

# **Samarbete mellan jourpoliklinikens personal och den icke brådskande sjuktransporten**

En empirisk kvantitativ undersökning

Jan Bäckman

Malin Lönnberg

Examensarbete / Degree Thesis

Akutvård

2008

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Akutvård 2008
Identifikationsnummer:	11236, 10357
Författare:	Jan Bäckman, Malin Lönnberg
Arbetets namn:	Samarbete mellan jourpoliklinikens personal och den icke brådskande sjuktransporten
Handledare (Arcada):	Christel Roberts
Uppdragsgivare:	HES Sairaankuljetus Oy
<p>Sammandrag:</p> <p>Avsikten med det här examensarbetet var att göra en kvalitetsundersökning för HES Sairaankuljetus Oy där vi undersökte vad jourpoliklinikerna i huvudstadsregionen önskar sig av HES Sairaankuljetus Oy:s sjuktransport. Syftet med examensarbetet var att förbättra samarbetet mellan den prehospitalla icke brådskande sjuktransporten och jourpoliklinikerna. Genom att HES Sairaankuljetus Oy förbättrar sin verksamhet på basis av svarsresultatet förbättras samarbetet mellan enheterna och även patientsäkerheten.</p> <p>Examensarbetet består av både en teoretisk och empirisk del, som båda bidrar till att svara på frågeställningarna i arbetet. Som teoretisk referensram användes Shannon &amp; Weavers kommunikationsteori och Lindström-Mygårds samarbetsmodell. Den empiriska delen är en kvantitativ systematiskt upplagd enkätundersökning. Frågeformulär skickades ut till alla sjukskötare på huvudstadsregionens jourpolikliniker. Frågorna var i huvudsak slutna frågor med färdiga svarsalternativ men det fanns även några öppna frågor där respondenterna kunde ge egna åsikter om vad de anser om samarbetet med HES Sairaankuljetus Oy.</p> <p>Resultatet av den empiriska undersökningen visade att samarbetet mellan HES Sairaankuljetus Oy och jourpoliklinikerna i huvudstadsregionen är rätt så bra. Sjukskötarna på jourpoliklinikerna lyfte fram betydelsen av en god rapportering. Av informanterna tyckte 92 % att rapporten akutvårdarna ger är viktig och 91 % läser alltid ambulansblanketten. På frågan om rapporten akutvårdarna ger till vårdarna på jourpolikliniken hjälper dem i patientens fortsatta vård var 68 % helt av samma åsikt och 28 % delvis av samma åsikt. Av informanterna tyckte 62 % att HES Sairaankuljetus Oy har tillräckligt med ambulanser i körning på vardagar kl.8-16, 33 % tyckte att HES Sairaankuljetus Oy borde öka på mängden ambulanser i körning på vardagar 16-24 och 23 % önskar fler ambulanser på veckosluten.</p>	
Nyckelord:	Kommunikation, samarbete, jourpoliklinik, ambulans, patientsäkerhet
Sidantal:	117
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Emergency medicine
Identification number:	11236, 10357
Author:	Jan Bäckman, Malin Lönnberg
Title:	What the emergency care unit wishes from the non urgent ambulance services
Supervisor (Arcada):	Christel Roberts
Commissioned by:	HES Sairaankuljetus Oy
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of this thesis was to perform a quality survey for HES Sairaankuljetus Oy in which we examined what emergency care units in the Helsinki metropolitan area expect from HES Sairaankuljetus Oy ambulance service. The aim of the thesis was to improve co-operation between the prehospital non-urgent ambulance service and the emergency care units. By improving the ambulance service based on the results of this study HES Sairaankuljetus Oy can improve both co-operation between the units and patient safety.</p> <p>This thesis consists of a theoretical and an empirical part, which both aid in answering the issues in this thesis. As a theoretical frame of reference we used Shannon &amp; Weaver's communication theory and Lindström-Mygård's cooperation model. The empirical part is a quantitative systematically built survey. The questionnaire was sent to every nurse in the emergency care units in the Helsinki metropolitan area. The questions were mainly closed, with choices, but there were some open questions in which responders were able to give their own opinion of the co-operation with HES Sairaankuljetus Oy.</p> <p>The empirical survey showed that the co-operation between HES Sairaankuljetus Oy and the emergency care units in the Helsinki metropolitan area are quite good. The nurses in the emergency care units highlighted the importance of a good report. Of the responders, 92 % feel that the paramedic's report is important and 91 % say they always read the ambulance form. When asked if the paramedic's report aids in the continued care of the patient, 68 % are in complete agreement and 28 % partially agree. Of the responders, 62 % feel that HES Sairaankuljetus Oy has enough ambulances in drive during weekdays from 8 a.m. to 4 p.m., 33 % say that HES Sairaankuljetus Oy should increase the amount of ambulances during weekdays from 4 p.m. to 12 p.m., and 23 % would increase the amount of ambulances during weekends.</p>	
Keywords:	Communication, teamwork, emergency care unit, ambulance, patient safety
Number of pages:	117
Language:	swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Ensihoito
Tunnistenumero:	11236, 10357
Tekijä:	Jan Bäckman, Malin Lönnberg
Työn nimi:	Päivystyspoliklinikan toiveet kiireettömältä sairaankuljetukselta
Työn ohjaaja (Arcada):	Christel Roberts
Toimeksiantaja:	HES Sairaankuljetus Oy
<p><b>Tiivistelmä:</b></p> <p>Tässä opinnäytetyössä tehtiin HES Sairaankuljetus Oy:lle laatuksely, jossa tutkittiin mitä pääkaupunkiseudun päivystyspoliklinikat toivovat HES Sairaankuljetus Oy:n sairaankuljetukselta. Opinnäytetyön tarkoitus oli parantaa kiirettömän sairaankuljetuksen ja pääkaupunkiseudun päivystyspoliklinikoiden välistä yhteistyötä. Kyselytutkimuksen vastausten pohjalta HES Sairaankuljetus Oy parantaa toimintansa, jolloin paranee yhteistyö yksiköiden välillä ja tämän kautta myös potilasturvallisuus.</p> <p>Opinnäytetyö koostuu sekä teoreettisesta että empiirisestä osiosta, jotka yhdessä vastaavat työssä asetettuihin kysymyksiin. Teoreettisena viitekehystenä on käytetty Shannon &amp; Weaverin kommunikaatioteoriaa ja Lindström-Mygårdin yhteistyömallia. Empiirinen osio on kvantitatiivinen systemaattisesti rakennettu kyselylomake. Kyselylomakkeet lähetettiin jokaiselle sairaanhoitajalle pääkaupunkiseudun päivystyspoliklinikoissa. Kysymykset olivat suurimmaksi osaksi suljettuja kysymyksiä, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot, mutta kyselylomakkeessa oli myös joitakin avoimia kysymyksiä, joissa vastaaja sai antaa oman mielipiteensä yhteistyöstä HES Sairaankuljetus Oy:n kanssa.</p> <p>Empiirisen tutkimuksen tulosten perusteella yhteistyö HES Sairaankuljetus Oy:n ja pääkaupunkiseudun päivystyspoliklinikoiden välillä on melko hyvää. Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajat nostivat esiin hyvän raportoinnin merkityksen. Raportti jonka ensihoitajat antavat on tärkeä 92 % mielestä, ja 91 % lukee aina ambulanssikaavakkeen. Vastaajista 68 % on täysin samaa mieltä ja 28 % on osittain samaa mieltä siitä, että ensihoitajan antama raportti auttaa heitä potilaan jatkohoidossa. Arkipäivisin klo 8-16 on HES Sairaankuljetus Oy:llä tarpeeksi ambulansseja ajossa 62 % mielestä; 33 % on sitä mieltä että HES Sairaankuljetus Oy:n pitäisi ottaa lisää ambulansseja ajoon arkipäivisin klo 16-24, ja 23 % toivoo lisää ambulansseja viikonloppuisin.</p>	
Avainsanat:	Kommunikaatio, yhteistyö, päivystyspoliklinikka, ambulanssi, potilasturvallisuus
Sivumäärä:	117
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>9</b>
<b>2. STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR .....</b>	<b>11</b>
<b>3. DESIGN .....</b>	<b>13</b>
<b>4. METOD .....</b>	<b>15</b>
<b>5. LITTERATURSÖKNING .....</b>	<b>17</b>
<b>6. TEORETISK REFERENS RAM .....</b>	<b>24</b>
6.1 KOMMUNIKATIONSTEORI .....	24
6.2 EN MODELL FÖR SAMARBETE .....	30
6.3 SAMMANFATTNING.....	32
<b>7. MULTIPROFESSIONELLT SAMARBETE.....</b>	<b>33</b>
7.1 SAMARBETETS ROLL .....	33
7.2 PROBLEMLÖSNING .....	34
7.2.1 <i>Dialog</i> .....	34
7.2.2 <i>Kollektiv intelligens</i> .....	35
7.2.3 <i>Konfliktsituationer</i> .....	35
7.3.1 <i>Feedback</i> .....	36
7.3.2 <i>Sanningsbegreppet</i> .....	37
7.3.3 <i>Interaktion</i> .....	38
7.3.4 <i>Flexibilitet</i> .....	38
<b>8. KOMMUNIKATION .....</b>	<b>40</b>
8.1 KOMMUNIKATIONENS BETYDELSE FÖR PATIENTSÄKERHET .....	40
8.1.1 <i>Arbetsredskap för fungerande kommunikation</i> .....	40
8.2 KOMMUNIKATIONS MODELLER .....	42
8.4 KOMMUNIKATIONSKATEGORIER .....	46
8.5. INTERPERSONELL KOMMUNIKATION OCH SOCIALA FÄRDIGHETER.....	47
8.6 ATT LYSSNA .....	48
8.7 KOMMUNIKATION INOM FÖRSTA VÅRDEN .....	49
<b>9. SJUKTRANSPORTENS OCH AMBULANSENS HISTORIA .....</b>	<b>51</b>
9.1 <i>Sjuktransport under krigstiden</i> .....	51
9.1 <i>Sjuktransport i Finland</i> .....	52
9.1 <i>Privat sjuktransport i Finland</i> .....	52

<b>10. JOURPOLIKLINIKEN.....</b>	<b>54</b>
10.1. VERKSAMHET PÅ JOURPOLIKLINIKEN .....	54
10.2. ETISKA ASPEKTER PÅ VÅRDEN .....	55
10.3. ANKOMST TILL JOURPOLIKLINIKEN .....	56
<b>11. HES SAIRAANKULJETUS OY.....</b>	<b>58</b>
<b>12. ELEKTRONISK DOKUMENTERING .....</b>	<b>59</b>
12.1 TELEMEDICIN .....	59
12.2 MERLOT MEDI .....	59
12.3 LIFEPAK 15 .....	60
<b>13. RESULTATREDOVISNING .....</b>	<b>62</b>
<b>14. KRITISKT GRANSKANDE .....</b>	<b>89</b>
<b>15. ETISKA REFLEKTIONER .....</b>	<b>94</b>
<b>16. DISKUSSION .....</b>	<b>96</b>
<b>17. KÄLLOR.....</b>	<b>103</b>
<b>FIGURER</b>	
<b>FIGUR 1</b> STUDIENS DESIGN.....	15
<b>FIGUR 2</b> SHANNON OCH WEAVERS KOMMUNIKATIONSMODELL.....	27
<b>FIGUR 3</b> GRUNDLÄGGANDE LINJÄR UTBYTESMODELL.....	44
<b>FIGUR 4</b> EN UTBYTESMODELL FÖR KOMMUNIKATION.....	45
<b>FIGUR 5</b> KONTEXTUALISERAD MODELL.....	46
<b>FIGUR 6</b> KÖN.....	63
<b>FIGUR 7</b> UTBILDNING.....	64
<b>FIGUR 8</b> ARBETSERFARENHET.....	65
<b>FIGUR 9</b> BEAKTANDE AV HEMFÖRLOVNING.....	66
<b>FIGUR 10</b> PATIENTEN SAKNAR OFTAST.....	67
<b>FIGUR11</b> VÅRDINGREPPFÖRE ANKOMST.....	68

<b>FIGUR 12</b> BESTÄLLNING AV AMBULANS 1.....	69
<b>FIGUR 13</b> BESTÄLLNING AV AMBULANS 2.....	70
<b>FIGUR 14</b> ÖNSKEMÅL GÄLLANDE AMBULANSPERSONALEN 1.....	71
<b>FIGUR 15</b> ÖNSKEMÅL GÄLLANDE AMBULANSPERSONALEN 2.....	72
<b>FIGUR 16</b> ÖNSKEMÅL GÄLLANDE AMBULANSPERSONALEN 3.....	73
<b>FIGUR 17</b> ÖNSKEMÅL GÄLLANDE AMBULANSPERSONALEN 4.....	74
<b>FIGUR 18</b> BEHOV AV VÅRDNIVÅENHET 1.....	75
<b>FIGUR 19</b> BEHOV AV VÅRDNIVÅENHET 2.....	76
<b>FIGUR 20</b> RAPPORTERING 1.....	77
<b>FIGUR 21</b> RAPPORTERING 2 .....	78
<b>FIGUR 22</b> RAPPORTERING 3.....	79
<b>FIGUR 23</b> RAPPORTERING 4.....	80
<b>FIGUR 24</b> RAPPORTERING 5.....	81
<b>FIGUR 25</b> FÖRHANDSANMÄLAN.....	82
<b>FIGUR 26</b> SITUATIONSBEDÖMNING.....	83
<b>FIGUR 27</b> KOMMUNIKATION 1.....	84
<b>FIGUR 28</b> KOMMUNIKATION 2.....	85
<b>FIGUR 29</b> KOMMUNIKATION 3.....	86
<b>FIGUR 30</b> PATIENTSÄKERHET.....	87
<b>FIGUR 31</b> KOMMUNIKATIONSHINDER 1.....	88
<b>FIGUR 32</b> KOMMUNIKATIONSHINDER 2.....	89

## 18. BILAGOR

BILAGA 1 HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUORI - TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

BILAGA 2 HELSINGIN KAUPUNKI TERVEYSKESKUS - PÖYTÄKIRJANOTE

BILAGA 3 ETISKA RÅDETS GODKÄNNANDE AV ARBETSIDÉN

BILAGA 4 ARVOISA KYSELYLOMAKKEEN TÄYTTÄJÄ

BILAGA 5 LUPA ANOMUS KOSKIEN PÄIVYSTYSPOLIKLINIKAN TOIVEET KIIREETTÖMÄLTÄ SAIRAANKULJETUKSELTA

BILAGA 6 UNDERSÖKNINGSBLANKETTEN



## 1. INLEDNING

Varje dag ringer tusentals människor till nödcentralen, vilket resulterar i ungefär 4 miljoner samtal per år. En del samtal angår endast polis eller brandverket men största delen av samtalen (närmare 47 %) leder till en sjuktransportsuppgift. (Nödcentralverket 2011) Runt om i Finland finns otaliga räddningsverk, sjukhus och privata ambulansstationer där personal är i 24 timmars beredskap att rycka ut för att hjälpa människor i nöd. I huvudstadsregionen är sjuktransportverksamheten mycket aktiv, detta p.g.a. den stora befolkningmängden.

Utöver nödutryckningarna förflyttar ambulanser patienter från ett sjukhus till ett annat, och många patienter flyttas från eller till jourpolikliniker. Ett välfungerande sjuktransportsystem och en nödcentralverksamhet förbättrar patientens möjligheter till god och snabb vård.

Kommunikation och samarbete är två faktorer som inverkar på att patientsäkerheten uppfylls. Majoriteten av vårdskadorna beror på en bristande kommunikation.

Under många år har ett välfungerande teamarbete och en god kommunikation tagits för givna inom hälso- och sjukvården. Det talas ändå inte högt om att det råder brist på både träning och utveckling inom dessa områden.

Patientsäkerhet är idag ett aktuellt ämne eftersom internationell forskning visar att cirka tio procent av patienterna som för tillfället vårdas inom den somatiska vården riskerar att drabbas av en vårdskada under vårdtillfället vilket leder till förlängd vårdtid. Att detta märkbart skulle avvika inom den prehospitala verksamheten tyder inget på. (Jansson 2009 s. 1)

Vår utgångspunkt var att på uppdrag av HES Sairaankuljetus Oy undersöka var de största bristerna i samarbetet mellan jourpoliklinik och ambulans i huvudstadsregionen ligger. Tanken var att HES Sairaankuljetus Oy därmed kunde förbättra sin verksamhet för att å sin sida medverka till att förbättra patientsäkerheten.

HES Sairaankuljetus Oy sköter ungefär 100 000 sjuktransportuppdrag i året, varav de flesta sker i huvudstadsregionen (20 000). Största delen av uppdragen i huvudstadregionen kommer från och med klockan 7 på morgonen, kulminerar klockan 14-15 på eftermiddagen och minskar mot natten.

Eftersom jourpoliklinikerna i huvudstadregionen (sex stycken) använder sig av icke brådskande sjuktransport för förflyttning av patienter är det viktigt att de privata ambulansföretagen upprätthåller god kvalitet på sjuktransporttjänsten. Inom huvudstadsregionen finns det fyra privata ambulansföretag som tävlar om de ickebrådskande sjuktransportuppdragen. Därmed vill HES Sairaankuljetus Oy bemöta jourpoliklinikernas önskemål på bästa sätt för att därmed få flest uppdrag.

Studiens arbetsfördelning har sett ut på följande sätt: Jan Bäckman har skrivit avsnitten litteratursökning, multiprofessionellt arbete, sjuktransport och ambulansens historia, jourpolikliniken, HES Sairaankuljetus Oy samt kritisk granskning. Malin Lönnberg har skrivit avsnitten teoretisk referensram, kommunikation, elektronisk dokumentering, resultatredovisning samt etiska reflektioner. Tillsammans har vi skrivit avsnitten inledning, studiens syfte och frågeställning, design, metod samt diskussion. För att fördela arbetet omkring enkätundersökningen hade vi båda kontakt med tre jourpolikliniker under arbetsprocessen.

Trots arbetsfördelningen arbetade vi tillsammans genom hela arbetet för att på bästa sätt knyta ihop materialet till en fungerande helhet.

## 2. STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

HES Sairaankuljetus Oy har erbjudit tjänster inom sjuktransporten i Helsingfors ända sedan 1980-talet och är i dagens läge ett av de största företagen som erbjuder icke brådskande sjuktransport i huvudstadsregionen. Trots att företaget erbjudit tjänster inom branschen i över 30 år har de ännu inte gjort en kvalitetsundersökning gällande sina tjänster inom sjuktransporten. Därför erbjöds möjligheten att undersöka samarbetet och kommunikationen i samarbetet mellan personalen på ambulanserna och jourpoliklinikerna i huvudstadsregionen.

Avsikten med arbetet är att kartlägga HES Sairaankuljetus Oy:s styrkor och svagheter samt upptäcka eventuella brister. Genom att uppmärksamma dessa kunde sedan verksamheten förbättras. Arbetet är ämnat att undersöka samarbetet och kommunikationen mellan personalen i ambulansen och på jourpolikliniken ur jourpoliklinikpersonalens synvinkel. HES Sairaankuljetus Oy är intresserade av att med hjälp av denna undersökning kunna peka ut de eventuella problem och brister som finns i samarbetet och därefter vid behov utveckla sin verksamhet för att bättre bemöta jourpoliklinikernas personals behov.

I enkätundersökningen deltar personalen på alla jourpolikliniker i huvudstadsregionen. Undersökningen har avgränsats till sjukskötarna och akutvårdarna på jourpoliklinikerna (ambulanspersonalen deltar inte). Dessutom skulle HES Sairaankuljetus Oy ha velat att samarbetet med hemvården hade undersökts, men detta måste avgränsas eftersom arbetet skulle ha blivit alldeles för omfattande.

Med detta examensarbete vill vi vara med och förbättra samarbetet mellan jourpoliklinikerna och den icke brådskande sjuktransporten så att dessa i framtiden skulle kunna arbeta så tillmötesgående och effektivt som möjligt tillsammans. Dessutom skulle det vara önskvärt att kunna förbättra medvetenheten om god patientsäkerhet med detta arbete.

Frågeställningar för denna studie är:

1. Finns det brister i samarbetet/kommunikationen mellan ambulans och jourpoliklinik?

2. Räcker HES Sairaankuljetus Oy:s transportresurser till för att tillgodose jourpoliklinikernas behov?
3. Anser jourpoliklinikerna att HES Sairaankuljetus Oy:s verksamhet uppfyller tillräckligt god patientsäkerhet?
4. Vad anser jourpoliklinikerna i huvudstadsregionen att är av största betydelse för att samarbetet mellan dem och den icke brådskande sjuktransporten skall kunna förbättras?

### 3. DESIGN

Undersökningen byggdes upp som ett trefasigt projekt. Först gällde det att få lov om utförande av undersökningen från skolan, etiska rådet (bilaga 3), HNS (Helsingfors och nylands sjukvårdsdistrikt)(bilaga 2) samt Helsingfors stad (bilaga 1). Under denna tid gjordes en stor del av det teoretiska arbetet och en hel del bakgrundsinformation söktes för att stöda den egna kunskapen samt arbetet. Medan enkäterna var hos informanterna hölls en kort paus i skrivandet för att sedan fortsätta med enkäterna, resultatredovisningen och diskussionen när enkäterna återlämnades.

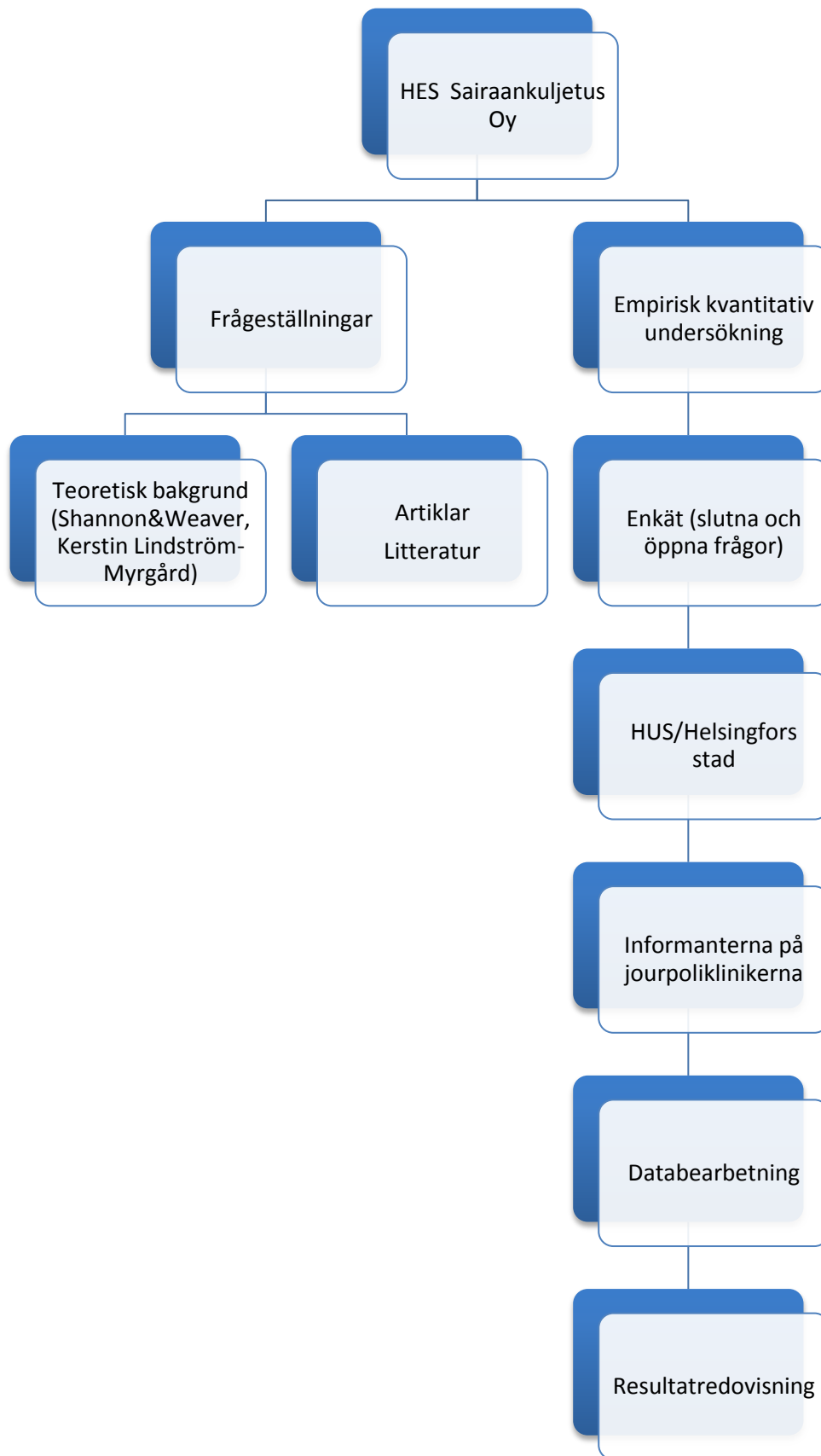
Idén till arbetet uppkom av den ena respondentens arbetsgivare. De önskade att denna undersökning skulle göras, för att de sedan skulle kunna förbättra sin verksamhet. Det var relativt lätt att utforma enkäten eftersom den egna förhandskunskapen var rätt så bra och dessutom hade båda respondenterna (i samtycke med HES Sairaankuljetus Oy) klart för sig vad man ville få fram och därmed lägga vikt på. Även litteratursökningen och den teoretiska referensramen hjälpte oss i utformandet.

Tanken var att göra en pilotundersökning innan enkäterna delades ut till informanterna, men detta var i praktiken inte möjligt. En pilotundersökning hade varit bra för att undvika missförstånd och för att kunna korrigera eventuella tvetydigheter och oklarheter. Detta skulle ha resulterat i högre reliabilitet i och med att alla informanter hade uppfattat frågorna på samma sätt och så korrekt som möjligt.

Till jourpoliklinikerna delades det ut enkäter, följebrev (se bilaga 4 och 6) och slutna lådor att förvara enkäterna i. I följebreven poängterades att alla svar behandlas konfidentiellt och att informanterna förblir anonyma. Inte ens arbetsplats framgår. Respondenterna höll också en kort muntlig presentation för informanterna angående undersökningen och dess avsikt. Efter presentationen lämnades enkäterna och svarsåldorna kvar på jourpoliklinikerna i 4 veckor, varefter de samlades in.

Respondenterna har också lovat att skicka länken till e-versionen av arbetet, eftersom jourpoliklinikerna var mycket intresserade av studien och dess resultat.

HES Sairaankuljetus Oy får en egen förkortad version av resultatet på finska.



Figur 1. Studiens design.

## 4. METOD

Detta är en kvantitativ studie med kvalitativa inslag i form av några öppna frågor. Informationen samlades systematiskt in av sjukvårdspersonalen på huvudstadsregionens sex jourpolikliniker. För att avgränsa studien deltog endast sjukskötare och akutvårdare. Jourpoliklinikernas målgrupp bestod av 315 vårdare av vilka 167 besvarade formuläret. Endast 165 enkäter användes eftersom två av informanterna uppgav sig vara ur en för undersökningen felaktig yrkesgrupp. Svartsprocenten blev 52 %. Enkäten utformades och producerades specifikt för denna undersökning av respondenterna i samtycke med HES Sairaankuljetus Oy. Fördelen med en kvantitativ enkätundersökning är att man på en kort tid får ett stort urval. Eftersom avsikten med studien var att få reda på hur samarbetet mellan jourpoliklinikens personal och akutvårdare kunde förbättras och hur jourpoliklinikens personal uppfattar att samarbetet fungerar, är det viktigt att få ett stort antal svar som sedan kan analyseras och kalkyleras statistiskt.

Med en kvantitativt inriktad forskning menar man en forskning som innebär mätningar vid datainsamlingen och statistiska bearbetnings- och analysmetoder. (Patel & Davids-son 2003 s. 14). Eftersom undersökningen med hjälp av ett stort sampel försöker finna svar på frågor som "Hur?", "Vad?", "Varför" samt "Vilka förhållandena är" är det motiverat att använda sig av ovan nämnda metoder. Utgångsläget är att det existerar en objektiv verklighet som med hjälp av kvantitativ forskning på olika sätt mäts för att få information och förståelse om denna verklighet.

Frågeformulären var sammanställda på ett sådant sätt att de motsvarade yrkesgruppens utmärkande egenskaper gällande samarbete med den icke brådskande sjuktransporten. Tanken var att formulera frågorna så att informanterna på bästa sätt kunde uttrycka sin egen uppfattning eller åsikt gällande ämnet. Informanterna hade även en möjlighet att via öppna frågor uttrycka vad som borde förändras eller förbättras.

Enkäten var standardiserad eftersom de flesta svarsalternativen var på förhand bestämda samt slutna. De öppna frågorna medförde ändå en liten bit ostrukturerad till undersökningen eftersom informanterna fick skriva ett fritt svar på de frågorna. (Patel & Davids-son 1994 s. 61-62)

Enkäten bestod av 28 slutna frågor med färdiga svarsalternativ där informanterna fick kryssa i det alternativ de ansåg att bäst motsvarade deras värderingar. Därutöver fanns det tre öppna frågor där informanterna fritt fick skriva sina erfarenheter och tankar om det som frågades. Två av de öppna frågorna var kombinerade som följdfrågor till de slutna frågorna. (Se bilaga 4)

Enligt HES Sairaankuljetus Oy:s önskan om sampel valdes personal från alla huvudstadsregionens jourpolikliniker, d.v.s sex stycken jourpolikliniker. Samplet (målgruppen) avgränsades ändå genom att de svarande måste vara antingen sjukskötare eller akuttvårdare till sin utbildning för att få besvara frågorna. Detta p.g.a. att personer med dessa utbildningar är de som på jourpolikliniken tar emot patienter som ambulansen hämtar dit.

Frågeformulären innehöll en stor del olika variabler, t.ex. ålder, kön, utbildning samt arbetserfarenhet. Enkäten sökte efter personalens subjektiva syner på samarbetet mellan de två yrkesgrupperna. Forskningslogiken som användes i denna undersökning är alltså induktiv, med andra ord upptäckande.

