

MASTEROPPGAVE

Hvordan erfares samarbeid om pasientsikkerhet mellom ansatte i ambulansetjenesten og akuttmottak ved overlevering av pasient?

Linn Eik Ulvøy

30.04.2020

*Masterstudium i samordning av helse- og velferdstjenester
(HSSHV40517)*

Avdeling for helse- og sosialfag



Forord

Denne masteroppgaven går nå mot et avsluttende kapittel, det har vært en lang reise som jeg ikke ville vært foruten. Da jeg startet på høyskolen 2005, visste jeg lite om at jeg skulle bli en «evighets student». Studiene har gjort jobben som ambulansesarbeider, Paramedic og senere fagutvikler i ambulansetjenesten mye mer interessant dess mer jeg har lært. Kunnskapen har blitt brukt både ute i felten og til å utvikle retningslinjer på mer organisatorisk nivå.

Pasientene har alltid gitt meg motivasjon i arbeidet. Det å utgjøre en forskjell for noen har vært drivkraften for å videreutvikle Ambulansetjenesten slik at man kan utføre pasientbehandling på en mer effektiv og forskningsbasert måte. Masterstudiet har gitt meg en mye større forståelse for dette arbeidet.

Kjære alle kollegaer jeg har fått lov å samarbeide med gjennom mange år. Hadde det ikke vært for dere hadde jeg ikke hatt den samme gleden av å gå på jobb. Dere står på, bretter opp armene uansett hvor tøff hverdagen er. Takk til dere alle.

Det har til tider vært travelt, og man har hatt en følelse av at dette er et litt for stort prosjekt. Men så kommer man seg videre ved hjelp av gode kollegaer, medstudenter, venner som alltid gir gode råd og stiller opp som barnevakt. Takk til mine foreldre som alltid har vært helt uvurderlige hjelp med å passe barnebarna sine. Til slutt vil jeg takke min mann som alltid har sagt ja til alle prosjekt jeg går i gang med. Du har hjulpet til med IT support, og bidratt med andre råd underveis i prosessen. Uten hjelp fra deg hadde jeg ikke kommet i mål.

Kjære Sanne og Leander, dere har vært tålmodige i alle år med at begge foreldrene har tatt videreutdanning ved siden av jobb. Dere er tålmodige og innretter dere etter en aktiv hverdag.

Til slutt vil jeg takke min veileder Hanna for gode råd underveis. Du er dyktig og gir alltid tilbakemelding på en konstruktiv måte, og ikke minst på en perfekt pedagogisk måte for meg.

Tusen takk til dere som leste gjennom oppgaven for meg og kom med konstruktiv kritikk, jeg er evig takknemlig for det. Dere vet hvem dere er.

Takk til alle venner som den siste tiden har hørt meg gjenta til det kjedsommelige at jeg kommer til å få bedre tid når jeg har levert masteroppgaven min. Håper å se dere oftere nå. Takk for at dere har hatt troen på meg, og for tålmodigheten deres.

Fredrikstad, April 2020

Linn Eik Ulvøy

Sammendrag

Denne masteroppgaven handler om hvordan ambulanspersonell og ansatte i akuttmottaket praktiserer overlevering av pasient. Problemstillingen er **Hvordan erfares samarbeid om pasientsikkerhet mellom ansatte i ambulansetjenesten og akuttmottak ved overlevering av pasient?**

Med et profesjonsteoretisk utgangspunkt ønsker jeg å belyse hvordan struktur, ressurser og kommunikasjon påvirker samarbeid om pasientsikkerhet. Hensikten med oppgaven er å kartlegge hvordan ambulanspersonell og ansatte i akuttmottak erfarer samarbeid ved overlevering av pasient. Funn fra denne studien vil kunne bedre pasientsikkerheten ved overlevering av pasient i akuttmottak. Dataene er innhentet gjennom kvalitative intervjuer av totalt 8 informanter, 4 fra ambulansetjenesten og 4 fra akuttmottak. Databearbeidelsen er utført etter tematisk analysemodell fra Brown & Clark, og undersøkelsen er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Informantene i denne studien ønsker seg en mer strukturert og standardisert overlevering ved alle typer overlevering fra ambulanse til akuttmottak. De beskriver at de ønsker seg en tilnærmet lik type struktur som blir brukt ved overlevering av pasient til medisinsk akutt team, fordi denne er forutsigbar og blir utført på samme måte hver gang. De mener at forutsigbarheten og strukturen kan fungere ved alle typer overleveringer, selv om det ikke er et helt team som tar imot pasienter ved vanlig overlevering.

Informantene mente at mangel på tid, pasientrom og senger hadde relevans for samarbeid ved overlevering av pasient. Denne type samtidighetskonflikter vil også kunne gå utover taushetsplikten overfor pasienten. Mangel på plass i akuttmottaket erfares som utfordrende med tanke på overvåking av pasient, og på bakgrunn av manglende overvåkningsutstyr ved overlevering av pasient. Både muntlig og skriftlig kommunikasjon har stor betydning for hvordan overlevering av pasient fra ambulanspersonell til akuttmottak fungerer. Nonverbal kommunikasjon er også en viktig faktor for samarbeid i overlevering av pasient.

Studiet viser at det er variasjoner i måten pasienter blir overlevert fra ambulanspersonell til akuttmottaket. Faktorer som spiller inn er hvem som utfører overleveringen, og hvor overleveringen blir utført. Denne studien vil kunne bidra til mer strukturert og enhetlig overlevering av pasienter.

Summary

This master thesis is about how ambulance personnel and emergency room staff practice handover. Topic of this thesis is “How ambulance staff and emergency room staff experience the cooperation about patient safety at handover”

From a professional theoretical point of view, I want to explore how structure, resources and communication influence collaboration on patient safety. The purpose of the assignment is to map how ambulance personnel and emergency room staff experience cooperation in the handover of a patient. Findings from this study could improve patient safety at patient handover in emergency rooms. The data was obtained through qualitative interviews of a total of 8 informants, 4 from the ambulance service and 4 from the emergency room staff. Using thematic analysis model from Brown & Clark, and the study was approved by the Norwegian Center for Research (NSD).

The informants in this study want a more structured and standardized handover for all types of handover from ambulance to emergency room. They describe that they want an identical type of structure that is used when handing a patient over to a medical emergency team, because it is predictable and is performed in the same way every time. They believe that predictability and structure can work for all types of handover, although not using a complete team at normal handovers.

The informants experienced that lack of time, patient rooms and beds had relevance for collaboration in patient handover. This type of simultaneous conflicts may also affect confidentiality towards the patient. Lack of space in the emergency room is experienced as challenging in terms of monitoring due to lack of monitoring equipment in patient handover. Communication, both orally and in writing, is of great importance for how patient handover from ambulance staff to emergency rooms works. Nonverbal communication is also an important factor for collaboration in patient handover.

The study shows that there are variations in the way patients are delivered from ambulance personnel to the emergency room. Factors that play a role are who performs the handover and where the handover is executed. This study could contribute to more structured and uniform patient handover.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	6
1.1	<i>Utfordringer ved overlevering fra ambulanse til akuttmottak.....</i>	<i>7</i>
1.2	<i>Problemstilling.....</i>	<i>9</i>
1.3	<i>Beskrivelse av overleveringen</i>	<i>10</i>
1.4	<i>Pasientsikkerhet</i>	<i>11</i>
1.5	<i>Begrepsavklaringer</i>	<i>11</i>
2	Teoretiske aspekter	15
2.1	<i>Samarbeid</i>	<i>15</i>
2.1.1	<i>Faktorer som påvirker samarbeid</i>	<i>15</i>
2.2	<i>Tillit.....</i>	<i>17</i>
2.3	<i>Kommunikasjon i overleveringer i helsevesenet.....</i>	<i>19</i>
2.3.1	<i>Nonverbal kommunikasjon.....</i>	<i>20</i>
2.3.2	<i>Digital standardisert dokumentasjon</i>	<i>21</i>
2.4	<i>Profesjon og Skjønn</i>	<i>22</i>
2.4.1	<i>Profesjon og kultur</i>	<i>22</i>
2.4.2	<i>Perspektiver på skjønn.....</i>	<i>23</i>
2.4.3	<i>Skjønn og Standardisering.....</i>	<i>24</i>
2.5	<i>Ressurser.....</i>	<i>26</i>
2.6	<i>Oppsummering</i>	<i>27</i>
3	Metode.....	28
3.1	<i>Valg av forskningsdesign og metode</i>	<i>28</i>
3.2	<i>Utvalg.....</i>	<i>29</i>
3.3	<i>Intervjuguide</i>	<i>30</i>
3.4	<i>Gjennomføring av intervju</i>	<i>31</i>
3.4.1	<i>Transkribering</i>	<i>32</i>
3.5	<i>Analyse.....</i>	<i>32</i>
3.5.1	<i>Trinn 1 - Bli kjent med datamaterialet.....</i>	<i>32</i>
3.5.2	<i>Trinn 2 - Innledende koding</i>	<i>33</i>
3.5.3	<i>Trinn 3-5 - Identifisere temaer.....</i>	<i>34</i>
3.5.4	<i>Trinn 6 - Skriveprosessen</i>	<i>36</i>
3.6	<i>Etiske betraktninger</i>	<i>36</i>
3.7	<i>Metodekritikk.....</i>	<i>38</i>
3.7.1	<i>Validitet.....</i>	<i>38</i>

3.7.2	Oppsummering	39
4	Funn	40
4.1	<i>Struktur og forutsigbarhet</i>	40
4.1.1	Overlevering til medisinsk akutt team (MAT).....	40
4.1.2	Utfordringer med aktivering av MAT	43
4.2	<i>Ressurser</i>	45
4.2.1	Mangel på tid.....	45
4.2.2	Personell og materielle ressurser	47
4.3	<i>Kommunikasjon og tillit</i>	51
4.3.1	Den verbale og nonverbale kommunikasjonen.....	51
4.3.2	Skriftlig dokumentasjon	55
5	Drøfting	61
5.1	<i>Struktur og forutsigbarhet</i>	61
5.2	<i>Hvilken betydning har ressurser for overlevering?</i>	68
5.2.1	Mangel på tid.....	68
5.2.2	Taushetsplikt	71
5.3	<i>Kommunikasjon og tillit</i>	73
5.3.1	Den verbale og nonverbale kommunikasjonen.....	73
5.3.2	Skriftlig dokumentasjon	77
6	Oppsummering og veien videre	81
6.1	<i>Videre forskning</i>	83
7	Referanseliste.....	84
8	Vedlegg	89

1 Innledning

Denne oppgaven handler om overlevering av pasienter fra ambulansetjenesten til akuttmottak på sykehus. Overlevering mellom tjenestenivåer, spesialavdelinger, profesjoner og faggrupper blir i litteraturen beskrevet som en prosess med stort pasientfokus (Jensen, Lippert & Østergaard, 2013). Informasjon om pasienten utveksles mellom helsepersonell, både skriftlig og muntlig for at diagnostikk, behandling og pleie kan fungere optimalt. Avsendere og mottagere av budskapet kan være fra ulike profesjoner noe som kan gjøre en overlevering problematisk. Den symbolske overføringen av pasientansvaret finner oftest sted når pasienten flyttes fra en bære til en annen eller fra bære til seng (Bruce & Suserud, 2005; Jensen et al., 2013).

Siemsen et al., (2012) viser til en rekke forhold som kan påvirke pasientsikkerheten ved overlevering fra ambulanse til akuttmottak. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Australia kunngjorde i 2005 at 70% av alle uønskede hendelser skyldes kommunikasjonssvikt i forbindelse med overlevering av pasienter mellom helsepersonell (ACSQ-Health-Care, 2005). Redusert effektivitet, dårlig kvalitet og svekket pasientsikkerhet kan oppstå ved mangelfull informasjonsutveksling og uklare ansvarsforhold når pasienten blir overført fra ambulanse til akuttmottak. En studie som omhandler trygg overlevering av pasient mener at overlevering er blant de mest risikofylte oppgavene man har innenfor helsevesenet (Australian Medical Association Limited, 2006).

Studier viser at tiltak som har blitt iverksatt for å bedre overlevering har ført til reduksjon i avvik og feil i helsetjenesten (Cohen & Hilligoss, 2010; Li, Ali, Tang, Ghali & Stelfox, 2013; Riesenber, Leitzsch & Little, 2009). Eksempler på slike tiltak er blant annet implementering av kommunikasjonsverktøy, sjekklister og elektroniske løsninger, samt simulering av overleveringssituasjoner (Manser & Foster, 2011).

Effektiv kommunikasjon er det viktigste tiltaket for å redusere risikoen i pasientoverganger. (Jeffcott, Evans, Cameron, Chin & Ibrahim, 2009; Møller, Madsen, Fuhrmann & Ostergaard, 2013). Organisasjonskultur, infrastruktur, profesjonsbakgrunn, teamsamarbeid, felles forståelse og god atmosfære er også faktorer som påvirker kommunikasjonen (Møller et al., 2013; Siemsen et al., 2012).

Flere studier viser til at mulighet for tilbakemeldinger, og tid til å kunne stille spørsmål ved en overlevering er faktorer som fremmer en sikker overlevering av pasient. Tilstrekkelig tid er en annen faktor for et godt samarbeid om overlevering av pasient (Apker, Mallak & Gibson, 2007; Catchpole et al., 2007; Horwitz et al., 2009; Ye, McD Taylor, Knott, Dent & Macbean, 2007).

I de tilfeller hvor pasienten blir akutt dårlig og det er stor usikkerhet rundt pasientens diagnose, kan en fast mal eller struktur ta unødvendig mye tid og fjerne fokuset fra elementære ting som at pasienten puster og har puls (Behara et al., 2005).

Kommunikasjon og dokumentasjon beskrives som en vesentlig forutsetning for kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i tjenestene. Mangelfull dokumentasjon, i betydningen mangelfull utveksling av relevant og nødvendig informasjon for de som skal gi helsehjelp til pasienten, er utvilsomt en trussel mot pasientsikkerheten (Romana & Brigita, 2015).

Dokumentasjonen kan farges av pasientbehandlers egne synspunkter gir lav objektivitet, dette kan være en annen type utfordring. For at teksten skal bli presis og relevant når strukturen er dårlig, stilles det store krav til de som dokumenterer både når det gjelder klinisk fagkunnskap og samhandlingskompetanse (Andreassen et al., 2019).

1.1 utfordringer ved overlevering fra ambulanse til akuttmottak

Det er mange utfordringer når en pasient blir overlevert fra ambulanse til akuttmottak. Mange ganger i løpet av et døgn blir pasienter overført fra ambulanse til akuttmottak. Akuttmottaket er den avdelingen med høyest risiko risikonivå innen helse (Bleetman, Sanusi, Dale & Brace, 2012). Jeg vil nå vise til ulike typer utfordringer i overlevering.

Ambulansetjenesten har gått fra å være ren transport av syke og skadde til sykehus, til å utføre mer spesialisert diagnostikk og behandling under transport til sykehuset. God kommunikasjon mellom ambulanse og akuttmottak er viktig for rask og riktig behandling og ressursplanlegging. Informasjonsutvekslingen, som konferering og innmelding av pasient skjer via mobiltelefon eller digitalt radiosamband (nødnett). Ved overlevering av pasient til akuttmottaket leveres ved det aktuelle sykehuset en papirbasert ambulansjournal (utskrift av EPJ) som blir lagt inn i pasientjournalen til sykehuset.

Overlevering er ofte forbundet med tidspress og stress på grunn av at pasienten er dårlig og trenger rask og mer avansert behandling i akuttmottak. Antall eldre øker og mer avansert behandling gis, dette har medført en økt pasientstrøm for både ambulanse og akuttmottak.

Akutt syke pasienter er også ofte uavklarte og det kreves samarbeid for å få dette til å fungere. Flin & Maran (2015) har i sitt studie funnet ut at en stresset situasjon fører til at helsepersonell blir mer fokusert på sine tekniske egenskaper med sin profesjonskunnskap som grunnlag og øker derfor risikoen for å gjøre feil (Flin & Maran, 2015).

Wevling et al., (2019) har i sin studie sett på sykepleiere med videreutdanning og deres forståelse av ikke- tekniske freidigheter (ITF) som samarbeid og kommunikasjon. De mener at ITF er viktig for å forebygge uønskede hendelser, og mener også at avansert pasientbehandling krever samarbeid mellom helsepersonell. Denne studien støtter også viktigheten av ITF på tvers av spesialitetene innenfor anestesi, intensiv og akutt sykepleie (Wevling et al., 2019).

«Mens vi venter» som er en rapport fra Helsetilsynet viste at det fra tid til annen var en tilstrømming av pasienter som var større enn kapasiteten ved akuttmottaket, og at det var flere akuttmottak som manglet prosedyrer for håndtering av samtidighetskonflikter. Dette førte til forsinkelser, uforsvarlig utredning og behandling, noe som skapte frustrasjon hos de ansatte som manglet prosedyrer for håndtering av «hverdagskriser» (Helsetilsynet, 2008).

Det er ulike årsaker til at akuttmottaket til tider oppleves som overfylte. En hørings uttalelse fra Helsedirektoratet (2019) viste at pasienter som ankom akuttmottaket måtte vente lenge før de ble vurdert av lege, og at det tok lang tid før de ble overført til andre avdelinger i sykehuset. En av årsakene var at turnusleger vurderte pasientene i akuttmottaket. Mangel på erfaring hos turnusleger kan medføre at det tar lang tid å få avklart pasientens tilstand. De har heller ikke myndighet til å avvise pasienter. Mangel på koordinering av leger på sykehuset eller at erfarne leger sjelden er tilknyttet akuttmottaket kan også ha en betydning for opphopning av pasienter i akuttmottak (*Høring på nasjonale faglige retningslinjer* 2019).

Forholdet mellom leger og ambulanspersonell kan oppleves asymmetrisk. Mens leger har en spesialisert medisinsk kompetanse, har ambulanspersonell mer begrenset medisinsk kunnskap. Noen erfarer arroganse og liten forståelse hos leger, men i større og større grad oppleves leger som allierte som forstår hvor utfordrende ambulansarbeid kan være, og som gjør så godt de kan for å bistå (Nordby, 2014).

Forholdet mellom ambulanspersonell og sykepleiere er mer symmetrisk når det gjelder medisinsk kompetanse. Ifølge Nordby (2014) er en avgjørende forskjell mellom sykepleiere og ambulanspersonell er at tilnærminga til faget i stor grad er basert på en omfattende pleie og omsorgsideologi. Grunnleggende sykepleiekunnskap inneholder mye teori om

mellommenneskelige relasjoner og viktigheten av å forstå pasienters livsverdener og sykdomsopplevelser. Dette har det ikke vært lagt like mye vekt på i akuttmedisinsk litteratur. Den omfattende Mosby's Paramedic Textbook (Sanders, 2005) er på mer enn femten hundre sider, men mellommenneskelige relasjoner får liten oppmerksomhet (Nordby, 2014).

I Norge er det lite forskning på overlevering av pasient fra ambulanspersonell til sykepleier og lege. Litteraturen er i stor grad fra andre land som Canada, Storbritannia og Australia. Det kan være flere grunner til at det er lite forskning på denne problemstillingen. Utdanning for ambulanspersonell har ikke tidligere vært formalisert utover fagbrev som ambulanspersonell. Derfor har det ikke eksistert fagmiljøer med kvalifikasjoner til å forske på egen praksis. Ulike ambulansrettede studier som den senere tid er startet opp som bachelorutdanning i paramedisin, vil kvalifisere for opptak til ulike Master studier. Oppstart av Master i prehospitalt arbeid kan også være med på å øke antall studier som omhandler prehospitalt arbeid.

Studier viser at den forskningen som har blitt gjennomført tidligere er gjennomført hovedsakelig av leger. Simensen (2018) skrev i sin masteroppgave om «Hvordan kan man oppnå en høyere grad av resiliens ved overlevering»? Denne oppgaven handler om robusthet i overlevering av pasient fra ambulanspersonell til traume team på sykehus, og tar også opp tematikken pasientsikkerhet (Simensen, 2018). Mangel på tilsvarende studier innenfor dette feltet gjør at min studie kan bidra til å øke kunnskapen om overlevering av pasient fra ambulanspersonell til akuttmottak.

1.2 Problemstilling

Etter å ha vist til tidligere forskning som påpeker hvor risikofylt overlevering er for pasientsikkerheten ønsker jeg i denne studien å belyse følgende problemstilling.

Hvordan erfares samarbeidet om pasientsikkerhet mellom ansatte i ambulansetjenesten og akuttmottak ved overlevering av pasient?

Med bakteppe fra tidligere forskning, ønsker jeg å utforske denne problemstillingen bredt for å få frem den opplevelsen informantene har fra overlevering av pasient fra ambulans til akuttmottak.

Utforskningen av denne problemstillingen gjennom intervjuer med ansatte i ambulansetjenesten og akuttmottak viste at samarbeid om overleveringer er kompleks. Funn

som vil presenteres og drøftes i denne oppgave viser at struktur og forutsigbarhet, ressurser og kommunikasjon og tillit er sentrale temaer som påvirker pasientsikkerheten.

1.3 Beskrivelse av overleveringen

Når ambulanspersonellet får pasienten i ambulansen, starter undersøkelse og triagering for å avgjøre om pasient skal til sykehus. Når dette er avgjort, melder ambulanspersonellet pasienten til sykehus via nødnett eller mobiltelefon. Vaktansvarlig skrankesykepleier (VAS) tar imot innmeldingen, og planlegger deretter mottak av pasienten i akuttmottaket.

Det er vanligvis sykepleiere som tar imot pasienten i akuttmottaket, men i noen tilfeller er det flere sykepleiere involvert. Dersom pasienten er kritisk syk, hender det også at legen er med i mottak av pasient. Da blir pasienten ofte levert direkte til medisinsk akutt team (MAT) hvor det er flere ressurser involvert enn i en ordinær overlevering. Denne type overlevering er mer standardisert enn den ordinære overleveringen. Ordinær overlevering blir utført på enkeltrom, akuttrom og i korridor. Overlevering av pasienter fra akuttmottak til ambulanspersonell skjer også i de tilfellene der pasienten skal til et høyere behandlingsnivå som for eksempel Regionsykehus.

De informantene som er deltagere i denne studien er alle ansatt i Helse Sørøst HF. For å kunne danne seg et bilde over aktivitetsnivået og hyppigheten av denne overlevering av pasient, ønsker jeg å presentere noen tall. Ambulansetjenesten som er omtalt i denne oppgaven har ca. 20 ambulanser i drift pr dag avhengig av når på døgnet det er. Det er ca. 250 fast ansatte i ambulansetjenesten som utfører overlevering av pasient, og de dekker et område med ca. 300 000 innbyggere.

I en rapport fra Helsetilsynet (2007) beskriver at det er størst tilstrømming av pasienter til akuttmottak mellom klokka 12 -18. Tall fra det sykehuset hvor informantene tilhører, er fra 2018 til 2019 og viser at akuttmottaket som er med i denne studien har totalt 19 akuttsenger i tillegg til ulike behandlingsrom, og observasjonssenger. Akuttmottaket som denne studien omhandler tar imot ca. 115 pasienter hver dag, og gjennomsnittstiden for hver pasient er 4.2 timer før man får en avklaring. Dette er den totale tilstrømmingen til akuttmottaket av både oppegående pasienter og liggende pasienter som kommer med ambulanse. Det er 5,3 MAT alarmer hver dag. Tilstrømmingen til akuttmottaket har økt med 6,8 % fra 2018 til 2019 og liggetiden har økt med 0,2 timer fra 2018 til 2019.

1.4 Pasientsikkerhet

Bleettmann et al., (2012) hevder at akuttmottaket er den avdelingen med høyest risiko nivå innen helse. Pasientsikkerhet er et sentralt tema i en rekke nasjonale styringsdokument og kvalitetsforbedringsprogrammer (Helsedirektoratet, 2019a; Helsetilsynet, 2008). I 2007 utførte Helsetilsynet i Norge en undersøkelse av landets akuttmottak. Denne rapporten handlet om forsvarlig pasientbehandling i akuttmottak (2008) og viste til mangelfull kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og lege. Rapporten konkluderte med en bekymring for pasientsikkerheten i akuttmottak (Helsetilsynet, 2008). Willumsen & Ødegård (2016) hevder at oppmerksomheten er blitt rettet mot pasientsikkerhet og behovet for å bedre den tverrprofesjonelle kommunikasjonen i alt samarbeid slik at omsorgskvaliteten blir forbedret og vi reduserer risikoen for medisinske feil. Relasjoner og kompetanse er fortsatt høyst relevant for samarbeid, men tverrprofesjonell utdanning handler også nå i større grad om å håndtere livstruende situasjoner i en samarbeidskontekst. Flere studier viser til flere positive resultater av tverrprofesjonelt samarbeid som forbedrer pasientsikkerhet (Willumsen & Ødegård, 2016).

Pasientsikkerhet handler om å ivareta pasientens sikkerhet slik at uønskede hendelser kan unngås (Aase, 2010). Australian National Patient Safety Agency har publisert retningslinjer for hvordan pasientoverføringer kan gjennomføres for best mulig ivareta pasientsikkerheten. Det er ikke konkludert med hva som er beste løsning, men det påpekes imidlertid at overføring av informasjon bør standardiseres og kvalitetssikres (Australian Medical Association Limited, 2006).

Nordby (2014) hevder at ledere, og til syvende og sist politikere, har et overordnet ansvar for å skape rammebetingelser som gjør at ambulanspersonell har overskudd og mulighet til å ivareta pasienters omsorgsbehov og grunnleggende normer for pasient.

1.5 Begrepsavklaringer

I denne delen vil sentrale begrep som er brukt videre i oppgaven bli presentert.

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral er en del av Medisinsk nødmeldetjeneste som har til oppgave å besvare det medisinske nødnummeret 113 og ta imot bestillinger på ambulanse.

AMK koordinerer ambulanseressursene, alarmerer lokalt legekontor og gir medisinsk rådgiving når det er nødvendig. AMK sentralen bemannes med sykepleiere og

ambulanspersonell. På de største AMK sentralene har de også tilgjengelig lege deler av døgnet som kan assistere dersom det er komplekse problemstillinger med pasienttransporter som skal bestilles, eller som en rådgiver på telefon og samband for å assistere ambulanspersonell dersom de måtte trenge veiledning.

Elektronisk pasientjournal (EPJ)

Elektronisk pasientjournal (EPJ) er helsepersonellens viktigste arbeidsverktøy. Alle relevante og nødvendige opplysninger om pasienten skal dokumenteres i journalen, enten den er elektronisk eller papirbasert. Journalen er helsepersonellens verktøy for å få tilgang til nødvendig informasjon om pasienten. Ved det aktuelle sykehuset i denne studien, brukes elektronisk pasientjournal i ambulansen. På grunn av ulike elektroniske løsninger må ambulanspersonellet skrive ut journal, som deretter må skannes inn i pasientjournal på sykehuset.

ABCDE

I akuttmedisin er det nødvendig med rask og systematisk undersøkelse av pasienten for å avdekke livstruende tilstander og svikt i vitale funksjoner. Samtidig må nødvendig behandling iverksettes fortløpende. Ved undersøkelse av den akutt alvorlig syke pasienten er det viktig å undersøke pasienten systematisk, og i denne prioriterte rekkefølgen:

- A – **Airways** – luftveier
- B – **Breathing** – respirasjon
- C – **Cirkulation** – sirkulasjon
- D – **Disability** – bevissthet, nevrologi
- E – **Expose/emiorment** – oversikt og omgivelser

ISBAR

ISBAR er et verktøy for strukturert muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell om pasientobservasjoner, tiltak og behandling.

- I - **Identification/Identifikasjon:** Presentasjon av en selv som personell ovenfor pasient/pleier. Informasjon om pasientnavn og fødselsdata
- S - **Situation/Situasjon:** Kun de store overskriftene som: Diagnose, type inngrep eventuell aktuell situasjon med viktige observasjoner og vitale parametere.

- B - **Background/Bakgrunn:** «Tell the story». Relevant historie/tilleggs sykdommer, relevante medisiner, relevant resultat, relevant undersøkelse og øvrig relevant informasjon.
- A - **Assessment/Aktuell bedømming:** Angi hvordan du vurderer situasjonen/problemet
- R- **Recommendation/Råd:** Gi eller be om råd om videre pleie/behandling. Anbefalinger om pasientens status sånn at den mest kritiske informasjonen er effektivt delt og sikrer pasient behandling.

MOM

Medisinsk Operativ Manual (MOM) - er en lokal tiltaksbok der alle prosedyrer og retningslinjer er samlet. Denne finnes prehospitalt (Ambulansetjenesten) i papirform og elektronisk i ambulansen.

Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTS)

Det aktuelle sykehuset og ambulansetjenesten har et felles triage- og beslutningsstøtteverktøy utviklet på Sahlgrenska Universitetssjukehus i Sverige. De definerer RETTS på følgende måte:

” Verktøyet gir grunnlag for risikoidentifisering og prioritering av pasienter, hvor hensikten er å oppdage og behandle pasienter med alvorlig sykdom så tidlig som mulig. Systemet gir gode forutsetninger for ivaretagelse av pasientsikkerheten i hektiske akuttmottak ”,

og videre:

”Hastegradsfastsettelsen i RETTS bygger på to ting, - vitalparametre (fri luftvei, respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, puls, blodtrykk, og bevissthetsnivå) og algoritmer for ulike kontaktårsaker, kalt ESS” (RETTS-Norge, 2017).

RETTS er med på å sikre at flest mulig pasienter kommer til riktig behandlingsnivå. Det inneholder fargekoder som forteller hvilket behandlingsnivå pasienter skal til. De som får en rød eller oransje kode skal transporteres direkte til sykehus, de som får gul og grønn prioritet kan tilses av fastlege eller legevaktslege.

Ambulansetjenesten triagerer/ Rettser pasienten i ambulansen, og melder inn til vaktansvarlig sykepleier i akuttmottak (VAS) hvilken fargekode og problemstilling pasienten har. VAS

planlegger deretter hvor pasienten skal overleveres i akuttmottaket, og hvilken sykepleier som har ansvar for å ta imot pasienten fra ambulanspersonellet.

ITF - er ikke tekniske ferdigheter som samarbeid, situasjonsbevissthet, oppgaveløsning og beslutningstaking. Dette begrepet blir brukt i drøftingsdelen i denne studien.

VAS - vaktansvarlig sykepleier som tar imot innmelding fra ambulanspersonell som skal levere pasient på sykehuset, og styrer koordineringen av pasienter i akuttmottaket. VAS blir beskrevet mange steder i oppgaven, spesielt i funn og drøftingsdelen.

Team - er definert som to eller flere personer som utfører selvstendige, men svært gjensidig avhengige oppgaver basert på kompetanse fordelt mellom teammedlemmene (Johnsen & Eid, 2019). Dette begrepet blir flere ganger benyttet i denne studien.

Samtidighetskonflikt en situasjon hvor det oppstår en hendelse hvor det ikke er tilstrekkelig resurser til å hjelpe pasienten. Eksempel er mangel på ledig sykepleier eller ambulanse.

Vitalia – fri luftvei, respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, puls, blodtrykk og bevissthetsnivå.

2 Teoretiske aspekter

Samarbeid og god kommunikasjon er nødvendig for å sikre god pasientsikkerhet. Videre vil jeg redegjøre for ulike faktorer som påvirker samarbeid: ulike typer kommunikasjon, tillit, profesjon og skjønn.

2.1 Samarbeid

Samarbeid har blitt definert som ”Et uttrykk for helse og omsorgstjenestenes evne til å fordele oppgaver seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (St.meld.nr 47, 2009). Hatch beskriver samarbeid som å koordinere de ulike virksomhetene innfor bedriften, slik at de er tilpasset hverandre. For å få dette til anbefales det at det holdes ukentlige møter hvor avdelingslederne redegjør for aktuelle hendelser og aktiviteter (Hatch, 2015, s. 54). Samarbeidskompetanse dreier seg om de ferdigheter og den kunnskap som behøves for å samspille, kommunisere og fungere sammen med andre (Berlin & Sandberg, 2016).

Begrepene samarbeid, samhandling og samordning blir brukt om hverandre i litteraturen. Videre i denne oppgaven har jeg valgt å bruke samarbeid som et felles begrep.

2.1.1 Faktorer som påvirker samarbeid

Forskere anser gjensidig respekt som en faktor for å fremme samarbeid. Gjensidig respekt innebærer kunnskap og anerkjennelse. Regler og prosedyrer spesifiserer hvordan beslutninger skal tas, og hvordan arbeidsprosessene skal foregå. De bidrar til samarbeid ved å sikre at de ønskede aktivitetene utføres på akseptabelt vis (Hatch, 2015, s. 190; San Martn-Rodrquez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, 2005).

Willumsen og Ødegård hevder at det må skapes et miljø der forskjellige aktører innenfor offentlig sektor føler at det er trygt å dele og produsere ny kunnskap. Medarbeidere i offentlig sektor bør ha ferdigheter, kompetanse og verdier innen samarbeidspraksis som gjør det mulig å krysse fagområdenes grenser (Willumsen & Ødegård, 2015, s. 167)

Det er mange ulike faktorer som virker negativt på samarbeidsklima, og jeg vil her gå gjennom noen av dem. Axelson og Axelson (2009) påpeker at ulike regler og forskrifter som organisasjonen er pålagt å følge kan utgjøre et hinder for samarbeid. De hevder at ulikt informasjonssystem og databaser kan hemme samarbeid. Ulike regler og forskrifter kan medføre at man ser ulikt på pasienter. Dette har også ofte bakgrunn i ulik utdanning, språkbruk og opplæring (Willumsen & Ødegård, 2015, s. 258).

De strukturelle hindringene kan være vanskelige, men det er mulig å ha unntak fra regelen, restriksjoner og administrative grenser. Dette forutsatt at det finnes en vilje til samarbeid og god kommunikasjon er nødvendig for å sikre god pasientsikkerhet. Videre vil jeg redegjøre for ulike faktorer som påvirker samarbeid: ulike typer kommunikasjon, tillit, profesjon og skjønn hos alle aktører. Det handler om å lære å kjenne hverandres organisasjoner, virksomhet, deres oppdrag og kompetanse. De må lære seg å se den ene virksomheten i relasjon til den andre virksomheten. De må også være villige til å inngå kompromiss, gi fra seg deler av sine organisatoriske eller profesjonelle revir til fordel for bedre helhetstenkning (Willumsen & Ødegård, 2015, s. 259-260).

Mangel på kunnskap, forståelse, respekt og anerkjennelse av kompetansen til ulike profesjoner kan medføre manglende samarbeid og dermed vanskeligheter med å samarbeide om pasienten. Dette kan medføre at de ikke blir inkludert i fellesskapet som de andre deler (San Martn-Rodrguez et al., 2005; Siemsen et al., 2012).

For å møte samarbeids og koordineringsutfordringer er det stadig mer utbredt å innføre styringssystemer som skal styrke samarbeidet med tanke på kommunikasjon og informasjonsutveksling. Stagl og kollegaer (2007) påpekte at å få til et samarbeid i kombinasjon med kommunikasjonsteknologi er viktig, da kommunikasjonsteknologi alene ikke er tilstrekkelig for å få til effektiv ytelse.

Ifølge Hatch & Thorbjørnsen kan konflikter på organisasjonsnivå defineres som det motsatte av samarbeid. Dette gjenspeiler tilfeller der negative erfaringer av konflikter undergraver samarbeidet ved å ødelegge tilliten og stenge kommunikasjonskanalene. Konflikter kan føre til positiv adferd ved at de fører til i innovasjon og nye typer samarbeid. Konflikt og samarbeid er altså hverandres motsetninger bare når konflikter defineres som noe destruktivt. Når konfliktenes konstruktive aspekter settes i fokus, framstår konflikt og samarbeid som komplementære prosesser (Hatch & Thorbjørnsen, 2001, s. 352).

Konflikt blir ofte sett på som det motsatte av samarbeid. Dette kan også utarte til noe utbytterikt som på et sener tidspunkt kan bli noe positivt for samarbeidet. Faktorene som er beskrevet over kan kategoriseres etter ulike nivåer i samarbeidet. Rodriguez et al., (2005) har i sin litteraturgjennomgang kategorisert ulike faktorer ut fra om de kan sies å spille inn på et systemisk, organisatorisk eller relasjonelt nivå. Ifølge San Martin-Rodriguez et al. (2005) kan tverrfaglig samarbeid deles opp i tre nivåer: Systemisk-, organisatorisk-, og relasjonelt nivå.

Tabell 1. Rammeverk for samarbeid (San Martin –Rodriguez et al., 2005)		
<i>Systemisk nivå</i>	<i>Organisatorisk nivå</i>	<i>Relasjonelt nivå</i>
Faktorer som ligger utenfor organisasjonen som profesjoner, lovverk og reformer.	Består av faktorer som organisasjonens struktur, lederskap og føringer.	Består av faktorer som omhandler mellommenneskelige relasjoner mellom profesjonelle, som vilje til å samarbeid, tillit, kommunikasjon og respekt.

Overlevering av pasient fra ambulanspersonell til akuttmottak handler for det meste om faktorer fra relasjonelt nivå, men man er allikevel helt avhengig av både systemisk og organisatorisk nivå for få til et godt samarbeid om overlevering av pasient.

2.2 Tillit

Tillit er viktig i alle typer samarbeid. Tillit er en faktor som går igjen i litteraturen som et av de viktigste elementene som kreves for utviklingen av god samarbeidspraksis. Å bygge tillit krever tid, innsats, tålmodighet og bygger på tidligere positive erfaringer.

Tillit vil si å unnlate å ta forholdsregler fordi man er trygg på at en annen person vil ivareta interessene så godt som mulig. Identifikasjonsbasert tillit er den sunneste og mest pålitelige formen for tillit. Den er basert på gode og ekte følelsesmessige bånd mellom personer. Personer i slike tillitsforhold vil stille opp for hverandre i vanskelige situasjoner. Tilliten baserer seg på at partene forstår hverandres intensjoner og gjensidig verdsettelse. Det er denne formen for tillit som ledere ideelt tilstreber i samarbeid (Høyer, Kasa & Tranøy, 2016, s. 72; Kaufmann & Kaufmann, 2015).

Henneman (1995) mener at selvtillit i rollen som profesjonell er avgjørende. Tillit til andre fagfolk er også viktig, på begge nivåer av tillit (tillit til egne evner og tillit til andre), konkluderer forskere at tillit avhenger av kompetanse, ferdigheter, kunnskap og erfaring (San Martn-Rodrguez et al., 2005).

Tillit har blitt forstått som fundamentet i alle relasjoner, i alt samarbeid og kan forstås som et alternativ til kontrollsystemet som forekommer i store deler av helsetjenestene. Samarbeid om tillit medfører elementer av sårbarhet og risiko. Det vil alltid være en risiko forbundet med tillit. Det kan være både moralske og etiske situasjoner som oppstår når ulike profesjoner skal

samarbeide om tillitsoppgaver. Hva som er etisk og moralsk riktig når man blir vist tillit kan de være ulike oppfatninger rundt. Det å vise seg tilliten verdig, utøve respekt for både kollegaer og pasienter må aldri glemmes. Myndighetene gir profesjonene eksklusive rettferdigheter ut fra tillit til yrkesgruppens kompetanse og tillit til at de vil ivareta oppgaven på best mulig måte (Willumsen & Ødegård, 2016).

Tillit har alltid vært med i diskusjonen om moderne profesjoner, og er vanskelig å definere. Det finnes ifølge Grimen (2008) ingen uomstridt definisjon av begrepet tillit, og det er vanskelig å skille fra andre fenomener, som tro, tiltro, fortrolighet og andre. Det er uklart om de bør skilles, og det er også vanskelig å skille klart mellom handlinger basert på tillit og handlinger basert på tvang (Molander & Terum, 2008).

De to viktigste perspektivene på forholdet mellom profesjon og tillit er hva tillitsgivere gjør, og hva tillit gjør i relasjoner mellom personer. Tillit i relasjoner bygger på hva tillitsgivere gjør, nemlig å overlate noe til andres varetakt i god tro. Men det tillitsgivere gjør, har ikke alltid tillitens forventede virkning, god tro kan misbrukes.

Noe av det viktigste og vanskeligste ved tillit til profesjonelle er at tillit kan gjengjeldes med makt, og risikoen for gjengjeldelse er reel. Tillit oppretter en type relasjon som gir noen en mulighet til å få sin vilje igjennom. Tillitsreaksjonen og maktrelasjonen har identisk indre interesse/kontroll struktur. Tillitsreaksjoner kan slå over i maktrelasjoner, en persons tillit kan bli en annens maktbase (Molander & Terum, 2008).

Grimen mener at det er vanlig å anta at tillit letter overføring av informasjon og kunnskap. Stoler man på avsenderen behøver man ikke stadig undersøke om det som sies er holdbart. Mistror man avsenderen, har man grunn til å mistro det som blir formidlet. Hvis man mistror mottakeren, har man en grunn til ikke å formidle informasjon til ham. Hvis mottakeren man mistror er budbringer, kan kommunikasjonsskjeder bli brutt, ikke bli opprettet, ta lengre tid eller koste mer enn ellers. Alternativene til tillit er alltid mer arbeidskrevende og kostbare. En antagelse er at tillit gjør samarbeid lettere. Tillit gjør det mulig å bygge på hverandres arbeid. Dersom man stoler på dem som har utført forutgående arbeidsoperasjoner med, trenger man ikke kontrollere eller gjøre alt på nytt. Tillit åpner opp handlingsrom for tillitsgiveren som ellers ikke ville eksistert. Tillit muliggjør ting som ellers ville ha vært umulige. Det hevdes også at tillit reduserer kompleksitet og at mistillit krever mye større aktsomhet enn tillit (Grimen & Molander, 2008).

2.3 Kommunikasjon i overleveringer i helsevesenet

Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet «Comunicare», som betyr «å gjøre felles» (Eid & Johnsen, 2018). Erfaring viser at kommunikasjon kan være noe av det mest utfordrende mennesker gjør enten det er på hjemmebane eller i arbeidssammenheng, og som har stort forbedringspotensial (Eide & Eide, 2004).

Ifølge Eide og Eide (2004) handler god kommunikasjon om at mengden informasjon blir tilpasset situasjonen man står i. Dersom dette ikke blir gjort, kan forståelsen av det som blir sagt bli redusert. I mange situasjoner gjentar man seg selv mer enn man er klar over. Derfor kan kommunikasjon inneholde mer informasjon enn det det er behov for. Helheten av kommunikasjon foregår via persepsjon og fortolkning av både det verbale og det nonverbale innholdet. Det er i denne prosessen samspillet og relasjonene stopper opp eller videreutvikler seg. Man danner seg et inntrykk av hvordan den andre er, hva som sies og hvordan relasjonen utvikler seg. Dette kan skape enten godt eller dårlig samarbeid (Eide & Eide, 2004).

Kommunikasjon påvirker samarbeidsgraden, og kommunikasjonsferdighetene til fagfolk spiller en kritisk rolle i utviklingen av samarbeidsrelasjoner mellom team medlemmer. Kommunikasjon kan betraktes som en sentral determinant for samarbeid blant helsepersonell. Utviklingen av samarbeidspraksis medfører at fagfolk forstår hvordan deres arbeid bidrar til et bedre resultat, en bedre måloppnåelse og at de vet hvordan de skal kommunisere innholdet videre til andre fagfolk. Effektiv kommunikasjon er avgjørende, og muliggjør konstruktive forhandlinger med andre fagfolk. Kommunikasjon et verktøy for andre determinanter av samarbeid, som gjensidig respekt, deling eller gjensidig tillit. Betydningen av åpen og aktiv kommunikasjon og aktiv lytting blir også dratt frem som en viktig faktor (San Martn-Rodrguez et al., 2005).

En studie fra norske sykehus viste at årsakene til uheldige hendelser sjelden kommer av faglig inkompetanse. De uheldige hendelsene skyldtes i stor grad manglende kommunikasjon, ikke optimalt teamarbeid og helsepersonells kløkketro på egen perfekte hukommelse (Thomassen et al., 2011). Det er flere studier som viser til at svikt i kommunikasjon kan være en av den mest sentrale årsaken til pasientskade, høyere dødelighet blant pasienter, mer kompliserte sykehusinnleggelse, og lavere funksjonsnivå i ettertid av pasientbehandlingen (Carney, West, Neily, Mills & Bagian, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2014; Mills, Neily & Dunn, 2008)

Mangelfull kommunikasjon i overleveringssituasjonen kan medføre usikkerhet i pasientbehandlingen, og påføre pasienten unødvendig skade (Arora, Johnson, Lovinger, Humphrey & Meltzer, 2005). Manglende, uklar og inkonsekvent skriftlig og verbal kommunikasjon er faktorer som kan sette pasienten i fare og dermed true pasientsikkerheten. Eksempler på dette kan være at pasienter blir levert på feil avdeling og misforståelse om pasientbehandling på bakgrunn av språkutfordringer. Kommunikasjon vedrørende overlevering av pasient over telefon har vist seg å være utfordrende ved at mottager oppfatter problemstillingen til pasienten uriktig over telefon. Mangelfull dokumentasjon av personalia og tidligere historikk blir også nevnt som en risiko (Siemsen et al., 2012).

Svikt i kommunikasjon er ofte sitert som en viktig medvirkende faktor til etterfølgende feil og skade på pasienten (Talbot & Bleetman, 2007). For å sikre god kommunikasjon ved overlevering anbefales det å unngå flere samtidige samtaler mellom enkeltpersoner, og å la en snakke om gangen. God overleveringspraksis beskytter pasientens sikkerhet, fremmer kontinuitet og kvalitet i omsorg og reduserer sjansen for at man må gjenta rapport ved overlevering. Gode overføringer kan også hjelpe medarbeidere, gi profesjonell beskyttelse, reduserer stress og hjelper utviklingen av teamkommunikasjonsferdigheter.

2.3.1 Nonverbal kommunikasjon

Holdninger og emosjonelle uttrykk kommer tydeligere frem i det nonverbale språket, det antydes derfor at det nonverbale språket er vel så viktig som det verbale (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Språket er sentralt for mennesker både i uformell dagligtale, til mer formelle diskusjoner. Det kommer ofte nonverbale tegn som mimikk og gester i tillegg. Verbal og nonverbal kommunikasjon henger ofte sammen, selv om det er to ulike kommunikasjonsformer. Nonverbale tegn er sjelden entydige, men det er heller ikke ord. Sammenhengen mellom disse to formene er ofte avgjørende for forståelsen. Flere mener at den nonverbale kommunikasjonen er minst like viktig som den verbale i kommunikasjonen mellom mennesker (Eide & Eide, 2004; Kaufmann & Kaufmann, 2015).

Eide & Eide (2004) hevder at det som blir sagt verbalt påvirkes ut fra hvilket kroppsspråk avsender har. Summen av verbal og nonverbal kommunikasjon avgjør hvordan mottaker oppfatter et budskap. «Verbalt følge» kan sammenlignes med nonverbale tegn som nikk eller risting på hodet. Det omtales også som et anerkjennende «ja», «jeg forstår» eller risting på hodet. Dette er å følge den man kommuniserer med. Ved å følge den andre opp verbalt, viser at man er en aktiv lytter og bryr seg om det som blir sagt uten å styre samtalen i en bestemt

retning. Dette kan være med på å stimulere den andre til å åpne seg om den problemstillingen man måtte ha (Eide & Eide, 2004).

Eide og Eide (2004) hevder at den mest brukte setningen i kommunikasjonspsykologien hevdes å være «du kan ikke la være å kommunisere». Vi uttrykker kommunikasjon ved vår tilstedeværelse. Hvordan vi ter oss, og kler oss er en måte å kommunisere med omgivelsene på. Den nonverbale kommunikasjonen oppfattes ofte som den mest spontane, og ikke alltid bevist væremåte. Et blikk, en bekymret rynke kan være grobunn for tolkning hos den andre. Øyekontakt blir fremhevet som en klar nonverbal kommunikasjon. Det kan uttrykke sterke emosjoner mellom mennesker, og blikk kontakt blir ulikt tolket i ulike kulturer (Eide & Eide, 2004).

God kunnskap om non-verbal kommunikasjonsteknikker og være bevist sitt eget nonverbale språk regnes som viktige faktorer når man skal samarbeide med andre mennesker med ulik profesjonsbakgrunn. Ved å bruke gode nonverbale kommunikasjonsteknikker fremmer man tillit, trygghet og motivasjon. Det er varierende hvor god hver enkelt er på dette, men dette er ferdigheter som kan øves opp ifølge Eide (Eide & Eide, 2004).

2.3.2 Digital standardisert dokumentasjon

I digitaliseringsprosessene som foregår i Norge og i vestlige land i dag, er strukturering av journal et viktig element. Å strukturere journalen vil si at man går bort i fra muligheten til å bruke fritekst til å dokumentere i store deler av journalen, og over til mer bruk av forhåndsdefinerte kategorier. Målet er at journalen i større grad skal kunne gjenbrukes, og bli mer søkbar for andre, både for klinikere og for innsamling av aggregerte data til nasjonale kvalitetsregistre og andre oversikter. Poenget her er at den strukturerte journalen, etter at de er produsert, blir lagt til grunn også i det enkelte møtet mellom pasienten og helsevesenet. Det vil si at selv om møtet sentreres rundt pasienten, er det en objektivert og begrenset versjon av pasienten som er utgangspunktet (Andreassen et al., 2019).

Det første møtet med helsevesenet initieres ofte av pasienten selv, som da forklarer hvorfor pasienten har tatt kontakt. Den subjektive pasientfortellingen er utgangspunktet for journalen. Helseprofesjonelle er lovpålagt å føre journal, som vil si at deres profesjonelle fortolkninger av fortellingen er den som føres i pennen, eller rettere sagt i PC-en (Andreassen et al., 2019).

For mange helseprofesjonelle fremstår digitale journalnotater som tydeligere fremstilling av pasienten enn muntlig eller håndskrevet fremstilling. Struktur og standardiserte oppsett forenkler lesingen av informasjon om hvem pasienten er, og er mer oversiktlig å forholde seg

til i en stressende hverdag. Det vil imidlertid ikke si at de er mer sanne og relevante enn for eksempel pasientenes eller andre behandleres muntlige fremstillinger. Den standardiserte fremstillingen av pasienten som diagnose, medikamentlister, røntgenbilder, kurver og gjennomført behandling følger mønstre som er kjent for helsepersonell (Underland, 2010).

2.4 Profesjon og Skjønn

Den mest fremtredende egenskapen til en profesjon er kontroll over kunnskap og dens anvendelse. Andrew Abbot (1988) bruker begrepet jurisdiksjon om en profesjons kontroll over et yrkesområde og de ulike arbeidsoppgavene knyttet til dette. Han mener at utviklingen av profesjoner er et resultat av årelang konkurranse og kamp om jurisdiksjon. Krav om jurisdiksjon kan vise seg på ulike arenaer som i det offentlige rom, i lovverk eller på arbeidssstedet. De klareste har jurisdiksjonene har profesjonene med beskyttelse i lovverket, som gjennom autorisasjon og lisensordninger eller beskyttede titler (Abbott, 1988).

Abbott (1988) hevder at jurisdiksjon er kombinasjonen av den interne og eksterne kontrollen over et ansvarsområde (intern kontroll er retten til å utøve oppgavene på den måten profesjonen finner best (autonomi). Ekstern kontroll er restriksjoner knyttet til hvem som har rett til å utøve oppgavene (kontrolleres gjennom krav til utdanning) altså kunnskapen som trengs for å kunne utføre oppgavene og han er især opptatt av kampene mellom profesjoner om retten til å utføre visse arbeidsoppgaver. Profesjonelle yrker kjennetegnes ofte ved høy grad av autonomi i arbeidet. Dette innebærer at yrkesgruppen selv får lov til å bestemme hvordan de skal utføre sine arbeidsoppgaver. Profesjonene utvikler sine egne standarder og retningslinjer for hvordan oppgaver skal løses (Abbott, 1988).

2.4.1 Profesjon og kultur

Profesjoner forvalter kunnskap og kompetanse, og er utøvere av praksis som er knyttet til verdier og normer. Enhver profesjon er forankret i, eller er et uttrykk for en større kulturell sammenheng. Derfor er profesjonsutøvelse ikke bare et møte mellom personer, men også mellom kulturer. I møtet mellom personer med lik kulturforankring tematiseres den kulturelle siden ved møtet sjelden. Forholdet mellom profesjoner og kultur blir mer problematisk dersom det kommer inn nye kulturelle perspektiver. I det profesjonelle møtet mellom personer med svært ulike kulturer kan kulturforskjellen bli tematisert, fordi det kan være forskjellig forståelse av både bakgrunn, grunnlaget for og formålet med møtet. Det vil kunne være forskjellig forståelse av hva «problemet» består i, hvorfor det har oppstått, og hva som kan gjøres. Dette kan stille profesjonene overfor nye utfordringer, særlig i begrunnelsen av og

legitimiteten til hele eller spesifikke elementer i profesjonsutøvelsen (Molander & Terum, 2008).

Gule (kap 13) hevder at en profesjonsutøver ikke handler som privatperson, men som medlem av en sammenslutning som er delegert myndighet til å ivareta visse samfunnsoppgaver. Det stiller krav til profesjonsutøvelsen. Kravet for profesjonsutøveren er at man ikke handler vilkårlig, men foretar gode begrunnede valg. Videre hevder Gule (kap 13) at kultur brukes i mange forskjellige betydninger. Den vide definisjonen legger vekt på at kultur utgjør en helhet eller vev av tanke-, kommunikasjons- og adferdsmønstre. Det er særlig når grupper møtes, at kulturen blir viktig som uttrykk for gruppetilhørigheten. Kulturen vever sammen grupper, noe som gjør at kulturen lett fremstår som mer enhetlig og homogen enn mangfoldet av mer eller mindre forskjellige tanke-, kommunikasjons- og atferdsmønstre innenfor et samfunnsmessig fellesskap gir grunnlag for (Molander & Terum, 2008).

Kulturelle forskjeller og ikke minst ulike virkelighetsoppfatninger og erfarte vanskeligheter med å etablere forståelse på tvers av kulturskiller har ført til en oppfatning om at det er tilnærmet umulig å etablere tilstrekkelig forståelse på tvers av kulturgrenser. Erfaring fra feltarbeid og vår evne til å forstå tidligere tiders kultur, samt dagligdags erfaring med kommunikasjon mellom medlemmer av andre kulturer viser imidlertid at vi er i stand til å forstå og kommunisere på tvers av kulturgrenser (Molander & Terum, 2008).

2.4.2 Perspektiver på skjønn

Abbot (1988) beskriver hvordan profesjoner bruker formalisert kunnskap på enkeltstående tilfeller. Fordi generell kunnskap og handlingsregler sjeldent gir helt klare svar på hvordan man skal utføre alle konkrete problemstillinger, må beslutningene også inneholde egen dømmekraft. Dette kan være med på å skape usikkerhet om hva som er de riktige beslutningene. (Grimen & Molander, 2008).

Kirkebøen hevder at kvaliteten på fagfolk innenfor samme fagområde varierer. Selv om forholdene ligger til rette for læring, vil noen utvikle et bedre skjønn enn andre. Dette skyldes ulik grad av involvering, motivasjon og terping. Men det skyldes også en viss grad individuelle forskjeller og talent. Forskning tyder på at mye av det vi trodde var medfødt talent, faktisk er resultat av intens praksis. Trening er mer avgjørende enn mange tror. På alle undersøkte områder er det påvist svært sterk sammenheng mellom høyt ferdighetsnivå og trening. De beste er stort sett alltid de som har trent mest og best (Molander & Terum, 2008).

Grunnen til at enkelte fagfolk ofte intuitivt tar riktige valg kan forklares med mønstergjenkjenning ved at man finner svaret i en tidligere erfaring. Tidligere erfaring er ikke alene nok til å utvikle godt skjønn. Det er behov for en informativ tilbakemelding som leder til en bekreftelse eller korreksjon på virkelighetsoppfatningen. Dette fordrer at tilbakemeldingen er sann, og oppleves troverdig. Her oppstår utfordringer ved at informasjon ikke alltid er lett å få tak på, og at man ikke kan være sikker på at den informasjonen man får er riktig (Molander & Smeby, 2013).

Kirkebøen hevder i Molander & Smeby (2013) at det er store variasjoner i fagfolks evne til å treffe gode skjønnsmessige beslutninger, dette er ekstra utfordrende i de fagområdene der det er vanskelig å få sikre tilbakemeldinger. For å ta bedre hånd om dette anbefales det å ta i bruk sjekklister, handlingsregler og beslutningsstøttemodeller. Bruken av beslutningsstøtte kan ikke erstatte behovet for skjønn. Bruk av skjønn er fortsatt nødvendig for å avgrense problemstillinger og vite hvilke variabler som skal danne grunnlaget for beslutninger (Molander & Smeby, 2013).

