



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

VARJE MÖTE ÄR ETT NYTT MÖTE

EN EMPIRISK STUDIE OM HUR
SJUKSKÖTERS KOR UPPGER ATT DE
GENOMFÖR ANKOMSTSAMTAL MED VUXNA
PATIENTER

CARINA ALM
EVELINA MÅRTENSSON

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61-90 p
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2009

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

VARJE MÖTE ÄR ETT NYTT MÖTE

EN EMPIRISK STUDIE OM HUR
SJUKSKÖTERS KOR UPPGER ATT DE
GENOMFÖR ANKOMSTSAMTAL MED VUXNA
PATIENTER

CARINA ALM
EVELINA MÅRTENSSON

Alm, C & Mårtensson, E. Varje möte är ett nytt möte. En empirisk studie om hur sjuksköterskor uppger att de genomför ankomstsamtal med vuxna patienter. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad 2009.

Syftet med denna studie var att undersöka hur sjuksköterskor uppger att de genomför ankomstsamtal med patienter. Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade bandade intervjuer på en vårdavdelning vid ett sjukhus i södra Sverige, där sex sjuksköterskor intervjuades. Intervjumaterialet transkriberades och analyserades sedan med hjälp av innehållsanalys. Resultatet redovisas utifrån de frågeområden, som bygger på frågorna i intervjuguiden. Det framkom att sjuksköterskorna genomför sina ankomstsamtal i princip utifrån samma struktur men med hänsyn tagen till patientens allmäntillstånd, om ankomstsamtalet är planerat eller akut samt hur arbetsbelastningen på avdelningen är vid det aktuella tillfället.

Nyckelord: Genomförande av ankomstsamtal, innehållsanalys, intervjuguide, patient, sjuksköterskor.

EVERY MEETING IS A NEW MEETING

AN EMPIRICAL STUDY ABOUT HOW NURSES
STATE THAT THEY CARRY OUT ADMISSION
INTERVIEW WITH ADULT PATIENTS

CARINA ALM
EVELINA MÅRTENSSON

Alm, C & Mårtensson, E. Every meeting is a new meeting. An empirical study about nurses state that they carry out admission interview with adult patients. *Degree project, 15 credit points*. Nursing programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2009.

The aim with this study was to examine how nurses state that they carry out an admission interview with adult patients. Data collection was carried out with semi-structured record interviews at a nursing ward in south Sweden, where six of the nurses were interviewed. The information of the interviews was transcribed and analyzed with help of content analysis. The result was presented in five question areas, based on questions from the question form. It emerged that the nurses carried out their admission interviews on the basis of the patient's general condition, work load at the nursing ward and if the admission interview was planned or emergent.

Keywords: Carry out admission interview, content analysis, nurses, patient, question form.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
<i>Ankomstsamtal och närliggande begrepp</i>	5
<i>Styrdokument</i>	6
<i>Dokumentationsmodeller</i>	6
<i>Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska</i>	7
<i>ICN:s etiska kod för sjuksköterskor</i>	7
<i>Sjuksköterskans kommunikativa förmåga</i>	7
<i>Upplevelser av integritet och värdighet inom vården</i>	8
<i>Tidigare forskning</i>	9
SYFTE	10
METOD	10
<i>Urval</i>	10
<i>Datainsamling</i>	11
<i>Bearbetning av analys</i>	12
<i>Etiska överväganden</i>	12
RESULTAT	13
<i>Sjuksköterskornas tankar om begreppet ankomstsamtal</i>	14
Sjuksköterskan får grundläggande och den viktigaste informationen om patienten	14
Patienten får information om avdelningen	14
Sjuksköterskans upplevelser av ankomstsamtalet som ett nytt möte och en ny relation	14
<i>Sjuksköterskornas beskrivningar av hur hon genomför ett ankomst-samtal</i>	15
Planerade eller akuta ankomstsamtal samt om patienten mår dåligt	15
Struktureringsgrad utifrån sökorden i Melior	16
Organisatoriska faktorer som inverkar på hur ankomstsamtalet genomförs	17
<i>Hur sjuksköterskorna uppger att tid och plats har betydelse för ankomstsamtalet</i>	19
Tid till patienten	19
Samtalstidens längd	20
Samtalsplatsens betydelse	20
<i>Sjuksköterskornas beskrivningar av kommunikation/interaktion i ankomstsamtalet</i>	22
Kommunikationen i ankomstsamtalet	22
Informationsbroschyr	24
Anhörigas närvaro vid ankomstsamtalet	25
<i>Sjuksköterskornas syn på ankomstsamtalets betydelse för den fortsatta omvårdnaden</i>	25
Planering av och relationen under den fortsatta omvårdnaden	25

Underlättande för planering av hemgång	26
DISKUSSION	26
<i>Metoddiskussion</i>	26
Urval	26
Datainsamling	27
Dataanalys	28
Etiska överväganden	28
Studiens trovärdighet	29
<i>Resultatdiskussion</i>	29
Sjuksköterskornas tankar om begreppet ankomstsamtal	29
Sjuksköterskornas beskrivningar av hur hon genomför ett ankomstsamtal	29
Hur sjuksköterskorna uppger att tid och plats har betydelse för ankomstsamtalet	31
Sjuksköterskornas beskrivningar av kommunikation/interaktion i ankomstsamtalet	33
Sjuksköterskornas syn på ankomstsamtalets betydelse för den fortsatta omvårdnaden	34
SLUTSATSER	35
<i>Framtida värde</i>	36
REFERENSER	37
BILAGOR	39

INLEDNING

Titeln till detta arbete kommer ifrån ett citat av en utav våra informanter, som beskriver sin tolkning av ankomstsamtalet.

”Varje möte är ett nytt möte, man kan ju aldrig, man vet ju aldrig vad man har att förvänta sig förrän det dyker upp, det är det fascinerande med detta yrke att vara sjuksköterska, man kommer dem väldigt nära inpå livet, det är jätte roligt.”
(Informant 5)

Bakgrunden till denna empiriska studie bygger på önskemål från en vårdavdelningschef på ett sjukhus i södra Sverige, som önskar belysa sjuksköterskornas ankomstsamtal med patienter. Avdelningschefen uppfattar variationer i innehåll och struktur i ankomstsamtalen.

Varje patient som kommer antingen akut eller planerat in till en vårdavdelning ska få ett ankomst/inskrivningssamtal med både läkare och sjuksköterskor. Hur ser egentligen dessa ankomstsamtal ut, vad innehåller de, var och när görs de, spelar det någon roll vem som gör ankomstsamtalet och vilken betydelse har dessa för patientens fortsatta tid på avdelningen?

Detta är frågor som väcktes av författarna redan vid den verksamhetsförlagda utbildningen. Vi såg att många samtal skilde sig och ville gärna veta varför och vad det är som gör att samtalet ser ut på ett visst sätt.

En av allmänsjuksköterskans uppgifter är enligt Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska, utfärdad av Socialstyrelsen (2005), att bemöta, informera och undervisa patienter och deras närstående. En annan grundpelare som Kompetensbeskrivningen understyrker är förmågan och kunskapen att kunna leda de andra i vårdteamet för att se till patientens behov.

Genom intervjuer med avdelningens sjuksköterskor, ska författarna undersöka och jämföra sjuksköterskornas ankomstsamtal, utifrån innehåll och struktur.

Med vår studie avser vi att belysa begreppet ankomstsamtal och hur dessa genomförs och varierar mellan sjuksköterskorna.

BAKGRUND

Denna bakgrund innehåller teoretiska avsnitt som direkt eller indirekt berör begreppet ankomstsamtal. Sist visas tidigare forskning om sjuksköterskors ankomstsamtal.

Ankomstsamtal och närliggande begrepp

Begreppet ankomstsamtal visade sig vid sökning i databaser vara undersökt i liten omfattning. Det finns desto fler studier som belyser kommunikation mellan vårdpersonalen och patienter.

En mängd olika begrepp/termer belyser de samtal som sjuksköterskor och vårdpersonal har med patienten i samband med inläggning på sjukhus.

Skaug och Dahl Andersen (2005) använder inte begreppet ankomstsamtal, utan talar istället om datainsamling. Datainsamling innebär en systematisk och kontinuerlig insamling av information från och om patienten. Avsikten med datainsamlingen, menar författarna, är att kartlägga och tillgodose patientens behov av omvårdnad samt att utgöra grunden för problemlösning i omvårdnad och är därmed mycket avgörande (a.a.).

Enligt Ehnfors et al (1998), speglar begreppet ankomstsamtal en blandning av uppgifter från patientens situation före vårdepisoden samt den aktuella situationen.

Styrdokument

I HSL (SFS1982:763), § 2, framgår det att vården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bl.a. innebär att den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och sjukvårdspersonalen och att vården, så långt det är möjligt, utformas i samråd med patienten.

Sekretesslagen (SFS1980:100) inom hälso- och sjukvården berör skyddandet av patientens integritet. I den anges att tystnadsplikt gäller i allmän verksamhet och förbud att röja uppgift, vare sig det sker muntligen eller att handlingar lämnas ut. Detta innebär att inga uppgifter som rör patientens personliga angelägenheter, som t.ex. diagnoser och behandlingar, får lämnas ut till andra än de som vårdar patienten utan patientens medgivande.

Socialstyrelsen kom i juli 2008, ut med en ny lag, Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (2008:14), som ersätter en del andra författningar, rörande bl.a. journalföring och omvårdnad inom hälso- och sjukvård. Vårdgivaren ska, enligt denna författning, säkerställa att rutiner finns för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler, samt att dessa uppgifter dokumenteras, så långt det är möjligt, med nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk. Rutinerna ska även säkerställa att patientjournalen kan fungera som ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet (a.a.).

I Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) står det under kapitel 2, att hälso- och sjukvårdspersonal skall utföra arbetet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att patienten skall ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vidare skall hälso- och sjukvårdspersonal ge patienten individanpassad information om dennes hälsotillstånd och om metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Det framgår även att hälso- och sjukvårdspersonal själv bär ansvaret för hur han eller hon slutför sina arbetsuppgifter. Dessa arbetsuppgifter får endast överlämnas till någon annan, om det kan ske i enlighet med kravet på en god och säker vård. Den som överlämnar arbetsuppgifter, ansvarar för att den som tar över, har förutsättningar för att slutföra uppgiften (a.a.)

Dokumentationsmodeller

Dokumentation av omvårdnad skall enligt lag 2008:14 (se ovan) göras. Modell för denna omvårdnadsdokumentation är VIPS (Ehnfors et al, 1998). Modellen består av fyra nyckelbegrepp och sökord med riktlinjer. De fyra nyckelbegreppen är:

Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet (Ehnfors et al, 1998). Nyckelbegreppen finns med i bl.a. FN:s deklaration om mänskliga rättigheter, i WHO:s hälsodefinition, i lagar och förordningar, i yrkesetiska koder, vilket visar det starka stödet för dessa begrepp (a.a.).

VIPS modellen har anpassats till datorbaserad dokumentation och benämns Melior (se Bilaga 4).

Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska

För att kunna definiera sjuksköterskans kompetensområde har Socialstyrelsen tagit fram ett dokument för att klargöra och specificera detta, Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005). Socialstyrelsens beskrivningar omfattar yrkeskunna, kompetens, erfarenhet och förhållningssätt inom hälso- och sjukvården. Ett av områdena belyser sjuksköterskans bemötande, information och undervisning (a.a.). Enligt Kompetensbeskrivningen är det viktigt, som sjuksköterska att vid bemötandet med patienten vara lyhörd och kunna kommunicera, samt möta närståendes behov. Information ska ges på patientens nivå där sjuksköterskan bör reflektera kring möjliga hinder för att nå patienten. För att lättast kontrollera att informationen har förmedlats på rätt sätt är att en dialog upprätthålls. Patienter har olika informationsbehov, det kan vara att tidpunkten eller miljön inte gör det möjligt för patienten att handskas med all information. Likaså kan informationsinnehållet vara för stort eller innehålla för många facktermer (a.a.). Det är minst lika viktigt att närstående till patienten känner förtroende och tilltro till sjuksköterskan för att optimal kommunikation ska ske (Socialstyrelsen, 2005).

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor

International Council of Nurses, ICN, har utarbetat en kod för sjuksköterskor. Svensk sjuksköterskeförening har översatt denna och belyser de fyra huvudgrupperna som ligger till grund för hela koden. Det första området är *sjuksköterskan och allmänheten*. Där beskrivs sjuksköterskans ansvar gentemot den information patienten ska få, men även den information patienten överlämnar till sjuksköterskan. Här beskrivs också hur sjuksköterskan behandlar denna information med tanke på respekt till individ och familj men även att den behandlas konfidentiellt. Denna information ska sedan journalföras men också garantera sekretess (ICN, 2005).

Sjuksköterskans kommunikativa förmåga

Klang Söderkvist (2007) hävdar att sjuksköterskor är ofta inriktade på åtgärder och uppgifter som ska utföras just nu istället för att inbjuda patienten till en dialog, för att förstå deras tankar och föreställningar om sin situation. Dessutom menar författaren att det är viktigt hur samtalen genomförs och hur genomtänkt vägen till målet är dvs. på vilket sätt patienter informeras, med tanke på behov och önskemål. Klang Söderkvist skriver också att för att patienten ska kunna fatta rationella och kloka beslut, genomföra besluten och värdera resultaten måste hon eller han bli sedd, bekräftad och lyssnad på.

Andersson (2007) skriver att varje möte i vården är unikt, och det krävs därför att personalen har en flexibel och en god kommunikativ förmåga. Även Andersson menar att det är patientens rätt att veta och förstå sina bekymmer, och att bli sedd och förstådd som den person han eller hon är. Inte bara vår människosyn och

inställningen till personen vi möter, utan även uppfattningen om oss själva, avgör hur relationen till patienten skapas och hur samtalet genomförs (a.a.).

Eide och Eide (1997) anser att inledningen till ett samtal inom vården har fyra huvudfunktioner; att upprätta en relation, skapa kontakt och trygghet, precisera ramarna kring samtalet, vad gäller tid, plats och syfte samt påbörja problemidentifikationen.

Patienten skapar sig en åsikt om vårdgivaren genom konfrontationen mellan det första intrycket och sina egna stela föreställningar gällande professionen, kön, ålder hudfärg och utseende. Hur vårdgivaren inleder mötet är då viktigt och kan vara avgörande som en bekräftelse eller en korrektion av patientens uppfattningar. Författarna menar, att om patienten har bilden av sjuksköterskan som auktoritär, irriterad och hektisk kan det vara bra att justera denna bild redan vid första mötet. Detta genom att vara en vänlig, lyssnande sjuksköterska som dessutom ger sig god tid till patienten. Om patienten däremot har en bild av sjuksköterskan som omsorgsfull och hjälpsam, kan det vara bra att få bekräftelse av det redan vid första mötet (Eide och Eide, 1997).

Maguire och Faulkner (2002) konstaterade i sin studie att en del av svårigheterna i kommunikationen inom vården grundar sig på bristande kommunikationsteknik i utbildningen, och efterlyser mer grundläggande kommunikationsövningar och praktisk träning med rollspel.

Sheldon et al (2006) kom i sin studie fram till att nytutexaminerade sjuksköterskor kände sig oförberedda att hantera många kliniska uppgifter, speciellt samtal med patienter, anhöriga och läkare. Även i denna studie framkommer det att sjuksköterskan har svårt att diskutera känslor, och deltagarna menade att deras egna känslor i vårdsituationer gör kommunikationen med patienten svårare. Erfarna sjuksköterskor konstaterade att det var genom erfarenheter som de lärt sig att samtala bättre.

Upplevelser av integritet och värdighet inom vården

Woogara (2005) genomförde en studie inom akutsjukvården, med syftet att belysa patientens integritet och värdighet, sett ur både patientens och vårdpersonalens synvinkel. Forskaren kom fram till att bägge undersökningsgrupperna ansåg att avskildhet är en grundläggande mänsklig rättighet. Woogara menar att personalen arbetar mycket på rutin, och omvårdnad ses inte längre som ett ”kall”, utan enbart som ett arbete, vilket som helst. Vårdpersonalen tenderar att endast se patienten och inte personen, vilket enligt undersökningen, gör att vårdpersonalen inte respekterar integriteten i omvårdnads- och samtalssituationer. Vårdpersonalen prioriterar ofta den medicinska omvårdnaden på bekostnad av patientens integritet och värdighet. I undersökningen framkommer inte bara bristen på personalresurser, utan också kunskapsbrister hos personalen som anledningar till att integriteten och värdigheten inte värdesätts (Woogara, 2005).

Även Walsh och Kowanko (2002) har studerat patientens värdighet ur både sjuksköterske- och patient perspektiv. I denna studie konstateras att de tillfällen då personalen kompromissade med patientens värdighet uppkom oftast pga. tidsbrist och arbetsbelastningen på avdelningen. Men även kommunikationsbrister och avsaknad av kunskap om den mellanmänskliga relationen, gör att värdigheten inte respekteras, även om många av sjuksköterskorna konstaterar att patienten inte ska ses som ett objekt, utan som en person. Sjuksköterskorna såg sig själva som

patientens advokater vid tillfällena då patienten inte själv kan bibehålla sin värdighet, som t.ex. efter döden eller när de mår så dåligt att de inte kan prata för sig själv.

Bäck och Wikblad (1998) undersökte i sin studie patienters och sjuksköterskors attityder angående avskildhet vid bl.a. samtal, samt om sjuksköterskornas upplevelser av patientens avskildhet överensstämde med patientens egna behov. Studien visade att inom flera områden bedömde sjuksköterskan patientens behov till avskildhet högre än patienten själv. Att prata med läkaren avskilt, värderades högst av både patienter och sjuksköterskor. Författarna menar att sjuksköterskor är medvetna om, inte bara patienternas behov av avskildhet och integritet, utan även att det är en viktig del i omvårdnaden av patienterna. Genom att sjuksköterskorna är bekväma i vårdmiljön kan de också upprätthålla tillräcklig avskildhet, när så behövs.

Tidigare forskning

Jones (2007) undersökte i sin studie ankomstsamtal mellan sjuksköterskor och patienter, på en akut vårdavdelning. I studien konstaterar han att det verkliga ankomstsamtalet mellan sjuksköterskor och patienter, skiljer sig avsevärt från de ankomstsamtal som rekommenderas i litteratur och vårdavdelningens policy och filosofi. Jones menar också att den moderna sjukvården har genomgått så många förändringar och anser det anmärkningsvärt att detta moment i sjukvården fortfarande åligger sjuksköterskan, då många andra uppgifter överlämnas på andra yrkeskategorier.

Då arbetet på en akutavdelning, menar Jones, är dynamiskt och oförutsägbart, arbetar sjuksköterskor efter ett mer rutinmässigt och byråkratiskt arbetssätt för att påskynda ankomstsamtalet. Istället för att, som litteraturen förordar, jobba utifrån ett patientcentrerat arbetssätt och se samtalet som ett första steg till en bra patient sjuksköterskerelation, blir samtalet endast ett tillfälle för sjuksköterskan att rutinmässigt fylla i ett formulär (a.a.).

Kruijver et al (2001) konstaterar i sin studie, där de undersökte hur sjuksköterskor samtalar med patienter vid ett ankomstsamtal, att mer än 60 % av sjuksköterskans samtal är av instrumentell natur dvs. de utgör ett hjälpmedel för något annat som exempelvis medicindelning, frågor kring sjukdom, psykosociala frågor och information om avdelningen. Majoriteten av de affektiva samtalen handlar om att sjuksköterskan håller med och upprepar patientens ord (29 %), då de istället borde handla om att visa empati (2 %), omsorg (2 %) och optimism (2 %). Frågorna som sjuksköterskorna ställde under dessa ankomstsamtal, var till 82 % begränsade frågor, där det väntas specifik information och resterande 18 % var öppna frågor. I studien framkom också att, vid de flesta av ankomstsamtalen bestod den icke verbala kommunikationen av ögonkontakt och huvudnickningar, det framkom också att sjuksköterskorna sällan lutade sig mot patienterna. Inte heller log de eller rörde vid patienten så ofta. Författarna konstaterar att sjuksköterskorna behöver lära sig hur de kan undersöka och diskutera känslor och uppfattningar med patienten, utan att förlora kontrollen över sina egna känslor. De efterlyser därmed mer kommunikationsträning under sjuksköterskornas utbildning (a.a.).

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor på en vårdavdelning vid ett sjukhus södra Sverige uppges att de tänker om och genomför ankomstsamtal med vuxna patienter.

Definition

Med ankomstsamtal menas i denna studie, det första samtal som sjuksköterskan har med patienten, i samband med inläggning på vårdavdelning.

Begreppet vuxen definieras av denna studiens författare med personer som uppnått 18års ålder.

METOD

Denna empiriska studie genomfördes med semistrukturerade kvalitativa bandade intervjuer. Kvalitativa intervjuer beskriver Kvale (1997), som ett sätt att få fram individens upplevelse av sin egen livsvärld.

Utifrån studiens syfte ansågs att intervju skulle vara den mest lämpliga metoden för att kunna fånga sjuksköterskornas erfarenheter av hur de genomför ankomstsamtal. Det är ankomstsamtalets innehåll och struktur som fokuseras ur sjuksköterskans perspektiv.

Urval

Då detta var ett beställningsarbete från en vårdavdelning på ett sjukhus i södra Sverige, kontaktades avdelningschefen på aktuell avdelning. Avdelningschefen blev sedermera författarnas gatekeeper. Enligt Polit och Beck (2006) är en gatekeeper en person som kan ge författarna, dels entré och tillgång till forskningsområde, men även viktig information gällande informanterna.

Det bestämdes att avdelningschefen skulle ge en kort information om studien på en APT (Arbetsplatsträff) och att författarna skulle komma på nästa APT och ge ytterligare, både skriftlig och muntlig, information om studiens syfte och viss bakgrundsinformation. Därefter tillfrågade gatekeepern informanterna, vilket enligt Polit och Beck (2006), kan ses som ett "bekvämlighetsurval". Författarna överlämnade skriftliga informationsblad till biträdande avdelningschefen som var tänkta att delas ut till aktuella informanter.

