stöttande dokumentation* skulle kunna vara idealet, men att det sällan i anslutning till rapporten finns tid till denna kombination. Dessa är faktorer som *strukturellt* skulle kunna vara möjliggörare till den ideala rapporten. Underkategorin *engagemang* handlar om *fokus* och *närvaro*. Här framkom att koncentrationen ska vara riktad enbart på rapporten och vad som sägs om patienterna. Sett till *omgivningen* så är en bidragande faktor i underlättandet av idealrapporten att det ska finnas tillräckligt med *tid*, vara *tyst och lugnt* och att det sker i en *ej stressfylld miljö* där man *inte blir störd*.

*” Man skulle ha den ideala rapporten att man kan läsa och ha muntlig rapport och det gäller att man har tid att göra det och att man verkligen har dokumenterat som man ska /.../ frågan är om vi har den tiden just nu, alltså att läsa på just i anslutning till en rapport. Det är ju en sak att man går in i efterhand och läser, men att man ska kunna ha den här kombinationen.”* (Informant W)

*” /.../ men också att alla är liksom fokuserade och närvarande just då, att man koncentreras sig på att nu är det rapporten.”* (Informant X)

## DISKUSSION

Diskussionsavsnittet består av en metoddiskussion där studiens utförande, datainsamling, urval och analyseringen tas upp. Därefter följer diskussion kring den ovan presenterade resultatdelen.

### Metoddiskussion

Kvales (1996) sju intervjusteg i kombination med den manifesta innehållsanalysen – i detta fall en modifierad version av Burnards (1991) innehållsanalys – ligger till grund för insamlandet och analysen av materialet.

#### *Urval*

Urvalet var ett så kallat bekvämlighetsurval. Polit och Beck (2010) beskriver hur en nackdel med detta är att det frivilliga deltagandet kan ge informanter som inte är de rikaste informationskällorna. En eventuell brist med bekvämlighetsurvalet i denna studie kan vara då den gatekeeper som försatte oss i kontakt med informanterna har gjort - om än undermedvetet - ett val att ta med informanter som är alltför homogena i sina åsikter om rapportering eller arbetssituationen i stort.

I urvalet fanns inga exklusionskriterier sett vare sig till ålder, antal arbetsår, kön eller etnicitet. Som tidigare påtalat ger detta en fördel i att möjliggöra en större bredd i urvalet, men även här finns en risk i att informanterna blir en alltför likasinnad grupp och åsikterna tenderar vara likartade. I denna studie blev det per automatik ett brett åldersspann (25 - 48 år) och även bred variation i arbetslivserfarenhet som sjuksköterska (fem månader – åtta år) vilket kan ses som en styrka.

Ett annat urval som övervägdes var det som Polit och Beck (2010) kallar *snöbollsurval* – där en informant får tipsa om nästa informant. Detta urval ansågs dock än mer riskera göra urvalet homogent då informanter eventuellt tenderar rekommendera arbetskamrater med liknande uppfattningar. Denna studies korta tidsram gjorde också att bekvämlighetsurvalet med en gatekeeper som valde informanterna var att föredra.

Polit och Beck (2010) betonar att det inte finns några regler för urvalets storlek inom kvalitativa studier. Istället handlar det om att uppnå informationsmättnad. Totalt var det till denna studie sex personer som valdes ut av gatekeepern - varav den sjätte personen agerade reserv ifall någon av de tilltänka fem informanterna skulle falla bort av något skäl. Efter fem intervjuer uppnåddes dock mättnad då ingen ny information av relevans tycktes framkomma.

### *Datainsamling*

Intervjun är enligt Polit och Beck (2010) den kvalitativa självrapporterande metodens vanligaste tillvägagångssätt för datainsamling. Med intervjun uppnås informanternas egen syn och upplevelser kring ett ämne istället för att det är forskarens förbestämda uppfattning och svarsalternativ som rapporteras. En observationsstudie kring rapportens innehåll hade varit en annan möjlig empirisk metod för att få förstahandsinformation rörande rapportens innehåll, men varit begränsad som metod för att få fram informanternas tankar kring idealrapporten. På grund av tidsbrist och denna studies begränsade omfattning gick det inte att kombinera de två metoderna; observation och intervju.