2.4.3 Skjønn og Standardisering

Kirkebøen (1999) hevder det er galt å ikke erstatte mindre valide vurderingsmetoder (skjønn) med mer valide (formler). Han hevder videre at mye forskning tilsier at skjønnsutøvelse i større grad enn i dag bør støttes eller erstattes med beslutningshjelpemidler. Enkle teknikker som registrering av erfaringer, lineære modeller og sjekklister kan åpenbart forbedre mange former for faglig skjønnsutøvelse, om de bare blir tatt i bruk.

Molander og Terum (2009) hevder i likhet med Kirkebøen (1999) at skjønn er nødvendig og viktig. Skjønn er en beslutningsmekanisme i situasjoner hvor enten generell kunnskap, generelle regler eller begge mangler. Gode beslutninger i slike situasjoner må bygges på skjønn. Hvis denne begrunnelsen holder, innebærer det å forby skjønn i slike situasjoner ganske enkelt å frata aktørene muligheter for å fatte gode beslutninger (Terum & Grimen, 2009).

Johannessen (2017) hevdet å avdekke at sykepleiere brukte eget skjønn i tillegg til de retningslinjene de hadde ved sin avdeling. Funn viste at sykepleierne ville overstyre systemet ved både åpenbare og skjulte metoder når deres skjønnsmessige vurderinger førte til at de trodde at systemet ikke fungerte tilstrekkelig i forhold til deres skjønn. Studien viste også til at sykepleierne brukte klinisk skjønn når de sto ansikt til ansikt med pasienten. De beskrev selv at de baserte seg på egne følelser og intuisjon når de skulle behandle pasienter. De hevdet

også at dersom de mente at retningslinjene ikke stemte, tilpasset de kommunikasjon og dokumentasjon slik at det passet overens med deres eget skjønn (L. Johannessen, 2017).

Det kreves en spesiell form for trening for å bli bedre, informativ tilbakemelding er en form for en slik tilbakemelding. Når du gjør noe galt må du få vite det, og du må også få vite hva som var galt. Trening og erfaring er også nødvendig for å utvikle et godt faglig skjønn. At fagfolk selv uttrykker stor tro på eget skjønn, gir ingen grunn til å stole på skjønnets. En langt viktigere faktor som vi kan stole på er det faglige skjønnets. En type hjelpemidler som kan forbedre skjønnsmessig profesjonsutøvelse er sjekklister. Gawande (2009) viser til profesjonsutøvelse på flere ulike fagområder kraftig forbedres om profesjonsutøvere i stedet for å stole på sitt skjønn forholder seg til enkle sjekklister over hva de skal og ikke skal gjøre i ulike situasjoner (Molander & Terum, 2008).

Bruce og Suserud (2005) hevder i sin studie at man kan skille på ferske og erfarne sykepleiere. De mener at erfarne sykepleiere trenger mindre informasjon om pasientens tilstand, men verdsetter mer informasjon om det generelle omsorgsbehovet. Hos pasienter med tvetydige, diffuse problemer eller når det ble oppfattet som at pasienten ikke egentlig har behov for avansert behandling, ble det observert manglende interesse hos mottagende sykepleier (Bruce & Suserud, 2005). Brenner (1984) forklarer dette ved at noviser og avanserte nybegynnere ikke har kunnskap og erfaring nok til å gjøre vurderinger i situasjoner utover de har blitt lært i form av prosedyrer (Benner, 1984).

Faren ved å styre gjennom standardisering, planverk og prosedyrer kan være at en begrenser de ansattes mulighet- og vilje til å utøve skjønn. Ved å velge det trygge og det som er innenfor de parameter som prosedyren beskriver, er en risiko for at man stoler for mye på planverket og prosedyrene slik at en risikerer å ikke få en optimal og individualisert behandling av pasienten. De ulike profesjonene, har gjennom grunnutdannelse og spesialisering fått med seg verdier og verktøy fra sine fagområder. Det vil kunne oppstå situasjoner hvor gjeldende rutiner og prosedyrer ikke er gjennomførbare. Det vil da være behov for at de ansatte benytter skjønn for å prioritere og å sikre at pasientene blir tilbudt best mulig behandling (Weick, 1996).

På tross for ulike perspektiver og tilnærminger til skjønn er det enighet om at det ikke er mulig å utvikle standarder og retningslinjer som er helt entydig bestemmer hvordan ulike tilfeller skal behandles, og at det er behov for å bruke individuelt skjønn (Døving, Elstad & Størvik, 2016)

Skjæringspunktet her er mellom behovet for å bevare et rom for profesjonelt skjønn, samtidig som at skjønnsmakten må kontrolleres og kvalitetssikres på ulike måter for å hindre misbruk av makt.

2.5 Ressurser

Ressurser har også blitt ansett som viktig for samarbeid. Erfaringer fra innføring av samhandlingsreformen viser at denne reformen først og fremst fungerte som et rammeverk, og at det gjenstår en del arbeid for å oppfylle alle de gode intensjonene (Willumsen & Ødegård, 2016). Historisk sett har Norge mange gode forsøk på samarbeid mellom barnevern, skole, barne- og ungdomspsykiatri og andre instanser. Det viser seg å være uklare ansvarsforhold, der dårlig samarbeid ofte er mangel på rutiner og utilstrekkelig ansvarsavklaring mellom organisasjoner. Dette kan resultere i uklare rolleutforminger for ansatte og vil kunne forhindre positive samarbeidsprosesser. Mangel på ressurser kan hindre samarbeid (Willumsen & Ødegård, 2016).

På slutten av 1970 årene utviklet organisasjonsforskerne Pfeffer og Salancik et perspektiv som ble til en ressursavhengighetsteori som fremsetter at organisasjonen ikke kan fungere alene. Den må ha forbindelseslinjer til andre organisasjoner for å fungere (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Dette viser at samarbeid mellom ambulanspersonell og akuttmottak er avhengig av at begge organisasjoner fungerer, og at de klarer å samarbeide med hverandre i overlevering av pasient.

Tid er en av de viktigste betingelsene for et vellykket samarbeid, i tillegg til å skaffe arenaer der ansatte kan møtes. Dette er viktig for at man skal kunne dele informasjon, utvikle mellommenneskelige forhold og identifisere eventuelle hindringer for at samarbeidet skal kunne fungere. Organisasjonen må avsette nok tid og tilrettelegge fasiliteter med tanke på kontorlokaler og lignende (San Martn-Rodriguez et al., 2005).

Ulike studier belyser også mangel på tid ved overlevering som et problem, samt at antallet pasienter er for høyt for den bemanningen man har tilgjengelig. Dette vil også kunne påvirke overlevering av pasient mellom ambulanspersonell og akuttmottak. Det at man prøver å ivareta klinisk arbeid samtidig med en overlevering erfares utfordrende, men man står ikke i posisjon til å velge rapport eller å starte å behandle pasienten på grunn av tilstanden til pasienten (Lawrence, Tomolo, Garlisi, Aron & Lawrence, 2008; Sabir, Yentis & Holdcroft, 2006).

2.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg redegjort for ulike teoretiske og tidligere forskningsfunn, som er relevante for å belyse min problemstilling. Teoriene og forskningen som er blitt presentert, vil sammen med mine funn bli anvendt i analysen og drøftingen av funnene. I neste kapittel vil jeg redegjøre for valg av metode.

3 Metode

I dette kapittelet presenterer jeg den metodiske fremgangsmåten som er benyttet i dette studiet. Jeg gjør rede for valg av forskningsdesign og metode, planleggingen og gjennomføringen av intervjuene og analyseprosessen med transkribering og koding av datamaterialet.

Avslutningsvis vil jeg redegjøre for validitet, transparens, gyldighet og etiske betraktninger i denne studien.

3.1 Valg av forskningsdesign og metode

Denne studien har et kvalitativt design med bruk av individuelle intervjuer. Siden jeg skal undersøke samarbeid om akutt syke pasienter, er hvert oppdrag unikt og jeg forventer å få belyst hver enkelt informants erfaring av samarbeid eller eventuelt mangel på samarbeid. Kvale et al. peker på at et humanistisk syn «er hver enkelt situasjon unik og hvert fenomen har sin egen indre struktur og logikk» (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015, s. 160). Det var allikevel tydelig i datamaterialet å se noen trender som var felles for flere av informantene.

Som forskningsdesign har jeg valgt et deskriptivt utgangspunkt og en induktiv og eksplorerende tilnærming. Med dette menes at de metodiske valgene knyttet til utvikling av intervjuguide og gjennomføring av intervju har søkt å få rike beskrivelser av det intervjuobjektene opplever, føler og erfarer. Det er forskerens primære oppgave å spørre hvorfor intervjupersonene opplever og handler som de gjør (Kvale et al. 2015, s. 47-48). Videre har analysene vært empiristyrte. Det vil si at målet med prosjektet ikke har vært å bekrefte eller avkrefte allerede eksisterende teoretiske antagelser om temaet studien omfatter. Denne tilnærmingen, «fra empiri til teori», betegnes som induktiv. Å indukere går i korthet ut på at man trekker slutninger fra det spesielle til det mer allmenne (A. Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016).

Johannessen et al (2016) anbefaler en-til-en samtaler når man ønsker fyldige og detaljerte beskrivelser av informantens forståelse, følelser, erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner knyttet til et fenomen. En-til-en intervjuer er også mest hensiktsmessig når temaet som diskuteres er intimt eller personlig, når det å skille seg ut i gruppa er negativt, eller når det er mange temaer som skal diskuteres (A. Johannessen et al., 2016, s. 146).

Kvale og Brinkmann (2009) karakteriserer det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med en struktur og et formål, som egner seg når vi ønsker å studere meninger, holdninger og

erfaringer. Samtalen gir innblikk i personens livsverden, gjerne gjennom fortellinger og historier (A. Johannessen et al., 2016, s. 145). Kvalitative intervjuer har som styrke å få frem kunnskap og dermed hvilken erfaring hver enkelt informant har rundt tematikken overlevering av pasient.

3.2 Utvalg

Dersom man trekker vilkårlig ut intervjupersoner, kan det i stor grad variere i utdanning, erfaring, opplæring og motivasjon. Kvale og Brinkmann hevder at noen intervjupersoner synes å være bedre enn andre. Gode intervjupersoner er samarbeidsvillige og motiverte, de er veltalende og kunnskapsrike. De er ærlige og konsistente, de svarer konsist og presist på intervjuerens spørsmål, de gir sammenhengende fremstillinger og motsier ikke seg selv hele tiden. De holder seg til intervjutemaet og sporer ikke av gang på gang (Kvale et al., 2015, s. 145). Dette kan man ikke ha noen garanti for. Informantene kan være samarbeidsvillige og motiverte, men opptatt av noe annet enn forskeren. Noe av hensikten er å få tilført forskningsmaterialet nye sider og andre aspekt.

Forespørselen om å få intervju et utvalg informanter ble rettet til avdelingslederne både i prehospital avdeling og akuttmottak. Avdelingsledere ble forespurt om å identifisere personell som ønsket frivillig å delta i studien. Inklusjonskriteriene for deltagelse som informant fra ambulansetjenesten, var fagbrev med medisindelegering. De med høyere kompetanse med etterutdanning var også ønskelig å ha med som informanter i studien. Begrunnelsen for å ha krav til informanten var at de skulle kvalifisere for alle arbeidsoppgavene til ambulansepersonellet. Ut ifra inklusjonskriteriene forventet jeg å få personell som hadde minimum 5 års erfaring, og dermed hadde god kjennskap til overlevering i akuttmottaket. Jeg fikk tilsendt navn på potensielle informanter på e-post. Jeg tok deretter kontakt med informantene på e-post og noen på telefon for å avtale intervjutidspunkt. Intervjupersonene kommer fra ulike ambulanseseksjoner i en helseregion på Østlandet, og det er derfor variasjon i størrelse på de ulike byene, antall innbyggere og antall ansatte. Denne spredningen gjorde at jeg fikk informanter som hadde ulik kjørelengde til sykehuset. I tillegg ønsket jeg å intervju lege med kjennskap til overlevering MAT, sykepleiere med ansvarsområde både som skrankepleiere og sykepleiere med ulik erfaring og kompetanse inne på akuttmottaket. Dette for å dekke mest mulig av funksjonene i akuttmottak.

Jeg hadde planlagt å gjennomføre 10 intervju, men det var 2 som ikke hadde mulighet til å stille i den perioden jeg hadde satt av til intervjuene. Det ble gjennomført 8 intervjuer. Selv

med frafall på to informanter, mener jeg at datagrunnlaget gir et godt datagrunnlag til analysen av problemstillingen min. Utvalget ivaretar geografisk spredning, ulik erfaring, ulik utdanning, varierende alder, og jevn fordeling av kjønn.

Informantene ble valgt ut av lederne på bakgrunn av oppgitte kriterier. Intervjuguiden inneholder også noen spørsmål om hvem informanten er med tanke på utdanning, profesjon, erfaring og hvilken rolle man har i samarbeidet. Dette er ment for å vise bredden av erfaring og profesjon.

Tabell 2. Beskrivelse av utvalget				
Informant	Grunnutdanning	Videre- utdanning	Erfaring etter grunn- utdanning	Erfaring fra akutt- mottak
1	Ambulansearbeider	Paramedic	24	-
2	Ambulansearbeider	-	3	-
3	Sykepleier/ambulansearbeider	Spesialsykepleier	23	?
4	Ambulansearbeider	-	9	-
5	Sykepleier	-	19	14
6	Lege	Spesialist medisin	15	?
7	Sykepleier	Spesialsykepleier	6,5	4
8	Sykepleier	Spesialsykepleier	32	19

3.3 Intervjuguide

Johannessen et al. (2016) beskriver at en semistrukturert eller delvis strukturert intervju har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt, men s temaer og rekkefølge kan variere.

Intervjueren kan bevege seg frem og tilbake (A. Johannessen et al., 2016, s. 148).

Jeg har valgt å benytte semistrukturert intervjuguide for å sikre struktur med fastsatte tema, spørsmål og rekkefølge, men som allikevel har gitt informantene mulighet til å snakke åpent og fritt om sine erfaringer og opplevelser.

Intervjuguiden (Vedlegg 1) er utarbeidet på elementer av rammeverket til San Martin-Rodríguez et al. (2005) og på bakgrunn av kjennskap til feltet og med den hensikt å besvare problemstillingen til denne oppgaven. Intervjuguiden ble utformet med fire spørsmålsgrupper som omhandlet individnivå, organisatorisk nivå, kommunikasjon og pasientsikkerhet.

Det at jeg som forsker hadde kjennskap til informanter og tematikk fra tidligere gjorde at jeg var fokusert på at man ikke skulle tilføre intervjuene noe som ikke var avklart gjennom godkjenningen av intervjuguide. For å sikre at intervjuguiden var forståelig for informantene, fikk jeg en fagutvikler ved ambulansetjenesten til å lese gjennom spørsmålene og kvalitetssikre om noen spørsmål som var uklare, noe som manglet eller som ikke var relevant for temaet.

3.4 Gjennomføring av intervju

Jeg fikk tilbakemelding på 10 potensielle informanter og kontaktet de for å avtale tid og sted for intervju. Det ble gjennomført 8 intervjuer. Dette fant sted i løpet av april 2019. Det første intervjuet gikk som planlagt, og informanten ga uttrykk for at spørsmålene var tydelige, og at det var mulig å svare på dem. Dersom det hadde dukket opp utfordringer under det første intervjuet hadde jeg fortsatt 7 informanter igjen, og kunne dermed brukt det første intervjuet som test intervju. Flyten i intervjuene ble varierende, trolig ble jeg mer trygg i rollen lengre ut i forløpet jeg kom. En annen medvirkende faktor var også variasjon i måten informantene formidlet svarene sine.

Å finne et egnet sted for å gjennomføre intervjuene var utfordrende da de ble utført i arbeidstiden og på arbeidsstedet. Sted for intervju ble lagt til kontor på henholdsvis sykehus og ulike ambulansestasjoner, og andre ansatte tok over arbeidsoppgavene mens intervjuet pågikk. Det ble likevel noen avbrudd i to av intervjuene, men de ble likevel gjennomført på en tilfredsstillende måte.

Varigheten på intervjuene var fra 45 til 60 minutter. Det var til tider utfordrende å holde seg til de fastsatte spørsmålene i intervjuguiden på grunn av at noen av spørsmålene var komplekse og det var rom for å tolke de på ulike måter. Noen av spørsmålene var ganske like, og overlappet hverandre. Dette førte til at informantene gjentok seg selv. Intervjuguiden var et nyttig hjelpemiddel for å holde oversikt over hvor i samtalen vi var og hvor vi skulle videre.

Informantene var motiverte for oppgaven, og delte villig informasjon og erfaring i intervjuene. Det kom frem erfaringer og refleksjoner som var nyttig for å besvare problemstillingen min. Ved å gjennomføre intervju skapes en innsikt både i det som konkret blir sagt og den underliggende mening gjennom måten det sies på (Kvale et al., 2015, s. 47-48).

3.4.1 Transkribering

Neste skritt var å transkribere intervjuene. Jeg transkriberte alle lydfiler så ordrett som mulig, samt markerte pauser, noterte latter og markerte høyere stemmeleie slik at jeg satt igjen med et mest mulig nøyaktig bilde av intervjuet senere i prosessen. Stemmeleie, sukk og stønn kan være med på å forsterke betydningen for informanten, og derfor kan dette ha betydning for bruken senere i analyseprosessen (A. Johannessen et al., 2016).

Under transkriberingen betegnet jeg meg selv som (L) og de ulike informantene som tallverdier (1-8). I presentasjon av funn har jeg valgt å betegne informantene fra ambulansetjenesten (Ambulanse 1-4) og informanter fra akuttmottak (Akutt 5-8).

3.5 Analyse

En dataanalyse omfatter alle prosesser med å ferdigstille et datamateriale fra rådata til en ny tekst, hvor forskeren gir uttrykk for hva forskningsarbeidet har bibrakt av nye forståelser og erkjennelser (Brottveit, 2018).

Data ble analysert ved hjelp av tematisk innholdsanalyse i tråd med anbefalinger fra Braun & Clarke (2017), og jeg har valgt å benytte deres trinn til mitt analysearbeid. Selv om man bruker stegvis tilnærming i analysearbeidet, er dette en prosess som går frem og tilbake mellom trinnene. Trinn 3-5 i Braun & Clarke (2017) Har jeg slått sammen samlet i overskriften *Identifiserer tema*.

Trinnene i tematisk innholdsanalyse (Braun & Clarke, 2017):

1. Bli kjent med datamaterialet
2. Innledende koding
3. Søke etter temaer
4. Gjennomgang av temaer
5. Definere og navngi temaer
6. Skriveprosessen

3.5.1 Trinn 1 - Bli kjent med datamaterialet

Braun & Clark anbefaler at en fordyper seg i dataene i den grad at man er kjent med innholdets dybde og bredde. Fordypning innebærer vanligvis «gjentatt lesning» av dataene, og å lese dataene på en aktiv måte. Dette ved å søke etter betydninger og mønstre. Det er ideelt å lese igjennom hele datasettet minst en gang før du begynner kodingen, ettersom

ideene, identifisering av mulige mønstre vil forme seg ved gjennomlesning (Braun & Clarke, 2017).

Dette steget startet allerede under intervjuene. Gjennom den tidkrevende transkriberingen ble jeg bedre kjent med datamaterialet, og fikk tid til å reflektere over noen av svarene som ble gitt. Etter hvert som intervjuene ble transkribert, oppdaget jeg sammenhenger og ulike forskjeller og nyanser i måten informantene besvarte spørsmålene. Dette startet en tanke og refleksjons prosess som er et steg i bearbeidningen av datamaterialet. Videre hørte jeg gjennom intervjuene på nytt samtidig som jeg leste transkripsjonen. Dette bidro til grundigere kjennskap til datamaterialet, samtidig som jeg fikk rettet opp enkelte småfeil og unøyaktigheter i transkriberingen, og noterte stikkord og markerte interessante deler av datamaterialet.

Etter å ha lest gjennom teksten flere ganger tilegnet jeg meg en bedre oversikt over datamaterialet. Dette arbeidet var møysommelig, og tidkrevende. Jeg har måttet gå tilbake til dataene gang etter gang for å finne ut hva som egentlig sto der, etter hvert fikk jeg i stor grad oversikt om hvem av informantene som hevdet hva.

3.5.2 Trinn 2 - Innledende koding

For denne fasen anbefaler Braun & Clark at en skal kode så mange potensielle temaer eller mønstre som mulig siden en ikke vet hva som kan være interessant senere. Videre anbefaler de at en beholder noe av de omkringliggende dataene hvis de er relevante. Dette for å unngå at konteksten går tapt. De påpeker også at utdrag av data kan kodes i flere ulike temaer som de passer inn i, så utdrag av data kan bli dekodet, kodet en gang eller kodet mange ganger, alt etter som det er relevant (Braun & Clarke, 2017).

Jeg startet med å kode med ulike farger hvor jeg streket under tekst som jeg synes var viktig å se nærmere på. Det viste seg at det var vanskelig å få god oversikt ved denne fremgangsmåten. Det var mest hensiktsmessig for meg å gjennomføre dette arbeidet på papir, så jeg la det enkelte intervju inn i tabeller med ekstra felt for koder og mulige tema, og skrev ut alle intervjuene på nytt. Jeg gikk igjennom datamaterialet på nytt og noterte i feltene. Ved å strukturere det på denne måten fikk jeg en bedre oversikt.

Tabell 3. Eksempler fra innledende koding			
Informant	Tekst	Kode	Tema
Akutt 8	«Ja, relativt ofte opplevd konflikter, har også vært tydelig og sagt ifra der og da. Også fått avvik på meg på grunn av det.»	Konflikter Tydelig kommunikasjon	Konflikt
Ambulanse 2	Det vet jeg faktisk ikke, fordi at jeg i en pasientoverlevering så gir jeg egentlig bare i fra meg journalen min, men jeg føler litt sånn at det jeg ikke skriver i journalen det kommer aldri med. Så hvis jeg for eksempel skriver eller ikke skriver at pasienten bor hjemme alene da, og nå kommer han ikke til å klare seg hjemme, så føler jeg at det ikke blir tatt med videre hvis jeg ikke skriver det i journalen. Hvis det var et godt svar. Fordi jeg føler liksom ikke at sykepleierne står med notatblokk og noterer små stikkord på det jeg sier.	Skiftelig Muntlig Mangelfull dokumentasjon	Dokumentasjon
Ambulanse 2	Ja, fordi at på en måte jeg føler ikke at lytteren i andre enden er så interessert i min rapport da i veldig mange tilfeller. Så føler jeg på en måte at det er sånn Ja, ja, ja, ja og så går man videre fordi at man kanskje har det travelt. Og så i veldig mange tilfeller så er det skrankesykepleieren som tar imot rapporten, og så skal den videreformidle til neste. Til sykepleieren som skal ha pasienten, fordi at den sykepleieren som skal ha pasienten ikke er tilgjengelig. Og små detaljer som kanskje er viktig senere, blir kanskje borte. Men jeg har jo ikke noen bevis på det, det har jeg jo ikke. Men det sier jo meg kanskje at vi må være veldig flinke til å skrive det i journalen da, så det står der i alle fall.	Ikke interessert Ikke lytte Mangel på ressurser Dokumentasjon borte	Kommunikasjon Dokumentasjon Ressurser

3.5.3 Trinn 3-5 - Identifisere temaer

Ifølge Braun & Clark (2017) skal man i disse trinnene sortere de forskjellige kodene i potensielle temaer, og samle de relevante kodede datautdrag innen de identifiserte temaene. Dette ved å analysere kodene og hvordan de forskjellige kodene kan kombineres. Noen innledende koder kan fortsette med å danne hovedtemaer, andre kan danne undertemaer og andre kan forkastes. Data innenfor samme tema skal henge sammen meningsfullt, samtidig som det skal være tydelige og identifiserbare skiller mellom temaene. Videre anbefaler de å kode eventuelle tilleggsdata innen temaet som har manglet fra tidligere kodingsfaser. Behovet

for omkodning av datasettet må forventes, da koding er en pågående organisk prosess. Til slutt definere og avgrense temaene som skal presenteres i analysen (Braun & Clarke, 2017).

Gjennom å se kodene i sammenheng, fikk jeg identifisert noen tema som gikk igjen i datamaterialet. Etter hvert som jeg jobbet med materialet, endret kategoriene seg ved at jeg flyttet på tekst, kuttet tekst eller at man la til tekst. Dette var en dynamisk prosess, hvor jeg følte at jeg fikk mer og mer oversikt desto flere ganger jeg leste gjennom datamaterialet. Det var også enklere å se hva som var relevant jo mer jeg jobbet med datamaterialet. Etter hvert så jeg at jeg fikk flere temaer som jeg delte inn i undertemaer for å få en bedre oversikt, som igjen dannet utgangspunkt for videre analyse og tolkning av data.

Under analysearbeidet så jeg at jeg måtte gjøre noen endringer ved å kutte ut noen tema som ble oppfattet som overflødig, og ha mindre betydning for å besvare forsknings spørsmålet. Underveis i prosessen valgte jeg å gå tilbake til materialet for å innhente relevant tekst som jeg ikke hadde ansett som viktig hittil i prosessen. Dette datamaterialet ble allikevel viktige senere i analyseforløpet.

Noe av teksten passet egentlig innunder flere tema, jeg plasserte dermed teksten der jeg mente den passet best, mens noen av temaene har blitt brukt flere steder bare med ulik vinkling og betydning.

Tabell 4 under viser det jeg har kommet frem til av tema og undertema fra analyseprosessen.

Tema 1	Tema 2	Tema 3
Standardisering og profesjonelt skjønn	Ressurser	Kommunikasjon og tillit
a) Overlevering til medisinsk akutt team (MAT)	a) Tid, rom og personell	a) Muntlig
b) Aktivering av medisinsk akutt team (MAT) profesjoner	b) Ivaretagelse av taushetsplikt	b) Skriftlig

3.5.4 Trinn 6 - Skriveprosessen

Rapportering eller skriving er siste steg i analysen. Rapportering av data er å innse at noen av dataene kanskje kommer til kort, eller at teksten må skrives om igjen flere ganger før man blir fornøyd. Noen av dataene viser seg kanskje ikke å være så aktuelle som først antatt (Braun & Clarke, 2017). Jeg erfarte at data som først virket sentrale ble stående litt alene og kanskje ikke var så viktige var så interessante som først antatt. Jeg måtte redusere datamaterialet i flere omganger, og omstrukturere teksten gjentatte ganger. I min oppgave har jeg flyttet tekst frem og tilbake underveis. Det opplevdes også til en viss grad behov for å slå sammen noen av delene som ble besvart flere steder i oppgaven.

3.6 Ethiske betraktninger

Malterud (2011) fremhever viktigheten av å redegjøre for egen forforståelse som forsker. I begrepet forforståelse ligger de erfaringer, den kunnskapen og det faglige perspektiv man bringer med seg inn i temaet som utforskes (Malterud, 2011).

Kjennskap til informantene og arbeidsoppgavene deres kan være en fordel. Kunnskap om forskningstemaet kan være med på å klargjøre mer konkrete spørsmål og strukturere dem mer etter tema enn dersom man har mindre kunnskap om forskningstema (Kvale et al., 2015). Som ansatt i stillingen som fagutvikler i ambulansetjenesten har jeg en forforståelse for emnet, og kjenner derfor også til informantene fra tidligere. Fordelen er at jeg kan ta med meg denne erfaringen inn i intervjuene og lettere kan forstå informantenes virkelighet og dermed unngå feilslutninger og misforståelser. Ved at jeg hadde kjennskap til tematikken, miljøet, kulturen og terminologien kunne jeg lettere stille oppfølgings spørsmål, eller vinkle samtalen i en annen retning dersom informanten ikke holdt seg til tema. En ulempe kan være at kjennskap til meg fra tidligere gjør at noen vegrer seg for å være ærlig når de blir intervjuet. Det kan også tenkes at noen vil være tilbakeholdne i intervjusituasjonen, siden jeg har en rolle i opplæring og sertifisering av de ansatte. Det var derfor viktig for meg å være tydelig på hvilken rolle jeg hadde når jeg intervjuet informantene. Jeg informerte at jeg intervjuet informantene som forsker på høgskole og ikke i form av stillingen min som fagutvikler. Jeg valgte i den forbindelse å møte informantene sivilt kledd, og ikke i uniform med distinksjoner som kan forsterke avstanden mellom meg og informantene.

Det at intervjuene er gjort i egen organisasjon vil alltid kunne påvirke resultatene. Ingen forsker kan ifølge Jacobsen (2015) være helt nøytral, selv om dette er idealet. Det er heller

ikke alltid forskere er klar over sin påvirkningseffekt. Dette prøvde jeg å ivareta ved å ha fokus på å skape trygghet, tillit og lav terskel for å stille spørsmål dersom ting var uklart. I tillegg ga jeg god informasjon før jeg startet intervjuet.