Önskemålet var att intervjua fem till sex sjuksköterskor och inklusionskriterierna var att informanterna var legitimerade sjuksköterskor samt att de arbetar på den berörda avdelningen. Våra exklusionskriterier var att informanterna arbetade i någon annan yrkesbefattning.

Med hjälp av gatekeepern tillämpades ett strategiskt urval när informanterna utsågs, vilket innebär att författarna vill ha så stor spridning och variation som möjligt gällande ålder och arbetslivserfarenhet, så som anges i Polit och Beck (2006). En önskan från denna studiens författare var, att båda könen skulle representeras. Detta belyser även Polit och Beck (2006) som rimligt i ett

strategiskt urval. Då det enbart arbetar kvinnliga sjuksköterskor på avdelningen, var detta inte genomförbart.

Datainsamling

Gatekeepern hade utsett informanter som stämde överens med våra inklusionskriterier, och de tillfrågades om de ville delta i studien. Det bokades ett enskilt rum på avdelningen för intervjuerna genomförande. Kvale (1997) anger att intervjuer bör ske i en så ostörd miljö som möjligt, så att informanten känner sig trygg, och då ges möjlighet till djupare svar och reflektion.

Totalt intervjuades sex sjuksköterskor. En av dessa intervjuer var pilotintervju i enlighet med (Kvale, 2007). Med hjälp av en pilotintervju, menar Kvale (1997), att studiers trovärdighet kan öka. I denna studie användes en pilotintervju med en sjuksköterska på avdelningen, innan de övriga intervjuerna påbörjades. Detta för att författarna skulle kunna se om intervjuguiden med dess frågor var lämpliga och kunde tolkas av informanten, samt för intervjuernas tidsplanering. Detta för att författarna skulle känna sig bekvämare när sedan de övriga intervjuerna genomfördes. Resultatet av pilotintervjun kom att användas i forskningsanalysen, eftersom det överensstämde med det förväntade intervjumaterialet.

Informanterna varierade i ålder, från 24-37 år och med arbetslivserfarenhet från 6 månader till 12 år. Författarna kontaktade själva sjuksköterskorna efter att avdelningschefen hade tillfrågat dessa och avtalade tid för intervjuerna.

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade, bandade intervjuer och med hjälp av en intervjuguide (se Bilaga 1). Båda författarna närvarade vid intervjuerna, en utförde själva intervjun och den andra förde fältanteckningar, i enlighet med Kvale (1997). Uppgifterna skiftades mellan intervjutillfällena.

Intervjuerna inleddes med ytterligare information om informerat samtycke från samtliga informanter, samt att intervjuerna bandas, för att sedan kodas dvs. avidentifieras och transkriberas av författarna. Detta stämmer överens med hur Kvale (1997) anser att hur kvalitativa intervjuer bör genomföras (se även etiska övervägande sid 14).

Själva intervjuerna började med ett allmänt samtal, där informanten och intervjuaren skulle kunna lära känna varandra och eventuella frågor och funderingar klargjordes.

Kvale (1997) beskriver kvalitativa intervjuer i olika steg. Vi valde att använda oss av: inledningsfråga, uppföljningsfråga, specifika frågor, direkta frågor, indirekta frågor, strukturerande frågor, tystnad och tolkande frågor.

För att upprätthålla fokus under intervjuerna använde författarna sig av en intervjuguide (se Bilaga 1). För att säkerställa trovärdigheten på intervjuerna fick informanterna identiska frågor och dessa ställdes i samma ordning, med undantag för fölfrågorna som varierade beroende på informantens svar på föregående fråga eller huvudfrågan (Kvale, 1997).

Efter varje intervjutillfälle diskuterade författarna tillsammans igenom intervjun och reflekterade över fältanteckningarnas innehåll.

Intervjuerna beräknades pågå i ca 45minuter, men de varierade från 37-46 minuter.

Bearbetning av analys

Varje intervju bandades för att sedan transkriberas ordagrant, så som Kvale (2007) beskriver det. Vid noggrann inläsning på de olika analysmetoderna kom författarna fram till att innehållsanalys i någon form var den mest lämpade analysmetoden för vår studie, detta för att vårt fokus var att undersöka innehållet och strukturen på ankomstsamtalen.

Från början användes innehållsanalys till mesta dels för att behandla stora mängder data, som vid kvantitativa studier. Resultatet kom sedan i form av tabeller, spalter och procentsatser av materialet. Denna dataanalysmetod har sedan utarbetats så att den även kan användas för kvalitativa studier. Ansatsen för denna metod kan både vara deduktiv och induktiv. Deduktiv ansats använder sig av en redan utarbetad mall medan induktiv är en förutsättningslös analys. Resultatet på analysen kan sedan bli manifest eller latent, det vill säga ytligare analys eller mer djup gående analys av materialet (Lundman och Hällgren Graneheim, 2008)

Författarna till denna studie har, för sin dataanalys, inspirerats av Lundman och Hällgren Graneheim (2008), som beskriver kvalitativ innehållsanalys.

Efter transkriberingen läste författarna genom materialet var för sig ett flertal gånger. Författarna använde sig av färgpennor för att kunna urskilja informanternas likheter och skillnader under de olika frågeområdena, även detta gjorde författarna separat för att öka trovärdigheten på studien. För att jämföra de likheter och skillnader som författarna enskilt hade kommit fram till, träffades de och sammanförde sitt material. Detta gjorde att författarna kom fram till relevanta och trovärdiga undergrupper som kommer att belysa frågeområdena, vilka bygger på frågorna från intervjuguden (se Bilaga 1).

Författarna reducerade de undergrupper som likande varandra för att klargöra de likheter och skillnader under de olika frågeområdena. Fältanteckningar som hade förts under varje intervjutillfälle lästes igenom av författarna och jämfördes med det transkriberade materialet och för att i viss mån få överensstämmelse med det skrivna materialet. För att underlätta för läsaren samt öka trovärdigheten för studien, belyser författarna varje undergrupp med citat från informanterna.

Etiska överväganden

Tillstånd gavs till denna empiriska studie den 24 oktober 2008 av MAH/Hälsa och samhälle, Etikprövningsnämnd, diarienummer Dnr HS60-08/922:17. Tillstånd har även inhämtats från avdelningschefen på den berörda avdelningen för studien, efter att denne tagit del av projektplanen.

Författarna gav både muntlig och skriftlig information om studien, dess syfte och frågeställning, på avdelningens arbetsplatsträff. Författarna informerade om att deltagandet var helt frivilligt, och att samtycket när som helst kunde avbrytas av informanten utan komplikationer. Urval beskrevs och övrig personal informerades om författarnas närvaro under studien. Vid mötet lämnade författarna även informationsblad till bitr.avdelningschefen, som var tänkt att delas ut till deltagande sjuksköterskor.

För författarna och deltagande informanter var det viktigt att garantera anonymitet så att de tryggt kunde ge uttryck för sina åsikter och uppfattningar utan att dessa skulle gå att spåras tillbaka. ICN (2000) uttrycker vikten av att som sjuksköterska (blivande sjuksköterska) kunna behandla den informationen konfidentiellt som deltagarna ger. Detta innebar att informanternas identitet inte skulle kunna tolkas i den färdiga studien och att allt materialet förvarades oåtkomligt för obehöriga under studiens gång, för att efter redovisningen förstöras. Vid transkriberingen oidentifierades materialet och informanter namnges som informant 1-6.

RESULTAT

Nedan presenteras resultatet av studien utifrån analys av innehållet i svaren på intervjuguidens frågor. Varje del i resultatet illustreras med belysande citat.

Tabell 1. Sjuksköterskornas tankar om och beskrivningar av genomförande av ankomstsamtal

<p>Sjuksköterskornas tankar om begreppet ankomstsamtal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterskan får grundläggande och den viktigaste informationen om patienten • Patienten får information om avdelningen • Sjuksköterskans upplevelser av ankomstsamtalet som ett nytt möte och en ny relation
<p>Sjuksköterskornas beskrivningar av hur hon genomför ett ankomstsamtal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planerade eller akuta ankomstsamtal samt om patienten mår dåligt • Struktureringsgrad utifrån sökorden i Melior • Organisatoriska faktorer som inverkar på hur ankomstsamtalet genomförs
<p>Hur sjuksköterskorna uppger att tid och plats har betydelse för ankomstsamtalet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tid till patienten • Samtalstidens längd • Samtalsplatsens betydelse
<p>Sjuksköterskornas beskrivningar av kommunikation/interaktion i ankomstsamtalet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationen i ankomstsamtalet • Informationsbroschyr • Anhörigas närvaro vid ankomstsamtalet

<p>Sjuksköterskornas syn på ankomstsamtals betydelse för den fortsatta omvårdnaden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planering av och relationen under den fortsatta omvårdnaden • Underlättande för planering av hemgång
---	---

Sjuksköterskornas tankar om begreppet ankomstsamtal

Denna fråga innebar att det fanns tillfälle att fritt reflektera över begreppet ankomstsamtal. Det som sjuksköterskorna uppger att de tänker på avseende ankomstsamtal handlar om:

- Sjuksköterskan får grundläggande och den viktigaste informationen om patienten
- Patienter får information om avdelningen
- Sjuksköterskans upplevelser av ankomstsamtalet som ett nytt möte och en ny relation

Sjuksköterskan får grundläggande och den viktigaste informationen om patienten

Ankomstsamtalet är det första tillfället då personalen har möjlighet att få information om patientens aktuella status och behov;

”/.../ information om patienten /.../ om patientens behov /.../ aktuell status, hur han eller hon mår här och nu och varför de kommer till oss /.../” (Informant 4)

”Det är ju oftast det första mötet med patienten /.../ och det tillfället man har att se patienten med egna ögon, man har ju oftast fått en rapport om patienten tidigare och ibland stämmer inte den överens med sin egen uppfattning /.../” (Informant 1)

Patienten får information om avdelningen

För sjuksköterskan var det minst lika viktigt att berätta om avdelningen, dvs. matrutiner och rondtider, som att få den viktigaste informationen om patienten; det är också det tillfälle då sjuksköterskan och patienten kan bygga upp en slags relation, för att patienten ska känna sig trygg på avdelningen;

”/.../dels att patienten skall få information om hur vår avdelning fungerar /.../” (Informant 2)

Sjuksköterskans upplevelser av ankomstsamtalet som ett nytt möte och en ny relation

Trots att arbetet på vårdavdelningen beskrivs som stressigt och tungt, för att sjuksköterskan redan har ansvar för flera patienter, kan hon oftast uppfatta ankomstsamtalet som ett nytt spännande möte, och kan verkligen se fram emot att knyta en ny relation med patienten;

”/.../ ibland när man är stressad så kan det kännas jobbigt att få en ny patient, för att när man redan har kanske sex till sju patienter och

då få en till ytterligare till /.../ men är det en lugnare dag så kan jag verkligen se framemot det, ett ankomstsamtal för ett nytt möte, en ny relation liksom väldigt spännande.” (Informant 5)

Sjuksköterskornas beskrivningar av hur hon genomför ett ankomstsamtal

I sjuksköterskornas beskrivningar av hur de genomför ankomstsamtalen framkom skillnader och likheter avseende följande förutsättningar. Det handlar om:

- Planerade eller akuta ankomstsamtal samt om patienten mår dåligt
- Struktureringsgrad utifrån sökorden i Melior
- Organisatoriska faktorer som inverkar på hur ankomstsamtalet genomförs

Planerade eller akuta inskrivningar samt om patienten mår dåligt

Det framkom under studiens gång att ankomstsamtalet skiljer sig till viss del i genomförandet om det är en akut eller planerad inskrivning. Vid planerade inskrivningar kan sjuksköterskan planera och förbereda ankomstsamtalet på ett annat sätt än vid de akuta inskrivningarna. Vid de akuta inskrivningarna eller då patienten mår riktigt dåligt, vill hon bara veta patientens status just nu, och sedan låta patienten landa på avdelningen, och återkomma till patienten senare. En sjuksköterska förklarar;

”/.../ skillnad tycker jag att det är ett planerat intag eller om det är ett akutintag. För är det ett planerat intag så kanske man kan ta det under lite längre tid, men är det ett akutintag så vill man ju veta vad som är aktuellt just nu.” (Informant 4)

Om det finns tid och möjlighet, och om sjuksköterskan har personnumret på patienten, läser hon på om patienten innan de kommer till avdelningen. Det underlättade för sjuksköterskan vid ankomstsamtalet. Två sjuksköterskor förklarar på följande vis;

”/.../ förhoppningsvis har jag gjort det innan för jag tycker det är lite lättare att ha lite kött på benen innan man träffar patienten, men då är det rent medicinskt som man bara läser på, om diagnos och kanske behandlingar om de har några aktuella behandlingar som pågår /.../ oftast är det lättare och få igång ett samtal med patienten om man har lite frågor som jag har läst /.../” (Informant 4)

”Oftast har jag läst igenom om det finns en journal sedan tidigare /.../ kanske inte läst igenom allt /.../ en uppdatering, vad är det för diagnos de har, vad är det för typ av behandlingar de har gått igenom vad är aktuellt just nu /.../ titta lite på någon epikris från senast vårdtillfället.” (Informant 6)

För många av sjuksköterskorna var det viktigt att inte pressa patienterna om de inte mår bra. Om de har smärtor eller på annat sätt är tagna, ansågs det inte etiskt rätt att ställa en massa frågor som de inte orkar svara på., utan då är det endast det som är viktigast just nu som efterfrågas;

”/.../ men är de medtagna så sitter man inte och pumpar dem på frågor för de orkar de inte och det är inte etiskt rätt heller, utan då

får man vänta till de har fått lite hjälp och mår lite bättre sen, så får man göra ett bättre samtal då /.../” (Informant 2)

Struktureringsgrad utifrån sökorden i Melior

Viss arbetslivserfarenhet spelar roll när sjuksköterskorna genomför ankomstsamtal. Är man nyutexaminerad sjuksköterska, menade sjuksköterskorna att samtalen lätt blir uppstyltade utifrån Meliormallen. Men när de jobbat i några år uppgav de att ankomstsamtalet blir mer som ett allmänt samtal om och med patienten.

Den dator baserade dokumentationsmallen Melior med dess sökord (se Bilaga 4), som i stort sett följer VIPS-modellen (se sid 7), används och det varierar, inte bara vilka sökord som används och hur de används, utan även vilka som uppfattas som angelägna att fråga patienten om. Här syftar sjuksköterskorna på eventuellt kommande behov som inte visar sig just nu;

”/.../ sen också då när jag väl pratar med patienten, att man går igenom varje sökord, det kan vara saker som känns orelevanta men som är relevanta ändå /.../” (Informant 1)

”/.../ sätter mig hos patienten, tar gärna fram en stol och sätter mig bredvid /.../ de första åren men jobbade då hade man ofta en liten mall med sig/.../ nu för man ett samtal lite allmänt hur patienten mår och går automatiskt igenom de här sökorden som man har enligt VIPS.” (Informant 6)

Andra informanter menade däremot att de använder sig mest av öppna frågor och det som de måste veta specifikt, frågar de allt eftersom:

”/.../ jag går inte på fråga för fråga utan jag tar oftast öppna frågor och sen vissa frågor som jag måste veta specifikt, de frågar jag sedan.” (Informant 5)

”/.../ plocka fram de relevanta sökorden, men det kanske inte är så att går igenom hela VIPS modellen utan tar det som är viktigast, just för denna patienten.” (Informant 6)

En sjuksköterska menade att om det är patienter som hon känner sedan tidigare, kan hon mycket väl göra andra saker med patienten, samtidigt som hon gör ett ankomstsamtal. Men är det en patient som hon inte träffat tidigare antecknar hon lite stödord under ankomstsamtalet:

”Om det är en patient som jag inte har träffat tidigare så brukar jag skriva lite samtidigt, mer stödord. Men är det t.ex. en patient som kommer in ofta som jag har träffat många gånger då kan det ofta vara mer så att jag samtidigt tar prover eller sätter portacathnål, så att jag egentligen kör ett ankomstsamtal samtidigt /.../” (Informant 4)

Vissa sjuksköterskor menade att sökorden går in i varandra, så att de inte behövde tala om varje sökord specifikt, huvudsaken är att det viktigaste om patienten kommer fram:

”Så att man inte behöver fråga om varje sökord specifikt, utan pratar man om smärta och de har ont i ett knä, mobilisering, så vävs det in i varandra, för allt är ju viktigt att det ska fungera, det blir ju naturligt att det kommer in i varandra” (Informant 1)

”/.../ har smärtor och äter mycket smärtstillande och så visar det sig att de inte har skött magen på flera dagar för att de inte tagit sitt laxeringsmedel och då blir det så oftast, så hör många saker ihop /.../” (Informant 4)

Trots att det finns sökord som upplevs som mer besvärande än andra att prata med patienten om sexualitet/reproduktion och andligt/kulturellt, uppgav sjuksköterskorna att det var viktigt att gå in i sin yrkesroll och inte känna sig besvärade av att fråga om dessa känsliga sökord. En informant uttryckte sig så här:

”/.../ man ska aldrig själv visa att man tycker att det är konstigt att man frågar, eller att själv skämmas för att man frågar en viss fråga, det tycker jag är jätteviktigt, att man går in i sin roll/.../ (Informant 5)

I stort sett alla informanterna anger dock att sökordet Sexualitet/reproduktion, av olika anledningar, inte efterfrågades. Trots det ansåg de flesta ändå att det är en angelägen fråga att prata med patienterna om;

”/.../ med det sexuella /.../ är vi jättedåliga på att fråga /.../ man tycker synd om dem att de ska behöva sitta och svara på det också vet man inte om man har tillräckligt med svar tillbaka om de börjar fråga, så vi är lite dåligt pålästa, tycker jag /.../” (Informant 2)

”/.../men jag frågar aldrig rakt ut t.ex. /.../ kan du ha sex /.../ om patienten uppger sig ha en fin relation till sin man ,då tycker jag det går in där /.../ jag tycker att man inte behöver göra allt på en inskrivning, för jag tycker att man ska bygga upp en relation innan /.../ det är kanske inte viktigt just idag utan kanske två dagar senare /.../” (Informant 5)

”Det är andligt och kulturellt som aldrig fylls i om det inte är något som verkligen sticker ut, kanske om en patient t.ex. är Jehovas vittne/.../ sen är det sexuella /.../ den fyller man inte heller i så ofta /.../ det är om det verkligen bara kommer på /.../ t.ex. en ung kille med testikelcancer /.../ då blir det så självklart att han kanske ska lämna spermier och frysa ner /.../ (Informant 3)

Organisatoriska faktorer som inverkar på hur ankomstsamtalet genomförs
Eftersom många patienter på denna avdelning blir inskrivna på eftermiddagen, är det enligt informanterna, svårt att hinna med att göra ett komplett ankomstsamtal. Tanken finns hos de flesta sjuksköterskorna att dagpersonalen ska komplettera inskrivningen nästa dag;

”De är inte alltid fullständigt ifyllt på kvällstid, då så fyller dagpersonalen i, de har inte mer tid men de har mer resurser.”
(Informant 3)

”/.../ är det så att det är för lite tid så får man lämna över det till nästa, för vi ska jobba alla tillsammans och det jag inte har hunnit fullfölja det får någon annan göra klart.” (Informant 1)

Emellertid ansåg en sjuksköterska att om hon inte går in och gör ett ordentligt ankomstsamtal från början, så blir det inte bättre och mer ifyllt av dagpersonalen, för då har man, enligt informanten, fullt upp med annat man har den dagen;

”Det är ingen som går in och frågar nästa dag och fyller på det här, det hinner vi inte. Så om jag inte gör det bra idag så blir det oftast inte bättre för att någon annan, för man tänker att det gör de imorgon, så då blir det övertid.” (Informant 2)

Sjuksköterskorna och läkarna gör varsin inskrivning på patienten. Sjuksköterskorna fokuserar enligt informanterna, mer på omvårdnaden om patienten och läkarna istället på den medicinska delen. Åsikterna huruvida läkarna ska göra sin inskrivning före eller efter sjuksköterskan skiftar. Två sjuksköterskor såg inskrivningarna ur ett patientperspektiv, och menade att;

”/.../ jag kan tycka att det är bra att doktorn går in först för de är ju de som ska skriva under läkemedelslistan, jag kan inte göra så mycket, jag kan inte ge patienten smärtstillande om det inte finns någon läkemedelslista /.../” (Informant 2)

”Ibland kan man märka på patienten att de kan tycka att men nu tar vi detta en gång till /.../ annars ställer vi lite andra frågor än vad doktorn gör /.../ de kan vara trötta och tagna av annat då blir det lång tid det blir samtal på.” (Informant 6)

En tredje sjuksköterska upplevde en stress över att läkaren gör sitt inskrivningssamtal först, och syftade på arbetsbelastningen på avdelningen;

/.../ man får vänta tills läkaren har gjort sin inskrivning med patienten, det kan vara lite jobbigt, man vill ha det gjort, för sen går tiden, sen ska allt annat göras.”(Informant 3)

En annan sjuksköterska ansåg det viktigt att sjuksköterskan och läkaren kommunicerade med varandra och betonade att på avdelningen är man ett team med bra samarbete;

”/.../ huvudsaken är att vi efteråt i alla fall pratar med varandra, jag och läkaren, vad man har fått fram. Det kan ju ha varit att jag har fått fram något om läkaren glömde fråga eller tvärt om /.../ här är vi ett jätte bra team, här är alla lika viktiga /.../” (Informant 2)

Vid inskrivningen av patienterna ingår även att ta inkomstkontroller på patienten. Rutinerna är sådana att undersköterskan gör dessa inkomstkontroller, medan

sjuksköterskan tar inkomstproverna dvs. blodproverna på patienten. Så här förklarade två sjuksköterskor;

”Först är det ju alla kontroller; puls, blodtryck, saturation det brukar vi överlämna åt undersköterskorna att ta hand om. Alla kontroller även vikt och blodsocker” (Informant 1)

”/.../ det är undersköterskan /.../ de vet att de kontrollerna ska tas på alla patienter som kommer in, sen så är det ju jag som står för att ta blodprover om det ska göras /.../” (Informant 6)

En informant ansåg däremot att kommunikationen mellan sjuksköterskor och undersköterskor är viktig, och syftar på att sjuksköterskorna också kan ta inkomstkontrollerna;

”/.../ men om jag känner att jag inte hinner ta kontrollerna riktigt då brukar jag säga att undersköterskan kommer in sen och tar kontrollerna och frågar om du vill ha telefon inkopplad /.../ så mycket handlar om kommunikationen med den man jobbar med /.../” (Informant 4)

Hur sjuksköterskorna uppger att tid och plats har betydelse för ankomstsamtalet

Informanterna beskriver avdelningen som stressig och syftar bl.a. på det stora patientflödet. Många antydde en viss frustration över att inte kunna göra sina ankomstsamtal kompletta. Tiden till ankomstsamtalet beror på patientens allmäntillstånd, samtalsplatsen och sjuksköterskans arbetsbelastning.