Kvale (1997) beskriver hur den *öppna intervjun* kan ha förbestämda teman, men utan inbördes ordning – eller endast ha en bred öppningsfråga där informanterna sedan får tala fritt. I denna studie föredrogs den semistrukturerade intervjuformen då det fanns specifika frågeställningar som önskades bli besvarade. Om en öppen intervju istället hade använts riskerar svaren bli stora utsvävningar och inte besvara frågeställningarna. Syftet med studien var också känt för informanterna via såväl informationsbladet (*bilaga 1*) som den muntliga informationen vid intervjutillfället.

En aspekt värd att betänka rörande intervjuguiden är följderna på frågorna och de olika teman som togs upp. Frågan *hur den ideala rapporten ser ut* ställdes i intervjuens slutskede varvid flertalet informanter själva tyckte sig redan ha berört ämnen relaterade till idealrapporten. Svarens uttömlighet blev därför möjligtvis aningen begränsade då informanterna tycktes benägna att använda termer som ”som jag tidigare sagt”. Följdfrågor av mer individuell karaktär fick i dessa fall användas och det gick då att nå mer uttömliga svar.

Intervjumetoden utgick från Kvales (1996) sju steg. Den modifiering av metoden som kom att ske ligger i det analytiska steget där denna studie istället använder Burnards (1991) innehållsanalytiska förfarande. Steg sex ser till kvalitetsåkringen i intervjun och understryker speciellt aspekter rörande *ledande frågor* i intervjun. Ledande frågor kan vara strategiskt användbart för att få fram information som misstänks dölja sig hos informanterna, men det kan också vara negativt då de förekommer i en oplanerad, omedveten form (Kvale, 1997). I denna studie har intervjuguiden använts som mall utan några strategiskt medvetna ledande frågor. I de fall då informanterna inte gav ett uttömligt svar på en fråga har däremot mer specifika följdfrågor använts. Det bör i kvalitetssäkrande syfte diskuteras huruvida specifika följdfrågor kan tendera dra mot karaktären av ledande frågor. Vid utformandet och användandet av intervjuguiden togs också detta i beaktande och någon risk för alltför ledande frågor bedömdes inte föreligga.

### *Dataanalys*

I denna studie valdes innehållsanalysen som analysmetod. Polit och Beck (2010) beskriver hur innehållsanalysen till skillnad från fenomenologin, fenomenografin och etnografin inte är baserad i någon specifik forskningstradition. Detta ansågs

lämpligt då det ger ett konkret och behändigt analysinstrument utan något större teoretiskt ramverk att efterfölja. Syftet var i denna studie att belysa allmänsjuksköterskans uppfattning om innehållet i en muntlig skiftbytsrapport; med frågeställningarna *vad en rapport innehåller, hur en idealrapport ser ut och vad som kan hindra respektive möjliggöra idealrapporten*. Det var således det konkreta innehållet i frågeställningarna som eftersöktes utifrån sjuksköterskornas perspektiv. Om det istället hade varit sjuksköterskornas upplevelser eller erfarenheter av rapporten som eftersträvats hade förmodligen någon av de andra nämnda analysmetoderna också övervägts som ett lämpligt alternativ.

I Burnards (1991) innehållsanalytiska metod finns två kvalitetssäkrande steg (steg sex respektive steg elva) som båda har modifierats i denna studies genomförande. I steg sex används, som Burnard (1991) uttrycker det, en utomstående kollega för granskning. På grund av såväl tidsbrist som brist på kollegor har denna studie utförts genom att låta de båda författarna enskilt göra teman och sedan kontrollera överensstämmelsen. Den återkoppling till informanterna Burnard (1991) påtalar i steg elva har inte genomförts – återigen på grund av tidsbrist, men också med hänvisning till att detta är en manifest innehållsanalys där endast den textuella nivån analyseras och utrymmet för feltolkningar därmed torde vara betydligt mindre jämfört med exempelvis en latent innehållsanalys. Återkoppling med informanterna hade annars varit ett optimalt tillvägagångssätt för att verifiera validiteten och få feedback.

I steg nio har de utmarkerade kategorierna redigerats i dator istället för att i utskrivet format handgripligen klippas ut ur kontexten. I övrigt är tillvägagångssättet på denna punkt densamma. Resultatdelen länkas inte direkt till litteraturen enligt något av de sätt Burnard (1991) föreslår. I resultatdiskussionen nedan sker istället sammankopplingen mellan resultatdelen och tidigare forskning och litteratur presenterad i bakgrundskapitlet.