Det at jeg hadde en forforståelse for tema kan være med på å stille ledende spørsmål, eller at jeg er forutinntatt og kan forskuttere svarene. Intervjuguiden var til hjelp for å sikre at intervjuet ikke ble mer formet enn det som var nødvendig for å innhente informasjon fra informantene. Det er viktig at forsker er åpen og nysgjerrig på nye fenomener. Dette viser at forkunnskap er komplekst og at det er krav om å være forutsetningsløs og at man ikke er farget av tematikken for å få frem nye sider (Kvale et al., 2015).

Opplevelsen rundt gjennomføring av intervjuene var positiv på den måten at jeg erfarte at informantene var engasjerte og svarte oppriktig på de spørsmålene som ble stilt.

Sykehuset som studiet ble gjennomført ved, har retningslinjer for forskning.

Forskningsavdelingen informerte om at så lenge det er anonymiserte data som ble benyttet, var det ikke behov for ytterligere godkjenning fra personvernombudet. Jeg avklarte med leder av prehospital avdeling og leder av akuttmottaket at intervjuene kunne foregå på arbeidssted.

Jeg søkte Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) om godkjenning for å benytte taleopptak, og fikk det innvilget. Jeg benyttet Nettskjema-diktafon som er en diktafon-app for opptak av lyd på smart-telefon, utviklet ved Universitetet i Oslo. Lydfilene sendes kryptert til Nettskjema (Universitetet i Oslo) som er en tjeneste som er tilgjengelig for andre utdanningsinstitusjoner gjennom Feide-innlogging.

Det er viktig at informantene blir informert skiftelig før de samtykker til å delta. Informantene fikk informasjon om at det var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet (Vedlegg 2). Ingen av informantene har ønsket å trekke seg i dette prosjektet. God informasjon om konfidensiell behandling av materialet ble gitt. Å sørge for at informanten ikke blir gjenkjent er viktig å ivareta igjennom hele prosessen. Dette er ivaretatt så godt som mulig ved å anonymisere informantene i presentasjonen av datamaterialet. Jeg har derfor valgt å utelate noe av datamaterialet på bakgrunn av at det kunne vært mulig å gjenkjenne informanten ut fra informasjon som kom fram. For å ytterligere redusere risikoen for at informantene skal bli gjenkjent, har jeg også valgt å ikke ta med alderen til informantene.

I forbindelse med gjennomføringen av intervjuene var jeg bekymret for bruken av taleopptak både i forhold til at informantene skulle synes at dette skulle være uvant eller ubehagelig, men

også for å gjøre tekniske feil selv. Den største bekymringen var å slette intervjuer eller gå glipp av deler av det. Det kan tenkes at noen syns det er ubehagelig at det benyttes båndopptager i intervjuet, uavhengig av hvor flink man er til å informere i forkant. Ingen av informantene hadde spørsmål eller betenkeligheter med opptakene. I tråd med retningslinjer fra NSD blir alle opptakene slettet ved sluttdato for prosjektet. Alle informantene er anonymisert i transkriberingsprosessen og intervjuopptak og transkriberinger blir lagret adskilt.

3.7 Metodekritikk

Ved gjennomgang av datamaterialet, kom det frem at flere informanter mente at erfaring og utdanning var en faktor som kunne påvirke kvaliteten på overlevering fra ambulanse til akuttmottak. Flere informanter mener at det ofte er vanskeligere for de med mindre erfaring å gi en god rapport, og identifisere hva som er viktig informasjon i overleveringen. I ettertid ser jeg at minimumskravet kan ha begrenset studien. Minimumskravet som ble satt for denne studien medførte at nyutdannede og de med mindre erfaring ble utelukket fra utvalget og dermed ble ikke dette belyst. Ved å ha åpnet opp for bredere utvalg av informanter, så kunne jeg ha fått belyst problemstillingen med hvordan de med minst erfaring opplever overlevering til akuttmottaket.

3.7.1 Validitet

Kvalitativ forskning viser til flere fremgangsmåter for å vurdere validiteten (Kvale et al., 2015; Maxwell, 2013), men de har en fellesnevner som ligger til grunn nemlig kjernespørsmålet: *Hvorfor skal noen tro at forskningsfunnene er riktige?* For å svare på dette må man lete etter trusler mot validiteten, og designe et forskningsprosjekt som tar høyde for disse truslene. Validitet handler om hva man gjør for å ivareta sannheten gjennom hele forskningsprosessen (Kvale et al., 2015; Maxwell, 2013). For å sikre validiteten gjennom forskningsprosessen, har jeg validert min studie og konkludert opp mot teori og andre lignende studier.

Validitet er sikret gjennom en strukturert og reflektiv analyseprosess. Reliabilitet er sikret gjennom transparens og åpenhet i analyseprosessen. Jeg har redegjort for min rolle i kapitlet «etiske betraktninger», hvilke informanter som inngår i studien, hvilke analytiske begreper og metode som er benyttet.

Jeg har vurdert studien kritisk ved å se på flere områder. Dette har jeg gjort for å se om jeg kan ha utelatt noe som burde vært tatt med eller blitt fjernet. Jeg vurderte også underveis om

jeg hadde oppfattet deres svar riktig, dersom jeg var i tvil stilte jeg oppfølgingsspørsmål. Jeg har også vurdert om informanten har gitt meg riktig informasjon, og jeg har ikke noen grunn til å tvile på at de ikke har gitt meg svar utfra hvordan de erfarte de ulike spørsmålene som ble stilt. Jeg etterspurte også et utvalg på 10 informanter for å ta høyde for at jeg skulle få nok data til å klare å besvare problemstillingen min innenfor den tiden jeg hadde til rådighet til studiet. Jeg har reflektert over om jeg har stilt ledende spørsmål. Dette var jeg bevist på ikke å gjøre i forkant, men man vil aldri kunne være sikker på at man ikke gjør dette underveis. Det samme gjelder betydningen av innholdet i spørsmålet, man kan heller aldri være sikker på hva man legger i betydningen av ulike begreper. Det kan ha både fordeler og ulemper med å jobbe i feltet. Det ene er at man vil ha en større forståelse av hva som menes med de ulike begreper. En annen ting kan være at man over analyserer og legger mer i betydningen av begrepet enn den som presenterte sin mening. Ved å være bevist på dette underveis har jeg ingen oppfatning at dette har hatt en påvirkning i denne studien.

I denne studien ønsket jeg å få vite hvilken erfaring informantene hadde med samarbeid i overlevering av pasient i akuttmottaket, og dette fikk jeg svar på. Dataene kommer fra informanter som er i aktivt arbeid med pasientkontakt og overlevering som en stor del av sin arbeidshverdag. Jeg mener at utvalget var riktig for å besvare problemstillingen min. Informantene som deltok i denne studien, hadde bred erfaring til å svare ut spørsmålene som skulle besvares. Jeg mener at det ikke er noen grunn til å tvile på resultatene som kom frem i studien. Dette sier jeg på bakgrunn av at jeg har hatt oppdaterte informanter som kilde og jeg har vært nøye i prosessen med koding og fortolkning av data. Jeg kan allikevel ikke være helt sikker på at ingen ytre ting har påvirket eller feiltolket enkelte utsagn. Ved å la informantene lese igjennom transkriberingen og analysen kunne jeg fått kvalitetssikret data og analysen. Dette ble ikke gjort, men jeg benyttet i stedet oppsummeringer og oppklarende spørsmål underveis i intervjuene for å forsikre meg om at jeg hadde forstått og fått med meg nyansene i det de formidlet.

3.7.2 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg redegjort for metodisk valg, hvordan jeg har jobbet i forbindelse med forskningsprosjektet og hvordan jeg har analysert funn. Jeg har valgt å trekke frem ulike refleksjoner og vurderinger jeg har måttet forholde meg til med tanke på at jeg har intervjuet informanter fra egen arbeidsplass. Det at man kjente til informantene fra før har gjort at jeg har måttet forholde meg bevist til validiteten og transparens i min forskning. I neste kapittel skal jeg presentere mine funn, som senere skal drøftes opp mot tidligere beskrevet teori.

4 Funn

I dette kapittelet skal jeg presentere funn etter å ha intervjuet totalt åtte informanter fra ambulansse og akuttmottak, henholdsvis fire informanter fra hvert sted. Gjennomsnittsalder på informantene var 43 år og de hadde gjennomsnittlig erfaring på 15 år. Gjennom et tematisk analysearbeid ble det identifisert tre hovedtemaer som skal være med på å besvare problemstillingen:

«Hvordan erfares samarbeidet om pasientsikkerhet mellom ansatte i ambulanssetjenesten og akuttmottak ved overlevering av pasient?»

Funnene vil i dette kapittelet være strukturert etter hovedtemaene: struktur og forutsigbarhet, ressurser og kommunikasjon og tillit

4.1 Struktur og forutsigbarhet

Struktur og forutsigbarhet viste seg å være viktige faktorer for en god overlevering. Når informantene snakket om dette brukte de eksempler fra overlevering til medisinsk-akutt team (MAT) som eksempel. Det å utløse en strukturert og forutsigbar overlevering er noe som starter allerede under transport på vei inn til sykehuset. Tidvis er det også behov for å forhandle med vaktsykepleier og medisinsk lege om aktivering av MAT.

4.1.1 Overlevering til medisinsk akutt team (MAT)

Samtlige av informantene mener at overlevering av pasient til MAT team fungerer godt. Flere informanter fra begge profesjoner sier at de skulle ønske man kunne bruke en forenklet variant av den strukturen man bruker når man overleverer pasient til MAT. Det at man forholder seg til en mal gjør at informantene føler seg mer forberedt og sikre på hvordan man skal forholde seg til hverandre ved en overlevering. Dette gjelder både for overlevering og mottak av rapport. Det fremkommer spesielt fra ambulanssetjenesten at de føler at de skjerper seg litt ekstra i overleveringssituasjonen når de avleverer pasient til MAT. Grunnen til dette er at de vet at rapporten blir lyttet til på MAT, og at det blir prioritert og avsatt tid til dette på MAT. En av informantene fra ambulansse påpeker at det i denne type overlevering blir rapportert direkte til lege som også er leder av teamet.

En informant sier:

«MAT team synes jeg fungerer veldig profesjonelt, og legen som er leder av teamet er profesjonell. De er interessert i å høre på rapporten din, og det fungerer godt så lenge man selv er forberedt med rapport. Man må bruke de siste minuttene ut av bilen til å

forberede hva man skal si. I tillegg dokumenteres den informasjonen som gis, som for eksempel hvor pasienten ble funnet, eller at pasienten har med seg mobiltelefon» (Ambulanse 4).

En annen informant sier:

«Overlevering til MAT er mye mer profesjonelt, for der står alle og hører etter. Da gjør man ingen ting før man har fått rapport og så begynner man å jobbe etter ABCDE prinsippene» (Akutt 5).

Den tredje sier:

«Ved overlevering til MAT team får ambulansen den tiden de skal ha for å presentere pasienten sin, og at alle hører på det som blir sagt. Denne type overlevering har ikke vært bra før, men nå er organiseringen mye bedre (Akutt 8).

De fleste informantene presiserer under intervjuene at det som skiller MAT overlevering fra annen ordinær overlevering er systematikken og strukturen på overleveringen. Det blir også hevdet at ambulanspersonellet og medlemmene av MAT teamet er mer skjerpet og strukturert når pasienten er dårlig. Informanter fra akuttmottak sier at strukturen på overlevering blir påvirket dersom pasienten ikke er så dårlig som først antatt.

Ambulanspersonellet påpeker at en av grunnene til dette kan være at pasienten ofte får bedring under transport. Dette blir påpekt som viktig opplysninger for mottagende personell. Det fremkommer at den stillheten som vanligvis er tilstede ved MAT overlevering, kan falle bort dersom pasienten er friskere enn først antatt.

En informant fra akuttmottaket uttaler følgende:

«Det blir litt mer sånn hulter til bulter med stabile pasienter. Med en gang det ikke er noe livstruende blir det mer avslappet stemning, og kanskje mye av informasjonen faller bort» (Akutt 6).

Flere informanter fra begge profesjoner trekker frem viktigheten av at det blir trent jevnlig på denne type overlevering sammen med ambulanspersonellet. Økt fokus på felles opplæring, trening og simulering mellom de ulike profesjonene som samarbeider ved MAT overleveringer har blitt bedre den senere tiden. De mener at økt fokus på overlevering til MAT team har medført at overleveringen har blitt mer strukturert. Fra informantene sin side er samtlige kjent med denne type simulering, og flere av informantene har også deltatt på simulering. En av informantene fra ambulansetjenesten sier følgende:

«På MAT overlevering synes jeg vi har blitt mye bedre i forhold til at vi får mere trening og at de står klare når vi kommer. De hører på rapporten vår uten for mye spørsmål og avbrytelser. Pasienten er i fokus» (Ambulanse 1).

Når akutt dårlige pasienter skal tas imot på MAT team mener de fleste informantene fra begge profesjoner at strukturen og bruken av undersøkelsesmetodikken ABCDE som er den viktigste suksess faktoren for at det blir en strukturert og god overlevering. Det at man overleverer etter den samme strukturerte måten hver gang, gjør at overleveringen blir mer enhetlig uavhengig av hvem som utfører overleveringen. Ved at man standardiserer måten å overlevere pasienter på, gjør at pasienten får en raskere og mer enhetlig undersøkelse og behandling. Det at både ambulanspersonellet og MAT teamet jobber utfra undersøkelsesmetodikken ABCDE, gjør at kommunikasjonen i all hovedsak senteres rundt dette. En informant sier:

«Overlevering til MAT team er mye bedre for da følger man en liste som man har trent på, og det fungerer stort sett alltid» (Akutt 8).

En annen informant sier:

«Det er veldig slavisk og ryddig rapport etter ABCDE prinsippene, så forflytter man pasienten etter det» (Ambulanse 2).

Triageringssystemet Retts – og verktøyet Retts er en annen form for struktur som både ambulanspersonell og akuttmottak bruker til triagering av pasienter. Ulik oppfatning av bruken av denne type retningslinjer kan være med på å skape uenighet om prioriteringer ved overlevering. Dette viser at struktur også kan være med på å hemme samarbeid om overlevering av pasient.

Det er tydelig at informanter fra ambulans og akutt ikke har samme oppfatning av bruk av triageringssystemet Retts. Informantene fra ambulansetjenesten hevder at de ofte opplever at akuttmottaket mener at ambulansen har triagert feil, og at pasienten burde vært levert på legevakt eller hos fastlege. Noen sykepleiere i akuttmottaket hevder at ambulanspersonellet ikke har kunnskap nok til å gå utover triagerings systemet og derfor fyller opp akuttmottaket med pasienter som sykepleieren i akuttmottaket mener ikke skulle vært på sykehuset en gang.

Kommunikasjonen rundt Retts er til tider utfordrende mellom ambulanspersonell og akuttmottak på grunn av ulik oppfatning av hvordan standardiseringsverktøyet Retts skal brukes. En informant sier:

«Ambulansepersonellet bruker Retts feil eller som en unnskyldning. Det personlige skjønnet til ambulansepersonellet forsvinner helt i bruken av Retts. De bare låser seg til Retts og så har de ikke kunnskap til å gå utenfor heller, så det er heller manglende fagkunnskaper. Man har ikke noen annen begrunnelse enn akkurat det man måler i Retts. Det går ut over de dårlige pasientene fordi vi bruker ressurser på dem som ikke skulle vært her eller burde hatt vurdering av en lege først» (Akutt 8).

Standardiseringsverktøyet Retts som altså er ment som et hjelpemiddel for å definere hvilket behandlingsnivå pasienten trenger. Her fremkommer imidlertid at standardisering blir oppfattet som en begrensning for samarbeidet i overlevering av pasient. Dette ender med diskusjoner og/eller konflikter om hvilket leveringssted som er det mest riktige for pasienten. Begge mener å ha retten på sin side. Ambulansepersonellet mener ha fulgt retningslinjene for bruken av Retts og sykepleiere som kanskje har videreutdanning og mer erfaring, mener at ambulansepersonellet burde skjönt bedre. Dette viser at sykepleiere ikke forholder seg til Retts, men bruker egen kompetanse for å vurdere hvor dårlig pasienten er.

4.1.2 Utfordringer med aktivering av MAT

Funn viser at det er en bred enighet blant informantene om at MAT team fungerer når man først får aktivert dette teamet. For å aktivere denne type mottak må ambulansepersonellet konferere med en vaktansvarlig sykepleier (VAS) i akuttmottaket, som har ansvar for å koordinere logistikken til enhver tid. De må i hvert enkelt tilfelle sette ambulansepersonellet i kontakt med en vaktansvarlig medisinsk lege som tar beslutning om MAT skal aktiveres eller ikke. Samtlige informanter fra ambulanse mener aktivering av MAT team til pasienter ambulansepersonellet anser som så dårlige at de trenger MAT mottak, kan være utfordrende. Problemet med å aktivere MAT oppstår når man melder inn pasient til VAS som enten tar beslutning om MAT er greit eller setter over telefonen til lege i akuttmottaket. Informantene sier at det er personavhengig om man får MAT eller ikke. En av informantene hevder følgende:

«Vi melder pasienten til skrankesykepleier med vitale parameter sånn og sånn og avslutter med at vi ønsker MAT team. Når vi skal overlevere pasienten er det allikevel ikke slått alarm for MAT team. En gang var det legen som hadde stoppet det til tross for at pasienten var svært dårlig og oppfylte flere kriterier for å få et slikt mottak. Da jeg prøvde å ta opp dette med legen i etterpå, sa han bare at det er jeg som bestemmer og ferdig med det» (Ambulanse 1).

Flere informanter fra ambulansen viser til at det er tidkrevende å aktivere MAT alarm da man først må konferere med skrankesykepleier for så å konferere med medisinsk lege. Det er når pasientene er mest dårlige man har minst tid til å konferere. Akutt syke pasienter krever ofte mye behandlingstiltak. Det oppleves som en ekstra belastning å måtte forhandle om MAT, i tillegg til å behandle dårlig pasient. En informant sier følgende:

«Det er ikke hver gang man har tid eller hender til å sitte å konferere over lengre tid for de stiller ofte mange spørsmål. Når vi etterspør MAT team så er det på grunn av at pasienten er dårlig, og man har nok med å jobbe med pasienten» (Ambulanse 3).

En annen sier:

«Vi ringer inn og er helt klare på at vi ønsker MAT team. Da må sykepleieren i skranken ringe medisinsk lege for å få klarsignal for å utløse MAT team. Dette er tidkrevende for oss, da legen ofte vil snakke direkte med oss. Brått så er vi fremme på sykehuset og ingen ting er klargjort. Da blir vi stående å vente med en pasient som kanskje ikke er selvpustende engang» (Ambulanse 2).

Informanter som kjenner til skrankefunksjonen fra akuttmottaket beskriver at støy vanskeliggjør dialogen med lege for å aktivere MAT alarm. Legen er ofte opptatt med andre pasienter, og det kan derfor ta litt tid før han eller henne får frigjort seg. Skrankefunksjonen er plassert midt i akuttmottaket og mye støy forstyrrer oppgaven til skrankesykepleier. Uklar og hakkete sambandslinje påvirker også kommunikasjonen. En av informantene fra akuttmottaket sier følgende:

«Det er innimellom veldig vanskelig å høre på radio på grunn av dårlige linjer, og så kan det være forstyrrende elementer rundt. For litt siden fikk jeg meldt en MAT pasient hvor jeg skulle få tak i medisinsk bakvakt hvor det borres i akuttmottaket. Jeg hørte ingen ting. Vi har etterspurt vegger slik at vi ikke blir forstyrret av alt mulig» (Akutt 5).

Oppsummert er det altså enighet om at involvering av MAT team, fremmer samarbeid i overlevering av pasient mellom ambulanspersonell og akuttmottak. Grunnen til dette er at denne overleveringen er strukturert, forutsigbar og at man kan forberede seg på sine oppgaver i forkant. Det som vanskeliggjør dette samarbeidet er aktivering av MAT. Ambulanspersonell skal både behandle alvorlig syke pasienter, samtidig som de «forhandler» med sykepleier/lege om aksept for å få overlevere pasient til MAT team er utfordrende. Sykepleier

og lege ønsker mest mulig informasjon, mens ambulanspersonellet må prioritere å behandle pasienten eller bruke transporten til å få en avklaring på hvilken type overlevering pasienten skal få.

4.2 Ressurser

Funn viser at stor pågang av pasienter i akuttmottak medfører at det blir mangel på pasientrom, overvåkningsutstyr og personell til å ta imot pasienter ved overlevering. Samtidighetskonflikter oppstår hvor ambulanspersonellet må ta nye akutte oppdrag og derfor ta forhastede overleveringer. Kort kjøreavstand til sykehus kan påvirke overlevering mellom ambulanspersonell og sykepleiere, ved at man har liten tid til forberedelse for begge parter. Videre uttrykte informanter fra både ambulans og akuttmottak at mangel på resurser og tid, kan påvirke ivaretagelse av taushetsplikten til pasienten.

4.2.1 Mangel på tid

Samtlige informanter beskriver at mangel tid påvirker måten de overleverer pasienter på. Hvordan dette påvirker hver enkelt informant er situasjonsavhengig og personavhengig. Funn viser at erfaring og utdanning påvirker hvordan den enkelte håndterer dårlige pasienter og samtidig tidspress. Informanter fra begge grupper mener kort kjøreavstand gjør at ambulanspersonellet har mindre tid til både pasientbehandling, innmelding til akuttmottak og dokumentasjon. Mangel på tid i akuttmottaket påvirker planlegging og logistikk for å kunne rydde plass og frigjøre personell til å ta imot pasienten som kommer til akuttmottak. En av informantene sier:

«Det er ikke alltid man har tid til å finne ut så mye om pasienten. Har egentlig stor forståelse for det også, for mange henter dere jo like borti høgget her» (Akutt 7).

En annen informant sier følgende:

«Akuttmottaket ønsker en tidlig tilbakemelding, og aller helst 10 minutter før vi kommer til sykehus. Jo tidligere vi får meldt inn jo bedre er det, men det er ikke bestandig vi har lang kjørevei til sykehus. Da kan dem ikke regne med at vi får varslet 10 minutter før ankomst når transporten ikke tar mer enn 5 minutter» (Ambulans 3).

Når man har kort kjøreavstand inn til sykehus, må ambulanspersonellet noen ganger prioritere hva som er mest nødvendig å undersøke og behandle før man ankommer sykehuset. Dette betyr at man må prioritere det viktigste først, og deretter gjøre det man rekker. Ambulanspersonellet opplever det frustrerende at ansatte i akuttmottaket ikke alltid har

forståelse for at man ikke har så mye informasjon om pasienten. Det er vanskelig å skaffe opplysninger fra en bevisløs pasient, og de etterspør informasjon som det ikke er mulig å finne ut av. Flere informanter fra begge grupper mener at hospitering hos hverandre kunne økt forståelsen for hverandres arbeidsoppgaver. En av informantene sier:

«Det tar veldig mye tid å melde pasienten inn til skrankesykepleieren (VAS) i akuttmottaket. De må skjønne at når vi sitter baki, så har vi ikke bestandig tid til å sitte å prate med dem. Vi har jo en pasient vi skal ordne med også» (Ambulanse 3).

En annen informant sier:

«Helt ærlig syns jeg at vi skulle hospiteret hos hverandre slik at vi kan se hverandres yrkesroller. Det er noe med å stå ute i grøfta å jobbe og se hvor lett det er å legge inn nåler i minus 15 grader» (Ambulanse 4).

Mangel på ressurser i akuttmottaket kan påvirke måten man kommuniserer med hverandre på. Det kan være både nonverbalt og verbalt. Forholdene i akuttmottaket blir beskrevet som kaotiske spesielt fra ambulanses sin side. De opplever å lete etter sykepleier for å få overlevert pasient, og dette tar ofte lang tid. Det blir også beskrevet at sykepleier ikke alltid har tid til å høre på rapport ved overlevering av pasient, og at tonen kan bli skarp og irritert fra både ambulanses og akuttmottak. Jevnlige oppstår konflikter i overleveringssituasjoner mellom ambulansespersonell og akuttmottaket. Det blir referert til situasjoner hvor dette blir gjort over hodet på pasienten. Informanter fra ambulansen sier at nonverbal kommunikasjon som himling med øyner, og mimikkløse sykepleiere i akuttmottak ikke motiverer til god kommunikasjon eller samarbeid. En av informantene beskriver følgende:

«Jeg føler at akuttmottaket er så overbelastet, at når jeg kommer inn med pasient og de har dårlig tid, så blir de irriterte og sinte ikke sant. De viser med hele kroppsspråket at denne rapporten har de ikke tid til å høre på. Da kjenner jeg at det går en liten faen i meg også, og da tar jeg bare det viktigste og så driter jeg i resten. Dette går til syvende og sist utover pasienten» (Ambulanse 2).

En annen sier:

«Noen mennesker er jo bare stressa mennesker, og da blir det vanskelig. Det får man jo litt tilbakemelding på innimellom, at det er vanskelig å få overlevert pasienten. Jeg syns stort sett at det går greit, men det er avhengig av at man har tid og kapasitet» (Akutt 5).

Det blir hevdet at strukturen på overleveringen blir påvirket når det er mangel på tid og flere samtidighetskonflikter i akuttmottaket. Det er variasjon blant informantene på hvilken informasjon de synes er viktigst ved overlevering av pasient. Informantene ser ut til å ha ulik praksis på hvilken informasjon de prioriterer først og sist, avhengig av hvor man overleverer pasienten og til hvem sykepleier man leverer til. Flere informanter fra akuttmottak sier at når det blir for mange pasienter i akuttmottaket i forhold til sykepleier resurser blir det en større belastning for de ansatte og at de får mindre tid til hver enkelt pasient. Dette medfører at ambulanspersonellet ofte må vente før man får gitt en rapport ved overlevering av pasient. Flere fra akuttmottaket ønsker seg en prosedyre som er tydelig på hva man skal gjøre når antallet pasienter overskrider et visst nivå. Flere informanter fra akuttmottak mente at den viktigste informasjonen i en overlevering med mangel på tid, er hva som avviker fra det normale. En av informantene mener følgende:

«For meg er det vitale målinger, om pasienten er våken og orientert som er det viktigste å få vite. Videre er det hva som svikter mest hos pasienten, og hva er prioritert å ta tak i først. Noen ganger oppleves overleveringen litt forhastet. Som om man bare legger pasienten over i sengen, kaster ut noen vitalia og så går man. Det er litt frustrerende» (Akutt 6).

En annen sier:

«Ambulanspersonellet har en forventning om alltid å bli mottatt, og at de har første prioritet, man har iallfall en følelse av det. Da må man begrunne det og si at de bare må vente. Når du forteller dem at du holder på med en dårlig pasient, så respekterer de det» (Akutt 8).

Samtlige informanter referer til at mangel på tid kan føre til utfordrende kommunikasjon, og at mangel på ressurser er en av de hyppigste årsakene til at konflikt ved overlevering av pasient fra ambulanse til akuttmottaket.

4.2.2 Personell og materielle ressurser

Det er bred enighet blant informantene om at mangel på senger, rom og overvåknings utstyr oppleves som belastende ved overlevering av pasient. De påpeker at overlevering på korridor er utfordrende fordi man ikke har overvåkningsutstyr eller mulighet til å dokumentere den muntlige overleveringen elektronisk. I slike situasjoner blir overleveringen uforutsigbar for begge grupper av informanter. Det blir beskrevet at det går bort mye tid på å lete etter sykepleiere i akuttmottak, mens sykepleierne leter etter en ledig seng eller prøver å avslutte

den pasienten de allerede behandler. Mangel på senger, personell og utstyr gjør at man må prøve å finne andre løsninger for å overlevere pasienten på en best mulig måte. En av informantene sier følgende:

«Når jeg ikke kan ta imot pasientene på et vanlig rom, så savner jeg utstyr. Både for at det skal være bra for pasienten, og at man skal kunne komme i gang med det vi skal gjøre med en gang. I forhold til blodtrykk, puls og sånne ting. Vi mangler jo scoop på korridoren» (Akutt 5).