- Tid till patient
- Samtalstidens längd
- Samtalsplatsens betydelse

Tid till patient

Informanterna påpekar att det är en stressig avdelning, med väldigt tung arbetsbelastning emellanåt. Samtidigt menar de att det är viktigt att inte visa för patienten hur stressade de är och påpekade vikten av att vara närvarande både psykiskt och fysiskt;

”/.../ ser jag jättestressad ut och halvsitter på sängkanten och flackar med blicken och tittar på allt annat /.../då blir kanske patienten stressad och glömmer bort en del information/.../” (Informant 4)

”/.../ jag tycker det är viktigt att vara, att tänka, att både vara där fysiskt men också psykiskt närvarande/.../när jag väl tar mig till en viss patient, så får det gärna ta lite extra tid, men att jag verkligen är där, för oftast så blir de mer nöjda och de här extra onödiga ringningarna efter smågrejerna som man glömmer berätta eller informera om uppstår inte /.../när jag väl är inne hos patienten eller väl tar emot dem och ger det där lilla extra alltid, för att skapa en bra relation och få sina frågor besvarade/.../att vara närvarande när man väl är där.” (Informant 5)

En annan sjuksköterska menade att tidsbristen avgör hur ankomstsamtalet utformas och vilka frågor som tas upp, och ansåg att risken finns att det inte blir ett tillräckligt bra ankomstsamtal när de är stressade;

”Har jag det väldigt stressigt så tänker jag bara på de viktigaste frågorna. Så det är lite beroende på tiden vad jag tänker på som jag måste ta upp /.../ har man gått om tid så blir det ett bättre innehåll i ankomstsamtalet, tycker jag.” (Informant 2)

En sjuksköterska förklarar att hon av olika anledningar inte har möjlighet att låta samtalet bli en berättelse;

”/.../ ibland när man känner att man har mindre gott om tid, då kanske man tar de här direkta frågorna, men jag brukar alltid säga att där finns en orsak till varför jag frågar frågan, för att vi måste ha koll på det t.ex. magen och så, relaterat till att han får cytostatika/.../” (Informant 5)

Medan en annan sjuksköterska uttryckte det så här, och syftar på att hon ofta upplever tidsbrist vid ankomstsamtalet;

”Det är nog mest en envägskommunikation. Jag ställer frågorna patienten svarar, man har inte tid att de ska sväva ut /.../” (Informant 3)

Samtalstidens längd

Samtalstiden skiftade väldigt, mycket beroende på patientens allmäntillstånd, men även på hur mycket tid sjuksköterskorna kunde avsätta för samtalet, med tanke på arbetsbelastningen. Då det är en dynamisk avdelning med stort patientflöde, är det inte alltid så lätta att planera sin tid;

”vet man att det ska komma en patient, då kan man planera och lägga av en halv timme på den inskrivningen. Men det är ju inte alltid att tidsplanerna håller.” (Informant 1)

”Det tar inte så himla lång tid, jag hade ett igår och han pratade mycket själv, det tog väl en kvart och är man stressad så tar det 10 minuter, kanske.” (Informant 3)

Samtalsplatsens betydelse

Sjuksköterskorna har alternativa lokaler (som samtalsrummet och läkarexpeditionen) att ha sina ankomstsamtal i, för att tillgodose patientens personliga integritet, även om de upplever en begränsning när det gäller att vara tillgänglig för övrigt på avdelningen;

”/.../ om det är mycket spring om det är mycket anhöriga så kan jag mycket väl be dem gå ut en stund och vänta där ute för det lugnar ner betydligt. Att man ändå markerar på något sätt att när jag går in där så stänger jag dörren /.../ en stängd dörr är alltid svårare att gå igenom än en dörr som är öppen /.../ det är det sättet man kan försöka reducera runt omkring. Anhöriga behöver inte finnas på en

tresal just under den stunden det tar att prata, om det inte är patientens anhöriga /.../” (Informant 6)

”/.../ men det är svårt för de här utrymmena är ju inte alltid lediga, också måste man ju ha koll på ringningar från andra ställen samtidigt, om andra patienter ringer, så ofta är det att man är på deras rum /.../” (Informant 5)

Uppfattningarna skilde sig åt när det gällde val av samtalsplats, beroende på vem sjuksköterskan tog hänsyn till. En del sjuksköterskor upplevde inte att det var så obekvämt att ha ankomstsamtalet på patientens sal;

”/.../ för mig som sjuksköterska tror jag inte det spelar så stor roll, eller inte för mig personligen i alla fall /.../” (Informant 4)

En annan informant menade att det dels kan vara svårt att fråga vissa frågor på tresal och att patienten blir utlämnad, men även att hon känner sig mer avslappnad och bekväm, då patienten ligger på enkelsal eller tvåsal;

”/.../ ligger man på en tresal, så kan jag tycka som sköterska att det är svårt att fråga vissa frågor, för man känner att man lämnar ut dem. Där sitter de ju och är tvungen att svara på personliga frågor /.../ de är så vana att svara på alla dessa frågor så det känns som om de inte har något problem med det de blir ju kompisar med grannen /.../ det känns ju mer avslappnat att gå in och prata med någon som ligger på en enkelsal eller tvåsal än någon som ligger på tresal. För då är det lite så där att jag kan tycka att det är jobbigt för deras skull /.../” (Informant 2)

”/.../ jag känner mest för mig själv, jag är nog lite mer avslappnad, man tar sig nog lite mer tid, man märker inte av stressen, alltså utanför när man stänger dörren.” (Informant 3)

Andra tog hänsyn till patienterna och tyckte att det var jobbigt för deras skull. En informant påpekade att hon brukar fråga patienten innan hon börjar samtalet om det går bra att de sitter kvar på salen, och drar för skynket med tanke på den personliga integriteten;

”/.../ jag brukar fråga om de tycker att det är okey att sitta där de sitter, även om det är en tresal och det har de tyckt /.../ man kan ju ha skynket för så man i alla fall tror att de inte hör och ser.” (Informant 3)

En informant relaterade till tryggheten för patienten, när hon valde att ha samtalet på patientens sal;

”/.../ men för patienten spelar det säkert jättestor roll, var man har det/.../de blir visade till sin säng och känner att nu ska jag vara här, och att det kan vara tryggt att man sitter här och pratar/.../” (Informant 4)

En informant såg det ur ytterligare en annan synvinkel och menade att en del patienter blir kompisar med varandra, detta kan medföra både positiva samt negativa aspekter. Patienterna på salen är i liknande situation och känner igen varandra och får stöd i varandra men samtidigt kan de bli för bra kompisar, så att de inte vågar delge all viktig information till sjuksköterskan;

”/.../ det där fenomenet att de blir kompisar ser man ofta. De är i samma liknande situation, de känner igen varandra och får stöd i varandra /.../ man ska absolut tänka på vad man frågar och vad patienten svarar på, för sen kan det blir tvärtom så att de blir för bra kompisar och att de inte vill prata om grejerna och så /.../ de lägger sig i, för de lyssnar och för de känner varandra /.../”
(Informant 5)

Sjuksköterskornas beskrivningar av kommunikation/interaktion i ankomstsamtalet

Här framkom det att hur kommunikationen blir beror på, dels hur patienten mår och hur dennes kommunikativa förmåga är, men även arbetsbelastning och tidsaspekten på avdelningen. Upplever sjuksköterskorna att de har gott om tid, då tar de god på sig, och samtalet formas mer som en berättelse, där patienten får berätta med egna ord.

Kommunikationen i ankomstsamtalet

En sjuksköterska ansåg att patienter som kanske precis har fått sin diagnos kan behöva landa på avdelningen, så därför räcker det att presentera sig för patienten och göra ett ankomstsamtal senare,

”/.../ vissa patienter kommer hit för första gången och kanske precis har fått veta att det är /.../ de har fått, är rätt så uppskakade av att bara komma hit. De kan behöva ett par timmar på sig att landa och då brukar jag gå in och hälsa, presentera mig och så se till att de har de basala grejerna /.../” (Informant 6)

Sjuksköterskorna framhöll även här att det är viktigt att ta hänsyn till patienten man har framför sig, och syftade på att även om de har varit på avdelningen tidigare, och man tycker sig ”känna” patienten, kan det ha hänt mycket med patienten sedan dess. Två sjuksköterskor menade att;

”/.../ det finns dem som har varit här flera gånger så de känner sig ju lite som hemma här. Känner oss /.../ och så blir det mera personlig diskussion och om jag känner dem sedan tidigare så kan man komma snabbt in på vad man ska fråga /.../” (Informant 2)

”/.../ det är verkligen så att man får känna av situationen och patienten, även samma patient som kommer flera gånger har ju olika infallsvinklar olika gånger de läggs in /.../ hur pass mottaglig patienten är, det blir olika från gång till gång och från patient till patient.” (Informant 1)

En sjuksköterska menade att för en del sjuksköterskor är det inte angeläget att komma patienterna nära inpå, men för hennes del är det viktigt, och säger sig ha svårt att bara gå in och sätta pillerburken till patienten och sedan bara gå ut;

”/.../ jag kan inte jobba om jag inte kommer in lite nära in på , för jag tycker att jobbet ger så mycket mer om vi har lite kommunaktion /.../” (Informant 2)

En annan sjuksköterska var också noga med att påpeka att hon mycket väl är medveten om att det är patienten som ska styra samtalet, samtidigt som information kan missas om inte hon ställer frågorna. Hon säger så här;

”/.../ visst det är ju jag som styr även om jag vet att det inte ska vara så /.../ det är ju många patienter som sitter inne med information som de inte berättar om man inte frågar, det är olika från person till person hur mycket de gillar att prata. ” (Informant 3)

För vissa av sjuksköterskorna var det viktigt att patienten själv berättade om t.ex. varför de hade kommit till avdelningen. Sjuksköterskorna menade att de vet varför patienten är på avdelningen, men att patienten kanske inte alltid är lika välinformerad, och då vill de ha patientens ord på vad de har för diagnos etc.;

”/.../ så jag brukar först låta patienten själv berätta om sin diagnos /.../ det är kanske en sån som lätt glöm bort, jag vet ju diagnosen men det är ju inte alltid att patienten är lika välinformerad eller tror något annat ibland, då brukar /.../ då får man även reda på deras kunskaper” (Informant 1)

”/.../ jag brukar alltid fråga frågan – Varför är du hos oss nu? För att jag ska få deras ord på det, så jag använder mig ofta av citat i mina inskrivningar /.../” (Informant 5)