Kvale (1997) ger exempel på hur forskningsfrågeställningarna och intervjufrågorna inte behöver korrelera med varandra; det vill säga att svaren på olika intervjufrågor kan föras samman som svaret på en forskningsfråga. Detta var ett problematiskt ställningstagande i denna studie. Intervjuguiden (*bilaga 3*) utformades avsiktligt bred med en rad teman och frågeställningar för att kunna angripa syftets tre huvudsakliga frågeställningar från olika vinklar. Under exempelvis frågan rörande kommunikation framkom svar som kontextuellt möjligen skulle kunna anses tillhöra det informanten beskriver som idealrapporten. Sett ur ett etiskt perspektiv bör det dock ifrågasättas huruvida dessa svar ska användas till beskrivandet av den ideala rapporten. Med hänvisning till den mättnad som ändå uppstod i syftets tre frågeställningar kom de fall då informanterna inte ordagrant har benämnt sina svar med anknytning - eller hänvisning – till den ideala rapporten att därför exkluderats från resultatdelen om idealrapporten.

Kodorden kom att bli många till antalen och variera i sitt innehåll. För att få överskådlighet togs beslutet att presentera samtliga kodord i tabellform (tabell 2-8). I syfte att visa materialets bredd togs också beslutet att inte gruppera kodorden till mer övergripande kategorier än nödvändigt.

## **Resultatdiskussion**

Resultatdelen är orienterad efter syftets tre frågeställningar som de genomförda intervjuerna med informanterna syftade till att klargöra. Resultatdiskussionen

fokuserar på hurvida frågorna blev besvarade eller ej och till vilken grad de kan knytas an till bakgrundslitteratur och till tidigare forskning.

De kodord som presenterades mer ingående under resultatdelen var de som flera informanter angivit eller lagt särskild tyngd vid. För att visa resultatens olika aspekter i presentationen eftersöktes också variation bland kodorden i valet av vilka som skulle komma att redovisas mer ingående och beläggas med styrkande citat.

Vid sammanställning av resultatdelen och redovisning av informanternas uppfattningar skedde reflektioner kring hur konfidentialiteten bäst upprätthålls. En central fråga var hurvida informanter skulle benämnas i exakt antal som uttryckt en specifik åsikt, eller endast benämnas i termer om *en del* eller *merparten*. Ett beslut togs dock att konfidentialiteten är av störst prioritering varvid antalet informanter som sagt en specifik åsikt därför benämns i mer icke specifika termer. Citaten från informanterna är angivna med informantens kodbokstav för att visa samtliga informanternas medverkan i resultatdelen.

### *Rapportens innehåll på avdelningen*

Materialet från informanternas svar om *vad rapporten innehöll på avdelningen* blev i merparten av intervjuerna fylliga. Svaren varierade dock i sin tydlighet. Där några informanter endast benämnde övergripande termer som *bakgrund* och *status* var andra informanter mer detaljerade och redogjorde mer specifikt vad som räknas till *bakgrund* respektive *status*. Som tidigare nämnt i metoddiskussionen fick följdfrågor därför användas i varierande utsträckning. Hos samtliga informanter klargjordes dock en bild av vad en rapport innehåller på deras avdelning. I resultatdelen sammanfattas detta med kategorierna *patientinformation*, *organisering* och *vård* och syftesfrågan får därför anses besvarad.

Rapportens innehåll på avdelningen svarar delvis mot de fynd om bristen på omvårdnadsåtgärder i rapporten som Payne (2000) och Ekman och Segersten (1995) påtalar i sina studier. Diagnosen var istället det som stod mer centralt i rapporten. I *rapportens innehåll på avdelningen* berör några av informanterna omvårdnadsåtgärder, men fokus ligger mestadels på de medicinska aspekterna såsom diagnos, operation, medicinsk behandling och planeringen inför dessa.

Tilläggas bör att den kirurgiska avdelning där denna studie ägde rum har en specialkompetens där traditionell omvårdnad inte är av lika central karaktär som vid exempelvis en medicinavdelning. Detta har också några informanter gett tydligt uttryck för vid intervjun. Det finns en risk att det kan vara svårt att dra gränser mellan vad som är omvårdnadsåtgärder och vad som rör den medicinska vården. Ekman och Segerstens (1995) farhågor om att sjuksköterskans profession äventyras vid brist på omvårdnadsåtgärder i rapporten anses i denna studie inte vara aktuell. Detta då omvårdnadsåtgärder rapporterades över på avdelningen så som *omläggningar*, *ADL* och *fallrisk* utifrån varje patients individuella förutsättningar.