En annen sier:

«Det er jo klart at en overlevering på korridor er mye dårligere enn på akuttrommene. Men nå har jeg opplevd at dårlige pasienter som er blitt lagt på korridor, med tragiske følger for pasienten. Det er ikke noe tvil om at de får en dårligere behandling de som havner på korridor, enn de som havner på akuttrom. Det er det ingen tvil om» (Ambulanse 3)

For å unngå belastningen med overlevering på korridor blir det påpekt fra både ambulanse og akuttmottak at man skulle hatt flere store rom der det var plass til flere pasienter, i tillegg til enkeltrom. Dersom man hadde hatt flere rom der det var plass til flere, hadde man sluppet å ha pasienter liggende spredt utover sengeoppstillingsplass og i korridor. En av grunnene til at flere synes overlevering til de ulike teamene i akuttmottaket fungerer godt er at da er det flere resurser som tar imot pasienten. Det at noen starter med å koble opp utstyr på pasienten, mens en kan ta imot rapport mener flere av informantene fra akuttmottaket er en fordel. En informant sier følgende:

«Jeg synes en god overlevering er når vi i mottaket kan være to sykepleiere. Da er det en som kan se på pasienten med en gang han kommer inn, og så kan jeg snakke med ambulansepersonellet som overleverer rapport. Det spiller en rolle om man er en eller to» (Akutt 5).

En annen av informantene sier følgende:

«Det gjør det mye lettere at vi er to sykepleiere i overlevering av pasienten. På akuttrommet er det litt rausere med ressurser fordi pasientene ofte er dårligere da. Det er mye prosedyrer og sånn som skal gjøres, men det er jo det på enkeltrommene også. Jeg føler at man oftere er to i mottak på akuttrommet enn her inne på enkeltrommene» (Akutt 7).

Flere informanter fra begge grupper beskriver at akuttmottaket er for lite og påpeker behov for å utvide akuttmottaket slik at man får nok plass til å håndtere pasientstrømmen som kommer inn til akuttmottaket. Sykehuset forøvrig er også veldig ofte fullt. Dette påvirker pasientflyten fra akuttmottaket ved at pasienter som er avklart ikke får plass på andre avdelinger på sykehuset. Dette skaper økt belastning for alle parter og dette kan hemme samarbeidet om overlevering. Det blir også påpekt at nyutdannede leger bruker lengre tid på å avklare pasienter enn mer rutinerde leger, og de må ofte konferere med mer erfarne leger før de kan ta en beslutning. Økt belastning i akuttmottak kan påvirke pasientsikkerheten ved at pasienten må vente lengre på avklaring.

En informant sier:

«Hvis jeg skulle ha ubegrensede ressurser, så måtte akuttmottaket og ambulanse fått tilført større ressurser. Sånn sett er det et kjempeproblem at vi ikke har ressurser til den store pasientflyten vi som vi har» (Akutt 8).

Funn viser at overlevering på korridor ikke bare er negativt, men at dette også kan være bra for pasientsikkerheten. Det viste seg til og med at overlevering på korridor kunne oppleves som mer pasientsikkert. En av informantene fra akuttmottaket hevdet at når det er mangel på ressurser er det bedre å ha pasient på korridor enn lengst borte i korridor inne på et pasientrom. Begrunnelsen for dette er at når det er mangel på ressurser i akuttmottaket, vil det som oftest være langt mellom hver gang ansvarlig sykepleier har tid til å se til pasienten. Dersom pasienten blir liggende på korridor får sykepleier sett til pasienten hver gang han/hun beveger seg frem og tilbake i korridoren. Dersom pasienten ligger på enkeltrom kan det ta flere timer mellom hver gang pasienten får tilsyn.

En informant sier følgende:

«Jeg får oftere sett de pasientene som ligger på korridor, enn den stakkaren som ligger nederst i gangen på et av pasientrommene. Jeg sier ikke at det er gunstig at de ligger på korridor, for man har jo ikke mulighet til å overvåke pasienten der heller. Men man får iallfall sett på dem, når man flyr frem og tilbake i korridoren. Men det er jo ikke det at jeg ønsker at pasienten skal ligge på korridor, for det gjør jeg ikke» (Akutt 7).

Informantene fra ambulanser påpeker at mangel på pasientrom i akuttmottaket utfordrer ivaretagelsen av taushetsplikten. Dette medfører at man relativt ofte må ta overlevering på korridor, i skranken der skrankesykepleier sitter eller ved sengeoppstillingsplassen. Mangel på

skjerm Brett og plass gjør at pårørende og pasienter både ser og hører andre pasienter i akuttmottaket. Informanter fra akuttmottak ser ikke ut til å ha likestort fokus på dette.

En av informantene sier følgende:

«Hvis vi er heldig å få en seng i akuttmottaket er det stor sjans for at pasienten blir liggende der i mange timer, og da kan man få med seg mange personlige navn. Til tider må man stå foran skrankesykepleier og gi personlige pasientopplysninger. Men det jeg syns er ufint er når undersøkelsen av lege blir tatt på korridor der man må fortelle alt mulig rart. Det syns jeg er dårlig spesielt når det mange andre pasienter og pårørende tilstede» (Ambulanse 4).

En annen informant sier:

«Det er ikke alltid det er mulighet for et rom, men en seng bør iallfall være klar når vi kommer. Vi bør jo trekke oss litt vekk fra andre pasienter og pårørende i akuttmottaket for å bevare taushetsplikten. Det er ikke alltid det er mulighet for dette, og det føles ekstra ubehagelig når pasienten har lite klær på seg. Dette blir veldig trasig med alle som glaner og har ørene på stylder. Det er ingen verdighet i det hele tatt ved» (Ambulanse 1).

Informanter fra begge grupper hevder at det er utfordrende å finne plass der man kan skjerme seg i akuttmottaket, og samtidig hindre at andre pasienter eller pårørende hører hva som blir sagt. Det blir også påpekt at mangel på et egnet sted for pasientoverlevering kan true pasientsikkerheten ved at pasient, pårørende eller ansatte holder igjen sensitiv informasjon på grunn av at andre hører informasjonen som blir gitt. En informant beskriver følgende situasjon:

«Bare navnbåndet som blir festet på pasientens arm ved innleggelse er en utfordring for pasientsikkerheten. Pasienten må si høyt når de er født, og gjerne hører dem litt dårlig de vi henter fordi de er gamle ikke sant. Da roper pasienten tilbake og da hører jo alle andre pasientopplysningene» (Ambulanse 2).

En annen informant sier følgende:

«På korridor syns jeg aldri det er greit å ta imot pasienter i forhold til taushetsplikt. Jeg tilstreber at hvis det er mye folk og sånn at man heller går bort til skrankeområdet og heller tar rapport der. Det kommer nok litt an på hvor stresset man er selv, og om man husker det. Det tar jo ikke så lang tid å gå bort til skranken, slik at andre ikke hører

hva som blir sagt. Det bør jo ikke ha noe å si for rapporten man gir i forhold til at man havner på korridor. Man skal jo ikke holde noe tilbake uansett, da må man jo gå et annet sted for å snakke tenker jeg» (Akutt 7).

Informanter fra akuttmottaket hevder at arbeidsoppgaven for VAS blir enda mer overbelastet i akuttmottak når det er mangel på ressurser og stor pågang av pasienter og pårørende. Det er VAS som til enhver tid skal ha oversikt over hvem som skal ta imot pasienten og hvor pasienten skal overleveres. Mangel på ressurser påvirker også denne funksjonen med økt belastning av både telefoner, pasienter, behov for rom og personell. En av informantene sier:

«Når det er mye pasienter er det med på å gjøre ting enda vanskeligere. Brått så står det pårørende, eller en pasient med en urinprøve foran skranken. Du skjønner at dem vil noe, og du bryter jo taushetsplikten fordi du samtidig prater mye sensitiv pasientinformasjon på telefon eller samband. Samtidig er det noen som står og ser på deg, eller en pasient ligger foran deg fordi det er fult. Det er ikke allright» (Akutt 5).

Oppsummert viste funn at mangel på tid, personell, utstyr og samtidighet konflikt kan true pasientsikkerheten. Antall ressurser påvirker muligheten til å gi korrekt og utfyllende informasjon om pasienten og ivareta taushetsplikten. En informant påpeker det motsatte av alle andre informanter ved å mene at det er mer pasientsikkert å overlevere pasienten på korridor enn at man blir liggende på et pasientrom som man ikke har kapasitet til å gå innom på mange timer. Mangel på pasientrom kan true pasientsikkerheten ved at pasienter eller helsepersonell holder igjen sensitiv informasjon. Mangel på ressurser kan medføre at det oppstår etiske dilemma for ambulanspersonell og akuttmottak ved overlevering av pasient.

4.3 Kommunikasjon og tillit

Det siste temaet som viste seg å være viktig i en overlevering var kommunikasjon og tillit. Både nonverbal og verbal kommunikasjon påvirker en overlevering, i tillegg til skiftelig dokumentasjon. Tillit til hverandre og mellom ulike profesjoner har betydning for hvordan kommunikasjonen mellom profesjoner utvikler seg.

4.3.1 Den verbale og nonverbale kommunikasjonen

Flere informanter mener at en god overlevering er når man kommuniserer på en høflig og rolig måte. Samtlige informanter sier at overlevering av pasient fungerer godt i de fleste tilfellene, men at det er personavhengig hvordan en overlevering blir gjennomført. Funnet viser at akuttmottaket har en mer positiv oppfatning av kommunikasjon i overlevering, enn det

ambulanspersonellet har. Ambulanspersonellet ønsker at kommunikasjon i overlevering av pasient i akuttmottak kan forbedres. Både ambulanspersonell og akuttmottak har imidlertid en oppfatning om at hva man sier og gjør i en overlevering er viktig. En av informantene sier:

«Det skal være en høflig tone og man skal ta sin plass. Det er viktig å få overlevert informasjonen tidlig. Hvis det er mye bråk og tull, så skal man ta sin plass og be folk om å tie ned og høre på rapporten» (Akutt 6).

En annen sier:

«Jeg tenker at gode egenskaper ved overlevering er at man lar pasienten være på båren mens man gir rapport. Ikke begynne å koble opp blodtrykk og sånn type ting før rapport er gitt. Rapport er jo like viktig som å koble opp» (Ambulanse 2).

Det å lytte til rapporten som gis er en faktor som nesten samtlige informanter trekker frem som en viktig faktor for muntlig overlevering. Informanter fra ambulans påpeker at de ikke er nok å bare lytte. Det forventes at mottakeren skal gi uttrykk for at de oppfatter og forstår hva som blir sagt. Informanter fra ambulans er opptatt av at når sykepleieren i akuttmottaket begynner å koble opp pasienten til utstyr, så blir de mindre fokuserte på rapporten som blir gitt. Ambulanspersonellet hevder at det er utfordrende å lytte når man skal gjøre flere ting samtidig. Flere informanter hevder at lytteferdighetene kan forbedres, dette gjelder informanter fra begge profesjoner. Følgende erfaringer fremkom fra datamaterialet:

«Man må ha evnen til å kunne lytte og høre på det som blir sagt og ta til seg kunnskapen selv om det til tider er hektisk. Det er viktig med tydelig kommunikasjon for oss som overleverer pasient. Det er jo en vesentlig ting at du klarer å ordlegge deg riktig i forhold til hva som er vesentlig for pasienten. Så da koker det vel ned til gode kommunikasjon og lytteferdigheter egentlig» (Ambulanse 3).

En annen sier:

«God overlevering forutsetter at man har god tid, grei kommunikasjon, og at man må være litt tålmodig. Man kan raskt bli litt rastløs, så man må ta seg tid til å lytte til ambulanspersonellet. De må få lov å åpne med å presentere pasienten sin» (Akutt 8).

Analysen viser at samtlige informanter fra ambulans mener at nonverbal kommunikasjon har betydning for overlevering av pasient. De hevder at personell i akuttmottaket til tider himler med øyner, har dårlig kroppsholdning, stemmebruk og de mener at ulike kommentarer påvirker kommunikasjonen ved overlevering av pasient. Flertallet mener at de fleste

overleveringer blir utført uten kommunikasjons problem og at det ofte er de samme personene som oppleves utfordrende å kommunisere med. Noen mener at erfaring fra tidligere overleveringer kan ha betydning for videre samarbeid. Dersom kommunikasjonen har vært dårlig før, kan dette påvirke kommunikasjonen ved neste overlevering av pasient. Flere informanter fra ambulanse hevder at dersom det har vært en dårlig tone når man melder pasient til VAS, er det lett for at dette kan gå utover den som tar imot pasienten i akuttmottaket. En informant sier:

«Jeg tror ikke pasienten føler seg velkommen på sykehuset når vi har hatt en god kommunikasjon under transport, man så klarer man ikke å kommunisere med den som skal ta imot pasienten. Det er jo ikke noe hyggelig det, ikke for noen, men heller ikke for pasienten. Neste gang man møter denne sykepleieren er man kanskje ikke så på tilbudssiden da. Vi har det travelt og de har det travelt, og da kan det bli snerpete både vi og de. Da blir det ikke noe hyggelig» (Ambulanse 1).

Det at man er sulten, sliten og lei etter å ha transportert og tatt imot mange pasienter på en vakt, kan ha betydning for hvordan kommunikasjonen mellom profesjonene blir ved overlevering. Begge profesjoner mener at det er mer utfordrende å ta imot den åttende pasienten på en vakt enn den første. Dersom man bare har ansvar for en pasient, kan man ha fullt fokus på overleveringen uten å bli avbrutt av samtidighetskonflikter.

En informant sier:

«Det er jo klart at kroppsspråk spiller en rolle for samarbeid og kommunikasjon. Har du en dårlig kroppsholdning, så skjønner vi jo at både vi og pasienten er uønsket. Innimellom står dem og himler med øya når vi gir rapport. Stemmebruk har også litt å si, men så har de bare sånn stemme. De blir oppfattet som sure og krasse, men så er de ikke det. Men de blir allikevel oppfattet som det, for de har en væremåte som gjør at de oppfattes som sure og krasse» (Ambulanse 3).

Flere informanter fra akuttmottak mener at muntlig rapport noen ganger uteblir. Mottagende personell står da uten noe informasjon. I beste fall finner de en skriftlig journal under hodeputen til pasient eller at ambulansepersonellet har levert denne til skrankesykepleier. Mangel på felles journalsystem gjør overlevering av dokumentasjon utfordrende. Det er tungvint og tidkrevende at ambulansepersonellet må springe ut og inn fra ambulansen for å skrive ut dokumentasjon til akuttmottaket. Det kan også være en fare for at papirjournalen ikke blir scannet inn på sykehuset. Samtlige informanter sier at det hadde vært en fordel om

den elektroniske pasientjournal til ambulansepersonellet kunne integreres i sykehusets journalsystem automatisk. En informant sier:

«Et eksempel er når en pasient bare blir tatt med inn til akuttmottaket, og blir lagt over i seng og ambulansepersonellet plutselig er borte og sykepleier har kanskje ikke fått med seg at pasienten har kommet. Eller så er det feil sykepleier som har fått rapport, og den informasjonen går ofte tapt. Så kommer lege inn og ikke aner hva status er eller hva det aktuelle er og må ta utgangspunkt i vitalia og tidligere journal for å danne meg opp en mening» (Akutt 6).

Flere informanter hevder at det er viktig for kommunikasjonen at det ikke blir brukt mye latinske faguttrykk som alle forstår betydningen av uavhengig av om man er lege eller lærling. Informanter fra begge profesjoner hevder at ulik erfaring, nasjonalitet og profesjon kan ha en viktig betydning for hvordan den muntlige kommunikasjonen praktiseres. Erfaring og utdanning ser også ut til å ha betydning for kommunikasjon mellom ambulansepersonell og akuttmottak i overlevering av pasient:

«Jeg hørte fra en sykepleier her om dagen at det var så mye dårlig i ambulansetjenesten og at det bare var noen få Paramedic som man kunne stole på. Å si det til en kollega som har hatt fagbrev i mange år, og aldri har kommet seg på Paramedic synes jeg er dårlig gjort, da skaper man dårlig samarbeid og klima. Noen ganger merker jeg også at nyutdannede sykepleiere ikke vet hvilken bakgrunn eller utdanning vi har. Når man skjønner at man har kjørt ambulanse fra før de var født, så får man en annen respekt. Men jeg ser jo at de som er nye og veldig flinke ikke får den respekten de skal ha» (Ambulanse 1).

En annen informant sier følgende:

«Det at jeg har så mye formell kompetanse fra før tror jeg taler til min fordel. Etter at jeg har kjørt i så mange år, så tror jeg at det helt klart er en profesjonskamp. Enten om man vil eller ikke, eller om den er skjult eller åpen. Jeg tror at de nyansatte i ambulansetjenesten kanskje har vanskeligere med å bli hørt i en rapport en de eldre. Jeg vil tro at dem har enn annen måte å gi rapport på, enn kanskje vi som har kjørt lenge. Det kan være vanskeligere for de nye å se hva som er relevant i en overlevering. Det er jo en kjensgjerning at jo bedre man kjenner hverandre jo bedre går samarbeidet» (Ambulanse 3).

Oppsummert viser funn at kommunikasjon i overlevering er viktig for at pasientsikkerhet skal kunne ivaretas. Et hektisk arbeidsmiljø der mangel på tid, ressurser kombinert med behandling og overlevering av pasienter kan påvirke kommunikasjonen mellom de ansatte. Det at man har en rolig og hyggelig tone når man kommuniserer er en fordel. Nonverbal kommunikasjon gjennom himling med øyner, mangel på lytteferdigheter og mangel på tilstedeværelse i en overlevering viser seg også å ha stor betydning for overlevering av pasient. Erfaring, utdanning og profesjon er også faktorer ser også ut til å påvirke hvordan man kommuniserer med hverandre i en overlevering.

4.3.2 Skriftlig dokumentasjon

Informasjonsutveksling i overleveringen skjer ikke bare gjennom muntlig rapport. Ulike dokumentasjonssystemer og praksis i overlevering spiller også en viktig rolle for hvordan overleveringen erfares. Strukturen på dokumentasjonen man overleverer viser seg å ikke være standardisert gjennom opplæring eller prosedyreverk, og det er ulik tolkning på hvordan dette blir utført fra informant til informant. Samtlige informanter fra ambulanse har laget sin egen måte å overlevere pasient på ved å bruke eget skjønn. Innhold og struktur er ulik, men inneholder mange av de samme elementene bare i en annen rekkefølge. Funn viser at samtlige informanter, uavhengig av profesjon sier at de ikke kjenner til prosedyrer eller retningslinjer på overlevering av pasient. De hevder at de heller ikke har fått opplæring i hvordan overlevering skal utøves, utover å ha blitt opplært av andre kollegaer og veiledere når man startet i stillingen sin. En informant sier:

«Nå skal jeg være ærlig å si at jeg har vel ikke akkurat lest meg opp på de prosedyrene. Men jeg antar at prosedyren medfører at man skal ha gjort ferdig en pasientundersøkelse, og at man skal ha triagert pasienten og fullført journal før ankomst sykehus» (Ambulanse 4).

En annen sier:

«Jeg kjenner ikke til noen prosedyrer for overlevering i hodet akkurat nå, men jeg har sikkert sett noen prosedyrer en gang. Jeg kan ikke huske å ha fått noen opplæring på det, men det kommer jo stadig noen prosedyrer man skal lese gjennom og som man skal kjenne til» (Akutt 7).

Funn viser at overlevering av pasient i akuttmottaket påvirkes av hvor i akuttmottaket overleveringen blir utført, og hvor mye det haster. Data viser at informantene har ulik praksis og at de vektlegger ulike elementer i dokumentasjon av pasient. Ambulansepersonellet mener

at den informasjonen som ikke blir skrevet ned av sykepleier eller fra ambulansepersonellet forsvinner underveis og kan true pasientsikkerheten. De uttrykte også at de opplever at sykepleiere ikke dokumenterer det som blir sagt ved overlevering, og at de har mest fokus på å koble opp pasienten til forskjellig utstyr. En informant sier:

«Jeg vet ikke hva sykepleier dokumenterer ved en pasientoverlevering for jeg gir bare fra meg journalen min, men jeg føler litt sånn at det jeg ikke skriver i journalen det kommer aldri med. Så hvis jeg bare sier at pasienten bor hjemme alene, og ikke klarer seg alene hjemme, så føler jeg at det ikke blir tatt med videre hvis jeg ikke skriver det i journalen» (Ambulanse 2).

Informanter fra akuttmottak hevder at flere ambulansepersonell bare kaster ut noe informasjon når de nesten er på vei ut døren. De sier at de bruker element fra den muntlige rapporten fra ambulanse til å dokumentere inn i journalen til pasienten i etterkant. Her ser det også ut til å være ulik praksis på hvordan den muntlige overleveringen dokumenteres av sykepleier i akuttmottak. En informant hevder:

«Alle ambulansejournaler skal jo bli scannet inn på sykehuset, men det er ikke alltid vi ser i de altså. Man ser jo mange ganger at man kan få rapport om noen ting og at noe blir glemt og sagt. Når man leser over rapporten, så kommer det frem andre ting også. Så jeg har tatt meg mer og mer i å lese gjennom det man skriver egentlig» (Akutt 7).

En annen informant sier:

«Jeg vet ikke hva dokumentasjonskravet til ambulansen er, men ambulansejournalen er jo ofte litt vag, ja litt tynn, og man får jo ofte mye annen supplerende informasjon muntlig. Så lenge informasjonen synker inn hos ansvarlig lege og sykepleier, så er det jo greit. Da blir det dokumentert på vår side. Ofte er det sånn, kommer frem til pasient, finner henne på gulvet, og begynner med vitalia, og så er det punktum. Deretter er det litt mer status i forhold til hva som har skjedd under transport. Ellers er det ikke så mye tanker om hva som har hendt, hva den utløsende faktoren kan være og hvem som er kontaktpersoner, og om noen har bevitnet dette» (Akutt 6).

En annen faktor som flere av informantene fra begge profesjoner mener har betydning for dokumentasjon og pasientsikkerhet er signering av pasientjournal. Informantene hevder at dette ble gjort før man innførte Elektronisk Pasientjournal (EPJ), og at dette var en sikkerhet for både personell og pasient ved overlevering. Informanter fra ambulanse hevder at de

relativt ofte må overlevere pasient til en annen sykepleier i akuttmottaket enn den som skal ha pasientansvaret. De hevder at de må gi rapport til skrankesykepleier som igjen gir rapport videre til ansvarlig sykepleier. Det er ingen av informantene som mener at dette er noe god løsning for kommunikasjon og pasientsikkerhet. Det kommer frem blant informantene at signaturen på pasientjournalen var med på å tydeliggjøre pasientoverleveringen på en enda bedre måte. Noen informanter fra akuttmottak hevder at de synes at det blir uoversiktlig i de situasjonene legen ser direkte på pasienten og enten sender pasienten på røntgen eller på avdeling. Informanter fra begge profesjoner hevder at direkte overlevering til lege har ført til flere uheldige situasjoner for pasientsikkerheten, ved at pasienten har blitt liggende uten tilsyn på grunn av kommunikasjons svikt. En informant sier:

«Den farligste situasjonen jeg har vært med på er når pasienten blir overlevert direkte til lege. Etter at legen har tilsett pasienten ble papirene lagt under hodeputen, og pasienten blir igjen i akuttmottaket og sendes ikke opp på avdeling. Det viste seg at pasienten hadde en stor blødning i låret og ble liggende på korridor i vaktskiftet. Det gikk mer enn 30 minutter før det ble oppdaget. Jeg synes det var mye bedre før med det gamle journalene der man måtte signere med navnet sitt når man tok imot pasientansvaret» (Akutt 5).

En annen sier følgende:

«Det jeg vet desidert best er at det skulle vært underskrift på journalen fra mottagende sykepleier og ambulanspersonell ved overlevering av pasient. Men dette har vel egentlig falt bort etter at vi gikk over til EPJ. For det kom etter en hendelse der de ikke fikk med seg at en pasient var avlevert som de prøvde å skylde på ambulansetjenesten at ikke vi gjorde jobben vår» (Ambulans 3).

Det fremkommer fra datamaterialet at samtlige oppfatter at overlevering og dokumentasjon blir løst på ulike måter og at man prioriterer på ulike måter. Pasienttilstrømningen endrer seg raskt i akuttmedisin og den er dynamisk. Samtlige informanter ønsker en mal på hvordan en overlevering skal gjøres. De mener at dette hadde vært enklere å forholde seg til, både for ambulanspersonellet og akuttmottaket. Overleveringen hadde blitt mer forutsigbar både for ambulanspersonellet som skal overlevere rapport, og for akuttmottaket som skal ta imot rapport. En informant sier:

«Jeg føler at alle overleverer og dokumenterer på ulike måter, men så skal det sies at man gir ulike rapporter i forhold til pasienttype også. Vi kommuniserer og

dokumenterer ikke de samme tingene på en skade som ved en infeksjonspasient. Hadde man hatt en mal for dokumentasjon så hadde man visst litt mer hva som kommer og hva som kreves av dokumentasjon. Det hadde vært fint for begge parter» (Ambulanse 2).

En annen informant hevder følgende:

«Vi har et veldig stort spenn på ulike diagnoser, men allikevel føler jeg at hvis vi hadde hatt en prosedyre på hvordan vi hadde gitt rapport, så hadde vi klart å omfavne ganske mange. Vi hadde klart å favne mange rundt en prosedyre tror jeg» (Akutt 7).

Flere informanter fra ambulanse hevder at de bruker journalen (EPJ) som en mal for dokumentasjon. De hevder at ikke alle felt som står der er like relevante for alle pasienter, men de syns dette er et godt hjelpemiddel til struktur. Flere informanter fra akuttmottaket hevder at de merker en klar forbedring på overlevering av rapport og dokumentasjon etter at ambulanse fikk EPJ. Den viktigste informasjonen for mottagende personell i akuttmottaket er hva som avviker fra normale verdier og det som blir skrevet i fri tekst feltet på ambulansjournalen. En sier:

«Strukturen på dokumentasjonen er grei. Det som er det viktigste for meg er friteksten, men ofte er den mangelfull. Det kan det være gode grunner til, som nærhet til sykehus eller at man har hatt utfordringer med pasienten. Noen ambulanspersonell velger da å si at de går ut og skriver ferdig journal, så kommer de inn og leverer den etterpå. Men da har de gitt en muntlig rapport først» (Akutt 8).

Deling av informasjon skjer ikke bare i overlevering fra ambulanspersonell til akuttmottak. Det kan også være fra akuttmottak til ambulanspersonell der pasienten gjerne skal til et høyere behandlingsnivå, som eksempelvis kan være et universitetssykehus. Da er det ofte lege som melder pasienten direkte til en annen lege enten via telefon eller andre elektroniske kommunikasjonsveier. Informanter fra ambulanse erfarer utfordringer med samarbeid og kommunikasjon på denne type overlevering. Flere informanter fra ambulanse erfarer at leger er tilbakeholdne med rapport. Ambulanspersonell opplever dette som om man bare er en transport enhet som skal frakte pasienten fra A til B. Dette gjør samarbeidet utfordrende både når man overtar pasienten, men ikke minst når man skal overlevere pasienten til mottagende personell. Dette samarbeidet skaper også utfordring i forhold til dokumentasjon under ambulansetransporten når man ikke har noen bakgrunnsinformasjon om hva som er blitt gjort

med pasienten, eller hvilke funn og observasjoner som er blitt gjort. Dette øker sjansen for at viktig informasjon glipper ved neste overlevering.

En informant sier følgende:

«Vi skulle hente en pasient som skulle til Rikshospitalet for å fiske ut en blodpropp. Legen stod og trippet ved vår ankomst å ba oss kjøre pasienten så fort som mulig videre. Vi spurte etter papirer, men fikk beskjed om at det trengte vi ikke, Rikshospitalet hadde det de trengte. Vi prøvde etterspørre en gang til, men fikk igjen beskjed om å kjøre til Oslo for det var det som var jobben vår. Det første legen i akuttmottaket på Rikshospitalet spør om er papirer. Vi svarer som det er at det har vi ikke, legen sa at vi ikke trengte. Så kommer bioingeniøren og spør om papir, og vi svarer det samme. Så kommer røntgenlegen og spør om papirer, og vi svarer at vi fikk beskjed om at vi ikke trengte papirer. Nei vel sier legen, da får vi se hva vi finner» (Ambulanse 3).

Ambulansepersonellet opplever det tidvis utfordrende å samarbeide med lege som har en høyre posisjon i hierarkiet. Legen utøver sin myndighet, og ambulanspersonellet opplever denne formen for samarbeid og kommunikasjon som en trussel for pasientsikkerheten. De har ikke tilstrekkelig informasjon til å behandle pasienten og dokumentere pasientopplysninger under transport. Dette kan også gå utover kvaliteten ved overlevering til neste ledd:

En informant sier:

«En ambulansarbeider må på mange måter bare akseptere beslutningen til legen så lenge man har prøvd å legge frem sin egen problemstillingen og man ikke får gehør for dette. Dette er ikke godt samarbeid eller kommunikasjon hverken overfor kollegaer eller over hodet på pasienten» (Ambulanse 3).