”/.../ är det en patient som har god kommunikations förmåga och pratar, då blir det lättare att följa pratets gång det blir mer som en liten berättelse, men man slinker in med en fråga här och där och så berättar de /.../” (Informant 4)

Sjuksköterskorna påpekade att det var viktigt att känna av patienten, men att tidspressen många gånger begränsade ankomstsamtalet, och menade att det ska vara en dialog mellan sjuksköterskan och patienten. Några underströk också hur viktig den ömsesidiga, raka kommunikationen var. Så här uttryckte en sjuksköterska det;

”/.../ vi ska vara raka till den kommunikation vi måste och att patienten kan vara det till oss. De ska inte hålla igen och man ska ha respekt för vårdpersonalen på rätt sätt, de ska inte känna sig underlägsna /.../ just det här med kommunikationen och känna av patienten. Det får man ha med sig under hela vårdförloppet, att vissa patienter behöver man själv ställa frågorna till /.../ vissa patienter kommer det naturligt för att de söker sig till oss för att berätta.” (Informant 1)

Informationsbroschyr

Alla informanterna var i stort sett överens om att det hade varit bra för patienten, om sjuksköterskan hade överlämnat en broschyr med information om avdelningen

och dess rutiner etc., vid ankomstsamtalet. En sjuksköterska trodde sig få samma information av patienten, även om de inte har någon broschyr;

”/.../ visst det är väl alltid trevligt och lämna en broschyr, om man har en fin broschyr förstås, för att ibland har man en dålig broschyr, som inte är så trevlig och nerkladdad och sliten, då kan jag tycka att det bara är pinsamt att lämna fram den /.../ men för mig som sjuksköterska, så tror jag att jag får samma information av patienten i alla fall /.../” (Informant 4)

Två sjuksköterskor tänkte på att det kan vara lång väntetid på avdelningen för patienten och mycket information på en gång, de kan då behöva något att skingra tankarna med;

”/.../ för det har jag också tänkt, att det är ju mycket bättre att kunna ge en liten .. för då har de lite lektyr också, så går tiden lite snabbare för dem också /.../” (Informant 5)

”/.../ patienten får väldigt mycket information på en gång under en inskrivning, dels att de ska öppna och berätta om sig själv samtidigt som de ska ta emot mycket information om vad som ska hända /.../ det skulle underlätta om man hade en typ av broschyr att ge vid inskrivningen, så då kan de i lugn och ro själva läsa igenom den och ställa frågor utifrån broschyren.” (Informant 1)

Avdelningen har tidigare haft en broschyr om avdelningen och rutiner etc., och informanterna menar att verksamheten har förändrats sedan dess, och konstaterar att behovet av en broschyr säkerligen är större idag;

”Vi har ju haft det innan, en liten mapp, om vad man kan förvänta sig här, om hur rondan ser ut, och de har funnits inne på borden /.../ idag är det mycket mera akutsvårdsverksamhet, så behovet finns nog mer egentligen idag/.../ med tanke på att patienterna inte ligger här så länge som förr/.../ (Informant 6)

”/.../ det är en bra grej tycker jag att ha en broschyr eller mapp där det står lite mera information om rutiner, hur man jobbar här, vad som finns och vad man kan få för service här förutom av oss /.../” (Informant 2)

Ytterligare en sjuksköterska ser det utifrån de anhörigas perspektiv, och anser att de har större behov av en broschyr än patienterna;

”/.../ anhöriga efterfrågar nog mer rutiner, patienterna är här och de är uppe i sin sjukdom och har kontakten på något sätt /.../ men anhöriga kanske inte är med från början och får information /.../ (Informant 6)

Anhörigas närvaro vid ankomstsamtalet

Då patienterna har smärtor eller på annat sätt inte orkar eller kan medverka vid ankomstsamtalet, kan det vara bra att ha de anhöriga att tillgå. De kan fylla i och

komplettera till viss del. Men några sjuksköterskor upplevde det som besvärligt och kände det som att de anhöriga ibland tar över samtalet.

”/.../vissa anhöriga har en tendens att ta över samtalet. Andra kan vara jättebra och kan komplettera, så det är lite både och, det kan vara fördelar och nackdelar” (Informant 6)

”/.../ man kan få hjälp av anhöriga också och svara på det viktigaste, men inte de här privata personliga som bara hon eller han kan svara på /.../ sedan får man försöka då de piggnar till sig, fråga lite mera personliga frågor /.../” (Informant 2)

Några sjuksköterskor ser de anhöriga som en möjlighet till att tolka för de patienter som inte kan prata eller förstå det svenska språket;

”/.../ vid inkomstsamtalet om det inte är så att det är någon som inte pratar svenska, då kan det vara så att man använder sig av telefonen och ringer sonen eller dottern som kan prata svenska och ber dem tolka via telefon /.../” (Informant 2)

Sjuksköterskornas syn på ankomstsamtals betydelse för den fortsatta omvårdnaden

Sjuksköterskan uppgav att, det som var av betydelse för den fortsatta omvårdnaden, var i huvudsak:

- Planering av och relationen under den fortsatta omvårdnaden
- Underlättande för planering vid hemgång

Planering av den fortsatta vårdtiden

Sjuksköterskorna menade allmänt här, att om de har ett ankomstsamtal där patientens bakgrund och kontaktorsak framkommer, är vården lättare att planera och utvärdera. Det underlättar även vid överrapportering av patienten till annan personal. Det framkom även att de patienter som sjuksköterskan haft ankomstsamtal, får de en annan kontakt med, än de patienter de inte har haft ankomstsamtal med;

”/.../ viktigt att få med bakgrunden om patienten, hur det är aktuellt just nu för att ha någonting att utgå ifrån /.../ görs en grundlig inskrivning så är det mycket lättare att gå tillbaka och se hur det var när vi började, och hur var symtomen då, mycket lättare att utvärdera.” (Informant 1)

”/.../ den fortsatta vården tycker jag bygger på just planering och det bygger på inkomstsamtalet om vad man tar upp och vad man fick reda på /.../ har man allt från början är det lättare att jobba upp en plan för dem.” (Informant 2)

”/.../ viktigt med bra inskrivningssamtal för att där identifierar man mycket, och det är den identifieringen som leder till åtgärder /.../ alltså där ser jag vad patienten behöver /.../” (Informanten 5)

Ytterligare två sjuksköterskor menade de får en annan kontakt eller relation till de patienter som de har haft ankomstsamtalen med;

”Jag kan känna att en patient som jag har haft ankomstsamtal med själv, känner jag på ett annat sätt än de patienter jag inte har haft, jag lär känna dem fortare/...” (Informant 6)

”/.../ har man ett bra ankomstsamtal, där man har tryckt in det mesta under sökorden, då är jag för det första jätte nöjd själv, det blir mycket lättare för mig, jag känner patienten. Man lär ju känna patienten ändå kanske inte som person men som patient, då har jag det omvårdnadsmissiga och att det är mycket lättare för mig när jag ska rapportera över /.../” (Informant 3)

Underlättande för planering vid hemgång

Många patienter har någon form av planering för sin hemgång. Om det redan vid ankomstsamtalen framkommer hur de bor och om de har någon form av hjälp hemma, är det lättare att planera och eventuellt sätta in stödåtgärder för patienten;

”/.../ när de ska här ifrån, för då är det viktigt att veta hur har han det med familjen, hur bor de och har de hjälp sedan tidigare. Man kan inte slarva för mycket för då blir det fel när de sedan ska här ifrån, så är det ingen bra inskrivning så blir det oftast problem längre fram.” (Informant 2)

”/.../ det är en sån sak som vi får flagga lite för redan vid inskrivningen, om det är t.ex. en patient som inte har någon hjälp hemma för tillfället, men man känner att det skulle vara en idé när de kommer hem, så kan man ta tag i det redan då med patienten, så att det blir ett smidigare förlopp /.../” (Informant 1)

DISKUSSION

Diskussionsavsnittet indelas i metod- och resultatdel.

Metoddiskussion

Metoddiskussionen innehåller reflektioner avseende urval, datainsamling och dataanalys.

Urval

Urvalet skedde med hjälp av en gatekeeper på avdelningen, som tillfrågade sex lämpliga sjuksköterskor, vilka matchade författarnas inklusionskriterier. Med tanke på den pressade tidsplanen från författarnas sida, ansågs detta vara det mest lämpade tillvägagångssättet. Utifrån informanternas synvinkel var detta det smidigaste sättet att tacka ja till att delta i studien, då moment undveks såsom t.ex. ifyllnad av intresseanmälan och godkännande av avdelningschefen.

Viktig information kan dock ha missats med detta förfarande eftersom inte informanterna själva anmälde sitt intresse till gatekeepern, utan blev tillfrågade. Här ser författarna ett problem med bekvämlighetsurvalet, eftersom andra sjuksköterskor som inte blev tillfrågade eventuellt kunde ha annan information, tankar och reflektioner som inte kommit fram.

Författarnas förhoppning var att de skriftliga informationsbladen som överlämnades till biträdande avdelningschefen skulle delas ut till de aktuella informanterna. Efter vad författarna erfor så skedde inte denna utdelning så som planerat. Författarna borde själva delat ut dessa informationsblad.

Våra inklusionskriterier bestod i att informanterna arbetade på den berörda avdelningen, och att de var legitimerade sjuksköterskor. Då olika avdelningars rutiner och vårdinriktningar skiftar, kan även ankomstsamtalets utformning variera. Detta skulle kunna ha påverkat resultatet då våra informanter arbetade på samma avdelning.

Innan studien började var tanken att både kvinnor och män skulle vara representerade, men tyvärr var inte detta möjligt, då det enbart arbetade kvinnor på avdelningen. Författarna tror att ur ett genusperspektiv skulle resultatet kunnat se annorlunda ut och vid en närmare jämförelse hade det blivit ett mer trovärdigt resultat, som Polit och Beck (2006) beskriver strategiskt urval.

Kvale (1997) understryker vikten av antalet informanter vid en kvalitativ intervjustudie. För att uppnå informationsmättad och stärka studiens trovärdighet bör informantantalet ligga mellan 5-25 personer. Med hänsyn till författarnas tidsplan ansöktes om tillstånd av Malmö Högskolas Hälsa och Samhälles Etikprövningsnämnd för åtta informanter, men då detta sedan ytterligare diskuterades mellan författarna bestämdes det att enbart sex informanter skulle intervjuas. Då intervjuerna tenderade att bli långa och djupgående, nöjde sig författarna med detta antal.

Författarna tog kontakt med de tillfrågade informanterna var och en per telefon. Eftersom intervjuerna anpassades efter deltagarnas förutsättningar bestämde de själva dag och klockslag. Detta upplevdes som mycket positivt från informanternas sida.

Datainsamling

Författarna valde mellan att göra en observations- eller intervjustudie. Med hänsyn till både praktiska och etiska skäl bestämde författarna, i samråd med gatekeepern, att intervjuer var den bäst lämpade datainsamlingsmetoden.