Payne et al (2000), Lamond (2000) och Currie (2002) fann alla en avsaknad av de psykosociala aspekterna inom rapportering. I denna studie finns inga fynd som tyder på liknande brister. Flertalet informanter berättar om hur helhetsbilden av patienten med psykiskt välmående som en aspekt är viktigt att ta upp. Bergström och Tuveson (2008) såg smärta som en central del av den muntliga rapporten. Även i föreliggande studie framkom smärta som ett nyckelord i rapporten – trots

att även detta kan ses som delvis specifikt på grund av avdelningens specialkirurgiska karaktär.

Två återkommande teman i denna studie är gällande *förändringar* och *planering* kring patienten. Merparten av informanterna på avdelningen anger att rapporten tar upp detta - vilket är intressant vid en jämförelse med vad Ekman och Segersten (1995) belyser i sin studie. Där tycks nämligen fokus ligga på vad som hänt och vad som händer nu, men brista i framtidsplaneringen.

### *Idealrapporten*

En del av informanterna sade spontant och initialt att idealrapporten är till stor del den de har idag och den de tidigare beskrivit på frågan rörande vad en rapport innehåller på deras avdelning. Ytterligare ifrågasattes först retoriskt om det överhuvudtaget finns en idealrapport. Samtliga informanter kom dock att ha synpunkter på en idealrapports innehåll och struktur under intervjuens fortsatta gång. Frågeställningen *vad en rapport på avdelningen innehåller* genererade såväl mer omfattande som fylligare svar än vad frågan *hur idealrapporten ser ut* gjorde. En tanke i samband med detta är hurvida det eventuellt är lättare att berätta hur saker görs och länge har gjorts - än om hur det vore önskvärt och optimalt att göra. Redogörelser av det praktiska och redan rådande är kanske lättare än att teoretisera.

Sett till idealrapportens *struktur* stämmer informanternas syn delvis överens med Curries (2002) framtagna standard att använda vid rapportering. Curries (2002) *brief* och *accurate* förekommer båda i informanternas olika utsagor; i beskrivningar om att den ska vara kortfattad men kärnfull och även tydlig och klagörande. Informanterna berör däremot inte *konfidentialiteten* kring rapporten, men anser det finnas ett behov av att inte bli störd i rapporten då detta också anges som en möjliggörare till idealrapporten.

Thurgood (1995) nämner att två av de frågor en sjuksköterska bör ställa sig inför rapporten är gällande längden och hur detaljerat det ska vara. Informanter i föreliggande studie berör även dessa områden då de för fram önskemålen om att rapporten inte bör vara *långdragen* samt att den ska ge en bra bild och en överblick rörande patienten.

Vid en jämförelse med det *innehållsmässiga* i resultaten på *hur idealrapporten ser ut* och exempelvis Joint Commissions (2008) mål framkommer gemensamma inslag. Informanterna anger flera specifika beröringspunkter (kodord) som kan grupperas till kategorier i form av de underkategorier som presenteras i resultatdelen (tabell 5 & 6). Joint Commission (2008-12-09) anger i sina mål främst övergripande områden på vad en rapport bör innehålla. Sett till endast underkategorierna rimmar dock informanternas syn på idealrapporten till stor del överens med Joint Commission. Det är däremot av stor vikt att inte utesluta de mer specifika önskemålen som varje underkategori också innefattar. Informanterna underströk exempelvis specifikt *överkänslighet* och *anamnes* mer än vad Joint Commissions övergripande mall tillåter eller påtalar vikten av att känna till. Informanternas önskan om den administrativa aspekten som till exempel *samordning* riskerar också hamna i skymundan i Joint Commissions förenklade modell.