Med tanke på att denna sorts studier gjorts förut (Owen 2009 s. 105) samt kommer att göras igen (och kunskapen i denna specifika studie kan vara grogrund för vidare studier) kan man säga att studien är explorativ. (Patel & Davidson 1994 s. 12) En mer omfattande undersökning angående eventuella konkreta förändringar gällande förbättrandet av samarbetet eller kommunikationen kan vara passande.

Efter att enkäterna samlats in analyserades svaren statistiskt med hjälp av programmet Microsoft Excel. Respondenterna valde att använda Excel eftersom det var fråga om ett stort sampel samt de enskilda svarsresultaten sinsemellan inte var jämförbara på ett för programmet SPSS ämnat sätt. Svaren på de slutna frågorna fördes systematiskt in i programmet i en frekvenstabell, varefter de sammanställdes och illustrerades med hjälp av olika slags diagram och tabeller. Svaren på de öppna frågorna har översatts till svenska varefter de har bearbetats och analyserats enligt sin innebörd.



## 5. LITTERATURSÖKNING

Den första litteratursökningen gjordes i mars 2011 på databaserna Cinahl och Medline (OVID). Det söktes på båda databaserna med sökorden *patient safety*, *communication* och *teamwork*. Sökordet *prehospital* användes också för att hitta forskning som behandlar samarbetet mellan prehospitala enheter och jourpoliklinik men ingen användbar litteratur hittades. Sökorden användes först var för sig för att se hur många träffar som uppkom. Ifall träffarna var för många med de enskilda orden kombinerades sökorden. Artiklarna på databaserna söktes med fulltext för att få läsbara artiklar.

På Cinahl var träffarna så många (*communication* 12805, *patient safety* 6054 träffar samt *teamwork* 1205 träffar) att sökorden kombinerades. *Patient safety* och *communication* gav 239 träffar och med sökordet *teamwork* därtill blev det 38 träffar. De sistnämnda lästes igenom.

Från Cinahl hittades artikeln ” What is Patient Safety Culture? A Review of the literature ” som togs med i litteratursökningen.

År 2009 gjordes ”What is Patient Safety Culture? A review of the literature” där avsikten med undersökningen var att forska i vad tidigare forskning har påvisat att är orsaken till dålig patientsäkerheten inom hälsovården. Det gjordes en litteratursökning på databaserna Medline och Cinahl med sökorden ”*hospital safety*”, ”*culture of safety*”, ”*safety culture*” och ”*safety climate*”. Forskningarna var gjorda mellan åren 1999-2007. De faktorer som framstod som främsta orsaker till dålig patientsäkerhet var brister i ledarskap, teamarbete, kommunikation, lärande och rättvisa (Sammer 2010 s. 156-157)

Teamarbete var den andra vanligaste faktorn som framkom i tidigare forskning som en betydande svag länk för patientsäkerheten. I dagens läge är medicinvetenskapen och teknologin i stor grad utvecklad. Detta ställer höga krav på teamarbetet mellan vårdare inom olika hälsovårdsbranscher för att patientsäkerhet skall kunna hållas på en god nivå. (Sammer 2010 s. 158-162)

Kommunikation var den fjärde vanligaste faktorn som framkom i tidigare forskning som en betydande orsak till brister i patientsäkerheten. Tidigare forskning föreslår att man för att förbättra patientsäkerheten inom hälsovården kunde hålla korta pauser under

arbetsdagen där man går igenom patientvården och kollar upp att alla inom vårdteamet vet vad som gjorts åt patienten och vad som skall hända till näst. (Sammer 2010 s. 162)

Från Cinahl hittade vi artikeln ”Communication: patient safety and the nursing work environment”. Artikeln användes inte i arbetet men i källförteckningen hittades ”The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care” samt en studie gjord 2004, ”Silence Kills The Seven Crucial conversations in Healthcare”

Artikeln, ”The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication”, berättar hur man kan förbättra kommunikationen och teamarbetet inom sjukhus med hjälp av Kaiser Permanentes direktiv för en tryggare hälsovård. Kaiser Permanente är en hälsovårds organisation som sköter om 8,3 miljoner patienter i USA dagligen. Enligt Kaiser Permanente är brist på kommunikation inom hälsovården en av de största orsakerna till brister i patientvården. Kaiser Permanente tar upp SBAR metoden som en modell för att förbättra patientsäkerheten. SBAR är en minnesregel som hjälper oss att få en helhetsbild av patientvården. SBAR består av: S-situation – situation: vad händer för tillfället eller just nu, B-background – bakgrund: vilka förhållanden har påverkat situationens ursprung, A-Assesment – bedömning: uppfattning om vad situationen är och R- recommendation – rekommendation: hur skall vi lösa problemet. När en vårdare gått igenom minnesregeln SBAR har hon redan en bra helhetsbild av patientens tillstånd och kan rapportera patienten till läkaren eller till sitt arbetspar. Detta förbättrar patientsäkerheten då kommunikationen blir bättre i och med att vår kunskap om patientens helhetsituation är bättre. (Leonard 2004 s. 85-87) Språket vi använder oss av inom hälsovården är även något som kan förbättras. Om en vårdare är orolig för sin patient och tycker att patientens allmäntillstånd försämrats borde vårdaren ringa upp läkaren och säga att allt inte är bra med patienten: ”Kom hit!”. Det viktiga är inte att se vem som har rätt eller vem som har fel. Det är bättre att kalla på läkare i onödan än att tänka att man inte vill störa läkaren vilket i sin tur kan resultera i att patientens tillstånd rasar. (Leonard 2004 s. 87)

Debriefing är en bra metod inom hälsovården för att förbättra patientsäkerheten. I början av en arbetstur är det viktigt att stanna upp för några minuter och gå igenom situat-

ionen på sjukhuset så att alla som är involverade i patientvården vet vad som pågår. (Leonard 2004 s. 87)

År 2004 gjordes en forskning i USA som hette ”Silence kills. The seven crucial conversations for healthcare.” I studien deltog 1700 anställda inom hälsovårdsbranschen. Deltagarna var slumpmässigt valda från 13 sjukhus runt omkring USA. Tidigare studier påvisar att kommunikationen mellan personalen på sjukhusen har en direkt koppling till hur bra patientsäkerheten är och hur teamarbetet fungerar. Utgående från tidigare forskningresultat togs det i denna forskning upp sju diskussionsområden som hade visat sig vara svåra att handskas med inom hälsovården och som därför oftast ledde till att patientsäkerhet blev lidande. Dessa är försummelse av regler, misstag, brist på hjälp, inkompetens, dåligt teamarbete, respektlöshet och nedvärdering. Tidigare forskning tyder på att svaghet inom dessa områden leder till fel i medicinering av patienter, försämrad patientsäkerhet, dålig vårdkvalitet och missnöje bland anställda. (Maxfield 2005 s. 1-5)

I undersökningen tog man upp alla sju komponenter och ville veta hur ofta de förekom inom hälsovårdsbranschen. I resultaten kom det fram att inom alla sju områden ansåg 50-90 % av de anställda att minst 10 % av deras kolleger föll inom ramen för alla nämnda variabler. Forskningsresultaten påvisar dessutom att 85-95 % av de anställda som upplever att deras kolleger gör fel i sitt arbete inte konfronterar sina kolleger utan låter saken vara. De svarade att de upplever att det inte är deras uppgift att rätta till en kollega eller att de inte vill göra sina kolleger sura. Många anmälde sina kolleger till förmännen men det var sällan förmännen gjorde något åt saken. De 5-15 % av anställda som vågade konfrontera sina kolleger fick också oftast till stånd en förändring, vanligtvis mot det bättre. (Maxfield 2005 s. 6-11)

Forskningsresultaten tyder på att kommunikationen inom sjukvården är bristfällig och leder till försämrad patientsäkerhet. I framtiden borde det på varje sjukhusavdelning finnas en anställd som med jämna mellanrum för diskussioner med personalen om vad som är bra och vad som borde förändras. Med hjälp av dessa utvecklingsdiskussioner kunde man få fram misstag som sker inom vården och samtidigt få människor att prata med varandra om existerande problem. (Maxfield 2005 s. 13-16)

Litteratursökningen fortsattes på Medline (OVID) och det användes samma sökord som på Cinahl. På Medline (OVID) var träffarna också så många (*patient safety* 8839 träffar,

*communication* 190776 träffar och *teamwork* 3615 träffar) att sökorden kombinerades för att hitta artiklar som tangerade temat i examensarbetet. Sökorden *patient safety* och *communication* gav 1025 träffar. 1025 träffar var ännu för många träffar, så det lades till ytterligare ett sökord med *patient safety*, *communication* och *teamwork* vilket gav oss 136 träffar. Av dessa 136 träffar hittades dock inte några artiklar som var intressanta.

Det gjordes även sökningar på databaserna Åbo akademis doktorsavhandlingar och DiVa (Digitala vetenskapliga arkivet). Sökorden som användes var *kommunikation* och *patientsäkerhet*.

På databasen Åbo akademis doktoravhandlingar gav *kommunikation* 89 träffar och *patientsäkerhet* 13 träffar. Sökorden användes sedan tillsammans och det gav 10 träffar. Av dessa träffar hittades dock ingen användbar litteratur.

På databasen DiVa (Digitala vetenskapliga arkivet) gav *kommunikation* 6254 träffar och *patientsäkerhet* 29 träffar. Sökorden *kommunikation* och *patientsäkerhet* gav 8 träffar. Av dessa träffar hittades ett examensarbete om patientsäkerhet gjort 2010. Examensarbetet "Bära eller brista: Faktorer i kommunikation och teamarbete som påverkar patientsäkerheten" var ett slutarbete skrivet i Sverige 2010. Som undersökningsmetod i arbetet hade valts litteratustudie och litteraturen samlades från databaserna Cinahl och PubMed. Som sökord hade valts bland annat *patientsäkerhet*, *kommunikation* och *teamarbete*. (Jansson 2000 s. 6)

Resultatet i examensarbetet tyder på att tillåtande klimat, arbetsmiljö, ledarskap och olika metoder för att förbättra kommunikationen och teamarbetet är viktiga för patientsäkerheten. Vårdare inom hälsovårdsbranschen upplever att kommunikationen mellan personalen är viktig för att resultatet skall bli bra. Man vill även att alla skall behandlas lika och varje vårdares insats i arbetet är lika mycket värd. Sjukhus är överfulla med patienter och det bidrar till att kommunikationen vårdare emellan har allt större betydelse för att man skall uppnå en miljö där patienterna kan känna sig trygga. Ledarskapets roll blir betydande när man skall uppnå en säker patientvård. På varje vårdavdelning måste det finnas en ledare som lyssnar och tar hänsyn till hur vårdpersonalen mår och orkar. Ledaren måste vara en i gruppen. För att uppnå en bättre nivå av patientsäkerhet kunde man inom vårdbranschen följa olika tankemodeller eller algoritmer. Om alla på vårdavdelningen använder samma vårdmodell är alla bättre medvetna om hur patienterna sköts

och kan lättare ingripa vid farliga situationer. En vårdmodell som kunde användas inom vården är t.ex. SBAR modellen. (Jansson 2000 s. 8-12)

En ny litteratursökning gjordes i november 2011 på databasen PubMed. Som sökord användes (*communication* med 446301 träffar, *teamwork* 11553 träffar och *multiprofessional* 706 träffar). Träffarna var så många att orden användes tillsammans, *communication and teamwork* med 1712 träffar och *communication and teamwork and multiprofessional* med 17 träffar. Av dessa 17 träffar hittades en artikel som användes.

I PubMed hittades artikeln ” Multiprofessional healthcare team: concept and typology”. I artikeln har man fokuserat på teamarbete med hjälp av litteratursökning, en teori om arbetsmetod inom hälsovården och en teori om kommunikativt arbete. Litteratursökningar på Medline och Lilacs databaser föreslår att multiprofessionellt arbete är något som sker spontant hos människorna när man arbetar i en grupp med många olika professioner. Interaktionen mellan människor som arbetar för samma mål bidrar inte till problem i gruppen. Fortuna & Mishima(1999) menar att det finns tre olika koncept för teamarbete. Första konceptet är gruppens mål att nå ett så bra resultat som möjligt. Andra konceptet är gruppens strävan efter att ha en så god interaktion som möjligt och betonar relationerna mellan gruppmedlemmarna. Tredje konceptet är tvärvetenskap där man med hjälp av interaktion och många olika kunskaper och teorier arbetar för att uppnå målet. (Peduzzi 2000 s. 1)

Utgående från litteratur och teoretiska modeller har man kommit fram till att det finns två olika slags team. Det första exemplet är en grupp arbetare. I det exemplet finns det många arbetare som arbetar hårt för samma sak men ingen tar hänsyn till vad de andra gruppmedlemmarna gör, vilket kan leda till att vissa saker många gånger görs i onödan. Andra exemplet är ett integrerat team där målet är att göra resultat med hjälp av interaktion mellan gruppmedlemmarna. Båda teamen kan uppnå samma mål, men deras arbetsmetod är olika. (Peduzzi 2000 s. 1-3)

I början av januari 2012 gjordes en litteratursökning på Cinahl och PubMed för att hitta forskningar som hade att göra med kommunikation och samarbete mellan prehospitala enheter och jourpolikliniker. Sökorden som användes var *prehospital*, *communication* och *patient safety*. På Cinahl hittades 11 träffar och på PubMed 7 träffar men ingen av träffarna användes.

I slutet av januari 2012 gjordes ännu en litteratursökning på Academic Search Elite för att hitta en forskning som undersökt kommunikationen och samarbetet mellan prehospitala enhet och jourpolikliniker. En avancerad litteratursökning gjordes där sökorden var *ambulance\** or ”*out of hospital*” or *prehospital* or ”*pre hospital*” or *paramedics* som fanns i titeln och *communication* or *teamwork* or *patient safety* som abstrakt. Denna sökning gav 18 träffar och en forskning gjord 2009 där man med intervjuer av akutvårdare på ambulansen och sjukskötare på jourpolikliniken undersökte hur kommunikationen och samarbete fungerar.

“Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department” är en undersökning gjord 2009 där man intervjuade 19 akutvårdare, 15 sjukskötare och 16 läkare om hur överlåtande av patient från prehospitala enheter till jourpolikliniken fungerar. (Owen 2009 s. 102)

I undersökningen kom det fram tre faktorer som alla yrkesgrupper tog upp som ett problem vid överlåtning av patienter:” Problem att skapa en helhetsbild som alla parter förstår, svårigheter kring att göra och att lyssna samtidigt samt dålig struktur på rapporten” (Owen 2009 s. 103)

Akutvårdare ansåg att sjukskötare och läkare på sjukhusen inte förstod hur kritisk patientens tillstånd var om denne t.ex. hade varit med om en motorcykel olycka. Fastän akutvårdaren försökte förklara hur det såg ut på olycksplatsen och hur hög energi som orsakat olyckan tog vårdpersonalen på sjukhuset inte situationen på allvar. Sjukskötare anåg däremot att akutvårdarna ofta har väldigt bråttom att bli av med patienten och då kan den muntliga rapporten bli ofullständig. När sjukskötaren sedan i efterskott läser ambulansblanketten finns allt inte med på blanketten. (Owen 2009 s. 103-104)

Akutvårdare tyckte däremot att sjukskötare ofta hade så bråttom att börja med patientvården att de inte tog emot den muntliga rapporten som akutvårdarna gav. Akutvårdarna upplevde att sjukskötarna försökte göra för många saker på samma gång, både lyssna och göra, och det resulterade oftast i att rapporten inte nådde sjukskötaren. Sjukskötarna ansåg att rapporten som de får av akutvårdarna är väldigt viktig och att det är akutvårdarnas skyldighet att se till att sjukskötarna har uppfattat rapporten även om det kan vara ganska hektiskt på jourpolikliniken. (Owen 2009 s. 104-105)

Både akutmårdare och sjukskötare tyckte att det är en dålig sak att rapporten ofta går från person till person före den slutgiltigen kommer fram till den personen som kommer att sköta om patienten. Läkare tyckte att rapporten som akutmårdarna ger många gånger saknade det väsentliga och att det var svårt att veta vad som hänt patienten i det akuta skedet om rapporten var dålig. (Owen 2009 s. 105)

## 6. TEORETISK REFERENS RAM

Följande kapitel behandlar två olika teoretiska referensramar som valts specifikt för detta arbete. Den första är en kommunikationsteori utformad av Shannon och Weaver år 1949. (Fiske 1997) Den andra en samarbetsmodell av Kerstin Linström-Myrgård. (Effektiva arbetsteam 1997) Sista stycket är en sammanfattning av dessa två teorier.

### 6.1 Kommunikationsteori

Shannon och Weaver utarbetade sin kommunikationsteori under andra världskriget på Bell Telephone Laboratories i USA 1949. De gjorde arbetet för att reda ut ett sätt att effektivast möjligast använda kommunikationskanalerna. ”Mathematical Theory of Communication” (1949, Weaver, 1949b) är ett av de viktigaste frön ur vilka kommunikationsteorin vuxit fram. Shannon och Weavers främsta kanaler var telefonkablar och radiovågor. De ville utarbeta en modell som kunde möjliggöra angripandet av problem som har att göra med skickandet av maximal mängd information genom en viss kanal samt mätandet av varje kanals kapacitet angående överföring av information. Med tanke på komponenterna i teorin verkar den mer ändamålsenlig för Shannon och Weavers matematiska och tekniska bakgrund, men de hävdar att den kan tillämpas på all mänsklig kommunikation. (Fiske 1997 s. 17)

Eftersom den prehospitla kommunikationen med vårdinstanser och läkare långt är beroende av telefoner och radiotelefoner passar teorin bra in här. Dessutom går den prehospitla kommunikationen med vårdinstans långt ut på att överföra så mycket information som möjligt på ett så kort och koncist sätt som möjligt.

Den grundläggande kommunikationsmodellen visar kommunikation som en linjär process. Dess utmärkande egenskaper är enkelhet och linearitet och den är mycket lättfattlig. Shannon och Weaver urskiljer tre nivåer av problem vid kommunikationsstudier. Nivåerna är:

Nivå A (tekniska problem)

Hur noggrant kan kommunikationssymboler utsändas?



Nivå B (semantiska problem)	Hur exakt uttrycker de utsända symbolerna den önskade innebörden?
Nivå C (effektivitetsproblem)	Hur produktivt inverkar den mottagna betydelsen beteendet på förväntat sätt?

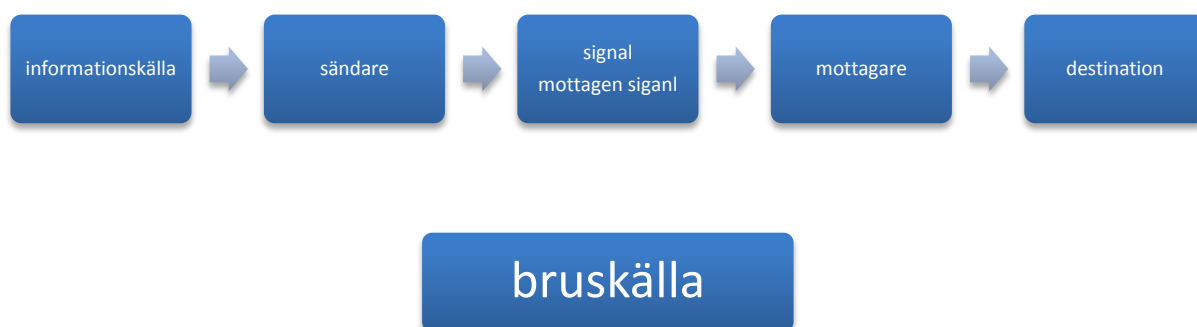
Nivå A är enklast att förstå eftersom det var för att försöka förklara denna sorts problem som de ursprungligen utvecklade modellen. Nivå B är också rätt så lätt att förstå men däremot svår att lösa. Denna nivå omfattar allt från betydelsen av ord till att visa ett kirurgiskt ingrepp på film åt en person som inte behärskar vårdyrket. Shannon och Weaver anser att det går att inrymma betydelsen i meddelandet och att en förbättring i kodingen automatiskt återspeglas som en förbättring av den semantiska precisionen. (Fiske 1997 s. 18 )

För att återgå till det tidigare exemplet om prehospital kommunikation är det just detta vårdarna strävar efter i sina samtal med antingen vårdinstans eller läkare. Hur uttrycka sig på bästa sätt för att mottagaren (jourpoliklinik vårdaren) till fullo skall förstå innebörden i meddelandet på det sätt sändaren (akutvårdaren) menat. Akutvårdaren hoppas att sjukskötaren förstår innebörden i meddelandet han sänder i t.ex. en förhandsanmälan eftersom det betyder att patienten får adekvat fortsatt vård på sjukhuset och att det inte uppstår onödig väntetid som kunde försämra patientens tillstånd. Sjukskötare bör dock vara noggranna med sina val av ord när de kommunicerar om och ger rapport om en patient åt en kollega eftersom alla kanske inte har samma uppfattning om ickemedicinska termer. Vad betyder t.ex. lite eller mycket?

Vid en första bekantskap med modellen kan det verka som om Shannon och Weaver ser kommunikation som manipulering eller propaganda. Med detta menas att deras nivåindelning kunde tolkas som om att A har kommunicerat resultatrikt med B endast då när B reagerar på det sätt A vill att han skall göra. De hävdar dock själva att de tre nivåerna varken är absolut oberoende eller absolut beroende av varandra, men de fungerar lika bra tillsammans som skiljt på alla nivåer (trots att den börjar på nivå A) och deras modell kan anpassas till varje nivå. Meningen med att studera kommunikation på detta sätt på olika nivåer är att försöka förstå hur man skulle kunna förbättra effektiviteten och noggrannheten i processen.(Fiske 1997 s. 19)

Man kunde t.ex. dela in kommunikationen mellan ambulans och jourpoliklinik som akutvårdarens samtal med läkaren, akutvårdarens förhandsanmälan till jourpolikliniken samt jourpoliklinikens sjukskötares rapport till mottagande vårdteamet på juren. Här måste först akutvårdaren och läkaren förstå varandra korrekt, sedan måste akutvårdaren föra denna information vidare till en sjukskötare som ännu skall föra samma meddelande vidare åt en bunt sjukskötare. Det är inte så konstigt att meddelandet ibland ändras en del under vägen, huvudsaken är att inget relevant faller bort.

Källan är i denna modell beslutsfattare och den som bestämmer vilka meddelanden som skall sändas. Sändaren omvandlar meddelandet efter detta till en signal och signalen sänds genom kanalen till mottagaren. Om vi tar en väggtelefon som exempel är ledningen kanalen, den elektriska strömmen i ledningen är signalen och själva telefonapparaterna utgör sändare och mottagare. Vid ett samtal är munnen sändare, ljudvågorna signaler och den i andra ändan varande personens öra mottagare.



Figur 2. Shannon och Weavers kommunikationsmodell. (Fiske 1997 s. 18)

Shannon och Weaver lyfter starkt upp termen brus. Till brus räknas allt som läggs till signalen mellan det att den sänds tills den mottas men som inte menats av källan. Det kan vara fråga om förvrängningar av ljudet, knaster på telefonledningen eller statistiskt brus i en radiosignal. Denna typ av störningar på nivå A var ett av Shannon och Weavers främsta intressen. (Fiske 1997 s. 19) Termen brus har dock expanderat till att omfatta allt från alla mottagna signaler som inte sänds av källan till allt som gör att det är svårare att avkoda den avsedda signalen korrekt. Shannon och Weaver insåg att brus-

begreppet på nivå A var tvunget att expanderas för att kunna användas för problemlösning på nivå B. I samband med detta gjorde de klart att det finns två typer av brus, tekniskt brus (nivå A) och semantiskt brus (nivå B). För att kunna definiera mängden av detta brus menade Shannon och Weaver att man skulle placera en ”semantisk mottagare” mellan den tekniska mottagaren och målet. Med semantiskt brus menade de all förvrängning som sker i kommunikationsprocessen som inte är menat av källan men påverkar meddelandets mottagande vid målet. (Fiske 1997 s. 20)

Allt brus förvränger det ursprungliga meddelandet och därmed avsändarens syfte. Det spelar ingen roll ifall bruset orsakas av avsändaren, publiken, kanalen eller meddelandet i sig eftersom det ändå begränsar den mängd och form av information som sänds vid en viss tidpunkt i en viss situation. (Fiske 1997 s. 20)

Här kan exemplet om akutvårdaren som ringer jourpolikliniken åter tas upp. Av erfarenhet kan nämnas att en del jourpolikliniker vill att akutvårdaren ringer med radiotelefonen (virve=viranomaisverkko) sin förhandsanmälan. Radiotelefonerna är dock mycket känsliga för störning och ett susande ljud (brus) uppkommer lätt. Detta kan medföra att sjukskötaren i andra änden går miste om viktigt information ifall suset uppkommer vid ett kritiskt tillfälle. Brus inom rapporteringstillfällen på sjukhus kan även utgöras av andra faktorer. Om sjukskötaren t.ex. är okoncentrerad, trött eller har en arrogant inställning till rapportgivaren är dessa likväl brus som hindrar det ursprungliga meddelandet att komma fram i den mening sändaren menat och här kan det ha fatala följder för patienten.

Många ansåg att numerisk mätning av information var irrelevant och att Shannon och Weavers teori var alltför matematisk teknisk. Men trots att det är svårt att mäta relationen mellan informationsmängd och sändningsalternativ är detta förhållande ett viktigt instrument inom kommunikationen som till stort liknar de kunskaper i språkets natur som har sitt ursprung från språkvetare och semiotiker. Förnimmelser om förutsägbarhet och val är centrala för förståelsen av kommunikation. (Fiske 1997 s. 22)

Här kommer benämningarna redundans och entropi in i bilden. Med redundans menas något som är förutsägbart och konventionellt i ett meddelande. Entropi är motsatsen till redundans. Ett meddelande som har låg förutsägbarhet kan alltså kallas entropiskt och informationsrikt medan ett högt förutsägbart meddelande är redundant och informat-

ionsfattigt. Så gott som all kommunikation är redundant. Kommunikation utan redundans är i teorin möjlig men i praktiken så gott som omöjlig. Viss redundans är till och med nödvändig för praktisk kommunikation. Redundans har två huvudfunktioner, för det första som teknisk (Shannon och Weaver definierar denna väl) och för det andra en utvidgning av detta begrepp till den sociala dimensionen. (Fiske 1992 s. 23) Redundans är alltså ett medel för förbättring av kommunikation medan entropi mer är ett mått på de antal val bland en mängd alternativ som kan göras på dessa alternativs slumpmässighet. Entropi är alltså maximal oförutsägbarhet. (Fiske 1997 s. 25)

Ett exempel på ett redundant meddelande inom vårdbranschen är ifall en patient på en jourpoliklinik plötsligt blir sämre. Patienten har kanske själv kommit till jourpolikliniken p.g.a. andnöd och läkaren skall snart undersöka honom då hans tillstånd plötsligt rasar och andningen blir rosslande. Det räcker att en sjukskötare meddelar en annan sjukskötare att patienten har lungödem för att denna skall veta vad som skall göras näst. Meddelandet är alltså ytterst redundant och tidsbesparande eftersom alla vet vad som skall göras i dessa situationer.

Ett entropiskt meddelande inom vårdbranschen kunde däremot t.ex. vara en patient som sökt vård för huvudvärk men i själva verket har en hjärtinfarkt. P.g.a. entropin i situationen finner man högst antagligen hjärtinfarkten i ett senare skede än om patienten hade sökt vård för bröstsmärta.

Ytterligare använder sig Shannon och Weaver av benämningarna kanal och kod. Med kanal avses det fysiska medel med vilket signalen överförs. De mest använda kanalerna är ljusvågor, ljudvågor, radiovågor, telefonledningar, nervsystemet med flera. (Fiske 1997 s. 32) En kod är däremot ett system av betydelser som är ömsesidigt för medlemmarna i en subkultur eller en kultur. Den kan bestå både av tecken (t.ex. fysiska signaler) och av regler och konventioner (fastställer hur och i hurdana sammanhang koder kan kombineras för att utgöra mer komplicerade meddelanden). Mellan kod och kanal finns ett samband som bestämmer hur och hurudant meddelande som kan överföras. Med detta avses att kanalens fysiska drag bestämmer hurdana koder som kan föras vidare. Som exempel kan nämnas att en telefon är avgränsad till verbalt språk och paraspråk. (Fiske 1997 s. 34-35)

Eftersom vården många gånger går ut på att man behandlar aspekter som påverkar en annan människas liv är det av stor betydelse att vara noggrann. Vårdare är dock endast människor och det är mänskligt att göra misstag. Men många misstag kunde undvikas med hjälp av t.ex. noggrann dokumentering, bättre kommunikation och att i ett tidigare skede meddela t.ex. läkare om att patientens tillstånd blivit sämre (Potilasturvallisuus 2007 s. 88) Här kommer alltså vikten av kanaler och kodning in. Det finns färdiga formulär, datasystem, telefonnummer, arbetsrum, checklistor m.m. som fungerar som kanaler på sjukhusen. Det är dock upp till vårdarna att kunna använda sig av rätta koder samt kunna koda riktigt så att meddelandet når fram i avsedd form och god tid.

Som det kommit upp redan tidigare är kommunikation och rapportering mellan ambulans- och jourpoliklinikpersonal en vardaglig företeelse. Det ges alltid minst en rapport på den mottagande vårdanstalten. Detta betyder också att minst en mottagande sjukskötare på basen av rapporten skall kunna fortsätta patientens vård. Här betonas en utförlig och detaljerad rapport för att vårdkedjan inte skall brista och patientens vård lida. Det är trots allt många gånger på basen av akutvårdarens rapport om observationer och given vård som patientens vård fortsätter på sjukhuset.

För att kunna utnyttja de meddelanden vi sänder och som sänds oss krävs det återkoppling och reaktion. Feedback är sändarens förmåga att läsa sitt meddelande i mottagarens ansiktsuttryck och reaktioner. Det är många gånger med hjälp av feedback sändaren styr sitt meddelandes innebörd. Det är en konst att kunna läsa feedback, men samtidigt en förmåga att kunna ge feedback. (Fiske 1997 s. 36-37)

Trots att feedback är en viktig del i kommunikationen är det många gånger mycket svårt att ge feedback. Alla kan se i en annan människas ansiktsuttryck och kroppshållning om den är av annan åsikt, men att säga samma sak som man visar är någonting helt annat. Att ge kritik i form av konstruktiv feedback är något som borde övas mer inom vårdbranschen. Med hjälp av konstruktiv feedback kunde alla parter vid behov göra små förändringar mot det bättre. Detta skulle minska onödiga missförstånd och samtidigt underlätta samarbetet mellan ambulanspersonal och personalen på jourpolikliniken.