Informanten følger opp med et lignende oppdrag på samme vakt:

«Så får vi en ny tur fra legevakt med pasient med spørsmål om hjerneslag. Vi kjører pasienten til sykehus og samme nevrolog som (tidligere nevnt) tar imot pasienten. Legen spør etter papirer, nei dere har jo snakket med legevakt på telefon så du trenger vel ikke papirer? De fikk papirer, men de ble rare når jeg sa det. Da skjønnte de det. Så ja det er en konflikt» (Ambulanse 3).

I denne delen har jeg presentert hvordan muntlig kommunikasjon og skiftelig dokumentasjon påvirker overlevering av pasient mellom ambulanse og akuttmottak. Mangel på rapport og

journal kan gjøre en overlevering utfordrende for samarbeid og pasientsikkerhet. Mangel på dokumentasjon kan true pasientsikkerheten ved at mottagende personell ikke får viktige pasientopplysninger som er viktig for videre pasientbehandling. I de fleste tilfellene er det overlevering fra ambulanse til akutt, men i noen tilfeller er det også pasienter som blir overlevert fra akuttmottak til ambulanspersonell. Funn viser at både verbal og nonverbal kommunikasjon er viktig for samarbeid. Det er ulik praksis for dokumentasjon og rapport fra individ til individ uavhengig av profesjon. Det fremkommer også at kommunikasjonen mellom ulike profesjoner til tider kan være problematisk og dermed sette pasienten i fare. Funn viser at ansatte i akuttmottak og ambulanse ikke har fått noen enhetlig opplæring i overlevering av pasient, samt at de ikke kjenner til prosedyrer eller retningslinjer for dette.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte funn fra analysen opp mot relevant teori og tidligere forskning. Kapittelet er organisert på følgende måte: i den første delen drøfter jeg standardisering og skjønn, den andre delen omhandler ressurser og den tredje omhandler og kommunikasjon og tillit. Alle tre delene omhandler overlevering av pasient fra ambulanse til akuttmottak og tar for seg overordnede tema. Alle tre temaene påvirker hverandre og denne studien belyser dermed kompleksiteten knyttet til å ivareta pasientsikkerheten i denne type overlevering.

5.1 Struktur og forutsigbarhet

Det er, ifølge Kirkebøen (1999), en økende forståelse og enighet i forskningen om at skjønnsutøvelse i større grad bør støttes eller erstattes med enkle beslutningshjelpemidler som sjekklister og erfaringslogger. Det at beslutningsstøtte kan gi den struktur og forutsigbarhet som er nødvendig for å gjøre gode skjønnsmessige vurderinger kom også fram i min studie.

Samtlige informanter hevder at den mest strukturerte overlevering man har i dag, er overlevering til medisinsk akutt team (MAT). Denne type overlevering blir oppfattet som en strukturert, forutsigbar og profesjonell overlevering. Mine funn viser at overlevering til MAT blir utført etter strukturen ABCDE og at overleveringen utføres på samme måte hver gang. Samtlige informanter mener at denne type overlevering blir mer forutsigbar og standardisert, enn ordinær overlevering.

Flere tidligere studier viser til en mal for hvordan en overlevering skal utføres, og er et viktig element for å lykkes. De påpeker også at malen eller strukturen må tilpasses den type overlevering man står overfor, da overlevering kan variere og være mer spesifikk for en bestemt pasientgruppe (Behara et al., 2005; Lawrence et al., 2008; Thakore & Morrison, 2001; P. Turner, Wong & Yee, 2009; Paul Turner, Wong, Yee & Turner, 2009). Overlevering til MAT er en tilpasset overlevering for medisinske pasienter som er alvorlig syke. Mine funn ser ut til å samsvare med tidligere studier som omhandler bruk av mal ved overlevering av pasient, da også mine informanter opplever at struktur skaper forutsigbarhet og ro i overlevering av pasient til MAT. Overlevering til MAT er også tilpasset den medisinske problemstillingen til pasienten, dette samsvarer med tidligere forskning.

Funn viste at flere informanter fra ambulanse brukte mer tid på å forberede seg til MAT overlevering enn ved en ordinær overlevering. Majoriteten av informanter fra begge grupper opplevde denne type overlevering som mer profesjonell enn en ordinær overlevering. Faren ved å styre gjennom standardisering, planverk og prosedyrer kan være at den begrenser de

ansattes mulighet- og vilje til å utøve skjønn. Ved å velge det trygge og det som er innenfor de parameter som prosedyren beskriver, er en risiko for at man stoler for mye på planverket og prosedyrene slik at en risikerer å ikke få en optimal og individualisert behandling av pasienten (Weick, 1996). Dette kan forstås som at det optimale er dersom man klarer å balansere struktur og bruk av eget skjønn. Det at man i tillegg til struktur også bruker skjønn kan øke kvaliteten på overleveringen. Det at man har en struktur som ABCDE å forholde seg til, ser ut til å gi informantene en ro og forutsigbarhet i overlevering til MAT.

Informanter fra begge grupper mente at jevnlig simulering og trening i tillegg til struktur i overlevering til MAT, var en av suksess faktorene for denne type overlevering. En studie fra Israel viste til signifikante forbedringer i innhenting av pasientdata, vitale verdier med mer, etter implementering av en standardisert mal for overlevering i kombinasjon med simuleringstrening. Denne studien hadde ikke fokus på å undersøke om standardisering og simulering også hadde betydning for pasientsikkerhet (Berkenstadt et al., 2008). En Norsk metaanalyse evaluerte sykepleiere og sykepleiestudenter i forbindelse med simulering. Denne studien viser at simulering hadde en betydelig effekt sammenlignet med andre læringsstrategier (Hegland, Aarlie, Strømme & Jamtvedt, 2017). Thakore & Morrison hevder at det bør være opplæring i hvordan man skal utføre en overlevering. Molander & Terum (2008) mener at trening og erfaring også er nødvendig for å utvikle et godt faglig skjønn. At fagfolk selv uttrykker stor tro på eget skjønn, gir ingen grunn til å stole på skjønnets. En langt viktigere faktor som vi kan stole på er det faglige skjønnets. En type hjelpemidler som kan forbedre skjønnsmessig profesjonsutøvelse er sjekklister.

Slik jeg tolker det ser det ut til at samtlige informanter er positive til denne type trening og samarbeid om overlevering av pasient. Flere av informantene refererer også til at de ønsker seg en tilsvarende struktur for overlevering av alle typer pasienter i akuttmottak, også mindre kritiske pasienter. Det ser dermed ut til å være samsvar mellom flere tidligere studier og funn i denne studien. Informantene gir uttrykk for at de er kjent med hvordan en overlevering til MAT skal være, og at de kjenner til at det pågår jevnlig simulering der man øver på denne type overlevering. Ikke alle informanter har deltatt på denne type simulering selv, men er godt kjent med at en slik type trening pågår. Min oppfatning er at det ser ut som økt fokus på struktur og simulering har økt kvaliteten i overlæring av pasient til MAT. På den andre siden ser det ut til at det brukes mindre skjønn og egne maler i denne type overlevering nå enn før. Dette viser at struktur etter ABCDE ser ut til å bli brukt i mye større grad enn tidligere.

Mine funn viste at det er flere informanter fra ambulanse som påpeker viktigheten av at alle lytter til rapport, og at de ønske at pasienten blir liggende på båren til overlevering av rapport er ferdig. Flere informanter fra akuttmottak påpeker at det er viktig at det er ro, og at ambulanspersonellet får lov til å presentere pasienten sin. Den standardiseringen som er ved overlevering av kritisk syke pasienter til MAT, sikrer at alle teammedlemmene får lik informasjon ved overlevering av pasient. Bruce & Suserud (2005) poengterer i sin studie, viktigheten av at informasjonsutveksling gjøres samlet, slik at alt involvert personell i et team mottar lik informasjonen om pasienten og til samme tid. Dette kan hindre at misforståelser mellom teammedlemmer oppstår, samt unngå at informasjon blir gitt via andre sykepleiere i akuttmottaket. Teamrapporter kan dermed redusere risikoen for ubesvarte spørsmål og redusere potensialet for eventuelle misforståelser (Bruce & Suserud, 2005). Det at ambulanspersonell og leger står ansikt til ansikt når man overleverer pasient blir også trukket frem som en viktig faktor i vellykket overlevering av pasient til team (Iedema et al., 2012). Studier tyder på at bruk av sjekkliste ved overlevering kan hjelpe de involverte til å utveksle informasjon på riktig måte og øke tilstedeværelsen i akuttmottaket (Robins & Dai, 2015). Denne formen for struktur på overlevering ser ut til å fungere for de aller fleste, uavhengig av erfaring og profesjon. Slik jeg tolker funn fra egen studie og tidligere forskning så er det viktig med en tydelig rapport slik at alt involvert personell får lik situasjonsforståelse. Det ser ut til at det er bred enighet om at ambulanspersonellet må få tid og rom for å gjennomføre denne rapporten.

Overlevering til MAT skiller seg fra ordinær overlevering ved at ambulanspersonellet overleverer både pasient og rapport direkte til lege i motsetning til ordinær overlevering som oftest handler om overlevering av pasient til sykepleier. Sabir et al. (2006) mener at det er fordeler med ivaretagelse av pasient samtidig som behandling pågår i en overlevering (Sabir et al., 2006). Min oppfatning er at også samarbeid mellom profesjoner fungerer godt ved overlevering av pasient til MAT. Samtidig og enhetlig informasjon gjøre overlevering av pasient effektiv. Dette har også betydning for hvor raskt man kan komme i gang med videre pasientbehandling, noe som ser ut til å være svært viktig for personell i akuttmottaket.

Informanter fra ambulanse mener at selve overleveringen fungerer svært godt, men at det er utfordring rundt aktivering av MAT alarm. De hevder at dette er en kilde til konflikt mellom ambulanspersonell, VAS sykepleier og medisinsk lege. Til tross for at det er laget en prosedyre for hvilke kriterier og problemstillinger som kvalifiserer for MAT, må man likevel konferere først med VAS som så setter ambulanse i dialog med medisinsk lege. Legen tar den

endelige beslutningen om hvilket mottak pasienten skal ha. Flere studier viser at bruk av sjekklister i helsevesenet kan skape utfordringer med implementering og å bruke disse riktig (Fahim Yegane, Shahrami, Hatamabadi, Hosseini-Zijoud & Fahim Yegane, 2017; McCambridge, Witton & Elbourne, 2014). Andre studier mente at standardiserte overleveringsverktøy resulterer i bedre informasjonsflyt og en reduksjon i generell informasjonsutelatelse (Segall et al., 2012; Smith, Pope, Goodwin & Mort, 2008).

Det viser kompleksiteten ved aktivering av denne type overlevering. På den ene siden står ambulanspersonellet utenfor sykehuset med en alvorlig syk pasient, samtidig som VAS og medisinsk lege er på sykehuset og skal til enhver tid prøve å koordinere ressursene slik at pasientsikkerheten til alle pasienter kan ivaretas på en best mulig måte.

Medisinsk lege har siste ord ved aktivering av MAT og må noen ganger henvise ambulans til ordinært akuttmottak. Dette oppfatter ambulanspersonellet negativt på grunn av at de allerede har en prosedyre med kriterier og vitalia som kvalifiserer for aktivering av MAT. Da kan ambulansen få en oppfattelse av at struktur og prosedyrer ikke blir fulgt. Rodriguez et al., (2005) hevder at manglende forståelse, respekt eller forståelse av andre profesjoners beslutninger hemmer samarbeid mellom helsepersonell (San Martn-Rodrguez et al., 2005). Dermed kan samarbeid om overlevering av pasient mellom ambulanspersonell og akuttmottak få et negativt fokus allerede før ankomst til sykehus. Lik terminologi kan være et ledd i arbeidet med å unngå misforståelser og hindre kommunikasjonssvikt (Helsedirektoratet, 2018; Stewart & Hand, 2017). Slik jeg forstår dette er det viktig at man får en begrunnelse for hvorfor pasienten ikke får MAT selv om pasienten kvalifiserer for dette. Dersom det allerede er pasient på MAT, så skjønner ambulanspersonellet at overlevering må utføres på et annet rom. Kommunikasjon er derfor viktig for samarbeid om aktivering av MAT.

Flere informanter fra ambulans hevder at det er viktig at man snakker et språk som alle skjønner uavhengig av profesjon. De hevder at bruk av fagterminologi kan påvirke om man får aktivert MAT eller ikke. En informant fra akuttmottak hevdet at støy kan gjøre det vanskelig å høre hva som blir sagt. De antyder at det er vanskelig å kommunisere med ambulans på grunn av skurrete sambandslinjer eller dårlig dekning. Informantene gir uttrykk for at dette er en stor belastning for samarbeid om aktivering av MAT. Simensen et al., (2012) hevder at misforståelser om pasientbehandling, leveringssted og behandlingsnivå kan oppstå på bakgrunn av ulikt fagspråk. Dette kan medføre ufullstendig og uklar kommunikasjon rundt hvilket mottak pasienten skal ha ved overlevering (Siensen et al., 2012). Tillit baserer seg på at partene forstår hverandres intensjoner og gjensidig verdsettelse (Høyer et al., 2016;

Kaufmann & Kaufmann, 2015). Bruk av fagterminologi ved konferering med lege, kan medføre at det blir misforståelser som kan gå ut over samarbeidet ved overlevering.

Ambulanse opplever innimellom at det er dårlig dekning på sambandet når man skal melde pasienten inn til akuttmottaket og aktivere MAT. Ambulansepersonellet referer til flere episoder der man må ringe opp VAS flere ganger for å oppnå kontakt på grunn av skurrete linjer eller at VAS ikke klarer å høre hva som blir sagt i innmeldingen. Funn viser at aktivering av MAT er utfordrende ved at man må snakke med både VAS og medisinsk lege for å aktivere MAT. Flere informanter fra akuttmottak sier at mye støy i akuttmottaket vanskeliggjør kommunikasjonen ved aktivering av MAT. Abbot (1988) beskriver hvordan profesjoner bruker formalisert kunnskap på enkeltstående tilfeller. Fordi generell kunnskap og handlingsregler sjeldent gir helt klare svar på hvordan man skal utføre alle konkrete problemstillinger, må beslutningene også inneholde egen dømmekraft. Dette kan være med på å skape usikkerhet om hva som er de riktige beslutningene (Grimen & Molander, 2008).

Min oppfatning av dette er at det er selve aktiveringen av MAT som oppleves utfordrende ved at ambulansepersonellet skal konferere først med VAS for så å bli satt over til medisinsk lege for å få en bekreftelse på hvilken type mottak det blir. Til tross for at man har en prosedyre for ulike kriterier som kvalifiserer for MAT er det legen som tar den endelige beslutningen. Slik jeg oppfatter det ut som prosedyren skaper forventning hos ambulansepersonellet om aktivering av MAT, men så er dette avhengig av ressurser, kommunikasjon med VAS, kommunikasjon med MAT, samtidighetskonflikter og legens skjønn. Det ser ut som det er denne prosessen som hemmer kommunikasjon og samarbeid ved aktivering av MAT. Det ser ut som at det er legens dømmekraft som oppleves som uforutsigbar. Denne beslutningen blir påvirket av samtidighetskonflikter ellers inne på sykehuset, dårlige kommunikasjonslinjer, noen ganger mangelfull informasjon fra ambulanse, erfaring og kompetanse hos den aktuelle legen. Denne problemstillingen er kompleks, og det blir som Abbot (1988) hevder utfordrende å ta beslutning til tross for formalisert kunnskap og egen dømmekraft.

Triageringssystemet Retts er en form for standardisering som brukes av både ambulansepersonell og akuttmottak. Samtlige informanter omtalte triageringssystem Retts som en hemmende faktor for samarbeid. Funn viser at ambulansepersonellet opplever at de bruker triageringssystemet Retts slik som det er ment å bli brukt. Når de melder pasienten inn til VAS etter prosedyre, opplever de ofte at Vas ikke er enig i den prioriteringen ambulansepersonellet har gjort. Ambulansepersonellet opplever at det blir stilt kritiske spørsmål til den jobben de har gjort. Dette opplever ambulansepersonellet frustrerende.

Informanter fra akuttmottaket ser ut til å være uenig i hvordan ambulanspersonell bruker Retts, de mener at måten de bruker Retts på genererer alt for mange pasienter inn til akuttmottak. Funn i denne studien viste at flere informanter fra akuttmottaket mener at ambulanspersonellet ikke er i stand til å bruke skjønn. De mener at det er helt nødvendig å bruke skjønn i tillegg til Retts. Kirkebøen gjengitt i Molander & Smeby (2013) hevder at det er store variasjoner i fagfolks evne til å treffe gode skjønsmessige beslutninger, dette er ekstra utfordrende for de fagområder der det er vanskelig å få sikre tilbakemeldinger. For å ta bedre hånd om dette anbefales det å ta i bruk sjekklister og beslutningsstøttemodeller. Bruken av beslutningsstøtte kan ikke erstatte behovet for skjønn, og Støkken (2014) argumenterer for at bruk av skjønn fortsatt er nødvendig for å avgrense problemstillinger og vite hvilke variabler som skal danne grunnlag for beslutninger (Støkken, 2014). Ulike studier viser at det er utfordringer knyttet til å implementere kunnskapsbasert praksis (Sandvik, Stokke & Nortvedt, 2011) og at lærte egenskaper ikke alltid blir utført i praksis (Buckley et al., 2016). Ulike arbeidsoppgaver, lokalitet, utdanning og profesjonskultur ser ut til å kunne ha betydning for samarbeidet mellom ambulanspersonell og akuttmottak. Retts ser ut til å ha mindre betydning for akuttmottak enn for ambulanse.

Flere informanter fra ambulanse mente at bedre informasjon og kjennskap til hverandres arbeidsoppgaver kunne vært løst ved å hospitere hos hverandre. Slik jeg oppfatter dette er at det kan bli utfordring rundt organisering av så mange ansatte både fra ambulanse og akutt, samt at dette vil kreve mye organisering og økonomisk kompensasjon i form av lønnskostnader. På en annen side ser jeg at dette kan ha en positiv effekt på samarbeid og kommunikasjon ved at informantene får en bredere forståelse for hverandres oppgaver.

Funn fra min studie viser at det er flere informanter fra akuttmottak som mener at triageringssystem alene ikke er nok for å avgjøre hvor dårlig en pasient er. Det er tydelig at informanter fra akuttmottak med lang erfaring og spesialutdanning i liten grad forholder seg til Retts. De går så langt som å hevde at det er feil å bruke dette, og at ambulanspersonell ikke har god nok kunnskap til å ikke benytte seg av Retts. Informanter fra akuttmottak hevder at dette er et problem for pasientsikkerheten ved at det blir altfor mange pasienter i akuttmottaket. De hevder også at dette kan medføre at de pasientene som er dårligst ikke får den behandlingen de skal ha på grunn av at akuttmottaket er fylt opp av pasienter som skulle vært på legevakt eller fastlege. Mine funn viser at flere informanter fra akuttmottak mener at triageringssystem ikke er nok til å avdekke om pasienten er kritisk dårlig. Dette ser ut til å samsvare med studien til Johannesen (2017). Han mente at sykepleiere vurderte pasienter i

strid med triageforskriftene ved å samle tilleggsdata, de engasjerte seg i differensialdiagnostikk, stolte på egne følelser og intuisjoner, og tillot at kollegaer og pasienter påvirket deres resonnement. Det ble også observert at de tilsidesatte retningslinjer både åpenlyst og skjult. I tillegg til skjønn, fungerte triage mer som et støttesystem, en sjekklister eller overvåknings kontroll (L. Johannessen, 2017).

Ulik oppfatning og bruk av standardiseringsverktøy kommer tydelig frem fra både ambulanspersonell og akuttmottak. Det ser ut til å være ulik vurderingskompetanse hos ambulans og sykepleiere fra akuttmottak, men det kommer også frem at det ser ut til å være forskjell på vurderingskompetansen innad i profesjonene. Johannessen (2017) avdekket i sin studie at sykepleiere overstyrete systemet når systemet anbefalte at den tiden pasienten skulle vente på legetilsyn var urimelig eller urealistisk (L. Johannessen, 2017). Det ser ut til at tidligere studier, mine funn og praksis samlet viser at standardisering ser ut til å hemme ansatte som har lang erfaring og mye formell kunnskap og utdanning. Det motsette ser ut til å gjelde for ansatte med liten erfaring og begrenset utdanning. Brenner (1984) forklarer dette ved at noviser og avanserte nybegynnere ikke har kunnskap og erfaring nok til å gjøre vurderinger i situasjoner utover de har blitt lært i form av prosedyrer (Benner, 1984).

Funn fra denne studien viser at det kun er en informant som nevner ISBAR (Identifikasjon, Situasjon, Bakgrunn, Analyse og Råd) som et standardiseringsverktøy vedkommende kjenner til fra tidligere. Informanten sier at dette kunne vært en god måte å strukturere overlevering fra ambulans til akuttmottak ved ordinær overlevering. Dette oppfatter jeg som om at ISBAR ikke er standardiseringsverktøy som er kjent for så mange av informantene. Strukturering av kritisk informasjon anbefales også av verdens helseorganisasjon (WHO) (Dawson, King & Grantham, 2013; Nagpal et al., 2013). Leonardsen et al., (2019) viser til at implementering av standardiseringsverktøyet ISBAR i overlevering av pasienter fra operasjonsavdeling til oppvåkningsavdeling forbedret kvalitet og sikkerhet. Personalet rapporterte positive erfaringer med implementering av ISBAR, og erfarte at man også brukte dette verktøyet aktivt (Leonardsen, Moen, Karlsøen & Hovland, 2019).

Flere nyere studier omhandler struktur i overlevering av pasienter mellom ulike avdelinger i helsevesenet. Disse studiene viser til positiv opplevelse av samarbeid og ivaretagelse av pasient med bruk av ISBAR. Tidligere studier har vist at det var utfordrende for sykepleierstudenter å bruke ISBAR- strukturen siden den ikke var implementert på resten av sykehuset, men at de selv opplevde økt trygghet ved bruk av ISBAR (Moi, Söderhamn, Marthinsen & Flateland, 2019). For å gjennomføre en samarbeidspraksis, må fagpersonene

være villige til å forplikte seg til en samarbeidsprosess (San Martn-Rodrguez et al., 2005). Dette viser kompleksiteten av implementering av standardiseringsverktøy. Slik som jeg ser det ville det vært viktig å sjekke ut hvem i sykehuset som eventuelt bruker ISBAR. Ifølge erfaring fra andre studier ser det til å være en fordel om flest mulig bruker den samme type standardiserte overlevering, men med mulighet for tilpassing til pasientens problemstillinger.

Dersom ambulanspersonell og akuttmottak skulle implementere ISBAR for å standardisere overlevering enda mer, ville det også vært en fordel om hele sykehuset gikk over til denne standardiserte måten å overlevere pasient mellom helsepersonell. Slik jeg ser det kan ISBAR være med på å ivareta pasientsikkerheten ved at personell føler seg mer trygge på kommunikasjon og samarbeid med andre profesjoner ved bruk av ISBAR. Mer erfarent personell ser ut til å bruke skjønn uavhengig av struktur, og dette beskrives av dem selv som en form for pasientsikkerhet slik de ser det.

For meg ser det som ISBAR oppleves positivt for samarbeid og kommunikasjon mellom flere helsepersonell, også det med lang erfaring. Det ser ut som ISBAR kan fremme samarbeid og kommunikasjon i overlevering av pasient, og dette vil trolig også påvirke kvaliteten på overlevering av pasient på en positiv måte.

I neste del skal jeg presentere hvilken betydning resurser har for overlevering av pasient fra ambulansetjenesten til akuttmottak med tanke på samarbeid og kommunikasjon for å ivareta pasientsikkerhet.

5.2 Hvilken betydning har resurser for overlevering?

Ikke overaskende er mangel på tid og resurser noe som påvirker overlevering av pasienter fra ambulanspersonell til akuttmottak på en negativ måte. Mangel på resurser kan medføre samtidighetskonflikter og at personell må prioritere sine arbeidsoppgaver. Analysen viser at mangel på tid og resurser påvirker muligheten til å ivareta anonymitet og taushetsplikt overfor pasienten.

5.2.1 Mangel på tid

Majoriteten av informanter hevder at mangel på tid påvirker overlevering av pasient mellom ambulans og akuttmottak på en negativ måte. De beskriver at det kan bli en skarpere tone mellom profesjonene. En informant fra akuttmottaket mener at det er uheldig at så mange pasienter kommer til akuttmottak med ambulans, som burde vært kjørt til fastlege eller legevakt. Samtlige informanter fra ambulans sier at de ofte blir stående å vente på å få

overlevert pasient til sykepleier på grunn av samtidighetskonflikter. Ambulansepersonellet opplever at de har begrenset tid ved overlevering på grunn av andre ventende oppdrag. Bruce og Suserud (2005) beskriver akuttmottaket som en kompleks arbeidsplass med mange ulike problemstillinger som involverer ulike fagfolk og tjenester for hver enkelt pasient som blir overlevert. Den viktigste strategien for å redusere usikkerhet er å innhente mer informasjon. Dette kan være vanskelig i akutte situasjoner og i verste fall utsette jobben som skal gjøres. Det anbefales derfor å prøve å få mest mulig ut av allerede tilgjengelig informasjon (Eid & Johnsen, 2006). Dette viser at det stilles høye krav til de ansatte både fra akuttmottak og ambulanse med tanke på omstilling og finne ulike løsninger for hvert eneste oppdrag. Overlevering av pasient fra ambulansepersonell til akuttmottak er ekstra utfordrende siden det ikke er mulig å planlegge overleveringen helt nøyaktig. Denne type overlevering er forbundet med uforutsigbarhet og usikkerhet fordi man ikke kan ta høyde for hvor mange som kan bli syke og hvilken problemstilling de eventuelt har.

Flere informanter fra både ambulanse og akuttmottak opplever overlevering av pasienter hvor det er mangel på tid som mer utfordrende enn en ordinær overlevering av pasient. En av grunnene til dette kan være at ambulansepersonellet har fått et nytt oppdrag slik at det haster å få frigjort båren for nytt oppdrag. Akuttmottaket påpeker at de ofte har ansvar for flere dårlige pasienter, og ikke alltid har mulighet for å stå klar når ambulansen kommer til sykehuset. Flere informanter fra akuttmottak beskriver at de må prioritere mellom flere alvorlig syke pasienter. Horwitz et al., (2009) viser til at manglende tid til å gjennomføre en overlevering av pasient kan være et problem for hvordan overlevering av pasient utføres. Eid og Johnsen (2019) beskriver hvordan profesjonsutøverne utveksler informasjon, vurderer situasjoner og fattet beslutninger i aktuelle situasjoner. Denne prosessen er dynamisk og påvirkes av de ulike problemstillingene. Tidspress, risiko og ressurser vil også kunne variere over tid og påvirke samarbeidet mellom de involverte (Johnsen & Eid, 2019).

Det ser ut til at det er samsvar mellom funn i denne studien og tidligere forskning som mener mangel på tid kan påvirke samarbeidet mellom ulike aktører. Mangel på tid ser også ut til å påvirke informasjonsutvekslingen. Min oppfatning er at mangel på tid påvirker mengden informasjon som blir utvekslet, og at stress kan påvirke hvordan man snakker til hverandre. Ved at både ambulansepersonell og sykepleiere har samtidighetskonflikter på hvert sitt ansvarsområde, kan påvirke hvor godt man er fokusert på selve overleveringen av pasient. Tidligere studier hevder at en av de viktigste forutsetningene for en vellykket samarbeids praksis er å være tilgjengelig og ha tid å møtes for de som skal samarbeide. Først og fremst

krevers det at det settes av nok tid for teammedlemmene for å oppnå et sterkt samarbeidsforhold. Dette er viktig slik at man kan dele informasjon, utvikle mellommenneskelige forhold og finne ut hvor problemet eller utfordringene er (San Martn-Rodrguez et al., 2005).

Flere av informantene fra akuttmottaket påpekte at det ville vært en fordel å være to sykepleiere ved overlevering av pasient fra ambulanse til akuttmottak. Begrunnelsen for dette var at da kunne den ene koble opp utstyr og skaffe seg oversikt, mens den andre kunne ta imot rapport fra ambulansepersonellet. En studie beskriver viktigheten av at det kliniske arbeidet foregår samtidig med overlevering av pasient (Lawrence et al., 2008). Det at det kliniske arbeidet vil kunne fortsette i de tilfellene hvor det er flere enn en sykepleier som tar imot overlevering fra ambulanse ser ut til å samsvare med tidligere forskning. Da kan den ene sykepleieren ta imot rapport fra ambulansepersonellet, mens den andre starter med å ta av tøy og koble opp utstyr slik at man kan overvåke pasienten.