Under *vad rapporten innehåller* nämnde flera informanter *smärta* som en viktig beröringspunkt i rapporten. Det är därför intressant att se till varför detta inte berördes i samma utsträckning under *hur idealrapporten ser ut*. En förklaring kan

vara att beskrivandet av den ideala rapporten tenderar bli mer övergripande och generell. Under beskrivandet av idealrapporten benämndes smärta endast ordagrant, medan det i rapportens innehåll beskrevs med mer förklarande ord som *centralt* och *viktigt*. Utsagorna om *hälsostatus* var överlag mindre specifika när informanterna talade om idealrapporten - än vid redogörande om hur rapporten ser ut idag. Detta kan möjligtvis bero på att personalen i beskrivandet av sin rapport lättare kan referera tillbaka till patientsituationer de upplevt. Det kan förefalla så att det är lättare att tala om upplevda exempel än om fiktiva scenarier.

I idealrapporten förekom också *samordning* i betydligt mindre utsträckning och det beskrevs även mer kortfattat. En orsak till detta kan vara att vid mindre utförliga svar blev en följdfråga rörande idealrapporten att informanten ombads beskriva de väsentliga delarna i rapporten. *Samordning* kan därför vara en viktig del i idealrapporten, men som faller bort då frågan omnämns som "väsentlig". Currie (2002) påtalar i sin studie att bristfällig rapportering om patientens sociala förhållanden försenar utskrivningen – vilket tyder på vikten av kunskap hos sjuksköterskan rörande patientens bakgrund, levnadsförhållanden och samordningen av båda dessa.

Det förekom däremot mer detaljerade beskrivningar i idealrapporten om *planering* och *bakgrund*. I bakgrunden var exempelvis *överkänsligheter* en mer detaljerad information som underströks mer i idealrapporten då de ansågs vara mer av ett *måste* än en väsentlighet. Vad gäller *planering* så upptäcktes betydligt mer omfattande beskrivningar där det tycktes finnas en vilja att veta så mycket som möjligt om vad som ska göras under arbetspasset. Exempelvis prioriteringar, tidsschema och förberedelser är aspekter som förekom främst i beskrivandet av den ideala rapporten. Dessa planerande aspekter gav ett intryck av att informanterna vill erhålla så mycket patientkunskap som möjligt främst ur ett patientsäkerhetsperspektiv, men även för att inte riskera "känna sig dum".

Innehållet i den ideala rapporten informanterna beskrivit kan jämföras med Solets et al (2005) lista på beröringspunkter en rapport bör innefatta. Informanterna kom i olika termer att ta upp samtliga punkter med viss reservation för Solets et al (2005) punkt om lab-data. Patientens laboratoriesvar nämndes inte specifikt av informanter som väsentligt i idealrapporten, men detta kan möjligen ha sin förklaring i att Solets et al (2005) lista främst är skapad för läkare. Lab-data tas därför eventuellt upp i samband med rondan – och inte sjuksköterskor emellan. I idealrapporten fanns däremot punkten *information från rondan* med, vilket torde ge utrymme för att upptäcka viktig lab-data.

### *Idealrapportens hinder och möjliggörare*

Kvale (1997) förklarar hur ansvaret att förvalta informanternas svar ligger hos intervjuarna och i känsligheten för hur strikt intervjuguiden ska efterlevas jämfört med hur mycket som kan tolkas in i svaren. I denna studie uttryckte inte alla informanter sig klart om den ideala rapportens möjliggörare. I svaren hos flera av informanter tycktes dock *möjliggörarna* vara frånvaron av det som uttrycktes vara *hinder*. En möjlig förklaring till detta kan vara att det är svårare och kräver större konstruktivitet för att se en lösning på ett problem än för att endast identifiera problemen som upplevs.

Bland de hinder som finns för att den ideala rapporten ska kunna äga rum kom de organisatoriska kodorden att förekomma i störst utsträckning bland informanterna. Detta stämmer bra överrens med de orsaker Meissner et al (2007) spekulerar om som leder till att mer än hälften av sjuksköterskorna är missnöjda med rapporten i

Frankrike. Där ställs frågan om personalbrist och minskad arbetstid kan vara orsaken till missnöjet, och som hinder för idealrapporten i denna studie anger informanterna bland annat *tidsbrist* och *tidigare hemgångar* vilket leder till personalbrist. En intressant upptäckt är hur *prat om annat* tycks vara tveeggat inslag i rapporten. Det fanns åsikter om att det står i vägen för att idealrapporten ska kunna genomföras, men det kunde av en annan informant också ses som ett möjliggörande inslag då det lättade upp stämningen och bidrog till bättre miljö.