## 6.2 En modell för samarbete

Eftersom detta arbete är en undersökning gällande kommunikation och samarbete valde vi att behandla två modeller i den teoretiska referensramen. Den första var Shannon och Weavers kommunikationsmodell från 1949. Den andra är Kerstin Lindström-Myrgårds samarbetsmodell. Enligt Lindström-Myrgård är samarbete en fråga om synsätt och färdigheter. Lindström-Myrgård menar att samarbete kan delas in i en fungerande helhet bestående av respekt, omtanke, ärlighet och tydlighet. Samarbete handlar alltså om en cirkulär händelse där en större mängd faktorer (samarbetsfärdigheter) är beroende av och påverkar varandra. Faktorerna är att lyssna (ord, känslouttryck, ställningstaganden), uppmuntra (åsikter, känslor, prioriteringar), lösa konflikter (sig själv, andra, uppgiften) och att ge och ta kritik (beskrivningar, omdömen, handlingssätt). (Effektiva arbetsteam s. 58)

Inom vårdbranschen är det viktigt att få uppleva sig respekterad. Men det är också mycket viktigt att visa respekt för patienter, anhöriga och arbetskamrater. Att lära sig att acceptera att människor tänker och tycker olika kan vara svårt för en del av oss. Lindström-Myrgård anser att många har svårt att godkänna andras känslor och visa respekt för andras prioriteringar. Men en person som inte blir bemött med respekt får lätt ”en spricka” i sitt självförtroende och upplever att den inte duger som den är. (Effektiva arbetsteam s. 59) Här kunde nämnas att sjukvårdspersonalen (och människan i allmänhet) borde lära sig att visa mer respekt för varandra. Istället för att berömma och uppskatta det en annan gjort, söker vi gärna efter fel eller anser vår arbetskamrat vara överambitiös. Detta kan leda till att en del istället börjar slappa och slarva eftersom de upplever att deras arbetsinsats inte respekteras.

Även omtanke är något som dagligen aktualiseras inom vårddyrket. Omtanke är människans naturliga sätt att förena och visa kärlek i nära relationer. På en arbetsplats är det inte lika lätt att visa omtanke men omtankens existens är lika viktig för att organisationen skall fungera som en helhet. Omtanke på en arbetsplats kan handla om en så enkel sak som att komma ihåg vad en arbetskamrat eller patient sagt och uppmärksamma denne om att man minns. Alla behöver känna omtanke, och den som klarar av att vara generös mot sig själv kan lättare vara generös mot andra. (Effektiva arbetsteam s. 59-60)

I samarbetet mellan ambulansen och jourpolikliniken kan detta visas genom att en vårdare på jourpolikliniken t.ex. informerar ambulanspersonalen om vad deras tidigare dit körda patient egentligen led av. Ambulanspersonalen känner sig ihågkommen och speciell, de var dessutom intresserade av denna information och kanske de i framtiden kommer ihåg att visa extra omtanke mot denna vårdare.

För att en relation skall vara hållbar och fungerande krävs ärlighet. Få saker skadar en annan person så mycket som falskhet och oärlighet. Ibland kan det vara svårt att vara ärlig men gällande obehagliga sanningar resulterar ärlighet oftast i bättre arbetsklimat. (Effektiva arbetsteam s. 60)

Man kunde t.ex. ordna utvecklingsdagar där både representanter från jourpolikliniken och ambulansen kunde delta. Vid dessa tillfällen skulle alla få en möjlighet att säga vad som är bra och vad som borde ändras. Detta skulle resultera i att båda parterna är uppdaterade om vad den andra upplever att är bra och vad dåligt. Detta skulle också ge båda parterna en möjlighet att från sin sida förbättra samarbetet.

Tydlighet kan kännas som en självklar ”ingrediens” för ett fungerande arbetsteam, men för alla är det inte så enkelt att uttrycka sig tydligt. Detta är dock en nödvändighet, dels för att människor korrekt skall förstå varandra, dels för att vi skall veta var vi har varandra i olika sammanhang. En person som är mycket tydlig har känslouttryck som omgivningen lätt och enstämmigt kan tolka. (Effektiva arbetsteam s. 60)

Speciellt inom sjukvården är det mycket viktigt att vara så tydlig som möjligt. I värsta fall är det fråga om människor som lider på grund av att någon inte kunnat uttrycka sig korrekt och så att alla säkert förstår.

Lindström-Myrgård jämför ett arbetsteam med en levande organism med celler, hon menar att det är fråga om en grupp individer som fungerar tillsammans i ett invecklat mönster. För att detta mönster skall bilda en fungerande helhet behövs det en balans av och mellan ovanstående fyra punkter. Vi måste hela tiden utveckla de färdigheter som nämns som samarbetsfärdigheter ovan (lyssna, uppmuntra, lösa konflikter och ge och ta kritik) och ingen skall någonsin anse sig fullärd. Till slut behövs det ännu öppenhet och kommunikation för att den gemensamma energin skall kunna flöda fritt. (Effektiva ar-

betsteam s. 58) Det räcker med att en person går mot strömmen för att energiflödet skall täppas och teamet till följd av detta förlorar sin kraft. (Effektiva arbetsteam s. 61)

### **6.3 Sammanfattning**

Slutligen kan alltså nämnas att Shannon och Weaver 1949 i sina undersökningar försökte ta reda på varför kommunikationen mellan två enheter ibland inte fungerar på ett tillfredsställande sätt. Budskapet går därmed förlorat eller förvrängs, vilket kan resultera i allvarliga konsekvenser. Detta är en speciellt viktig aspekt inom vårdbranschen eftersom fel uppfattade meddelanden i värsta fall kan resultera i en annan människas död.

Shannon och Weaver ansåg även till en början att det fanns en teknisk förklaring till bristerna i kommunikationen, men rätt så snabbt kom de fram till att de största bristerna inte låg i den tekniska utrustningen. Som största orsak pekade deras arbete istället ut den mänskliga faktorn till bristerna i kommunikationsprocessen. Största bristerna låg i avsaknad av på förväg överenskomna och gemensamma koder som alla uppfattar på samma sätt. Nödcentralen använder på förhand bestämda gemensamma koder för att beskriva en patients sjukdomstillstånd. Fastän koden kanske inte stämmer exakt in på patientens åkomma så ger det en god förhandsuppfattning för akutvårdaren om vad som kanske väntar dem. På sjukhusen använder man sig i mindre grad av gemensamma koder, det är mer läkaren som kodar (diagnostiserar) patienten.

För ett väl fungerande arbete krävs även samarbete. Kerstin Lindström-Myrgård anser i korthet att samarbete är fråga om en välfungerande helhet som utgörs av många olika delkomponenter. Alla som är med i teamet har sin egen uppgift och allas uppgift och insats är viktig för att helheten skall bli bra. Förutom att alla har sin egen uppgift måste alla även arbeta på sina färdigheter gällande visande av respekt och omtanke för sina varandra. Ett välfungerande arbetsteam utgörs alltså inte enbart av duktiga arbetare, utan arbetarna hålls duktiga genom att de känner sig uppskattade och upplever att även deras insats är betydande för teamets som helhet.



## 7. MULTIPROFESSIONELLT SAMARBETE

Följande kapitel kommer att behandla olika former av samarbete och samarbetets uppbyggnad. Kapitlen tar främst upp samarbetet inom hälsovården samt vikten av ett fungerande samarbete i t.ex. konfliktsituationer och problemlösning.

### 7.1 Samarbetets roll

Att kunna samarbeta har spelat en viktig roll för människosläktets evolution. Det har alltid varit av stor betydelse att man gemensamt klarat av inre och yttre hot mot gruppen. När man blickar bakåt i historien har man alltid med gemensamma krafter sett till att man får föda eller kämpat mot vilda djur för att tryggt kunna leva vardagen. I dagens moderna och utvecklade samhälle är människans utmaningar och mål mera komplicerade. Man upplever världen oftast utifrån egna erfarenheter och utbildningar vilket lätt kan leda till det att man bara ser ens egna målsättningar och lösningar på problem. Utveckling förutsätter att människor börjar samarbeta på en ny nivå, och för detta ändamål har det uppkommit nya begrepp. Experter i världen började på 1980-talet prata om multiprofessionellt samarbete gällande samarbetet mellan olika yrkesgrupper. På 1990-talet började man även i Finland diskutera om multiprofessionellt samarbete. (Isoherranen 2005 s. 13)

Samarbete som begrepp betyder att människor har ett gemensamt arbete eller uppgift att utföra, ett problem att lösa eller ett beslut att fatta. Multiprofessionalitet bidrar till samarbetets olika former av kunskap och erfarenhet. Detta medför att man måste fundera hur man skall in ta och bearbeta all den kunskap och erfarenhet som finns till förfogande för att få det bästa resultatet. (Isoherranen 2005 s. 14)

Inom social och hälsovårdens patientvård beskriver man multiprofessionellt samarbete som samarbete mellan olika experter med målet att försöka iaktta klientens helhet. Utgående från olika experters kunskaper och erfarenheter sätter man upp ett mål för vården. I interaktionsprocessen arbetar man tillsammans för att skapa en gemensam förståelse för att lösa problem. (Isoherranen 2005 s. 14)

I samband med samarbete pratar man ofta även om synergism. Synergism uppstår då resultatet av gruppens samarbete är bättre än vad den vore om alla i gruppen arbetade på

egen hand. Samarbetet har med andra ord en positiv insats som inte skulle ske om gruppens medlemmar arbetat separat. För att uppnå detta måste man ha ett interaktionsbetonat samarbete vilket gör att man bygger på varandras tankar och hjälper varandra så att allas tankar förenas till en helhet. Det är viktigt att inse klientens betydelse för det multiprofessionella samarbetet. Klienten bör tas med i beslutsfattande och ses som en helhet. (Isoherranen 2005 s. 15-16)

## **7.2 Problemlösning**

Multiprofessionalitet för även med sig problem. Människan måste kunna föra fram sina egna kunskaper och profession, och på samma gång kunna arbeta för att bygga på gruppens kunnande och resultat. Beroende på arbetsmiljön finns det områden som alla i gruppen är bekanta med. Det här medför problem då man måste förstå exakt vilken kunskap man själv har för att kunna integrera och ta emot åsikter av alla gruppmedlemmar. (Isoherranen 2005 s. 19)

Enligt William Housley, som forskat interaktion som uppstår i diskussioner, är multiprofessionalitet ett resultat av interaktion där alla jobbar för att nå samma mål. Medlemmarna i gruppen behöver olika strategier och kunskaper med hjälp av vilka de kan upprätthålla sin expertis i olika situationer. Den fungerande interaktionen leder till att gruppen kan vägleda och ge feedback till de andra gruppmedlemmarna. Det räcker t.ex. inte att man är en duktig läkare, sjukskötare, fysioterapeut eller ergoterapeut. Utöver det bör man också kunna handleda gruppmedlemmar utifrån egen expertis. (Isoherranen 2005 s. 19)

### **7.2.1 Dialog**

Dialog är ett av de redskap som man använder sig av för att bygga gemensam förståelse i den multiprofessionella diskussionen. Syftet med en dialog är att uppnå en ny förståelse som ingen på egen hand skulle nå. I en dialog skall alla i gruppen gemensamt undersöka ett fenomen medan man i en vanlig diskussion bara lyssnar på olika människors åsikter. För att få en lyckad dialog krävs det tålmod, i och med att den inte sker så

snabbt. Allas åsikter skall höras även om alla inte håller med om de andra åsikterna. Med hjälp av dialogen kan man få en helhetsbild av patientvården ur ett medicinskt-, vårdvetenskapligt-, psykologist- samt ur ett socialt perspektiv. En dialog uppstår dock bara om alla experter inom sina egna områden tar sig tiden att vara öppna för de andra experternas åsikter och ideer, det hjälper inte att bara prata med varandra. (Isoherranen 2005 s. 25-26)

### **7.2.2 Kollektiv intelligens**

Kunskap som man delar med sig i sociala sammanhang är ett begrepp som beskriver det ideala resultat som multiprofessionellt samarbete som bäst kan producera. Man pratar om kollektiv intelligens som innebär att man medvetet i gruppen gör samarbete. Kollektiv intelligens uppstår på många olika sätt och är ett allmänt begrepp som innehåller många olika former av effektivt samarbete. Inom det multiprofessionella arbetet bygger en människas kunskap på den andra människans kunskap. För att kunna bygga ett fungerande samarbete så måste man medvetet jobba för det.

Inom social- och hälsovården på sjukhusens akutmottagningar är fenomenet kollektivt tankesätt väldigt viktig. På akutmottagningarna vet alla vårdare vilka redskap som finns till förfogande och man känner bra till sin omgivning. Kollektivt tankestätt kommer till uttryck då det kommer klienter och anhöriga med i bilden. Då måste vårdarna hitta en gemensam och enhetlig metod för att koppla samman sin egen arbetsmiljö med klienten och anhörigas miljö. För detta behövs nya modeller. (Isoherranen 2005 s. 26-27)

### **7.2.3 Konfliktsituationer**

Då människor med olika utbildningsbakgrund jobbar i samma organisation är risken för konflikter stor. Det är många gånger naturligt att det uppstår konflikter eftersom människor kan ha olika synpunkter på ett problem. Det som är viktigt är hur dessa konflikter bearbetas. Speciellt i organisationer där arbetstempot är högt kan det vara svårt att lyssna på sin kollega och man kan inte förstå kollegans åsikt. Inom multiprofessionellt samarbete kan man säga att konflikter inte går att undvika i och med att samarbetet är så intensivt. Då man öppet går igenom konflikterna får man nya syner på problem och gruppmedlemmarna får en bättre tillit till de andra. De olika åsikterna som leder till en

konflikt är de samma som i problemlösningen bidrar till att gruppens resultat blir så mångsidigt som möjligt. (Isoherranen 2005 s. 48)

### 7.3 Samarbetets uppbyggnad

I varje arbetsgrupp finns det grundbegrepp som formar gruppens samarbete. Även om alla vet grunderna i hur man jobbar tillsammans kan det i vissa situationer behövas en gemensam tanke för att resultatet skulle bli det bästa möjliga.

- Status: Den enskilda individens status beskriver dennes inflytelse i gruppen medan gruppens status beskriver gruppmedlemmarnas inflytelse för att inverka på helheten. Ju högre status en grupp har desto större beslutande makt har den. Speciellt i sjukhusvärlden, som är mycket hierarkiskt uppbyggd, kan det vara svårt för gruppen att uppnå en jämställd diskussion.
- Normer: Normer är regler som bestämmer vilka attityder och beteendemodeller som godkänns och inte godkänns i gruppen. Vissa normer är sagda med ord så att alla vet om deras existens medan andra är så kallade tysta normer. Tysta normer lär man sig med att iaktta en annan gruppmedlems beteende. Normerna har både goda och dåliga sidor. Normer är bra då de vägleder gruppmedlemmarna i hur man skall bete sig i gruppen. Man vet vad som är tillåtet och vad man kan göra som håller sig till det som gruppen står för. Om man bryter mot normerna kan konsekvenserna för den enskilda gruppmedlemmen vara stränga. Det dåliga med normer är situationer där det sker förändringar i gruppen. Då kan det vara svårt att veta hur man skall gå till väga då de inte ännu finns nya normer som är tillämpade till denna nya grupp och de gamla normerna är kanske inte passande mera. Detta kan medföra problem i gruppens samarbete. (Isoherranen 2005 s. 37-39)

#### 7.3.1 Feedback

För att uppnå ett gott resultat av interaktion med en annan människa måste man ge feedback. Feedback ges i form av ord och gester. En skicklig kommunikerare följer

hela tiden med sitt arbetspar, hur han beteer sig och på vilket sätt han säger saker. På det sättet är han hela tiden uppdaterad och kan styra diskussionen för att få ett så gott resultat som möjligt. (Toivonen 1998 s. 46-47)

Det människor ser med egna ögon är alltid en slutsats av ens egen världsyn. I interaktion med andra människor måste man inse att den egna verkligheten inte alltid är den samma som en annan människas verklighet. Man bildar sig en uppfattning av ett fenomen på basen av det man ser och hör. Detta är alltså människans egen uppfattning. Även om en annan människa ser och hör exakt samma saker vet man inte vad den personen tidigare har genomgått vilket eventuellt kan bidra till att denne människas uppfattning om fenomenet är annorlunda än en annan människas. Människan är även väldigt mån om att bilda en uppfattning om ett fenomen fastän man inte har tillräckligt med information för att få en helhetsbild av fenomenet. Detta kan bidra till att man får fel uppfattning då man inte tagit reda på mera. För att få en bredare syn på livet måste man inse att en människans världsbild och den riktiga verkligheten är två olika saker. (Toivonen 1998 s. 12-14)

Man kan säga att varje människa har inbyggda kartor i sig som vägleder en i livet. Utifrån dessa kartor gör vi våra beslut. Ingen människas karta är rätt eller fel utan varje karta är en egen version av verkligheten. Då man i interaktion och samarbete med andra människor delar med sig av sin uppfattning om verkligheten och dessutom tar del av andra människors uppfattningar kommer man mycket närmare den riktiga verkligheten. Människor är olika och när vissa människor bildar sina uppfattningar utifrån känslor de känner, finns det andra människor som gör sina uppfattningar utifrån det de hör eller kanske ser. Då uppstår olika kartor från samma situation och detta berikar människors helhetsbild vilket gör ett gott samarbete desto effektivare. (Toivonen 1998 s. 14-15)

### **7.3.2 Sanningsbegreppet**

När man jobbar i grupp vill man alltid komma fram till sanningen. Man vill veta hur man kan lösa ett problem på bästa möjliga sätt. I många organisationer är det ofta den högst utbildade arbetaren eller chefen som enväldigt gör besluten. Man kan då fråga sig ifall chefen alltid vet bäst vad sanningen är. I ett exempel var det tre blinda män som

mötte en elefant. Ena mannen var bakom elefanten, andra på sidan om elefanten och den tredje var framför elefanten. Alla kände på elefanten från den plats där de stod och resultatet blev självklart tre olika sanningar. Alla sanningar var rätt men ingen hade en helhetsbild av hur en elefant ser ut. En grupp fungerar på samma sätt. Alla har olika åsikter och uppfattningar om samma fenomen och genom att lyssna på allas åsikter kommer man närmast sanningen. (Toivonen 1998 s. 16)

Missförstånd är vanliga när man jobbar inom en grupp. Det är lätt att misstolka en annan människa och oftast tar människan det som en förolämpning ifall någon är av annan åsikt. För att undgå att missförstå varandra skulle det vara bra om man alltid skulle försöka finna den positiva tanken bakom en annan människas åsikt. Oftast finns det en orsak till att någon är av annan åsikt och det behöver inte vara personligt. T.ex. aggressivt beteende kan vara en orsak av beskyddande medan rädsla kan vara en anledning av trygghet. Det är lättare för oss att i interaktion med andra människor ha en positiv inställning till olika åsikter istället för att se det som en negativ sak. I dessa sammanhang skall man även akta sig för att leta efter sanningen eftersom lösningen är ett resultat av två åsikter. ( Toivonen 1998 s. 30-32)

### **7.3.3 Interaktion**

När man umgås med olika människor kan man inte ha ett enhetligt mönster som man använder varje gång. När man träffar vänner som man känner bra vet man redan vad som kan sägas i vilken situation och man kan se på vännens kroppsspråk hur denne mår. Då man träffar nya människor måste man först bilda sig en uppfattning om denne människa innan man vet hur man kan umgås med henne. T.ex. vissa människor blir väldigt tysta då de blir arga medan andra människor börjar skrika. Om man inte vet hur ens medmänniskor fungerar i olika situationer så leder det lätt till onödiga konflikter och missförstånd som kan vara svåra att hantera.(Toivonen 1998 s. 63)

### **7.3.4 Flexibilitet**

I samarbete med andra människor måste man lära sig att vara flexibel. Man måste kunna utveckla sina tankar och inlärningsmodeller så att resultatet kan bli bättre. T.ex. en lärare som inte får eleverna och förstå måste först fundera på sig själv. Kan läraren ändra

på sitt sätt att lära så att eleverna förstår. Det samma bör man göra inom samarbete. Istället för att tänka att hur de andra inte kan förstå så måste man vara flexibel och hitta nya infallsvinklar för att få resten av gruppen att förstå en. (Toivonen 1998 s. 66)

## **8. KOMMUNIKATION**

Följande kapitel handlar om kommunikation. Betoningen ligger på kommunikation inom sjukvården samt dess betydelse för patientsäkerheten och existens i arbetsvardagen.

### **8.1 Kommunikationens betydelse för patientsäkerhet**

Problem som kan förknippas med otillräcklig kommunikation är en delorsak i ungefär 65 procent av skadehändelserna och misstagen som sker på sjukhus. Bakom problem som associeras med bristfällig kommunikation ligger ofta komplicerade bekymmer inom organisationen. Dessa svårigheter kan bero på interna kulturella problem, officiella eller inofficiella relationer mellan olika yrkesgrupper eller olika historiska synsätt på hierarkin inom arbetsgruppen. Patientsäkerheten hotas t.ex. av situationer där man upptäcker regelbrott, misstag, brister i professionell kunskap eller teamarbete och ingen vågar tala högt om dessa olägenheter. Även brist på respekt inom olika yrkesgrupper samt dåligt ledarskap förhindrar möjliggörande av öppen kommunikation.

Olika informationsteknologiska lösningar kunde underlätta befrämjandet av patientsäkerheten. Man har integrerat olika databaser i det elektroniska patientregistret för att underlätta förverkligandet av rätt vård och samtidigt minska på och rentav försvåra möjligheterna till misstag. Databaserna kan vara separata för t.ex. läkarens direktiv och olika påminnelse- samt varningsfunktioner. Genom att effektivt utnyttja den information man har gällande patienten försöker man förbättra vårdens säkerhet, kvalitet samt kostnadseffektivitet. (Potilasturvallisuus ensin s. 86-87)

#### **8.1.1 Arbetsredskap för fungerande kommunikation**

Inom hälsovården är både muntligt och skriftligt informationsflöde av stor betydelse för att säkerställa såväl patientens som personalens trygghet. För att förbättra kommunikationen och informationsflödet inom sjukhuset har man inom många sjukhus i USA tagit i bruk arbetsredskapet SBAR. Till följd av detta har processer som förknippas med förflyttning av patienter utvecklats och effektiviserats och farosituationer som kan förknippas med brister i informationsflödet har minskat. Även utförandet av vårdingrepp på fel



sida av patienten eller t.o.m. fel patient har minskat. Arbetsredskapet utgörs av följande komponenter;

S= situation, situation: Vad händer för tillfället/ just nu?

B= background, bakgrund: Vilka förhållanden har påverkat situationens ursprung?

A= assessment, bedömning: Uppfattning om vad situationen är?

R= recommendation, rekommendation: Hur skall vi lösa problemet?

(Potilasturvallisuus ensin s. 87)

SBAR kan utnyttjas i all kommunikation, såväl skriftlig som muntlig, samt mellan olika yrkesgrupper. För att SBAR skall fungera framgångsrikt krävs det av organisationens ledning att den förbinder sig till projektet och stöder en omfattande, multiprofessionell skolning, samt aktivt följer upp och samlar in feedback.

Sjukskötare har möjlighet att märka förändringar i patientens tillstånd som antyder att patientens allmäntillstånd håller på att försämrans, eventuellt dramatiskt. Problemet är att dessa förändringar sällan rapporteras vidare. I efterskott har det visat sig att det ofta nämnts om förändringen i patientjournalen men ändå har ingen av någon orsak reagerat på förändringen. Problemen och förändringarna noteras, men ingen reagerar på dem. Patientsäkerheten kunde alltså även här förbättras genom att öka kunskapen om varningstecken och symptom samt uppmuntra personalen att reagera på dem. I USA har man utvecklat en tabell (MEWS=Modified Early Warning Score) som skall underlätta vårdpersonalens bedömning av förändringar i patientens tillstånd samt när den skall kalla på tillägghjälpp. I en pilotundersökning visade det sig att tabellen märkbart underlättade kommunikationen mellan sjukskötare och läkare, samt mellan nya och mer erfarna läkare. (Potilasturvallisuus ensin s. 88)

Kommunikation är det viktigaste arbetsredskap för att kontrollera mänskliga misstag och fel. Så gott som alla sätt som används för att kontrollera misstag och fel innehåller kommunikation. Med tanke på kommunikationens betydelse är de viktigaste frågorna: vilka saker skall kommuniceras och vad skall kommuniceras för att minska på missförstånd? För det sistnämnda problemet har man utvecklat en så kallad ”sluten cirkel”-kommunikationsprincip. Om man tänker på en normal kommunikationsprocess mellan

två personer kan man dela in situationen i meddelandets sändare, själva meddelandets innehåll samt meddelandets mottagare. Processen är enkelriktad och grundar sig på en presumtion att personen vi talar med förstår meddelandet på det sättet som sändaren avser (linjär modell, se figur 8.1). Såhär går det dock inte alltid, utan en del av meddelandet kan antingen förbli ohört eller helt enkelt förstås fel. När det gäller meddelanden som berör säkerhet kan vi inte bara utgå ifrån att mottagaren förstår meddelandet utan vi behöver konfirmation om saken. Den slutna cirkelns kommunikationsprincip går som namnet antyder ut på att sändaren får av meddelandets mottagare något slags bekräftande om att meddelandet kommit fram samt förstås rätt. Ett bra sätt att försäkra sig om att mottagaren förstått meddelandet är att denne upprepar meddelandet den fått (utbytesmodell, se figur 8.2). Speciellt numeriska värden hörs eller uppfattas ofta fel, därför vore det speciellt inom sjukvården viktigt att upprepa givna värden eller läkemedelsordinationer. Det är inte alltid lönsamt att upprepa hela meddelandet, ibland finns det inte möjligheter till missförstånd och då kan det räcka med en allmän bekräftning som ”ok” eller ”klart”, vilket i sig försäkrar sändaren om att meddelandet kommit fram. (Potilasturvallisuus ensin s. 108)

## 8.2 Kommunikationsmodeller

Man kan beskriva kommunikationsprocessen genom att t.ex. använda sig av modeller. Det är fråga om att man gör upp en förenklad version och beskrivning av kommunikationens delmoment. Man kan välja hur man framställer sin modell, men vanligtvis sker det i grafisk form, oftast som diagram. Med hjälp av diagram kan man visa de olika elementen som ingår i processen samt deras relation till varandra. En modell kan beskrivas som ett medium som huvudsakligen är grafiskt. De olika delarna (betecknas med kommunikationstermer) i processen beskriver t.ex. vad som kommer först, på andra plats etc. Tanken är att en modell på ett begripligt sätt konkretiserar processen, eller demonstrerar hur processen ser ut. Det finns många olika termer och lika många synvinklar på vad kommunikationsprocessen består av, därmed finns det också många olika kommunikationsmodeller.

Termerna i en kommunikationsmodell kan ändras och bytas ut, utan att själva presentationen ändras. Man kan t.ex. oberoende av situationen tala i allmänna benämningar om

mottagaren av ett budskap. Om det är fråga om en situation där det finns fler mottagare talar man om masskommunikation eftersom den enskilda mottagaren inte kan beaktas i kommunikationsprocessen på samma sätt när det är fråga om två personer som talar med varandra. Här tas det upp tre vanliga kommunikationsmodeller som var för sig berör antingen prehospital kommunikationsverksamhet eller innanför sjukhuset utförd kommunikationsverksamhet. (Dimleby & Burton 1992 s. 41)

Härnäst presenteras tre olika kommunikationsmodeller. En linjär modell, en utbytesmodell samt en kontextuell modell.

### 1. Linjära modeller

Linjära modeller representerar, som namnet indikerar, en process vars delar kunde sättas upp på en linje. Det är fråga om en handling där budskapet skickas från punkt A till punkt B. Det handlar alltså mer om ett konstaterande och verklig kommunikation är sål- lan såhär enkel. Endast källa och mål kan märkas ut, d.v.s. ett budskap sänd från källan och kommer fram till målet. Linjära modeller innefattar inte att målet sänder källan be- kräftelse angående ifall budskapet kommit fram. (Dimleby & Burton 1992 s. 42) Inom hälsovården används denna modell mer som order. T.ex. kan en sjukskötare beordra en patient att stanna i sängen eller be en arbetskamrat att ge en patient dess medicin, men oftast reagerar källan på något sätt och därmed gäller inte den linjära modellen mer.



person A

talat

”ge patient X Burana”

hör person B

*Figur 3. Grundläggande linjär utbytesmodell. (Dimleby & Burton 1992 s. 43)*

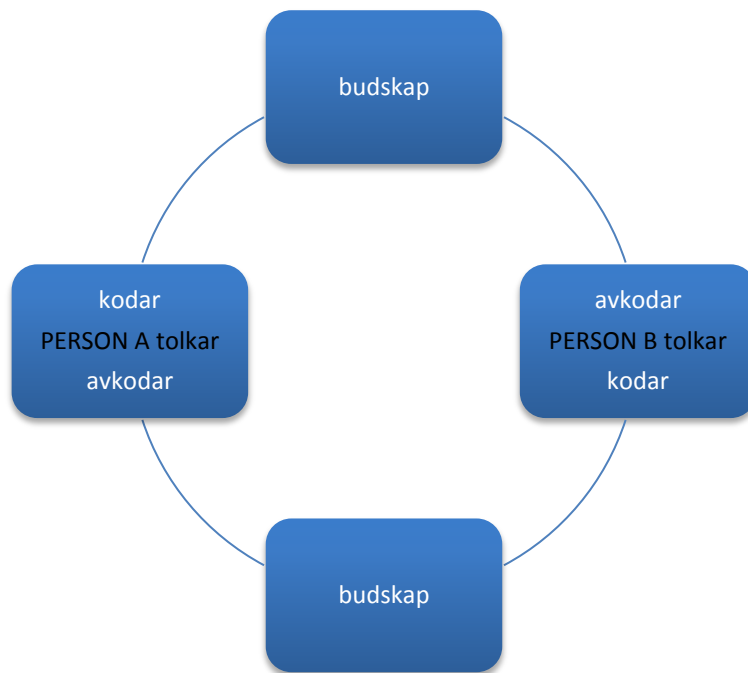
## 2. Utbytesmodeller

Dessa modeller påvisar att kommunikation är en dubbelriktad process och att budskapet/ärendet går åt båda hållen när två källor samtalar. (Dimleby & Burton 1992 s. 43) Det är alltså fråga om en dialog och kan t.ex. tillämpas på en patientintervju. Figur 8.2 visar att budskapet går åt båda hållen i en diskussion. Båda parterna såväl avkodar som kodar, det vill säga båda hittar i sin tur på något att säga och båda tillgodogör vad den andra säger.