Min oppfatning av denne type overlevering at det er mye som skal gjøres samtidig ved overlevering av pasienter i akuttmottak for at samarbeid og kommunikasjon skal fungere optimalt kreves det mer resurser. Informanter fra ambulanse gir også uttrykk for at de ikke føler at sykepleier hører etter rapport når de driver med andre oppgaver. Ved at man hadde vært to sykepleiere ved mottak av pasient kunne man dermed lagt til rette for bedre samarbeid og kommunikasjon, og dermed ivaretatt pasientsikkerhet på en bedre måte en dagens løsning.

Mine funn viser at nesten samtlige informanter fra begge profesjoner hevder at kvaliteten på overleveringen er bedre på pasientrom enn på korridor, mens en informant fra akuttmottak påpeker at det er mer trygt for pasienten å ligge på korridor enn på et pasientrom som er langt borte i korridor. Dette er til tross for at det er mulig å overvåke pasienten på pasientrom, noe som ikke er mulig på korridor. Begrunnelsen for dette er at når det er hektisk i akuttmottaket, så har sykepleieren fra akuttmottaket ikke tid å se innom pasientrommene som ligger lengst borte i korridor.

Majoriteten av informantene mener at det ikke er tilrettelagt for overlevering på korridor. De beskriver at det ikke er tilrettelagt for hverken overvåkningsutstyr eller skjerm Brett for å hindre innsyn på korridor. En av informantene fra akuttmottak etterlyser også prosedyrer for å håndtere hva som skal gjøres når antallet pasienter overskrider det antallet pasienter det er ressurser til å håndtere i akuttmottaket. Tidligere studier beskriver at overlevering av pasient kan være komplekse og utfordrende på grunn av komplekse skader, samtidighetsk konflikter og

mangel på støttende rammeverk (Leonardsen et al., 2019; Segall et al., 2012). Liten kjennskap til pasienten man skal overleveres og/eller liten mulighet eller kunnskap til å monitorere de vitale parameterne til pasienten blir også betegnet som hemmende faktorer for en god overlevering av pasient (Horwitz, Moin, Krumholz, Wang & Bradley, 2009). Dette viser at det er samsvar mellom mine funn og tidligere forskning. Til tross for nyere forskning som også støttes opp av funn fra denne studien ser det ikke ut til at rammeverk og planverk for overbelastning i akuttmottak har blitt bedre.

Eid & Johnsen (2009) hevder at det første steget for å møte usikkerhet er å trene personell på at de vil møte usikkerhet og uforutsigbarhet. På denne måten kan man håndtere usikkerheten på en bedre måte. Min forståelse av dette er at det ikke eksisterer noen form for trening på dette utover noen større øvelser i akuttmottak, der man trener på å motta et større antall pasienter fra en ulykke enn det man har rom og personell til. Dette er for å se hvilken kapasitet som kreves for å håndtere slike hendelser, utover dette vil jeg si at erfaring fra akuttmottak er en form for trening når det gjelder møte usikkerhet og uforutsigbarhet. Det vil være større sjans for god kommunikasjon og samarbeid ved overlevering, dersom man har trent på lignende situasjoner før. Dette viser også overlevering til MAT.

Dersom man skal gi en grundig rapport må den som overleverer pasienten ha nøkkelinformasjon om pasienten. Taushetsplikt nevnes som en av faktorene som kan være utfordrende ved overlevering mellom ambulanspersonell og akuttmottak. resurser eller pasientrom.

5.2.2 Taushetsplikt

Samtlige informanter mener at det er utfordrende å ivareta taushetsplikt på korridor. I mine funn ser det ut til at ambulanspersonellet har større fokus på ivaretagelse av taushetsplikt ved overlevering av pasient på korridor, enn det informanter fra akuttmottak har. Majoriteten av informanter mener at det er bedre og sikrere med overlevering på pasientrom enn på korridor, med tanke på ivaretagelse av taushetsplikten til pasienten. Helsedirektoratet (2019) hevder at den fysiske organiseringen på sykehuset ofte vil være slik at flere pasienter deler pasientrom. Selv om pasienter deler rom eller plass, og selv deler opplysninger, må det aldri antas at pasienten samtykker til taushetsbelagte opplysninger formidles i andres påhør. Det er viktig å være oppmerksom på at det ikke bare er typiske helseopplysninger som sykdomsforløp, skadehendelse, diagnose, behandling og prognose som er taushetsbelagt (Helsedirektoratet, 2019b). Det ser ut til at ambulanspersonellet er svært opptatt av å prøve å tilrettelegge for at

taushetsplikt best mulig kan ivaretas. Mine funn viser at informanter fra akuttmottak ikke er like opptatt av dette. En av grunnene til dette kan være at ambulanspersonellet har andre arbeidsforhold, der man er vant til å ta hånd om en og en pasient. Informanter fra akuttmottaket er vant til at det er flere pasienter, pårørende og andre ansatte fra ulike profesjoner i akuttmottaket til enhver tid. Det er uansett viktig å være bevist på at man overholder taushetsplikten til pasienten, og aldri tar dette som en selvfølge uten at pasienten har samtykket til dette.

Mangel på pasientrom i akuttmottaket er en kjent utfordring for alle informantene og de prøver sammen å finne en best mulig løsning for ivaretagelse av taushetsplikt. Flere informanter fra begge grupper trekker frem at man prøver å skjerme pasienten for andre pasienter og pårørende ved å flytte seg mot skarankeområdet. Utfordring med dette er at skrankesykepleieren allerede har utfordring med at det er masse støy rundt seg, og ønsker at denne plassen hadde fått vegger slik at man hadde fått litt skjerming når man tar imot innmelding fra ambulansen.

Helsedirektoratet anbefaler skiftelige prosedyrer for hvordan man kan ivareta taushetsplikten, samt at man har egne rom der man kan gjennomføre overlevering av pasient på. De anbefaler også å fjerne andre pasienter og pårørende fra området der en overlevering skal foregå (Helsedirektoratet, 2019b). Mangel på behandlingsrom ser ut til å være et kjent problem eller utfordring siden Helsedirektoratet kommer med så tydelige føringer. Slik jeg ser det prøver de ansatte etter beste evne å ivareta taushetsplikten, men mangel på rom og fasiliteter hindrer de ansatte i å kunne ivareta dette på en optimal måte.

Flere informanter fra ambulanse påpeker at de synes det er uheldig at lege undersøker pasienten på korridor når det er fullt av andre pasienter og pårørende som kan se og høre alt som skjer. En informant fra ambulanse påpeker at pasienter blir liggende i timevis på korridor i akuttmottaket. På denne måten kan de få med seg mye pasientsensitiv informasjon ved å se og høre mange av overleveringene og undersøkelsene som blir gjennomført i akuttmottaket. Tilsynelatende harmløse spørsmål om boligsituasjon, familierelasjoner og livsstil kan inneholde svar fra pasienten som inneholder opplysninger som vanligvis vil være å anse som taushetsbelagte. Mange pasienter kan finne det krenkende eller ubehagelig å måtte besvare spørsmål om slike forhold i påhør av medpasienter (Helsedirektoratet, 2019b). Denne studien viser en diskrepans mellom hvordan Helsedirektoratet mener taushetsplikten skal ivaretas og hvordan praksis er. Det er tydelig at det er behov for mer plass i akuttmottaket, eller at det er

behov for en bedre organisering av pasientflyten i akuttmottaket. Dette er en leder oppgave som de ansatte må løfte frem gjennom sine avvikssystemer eller andre formelle kanaler.

En informant fra ambulanse hevder at pasientbåndet som pasienten får på armen hvor navn og fødselsdata står kan være en kilde til at taushetsplikten blir brutt. Informanten mener at det er en trussel for pasientsikkerheten når pasienten hører dårlig og sykepleier i akuttmottaket må snakke svært høyt til pasienten. Informanten fra ambulanse hevder nærmest at pasienten roper navn og fødselsdata for å bekrefte at dette stemmer til sykepleier. Her oppstår det et dilemma ved at akuttmottaket følger sine prosedyrer for å sjekke identiteten til pasienten. Denne praksisen er svært viktig at blir utført slik at man vet at man har riktig pasient på riktig sted. Dersom dette ikke stemmer kan det få alvorlige konsekvenser for pasientsikkerheten ved at pasienten får feil medisin, at man ikke vet hvilken blodtype osv. På den andre siden hører store deler av akuttmottaket pasientens navn og fullt personnummer. Dette er et dilemma der begge løsninger er et brudd på taushetsplikten, men etter min mening må hensynet til riktig identitet veie tyngst. Helsepersonell-loven § 25 hevder at samarbeid mellom helsepersonell i et pasientforløp kan taushetsbelagte opplysninger kommuniseres til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp (Willumsen & Ødegård, 2016).

Det siste temaet jeg skal diskutere er kommunikasjon og tillit, og hvilken betydning dette har for samarbeid mellom ambulanse og akuttmottak i overlevering av pasient.

5.3 Kommunikasjon og tillit

Overlevering av pasient mellom ambulanspersonell og akuttmottak består i stor grad av informasjonsutveksling. Kommunikasjon utføres både skriftlig og muntlig, og mine funn viser at begge deler er viktig for dokumentasjon og pasientsikkerhet i overlevering. Denne studien viser også at nonverbal kommunikasjon påvirker kommunikasjon og samarbeid i overlevering av pasient. Flere andre studier hevder også at samarbeid og kommunikasjon mellom helsepersonell er sentrale faktorer for kvalitet og pasientsikkerhet (Ballangrud & Husebø, 2015; Stewart & Hand, 2017).

5.3.1 Den verbale og nonverbale kommunikasjonen

Mine funn viser at den verbale og nonverbale overleveringen praktiseres ulikt ved overlevering av pasient. Flere informanter fra begge profesjoner foretrekker at pasienten blir liggende på båren mens en muntlig rapport blir gjennomført.

Thakore & Morrison (2001) hevdet at medisinsk personale blir distraheret av at de ønsker å starte med å vurdere pasienten. En løsning på dette kan være å lytte til overleveringen uten at noen rører eller snakker med pasienten, med mindre pasienten har et livstruende problem. Bruce & Suserud (2005) understreker også viktigheten av å være oppmerksom og interessert i ambulanspersonellets vurdering av hvilken tilstand og behov pasienten har. Talbot & Bleetman (2007) mener at hjernen sitt kortsiktige minne kan beholde 7 pluss/minus 2 ulike faktorer med informasjon i 15-45 sekunder før de blir overført til langtidsminne. Denne overføringen kan bare skje når personen er i stand til å konsentrere seg om behandling av informasjonen fra korttidshukommelsen.

Slik jeg forstår dette samsvarer tidligere studier og teori med hverandre, men det viser seg å være utfordrende overholde og praktisere dette i en overleveringssituasjon. Det fremkommer at ambulanse og akuttmottak har ulike interesser å ivareta ved overlevering av pasient. For at ambulanspersonellet og akuttmottaket skal ha et godt samarbeid er det viktig med god kommunikasjon. For å få til et godt samarbeid er det viktig at begge parter er ønsket å samarbeide. Tilstanden til pasient har betydning for om pasienten kan ligge på båren til man har gjennomført rapport. Dersom pasienten er dårlig må man starte å behandle umiddelbart. Slik jeg oppfatter Talbot & Bleetman (2007) vil det være viktig at man tilpasser mengden og type kommunikasjonen i samarbeid om overlevering av pasient mellom ambulanse og akuttmottak. Dersom pasienten er dårlig og trenger mye behandlingstiltak, så vil det være viktig å tilpasse kommunikasjonen til situasjonen. Man må tilpasse kommunikasjonen etter hvor man overleverer pasient og etter pasientens tilstand. Det vil uansett situasjon være viktig å være bevist på egen kommunikasjon både verbal og nonverbal for at samarbeidet skal bli mest mulig optimalt.

Samtlige informanter i denne studien mente at de ikke hadde fått opplæring i hvordan en overlevering skal være. Det er heller ingen av informantene som med sikkerhet kan si om det eksisterer en prosedyre som inneholder hvordan en overlevering av pasient skal utføres. Ifølge Eide og Eide (2004) handler god kommunikasjon om mengden informasjon blir tilpasset situasjonen man står i. Dersom dette ikke blir gjort, kan forståelsen av det som blir sagt bli redusert. I mange situasjoner gjentar man seg selv mer enn man er klar over. Derfor kan kommunikasjon inneholde mer informasjon enn det det er behov for.

Slik jeg ser dette kunne en løsning for å få en strømlinjeformet overlevering vært å implementere en fast struktur som for eksempel ISBAR. På den andre siden kan kompleksiteten i overlevering av pasient i akuttmottak med så mange ulike problemstillinger

gjøre at en enhetlig overlevering ikke nødvendigvis er det beste for pasientsikkerheten. Utfordringen med at man ikke har en prosedyre for overlevering av pasient i akuttmottaket, er at det er rom for store variasjoner i mengde informasjon og ikke minst variasjon i type informasjon. Dette skaper også rom for å bruke eget skjønn, som igjen kan også bli en kilde til konflikt mellom profesjonene.

Mine funn viser at flere informanter fra ambulanse reagerer på kroppsspråket til sykepleiere ved overlevering av pasienter. De beskriver himling med øyner, risting på hodet og sukking og stønning samt små kommentarer påvirker samarbeidet på en negativ måte. De hevder at overleveringen på mange måter er ødelagt før den har startet. I noen situasjoner beskriver informanter fra ambulanse at det oppstår en form for nonverbal kommunikasjon som ikke er gunstig for hverken samarbeidende personell i en overlevering, eller med tanke på pasienten og pasientsikkerhet. Jacobsen og Thorsvik (2013) hevder at muntlig kommunikasjon gir mulighet for både å formidle rik informasjon og få rask og direkte tilbakemelding på det som blir sagt. De beskriver at ansikt til ansikt kommunikasjon er den mest effektive kommunikasjonsformen.

Funn fra min studie viser at dersom den nonverbale kommunikasjonen er negativ, ser det ut til at dette også påvirker den verbale kommunikasjonen i stor grad. I verste fall blir det lite eller ingen kommunikasjon. Dette er fremmer ikke godt samarbeid mellom ambulanse og akuttmottak. Jeg oppfatter at det er lite som skiller en overlevering fra å få en god kommunikasjon til en dårlig kommunikasjon. Det samme gjelder samarbeid. Dersom sykepleierne i akuttmottak hadde gitt et lite nikk som bekrefter at de hører, søkt blikk kontakt eller på forhånd signalisert at de er klar for rapport, kunne dette redusert sjansen for misforståelser. Dette kan være nok til at ambulanse-personellet får bekreftelse på at de lytter og er interessert i rapporten. Det virker derfor til å være lite som skal til for å avgjøre om det blir en god eller dårlig overlevering.

Funn viser at flere informanter fra akuttmottak hevder at ambulanspersonellet har dratt når de kommer til pasienten. I noen tilfeller er ambulanspersonellet allerede på vei ut døren, og bare sier noen ord i forbifarten. Noen ganger beskriver informantene fra akutt-mottaket at de finner pasientjournalen under hodeputen eller at den er levert til skranke-sykepleieren. Tidligere studier beskriver tillit til andre fagfolk som viktig både med tanke på tillit til egne ferdigheter og tillit til andre. Forskere konkluderer med at tillit avhenger av kompetanse, ferdigheter, kunnskap og erfaring (San Martn-Rodríguez et al., 2005). Grimen (2008) mener at det er vanlig å anta at tillit letter overføring av informasjon og kunnskap. Stoler man på

avsender behøver man ikke stadig undersøke om det som sies er holdbart. Mistror man avsenderen, har man grunn til å mistro det som blir formidlet. Tidligere forskning hevder at tillit muliggjør ting som ellers ville ha vært umulige. Det hevdes også at tillit reduserer kompleksitet og at mistillit krever større aktsomhet enn tillit (Grimen & Molander, 2008).

Overlevering av pasientinformasjon på vei ut døren stimulerer ikke til godt samarbeid eller styrket tilliten til hverandre ved overlevering av pasient mellom akuttmottak og ambulanse. Dette skaper heller ikke tillit mellom de ulike profesjonene i akuttmottaket. På den andre siden kan tidligere erfaring fra overlevering ha betydning for hvordan kommunikasjonen blir ved senere overlevering av pasient. Slik som jeg forstår denne problemstillingen vil manglende vilje til samarbeid om overlevering av rapport påvirke tillit på en mer negativ måte, enn hvis grunnen til manglende muntlig overlevering er at ambulansepersonellet fikk et nytt oppdrag. Det er viktig for samarbeid om overlevering av pasient med en så tydelig kommunikasjon som mulig for å ivareta pasientsikkerheten ved overlevering av pasient.

Funn viser at akuttmottak ser ut til å ha redusert tillit til ambulanse da en informant fra akuttmottaket sier at kvaliteten på ambulansepersonellet er lav, og at det bare er noen få Paramedic som holder et faglig høyt nivå. Kirkebøen hevder at kvaliteten på fagfolk innenfor samme fagområde varierer. Selv om forholdene ligger til rette for læring, vil noen utvikle et bedre skjønn enn andre. Dette skyldes ulik grad av involvering, motivasjon og terping. Men det skyldes også en viss grad individuelle forskjeller og talent. Forskning tyder på at mye av det vi trodde var medfødt talent, faktisk er resultat av intens praksis (Molander & Terum, 2008).

Det at informanten trekker frem at det kun er Paramedic det går an å stole på kan være tilfeldig, men min oppfatning samsvarer med det Kirkebøen hevder i boken til Molander & Terum (2008) at kvaliteten på fagfolk innenfor samme fagområde varierer og at noen utvikler bedre skjønn en andre. Paramedic har en høyere formell kompetanse enn en fagarbeider, og har tatt videreutdanning som kan sammenlignes med det Kirkebøen beskriver som terping. Dette er også en form for resultat etter å ha terpet teoretiske og praktiske ferdigheter på høyskolen. Slik jeg forstår dette, mener majoriteten av informanter at det er tillit mellom profesjonene ved de fleste overleveringer av pasient i akuttmottaket. Det kan se ut som om det er mangel på tillit mellom noen ambulansepersonell og sykepleiere i akuttmottak, men det virker til å være personavhengig, og det kan se ut til at tidligere erfaring kan påvirke samarbeid ved overlevering av pasient. Denne type situasjoner påvirker både måten man

kommuniserer med hverandre, men også som tillit mellom profesjonene. Dette er definitivt en hemmer for både kommunikasjon og samarbeid.

5.3.2 Skriftlig dokumentasjon

Ambulansejournalen har gått fra å være i papirformat til å bli elektronisk (EPJ). Funn viser at majoriteten av informantene mener at den skriftlige dokumentasjonen har blitt mer lesbar etter at man gikk bort fra papirjournalen. Flere informanter fra akuttmottak hevder at den skriftlige dokumentasjonen er blitt bedre ved at den er lettere å lese, og mer strukturert enn tidligere. Flere av informantene fra akuttmottak påpeker at fritekst feltet hvor ambulanspersonellet kan beskrive med egne ord, som er det viktigste for sykepleier å sette seg inn i. Andreasen et al., (2019) mener at strukturert journal vil si at man går bort fra muligheten til å bruke fritekst til å dokumentere, og over til mer bruk av forhåndsdefinerte kategorier som man bare kan klikke på. Argumentasjonen for å bruke disse forhåndsdefinerte feltene er å kunne bruke dataene til sammenligning i nasjonale kvalitetsregister.

Dette viser diskrepans mellom hva informantene mener er viktige pasientopplysninger og hva litteraturen mener. Andreasen et al., (2019) har fokus på å høste data til kvalitetsarbeid, mens sykepleier i min studie har behov for detaljert informasjon og dokumentasjon fra ambulansetransporten for å utføre en mest mulig optimal behandling for pasienten. Ambulansejournalen har mulighet for bruk av eget skjønn ved at man både kan benytte seg av forhåndsdefinerte meldinger, og fritekstfelt der man kan beskrive og dokumentere med egne ord. Det at man har flere valg skaper også større valgmulighet for den enkelte utøver.

Samtlige informanter fra ambulanse, kjenner ikke til hvordan akuttmottaket dokumenterer en overlevering fra ambulanse til akuttmottak. Flere informanter fra ambulanse påpeker at de er usikre på om den muntlige rapporten blir dokumentert. Majoriteten av informanter fra ambulanse hevder at de mistenker at det de ikke skriver i ambulansejournalen ikke blir dokumentert i pasientjournalen i akuttmottaket. Flere informanter fra ambulanse nevner eldre pasienter som eksempel på en type pasienter som ikke bør sendes hjem. Grunnen til dette kan være fordi de ikke greier seg selv, eller på grunn av uverdige boforhold som viktige faktorer for samarbeid mellom ambulanse og akuttmottak for å ivareta pasientsikkerheten.

I likhet med mine informanter, har informantene i studiet til Evret & Furseth (2012) noen ganger et klart inntrykk av at ikke all viktig informasjon ved overlevering blir sendt videre, skrevet ned, mottatt eller forstått på grunn av utilstrekkelige organisasjonskultur. Bruce og Suserud (2005) påpeker at informasjon om hjemmeforhold og sosial status er viktig å

dokumentere. Ambulansepersonellet har viktig informasjon om boforhold og om det er anbefalt å sende pasienten hjem igjen etter endt behandling. Denne informasjonen og dokumentasjonen er viktig i vurderinger av videre oppfølging av pasientene fordi det er ambulanspersonellet som ser hvordan pasienten bor og klarer seg selv når de er hjemme hos pasienten. Dersom dette ikke blir kommunisert i en overlevering, blir dette aldri fanget opp fordi akuttmottaket har ikke mulighet å se hvordan pasientens boforhold ser ut. De er ikke hjemme hos pasienten, og ser kun pasienten ved en overlevering. Slik jeg tolker dette så samsvarer mine funn med tidligere forskning som viser at flere informanter fra akuttmottaket mener ambulanse har blitt flinkere å si fra om denne type problemstillinger den senere tid.

Informanter fra begge grupper hevdet at de savner gammel papirjournal hvor det var et felt for signatur, og hvor det var muligheten for å dokumentere med signatur når man overleverte pasienten i akuttmottaket. Dette feltet ble borte i overgang til EPJ, flere informanter hevdet at man følte et større ansvar rundt overlevering av pasient når man signerte, eller fikk en signatur. Tidligere studier omtaler overlevering som en forflytning fra en bære til en bære, eller fra bære til seng som en symbolsk overlevering. Andre omtaler forflytningsprosessen som pasientoverlevering eller rapport (Bruce & Suserud, 2005; Jensen et al., 2013; Siemsen et al., 2012). Det at muligheten til å signere pasientjournal har bortfalt etter EPJ ble innført, kan det være mange grunner til.

Slik jeg tolker dette er at dette ikke er standard som er tenkt på i EPJ. Ansvar for retningslinjer og for dokumentasjon er ifølge Rodriguez definert på det organisatoriske nivået med leder for organisasjonen som den ansvarlige (San Martn-Rodrguez et al., 2005). Slik jeg tolker signatur eller ikke signatur på pasientjournal må dette avklares juridisk, slik at man kan definere hvilken betydning en slik signatur har for dokumentasjon og pasientsikkerhet ved overlevering av pasient. Det er viktig at de ansatte å vite betydningen av signatur eller ikke.

Mine funn viste at informanter fra begge profesjoner hadde opplevd uheldige situasjoner der pasienten ble liggende å vente uten tilsyn av personell i akuttmottak, dette medførte at pasienten fikk en forverring av helsetilstanden sin. En informant fra akuttmottaket hevder at det er risiko med kommunikasjon når det er en lege som tar imot pasienten. Det har ikke samme rutiner for å dokumentere inntakjournal på pasienter slik som sykepleier har. Dette beskrives som en trussel for pasientsikkerheten, og informanten opplever dette som en kommunikasjonssvikt mellom ambulanse, sykepleier og lege. Dette viser også at det er mangel på samarbeid mellom profesjoner.

Siemsen et al., (2012) definerer organisasjon som en gruppe mennesker som jobber sammen etter en struktur som har felles oppgaver overfor pasienten. De hevder at mangel på struktur i organisasjonen kan forsinke eller forstyrre overlevering av pasient. Det er øverste leders ansvar å ha oversikt over medarbeiderens behov for opplæring, og sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kompetanse i de aktuelle fagfelt og fagområder som bidrar til pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2019a). Dette viser at det er organisasjonens ansvar å sørge for gode retningslinjer og at de ansatte får opplæring slik at man kan unngå situasjoner som kan sette pasienten i fare. Slik som jeg forstår dette så skjer det brist i kommunikasjonen uavhengig av hvilken profesjon man hører til. Dette viser at det er viktig med opplæring og at man har system for hvordan en overlevering skal praktiseres. Dette vil også kunne fremme god kommunikasjon og godt samarbeid mellom ambulanse og akuttmottak.

Funn viser at overlevering av pasient også skjer fra akuttmottak til ambulanse. En informant fra ambulanse sier at denne type overlevering er utfordrende på grunn av at ambulansjournal og journalsystemet til sykehuset ikke kommuniserer med hverandre. Informanten fra ambulansetjenesten hevder å ikke få dokumentasjon fra akuttmottak med begrunnelse om at mottagende sykehus hadde fått dokumentasjon oversendt elektronisk. Informanten prøvde igjen å få dokumentasjon, men fikk samme beskjed. Ved avlevering av pasient på regionalt sykehus blir det etterspurt papir ved overlevering av pasient, og 4 ulike profesjoner spør ambulanspersonellet etter dokumentasjon fra akuttmottaket. I en studie fremkom det informasjon om at inkompatible og utilgjengelige IT systemer ikke snakker sammen i overleveringsprosesser. Brukerne manglet tilgang til passord og tilgang til de ulike systemene (Siemsen et al., 2012). Regler og prosedyrer spesifiserer hvordan beslutninger skal tas, og hvordan arbeidsprosessene skal foregå. De bidrar til samarbeid ved å sikre at de ønskede aktivitetene utføres på akseptabelt vis (Hatch, 2015).

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring sier at pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring må inn i dialogen med aktuelle fagområder og det må legges bedre til rette for deling av kunnskap og erfaring. Dette forutsetter en kultur preget av åpenhet, hvor feil og uønskede hendelser anses som en kilde til læring og forbedring, og hvor erfaringer fra pasienter og pårørende blir innhentet og tatt i bruk (Helsedirektoratet, 2019a). Overganger innad og mellom tjenestenivåer er et sårbart punkt i pasientforløp og utgjør en utfordring for pasientsikkerheten. Manglende kommunikasjon, svikt i pasientflyt, mangler i legemiddellister og uklart oppfølgingsansvar er velkjente risikofaktorer (Helsedirektoratet, 2019a).

Etter mine oppfatninger er ulikt dokumentasjonssystem en trussel for både samarbeid, kommunikasjon og pasientsikkerhet. Ulike dokumentasjonssystem er en risiko fordi at ambulanspersonellet ikke har dokumentasjon som beskriver tilstanden til pasienten under transport i ambulanse. Ambulanspersonellet vet ikke om pasienten har fått medisiner, om pasienten har allergier osv. Ved at ambulanspersonellet ikke har noen form for dokumentasjon, kompliserer også dokumentasjonsarbeidet for ambulanspersonellet. Dette kan påvirke de pasientopplysningene man trenger å fylle ut i ambulansjournalen.

Dette viser at ulikt dokumentasjonssystem påvirker dokumentasjon både skriftlig og muntlig i tillegg til å hemme samarbeid om overlevering. Det at ambulanspersonellet må skrive ut journalen for så å skanne denne inn i journalsystemet til sykehuset kan utgjøre en trussel for pasientsikkerheten ved at journalen blir borte før den blir skannet inn. Et annet punkt er ivaretagelsen taushetsplikten når papirjournalen sirkulerer rundt i akuttmottaket. Det er et lederansvar å få på plass en praksis hvor ansatte i akuttmottaket kan utøve en pasient-sikker overlevering mellom akuttmottak og ambulanse.

Denne problemstillingen er en utfordring for både samarbeid og kommunikasjon mellom ambulanspersonell og akuttmottak. På bakgrunn av mine funn mener jeg at ambulanspersonellet blir satt i et dilemma ved at man ifølge helsepersonell loven har plikt til å dokumentere ambulansoppdraget, men på den andre siden er man helt avhengig av at pasienten er våken og klar i hodet slik at pasienten selv kan formidle sin egen helsetilstand. Dette vil uansett kunne true pasientsikkerheten ved at pasienten i sin uvitenhet formidler unøyaktige opplysninger som ambulanspersonellet videreformidler til neste ledd i behandlingsskjeden.