*Miljön* där rapporten äger rum visade sig också ha betydelse för om idealrapporten ska kunna genomföras. Två hinder informanterna identifierade var *störningar* och *avbrott*. Både dessa angivna hinder tangerar det Meissner et al (2007) och Currie (2002) kallar frekventa *avbrott* respektive *distraktioner* då de tar upp problemområden i samband med rapport. Solets et al (2005) har som ett tema rapporten måste övervinna för att fungera den *fysiska miljön*. Detta går också att spåra i informanternas svar som *tyst och lugn* samt *ostörd*. Den fysiska miljön skulle måhända kunna ses som en påverkande faktor på många plan över vad som kan få en ideal rapport att fungera. Såväl stress och organisationen som tidsbrist och bristande engagemang är alla faktorer som kan bidra till en orolig fysisk miljö. En miljö där det är svårt att kunna koncentrera sig på att genomföra en ideal rapport.

## SLUTORD

Syftet med denna studie var belysa allmänsjuksköterskans uppfattning om innehållet i en muntlig skiftbytessrapport på den berörda avdelningen, höra informanternas syn på hur den ideala rapporten ser ut samt vad som kan hindra och möjliggöra att denna ideala rapport kan genomföras. Det föreföll lättare för informanterna att redogöra för vad en rapport innehåller än vad en ideal rapport bör innehålla. En rad skillnader framträdde dock. Idealrapporten fokuserade mer på patientens *bakgrund* och *planeringen* runt patienten. I rapporten på avdelningen framkom däremot mer *samverkan* och mer specifika utsagor om *hälsostatus*. Som hinder för idealrapporten sågs främst organisatoriska faktorer så som *stress* och *tidsbrist*, medan möjliggörare främst tycktes vara frånvaron av hindren.

I arbetet med att utröna vad en idealrapport innehåller låg en svårighet i att flertalet informanter tycktes ha svårigheter med att formulera den ideala rapporten. Dels på grund av att många var nöjda med den rapport de idag hade, men också på grund av svårigheter med att hypotetiskt visualisera innehållet i en idealrapport.

Såväl den rapport som genomförs på avdelningen idag som den ideala rapporten informanterna beskriver uppvisar tendenser som i stora drag kan härledas till det verktyg Socialstyrelsen (2009-11-27) rekommenderar för säker kommunikation i vården; SBAR. En åsikt som framkom från några informanter var att stöttande dokumentation i form av muntlig rapport kombinerat med läsning skulle kunna ge idealrapporten. Informanter uppgav dock att varken riktlinjer eller någon tydlig mall för hur rapportering ska gå till finns idag utöver det beläggningsblad många valde att utgå från. Ett förslag är därför att SBARs kommunikationsverktyg kan ligga till grund för utarbetandet av en standardiserad rapportmall. Därtill kan denna mall sedan verksamhetsanpassas ytterligare för att passa avdelningen specifikt. I och med att resultatdelarna hade många likheter med SBARs rubriker torde denna mall därför smidigt kunna implementeras i verksamheten.

På grund av denna studies begränsade tid kom frågeställningarna att fokuseras endast till innehållet och viss struktur inom rapporten. Det hade varit intressant med vidare forskning i form av en observationsstudie kombinerat med intervjuer. Detta skulle kunna på ett än mer tydligt sätt kunna se till vad en rapport faktiskt innehåller och vad en idealrapport innehåller enligt sjuksköterskorna. En observationsstudie skulle också kunna belysa interaktioner och kommunikation i samband med rapportering på ett fruktsamt sätt.

Vi hoppas att föreliggande studie kan fungera som ett hjälpmedel i utformandet av en välfungerande rapportering i sjukvården.