Här lyfts vikten av att förstå vad den andra säger mer fram, detta benämns med termen uttolkare. Alla människor fungerar som uttolkare varje dag vid många olika tillfällen. Men alla människor tolkar inte samma budskap på samma sätt och det är här problemen med kommunikation mer lyfts fram. (Dimleby & Burton 1992 s. 43) Om vi återgår till patientintervjun är det av stor betydelse att vi tolkar patientens budskap rätt. Ifall vi tolkar ”fel” alltså inte förstår patientens budskap på ämnat sätt eller patienten uttrycker sig otillräckligt ökar risken för fel vård och patientsäkerheten lider.

Ifall alla människor kunde framföra sina budskap alldeles som vi menar dem skulle problem i den mellanmänniska samvaron minska. I och med att alla människor har olika bakgrund, olik erfarenhet samt olika sätt att göra antaganden uttolkar vi budskap på olika sätt. (Dimleby & Burton 1992 s. 43)

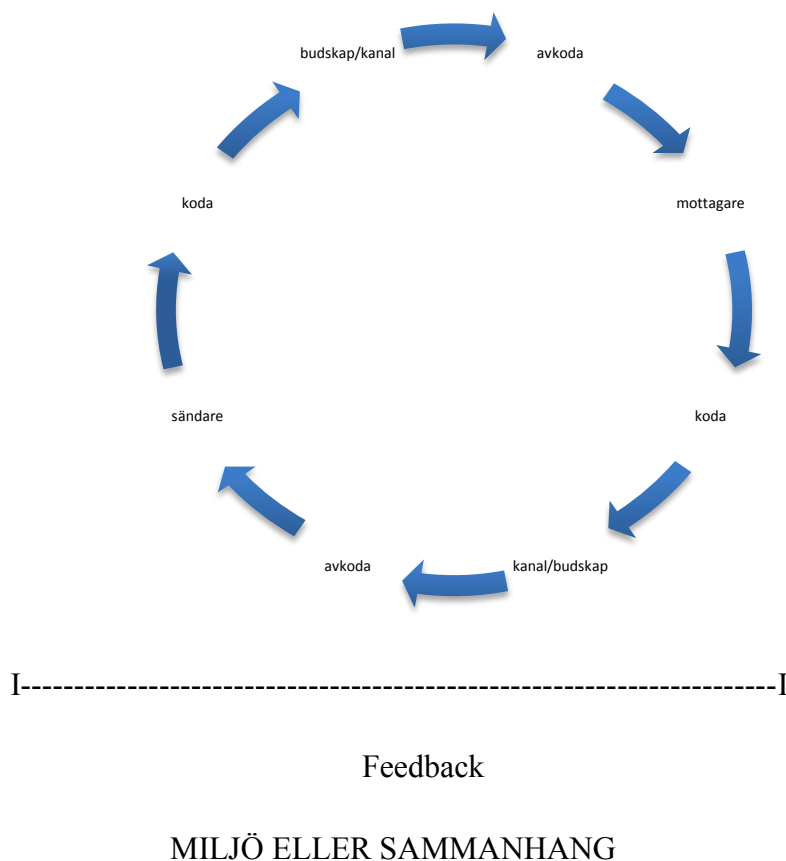
Alltid är skillnaden inte av så stor betydelse, men ibland är den. Ifall vi går tillbaka till föregående exempel kan vi konstatera att tolkningen av budskapen är av stor betydelse. Person A har sagt åt person B att ge patient X Burana. Person B kanske aldrig har skött patient X och vet varken varför eller hur mycket han skall ge. Här kommer vikten av utbytesmodeller in. Person B tolkar budskapet och sänder ett nytt budskap till person A som avkodar budskapet och sänder sedan vid behov ett nytt budskap för att person B säkert skall förstå budskapet och kanske får tilläggsinformation. I utbytesmodellen stiger därmed nivån av patientsäkerhet.



*Figur 4. En utbytesmodell för kommunikation. (Dimleby & Burton 1992 s. 43)*

### 3. Kontextuella modeller

Dessa modeller tillägger termen situation eller omgivning. Detta för att beskriva att sammanhanget alltid påverkar kommunikationshandlingen. Kommunikationens art är annorlunda om det t.ex. är fråga om en formell middag hos vår chef eller om vi äter pizza hemma i goda vänners sällskap. Sammanhanget har alltså både fysiska och sociala aspekter. Var är vi och med vem är vi. Dessutom hör feedback till den kontextuella modellen. Feedback tas med här eftersom den påminner oss om att kommunikation är en dubbelriktad handling där respons spelar en stor roll. Vi anpassar dessutom ofta diskussionens karaktär efter den respons vi får av den andra. Feedback behöver till skillnad från många andra komponenter i kommunikation inte alltid vara verbal, diskussionen kan ändra om den andra ser helt uttråkad ut eller om han visar med gester att vi börjar gå. I en kontextuell modell kan man med hänvisning till ovanstående text ändra orden "källa" och "mål" till "sändare" och "mottagare" (Dimleby & Burton s. 44)



Figur 5. Kontextualiserad modell. (Dimleby & Burton 1992 s. 44 )

## 8.4 Kommunikationskategorier

Människans kommunikationsaktivitet kan delas in i fyra grupper. Grupperna är uppdelade på basen av hur många personer som ingår i kommunikationsakten i fråga. Det finns ingen klar avgränsning för grupperna och en del tangerar varandra mycket nära.

1. *Intrapersonell* kommunikation är som ordet indikerar fråga om kommunikation inom och till jaget. Varje dag använder vi oss av denna modell medan vi tänker eller reder ut problem i huvudet. Det är fortfarande oklart ifall en människa tänker i ord eller bilder men det är klart att hon för inre diskussioner och aktivt söker lösningar på problem. En del människor skriver dagbok eller talar till sig själva, även detta är intrapersonell kommunikation eftersom det endast är fråga om en person som är både sändare och mottagare.

2. *Interpersonell* kommunikation innefattar kommunikation mellan två eller flera personer. Oftast utgörs kommunikationen mellan två personer som talar öga mot öga och betoningen ligger på dels talet och dels ickeverbala kommunikationsformer. Interpersonell kommunikation kan äga rum mellan två akutvårdare i ambulansen eller mellan två personer under en intervju. I vissa fall deltar fler människor i en interpersonell kommunikation, då är det oftast fråga om goda vänner som aktivt utbyter ögonkontakt och läser varandras kroppsspråk med god framgång.

3. *Gruppkommunikation* är som namnet säger en diskussion eller kommunikation som sker mellan eller inom en grupp. Man kan ännu indela denna kategori i små och stora grupper. Med detta menas att en liten grupp t.ex. kunde vara en familj medan en stor grupp kunde vara publiken på en konsert eller en affärsorganisation.

4. *Masskommunikation* berör kommunikation som tas emot eller används av ett stort antal människor, t.ex. en utomhuskonsert för tusentals människor. Denna typ av kommunikation berör ett så stort antal människor att det inte är relevant för innehållet i detta arbete. (Dimleby & Burton 1992 s. 14-15)

## **8.5. Interpersonell kommunikation och sociala färdigheter**

Redan tidigare har det konstaterats att feedback är en viktig del av en fungerande dialog och därmed kommunikation. De reaktioner man bedömer och lägger märke till kallas feedback. Det handlar om att notera olika aspekter i en annan människas uppförande och därutöver kunna tolka dem rätt samt ge positiv respons. Dels måste vi förstå vad den andra parten menar och dels kunna justera vår egen kommunikation enligt diskussionen karaktär. Feedback underlättar interaktionen med andra människor eftersom de känner att vi uppfattat och förstått vad de menar. Man kan långt styra diskussionens karaktär utgående från feedbacken man ger. Detta betyder dock inte att man skulle måsta hålla med om allt den andra säger men genom att ge den andra personen rätt sorts uppmärksamhet samt positiv energi underlättar man dialogens gång. (Dimleby & Burton 1992 s. 96)

Många gånger tvingas man använda intelligens och känslor för att förstå en annan människa. Det kan t.o.m. underlätta diskussionens gång om man lyckas sätta sig i den andra personens kläder och situation. Att visa empati är en färdighet som alla inte klarar av.

Det kräver uppmärksamhet och förståelse för en annan människas behov för att känna empati. Med uppmärksamhet menas i detta sammanhang att lyssna på den andra. Det är en konst att kunna lyssna och fastän många allt som oftast behärskar denna uppgift finns det ingen som alltid orkar lyssna. Det kan vara en enkel kommentar på någon respons eller något i diskussionen som berör ens egna erfarenheter som gör att ens tankar vandrar iväg. Socialt samspel utgår alltså långt ifrån konsten att kunna lyssna och uppmärksamma, lyssnandet kan delas in i olika underformer beroende på vad mottagaren spelar för roll. I alla fallen måste mottagaren anstränga sig för att förstå och ta emot meddelandet d.v.s. avkoda meddelandet. (Dimleby & Burton 1992 s. 97) Ett adekvat mottagande och avkodande av meddelandena är helt lika viktigt som ett adekvat skapande av meddelandena.

Alla delkomponenter i kommunikationsprocessen hänger klart ihop och kommunikationen skulle fungera bristfälligt ifall man skulle ta bort en enda av dessa komponenter. Det är fråga om en process bestående av sociala färdigheter som tillsammans bildar en helhet. När man blir skickligare på att behärska kommunikation som helhet kan man börja styra delar av den aktivt. Gällande lyssnande och feedback och därmed styrande av t.ex. en patientintervju kan man obemärkt få människor att tala och att lära känna dem. Ibland räcker det med rätt kommentar vid rätt tillfälle, ibland måste man ge något av sig själv för att personen skall känna tillit och vilja berätta mer om sig och sina problem. (Dimleby & Burton 1992 s. 98)

## **8.6 Att lyssna**

När vi för ett öga-mot-öga samtal med en annan person vet denne att vi lyssnar med hjälp av olika ljud och gester vi automatiskt utför. Dessa kan vara nickningar, direkt blick, huvudet lätt böjt samt olika ljud som hmm, jo eller annat som bekräftar den andra att vi lyssnar. Effektivt lyssnande är alltså tätt knutet med användning av verbal och ickeverbal kommunikation. (Dimleby & Burton 1992 s. 101)

Vi lyssnar betydligt oftare än vad vi pratar. Trots att kommunikation går ut på ett samspel mellan sändare och mottagare är dessa två termer inte likvärdiga i kommunikationsprocessen. När vi pratar (sänder) har vi på förhand planerat vad som skall sägas och väntar mer på en reaktion från lyssnaren (mottagaren). Lyssnaren däremot sätter sin



koncentration på att förstå det som sägs och därefter ta del i samtalet, detta medför att återkopplingen ibland kan brista. Lyssnandet kan indelas i olika former av lyssnande: aktivt lyssnande, kritiskt lyssnande, störande lyssnande, slölyssnande, empatiskt lyssnande och djuplyssnande. Beroende på vilken form av lyssnande vi använder oss av tar vi emot budskapet på olika sätt. Det beror också mycket på vårt eget humör, inlevelse och relation till den vi lyssnar på gällande hur vi uppfattar och tar emot meddelandet. Lyssnarens roll är viktig i en diskussion, en läkare som intervjuar en patient kan använda sig av djuplyssnande för att förstå patientens tillstånd och se helheten i situationen medan en elev som lyssnar på en tråkig föreläsning utövar slölyssnande. (Nilsson & Waldemarsson 1990/2007 s. 89-93)

## **8.7 Kommunikation inom första vården**

Inom akutvården utformas en professionell kommunikation av många olika faser. Den första fasen är när personen som är i behov av hjälp tar kontakt med nödcentralen och den sista fasen utgörs av både muntlig och skriftlig rapport vid överlåtningstillfället av patienten på sjukhuset. Dessa delområden utgör en akutvårds vårdkedja som följer med patienten ända till den slutgiltiga vårdanstalten.

Utgångspunkten för kommunikationen inom akutvården är att den som bitt om hjälp gynnas av den. Kommunikationen skall vara klar, tydlig, rättlärd och felfri i vårdkedjans vartenda skede. Fel eller oklarheter i kommunikationen vid vilket vårdskede som helst kan ha fatala följder för patientens vård på sjukhuset. Med klarhet och tydlighet menas att vårdaren kan kommunicera med patienten och anhöriga med ett ordförråd som är förståeligt för en person som inte har en medicinsk utbildning. (Ensihoidon perusteet 2002 s. 130)

För att alla patienter som ringer nödcentralen likvärdigt skall kunna få hjälp är det viktigt att ambulanspersonalen kommunicerar med nödcentralen. Med hjälp av bland annat radiotelefonen kan akutvårdarna meddela nödcentralen allt från det att de är på stationen, på väg till patienten eller med vilken brådskandegrad de transporterar. (Ensihoidon perusteet 2002 s. 134)

Först på plats är oftast en ambulans och om det inte är fråga om en högriskpatient kommer inte heller fler enheter på plats. Här sker alltså en kommunikation arbetsparet emel-

lan (akutvårdare-akutvårdare, akutvårdare-brandman, brandman-brandman). Oberoende av uppgiftens natur sker det i början en kommunikation mellan vårdare och patient, mellan vårdare och anhöriga/ögonvittnen samt mellan vårdare och vårdare. För att kommunikationen skall fungera så bra som möjligt krävs det av vårdaren att denne alltid betar sig sakligt, professionellt, respektfullt och förståeligt. Kommunikationen arbetsparet emellan baserar sig på ett utbyte av iakttagelser och insamlad av information. Det är viktigt att arbetsparets kommunikation är så klar och tydlig att det inte finns rum för missförstånd eller feltolkning. (Ensihoidon Perusteet 2002 s. 137)

Efter att akutvårdarna är färdiga med sin primärundersökning finns det ibland behov för tilläggshjälp. Denna tilläggshjälp behöver inte alltid konkret komma på plats utan ibland kan det räcka med hjälp via telefon. Akutvårdarna har alltså möjlighet att konsultera läkare om fortsatt vård. Denna läkare kan vara jourhavande hälsocentralsläkare, jourhavande akutvårdsläkare eller jourhavande helikopterläkare. På basen av konsultationen kan läkaren sedan hjälpa till med riskbedömning och fortsatt vård. Konsultationssamtalen går oftast ut på: att ge lov om vård (enligt gällande vårdprotokoll), ge råd om vård, försäkring om diagnos och därmed symptomlig vård eller konsultation p.g.a. juridiska aspekter(t.ex. avslutande av återupplivning).(Ensihoidon Perusteet 2002 s. 138-139)

Ifall det är fråga om en kritiskt sjuk patient som kräver direkta åtgärder på mottagande jourpoliklinik skall akutvårdarna ännu ringa en förhandsanmälan till ifrågavarande jourpoliklinik. Detta förenklar samarbetet och gör vårdkedjan smidigare eftersom den mottagande anstalten hinner förbereda sig samt alarmera ett adekvat vårdteam på plats. (Ensihoidon Perusteet 2002 s. 142)

Den sista länken i kommunikationsprocessen inom akutvården är dokumentationen, alltså ifyllandet av Folkpensionsanstaltens SV210-blankett som redogör för behovet av sjuktransport. Det finns en oskriven regel som säger att: ”Det som inte är dokumenterat är inte heller gjort eller uppmärksammat”. Dessutom är det viktigt att komma ihåg att patientens fortsatta vård på sjukhuset är beroende av blanketten. Blanketten ger personalen på vårdanstalten en bild av vad som gjorts på plats (undersökning, vård), hurdana förhållanden patienten kommer ifrån samt vad situationen var då och hur den eventuellt har förändrats sedan dess.(Ensihoidon perusteet 2002 s. 145-147)

## 9. SJUKTRANSPORTENS OCH AMBULANSENS HISTORIA

I följande kapitel redogörs sjuktransportens historia allmänt, samt i korthet dess historia i Finland. Det klargörs också vad som menas med privat sjuktransport i Finland och vem som får utöva detta yrke.

### 9.1.1 Sjuktransport under krigstiden

Att transportera sjuka och skadade människor har varit en väl organiserad process redan innan de moderna sjukhusen har planerats. Redan under krigstiden har man förflyttat skadade krigare bort från fronten. Då fanns det inte ännu bilar utan sjuktransporten sköttes med hjälp av hästar och vagnar. (Järvinen 1998 s. 9)

På fältet har de första sjuktransportsenherna bestått av en grupp på 2-6 män som hade någon form av bårutrustning. Bårarna gjorde man i nödsituation av t.ex. trädkvistar som man sedan knöt samman med hjälp av rep. Ännu i dagens läge kan man hamna ut för en situation då man själv måste bygga en bår i naturen då dagens ambulanser och helikoptrar inte kommer fram till alla ställen. (Järvinen 1998 s. 19)

År 1877 grundades de Ryska röda korsets enhet i Helsingfors. Den officiella definitionen var Förening för vård av sjuka och skadade soldater. Föreningen började med att sända hjälp i form av utrustning, medicin och kunnig sjukvårdspersonal till kriget i Turkiet. När den första ambulansen kom till Finland pratade man om en medicinenhet som sänds till fältet. Efter att Rysslands röda kors enhet grundats började Finland drömma om att grunda Finlands röda kors för ändamålet att hjälpa människor i Finland under fredstid. En stor orsak till denna tanke var den svåra hungersnöden som pågick då i Finland. (Järvinen 1998 s. 24-25)

De Finska sjuktransportvagnarna började planeras 1884 av General C.O. Melan som hade för avsikt att stärka den Finska sjuktransporten inom försvarsmakterna. Sjuktransportvagnarna var byggda så att man antingen kunde transportera 2 liggande patienter eller 4 sittande patienter. Vagnarna drogs av hästar. (Järvinen 1998 s. 27)

### **9.1.2 Sjuktransport i Finland**

Då Finlands röda kors hjälp gick till försvarsmakten och till transport av soldater från fronten ville man även ordna vanlig civilsjuktransport i Finland. Det första kommunala räddningsverket som tog i bruk sjuktransport var Åbo räddningsverk år 1901. I Helsingfors tog räddningsverket i bruk sjuktransport år 1904. Man ville transportera olycksfalls patienter till räddningsverket för att sedan där sköta om patienterna. Detta krävde att man måste anställa sjukvårdspersonal och anskaffa sjuktransportvagnar. Till detta syfte anskaffades år 1905 några sjuktransportvagnar som drogs av hästar samt några bårar. (Järvinen 1998 s. 30-31)

Helsingfors räddningsverk fick år 1923 den första sjuktransportbilen som i dagens moderna samhälle kan kallas ambulans. De nästa ambulanserna kom 1925 och 1928. I dessa ambulanser fanns det utrymme för två bårar på varandra samt en lång bänk för 3 sittande patienter. Trots att bilarna i framtiden kom att sköta om sjuktransporten användes hästar inom sjuktransporten ända fram till år 1947 (Järvinen 1998 s. 30-31)

På 1950-talet var sjuktransporten i Finland helt oorganiserad. Det man på 1920-talet hade börjat planera hade satts åt sidan i och med de krig som Finland deltog i under 1930 och 1940-talet. År 1953 skickade Finlands röda kors ordförande Leo Karpio en förfrågan till alla kommunerar i Finland om hur deras sjuktransport var uppbyggd. Resultatet var att av 486 kommunerar hade 411 kommuner inte ett organiserat sjuktransportnätverk. Av de 74 kommunerar som hade organiserad sjuktransport var det räddningsverket som tog hand om sjuktransporten i 46 kommunerar. I de resterande 28 kommunerar sköttes sjuktransporten av antingen sjukhuset, en privat transportör eller av Finlands röda kors. (Järvinen 1998 s. 89)

### **9.1.3 Privat sjuktransport i Finland**

År 1964 grundades Finlands sjuktransport förbund som var ett förbund för privata sjuktransportföretag. Det som gjorde att den privata markanden för sjuktransport kom igång var de långa väntetiderna på sjukhusen för att komma hem till egen kommun. Tidigare hade människor transporterats med bårtaxin men då det på 1960-talet fanns välutrustade ambulanser, ville de privata företagen sköta sjuktransporten professionellt och då ansåg man att det behövs riktiga ambulanser för det ändamålet. (Järvinen 1998 s. 132)

I början av 1970-talet började man utbilda medikalvaktmästare-sjuktransportörer. Tidigare hade det varit brandmän som tagit hand om sjuktransporten. Den nya utbildningen för medikalvaktmästare-sjuktransportör studerades på sjukvårdsinstitutet. Tanken var att de som fick den nya utbildningen skulle få tillräcklig kunskap för att i framtiden kunna jobba både på sjukhusen som medikalvaktmästare samt i ambulansen som sjuktransportörer. (Järvinen 1998 s. 184)

På 1970-talet ökade de privata ambulansföretagarna markant i hela Finland. 1970 kom det även en folkpensionsanstaltets reseblankett för ersatt sjuktransport som gjorde det lättare för sjuktransportörerna att fakturera folkpensionsanstalten för transporter. (Järvinen 1998 s. 207)

Början av 1980-talet förde inte med sig några drastiska förändringar inom sjuktransporten. Olika läkardistrikt var oense om hur mycket man borde sköta om patienten i ambulansen. Vissa läkare ansåg att man kunde förbättra patientens långtidsprognos om man i fortsättningen skulle göra mera för att stabilisera patientens skada före man kommer till sjukhuset. En stor del av läkardistriktet ansåg ändå att den utbildningen sjuktransportörer hade inte var tillräcklig för att kunna vårda patienter i ambulansen. Många sjuktransportörer tog på eget initiativ sjukskötutbildningen fastän det inte var ett krav för att jobba på ambulansen. Det fanns inte ännu på 1980-talet klara regler för vad en sjuktransportör borde kunna gällande vården av en kritiskt sjuk patient. Detta var en av orsakerna till att man i ambulansen endast skulle utföra första hjälp och därefter föra patienten till sjukhuset. (Järvinen 1998 s. 250)

År 1986 sade Helsingfors överläkare för den prehospitäl vård att; ”För oss i Finland är sjuktransporten bara en transport medan det i Amerika är en vård uppgift”. (Järvinen 1998 s. 251)

På 1990-talet började man prata om en akutvårdsboom då hela branschen blomstrade till. Ett nationellt akutvårdssystem kunde man inte ännu prata om men många kommuner hade redan ett fungerande nätverk för akutvården. Helsingfors var den kommunen som hade bäst organiserat akutvårdssystem. Hälsovårdscentralerna skulle redan utnämna en ansvarsläkare för sjuktransporten. (Järvinen 1998 s. 305-306)

## 10. JOURPOLIKLINIKEN

Följande stycken behandlar begreppet jourpoliklinik samt i korthet vad som händer med patienter på en jourpoliklinik. Dessutom har det i ett kapitel funderats kring etiken på jourpolikliniken.

### 10.1. Verksamhet på jourpolikliniken

Med begreppet jourpoliklinik menar man ett ställe där man kan ordna omedelbar vård av nödfall samt akut vård av polikliniska patienter. En av de viktigaste uppgifterna jourpolikliniken har är att snabbt bedöma vilka patienter som är i behov av omedelbar vård. På jourpolikliniken bedömer man hur akut patientens tillstånd är med hjälp av att följa upp patientens symptom och eventuella skador. Efter primär bedömningen gör man en undersöknings- samt vårdplan för patienten. På jourpolikliniken görs brådskande undersökningar och vårdåtgärder som måste utföras före patienten kan skickas vidare till ett annat sjukhus för eventuell fortsatt vård. (Castren 2009 s. 60)

Jourpolikliniken strävar till att göra en snabb diagnos för att sedan få patienten vidare till den slutgiltiga vårdplatsen. Den jourpolikliniska vården är en del av vårdkedjan mellan akutvård, hemvård och anstaltvård. Vården på jourpolikliniken klassificeras som öppen vård. Patienten får vara inskriven 15 timmar på jourpolikliniken före läkaren måste göra ett beslut om patienten antingen åker hem eller väntar på en plats till fortsatt vård. Om patienten ännu efter 15 timmar har undersökningar på hälft så måste läkaren göra ett vårdbeslut som innebär att patienten antingen tas in på sjukhusavdelningen eller hemförlovas. (Castren 2009 s. 60-61)

Vårdarbetet på en jourpoliklinik är krävande och både fysiskt och psykiskt tungt. På jourpolikliniken kan det finnas patienter som behöver snabba vårdåtgärder för att överleva medan det också finns patienter som klarar sig bra tills läkaren hinner undersöka dem. Vårdaren måste hela tiden vara förberedd på att en patients allmäntillstånd kan rasa. Alltid har patienterna inte heller somatiska symptom utan det kan vara att patienten är psykiskt sjuk. Dessutom är patienterna i alla åldrar och kommer från olika kulturer. Alla dessa faktorer bidrar till att jobbet på en jourpoliklinik är väldigt utmanande och

vårdaren måste både kunna bedöma patientens allmäntillstånd och vara professionell i sitt agerande. (Castren 2009 s. 63)

På jourpolikliniken arbetar människor med olika utbildningar men alla jobbar för patientens bästa. Inom jourpolikliniken är multiprofessionella samarbetet viktigt då en och samma patient kan vårdas av läkare, sjukskötare, socialarbetare och fysioterapeut. Då betonas det hur viktigt det är att alla inom vårdteamet diskuterar med varandra och att alla kommer med förslag utgående från sin infallsvinkel i patientvården. När patienten hemförlovas skall vårdaren vara i kontakt med den instans som tar hand om patientens vård i framtiden, t.ex. hemvården. (Castren 2009 s. 63-64)

## **10.2. Etiska aspekter på vården**

När en människa hamnar in på sjukhus händer det lätt att hon upplever att vårdarna går in på hennes privata revir och bryter hennes självbestämmanderätt. Människan är rädd och känner sig vilsen i jourpoliklinik miljön där det hela tiden händer mycket, patienter kommer in till jourpolikliniken med jämna mellanrum och vårdpersonalen har hela tiden bråttom. Det är en utmaning för personalen att sätta sig i patientens ställning och fundera på hur det kan kännas för patienten när hennes egna kläder genast byts ut mot sjukhuskläder och ingen vet vad som kommer att hända eller när det kommer att hända. Det är även viktigt att vårdpersonalen tar i beaktande patienternas anhöriga som är oroliga för sina nära och kära. Vårdpersonalen får inte glömma bort patienten och dennes anhöriga utan bör berätta för dem vad som kommer att hända under vistelsen på jourpolikliniken. Patienten kommer alltid att komma ihåg sjukhusvistelsen och följer noggrannt med vad vårdarna gör och säger. Detta medför också att vårdpersonalen bör vara professionella gällande sitt beteende och vad de säger åt patienten. (Hietanen 1995 s. 16-17)

Vårdarbetets värderingar grundar sig på en humanistisk människosyn som betonar varje individs unikheter, frihet, ansvar samt självbestämmanderätt. Värderingarna och synen på mänskligheten bör konkretiseras i det vardagliga vårdarbetet för att det skall kunna ha någon inverkan. Vårdarbetets värderingar och principer utgör vårdarbetets etiska grund även på jourpolikliniken. Då en människa är allvarligt skadad måste vårdpersonalen fundera på människovärdet och vad som är rätt i varje situation. Som vårdare måste vi

också godkänna faktumet att vi inte kan rädda alla människor som kommer in till jourpolikliniken. (Hietanen 1995 s. 22)

### **10.3. Ankomst till jourpolikliniken**

Patientvården på jourpolikliniken är ett samarbete mellan många olika aktörer. Beroende på patientens sjukdomsbild gör eventuellt ambulansen redan en förhandsanmälan till jourpolikliniken, detta för att man på jourpoliniken skall kunna förbereda sig på att vårda en akut sjuk patient. Förhandsanmälan till jourpolikliniken görs alltid då patienten kräver omedelbar vård så fort denne anländer till sjukhuset. Förhandsanmälan görs också om man vet att jourpoliklinken måste göra några specialförberedelser före patienten kommer. Ibland har ambulansen redan varit i kontakt med jourhavande läkare och då behöver man eventuellt inte göra en förhandsanmälan. Då kan jourpolikliniken förbereda sig för att ta emot patienten. Patienter kan även komma in till jouren på egen hand eller med någon anhörig och då är det viktigt att jourpoliklinikens vårdare genast kan urskilja på utseendet av en människa ifall hon kan vänta i kön eller om hon måste få en bäddplats genast. (Castren 2009 s. 66-67)

På varje jourpoliklinik finns det en sjukskötare som är en så kallad ansvarig skötare under arbetsskiftet. Det är oftast den ansvariga skötaren som tar emot ambulanserna. Ansvariga skötaren är alltid minst sjukskötare till sin utbildning. På vissa jourpolikliniker finns det även en triage skötare som bedömer hur fort patienten behöver få vård och kordinerar patienten till rätt vårdplats. Triage skötaren följer ofta ett system där hon med hjälp av siffror 1-5 eller bokstäver A-E bedömer hur fort patienten bör träffa en läkare och hur fort vården måste komma igång. Tanken med triage systemet är att urskilja de patienter som är i akut behov av vård från de patienter som kan sitta en längre stund och vänta på att träffa läkaren. (Castren 2009 s. 67-68)

När patienten kommer in till jourpoliklinken klargörs alltid varför patienten sökt sig till jourpolikliniken och hur akut patientens symptom är. Det är viktigt att få veta patientens grundsjukdomar, medicinering och hur patienten klarar sig i vardagen. Patienterna hamnar så gott som alltid att vänta på att läkaren kommer och undersöker dem eftersom man på jourpolikliniken sköter patienter enligt patientens allmäntillstånd. Detta betyder att patienter vars allmäntillstånd är bra ibland får vänta på en läkare i många timmar



medan en patient med akuta symptom får omedelbar vård och läkaren undersöker patienten med det samma. (Castren 2009 s. 68-69)

Från jourpolikliniken fortsätter patienten antingen till en bäddavdelning där patienten rehabiliteras eller så är patienten i så god form att hon kan åka hem. Då patienten åker hem måste vårdaren se till att eventuella förändringar i medicineringen är uppdaterade och att patienten får med alla növärdiga vårddokument. Om patienten flyttas till en bäddavdelning skall vårdaren se att alla vårddokument finns med och så skall vårdaren också ge en rapport till avdelningen. (Castren 2009 s. 70)

## **11. HES SAIRAANKULJETUS OY**

HES Sairaankuljetus Oy grundades 5.2.1989 av Reino Tsutsunen och Vesa Rahikainen. Reino och Vesa var båda medikalvaktmästare till sin utbildning och hade jobbat tillsammans på Tölö sjukhus. I början hade HES Sairaankuljetus Oy två ambulanser och de annonserade sitt företag med att föra affischer på företaget till alla sjukhus, vårdanstalter och servicehem i huvudstadsregionen.