6 Oppsummering og veien videre

Målet med denne studien har vært å få bedre innsikt i hvordan en overlevering av pasient fra ambulansepersonell til akuttmottak erfares. Grunnen til at jeg valgte dette temaet var som beskrevet innledningsvis, at det finnes lite forskning på denne type problemstilling gjort i Norge. Samarbeid har den senere tid fått økt oppmerksomhet. Det som skiller denne studien fra andre studier er at den har som hensikt å fange kompleksiteten i samarbeidet om ivaretagelsen av pasientsikkerhet ved overleveringer. Noen av de største utfordringene er planlegging og tilretteleggelse for oppdragsmengde og tidspunkt for overlevering i et akuttmottak.

Dagens praksis ved overlevering av pasient fra ambulanse til akuttmottak kan i beste fall sies å være delvis standardisert. Grunnen til at jeg mener dette er at det ser ut til at hver enkelt informant har sin oppfatning av hvordan en overlevering skal utøves. De fleste overleveringer inneholder mange av de samme elementene, men i ulik rekkefølge. Samtlige informanter trekker frem MAT overlevering som en god måte å overlevere pasient på. De beskriver overlevering til MAT som forutsigbar ved at man alltid bruker ABCDE som mal og derfor er det lettere å forberede seg til denne type overlevering. Pasienten blir liggende på båren til rapport er overlevert, dette sikrer at hele teamet får lik og samtidig informasjon. Det at det er flere helsepersonell i en MAT overlevering blir beskrevet som positivt, fordi da kan man effektivt høre på rapport før man starte å koble opp utstyr og behandle pasienten. Dette beskrives som de viktigste faktorene som påvirker samarbeid om overlevering av pasient på MAT.

Triageringssystemet Retts er en annen form for standardisering som fungerer som et sorteringsverktøy for å finne ut hvor lang tid det bør ta før pasienten får legetilsyn. Funn viser at ambulanse og akuttmottak har ulik oppfatning av Retts og hvordan man bruker dette triagerings verktøyet. Her ser det ut til at det er ulik oppfatning blant profesjonene om viktigheten av triage og hvordan dette systemet skal brukes. Ambulanse ser ut til å følge Retts slik de er ment at triageringssystemet skal fungere, mens akuttmottaket i mye større grad benytter seg av eget skjønn i tillegg til Retts. Akuttmottaket mener at det er et problem at det blir en for stor andel av pasienter som kommer direkte med ambulanse til akuttmottak, som de mener heller skulle vært hos egen lege. Dette hemmer samarbeidet og kommunikasjonen i overlevering av pasient og dette kan også påvirke pasientsikkerheten.

Isbar er en annen standardisering for overlevering av pasient mellom ulike nivå i helsevesenet. Dette ser ut til å være liten kjennskap til denne standardiserings metoden blant informantene i denne studien. Ut fra erfaring fra andre studier ser dette ut til å være en god måte å strukturere en overlevering etter. Informantene etterlyser en mer standardisert metode for overlevering for alle typer pasienter i akuttmottaket. ISBAR kunne vært en løsning for å bedre strukturen på en ordiner overlevering av pasient mellom ambulanse og akuttmottak. Erfaring fra andre avdelinger som har implementert ISBAR viser til økt bevissthet på egen kommunikasjonsstruktur, økt trygghet på egen kompetanse og kommunikasjon, samt bedre evne til raskere å få oversikt over pasientsituasjoner noe som igjen medfører økt pasientsikkerhet.

Det viser seg at ressurser har stor betydning for samarbeid mellom ambulanspersonell og akuttmottak ved overlevering av pasient. Mangel på pasientrom, overvåkningsutstyr og sykepleiere medfører at ambulansen ofte må vente på å få overlevert pasienten. I noen tilfeller må de også overlevere journal og rapport til andre sykepleiere på grunn av at ambulanspersonellet må ta nye oppdrag. Sykepleiere i akuttmottak har ofte ansvar for flere dårlige pasienter samtidig, og det er derfor en utfordring å stå klar å vente på ambulanse ved overlevering av pasient. Overlevering på korridor er lite gunstig på bakgrunn av mangel på overvåkningsutstyr og mangel på mulighet for å skjerme pasienten. Det er også utfordrende å overholde taushetsplikten på korridor, og i et ellers overfylt akuttmottak. Alle disse faktorene viser seg å ha betydning for hvordan man samarbeider om overlevering av pasient.

Ved mangel på tid og ressurser ser man også utfordring rundt samarbeid og ivaretagelse av taushetsplikt, dette vil også kunne påvirke pasientsikkerheten. På en annen side ser det ut til at det faktisk kan være like pasientsikkert for pasient å ligge på korridor enn å ligge alene uten tilsyn på et pasientrom. Sykepleier beskriver at i korridor er det iallfall stor aktivitet, slik at pasienten blir tilsett når de ansatte løper frem og tilbake for å ivareta pasientene på en best mulig måte.

Kommunikasjon ligger til grunn for alt samarbeid om overlevering av pasient både muntlig og gjennom skriftlig dokumentasjon. Det viser seg å være store individuelle forskjeller på måten man kommuniserer på. Overlevering av pasient er kompleks i et akuttmottak og man må derfor tilpasse informasjon og kommunikasjon etter hvor i akuttmottaket man leverer pasienten, og etter hvordan tilstanden til pasienten er. Det viser seg at nonverbal kommunikasjon er en kilde til konflikt, og dette påvirker den videre verbale kommunikasjonen i overleveringssituasjoner i akuttmottaket. Ambulanspersonell mener at

himling med øyner og risting på hodet ødelegger hele overleveringen, påvirker samarbeid og dermed kan pasientsikkerheten trues. Den skriftlige dokumentasjonen viser seg å være utfordrende med tanke på samarbeid og kommunikasjon ved at ambulansetjenesten og sykehuset har ulikt elektronisk dokumentasjonssystem. Det at ambulanspersonellet må skrive ut en papirversjon å levere i akuttmottaket for at den så skal skannes inn i pasientjournalen til sykehuset viser seg å være en trussel for pasientsikkerheten ved at journalen noen ganger ligger under puten til pasient, noen ganger blir levert til VAS og i noen situasjoner er det ambulanspersonellet som ikke får tilgang til informasjon om pasient fra akuttmottak. Dette kan medføre at andre pasienter, pårørende og annet helsepersonell i verste fall kan få tilgang til pasientopplysninger som er taushetsbelagte.

Funn bekrefter i stor grad den forforståelsen jeg hadde før jeg startet: Ambulanspersonellet og sykepleierne i akuttmottaket har ikke alltid forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og utfordringer.

Både standardisering, ressurser og kommunikasjon henger sammen og gjør ivaretagelsen av pasientsikkerheten til en kompleks utfordring for både ambulanspersonell og ansatte ved akuttmottak.

6.1 Videre forskning

Ut fra den kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom denne studien, er det spesielt tre temaer jeg tenker det kunne vært spennende å se videre på. Det første temaet jeg kunne tenkt meg og studert nærmere er implementering av ISBAR i overlevering av pasient mellom ambulans og akuttmottak.

Det andre temaet jeg kunne tenkt meg å få mer innsikt i er hvordan felles journalsystem mellom ambulans og sykehus ville påvirket kommunikasjon mellom ambulans og akuttmottak ved overlevering av pasient.

Til slutt hadde det vært spennende å undersøke hvordan Bachelor utdanningen i Paramedisin erfarer samarbeid og profesjonskamp opp mot sykepleiere i akuttmottak.

7 Referanseliste

- Abbott, A. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- ACSQ-Health-Care. (2005). Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Hentet fra <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/clinhovrlitrev.pdf>
- Andreassen, H. K., Brattgjerd, M., Brattheim, B., Jorun Danielsen, I., Fossum, M., Morten Johannesen, L., . . . Olsen, R. M. (2019). *Digitalisering i sykepleietjenesten*. Oslo: Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing).
- Arora, V., Johnson, J., Lovinger, D., Humphrey, H. J. & Meltzer, D. O. (2005). Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care*, 14(6), 401-407. doi: 10.1136/qshc.2005.015107
- Australian Medical Association Limited. (2006). guidance on clinical handover for clinicians and managers. Hentet 2020 fra https://ama.com.au/system/tdf/documents/Clinical_Handover_0.pdf?file=1&type=node&id=35950
- Ballangrud, R. & Husebø, S. E. (2015). Strategier og verktøy for teamtrening (s. 248-262). Oslo: Universitetsforl., cop. 2015.
- Behara, R., Wears, R. L., Perry, S. J., Eisenberg, E., Murphy, L., Vanderhoef, M., . . . Quality Rockville, M. D. (2005). A Conceptual Framework for Studying the Safety of Transitions in Emergency Care.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Berkenstadt, H., Haviv, Y., Tuval, A., Shemesh, Y., Megrill, A., Perry, A., . . . Ziv, A. (2008). Improving Handoff Communications in Critical Care: Utilizing Simulation-Based Training Toward Process Improvement in Managing Patient Risk. *Chest*, 134(1), 158-162. doi: 10.1378/chest.08-0914
- Berlin, J. & Sandberg, H. (2016). *Team i vård, behandling och omsorg : erfarenheter och reflektioner* (2. uppl. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Bleetman, A., Sanusi, S., Dale, T. & Brace, S. (2012). Human factors and error prevention in emergency medicine (s. 389): BMJ Publishing Group Ltd and the British Association for Accident & Emergency Medicine.
- Braun, V. & Clarke, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297-298. doi: 10.1080/17439760.2016.1262613
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder : om å arbeide forskningsrelatert*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bruce, K. & Suserud, B. O. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nurs Crit Care*, 10(4), 201-209.
- Buckley, S., Ambrose, L., Anderson, E., Coleman, J. J., Hensman, M., Hirsch, C., . . . Stewart, J. (2016). Tools for structured team communication in pre-registration health professions education: a Best Evidence Medical Education (BEME) review: BEME Guide No. 41. *Medical Teacher*, 38(10), 966-980. doi: 10.1080/0142159X.2016.1215412
- Carney, B. T., West, P., Neily, J., Mills, P. D. & Bagian, J. P. (2010). Differences in Nurse and Surgeon Perceptions of Teamwork: Implications for Use of a Briefing Checklist in the OR. *AORN Journal*, 91(6), 722-729. doi: 10.1016/j.aorn.2009.11.066
- Cohen, M. D. & Hilligoss, P. B. (2010). The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *Qual Saf Health Care*, 19(6), 493-497. doi: 10.1136/qshc.2009.033480
- Dawson, S., King, L. & Grantham, H. (2013). Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emerg Med Australas*, 25(5), 393-405. doi: 10.1111/1742-6723.12120
- Døving, E., Elstad, B. & Storvik, A. E. (2016). *Profesjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Eid, J. & Johnsen, B. H. (2006). *Operativ psykologi* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.

- Eid, J. & Johnsen, B. H. (2018). *Operativ psykologi* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis : relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fahim Yegane, S. A., Shahrami, A., Hatamabadi, H. R., Hosseini-Zijoud, S.-M. & Fahim Yegane, S. A. (2017). Clinical Information Transfer between EMS Staff and Emergency Medicine Assistants during Handover of Trauma Patients. *Prehospital and disaster medicine*, 32(5), 541-547. doi: 10.1017/S1049023X17006562
- Flin, R. & Maran, N. (2015). *Non-technical skills: identifying, training, and assessing safe behaviours* (2. utg.): Oxford University Press.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn (s. s. 179-196). Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- Hatch, M. J. (2015). *Organisasjonsteori : moderne, symbolske og postmoderne perspektiver* (Organization theory modern, symbolic, and postmodern perspectives, Bind 2). Oslo: Abstrakt forl.
- Hatch, M. J. & Thorbjørnsen, K. M. (2001). *Organisasjonsteori : moderne, symbolske og postmoderne perspektiver* (Organization theory modern, symbolic, and postmodern perspectives). Oslo: Abstrakt forl.
- Hegland, P. A., Aarlie, H., Strømme, H. & Jamtvedt, G. (2017). Simulation-based training for nurses: systematic review and meta-analysis.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 - Strategi 2014-2018*. www.regjeringen.no.
- Helsedirektoratet. (2018). *Årsrapport 2017*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratet-arsrapporter/>Årsrapport%202017%20Helsedirektoratet.pdf/_/attachment/inline/4778bd0d-29a7-42fb-9b36-a4608dee165d:eadb3cf76e43888470348a8fd3e909f7cfc123b5/Årsrapport%202017%20-%20Helsedirektoratet.pdf
- Helsedirektoratet. (2019a). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/> _/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
- Helsedirektoratet. (2019b). *Når taushetsplikten utfordres...* Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/taushetsplikt-og-opplysningsplikt/Når%20taushetsplikten%20utfordres%20-%20eksempler%20for%20refleksjon.pdf/> _/attachment/inline/1991dc96-ca06-45e9-8881-abb3e32276fc:25947fc43b4668832dd0b64bad9cd95470a89a45/Når%20taushetsplikten%20utfordres%20-%20eksempler%20for%20refleksjon.pdf
- Helsetilsynet. (2008). *"MENS VI VENTER ..." – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?* : Statens helsetilsyn. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2_2008.pdf
- Horwitz, L. I., Moin, T., Krumholz, H. M., Wang, L. & Bradley, E. H. (2009). What are covering doctors told about their patients? Analysis of sign-out among internal medicine house staff (s. 248): BMJ Publishing Group Ltd.
- Høring på nasjonale faglige retningslinjer* (2019).
- Høyer, H. C., Kasa, S. & Tranøy, B. S. (2016). *Tillit, styring, kontroll*. Oslo: Universitetsforl.
- Iledema, R., Ball, C., Daly, B., Young, J., Green, T., Middleton, P. M., . . . Comerford, D. (2012). Design and trial of a new ambulance-to-emergency department handover protocol: 'IMIST-AMBO' (s. 627): BMJ Publishing Group Ltd.

- Jeffcott, S. A., Evans, S. M., Cameron, P. A., Chin, G. S. & Ibrahim, J. E. (2009). Improving measurement in clinical handover. *Qual Saf Health Care*, 18(4), 272-277. doi: 10.1136/qshc.2007.024570
- Jensen, S. M., Lippert, A. & Østergaard, D. (2013). Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover (Vol. 57, s. 964-970).
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, L. (2017). Beyond guidelines: discretionary practice in face-to-face triage nursing. *Social Health Illn*, 39(7), 1180-1194. doi: 10.1111/1467-9566.12578
- Johnsen, B. H. & Eid, J. (2019). *Operativ psykologi 2 : anvendte aspekter* (1. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Kirkebøen, G. (1999). Skjønn, formler og klinisk praksis ; hvorfor vurderer erfarne klinikere så dårlig enda de vet så mye? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 36(6), 523-536.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing, 3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lawrence, R. H., Tomolo, A. M., Garlisi, A. P., Aron, D. C. & Lawrence, R. H. (2008). Conceptualizing handover strategies at change of shift in the emergency department: a grounded theory study. *BMC health services research*, 8(1), 256-256. doi: 10.1186/1472-6963-8-256
- Leonardsen, A.-C., Moen, E. K., Karlsøen, G. & Hovland, T. (2019). A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Nursing Reports*, 9(1). doi: 10.4081/nursrep.2019.8041
- Li, P., Ali, S., Tang, C., Ghali, W. A. & Stelfox, H. T. (2013). Review of computerized physician handoff tools for improving the quality of patient care. *J Hosp Med*, 8(8), 456-463. doi: 10.1002/jhm.1988
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Manser, T. & Foster, S. (2011). Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 25(2), 181-191. doi: 10.1016/j.bpa.2011.02.006
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: an interactive approach* (Applied social research methods series, 3rd ed.. utg.). Los Angeles, [Calif.] ; London: Los Angeles, Calif. ; London : SAGE.
- McCambridge, J., Witton, J. & Elbourne, D. R. (2014). Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(3), 267-277. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.08.015
- Mills, P., Neily, J. & Dunn, E. (2008). Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety. *Journal of the American College of Surgeons*, 206(1), 107-112. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.06.281
- Moi, E. B., Söderhamn, U., Marthinsen, G. N. & Flateland, S. M. (2019). Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell. *Sykepleien forskning [elektronisk ressurs]*, 18-18.
- Molander, A. & Smeby, J.-C. (2013). *Profesjonsstudier : 2* (Bind 2). Oslo: Universitetsforl.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Møller, T. P., Madsen, M. D., Fuhrmann, L. & Ostergaard, D. (2013). Postoperative handover: characteristics and considerations on improvement: a systematic review. *Eur J Anaesthesiol*, 30(5), 229-242. doi: 10.1097/EJA.0b013e32835d8520

- Nagpal, K., Abboudi, M., Manchanda, C., Vats, A., Sevdalis, N., Bicknell, C., . . . Moorthy, K. (2013). Improving postoperative handover: a prospective observational study. *Am J Surg*, 206(4), 494-501. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.03.005
- Nordby, H. (2014). *Samhandling i prehospitalt arbeid* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- RETTS-Norge. (2017). Hentet fra <http://www.retts.no>
- Riesenberg, L. A., Leitzsch, J. & Little, B. W. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual*, 24(3), 196-204. doi: 10.1177/1062860609332512
- Robins, H.-M. & Dai, F. (2015). Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. *AANA Journal*, 83(4), 264-268,234.
- Romana, P.-G. & Brigita, S.-S. (2015). Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2). doi: 10.14528/snr.2015.49.2.50
- Sabir, N., Yentis, S. M. & Holdcroft, A. (2006). A national survey of obstetric anaesthetic handovers*. *Anaesthesia*, 61(4), 376-380. doi: 10.1111/j.1365-2044.2006.04541.x
- San Martn-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, Vol.19(S1), p.132-147, 19(S1), 132-147. doi: 10.1080/13561820500082677
- Sandvik, G. K., Stokke, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbaser praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning*(2), 158-165. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0098
- Segall, S. N., Bonifacio, A. A., Schroeder, K. R., Barbeito, C. A., Rogers, B. D., Thornlow, B. D., . . . Mark, B. J. (2012). Can We Make Postoperative Patient Handovers Safer? A Systematic Review of the Literature. *Anesthesia & Analgesia*, 115(1), 102-115. doi: 10.1213/ANE.0b013e318253af4b
- Siemsen, I. M. D., Madsen, M. D., Pedersen, L. F., Michaelsen, L., Pedersen, A. V., Andersen, H. B. & Østergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(5), 439-448. doi: 10.1177/1403494812453889
- Simensen, R. (2018). *Hvordan kan man oppnå høyere grad av resiliens ved overlevering?* (Master i Pre-Hospital Critical Care). Universitetet i Stavanger, UIS Brage
- Smith, A. F., Pope, C., Goodwin, D. & Mort, M. (2008). Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room †. *British Journal of Anaesthesia*, 101(3), 332-337. doi: 10.1093/bja/aen168
- St.meld.nr 47. (2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling — på rett sted — til rett tid*. Oslo.
- Stewart, K. R. & Hand, K. A. (2017). SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review.(CNE SERIES). *MedSurg Nursing*, 26(5), 297.
- Støkken, A. M. (2014). Molander, Anders og Jens-Christian Smeby (red.): Profesjonsstudier II. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*(01), 71-76.
- Talbot, R. & Bleetman, A. (2007). Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: do standardised approaches work? (s. 539): BMJ Publishing Group Ltd and the British Association for Accident & Emergency Medicine.
- Terum, L. I. & Grimen, H. (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (Profesjonsutøvelse - hvordan kan vi vite at den, virker). Oslo: Abstrakt.
- Thakore, S. & Morrison, W. (2001). A survey of the perceived quality of patient handover by ambulance staff in the resuscitation room. *Emergency Medicine Journal*, 18(4), 293. doi: 10.1136/emj.18.4.293
- Thomassen, O., Espeland, A., Softeland, E., Lossius, H. M., Heltne, J. K. & Brattebo, G. (2011). Implementation of checklists in health care; learning from high-reliability organisations. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 19, 53. doi: 10.1186/1757-7241-19-53
- Turner, P., Wong, M. C. & Yee, K. C. (2009). A standard operating protocol (SOP) and minimum data set (MDS) for nursing and medical handover: considerations for flexible standardization in developing electronic tools. *Stud Health Technol Inform*, 143, 501-506.

- Turner, P., Wong, M. C., Yee, K. C. & Turner, P. (2009). A standard operating protocol (SOP) and minimum data set (MDS) for nursing and medical handover: considerations for flexible standardization in developing electronic tools. *Studies in health technology and informatics*, 143, 501-506.
- Underland, G. (2010). Pasienten som tekst : fra subjektivt individ til digitalt objekt (s. 209-226). Oslo: Gyldendal akademisk, 2010.
- Universitetet i Oslo. Nettskjema. Hentet fra <https://nettskjema.no/>
- Weick, K. E. (1996). Drop Your Tools: An Allegory for Organizational Studies. *Administrative Science Quarterly*, 41(2), 301-313.
- Wevling, A., Ålesve, C., Nygaard, A. M., Gunheim-Hatland, L., Høyum, G. M. & Heiberg, T. (2019). Forståelse av ikke-tekniske ferdigheter (ITF) i spesialsykepleie; akutt-, intensiv og operasjonssykepleie (AIO). *Nordisk sygeplejeforskning*, 9(03), 201-212. doi: 10.18261/issn.1892-2686-2019-03-05
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2015). *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling*. Bergen: Fagbokforl.
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Aase, K. (2010). Pasientsikkerhet : hendelser, begreper og omfang (s. s. 17-29). Oslo: Universitetsforl., cop. 2010.

8 Vedlegg

Vedlegg 1 – intervjuguide

Problemstilling:

Hvordan erfares samarbeid, kommunikasjon og pasientsikkerhet mellom ansatte i ambulansetjenesten og akuttmottak ved overlevering av pasient?

Innledende spørsmål

- Hvilken profesjon representerer du?
- Hvor mange år erfaring har du?
- Hvilken utdanning har du?
- Hvilken rolle/funksjon har du i overlevering?
- Hvor gammel er du?

Individ nivå

- Hva er din generelle opplevelse av overlevering av pasienter ved akuttmottaket?
- Hva vil du si er gode egenskaper hos sykepleier og ambulansespersonell for å sikre god pasient overlevering?
- Hva er viktig for deg ved en overlevering? Eksempel?
- Hva legger du i en god overlevering? Eksempel?
- Hva er en dårlig overlevering for deg? Eksempel?
- Hvilke erfaringer har du med overlevering MAT team og traume team kontra vanlig overlevering?
 - Hva er viktig for deg med denne type mottak? Eksempel?
- Hvordan opplever du at informasjonen du gir blir dokumentert? (begrunn)
- Har du opplevd konflikter ved overlevering? Hvis ja, begrunn.

Organisatorisk nivå

- Kjenner du til noen prosedyrer ved din avdeling om hvordan en overlevering skal gjøres?
- Kjenner du til prosedyre for overlevering av pasient i akuttmottak?
- Hvilken opplæring har du fått på overlevering av pasient?
- Er det noe du savner fra din ledelse når det gjelder overlevering? Begrunn
- Hvilken betydning har din ledelse for hvordan du samarbeider med andre ved overlevering?
- Ved tidsnød og samtidighetskonflikt hvilken informasjon er da prioritert hos deg?
- Hvordan opplever du at tidsbruken og strukturen er ved overlevering av pasient?
- Hvordan oppleves overlevering når det er mangel på resurser/kapasitet?

Kommunikasjon

- Hvordan syns du kommunikasjonen fungerer ved overlevering?
- Hvordan opplever du mottagerens kommunikasjon er ved overlevering?
- Hvilken type informasjon er viktig for deg ved overlevering? Hvilken prioritet?
- Er det andre ting som har betydning for kommunikasjonen og samarbeidet? (kroppsspråk, stemme, ordvalg osv?)
- Hvilke opplysninger føler du er viktigst i forbindelse med overleveringen?
- I hvilken grad mener du ulik profesjonsbakgrunn påvirker kommunikasjonen ved overlevering?
- Bruker du en bestemt mal for å rapportere ved overlevering av pasient?
- Mener du evt at likhet kan påvirker kvaliteten på den muntlige/skiftelige informasjonsflyten?
- Hvilken erfaring har du med dette?

Pasientsikkerhet

- Hva legger du i begrepet pasientsikkerhet?
- Anser du at overlevering av pasient mellom ambulanspersonell og akuttmottak kan true pasientsikkerheten?
- Har du opplevd situasjoner der det var truende for pasientsikkerheten? Evt. Hvor ofte skjer dette?
- Hvilke faktorer kan bedre pasientsikkerheten?

Avslutning

- Er det noe du vil si til avslutning?

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Samhandling mellom ambulanspersonell og akuttmottak”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hvordan man kan forbedre pasientsikkerhet og kommunikasjon mellom ambulanspersonell og akuttmottak ved overlevering av pasient. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Problemstillingen i denne masteravhandlingen er:

Hvordan erfares samarbeid, kommunikasjon og pasientsikkerhet mellom ansatte i ambulansetjenesten og akuttmottak ved overlevering av pasient?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

- Høgskolen i Østfold - Avdeling for helse og velferd

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å få et utfyllende bilde av hva som kjennetegner samhandlingssituasjoner ved overlevering i akuttmottaket vil jeg gjennomføre like mange intervjuer med ansatte fra begge tjenestene. Du har fått denne forespørselen fordi din kunnskap og erfaring kan bidra til å belyse temaet samhandling mellom ambulanspersonell og akuttmottak.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et intervju hvor tema vil være hvordan du opplever og erfarer overleveringen i akuttmottaket, rutiner og dokumentasjon. Intervjuet vil bli tatt opp og transkribert. Intervjuet vil ta ca. 60 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg som vil ha tilgang personopplysninger som navn og kontaktinformasjon. Denne informasjonen vil ikke kobles til datamaterialet som samles inn via intervjuer.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 22.06.2020. Personopplysninger og lydopptak vil slettes ved prosjektslutt

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd ved:
 - Hanna Ihlebæk (veileder) – epost: hanna.m.ihlebak@hiof.no
 - Linn Eik Ulvøy – epost: linnulv@gmail.com telefon: 47252725
- Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen – epost: martin.g.jakobsen@hiof.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.
- Prosjektnummer NSD: 457970

Med vennlig hilsen Linn Eik Ulvøy

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Samhandling mellom ambulanspersonell og akuttmottak» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 22.06.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 - Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

27.04.2020, 23:03



Meldeskjema 457970

Sist oppdatert

21.03.2019

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer

Type opplysninger

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertridelser?

Nei

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Samhandling mellom ambulanspersonell og akuttmottak

Dersom opplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke

Ikke aktuelt

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Personopplysninger som jeg har behov for å behandle i dette prosjektet begrenser seg til navn, e-post for intervjuobjektene. Dette for å kunne avtale tidspunkt og oppmøtested for intervju. I tillegg er det behov for taleopptak av intervjuene i forbindelse med transkribering.

Ekstern finansiering

Type prosjekt

about:blank

Side 1 av 5

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Linn Eik Ulvøy, linnulv@gmail.com, tlf: 47252725

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hanna Ihlebæk, hanna.m.ihlebak@hiof.no, tlf: 69608880

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Dette vil i hovedsak være ambulanspersonell og sykepleiere eller ved akuttmottak ved sykehuset Østfold HF. Andre yrkesgrupper kan være aktuelle hvis det er behov for å undersøke spesielle funn underveis i prosjektet.

Rekruttering eller trekking av utvalget

Jeg ønsker at avdelingsleder på hvert sin avdeling velger ut 5 informanter de mener kan være med på å gi en god variasjon på de ansatte. Det er ønskelig med representanter med ulik erfaring, utdanning og alder.

Alder

30 - 60

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Intervjuobjektene blir informert om at de når som helst og uten begrunnelse kan trekke sitt samtykke. Dette kan gjøres muntlig eller skriftlig ved å kontakte prosjektansvarlige. Alle registrerte data om vedkommende vil slettes/makuleres og data framkommet i eventuelt gjennomført intervju vil slettes og ikke brukes i analysen.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

På muntlig eller skriftlig forespørsel kan de involverte få innsyn eller slettet opplysninger om seg selv.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Student (studentprosjekt)

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (kodenøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres
- Adgangsbegrensning
- Opplysningene krypteres under forsendelse

Varighet

Prosjektperiode

21.01.2019 - 22.06.2020

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Jeg har meldt prosjektet inn til sykehusets personvernombud for godkjenning, og har søkt om å benytte andre data som er frembrakt gjennom et pågående kvalitetsforbedringsprosjekt som sekundærdata i masteravhandlingen.

Vedlegg 4 - Vurdering NSD

NSD Personvern

22.03.2019 10:05

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 457970 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 22.03.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 22.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)