## REFERENSER

- Bergström, S & Tuveesson, F (2008) Skiftesbytesrapportering. En empirisk studie om sjuksköterskors metoder och upplevelser (Examensarbete i Omvårdnad , 15 p). Malmö Högskola : Hälsa och Samhälle , enheten för omvårdnad.
- Burnard, P (1991) A method of analysing interview transcripts in qualitative research *Nurse Education Today*, år 1991 (11), s. 161-166.
- Currie, J (2002) Improving the efficiency of patient handover *Emergency Nurse* 2002, nr 10 (3), s. 24-27.
- Department of Health [Western Australia] (2007): *Delivering safer health care in Western Australia: WA sentinel event report 2006–2007*, Department of Health, Perth.  
[Http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/docs/sentinel/Sentinel%20Report\\_2006-07.pdf](http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/docs/sentinel/Sentinel%20Report_2006-07.pdf) < 2009-09-28
- Ekman, I & Segersten, K (1995) Deputed power of medical control: the hidden message in the ritual of oral shift reports *Journal of Advanced Nursing*, 1995, nr 22, s. 1006-1011.
- Egglund E, T & Heinemann D, S (1994) Nursing documentation: charting, recording, and Reporting. Philadelphia: Lippincott company
- Graneheim, U (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness *Nurse education Today*, år 2004 (24), s. 105-112.
- Hesse, G (1983) A better shift report means better nursing care. *Nursing* 13 (2), p 65.
- Joint Commission (2008-12-09) *Hand-off communications*:  
>[http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/HomeCare/Standards/09\\_FAQs/NPSG/Communication/NPSG.02.05.01/hand\\_off\\_communications.htm](http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/HomeCare/Standards/09_FAQs/NPSG/Communication/NPSG.02.05.01/hand_off_communications.htm)< 2009-11-23
- Joint Commission (2009): *Accreditation program: Hospital national patient safety goals*: >[http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/31666E86-E7F4-423E-9BE8-F05BD1CB0AA8/0/HAP\\_NPSG.pdf](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/31666E86-E7F4-423E-9BE8-F05BD1CB0AA8/0/HAP_NPSG.pdf) < 2009-09-28
- Joint Commission (2009-09-28) *Sentinel event*  
><http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/>< 2009-09-28.
- Kerr, M P (2002) A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 125-134.
- Kristoffersen (1998) *Allmän omvårdnad 1* 1:a upplagan, Stockholm: Liber
- Kvale, S (1996) *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing* California: SAGE Publications Inc.
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur.

- Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460)
- Lamond, D (2000) The information content of the nurse change of shift report: a comparative study *Journal of advanced Nursing* 31, 794-804.
- Meissner, A, Hasselhorn, H, Estry-Behar, M, Ne'zet, O, Pokorski, J, Gould, D (2007) Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of advanced nursing*, Mar; 57 (5) 535-542.
- O'Connell, B, Macdonald, K, Kelly, C (2008) Nursing handover: it's time for a change, *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 2008 Aug; 30 (1): 2-11.
- Ohlsson, G & Persson, C (2007) Sjuksköterskans rapportering. Relationen mellan skriftlig dokumentation och muntlig rapport. En observationsstudie (Examensarbete i Omvårdnad , 10 p). Malmö Högskola : Hälsa och Samhälle , enheten för omvårdnad.
- Payne, S, Hardey, M, Coleman, P (2000) Interactions between nurses during handovers in elderly care. *Journal of advanced Nursing* 2002, 30 (1), 277-285.
- Polit, & Beck (2006) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization* (6th edition). Philadelphia: Lippincott.
- Polit & Beck (2010) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization* (7th edition). Philadelphia: Lippincott.
- Socialstyrelsens (SOSFS 2005:12) Föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor* Artikelnr: 2005-105-1,  
>[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf) < 2009-09-28
- Socialstyrelsen (2009-11-27) *Verktyg för säker kommunikation i vården*  
><http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/kommunicera>< 2009-11-27.
- Solet, D, Norvell, M, Rutan, G, Frankel, R (2005) Lost in Translation: Challenges and Opportunities in Physician-to-Physician Communication During Patient Handoffs. *Academic Medicine*, Vol 80, No. 12, 1094-1099.
- Strople, B & Ottani, P (2006) Can Technology improve intershift report? What the Research reveals. *Journal of Professional Nursing*, 22, 197-204.
- Thurgood (1995) Verbal handover reports: what skills are needed? *British journal of nursing*. Vol 4, No 12, 720-722.
- Trost, J (1997) *Kvalitativa Intervjuer* Lund: Studentlitteratur.
- Trost, J (2005) *Kvalitativa Intervjuer* Lund: Studentlitteratur.