Företaget kom bra igång och 1995 hade HES Sairaankuljetus Oy redan 6 ambulanser och kontoret måste flyttas till ett större utrymme. HES Sairaankuljetus Oy flyttade till Krämertskog i Helsingfors där de än idag har sitt Helsingfors-kontor.

I början av 2000-talet ökade HES Sairaankuljetus Oy sin verksamhet och grundade två nya kontor. Ett kontor i Sibbo och ett i Borgå. Under 2000 fortsatte HES Sairaankuljetus Oy att växa och i dagens läge är HES Sairaankuljetus Oy med sina dotterbolag det största privata ambulansföretaget i Finland. HES Sairaankuljetus Oy har 33 kontor i Finland och är verksam i 14 sjukvårddistrikt.(Anttila 2011)

## **12. ELEKTRONISK DOKUMENTERING**

Inom vårdbranshen är dokumentering mer än bara ord. Det hjälper vid uppföljande av patientens vård samt fungerar som ett rättsskydd för såväl patient som vårdare. Det är ett område som konstant utvecklas och nya system för enkel och säker dokumentation presenteras regelbundet. Dokumentering spelar även en väsentlig roll i samarbetet mellan vårdinstanser samt vårdinstans och prehospital enhet. Dokumentering kan ske på olika sätt: med hjälp av datorer, för hand eller muntligt per telefon.

Redan i slutet av 1900-talet fanns det ett intresse för elektronisk dokumentering inom hälsovårds branshen i USA. Det konstaterades att ett elektroniskt dokumenteringssystem skulle vara tidsbesparande och kostnadseffektivt. Internationella sjukskötarförbund började tillsammans planera ihop ett gemensamt dokumenteringssystem med gemensamma begrepp och termer som kunde tillämpas på sjukvårdssystemen. (Kärkkäinen 2000 s. 4)

Nuförtiden är största delen av dokumenteringen inom sjukvården elektronisk. Tanken är att på ett logiskt, klart och lättillgängligt sätt spara allt som dokumenteras om en patient. Prehospitalt har dokumenteringen dock skett i pappersform ända in på 2000-talet tills Merlot Medi togs i bruk. Merlot Medi används dock fortfarande på ett begränsat antal orter i Finland (merlotmedi [www]).

### **12.1 Telemedicin**

Telemedicin betyder att man använder telemedia så som telenät, internet och video- eller radioöverföring för medicinska konsultationer. Med hjälp av telemedicin kan en läkare på annan ort eller t.ex. från sjukhuset delta i patientens vård i.o.m att denne har tillgång till bl.a. ekg och andra mätresultat. (Jacobsson & Öhberg 2003 s. 316-317)

### **12.2 Merlot Medi**

Merlot Medi är ett elektroniskt lednings- och rapporteringssystem som utvecklats för akutvården för att effektivisera situationer där det behövs ledarskap, uppföljande av händelser eller uppdrag. Dessutom vill man med detta system förbättra akutvårdens genomskådlighet. Med hjälp av Merlot Medi kan man t.ex. konsultera läkaren så att denne i

realtid har tillgång till information man dittills hunnit fylla i. Detta resulterar i att den konsulterande läkaren kan ge en jämnare vårdkvalitet, oberoende av vem som ringer. Den ansvariga akutvårdsläkaren har tillgång till alla Merlot Medi enheter och kan vid behov läsa igenom dem och reagera på olika situationer. Läkaren kan dessutom själv skriftligen fylla i konsultationsdelen vilket minskar risken för missförstånd och feltolkning. Via systemet har användarna dessutom tillgång till patientens tidigare sjuktransportjournaler. (merlotmedi [www])

Helsingfors räddningsverk och HNS Helsingfors akutvårdsenhet var de första i Finland att ta i bruk det elektroniska dokumenteringsverktyget Merlot Medi (den 17.07.2007). (Hel-Medi [www])

Merlot Medi är en liten väskliknande dator. Akutvårdsjournalen registreras på en pekskärm med en hjälp av en del färdiga frågor och frågeunderlag. Frågorna är mer vägläggande och underlättar arbetet vid t.ex. storolyckor eller bilolyckor då man snabbt får in mycket information som man sedan kan reda ut när det lugnat sig. Via speciella utrustningsgränssnitt kan man trådlöst överföra EKG och vitalvärden från defibrillatorn till Merlot Medi. (merlot medi [www])

Den färdiga akutvårdsjournalen kan sedan sändas elektroniskt till den mottagande vårdanstalten. Detta kan göras redan under färden till sjukhuset, vilket ger jourpolikliniken tid att förbereda sig för patientens ankomst. En välskriven akutvårdsjournal innehåller viktig information för patientens fortsatta vård och lägger grogrund för en oavbruten vårdkedja. (merlotmedi [www])

### **12.3 Lifepak 15**

I många ambulanser i Finland används Lifepak 15 som är en högt utvecklad defibrillator. Med hjälp av Lifepak 15 kan man i realtid överföra patientmaterial och patientdata till Merlot Medi, jourhavande akutvårdsläkarens telefon eller till en annan dator. Det behövs specifika inställningar och datasystem för att den mottagande apparaten skall kunna ta emot data Lifepak 15 sänder. Lifepak 15 kan överföra data med hjälp av bluetooth eller direkt kabelanslutning. Bluetoothfunktionen fungerar då den trådlösa förbindelsen är installerad och aktiverad. Det går också att avaktivera denna funktion. Den

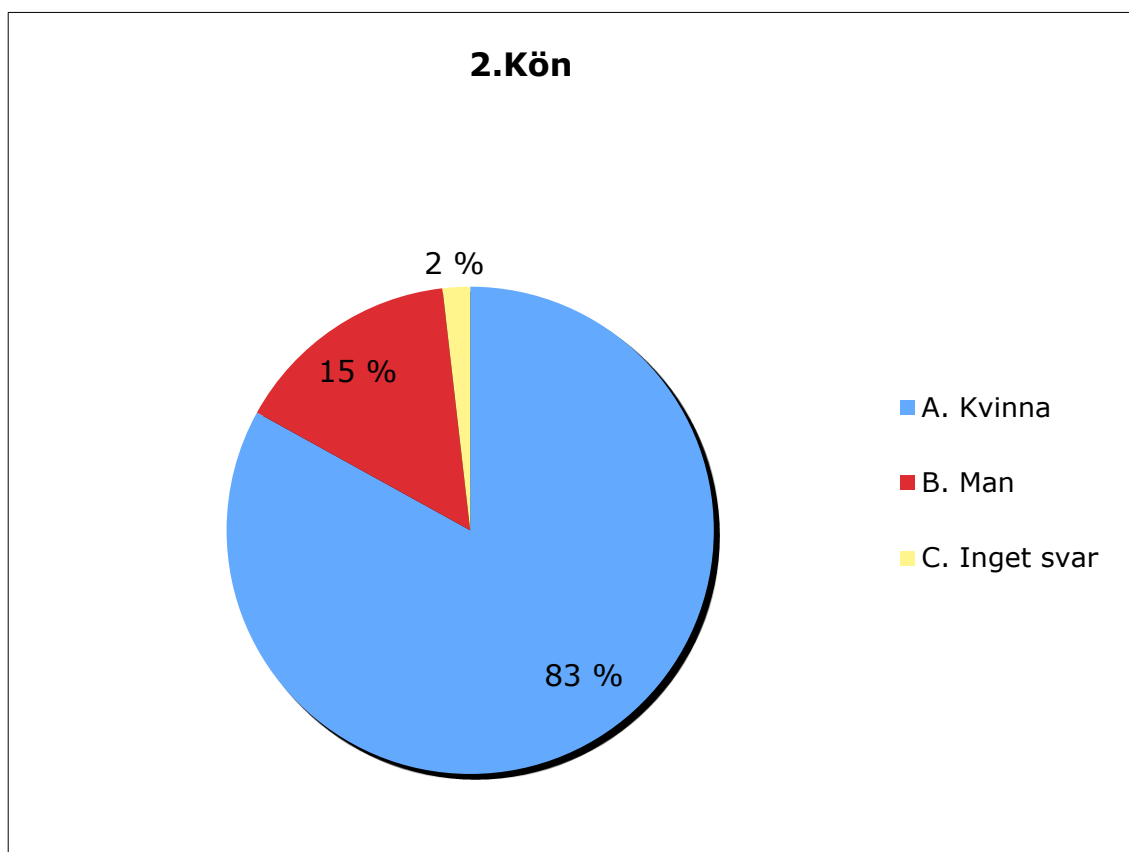
direkta kabelanslutningen kräver en speciell datakabel för att kunna upprätta en direkt anslutning mellan Lifepak 15 monitorn och en PC eller gateway. Med hjälp av denna trådanslutning överförs sedan data.

Patientrapporterna kan överföras i realtid under patientövervakning (med manuellt läge eller AED-läge) eller så kan rapporter överföras efteråt (med arkivläge).

Efter att journalen överförts printar monitorn ut en kort överföringsrapport där den bekräftar överföringen. I rapporten framgår tidpunkt och datum för överföringen. (Lifepak [www])

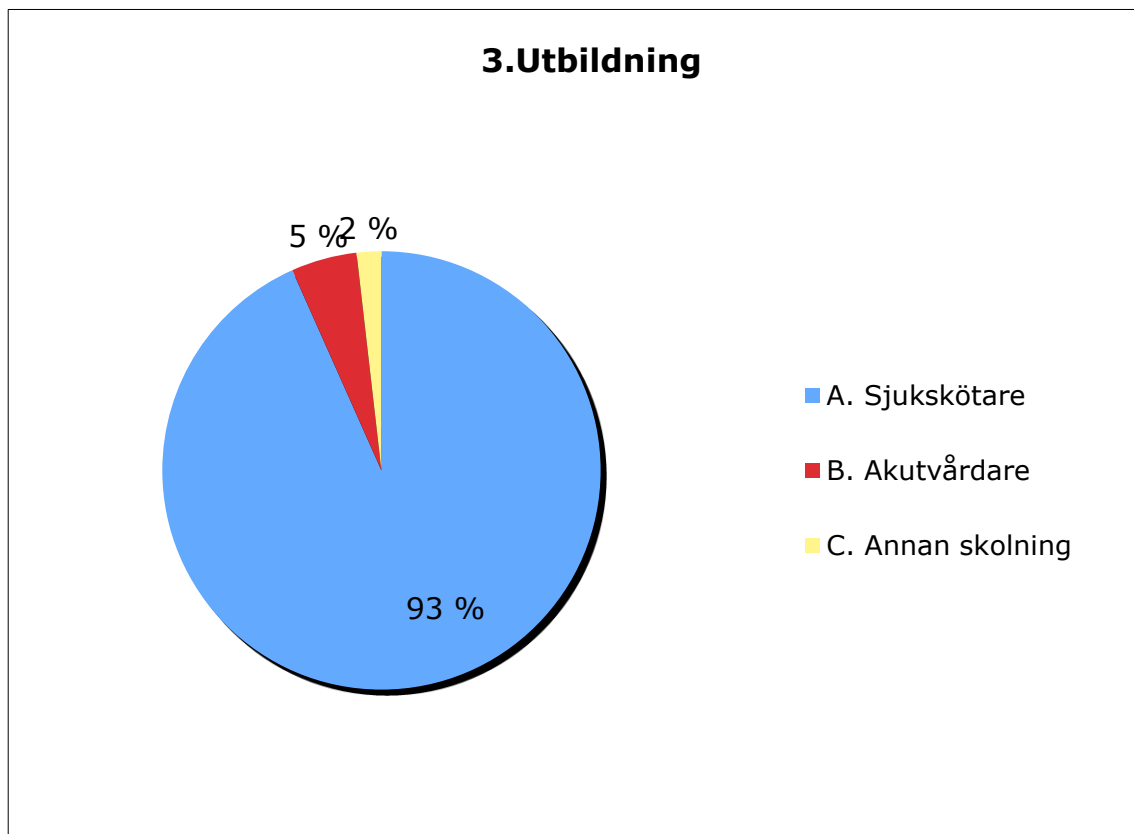
## 13. RESULTATREDOVISNING

Fråga nummer ett var en bakgrundsfråga där informanterna fick skriva in sin egen ålder. Medelåldern hos informanterna var 36 år (36,1 år). Den yngsta som svarade var 22 år gammal och den äldsta som svarade var 59 år gammal. Totalt svarade 167 personer på enkätundersökningen, men endast 165 (N) kunde användas eftersom två av informanterna uppgav en för undersökningen felaktig utbildning. 315 personer deltog i undersökningen vilket ger oss en svarsprocent på 52 %. Eftersom undersökningen endast utfördes på finska har rubrikerna i resultatredovisningen översatts och resultatet redovisas endast på svenska i detta arbete. Enkäten finns dock med den ursprungliga versionen i slutet av arbetet (bilaga 6).



*Figur 6. Kön.*

Av de som svarade på enkätundersökningen var 83 % kvinnor (n=137), 15 % män (n=25) och 2 % (n=3) svarade inte alls på frågan.

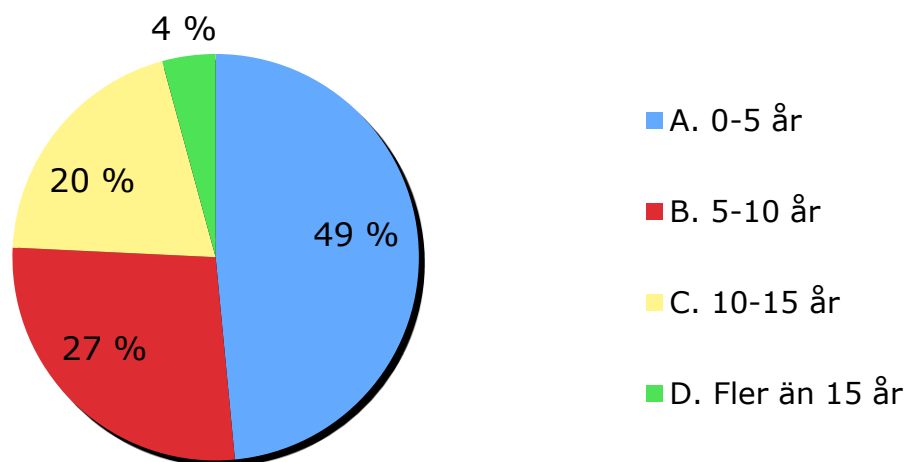


*Figur 7. Utbildning.*

Fråga nummer tre gällde deltagarnas utbildning. Av informanterna var 93 % sjukskötare, 5 % var akutvårdare och 2 % uppgav sig vara närvårdare eller läkare, dessa enkäter användes inte.

Fråga 4a var en bakgrundsfråga där informanterna fick skriva in hur många år de hade arbetat inom hälsovårdsbranschen. I medeltal hade informanterna arbetat 12,1 år. Den som arbetat längst inom branschen hade arbetat 39 år och den hade varit kortast tid hade endast arbetat 0,5 år.

#### 4b. Jag har arbetat på jourpolikliniken

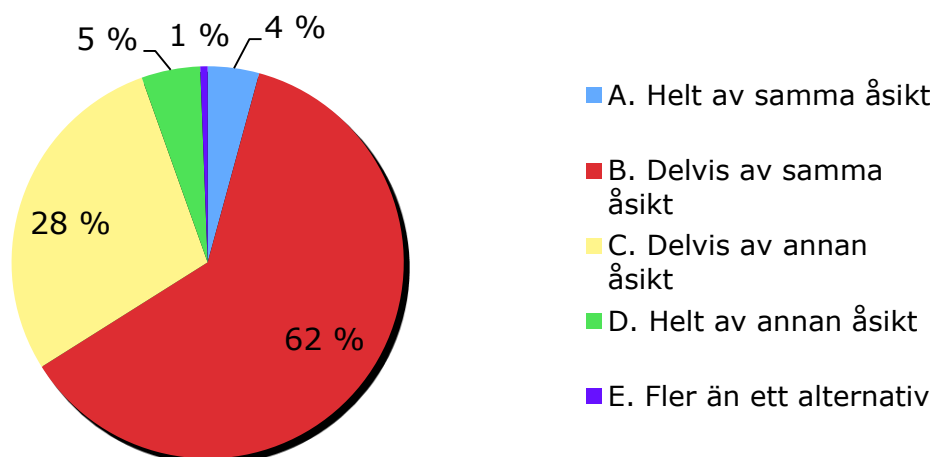


*Figur 8. Arbetserfarenhet.*

Respondenterna hade en bakgrundsfråga gällande hur många år informanterna hade arbetat inom hälsovårdsbranschen och en slutna fråga om erfarenheten på jourpolikliniken. An informanterna har 48 % arbetat 0-5 år, 27 % har arbetat 5-10 år, 20 % har arbetat 10-15 år och 4 % uppgav att de arbetat mer än 15 år på en jourpoliklinik.



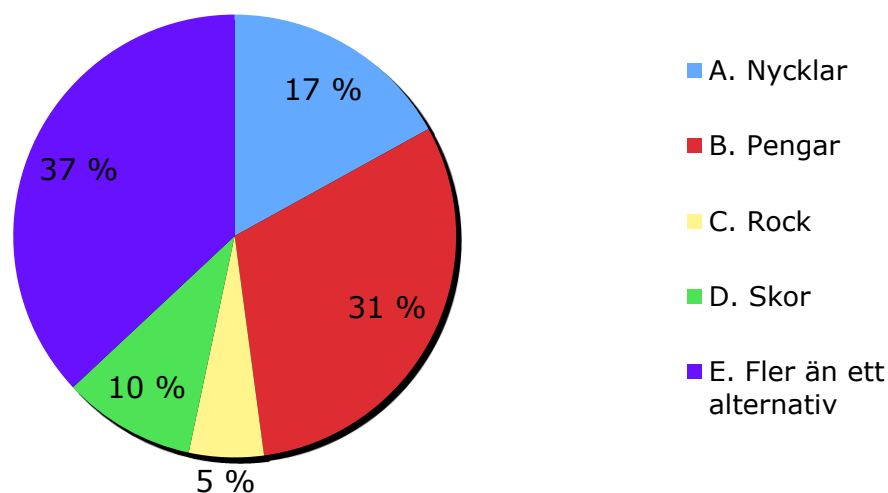
**5. När patienten hämtas till jourpolikliniken  
upplever jag att akutvårdarna beaktat att  
patienten i något skede åker hem och därmed  
tagit med rätt saker för detta**



*Figur 9. Beaktande av hemförlovning.*

På denna fråga skulle informanterna beskriva ifall de anser att akutvårdarna beaktar att patienten skall åka hem från jourpolikliniken i något skede, och därmed ifall de tagit med de saker som patienten behöver för att kunna åka hem. Endast 4 % ansåg att de var helt av samma åsikt, 62 % ansåg sig vara delvis av samma åsikt, 28 % var delvis av annan åsikt, 5 % var helt av annan åsikt och 1 %, hade uppgivit ett tomt eller felaktigt svar.

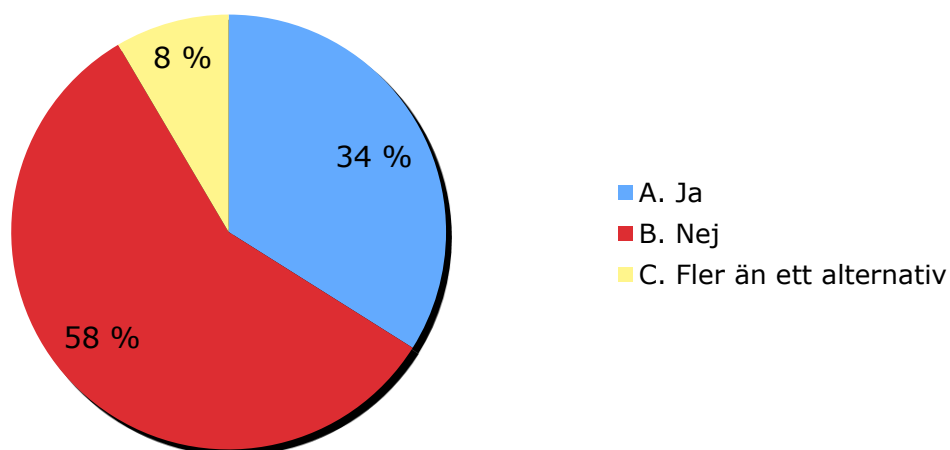
## 6. Jag upplever att patienten oftast saknar



Figur 10. Patienten saknar oftast.

Detta var en fortsättningsfråga på föregående fråga, men här frågades vad patienten oftast saknar när hon skall åka hem. Det fanns fyra färdiga alternativ. Av informanterna ansåg 17 % att nycklarna oftast saknas, 31 % ansåg att pengar oftast saknas, 5 % ansåg att en rock oftast saknas och 10 % ansåg att skorna oftast saknas. Hela 36 % av informanterna hade kryssat i fler än ett alternativ. En del hade därutöver skrivit egna alternativ under frågan. Informanterna hade dock skrivit goda förslag som kunde ha varit med i enkäten, detta har närmare tagits upp i diskussionen.

### 7. Jag skulle vilja att alla patienter som hämtas till jourpolikliniken färdigt skulle ha en intra venös väg

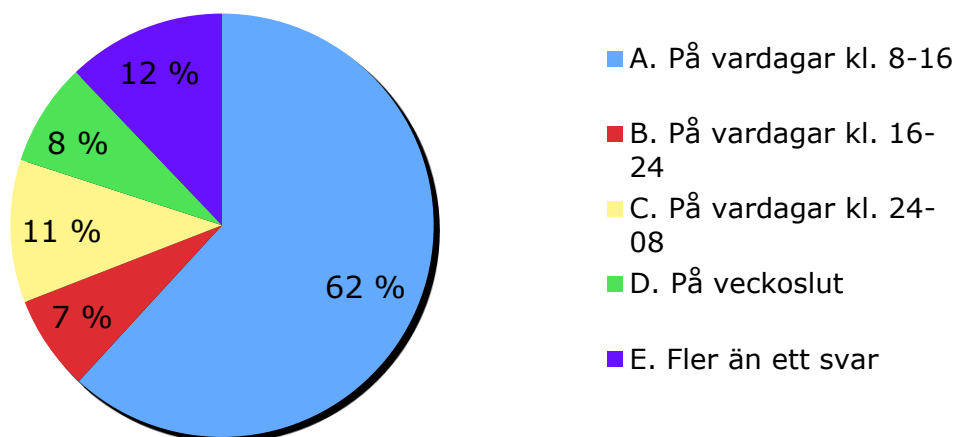


Figur 11. Vårdningrepp före ankomst.

Fråga nummer sju tog fasta på ifall informanterna skulle vilja att alla patienter som hämtas till jourpolikliniken skulle ha dropp (intra venös väg). På denna fråga svarade 58 % att de inte tycker att alla behöver dropp, 34 % skulle ha önskat att alla har dropp och 8 % kryssade i båda rutorna.

Fråga nummer åtta var en öppen fråga där informanterna med egna ord fick skriva vilka patienter eller patientgrupper de önskar att skulle ha dropp när de kommer till jourpolikliniken. Trots att 58 % önskade att alla inte skulle ha dropp fick vi följande svar på fråga nummer åtta; *Dropp om i.v-läkemedel sannolikt. Alla som kommer med ambulans. De patienter som lider av; sänkning av allmäntillstånd, bröstsmärta, rytmstörningar, andnöd, kramp, uppkastning, diarré, hög feber, de som legat länge på golvet, råddiga, intoxicationer, medvetslösa, dehydrerade, de som haft en allergisk reaktion, magsmärta, alkohol abstinensbesvär, hypotensiva, hyperglykemiska, hypoglykemiska, septiska, gamlingar, de som haft neurologiska besvär, frakturer, stora trauman, blödningar, dialyspatienter. Många patienter behöver i.v väg, om sjuktransportören funderar ifall han skall sätta eller inte.*

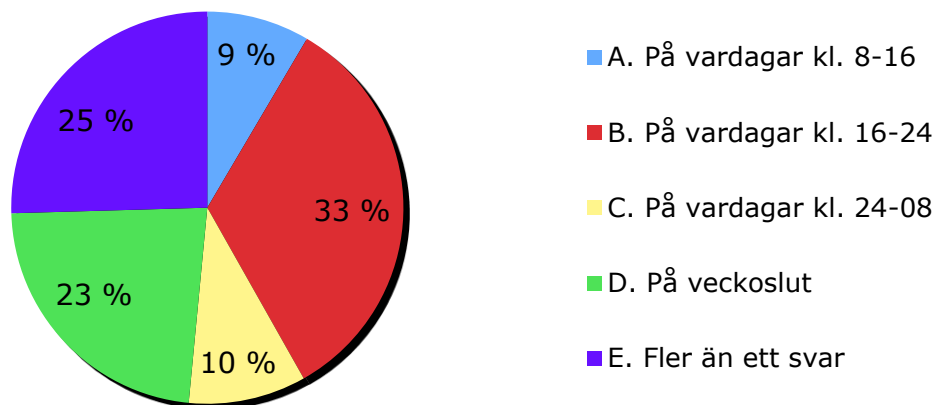
### 9. Vilken tid på dygnet och vilken dag får man bäst beställt en icke brådskande ambulans



Figur 12. Beställning av ambulans 1.

Med denna fråga ville respondenterna reda ut vilken tid på dygnet och vilken veckodag det är lättast att få eller beställa en icke brådskande ambulans. Av informanterna ansåg 62 % att det är lättast att få en bil på vardagar mellan kl. 8 och 16, 7 % ansåg att det är lättast att få en bil på vardagar mellan kl. 16 och 24, 11 %, ansåg att det är lättast att få en bil på vardagar mellan kl. 24 och 08, 8 % ansåg att det är lättast att få en bil på veckosluten och 12 % hade givit fler än ett svar. Med andra ord tyckte över hälften att man lättast får en icke brådskande sjuktransport på vardagar mellan kl.8 och 16.

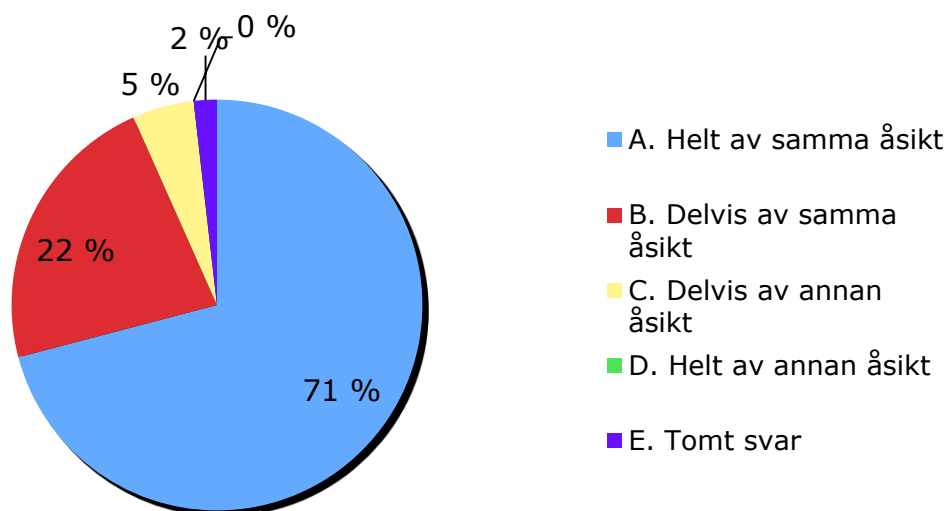
### 10. Vilken tid på dygnet och vilken dag är det svårast att få en icke brådskande ambulans



Figur 13. Beställning av ambulans 2.

Denna fråga var en fortsättningsfråga på föregående men här undersöktes vilken tid på dygnet och vilken dag det är svårast att få en icke brådskande sjuktransport. Här fanns inte heller lika entydiga svar som på föregående utan alla alternativ var representerade mer eller mindre. Av informanterna ansåg 8 % att det är svårast att få en bil på vardagar mellan kl. 8 och 16, 33 % ansåg att det är svårast att få en bil på vardagar mellan 16 och 24, 10 % ansåg att det är svårast att få en bil på vardagar mellan kl. 24 och 08 och 23 % ansåg att det är svårast att få en bil på veckosluten. Hela 25 % av informanterna kryssade i två eller flera alternativ eller numrerade alternativen 1-4.