Som datainsamlingsmetod användes semistrukturerade bandade intervjuer, med Kvales (1997) struktur för intervjuguide som underlag (se Bilaga 1). Inledningsvis genomfördes en pilotintervju med en sjuksköterska från samma avdelning som resterande informanter, för att undersöka om informanten kunde tolka intervjufrågorna och om tidsplaneringen stämde. Denna pilotintervju kunde användas i resultatet. Pilotintervjun gav författarna sedan ett redskap att utveckla sin intervjuteknik och denna förbättrades under hela datainsamlingen (Kvale, 1997). Till exempel utvecklades förmågan att lyssna och invänta svar utan att ingripa.

För att uppnå en trygg och avslappnad stämning mellan författarna och informanten bjöds det på ”julfika”, samtidigt som det allmänna samtalet påbörjades för att klargöra eventuella frågor.

Alla intervjuerna spelades in med två olika inspelningsapparater för att säkerställa att informationen verkligen sparades. Inspelningen medförde flera positiva aspekter för författarna; vid intervjutillfällena kunde den intervjuande författaren koncentrera sig på informanten och samtalen, medan den andra författaren skrev fältanteckningar och kunde komplettera med ytterligare frågor på slutet. En nackdel med inspelningen var att författarna ibland upplevde att informanterna hämmades av vetskapen om att bli inspelade, och att informationen sedan skulle analyseras och bearbetas av författarna. Informanterna tenderade att slappna av sedan bandspelaren stängdes av efter intervjun, och kunde då prata mer fritt, vilket beskrivs av Kvale (1997), som ett känt fenomen. Bandspelaren stängdes därför inte av förrän författarna upplevde att frågorna var tillgodosedda, för att minimera att viktig information utelämnades.

Dataanalys

Transkriberingarna skedde ordagrant så tillvida att alla pauser, skratt och suckar skrevs ut. Kvale (1997) beskriver detta som ett sätt att öka trovärdigheten på materialet.

När transkriberingarna var genomförda, lästes de igenom ett flertal gånger och likheterna och skillnaderna ströks under med hjälp av färgpennor. Detta gjorde författarna separat för att öka trovärdigheten på studien. Vid en närmare jämförelse av författarnas understreckningar stämde dessa väl överens med varandra, vilket också kan förklaras av författarnas diskussioner som genomfördes efter varje intervjutillfälle.

Med inspiration av Lundman och Hällgren Graneheim (2008) genomförde författarna analys av innehållet utifrån intervjuguidens fem frågeområden. På grund av tidspress och för att underlätta för läsaren, analyserade inte författarna intervjutexterna i sin helhet, så som brukligt vid kvalitativ innehållsanalys, utan analyserade innehållet i respektive fråga var för sig.

Intervjuerna gav mycket information, därav en del information som sorterades under begreppet ”dross”, skräp. Inga bifynd påträffades som ansågs relevanta till studiens syfte och frågeställning.

Etiska överväganden

Författarna valde mellan att utföra observationsstudier eller kvalitativa intervjuer. Det som hade varit svårt med observationsstudier i vår studie, var att inte bara sjuksköterskorna hade blivit observerade, utan också patienterna. Detta innebär att författarna hade varit tvungna att söka tillstånd, inte bara av patienten, utan även hos MAH:s etiska prövningsnämnd. Då författarna endast var intresserade av sjuksköterskornas synpunkter uteslöts observationsstudier även av den anledningen.

En reflektion som kan ha påverkat resultatet är att de tillfrågade informanterna möjligen känt sig utpekade och ifrågasatta vad det gäller genomförandet av sina ankomstsamtal, då de tillfrågades av gatekeepern om deltagande i denna studie.

Studiens trovärdighet

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) finns det olika sätt för en studies författare, att stärka *giltigheten* för studiens resultat. Det kan vara till exempel att använda sig av citat från intervjuerna, vilket även denna studies författare har

använt sig av. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) har urvalsstrategin för deltagarna i studien också betydelse för resultatets giltighet, då kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva variationer. Författarna till denna studie strävade efter variation vad gäller kön, ålder och arbetslivserfarenhet, för att undersöka området utifrån olika erfarenheter. På avdelningen arbetade enbart kvinnliga sjuksköterskor, således kunde inte området undersökas från ett manligt perspektiv, vilket annars hade kunnat ge studien ytterligare variation . Det faktum att bägge författarna närvarade vid intervjuerna och utförde delar av analysarbetet gemensamt styrker *tillförlitligheten*, detta konstaterar även Lundman och Hällgren Graneheim (2008). För att underlätta studiens bedömning av *överförbarhet* till andra sammanhang har författarna noggrant beskrivit urval, datainsamling och dataanalys, så som Lundman och Hällgren Graneheim (2008) beskriver det.

Resultatdiskussion

För att underlätta för läsaren valde författarna att dela upp resultatdiskussionen utefter kategorierna som följer intervjuguiden.

Det var svårt att hitta litteratur och tidigare forskning som behandlar begreppet ankomstsamtal, detta gjorde det extra angeläget för författarna att utföra följande studie.

Sjuksköterskornas tankar om begreppet ankomstsamtal

Huvuddelen av informanterna såg detta tillfälle som en möjlighet att skapa den första kontakten med patienten. De såg det även som det första tillfället att öppna upp en relation till patienten och få dem att känna trygghet på avdelningen. Det innefattade även att personalen gav information om avdelningen och dess rutiner, och att patienten berättar om sitt hälsotillstånd och kontaktorsak, precis som Ehnfors et al (1998) belyser det i VIPS-boken.

Skaug och Dahl Andersson (2005) benämner insamlingen av information om och av patienten med datainsamling. Även informanterna i denna studie benämnde ankomstsamtalen olika, såsom inkomstsamtal, inskrivningssamtal. Huvudsaken var att informanterna och författarna var överens om att de belyste samma område.

I sin bok skriver Eide och Eide (1997) att inledningen i ett samtal inom vården har fyra huvudfunktioner; att upprätta en relation, skapa kontakt och trygghet, precisera ramarna kring samtalet, vad gäller tid, plats och syfte samt påbörja problemindentifikation. Även informanterna i vår studie menade att de verkligen strävar efter att det ska bli ett positivt möte, men att den stressiga arbetsmiljön med det stora patientflödet, ibland kan göra att de upplever att de inte räcker till för att inge den eventuella trygghet som patienten kan behöva när de blir inlagda på avdelningen.

Hur sjuksköterskan uppger att hon genomför ett ankomstsamtal

Informanterna pratade om skillnaden vid inskrivning om patienten kom in akut eller som ett planerat intag. Då patienten kommer in akut tar sjuksköterskan bara reda på den "viktigaste" informationen direkt när patienten kommer till avdelningen, om det inte fanns någon tid till ett mer komplett samtal. Den viktigaste informationen beskrev informanterna som närmast anhörig, sekretess och allergi. Sjuksköterskan kompletterar sedan samtalet och sätter sig ner hos

patienten när tid finns och patienten mår bättre. Ehnfors et al (1998) beskriver att det är viktigt som vårdpersonal att utgå ifrån patienten och ge patienten optimalt välbefinnande i den situation de befinner sig i.

De flesta av studiens informanter underströk vikten av att kunna förbereda sig innan patienten kommer till avdelningen. Någon informant beskrev det som att det var bättre att ha läst på om patientens diagnos, aktuell status samt tidigare och eventuella pågående behandlingar när patienten kommer in. Detta för att lättare kunna öppna upp för samtalet med patienten och kunna svara på eventuella frågor som patienten har. Andra informanter tyckte också det var viktigt att ha läst den senaste vårdepikrisen. Denna inläsning av patienten är lättare att hinna med att göra om patienten kommer in för planerat intag, då informanterna har tillgång till patientens personnummer och kan därmed läsa in sig på patientens journaler. Enligt Skaug och Dahl Andersen (2005) är det viktigt som vårdpersonal att samla in data, datainsamling, för att tillgodose patientens behov under vårdtiden. Denna insamling ska ske systematiskt och kontinuerligt för att bidra till den mest optimala omvårdnaden av patienten.

Kruijver et al (2001) konstaterar i sin studie att huvuddelen av ankomstsamtalet utgörs av slutna frågor. Av denna studies informanter var det en övervägande majoritet, det vill säga fem av sex som använde sig av Meliormallen och dess sökord som redskap för att få fram viktig relevant information av patienten vid ankomstsamtalet. Redskapet användes på olika sätt, några av studies informanter använde det som ett stöd vid samtalet för att inte glömma några sökord. Andra informanter inledde samtalet med en inledande fråga och lät sedan patienten själv berätta om sin situation och hälsohistoria. Detta visade att dessa informanter hellre såg till att ankomstsamtalet blev patientens egen berättelse och kunde istället använda Meliormallen för att belysa de sökord som inte patienten berört.

Det var flera informanter som poängterade att det var mycket viktigt att inte pressa patienten med att ställa många frågor från inskrivningsmallen på en gång, mådde inte patienten bra var det inte etiskt rätt mot patienten, istället fick sjuksköterskan komma in till patienten vid ett senare tillfälle då patienten mådde bättre och kunde hantera frågorna både psykiskt och fysiskt. Kompetensbeskrivningen beskriver vikten av sjuksköterskans lyhördhet vid kommunikation med patienten (Socialstyrelsen, 2005).

Det var bara en utav denna studies informanter som genomförde ett ankomstsamtal samtidigt som hon utförde andra saker med patienten, t.ex. kopplade dropp eller satte nål på patienten, men detta var bara om informanten kände patienten sedan tidigare. Om inte informanten hade träffat patienten tidigare gjorde hon som de andra informanterna, det vill säga, att hon satte sig på en stol bredvid patienten och utförde samtalet. Klang Söderqvist (2007) understryker att sjuksköterskan ofta gör de praktiska sakerna med patienten och de återgårdar som bör göras, istället för att låta patienten berätta om sin situation för sjuksköterskan.

De flesta informanterna var eniga om att det fanns vissa sökord i Meliormallen som inte belyses så ofta vid ankomstsamtalen, det var speciellt sexualitet/reproduktion och andligt/kulturellt. Vissa informanter menade att de sökorden upplevdes som besvärande både från sjuksköterskan och patientens sida. En informant beskrev att det var viktigt att gå in i sin yrkesroll som sjuksköterska

och inte visa patienten sin osäkerhet och nervositet inför de frågorna och eventuella svar som upplevdes som besvärande. Detta kunde göra att patienten blev hämmad och också kände sig bevärad över att behöva svara på de frågorna. Enligt kompetensbeskrivningen är det viktigt att som legitimerad sjuksköterska vara kompetent i sin yrkesroll gentemot patienter och deras anhöriga (Socialstyrelsen, 2005).

Orsaken till att sökordet sexualitet inte används så ofta förklarar en informant beror på rädslan att få frågor tillbaka från patienten som inte sjuksköterskan kan svara på och det bottenar i okunskap inom det ämnet. En annan sjuksköterska menade att patientens relation till sin partner kunde dokumenteras under sökordet sexualitet, och att det inte var nödvändigt att dokumentera huruvida patientens förmåga att utföra ett samlag kunde bero på sjukdomen/diagnosen, utan de djupare frågorna kunde sjuksköterskan inhämta efter några dagar då en närmre och bättre kommunaktion hade byggts upp mellan sjuksköterskan och patienten. Klang Söderkvist (2007) menar att det är viktigt som sjuksköterska att kunna planera hur samtalet bör genomföras för att sedan nå målet, och detta ska beaktas utifrån patients behov och önskemål.