Wallin, C J & Thor, J (2008) SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, Nr 26-27, Vol 105, 1922-1925.  
>[http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/9/9758/LKT0826s1922\\_1925.pdf](http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/9/9758/LKT0826s1922_1925.pdf)<

# BILAGOR

Bilaga 1: Informationsblad

Bilaga 2: Samtyckesblankett

Bilaga 3: Intervjuguide

# INFORMATIONSBREV

**Projektets titel:**

*Vad bör en rapport innehålla?*

**Datum:**

**Studieansvariga:**

*My Kristoffersson*

*Erik Hjortek*

**Studerar vid Malmö Högskola**

**Hälsa och Samhälle**

**206 05 Malmö**

**Tfn 040-6657000**

**Din E-post som student vid Malmö**

**Högskola:**

[Hss07197@stud.mah.se](mailto:Hss07197@stud.mah.se)

[Kf06609@stud.mah.se](mailto:Kf06609@stud.mah.se)

**Utbildning:** *Sjuksköterskeutbildningen*

**Nivå:** *C-uppsats Omvårdnad*

**Information om projektet:**

Hej

Vi är två sjuksköterskestudenter som i vår C-uppsats valt att göra en empirisk undersökning om rapporten vid skiftesbyten. Det finns inte alltid tydliga riktlinjer eller tillvägagångssätt för en rapportering, och rapporteringen kan ske på många olika sätt. I och med att rapporten är en så pass viktig del av sjuksköterskans arbete så vore det därför intressant att närmare belysa hur rapporteringen ser ut och få höra era åsikter om detta. Fokus kommer ligga på *vad* en rapport ska innehålla och vi hade tänkt undersöka detta genom intervjuer. Några av de aktuella frågeställningarna kommer vara (exempelvis): *Vad brukar en rapport hos er innehålla? Hur ser en ideal-rapport ut? Hur ser du på muntlig rapportering?*.

Er avdelning har visat intresse för att delta i denna studie och vi skulle nu vilja intervjua dig för att få höra om just dina erfarenheter och din syn på saken.

Vi beräknar att intervjun kommer ta cirka 30 minuter och kommer förslagsvis att genomföras på avdelningen i anslutning till ett arbetspass.

Din medverkan är avidentifierad det vill säga att inget av det du säger kommer kunna kopplas till dig som person. Intervjun kommer spelas in med en diktafon i syftet att få med all information och materialet kommer efter examination av uppsatsen att raderas.

Din medverkan är helt frivillig och du kan när som helst välja att avbryta.

Med vänliga hälsningar,

My & Erik

**Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien.**

## Bilaga 2

Formulär

# Samtycke

<b>Projektets titel:</b> <i>Vad bör en rapport innehålla?</i>	<b>Datum:</b>
<b>Studieansvariga:</b> <i>My Kristoffersson</i> <i>Erik Hjortek</i>	<b>Studerar vid Malmö högskola,</b> <b>Hälsa och samhälle</b> <b>206 05 Malmö</b> <b>Tfn 040-6657000</b>
<b>Din E-post som student vid Malmö högskola:</b> <a href="mailto:Hss07197@stud.mah.se">Hss07197@stud.mah.se</a> <a href="mailto:Kf06609@stud.mah.se">Kf06609@stud.mah.se</a>	<b>Utbildning: Sjuksköterskeutbildningen</b>  <b>Nivå: C-uppsats Omvårdnad</b>
<p>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</p>	
<p>Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:</p> <p><b>Datum:</b> .....</p> <p><b>Deltagarens underskrift:</b> .....</p>	

## Bilaga 3

# INTERVJUGUIDE

Intervjun inleds med den öppna frågeställningen ”vad tänker du på när du hör ordet (skiftbytes-)rapport?”.

Ålder?

Arbetande tid som sjuksköterska?

Helt beroende på svarets uttömlighet ställs sedan en rad följdfrågor:

### Allmänt om rapporten

- Vad brukar en rapport hos er innehålla?
- Vad fokuseras det mest på?
- Finns det några mallar/dokument för hur en rapport ska gå till?

### Personligt om rapporten

- Berätta om hur en rapport går till när du ska hålla den!
- Hur ser du på omvårdnadsåtgärder i rapport?
- Hur ser du på muntlig rapport?
- (Hur ser du på kommunikation?)
- Vad skulle du säga att den ”ideala”-rapporten ser ut?
  - Vad innehåller den?
- Vad skulle underlätta för att denna ”ideal”-rapport ska kunna genomföras?
- Vilka hinder ser du för att denna ”ideal-rapport” ska kunna genomföras?
- Har du några övriga tankar kring rapporten?