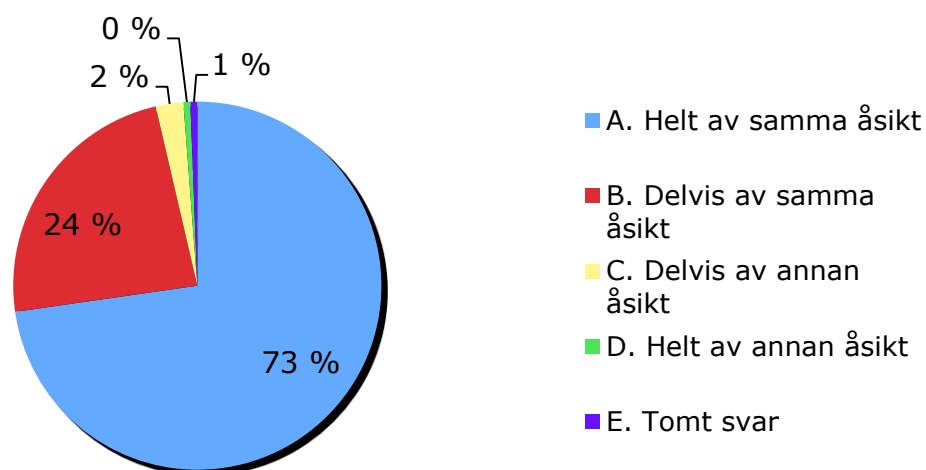
**11. När jag beställer en icke brådskande ambulans önskar jag att den kommer så fort som möjligt**



Figur 14. Önkemål gällande ambulanspersonalen 1.

Fråga nummer 11-13 ville respondenterna redogöra vad informanterna önskar av personalen på den icke brådskande sjuktransporten då de beställer en bil till jourpolikliniken. Fråga nummer 11 redogjorde för hur viktigt informanterna ansåg det vara att bilen anländer så fort som möjligt. Frågan formulerades på följande sätt: "När jag beställer en icke brådskande sjuktransport önskar jag att bilen anländer så fort som möjligt". Av informanterna var 71 % helt av samma åsikt, 22 % var delvis av samma åsikt, 5 % var delvis av annan åsikt. 0 informanter var helt av annan åsikt och 2 % hade lämnat ett tomt svar.

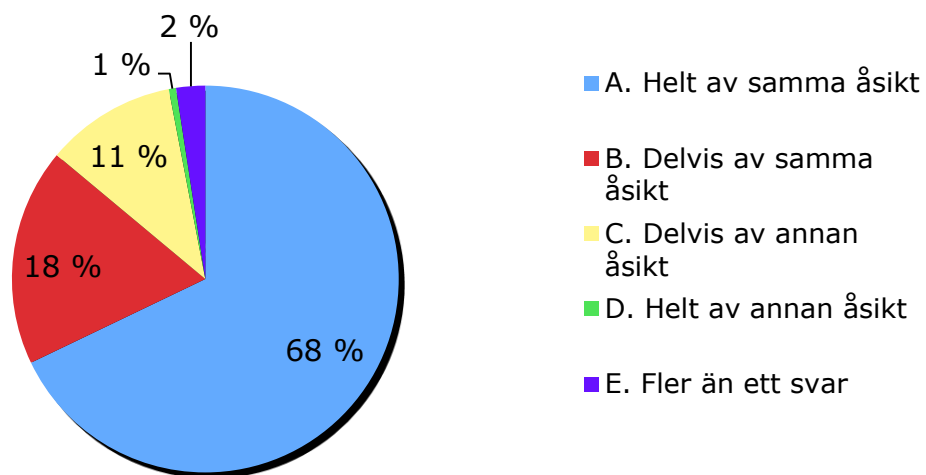
**12. När jag beställer en icke brådskande ambulans önskar jag att det i den ankommande bilen skall finnas så ivriga och glada arbetare som möjligt**



*Figur 15. Önskemål gällande ambulanspersonalen 2.*

Fråga nummer 12 tog reda på huruvida det är viktigt för jourpolikliniken att det kommer glada och ivriga sjuktransportörer till jourpolikliniken. Av informanterna var 73 % helt av samma åsikt, 24 % var delvis av samma åsikt och 2 % var delvis av annan åsikt. Endast 1 % var helt av annan åsikt. Ett tomt svar fick respondenterna också.

**13. När jag beställer en icke brådskande ambulans önskar jag att det i den ankommande bilen skall finnas personal som kan använda apparaturen i ambulansen (t.ex. infusionspump, c-pap, b-pap)**

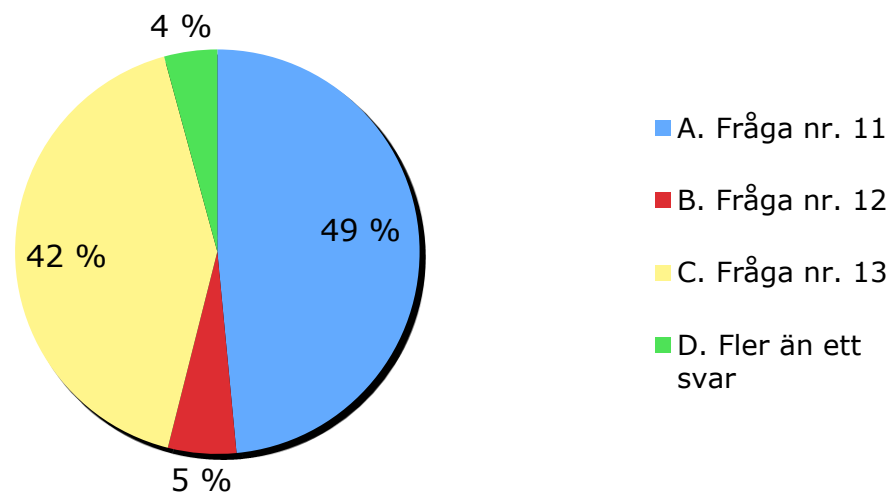


*Figur 16. Önskemål gällande ambulanspersonalen 3.*

På denna fråga ville respondenterna reda ut hur viktigt jourpolikliniken anser det vara att sjuktransportörerna kan använda den mer avancerade utrustningen i ambulansen. Av informanterna var 68 % helt av samma åsikt, 18 % var delvis av samma åsikt, 11 % var delvis av annan åsikt, 1 % var helt av annan åsikt och 2 % gav fler än ett svar.



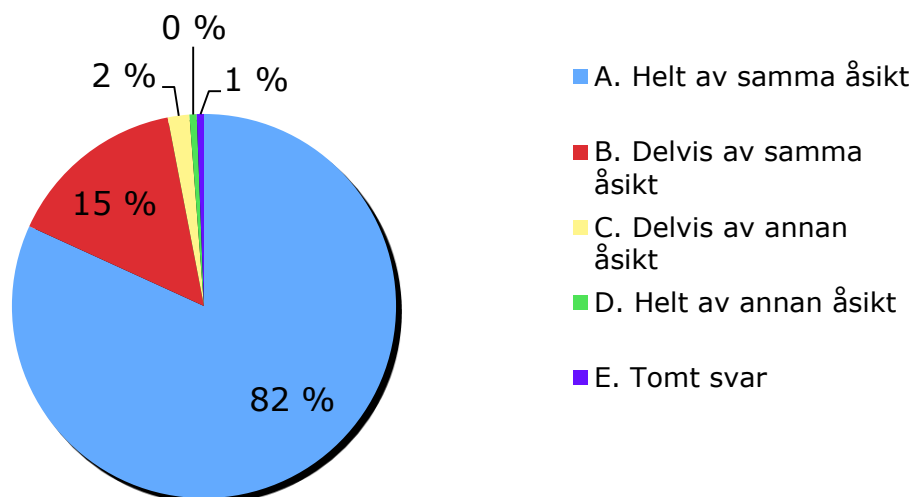
**14. Av de ovan nämnda frågorna (11-13) är fråga \_ absolut viktigast för mig gällande icke brådskande sjuktransport**



*Figur 17. Önskemål gällande ambulanspersonalen 4.*

Fråga 14 var en sammanfattande fråga för frågorna 11-13. På denna fråga ville respondenterna reda ut vilken av ovanstående som informanterna ansåg att är absolut viktigast då de beställer en icke brådskande sjuktransport. Av informanterna ansåg 48 % att det är absolut viktigast att bilen anländer så fort som möjligt, 5 % ansåg att det är absolut viktigast att personalen i bilen är så glada och ivriga som möjligt, 42 % ansåg att det är absolut viktigast att personalen vid behov kan använda utrustningen i bilen och 4 % gav fler än ett svar.

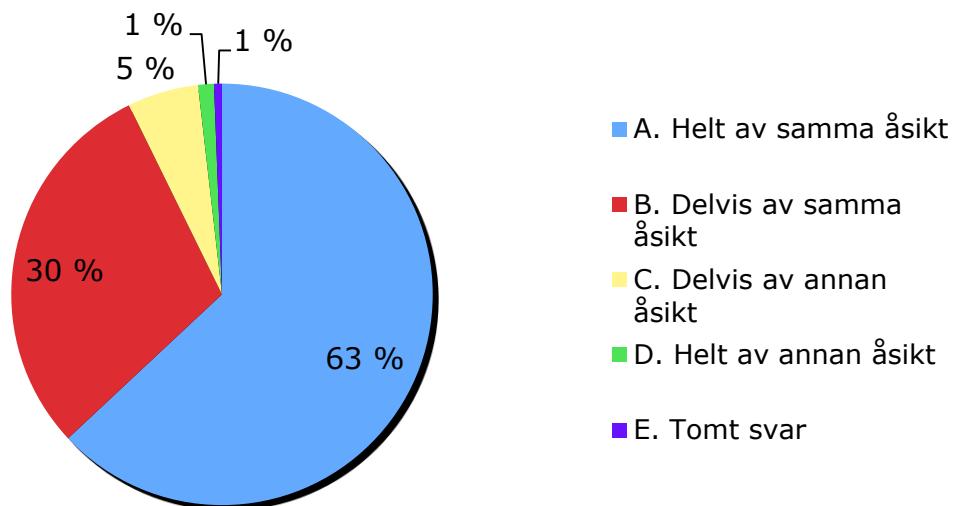
**15. Jag upplever att det skulle vara viktigt att HES Sairaankuljetus Oy skulle ha en vårdnivå (läkemedelslov) akutvårdare för brådskande sjukhusflyttar**



*Figur 18. Behov av vårdnivåenhet 1.*

Med denna fråga ville respondenterna reda ut HES Sairaankuljetus Oy:s behov för en vårdnivå ambulans (akutvårdare med läkemedelslov) vid brådskande förflyttningar av en patient från ett sjukhus till ett annat. Av informanterna var 82 % helt av samma åsikt, 15 % var delvis av samma åsikt, 2 % var delvis av annan åsikt och 1 % var helt av annan åsikt. Endast 1 %, hade lämnat tomt.

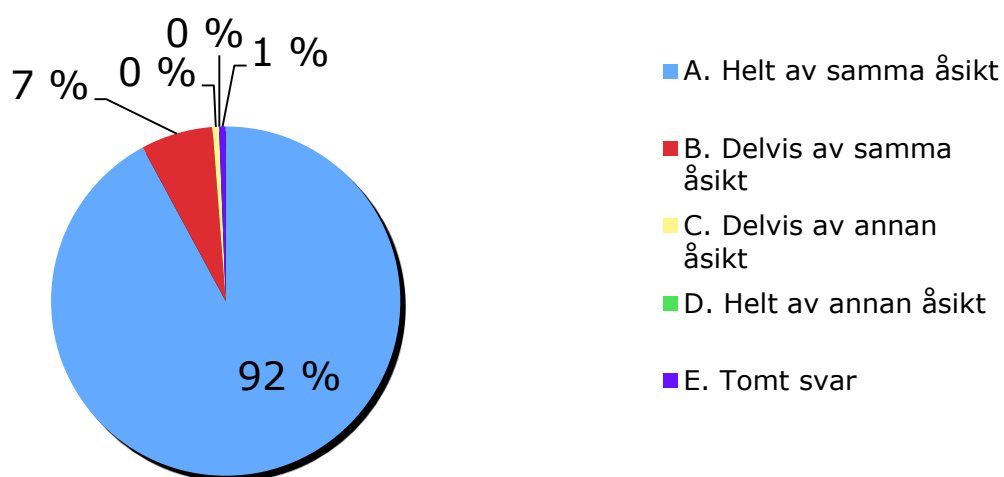
**16. Jag upplever att patientsäkerheten lider av att det i brådskande sjukhusflyttar inte finns en person med läkemedelslov**



*Figur 19. Behov av vårdnivåenhet 2.*

På denna fråga ville respondenterna utreda ifall informanterna anser att patientsäkerheten lider av att det många gånger inte finns en akutvårdare med läkemedelslov med på brådskande sjuktransporter. Av informanterna ansåg 63 % sig vara helt av samma åsikt, 30 % ansåg sig vara delvis av samma åsikt, 5 % var delvis av annan åsikt, 1 %, var helt av annan åsikt. Endast 1 % hade lämnat ett tomt svar.

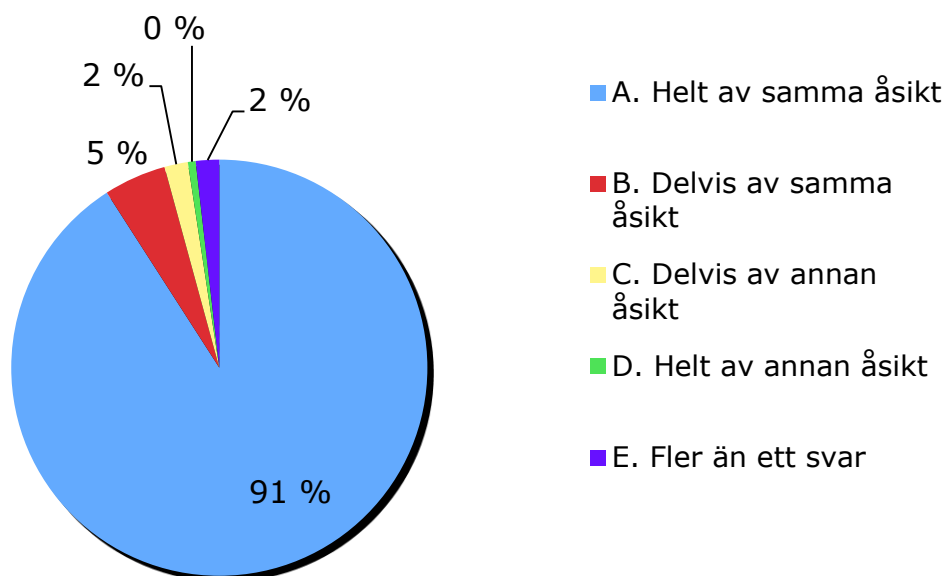
### 17. Jag upplever att rapporten akutvårdarna ger är viktig



Figur 20. Rapportering 1.

På denna fråga redogjorde respondenterna för ifall de anser att akutvårdarens rapport om patienten är viktig. Av informanterna ansåg 92 % sig vara helt av samma åsikt, 7 % var delvis av samma åsikt, 1 % var delvis av annan åsikt, ingen var helt av annan åsikt. 1 % hade lämnat tomt.

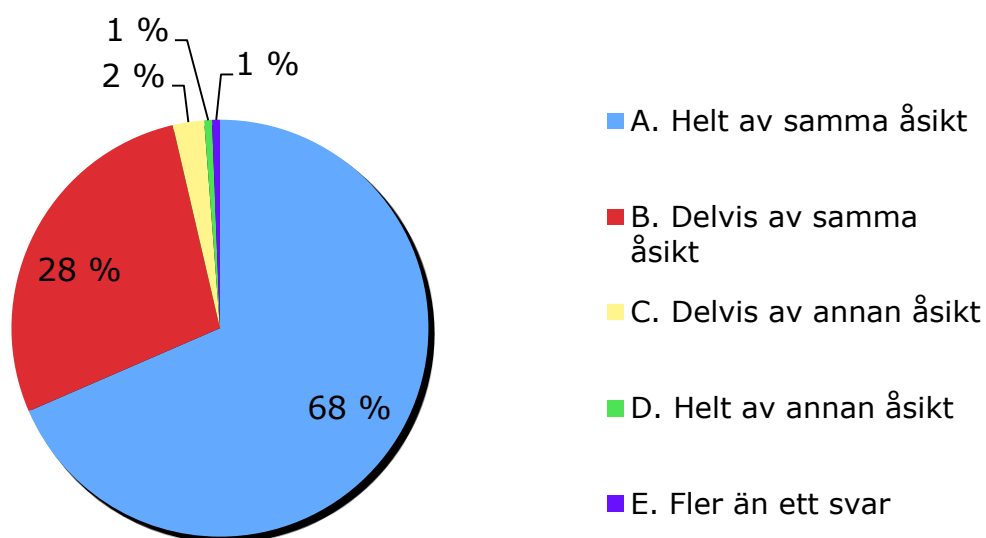
### 18. Jag läser alltid de sjukrapporter akutvårdarna lämnar (SV210/Merlot Medi)



Figur 21. Rapportering 2.

På fråga nummer 18 ville respondenterna ta reda på ifall informanterna alltid läser den patientblankett (SV210/Merlot Medi papper) som akutvårdarna lämnar åt dem. Av informanterna ansåg 91 % sig vara helt av samma åsikt, 5 % var delvis av samma åsikt, 2 % var delvis av annan åsikt, 1 % var helt av annan åsikt och 2 % uppgav fler än ett svar.

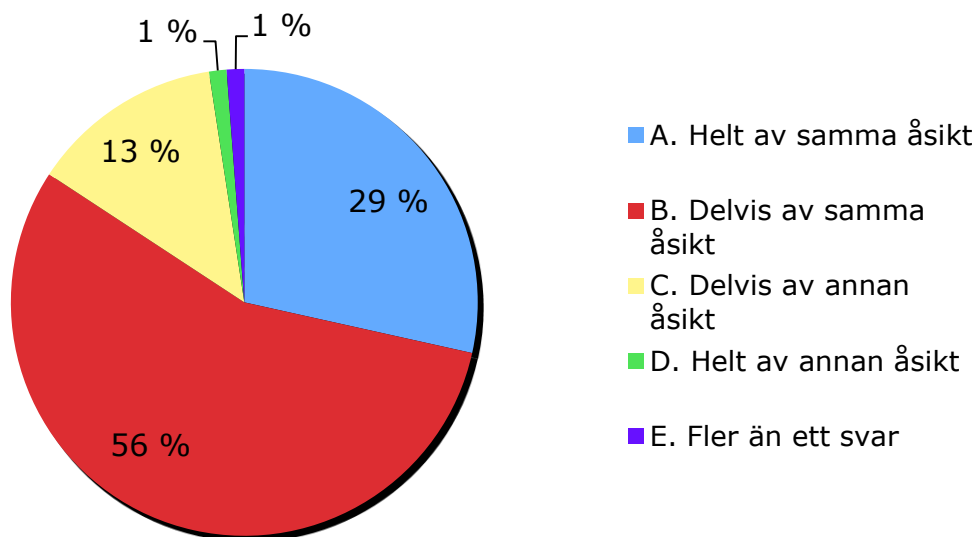
### 19. Rapporten akutvårdarna ger mig hjälper mig med den fortsatta vården av patienten



Figur 22. Rapportering 3.

På fråga nummer 19 frågades om informanterna anser att den rapport akutvårdarna ger hjälper dem med patientens fortsatta vård. På denna fråga var 68 % helt av samma åsikt, 28 % var delvis av samma åsikt, 2 % var delvis av annan åsikt, 1 % var helt av annan åsikt och 1 % uppgav fler än ett svar.

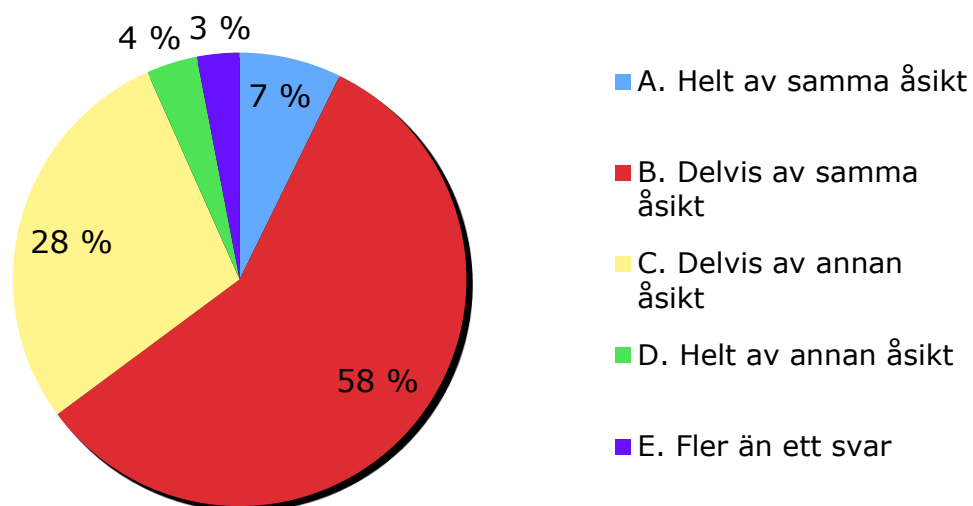
**20. Jag ger alltid en fullständig rapport åt akutvårdarna när de avhämtar en patient för att flytta denne till ett annat sjukhus**



*Figur 23. Rapportering 4.*

På denna fråga ville respondenterna veta ifall informanterna anser att de alltid ger en fullständig rapport åt akutvårdarna då de avhämtar en patient för sjuktransport. Endast 28 % ansåg sig vara helt av samma åsikt, 56 % delvis av samma åsikt, 13 % var delvis av annan åsikt, 1 % var helt av olik åsikt och 1 % uppgav fler än ett svar.

**21. Jag upplever att det avsändande sjukhuset ger en tillräcklig rapport om den kommande patienten**

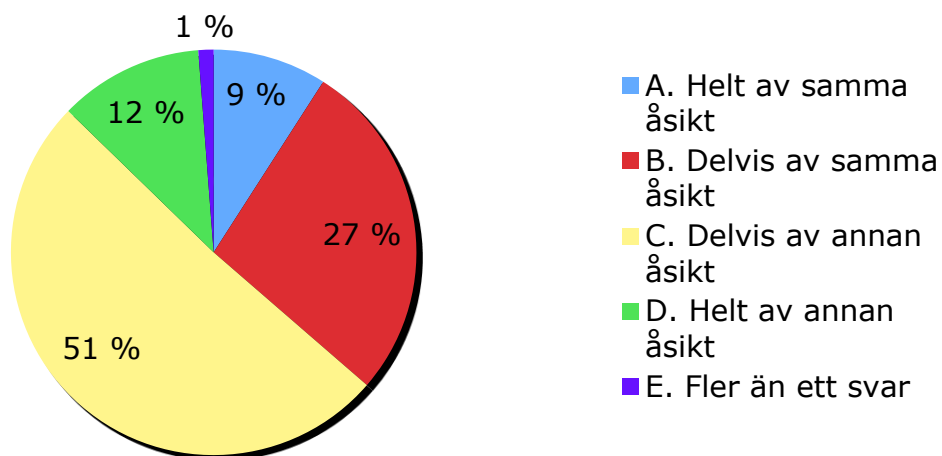


*Fgur 24. Rapportering 5.*

Med fråga nummer 21 ville respondenterna utreda ifall informanterna upplever att det sändande sjukhuset ger en tillräcklig rapport om den kommande (förflyttade) patienten. Av informanterna var 7 % helt av samma åsikt, 58 % var delvis av samma åsikt, 28 % var delvis av annan åsikt, 4 % var helt av annan åsikt och 3 % uppgav fler än ett svar.



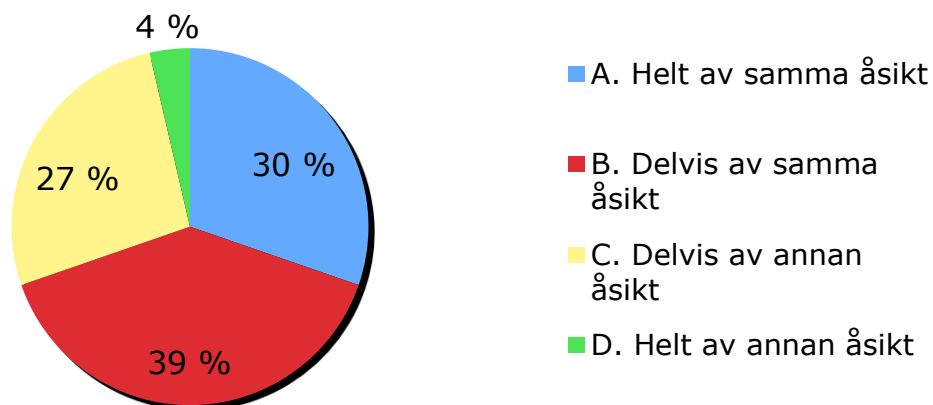
**22. Gällande förflyttningar av patienter från ett sjukhus till ett annat skulle jag vilja att akutvårdarna alltid ringer från ambulansen när de kommer med patienten**



*Figur 25. Förhandsanmälan.*

Med fråga nummer 22 ville respondenterna utreda ifall informanterna skulle önska att akutvårdarna alltid ringer från ambulansen till mottagande jourpoliklinik när de hämtar en patient från ett annat sjukhus. Av informanterna var 9 % helt av samma åsikt, 27 % var delvis av samma åsikt, 51 % var delvis av annan åsikt och 12 % var helt av annan åsikt. Endast 1 % uppgav fler än ett svar.

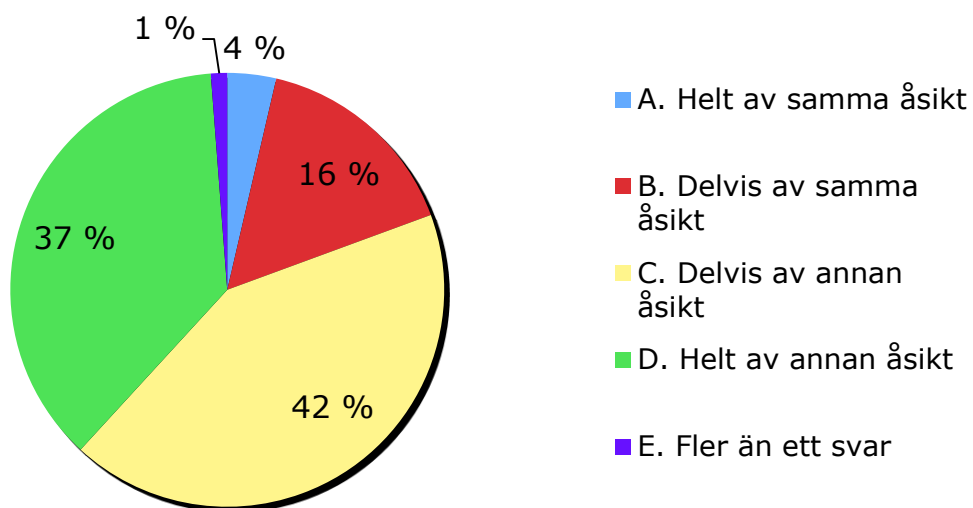
**23. Jag upplever att akutvårdarna som flyttar en patient från ett sjukhus till ett annat, vet tillräckligt mycket om patientens tillstånd (tillstånd, vårdhistoria, orsak till flytten)**



*Figur 26. Situationsbedömning.*

Fråga nummer 23 utreder ifall informanterna upplever att akutvårdarna som flyttar en patient från ett sjukhus till annat vet tillräckligt mycket om patienten. Av informanterna var 30 % helt av samma åsikt, 39 % var delvis av samma åsikt, 27 % var delvis av annan åsikt och 4 % var helt av annan åsikt. Ingen informant hade lämnat ett tomt.

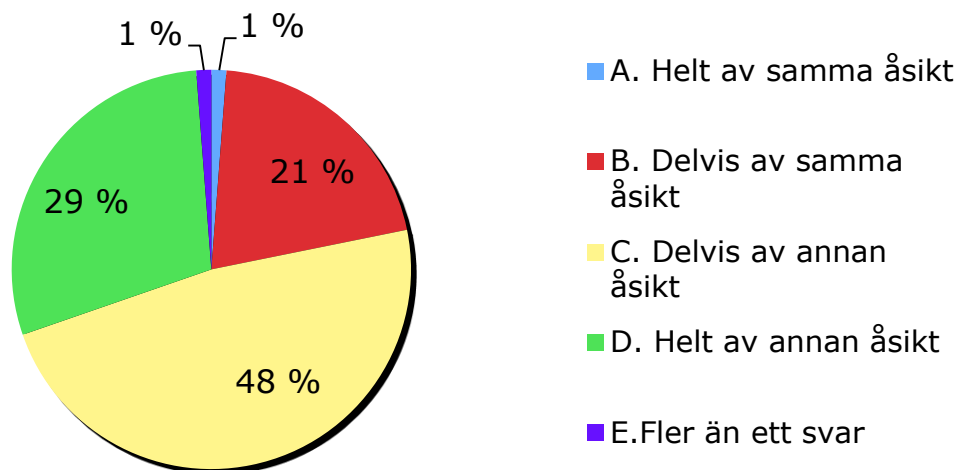
## 24. Jag skulle helst vilja ha rapport endast av sjukhuset (om patienten som förflyttas)



Figur 27. Kommunikation 1.

Fråga nummer 24 utreder ifall informanterna anser att de helst skulle vilja ha rapport endast av sjukhuset som sänder patienten. Av informanterna var 4 % helt av samma åsikt, 16 % var delvis av samma åsikt, 42 % var helt av samma åsikt, 37 % var helt av annan åsikt och 1 % uppgav fler än ett svar.

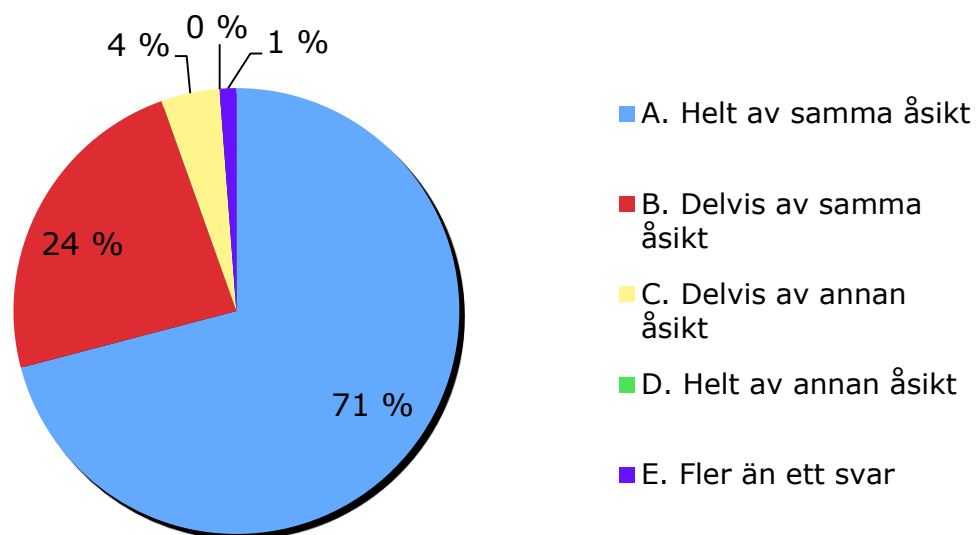
**25. Jag skulle helst vilja ha rapport endast av akutvårdarna (om patienten som förflyttas, från ambulansen på vägen)**



*Figur 28. Kommunikation 2.*

På denna fråga skulle informanterna svara på ifall de helst skulle vilja ha rapport endast av akutvårdaren (från ambulansen, under resan till sjukhuset). Av informanterna var 1 % helt av samma åsikt, 21 % var delvis av samma åsikt, 48 % var delvis av annan åsikt, 29 % var helt av annan åsikt och 1 % gav ett tomt eller felaktigt svar.

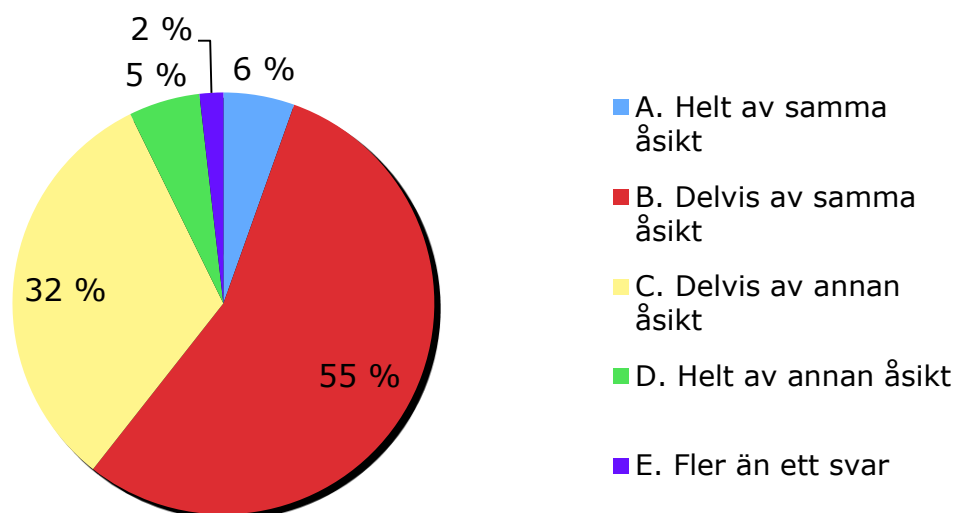
### 26. Jag skulle helst vilja ha rapport av båda ovan nämnda



Figur 29. Kommunikation 3.

Som en översikt för fråga 24 och fråga 25 frågades det i fråga 26 ifall informanterna helst skulle vilja ha rapport av båda ovan nämnda. På denna fråga var 71% helt av samma åsikt, 24 % var delvis av samma åsikt, 4 % var delvis av annan åsikt. Ingen var helt av annan åsikt men 1 % gav fler än ett svar.

**27. Jag upplever att patientsäkerheten lider av det nuvarande rapporteringssystemet (gällande patienter som förflyttas från ett sjukhus till ett annat)**

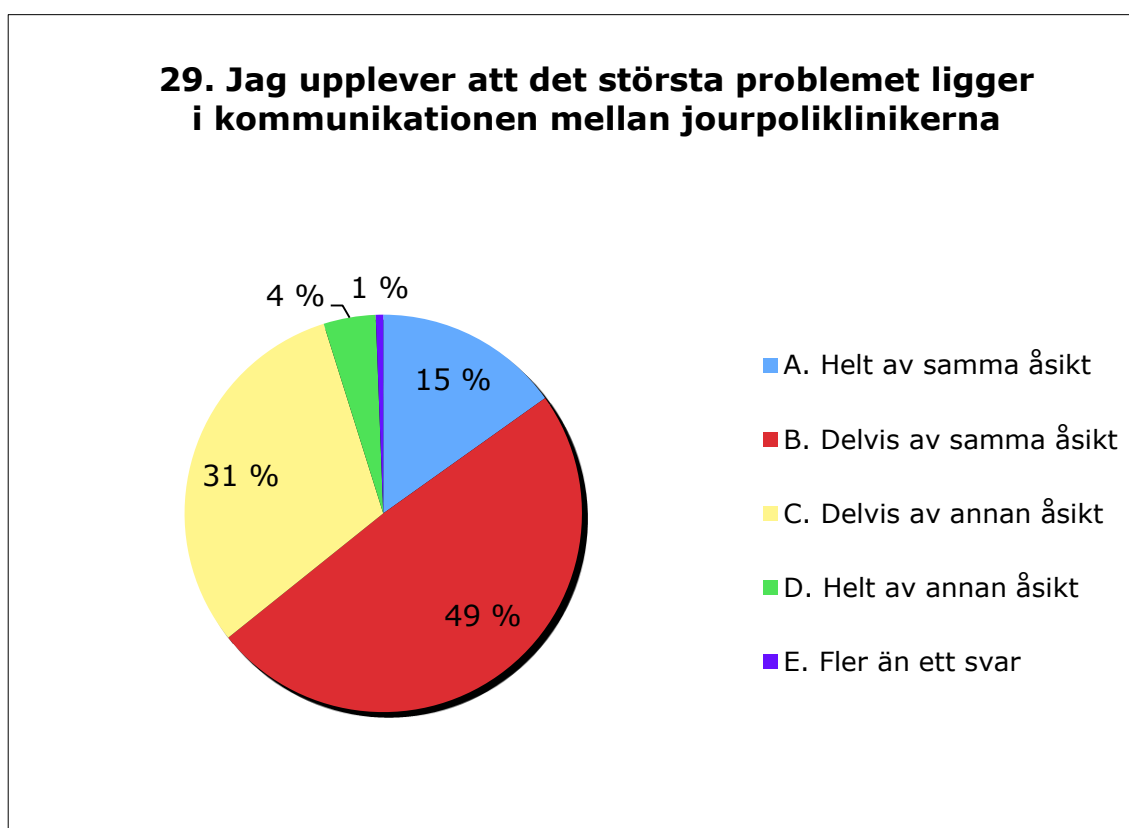


Figur 30. Patientsäkerhet.

På denna fråga skulle informanterna evaluera ifall de anser att patientsäkerheten lider av det nuvarande rapporteringssystemet (gällande patienter som flyttas från ett sjukhus till ett annat). Av informanterna var 5 % helt av samma åsikt, 55 % delvis av samma åsikt, 32 % delvis av annan åsikt, 5 % helt av annan åsikt och 2 % uppgav fler än ett svar.

Fråga nummer 28 var en öppen fråga där informanterna skulle skriva vad de anser att är de största bristerna och vilka de främsta problemen är i det nuvarande rapporteringssystemet. Alla svaren översattes (om ett svar förekom fler än en gång har det endast nämnts en gång i resultatredovisningen): *”Ibland är rapporten från sjukhuset bristfällig. Ibland fås ingen rapport av det sändande sjukhuset. ”Kusken” vet inte tillräckligt mycket om patienten. Brådskan. Muntliga och skriftliga rapporten skiljer sig från varandra och detta beaktas sällan. Lätt trasiga-telefonen effekt. Tala inte över patienten vid överlämningskedet. Pappers SV210 betydligt sämre än Merlot medi – medi ger mer*

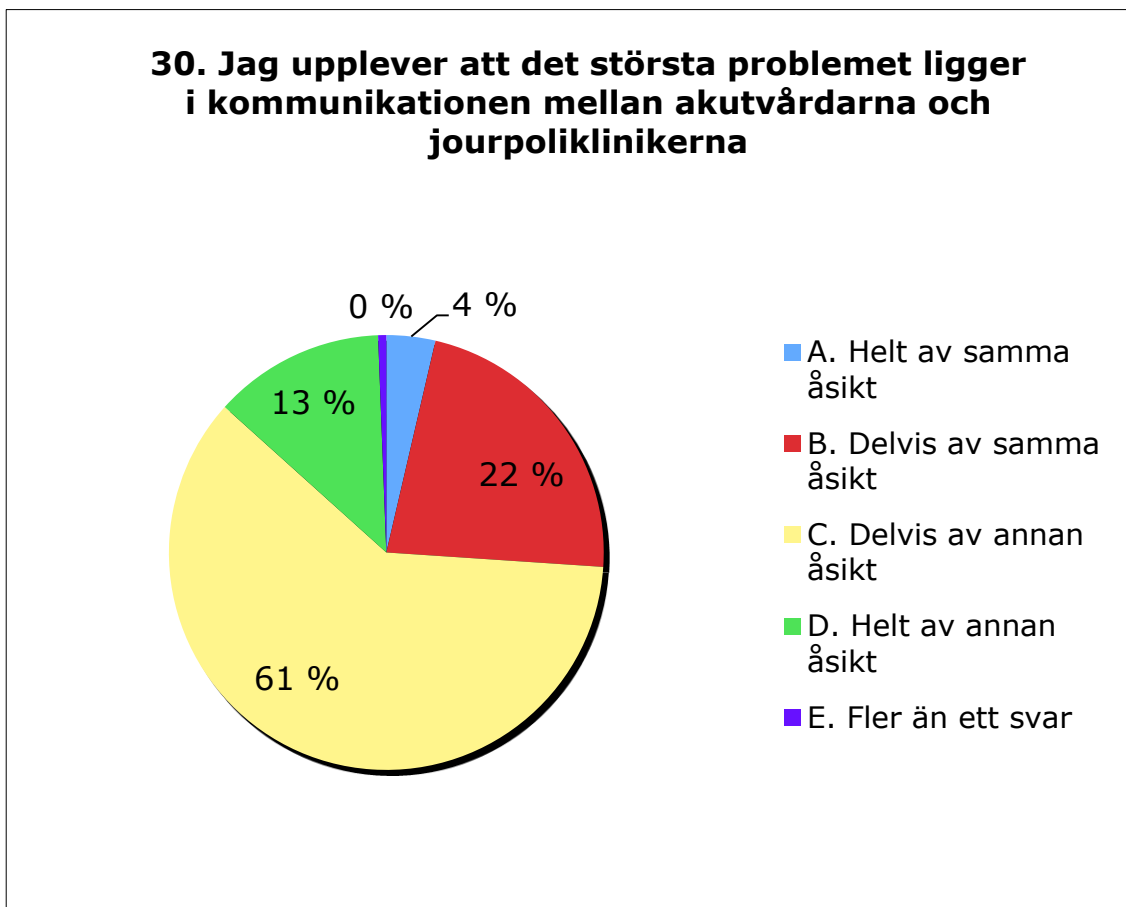
*tid att förbereda patientens ankomst. Otydlig handstil. Oklar rapport. Vårdarna har inte satt sig in i patientens tillstånd, vårdanstalterna konsulterar inte varandra innan patientflytten. Sjuktransportörerna vet sällan om eller förstår allvarligheten av smittosamma bakterier t.ex. glömmet rapportera om MRSA och ESBL bärande patienter. Ambulansen måst många gånger rapportera både åt skiftesansvariga och sedan rumssköterna – onödigt arbete. Osystematiskt rapporteringssystem. Rapportens kvalitet beror långt på personalen i ambulansenheten. Enhetligt rapporteringssystem i huvudstadsregionen önskvärt. Finns inget lugnt ställe att ge rapport på. Ambulansen berättar inte ifall måendet ändras under transporten. Språkmur. Nummer till vårdhem, anhöriga etc. saknas. En del sjuktransportörer går med på att flytta en patient från ett sjukhus till ett annat med bristfällig/lite information. Oftast ger inte den skötare som skött patienten rapport åt akutvårdaren.”*



Figur 31. Kommunikationshinder 1.

På denna fråga skulle informanterna svara på om de tycker att det största problemet ligger i kommunikationen mellan jourpoliklinikerna. Av informanterna var 15 % helt av

samma åsikt, 49 % var delvis av samma åsikt, 31 % var delvis av annan åsikt, 4 % var helt av annan åsikt och 1 % uppgav fler än ett svar.



Figur 32. Kommunikationshinder 2.

På fråga nummer 30 skulle informanterna evaluera ifall de tycker att det största problemet ligger i kommunikationen mellan jourpolikliniken och akutvårdarna. Av informanterna var 4 % helt av samma åsikt, 22 % var delvis av samma åsikt, 61 % var delvis av annan åsikt, 13 % var helt av annan åsikt och 1 % uppgav fler än ett svar.

Som en sista fråga (Fråga 31) hade respondenterna en öppen fråga där informanterna fick skriva fritt ifall de hade önskemål eller idéer om hur verksamheten mellan HES Sairaankuljetus Oy och jourpoliklinikerna kunde förbättras. Följande meningar skrevs och har översatts: ”*Näsvingarna alltid fast i syreuttaget. Hemnycklarna saknas. Noggrannare evaluering ifall patienten verkligen behöver specialistsjukvård (kunde den t.ex. hänvisas att söka upp sin egen hälsocentral eller vårdas hemma). Skulle kunna finnas*



*en vårdnivåenhet för patienter som behöver medicinering. Rad+ och gcs15 räcker inte som undersökningsresultat. "Kolmitiehana" på droppet. Dropplås till ambulanserna. Inte brunhäfta på gamlingar. Otillräcklig kunskap och erfarenhet att bedöma vårdplats. I.v-luvallinen skötare. För långa väntetider. Mer skolning åt HES-telefonjour för bättre situations/patientbedömning. Ambulanspersonalen borde bättre kunna använda vårdapparat. Läkemedelslistan saknas ofta, hemsjukvårdens mapp med till sjukhuset. Ifall den beställda transporten av någon orsak försenas vore det önskvärt att HES-telefonjour meddelar detta till sjukhuset. Mer bilar mitt på dagen. Ibland avhämtas patienterna självständigt från sjukhuset och vårdaren vet inte ens om att de farit iväg. Ifall möjligt så handen ut ur ärmen innan dropp sätts. Taxipengar med. Förhandsrapport ifall patienten i dåligt skick. Mindre arrogans och högfärdighet bland sjuktransportörerna. Bristfällig utbildning för arbetsuppgiften."*

## 14. KRITISKT GRANSKANDE

För att bedöma om en kvantitativ undersökning är tillförlitlig kan man kontrollera undersökningens validitet och reliabilitet. Med att kontrollera undersökningens validitet vill man veta om undersökning mäter just det som har varit syfte att undersöka. Med yttre validitet vill man veta hur bra undersökningsresultaten kan generaliseras med en grupp individer utanför undersökningen. ( Kankkunen 2009 s. 152)

Begreppsvaliditeten är den mest tillförlitliga grunden för en undersökning. Ifall man valt fel mätare och svaren man får från undersökningen därmed inte fyller de frågeställningar man ställt som syfte med forskningen, är det omöjligt att få ett tillförlitligt svar. När man mäter ett fenomen vill man också veta om resultatet är tillräckligt omfattande eller om något delområde blir obesvarat. ( Kankkunen 2009 s. 152-153 )

Med att kontrollera undersökningens reliabilitet kollar man hur hållbara svaren är. Man kan t.ex. undersöka ett annat område med samma undersökningsmetod och se hur resultatet blir att se ut. Om resultaten från båda undersökningarna håller samma riktning kan man anse att undersökningen är reliabel. (Kankkunen 2009 s. 152)

Skribenterna hade som avsikt att göra en pilotundersökning där frågeformulären skulle skickas ut till 10-15 studeranden på Arcada som jobbat på en jourpoliklinik. Under den tidpunkten då pilotundersökningen skulle göras fanns det inte studerande i skolan som gått sin jourpoliklinik praktik. Det fanns heller inte möjlighet för att ta reda på vilka studerande som praktiserat eller jobbat på jourpoliklinik och därmed skicka enkäterna per post till dem. Eftersom frågorna var riktade till sjukskötare som jobbar på jourpoliklinik och har dagligt samarbete med HES Sairaankuljetus Oy kunde heller inte vilka som helst studerande delta i pilotundersökningen. En möjlig pilotundersökning kunde möjligtvis ha avslöjat frågor som var svåra att uppfatta och formuleringen av enkätens frågor kunde ha blivit bättre.

I frågeformuläret fanns det vissa ord som det visade sig att inte var självklara att sjukskötare på jourpoliklinikerna förstår. Dessa borde ha förklarats eller omformulerats. Några sjukskötare visste inte vad SV210 blanketten eller Merlot Medi är och skribenterna borde ha skrivit ambulansblankett för att alla sjukskötare skulle förstå frågan.

Även om undersökningen hade fasta svarsalternativ på de slutna frågorna och studenterna i sitt följesbrev till avdelningarna hade förklarat att informanterna på varje fråga endast får ge ett svarsalternativ så hade många sjukskötare trots detta gett flera svarsalternativ på en och samma fråga. Detta ledde till att många svar inte kunde godkännas. Eftersom det på många frågor var ett stort antal svar som inte godkändes måste det tolkas som att direktiven inte var tillräckligt klara och sjukskötarna inte var tillräckligt informerad om hur de skulle svara på enkäten. Man kan också tänka sig att frågor med väldigt många felrsvor (speciellt de med fler-svar) borde varit en öppen fråga då det tydligt fanns behov att ge många svar.

## Val av metod för datainsamling

Inför datainsamlingen ringde skribenterna upp avdelningsskötarna på alla huvudstadsregionens jourpolikliniker och tog reda på hur många sjukskötare som arbetar på varje avdelning. Skribenterna bestämde med avdelningsskötarna en dag då flest sjukskötare skulle vara på plats, morgonrapporter eller avdelningsmöten, och gick då personligen till jourpoliklinikerna med enkäterna. Skribenterna presenterade sitt arbete och lämnade en svarslåda där man fick lämna sina svar. Sjukskötarna på jourpoliklinikerna hade en månad på sig att svara på enkäterna. Tanken var att skribenterna skulle gå till alla jourpolikliniker en gång under svarstiden och påminna sjukskötarna om att fylla i enkäterna, tyvärr fanns det inte möjlighet till detta. Då svarstiden var en månad ansåg eventuellt många sjukskötare att de hinner svara senare på enkäten vilket istället kan ha resulterat i att de glömde bort att svara. Man kunde tänka sig att svarprocenten hade varit bättre om skribenterna hade gått till varje jourpoliklinik en gång under den tiden enkäterna var på avdelningen och påminnt sjukskötarna om undersökningen. Idén att personligen presentera enkäten för sjukskötarna ansågs vara en bra metod i och med att många frågor redan uppkom vid presentationen av undersökningen på jourpoliklinikerna.

## Val av sampel

HES Sairaankuljetus Oy hade som önskemål att skribenterna skulle skicka frågeformulär till alla jourpolikliniker i huvudstadsregionen samt alla hemvårdsdistrikt i Helsingfors. Undersökningen skulle ha blivit så stor att skribenterna måste lämna bort någon av grupperna och eftersom samarbetet med jourpoliklinikerna är mera intensivt än samarbetet med hemsjukvården bestämde sig skribenterna för att endast undersöka samarbetet

mellan HES Sairaankuljetus Oy och jourpoliklinikerna. Fastän skribenterna begränsade sitt arbete till jourpoliklinikerna i huvudstadsregionen, måste skribenterna ytterligare begränsa antalet deltagare som skulle delta i undersökningen. Skribenterna bestämde sig för att undersöka sjukskötarens åsikter om samarbetet i och med att det endast är sjukskötare som får jobba som skiftansvarig skötare och triage skötare på jourpoliklinikerna. Dessutom är största delen av vårdpersonalen på Tölö och Mejlands jourpoliklinik till utbildning sjukskötare. Trots att samplet blev stort ville skribenterna inte slumpmässigt välja ett visst antal sjukskötare utan samplet bestod av alla sjukskötare och akutvårdare på jourpoliklinikerna. På jourpoliklinikerna var det några närvårdare som gärna skulle ha deltagit i undersökningen och därför föreslår skribenterna att i framtiden göra samma undersökning men fråga alla närvårdare på jourpoliklinikerna och se huruvida resultatet avviker.

## Frågeställning och teoribakgrund

I arbetet fanns det fyra frågeställningar som behandlade kommunikation, samarbete och patientsäkerhet. Den första frågeställningen undersökte om det finns brister i samarbetet och kommunikationen mellan ambulans och jourpoliklinik, den andra var om HES Sairaankuljetus Oy transportresurser räcker till för att tillgodose jourpoliklinikernas behov, den tredje svarar på huruvida HES Sairaankuljetus Oy beaktar patientsäkerhet och den fjärde är en fråga om hur samarbetet kan förbättras mellan HES Sairaankuljetus Oy och jourpoliklinikerna. Man skulle eventuellt kunna formulera om den fjärde frågeställningen så att det inte går så att man redan på den första frågeställningen kan få svar på den fjärde frågeställningen. Den fjärde frågeställningen kunde eventuellt ha formulerats om så att den skulle lyda som följande; Vad är den viktigaste faktorn för att samarbetet mellan den icke-brådskande sjuktransporten och jourpoliklinikerna i huvudstadsregionen skall fungera. Om man redan anser att samarbetet är bra så kanske man inte kommer på förslag till förbättring men man kanske kan berätta vilka faktorer som bidrar till ett bra samarbete.

Eftersom skribenterna ville undersöka kommunikationen och samarbetet mellan HES Sairaankuljetus Oy och jourpoliklinikerna i huvudstadsregionen ansåg skribenterna att det var bra att ta upp i den teoretiska referensramen både Shannon & Weavers kommunikationsteori (s. 23) och Lindström-Mygård's samarbetsmodell (s. 29).

## Litteratur och tidigare forskning

Skribenterna hade svårt att hitta litteratur som behandlade samarbete och kommunikation mellan prehospitala enheter och jourpolikliniker. Det fanns gott om tidigare litteratur om kommunikation och samarbete inom sjukhus men då undersökningen behandlade samarbete mellan prehospitala enheter och jourpolikliniker så ansåg skribenterna att litteratursökningen varit mer omfattande om man hittat mera litteratur om prehospitala enheter. Orsaken till att det finns lite litteratur om prehospitalt samarbete kan också bero på att akutvård som utbildning är rätt så ny och det har inte hunnit uppkomma så många forskningar inom områden ännu.

## 15. ETISKA REFLEKTIONER

När man utför en forskning finns det vissa principer och regler, så kallade forskningsetiska riktlinjer som skall följas. Huvuddragen i dessa riktlinjer kan i korthet framställas på följande sätt:

1. Man måste säkerställa att deltagarna i forskningen inte skadas fysiskt, psykiskt eller socialt under projektets gång eller efter det att projektet avslutats.
2. Det är lämpligt att skaffa skriftligt godkännande och lov om att utföra studien
3. Frivillighet i deltagandet
4. Tillräcklig information åt informanterna om vad studien går ut på och varför den genomförs
5. Garanterad anonymitet samt information om att resultaten behandlas konfidentiellt
6. När studien är slutförd skall resultatet vara tillgängligt. Negativa resultat rapporteras också

(Eriksson 1992 s. 20-21)

Respondenterna har följt dessa riktlinjer genom hela arbetet. Innan själva undersökningen påbörjades söktes material gällande ämnet. Materialet bestod av allt från olika vetenskapliga teorier, tidigare forskningar till vetenskapliga artiklar. I litteratursökningen har såväl böcker, tidsskrifter, tidigare examensarbeten som databaser från Internet använts. Efter att det hittades tillräckligt med information som stödde arbetet meddelades beställaren av arbetet (HES Sairaankuljetus Oy) att arbetet går att utföra.

Efter detta värderades planen av en etisk kommité och innan frågeformulären skickades ut söktes lov och godkännande av både HNS och Helsingfors stad (se bilaga 1 och 2). Efter godkännande om utförande av forskning skickades kopior på undersökningsloven samt anhållan om påbörjande av undersökning till informanternas representanter (över-skötarna på jourpoliklinikerna i huvudstadsregionen).

När frågeformulären fördes ut följde ett följebrev med där det åt varje enskild informant framgick studiens syfte, studiens frivillighet samt att deltagandet är anonymt och resultaten behandlas konfidentiellt. Inga namn eller sifferkoder betecknades på formulären och inte ens arbetsplats framgår. När frågeformulären var ifyllda kunde informanterna

sätta dem i slutna lådor. Materialet behandlades genom hela undersökningen konfidentiellt och efter avslutad undersökning förstördes alla ifyllda frågeformulär. Resultatet framgår i detta examensarbete och det är tillgängligt för allmänheten. Dessutom skickas enligt överenskommelse en skild resultatredovisning på finska till HES Sairaankuljetus Oy.

## 16. DISKUSSION

I detta beställningsarbete åt HES Sairaankuljetus Oy ville respondenterna få svar på fyra centrala frågor. Dessa frågor har framställts redan tidigare i arbetet och gäller främst samarbetet mellan jourpoliklinik och den ickebrådskande sjuktransporten samt hur HES Sairaankuljetus Oy kunde förbättra sin verksamhet för att öka patientsäkerheten samt bättre bemöta jourpoliklinikernas önskemål.

Den första frågeställning var: *"Finns det brister i samarbetet och kommunikationen mellan ambulans och jourpoliklinik?"*. På denna frågeställning finner man svar i frågorna 5, 6, 7, 17, 18, 19, 20, 22, 25, 28 och 30.

På basen av svaren vi fick på dessa frågor kan man dra slutsatsen att en del av informanterna på jourpolikliniken ansåg att det finns brister i kommunikationen och samarbetet. 28 % av informanterna anser att akutvårdarna i många fall glömt att beakta att patienten skrivs ut i något skede. I de fall då akutvårdarna kommit ihåg att beakta utskrivningen och därmed tagit med de saker patienterna behöver för detta, ansåg informanterna att akutvårdarna tagit med fel saker. Hela 36 % av informanterna hade givit fler än ett svar eller skrivit ett eget alternativ på vad de ansåg att oftast saknas. Många goda aspekter togs upp som att t.ex. läkemedelslista och hemsjukvårdens mapp ofta saknas. En del av de felaktiga svaren berodde också på att informanterna hade kryssat i alla rutor, av detta kunde man dra slutsatsen att dessa informanter anser att akutvårdarna inte alls beaktar hemförlovningsen. Det skulle ha varit intressant med en följdfråga som hade tagit reda på hur många som påpekar något om detta åt akutvårdarna.

Det kom tydligt fram att största delen av informanterna upplever att de har hjälp av akutvårdarnas både skriftliga och muntliga patientrapport gällande den fortsatta vården av patienten som hämtas till jourpolikliniken (Fråga nr. 17 och 18). Med detta kan man härleda att både den muntliga och skriftliga rapporteringen är mycket viktig för att patientens vårdkedja skall fungera så bra som möjligt. Fortsättningsvis vore det bra att yrkeshögskolor och utbildningsprogram för akutvård skulle poängtera för studerandena att en väl ifylld blankett inte endast gynnar vårdarens rättskydd utan till stort hjälper jourpolikliniken med den fortsatta vården. Fråga nummer 28 var en öppen fråga där informanterna fick skriva vad de anser att är de största bristerna och vilka de främsta problemen är i det nuvarande rapporteringssystemet. Många var av den åsikten att HES



Sairaankuljetus Oy borde använda sig av det elektroniska rapporteringssystem Merlot Medi (se Telemedicin) eftersom jourpolikliniken bättre kunde förbereda sig på patientens ankomst med hjälp av detta. Detta är dock främst en kostnadsfråga för HES Sairaankuljetus Oy. Ifall det vore möjligt skulle säkert alla ambulanser använda sig av det elektrobiska systemet.

Många önskade också att det skulle införas ett enhetligt rapporteringssystem i huvudstadsregionen. Detta skulle underlätta arbetet både på ambulans och på jourpoliklinik eftersom båda parterna bättre skulle veta vad den andra önskar. Dessutom skulle oerfar-na akutvårdare ha lättare att orientera sig i arbetslivet om det skulle finnas klara direktiv. Enligt William Housley (Isoherranen 2005 s. 19) som forskat inom interaktion som uppstår i diskussioner är multiprofessionalitet ett resultat av interaktion där alla jobbar för att nå samma mål. Det räcker inte att man är en bra sjukskötare eller en duktig akutvårdare, utöver detta bör vi också kunna vägleda våra gruppmedlemmar utifrån vår egen expertis. (Isoherranen 2005 s. 19) Detta kunde i praktiken förverkligas genom att till exempel regelbundet ordna träffar för personalen på jourpolikliniken och den ick-ebrådskande sjuktransporten där representanter från båda parterna skulle delta och framföra önskemål om förbättring och förenklande av verksamheten. Dessutom skulle det vara bra för alla akutvårdare att få arbetserfarenhet av arbetet på jourpolikliniken och vice versa. Detta skulle öka båda parternas förståelse för varandras arbete/verksamhet.

Få ansåg dock att det största problemet låg i kommunikationen mellan sjuktransport och jourpoliklinik (fråga nummer 30). Endast 4 % var av den åsikten att största problemet inom kommunikationen ligger mellan sjuktransport och jourpoliklinik. Trots detta var många av den åsikten att det finns brister inom kommunikation och samarbete mellan ambulans och jourpoliklinik. Detta lämnar en hel del obesvarade frågor hos respondenterna eftersom man börjar fundera på var problemet egentligen då ligger. Är det fråga om brister i systemet inom organisationen som sedan tas ut på fel institution? (Maxfield 2005)

Arbetets ena teoretiska referensram är Shannon & Weavers kommunikationsteori. Enligt denna teori uppstår de flesta missförstånd och misstag i kommunikation p.g.a. brus. I ovannämnda stycke kunde man tänka sig att det är fråga om någon slags trasiga telefonen effekt, att meddelandet inte når mottagaren i ursprunglig form eller att meddelan-

det av en eller annan orsak inte når sitt slutgiltiga mål. Inom sjukvården kunde det t.ex. förekomma brus vid följande tillfällen: När en sjukskötare skall ta emot en ny patient och hennes telefon ringer och hon därmed gör två saker på en gång så blir den ena komponenten lidande. Ett annat exempel är akutvårdarnas radiotelefoner som inte alltid fungerar och därmed kommer ibland endast hälften av det muntliga meddelandet fram. Vidare exempel på brus kunde vara stress, sömnbrist, hunger eller tristess.

På fråga nummer 25 frågades ifall sjukskötarna på jourpolikliniken helst skulle vilja ha rapport endast av akutvårdarna (från ambulansen då de hämtar en patient från ett annat sjukhus). På denna fråga svarade 48 % att de var delvis av annan åsikt och 29 % att de var helt av annan åsikt. Detta kunde tolkas som om sjukskötarna anser att akutvårdarnas rapport är bristfällig eller otillräcklig. Men å andra sidan frågades det ifall sjukskötarna helst skulle vilja ha rapport endast av akutvårdarna från ambulansen. På följande fråga kom det fram att 71 % av informanterna var intresserade av att få rapport av både sändande sjukhus och från ambulansen. Detta kunde tolkas som att sjukskötarna inte direkt anser att akutvårdarnas rapport vore onödig men de vill helst också ha en rapport från avsändande sjukhus.

Eftersom HES Sairaankuljetus Oy sköter en stor del av de dagliga transporterna av patienter mellan sjukhusen i huvudstadsregionen, har jourpoliklinikerna ett aktivt samarbete med HES Sairaankuljetus Oy dagligen. Den andra frågeställningen var: *”Räcker HES Sairaankuljetus Oy:s transportresurser till för att tillgodose jourpoliklinikernas behov?”* Frågorna 9, 10, 11, (14) och 15 försökte kartlägga hur väl detta uppfylls. På basen av svaren respondenterna fick på fråga 9 och 10, framgår det att majoriteten av informanterna anser att det är lättast att få en ambulans på vardagar mellan kl.8-16 och svårast att få en ambulans på vardagar mellan 16 och 24. Med denna information kunde HES Sairaankuljetus Oy t.ex. sätta in en extra ambulans i körning på vardagar mellan kl.16 och 24. En delorsak till detta kan t.ex. vara att det är rusning mellan kl.16 och 19, en annan orsak kan vara att HES Sairaankuljetus Oy endast har två ambulanser i körning mellan kl.21-24 på vardagar. En fjärdedel av informanterna ansåg att det är svårast att få en ambulans på veckoslutet, då har HES Sairaankuljetus Oy också hälften mindre ambulanser i körning än på vardagar. En fjärdedel av informanterna hade givit ett felaktigt svar, största orsaken var att de kryssat i två eller flera rutor. Med detta anser re-

spondenterna att informanterna ville visa att det alltid är svårt att få tag på en ambulans. Men det resulterade tyvärr i att vi inte kunde använda 25 % av svaren.

För att HES Sairaankuljetus Oy i framtiden skulle kunna bemöta jourpoliklinikernas behov och önskemål på bästa möjliga sätt, ville de att respondenterna bl.a. skulle ta reda på hur viktiga frågorna 11-13 är och vilken av dem som är viktigast för jourpolikliniken. Som resultat fick respondenterna att det är viktigast för jourpoliklinikerna att ambulansen kommer så fort som möjligt (48 %) men på god andra plats kom önskemål om att ambulanspersonalen helst skulle ha kunskap i användningen av apparaturen i ambulansen (42 %).

Endast 5 % ansåg att det är viktigast att personalen i ambulansen är så glada och ivriga som möjligt. På fråga nummer 12 svarade dock 73 % att det är viktigt för dem att det kommer glada och ivriga akutvårdare till jourpolikliniken. Hietanen (Hietanen 1995 s. 16-22) poängterar att ett gott bemötande av såväl patienten som arbetskamraterna är av stor vikt för ett väl fungerande samarbete på jourpolikliniken.

Den tredje frågeställningen var: ”Anser jourpoliklinikerna att HES Sairaankuljetus Oy:s verksamhet uppfyller tillräckligt god patientsäkerhet?” Denna frågeställning besvaras på frågorna 13, 15, 16, 19, 23, 27 och 28. På fråga nummer 13 framgår det tydligt att informanterna önskar att akutvårdarna skulle ha kunskap i hur apparaturen i ambulansen används. Fastän det är fråga om ickebrådskande sjuktransport, finns det tillfällen då HES Sairaankuljetus Oy sköter om även brådskande sjuktransporter. Men eftersom huvudstadsregionens HES Sairaankuljetus Oy:s ambulanser är benämnda som icke brådskande, d.v.s grundnivå, är det inte en självklarhet att akutvårdarna någonsin blivit lärda hur apparaturen används. Ifall det uppstår plötsliga situationer där apparaturen vore nödvändig men ingen har kunskap i hur den används, är patientsäkerheten hotad i högsta grad. Fråga nummer 15 kan ses som en följdfråga där respondenterna frågade ifall informanterna upplever att det skulle vara viktigt att HES Sairaankuljetus Oy hade en vårdnivå ambulans för brådskande sjukhusflyttar. 82 % ansåg att de var helt av samma åsikt. Respondenterna är medvetna om att det är en ekonomisk fråga samt en förutbestämd aspekt. Helsingfors ansvarsläkare för akutvården har inte godkänt vårdnivå enheter för den privata sjuktransporten. Men detta är en fråga som borde lyftas fram i och med att det helt tydligt skulle finnas önskemål och behov för det. På fråga

nummer 16 skulle informanterna evaluera ifall de upplever att patientsäkerheten lider av att det inte finns en vårdnivåenhet för brådskande sjukhusflyttar. 63 % ansåg att de var helt av samma åsikt och 30 % ansåg att de var delvis av samma åsikt. Med detta kan man härleda att över 90 % ändå är av den åsikten att patientsäkerheten lider i någon grad. Enligt litteraturen i boken *Potilasturvallisuus ensin* hotas patientsäkerheten t.ex. av brister i professionell kunskap (Potilasturvallisuus ensin s. 86-87). Ifall en grundnivåenhet förflyttar en kritiskt sjuk patient som skulle behöva vårdingrepp eller medicineringar som hör till vårdnivå, är det klart att patientsäkerheten lider. Antingen kan enheten inte utföra ingreppen eller måste t.ex. för färden avsluta medicineringen eller så bestämmer sig enheten att ändå fortsätta medicineringen eller utföra ett ingrepp de inte är säkra på. Eftersom en grundnivåenhet inte har tillräcklig skolning i t.ex. farmakologi för att kunna veta hur olika läkemedel beter sig i kroppen eller veta hur de skall reagera och vårda en patient som får biverkningar av läkemedlet, kan man säga att patientsäkerheten i stor grad lider av att grundnivåenhet förflyttar kritiskt sjuka patienter.

På fråga nummer 23 frågades informanterna ifall de upplever att ambulansen som förflyttar en patient från ett sjukhus till ett annat vet tillräckligt om patientens tillstånd och bl.a. orsak till flytten. På denna fråga svarade 30 % att de var helt av samma åsikt, 39 % var endast delvis av samma åsikt och hela 27 % var delvis av annan åsikt. Med detta kunde man härleda att akutvårdarna inte tillräckligt ofta sätter sig in i patientens tillstånd och historia. Eftersom vi inte undersökte orsaken till detta är det svårt att med säkerhet säga en orsak till fenomenet. På basen av egna erfarenheter har respondenterna dragit slutsatsen att detta kan bero på: tidsbrist, korta transportavstånd, allt för många sjukhusflyttar per dag, dålig eller knapp information från avsändande sjukhus, likgiltighet, trötthet och okunskap. Trots korta avstånd och långa arbetsdagar kunde man som utvecklingsidé nämna för HES Sairaankuljetus Oy att de t.ex. skulle ta en förkortad version av SBAR i bruk. Mera som en påminnelse om att det trots allt är fråga om människor och oftast sjuka sådana. Med hjälp av en bild på förkortningen SBAR kunde akutvårdarna ta sig en 30 sekunders tänkare under transporten där de för sig själva klargör att de vet vem de flyttar, varför denne flyttas, vad tillståndet är nu och vad som kan förväntas i tillståndet under transporten. Ifall de själva är fullt medvetna om situationen i ambulansen kan de också lättare rapportera till mottagande sjukhus om vad för slags patient de hämtar.

Den fjärde frågeställningen var: *”Vad anser jourpoliklinikerna i huvudstadsregionen att är viktigast för att samarbetet mellan dem och den ickebrådskande sjuktransporten skall kunna förbättras?”* Denna fråga försökte respondenterna finna svar på med hjälp av en öppen fråga, fråga nummer 31. Ett konstaterande som många gånger kom fram var ”Noggrannare evaluering ifall patienten verkligen behöver specialsjukvård” och ”Otillräcklig kunskap och erfarenhet att bedöma vårdplats”. Det är svårt att ta ställning till om detta påstående och fenomen beror på otillräcklig kunskap eller om det beror på att de privata ambulansfirmorna endast får ersättning för de uppdrag som slutar i transport till en vårdanstalt. Påståendet gällande missbedömning gällande vårdanstalt stämmer däremot bättre in eftersom de privata ambulansföretagen även får ersättning för de transporter som sker till t.ex. patientens egen hälsocentral. En delorsak till felbedömning är säkert oerfarenhet och otillräcklig kunskap och för många kan det kännas tryggare att föra en patient till vård, vilket lätt blir sjukhuset, eftersom de vet att de skall transportera patienten men är osäkra på vart.

Många framförde även önskemål om en vårdnivåenhet för patienter som behöver medicinering samt skötare som skulle ha i.v. lov. Med i.v. lov menas antagligen rättighet att administrera läkemedel intravenöst eftersom alla akutvårdare (oberoende vårdnivå eller grundnivå) får sticka dropp.

Många önskemål om att t.ex. komma ihåg att ta med hemsjukvårdsmappen (ifall det finns en), läkemedelslista samt eventuella speciella läkemedel framkom också. Detta är viktig feedback eftersom en del patienter inte uppsökt jourpolikliniken förut eller t.ex. gått hos en privatläkare och därmed finns inte uppgifter om deras tillstånd, medicinering m.m. Dessutom framgår det mycket relevant information i hemsjukvårdsmappen som kan hjälpa sjukhusen med den fortsatta vården.

Det framkom också mycket nyttig information som riktades mot HES Sairaankuljetus Oy telefonjour. Bland annat önskemål om mer skolning för att kunna göra en adekvat situationsbedömning gällande transportordning. Även önskemål om att telefonjouren skulle meddela jourpolikliniken ifall ambulansen av någon orsak blir försenad. Då kunde jourpolikliniken förbereda sig bättre på en längre väntetid och t.ex. ge mat och mediciner åt patienten.

Detta arbete innehåller mycket information om vad jourpoliklinikerna önskar av den ickebrådskande sjuktransporten, hur samarbete och kommunikation kunde förbättras samt hur patientsäkerheten påverkas av de nuvarande systemen. Alla aspekter kunde inte tas upp i diskussionsdelen men alla kommentarer och resultat finns tillgängliga i resultatredovisningen.

Eftersom det är fråga om ett beställningsarbete är tanken bakom arbetet att HES Sairaankuljetus Oy skall kunna utveckla sin verksamhet och därmed bidra till att patienten får en bättre vårdkedja. Syftet med arbetet fyller därmed sin funktion och respondenterna hoppas dessutom att undersökningen kunde vidareutvecklas eller göras om men med en annan grupp informanter. Det skulle t.ex. vara intressant att se ifall resultatet märkbart skulle förändras ifall endast närvårdare deltog i undersökningen. En annan synvinkel kunde vara att försöka öppna upp de frågor där det tydligt framkom att det finns problem och därmed koncentrera sig mer djupsinnigt på ett mindre delområde, t.ex. endast rapporteringen.

## 17. KÄLLOR

### Tryckta källor:

Castren, Maaret; Aalto, Sakari; Rantala, Elina; Sopenen, Pertti & Westergård, Airi. 2008, *Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle*, WSOY Oppimateriaalit Oy, 688 s. ISBN 978-951-03-2492-9

Dimbleby, Richard & Burton Graeme. Kommunikation är mer än ord, Studentlitteratur. 3 :dje upplagan, 1998. Original Title: More than words. An introduction to communication. Utgiven av Routledge, London och New York. Översättning: Gunnar Sandin, Printed in Sweden, Studentlitteratur Lund 2000. ISBN 91-44-00907-0

Eriksson, Katie. 1992. Broar. *Introduktion till vårdvetenskaplig metod*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. ISBN 951-650-185-0.

Hietala, Pekka. 2005. *Cybermate-sähköinen potilastietojärjestelmä sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon*, I: Systole 3/2005. s. 29-31. ISSN-0784-3062.

Hietanen, Kirsi; Pitkänen, Maija-Riitta & Vilmi, Silja. 1995, *Hoitotyö päivystyspoliklinikalla*, Tampere: Tammer-Paino Oy, 278 s. ISBN 978-951-26-4020-1

Holmström Peter; Markku Kuisma & Porthan Kari. 2009, *Ensihoito*, Tammi 621 s. ISBN 978-951-26-5766-7

Isoherranen, Kaarina. *Moniammatillinen yhteistyö*, 2005, Dark Oy Vatnaa 181 s. ISBN 978-951-02-8839-9

Jacobsson, Bertil & Öberg, P. Åke. 2003, *Teknik i praktisk sjukvård*, Lund: Studentlitteratur. ISBN 91-631-4004-7.

Järvinen, Antti. 1998, *Hoitaja vai kuljettaja*, Forssa ISBN 951-96883-2-3

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009, *Tutkimus hoitotieteessä*, WSOY, Helsinki, 213 s. ISBN 978-951-0-34481-1

Lindström-Myrgård, Kerstin. 1997, *Effektiva arbetsteam*. Modeller, synsätt och verktyg i teambuilding. Balder tryckeri Ab, Stockholm. ISBN 91-88646-04-1

Patel, Runa & Davidson, Bo. 1994, *Forskningsmetodikens grunder*. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur. ISBN 91-44-30952-X.

Räsänen Jari. 1994, *Hyvin täytetty ensihoitokertomus on sekä potilaan että ensihoitajan etu*. I: *Systole* 2/94. S.14-16. ISSN 0784-3062.

Toivonen, Veli-Matti & Kiviaho Matti. 1998, *Tässä suhteessa- Eri-laisuus, yhteys ja yhteistyö*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. ISBN 952-5146-03-0

#### Elektroniska källor:

Hel-Medi

[http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/d32d41004eed4f2d860b9f4521b1f51b/merlot\\_med\\_iSV.pdf?MOD=AJPERES&lmod=-1573497749&CACHEID=d32d41004eed4f2d860b9f4521b1f51b](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/d32d41004eed4f2d860b9f4521b1f51b/merlot_med_iSV.pdf?MOD=AJPERES&lmod=-1573497749&CACHEID=d32d41004eed4f2d860b9f4521b1f51b) Hämtad 20.12.2011

Honkonen, Janos. 2001. Pelastava tietotekniikka [www]. I: *MikroBitti* 1/2006.

<http://www.mikrobitti.fi/nettijatkot/2006/01/pelastustoimi> Hämtat 20.12.2011 kl.11.30.

Jansson, Desiree & Sävenfalk, Susanne. 2000, Bära eller brista, Faktorer i kommunikation och teamarbete som påverkar patientsäkerheten.

<http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:288257> Hämtad 10.10.2011

Kärkkäinen, Oili. 2000, Hoitotyön dokumentoinnin sisältömääritykset elektronisessa potilaskertomuksessa. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hoitotyön ryhmä.

<http://www.google.fi/search?q=K%C3%A4rkk%C3%A4inen%2C+Oili+2000.+Hoitoty%C3%B6n+dokumentoinnin+sis%C3%A4lt%C3%B6m%C3%A4ritykset+elektronisessa+potilaskertomuks+es-sa.+Helsingin+ja+uudenmaan+sairaanhoitopiiri.+Hoitoty%C3%B6n+ryhm%C3%A4.&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:fi:official&client=firefox-a#hl=fi&client=firefox-a&hs=aso&rls=org.mozilla:fi:official&sa=X&ei=oIUyT83PPMP04QS76LXrBA&ved=0CBgQBSgA&q=K%C3%A4rkk%C3%A4inen,+Oili+2000.+Hoitoty%C3%B6n+doku>



mentoin-

nin+sis%C3%A4lt%C3%B6m%C3%A4%C3%A4ritykset+elektronisessa+potilaskerto  
muks-  
essa&spell=1&bav=on.2.or.r\_gc.r\_pw.,cf.osb&fp=1baab2eb801757f3&biw=1280&bih  
=594Hämtad 20.12.2011

Leonard, M; Graham, S & Bonacum, D. 2004, The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/>Hämtad 2.11.2011

Lifepak

[http://www.physio-control.com/uploadedFiles/countries/Sweden/LIFEPAK15\\_IO\\_3207184-181.pdf](http://www.physio-control.com/uploadedFiles/countries/Sweden/LIFEPAK15_IO_3207184-181.pdf) Hämtad 28.1.2012

Maxfield, David; Grenny, Joseph; McMillan, Ron; Patterson, Kerry & Switzler Al. 2005, Silence kills The Seven Crucial Conversations for Healthcare

<http://www.silenttreatmentstudy.com/silencekills/>Hämtad 10.10.2011

Owen, Christine; Hemmings, Lynn & Brown, Terry. 2009, Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department.

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/detail?vid=4&hid=113&sid=a5f18ed5-02d0-4ae0-aba7-8a76a295124e%40sessionmgr111&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=37841409>Hämtad 31.1.2012

Peduzzi, Marina. 2000, Multiprofessional healthcare team: concept and typologi.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Multiprofessional%20healthcare%20team%3A%20concept%20and%20typology>Hämtad 2.11.2011

Porthan, Kari & Taskinen, Antti. 2009, Merlot medi; Tutkittua tietoa Merlot Medistä. Systole 5/2009.

[http://www.merlotmedi.fi/sv\\_ratkaisu.html](http://www.merlotmedi.fi/sv_ratkaisu.html)Hämtad 18.1.2012.

Sammer, Christine E; Lykens, Kristine; Singh, Karan P; Mains, Douglas A & Lackan, Nuha A. 2010, What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature.

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/detail?vid=3&hid=106&sid=ff7967b1-e23e-4598-a767-c31473f648e2%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010684976>Hämtad 10.10 2011

Svenska akademiens ordlista. Använd regelbundet

[http://www.svenskaakademien.se/svenska\\_spraket/svenska\\_akademiens\\_ordlista/saol\\_p\\_a\\_natet/ordlista](http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_p_a_natet/ordlista)

#### Muntlig källa

Ville-Pekka, Anttila. HES Sairaankuljetus Oy, Helsingin sairaankuljetusesimies. Intervju Hösten 2011.

## 18. BILAGOR

### Bilaga 3

Hei,

Tiedoksenne akutvård 08 opiskelijat Malin Lönnberg ja Jan Bäckman ja liitettäväksi HUS:n ja Hgin kaupungin lupa-anomushakemukseenne. Olen 6.9.2011 tarkastanut ja puollan Etixin edustajana suunnitelmaanne asiakastytyväisyysselvityksestä, joka koskee sairaaloiden päivystyspoliklinikoiden ja ambulanssien yhteistyötä.

Yt. Jyrki Kettunen

Jyrki Kettunen

Dosentti, ft

Arcada

Jan-Magnus Janssonin aukio 1, 00550 Helsinki

Puh. +358 20 7699 508

[jyrki.kettunen@arcada.fi](mailto:jyrki.kettunen@arcada.fi)

[www.arcada.fi](http://www.arcada.fi)

Arvoisa kyselylomakkeen täyttäjä!

Me, Malin Lönnberg ja Jan Bäckman, opiskelemme ensihoitaja-sairaanhoitajiksi ammattikorkeakoulu Arcadassa (Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola). Olemme opintojemme loppuvaiheessa ja valmistumme keväällä 2012.

Päättötyömme aiheena on tutkia yhteistyötä päivystyspoliklinikan näkökulmasta. Pääaiheena on kuitenkin kommunikaatio ja miten parempi kommunikaatio päivystyspoliklinikalla toimivien sairaanhoitajien ja prehospitaalisessa yksikössä (eli ambulanssissa) työskentelevien välillä voisi parantaa potilasturvallisuutta. Työmme tarkoituksena on selvittää yhteistyössä mahdollisesti ilmeneviä puutteita ja ongelmakohtia, jotta jatkossa yhteistyötä voitaisiin kehittää palvelemaan sekä hoitajien että potilaiden parasta mahdollista etua.

Materiaali työhön saadaan kyselylomakkeiden kautta, joita jaetaan täytettäväksi päivystyspoliiklinikalla työskenteleville sairaanhoitajille ja ensihoitajille (Ensihoitaja AMK). Tutkimukseen osallistuu kuusi pääkaupunkiseudulla toimivaa päivystyspoliklinikkaa. Palautetut lomakkeet analysoidaan ja tuloksia tarkastellaan mahdollisten ongelmakohtien löytämiseksi.

Päättötyömme ohjaajana toimii TTM, Lehtori Christel Roberts ([christel.roberts@arcada.fi](mailto:christel.roberts@arcada.fi), puh 040-515 32 24)

Kyselylomakkeessa on 30 kysymystä, joista osa on monivalintakysymyksiä (vastaaminen tapahtuu rasti ruutuun-menetelmällä) ja osaan saa vastata vapaasti omin sanoin. Lomakkeen täyttämiseen menee aika n. 10-15 min, ja toivomme Teiltä innokkuutta ja rehellisyyttä täyttäessänne lomaketta.

Vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivomme teiltä aktiivisuutta moniammatillisen yhteistyö parantamiseksi. Tutkimuksemme voi olla hyödyksi sekä sairaalan sisällä että ulkopuolella työskentelevien työviihtyvyyden ja yhteistyön kehityksen kannalta.

Lomakkeen täyttäneen henkilön henkilöllisyys sekä toimipaikka säilyy tuntemattomana koko käsittelyn ajan.

Lomakkeen voi palauttaa osastollanne olevaan laatikkoon (tai suoraan meille), viim 1.12.2011 mennessä . Tutkimksen valmistuttua tutkimusmateriaali tuhotaan.

Kiitos avustanne jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin,

Malin Lönnberg

Jan Bäckman

Puh. 040-7751145

Puh. 040-7466334

[malin.lonnberg@arcada.fi](mailto:malin.lonnberg@arcada.fi)

[jan.backman@arcada.fi](mailto:jan.backman@arcada.fi)

Lupa-anomus koskien päivystyspoliklinikan toiveet kiireettömältä sairaankuljetukselta

Arvoisa XXXXXXXXXXXX,

Täten pyydämme ystävällisesti lupaa tutkimuksen suorittamiseen yksikössänne. Olemme ensihoitaja opiskelijoita ammattikorkeakolu Arcadasta (Arcada- Nylands svenska yrkeshögskola), olemme aloittaneet opiskelumme syksyllä 2008 ja valmistumme keväällä 2012 ensihoitaja/sairaanhoitajiksi (AMK)

Tavoitteenamme on tutkia HES-sairaan kuljetuksen kiireettömän ensihoidon ja polikliinisen hoidon toteuttajien yhteistyötä, toisin sanoen ambulansseissa työskentelevien sairaankuljettajien ja yksikössänne toimivien sairaanhoitajien yhteistyötä. Tutkimus suoritetaan päivystyspoliklinikalla toimivien sairaanhoitajien näkökulmasta, eli prehospitaaliset yksiköt eivät täytä kyselylomaketta. Työmme tarkoituksena on selvittää yhteistyössä mahdollisesti ilmeneviä puutteita ja ongelmakohtia, jotta jatkossa yhteistyötä voitaisiin parantaa palvelemaan sekä hoitajien että potilaiden etua (ja täten edistää potilasturvallisuutta).

Materiaali työhön saadaan kyselylomakkeiden kautta, joita jaetaan täytettäväksi kuuteen pääkaupunkiseudulla toimivalle päivystyspoliklinikalle. Jotta materiaalin määrästä ei tulisi mahdottoman suuri, ollaan päädytty siihen ratkaisuun, että ainoastaan päivystyspoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat ja ensihoitajat (ensihoitaja AMK) täyttävät kyselylomakkeen. Palautetut lomakkeet analysoidaan ja tuloksia tarkastellaan mahdollisten ongelmakohtien löytämiseksi.

Käsittelemme kaikkia vastauksia ehdottoman luottamuksellisesti ja lomakkeisiin vastataan nimettömästi.

Opinnäytetyömme ohjaa koulun puolesta:

TTM, Lehtori Christel Roberts

Arcada-Nylands svenska yrkeshögskola

Jan-Magnus Janssonin aukio1, 00550 Helsinki

Puh. 0207 699 416 / 040-5153224

s-posti: [christel.roberts@arcada.fi](mailto:christel.roberts@arcada.fi)

Kunnioittaen,

---

Malin Lönnberg, 08AV

Puh. 040-77451145

s-posti: [malin.lonnberg@arcada.fi](mailto:malin.lonnberg@arcada.fi)

---

Jan Bäckman, 08AV

Puh. 040-7466334

[jan.backman@arcada.fi](mailto:jan.backman@arcada.fi)

O HYVÄKSYTÄÄN

O HYLÄTÄÄN

Vastauksen voitte mielellään antaa sähköpostitse joko osoitteeseen [ma-  
lin.lonnberg@arcada.fi](mailto:malin.lonnberg@arcada.fi) tai [jan.backman@arcada.fi](mailto:jan.backman@arcada.fi)

Tutkimus kiireettömän sairaankuljetuksen toiminnasta päivystyspoliklinikan näkökulmasta

1. Ikä; \_\_\_\_\_ vuotta

2. Sukupuoli;

Nainen

Mies

3. Koulutus;

Sairaanhoitaja

Ensihoitaja-sairaanhoitaja

4. Terveysalan työkokemus

a) Olen ollut työelämässä \_\_\_\_\_ vuotta

b) Olen työskennellyt päivystyspoliklinikalla;

0-5 vuotta

5-10 vuotta

10-15 vuotta

5. Kun potilasta tuodaan päivystyspoliklinikalle kotoa, koen, että sairaankuljettajat ovat huomioineet potilaan kotilähtöä tuomalla kotiinlähtöä varten tarvittavat tavarat mukaan

täysin samaa mieltä

osittain samaa mieltä

osittain eri mieltä

täysin eri mieltä

6. Koen, että potilailta useammin puuttuva asia on;

avaimet

rahaa

takki

kengät

7. Haluaisin, että kaikilla päivystyspoliklinikalle tuotavilla potilailla olisi valmiiksi suoni-yhteys

kyllä

ei

8. Haluaisin, että vain seuraavilla potilailla olisi suoni-yhteys;

---

---

---

---

9. Mihin aikaan vuorokaudesta ja minä päivänä saa parhaiten tilattua kii-  
reettömän sairaankuljetuksen

Arkipäivisin klo. 8-16

Arkipäivisin klo. 16-24

Arkipäivisin klo. 24-08

Viikonloppuisin



10. . Mihin aikaan vuorokaudesta ja minä päivänä saa huonointen tilattua kiireettömän sairaankuljetuksen

- Arkipäivisin klo. 8-16
- Arkipäivisin klo. 16-24
- Arkipäivisin klo. 24-08
- Viikonloppuisin

11. Kun tilaan kiireettömän sairaankuljetuksen, toivon, että auto saapuisi mahdollisimman nopeasti

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

12. Kun tilaan kiireettömän sairaankuljetuksen, toivon, että saapuvassa autossa olisi mahdollisimman iloisia ja innokkaita työntekijöitä

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

13. Kun tilaan kiireettömän sairaankuljetuksen, toivon, että autossa oleva henkilökunta osaisi käyttää siirron aikana tarvittavaa välineistö, esim. In-fuusiopumppu, c-pap, b-pap.

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

14. Yllämainituista kysymyksistä (11-13) minulle ehdottomasti tärkeintä tilatessani kiireettömän kuljetuksen on;

- Kysymys 11
- Kysymys 12
- Kysymys 13

15. Koen, että olisi tärkeää, että HES Sairaankuljetuksella olisi hoitotasoinen (lääkeluvallista) ensihoitaja kiireellisiä sairaalasiirtoja varten

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

16. Koen, että potilasturvallisuus kärsii siitä, että kiireellisissä sairaalasiirroissa ei löydy lääkeluvallista henkilökuntaa

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

17. Koen, että ensihoitajan antama raportti potilaasta on tärkeä

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

18. Luen aina ensihoitajien jättämää SV210/Merlot Medi papereita

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

19. Ensihoitajien antama raportti auttaa minua potilaan jatkohoidossa

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

20. Annan täydellistä raporttia ensihoitajille, kun he hakevat potilaan siirtoa varten

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

21. Koen että lähettävä sairaala antaa riittävän raportin tulevasta potilaasta

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

22. Sairaalasiirroissa haluaisin, että ensihoitaja aina soittaisi ambulanssista, kun he ovat tulossa potilaan kanssa

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

23. Koen, että ensihoitajat, jotka siirtävät potilaan sairaalasta toiseen sairaalaan, tietävät tarpeeksi paljon potilaasta (potilaan tila, tämän hetkinen hoitohistoria, syy siirtoon)

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

24. Haluaisin mieluiten raporttia vain sairaalasta (siirrettävästä potilaasta)

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

25. Haluaisin mieluiten raporttia vain ensihoitajalta (siirrettävästä potilaasta, ambulanssista matkalla)

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

26. Haluaisin mieluiten raporttia molemmilta yllä mainituista

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

27. Koen, että potilasturvallisuus kärsii nykyisessä raportointisysteemissä (koskien sairaala-siirto potilaita)

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

28. Suurin ongelma/heikkous nykyisessä raportointisysteemissä on

---

---

---

---

---

29. Koen, että suurin ongelma on päivystyspoliklinikoiden välisessä kommunikoinnissa

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

30. Koen että suurin ongelma on päivystyspoliklinikan ja ensihoitajien välisessä kommunikoinnissa

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä

31. Onko Sinulla muuta huomioitavaa/toiveita HES Sairaankuljetuksen ja päivystyspoliklinikan yhteistyön parantamiseksi?

---

---

---

---

---

Kiitos vastauksesta!

*Arbetsglädje, effektivitet, kvalitet och samarbete skall med gemensamma ansträngningar bli de fyra hörnstenar som verksamheten vilar på!*