Andligt och kulturellt var ett annat sökord som inte heller dokumenterades så ofta, en informant förklarade det med att det enbart dokumenterades i sökorden sexualitet/reproduktion och andligt/kulturellt om det fanns något att dokumentera, till exempel om patienten är Jehovas vittne eller om det skulle vara en ung patient med testikelcancer. Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (2008:14) beskriver vårdpersonalens plikt till journalföring och hur denna bör ske, för att bland annat säkerställa sekretess.

Då arbetsbelastningen är större på eftermiddagen på grund av minskat personalantal och att de fler inskrivningar bidrar detta till ofullständiga ankomstsamtal. Flera informanter hävdar att sjuksköterskorna ska arbeta som ett team, vilket innebär att nästkommande pass ska hjälpa till och fylla i de uppgifter i ankomstsamtalet som inte är dokumenterade. En av informanternas förhoppning är också att nästkommande pass ska komplettera de uppgifter som saknas i ankomstsamtalet, men understryker att det oftast inte görs på grund av tidsbrist, så sjuksköterskan jobbar istället över för att genomföra och dokumentera ett komplett ankomstsamtal samma dag. I Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) beskrivs det faktum att sjuksköterskan bär ansvar för att hennes arbetsuppgifter slutförs, om dessa ska överlämnas ska detta enbart ske om säker och god omvårdnad kan säkerställas.

Hur sjuksköterskan uppger att tid och plats har betydelse för ankomstsamtalet

Tid och plats berodde, enligt informanterna, dels på hur patienten mår men också vilken tid på dygnet patienten blir inlagd. Deras ambition är att tillgodose patientens personliga integritet så långt det är möjligt samt att ta hänsyn till patientens vilja och önskemål. Ofta blir patienten inlagd på sen eftermiddag/kväll, då många av personalen har gått hem för dagen, vilket gör att den personal som är kvar på avdelningen får större arbetsbelastning och inte hinner göra det tillfredsställande ankomstsamtalet som de önskar. Inte heller upplevde de att de har möjlighet att använda sig av de alternativa lokaler som finns att tillgå, då de andra patienterna riskerar att bli försummade.

Precis som i vår studie kom Walsh och Kowanko (2002) i sin undersökning fram till att de tillfällen som vårdpersonalen kompromissade med patientens värdighet, uppkom oftast på grund av tidsbrist och arbetsbelastningen på avdelningen.

Woogara (2005) konstaterar i sin studie att vårdpersonalen arbetar mycket på rutin och att personalen många gånger inte ser personen utan enbart patienten, vilket gör att personalen inte respekterar integriteten i omvårdnads- och samtalssituationer. Även Woogara (2005) menar även att dessa brister uppkommer dels på grund av otillräckliga personalresurser, dels på kunskapsbrister gällande patientens integritet och värdighet i vården.

Sjuksköterskorna i vår studie menade också att då de kommer in till patienten och ger ett stressat intryck, finns risken att patienten också blir stressad och glömmer bort viktig information. Eide och Eide (1997) menar att det är viktigt hur vårdgivaren inleder mötet och menar att om patienten har en bild av sjuksköterskan som auktoritär, irriterad och hektisk kan sjuksköterskan justera denna bild redan vid första mötet genom att vara en vänlig, lyssnande sjuksköterska som tar sig god tid till patienten. Några informanter var noga med att belysa att när de är inne hos patienten försöker de att vara närvarande både fysiskt och psykiskt för att skapa en bra relation och för att patienten ska våga ”öppna sig”.

I Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) belyses vikten av att sjuksköterskan är lyhörd för patienter och närstående. Information ska ges på patientens nivå och sjuksköterskan måste vara observant på möjliga hinder för att nå patienten, vilket lättast görs genom att dialog upprätthålls mellan sjuksköterskan och patienten. Vissa informanter belyste just det att många gånger upplevde de att tiden inte räckte till för att låta samtalet bli en dialog, utan det blev istället så att de ställer frågorna och patienten svarar.

I VIPS-boken belyser Ehnfors et al (1998) respekten för patientens integritet. Att få den personliga integriteten eller värdigheten kränkt är som att bli avklädd. Enligt HSL (SFS1982:763), § 2, ska vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienter och vårdpersonal och att vården, så långt det är möjligt, ska utformas i samråd med patienten. I vår studie framkom det att sjuksköterskorna ofta lät patienten själva ta beslut om att sitta kvar på salen och ha ankomstsamtalet eller sitta i ett annat rum. Om patienten accepterade att sitta kvar på salen, menade informanterna att de drar för draperiet och, som en informant uttryckte det, då kan man *tro* att grannpatienter inte ser och hör. Även sekretesslagen (SFS1980:100), belyser skyddandet av patientens integritet och även om patienten accepterat att ha sitt ankomstsamtal på salen, vet denne kanske inte om sina rättigheter vad gäller skyddandet av sekretessen.

Bäck och Wikblad (1998) kom i sin undersökning fram till att sjuksköterskan bedömde patientens behov av avskildhet högre än patienten själv, och menade att sjuksköterskor är medvetna om dels patientens behov av avskildhet och integritet, dels att det faktiskt är en viktig del i omvårdnaden av patienten. Författarna konstaterade även att om sjuksköterskan är bekväm i vårdmiljön, kan de också tillhandahålla tillfredsställande avskildhet, när så behövs. En aspekt som framkom av vår studie var att patienterna blir vänner med grannpatienterna och det var, enligt informanterna, positivt på så vis att de delar sina erfarenheter och

upplevelser med varandra. Men för sjuksköterskan och för den fortsatta omvårdnaden på avdelningen kan det vara mindre bra, då patienterna riskerar hålla inne med viktig information som de inte vill att grannpatienten ska få reda på, menade de. Sjuksköterskorna konstaterade att man som sjuksköterska måste vara observant på frågeformuleringen och vad patienten egentligen svarar på.

Sjuksköterskornas beskrivningar av kommunikation/ interaktion i ankomstsamtalet

Klang Söderkvist (1998) skriver också att för att patienten ska kunna fatta rationella och kloka beslut, genomföra besluten och värdera resultaten måste hon eller han bli sedd, bekräftad och lyssnad på (a.a.). En av denna studies informanter menar att det är viktigt att låta patienten "landa" på avdelningen först innan sjuksköterskan gör hela ankomstsamtalet, speciellt om patienten kommer till avdelningen för första gången. Då är det bättre att sjuksköterskan bara presenterar sig för patienten för att bekräfta att personalen vet att patienten har kommit, och låta undersköterskan sköta inkomstk kontrollerna för att sjuksköterskan senare ska genomföra hela ankomstsamtalet. Kompetensbeskrivningen belyser vikten av att som sjuksköterska kunna kommunicera på patientens nivå och därefter ge lämpig information (Socialstyrelsen, 2005). Enligt VIPS- modellen bör sjuksköterskan rätta sig efter patientens önskemål, värderingar och upplevelser kring sin ohälsa (Ehnfors et al, 1998).

Flera av denna studies informanter beskrev att kommunaktionen bör vara individ- och situationsanpassad. De patienter som varit på avdelningen förut känner sig oftast fortare "hemma" och kommer in i avdelnings rutiner snabbare, men detta är inget som sjuksköterskan kan förutsätta eftersom alla patienter är olika patienter. Det är mycket viktigt att som sjuksköterska kunna känna av patienten och patientens informationsnivå.

Andersson (2007) skriver att varje möte i vården är unikt och därför krävs det att personalen har en flexibel och en god kommunikativ förmåga.

En informant låter sig kommunikativt komma nära in på patienterna, för att då lättare bygga upp en relation och utifrån den utföra bästa tänkbara omvårdnad. Då kommunikationen utgör en stor del av sjuksköterskeprofessionen anser informanten att detta är grundpelaren till god omvårdnad. Även Andersson menar att det är patientens rätt att veta och förstå sina bekymmer, och att bli sedd och förstådd som den person han eller hon är (Andersson, 2007).

Maguire och Faulkner (2002) hävdar i sin studie att det finns problem inom kommunikationstekniker inom vården och att dessa brister, som författaren ser det, kommer ifrån sjuksköterskeutbildningen. En av vår studies informanter var väl införstådd med att hennes samtalsteknik var fel, hon uppgav att hon själv styrde samtalet istället för att låta patienten själv styra det. Maguire och Faulkner (2002) tror att kommunaktionsbristen kan minskas till exempel genom rollspel som utförs och tränas under sjuksköterskeutbildningen. Även Kruijver et al (2001) instämmer att mera kommunikationsträning bör finnas med i sjuksköterskeutbildningen.

I Kruijver et al (2001) studie studerades bland annat ankomstsamtalet innehåll mellan sjuksköterskor och patienter. Resultaten blev att de flesta ankomstsamtal bestod mestadels av den icke verbala kommunikationen som till exempel ögon blinkningar och nickningar.

Kommunaktion kan ske på många olika sätt, i denna studie har författarna sett skillnader i sjuksköterskornas beskrivningar av kommunaktion som verbalt, icke-verbalt, dialog, envägskommunikation samt med hjälp av material och anhöriga. En informant beskrev att kommunaktionen bör vara individanpassad och informationen som ges ska inte vara "inlindad" utan rak och ärlig. Detta medför att patienterna får respekt och tillförlit till personalen och vågar då eventuellt berätta om sin situation och historia. Informanten betonade även att vissa patienter måste få frågorna för att ge några svar, en typisk envägskommunikation, men som ger och tar information på ett sakligt och etiskt sätt.

Informationsbroschyr kan användas som ett komplement till det verbala ankomstsamtalet då patienten förväntas kunna komma ihåg mycket information, bland annat om avdelnings rutiner och tider. Flera av studiens informanter efterlyser att detta hade funnits på avdelningen för att patienter och deras anhöriga lättare ska kunna se hur avdelningen fungerar och vilken service de kan förvänta sig.

Anhörigas medverkan i samtalet tycker vår studies informanter är övervägande positivt. Då inte patienten är mottaglig för att ge eller kunna ta emot information, kan anhöriga hjälpa till att ge den viktigaste informationen om patienten, de personliga frågorna ställs av sjuksköterskan direkt till patient vid ett senare tillfälle. En annan informant kan även uppleva att anhöriga ibland har en tendens att ta över samtalet.

Anhöriga kan även vara bra vid språksvårigheter mellan patient och sjuksköterskan, då tolkning från anhöriga kan vara den enda men inte bästa lösningen vid ankomstsamtalet.

Sjuksköterskornas syn på ankomstsamtals betydelse för den fortsatta omvårdnaden

Enligt Ehnfors et al (1998) bygger begreppet ankomstsamtal på en blandning av uppgifter om patientens situation före vårdepisoden och den aktuella situationen. Författarna menar att mål ska formuleras och åtgärder planeras samt att den omvårdnad som ges ska vara av högsta kvalitet och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Studies sjuksköterskor menade, även de, att det är viktigt att det i ankomstsamtalet framkommer bakgrund om patienten, aktuellt status samt kontaktorsak, då det underlättar för planerande och utvärderande av vården. De konstaterade också att det är just under ankomstsamtalet som man identifierar mycket som handlar om patienten och som sedan leder till adekvat planering av åtgärder. Skaug och Dahl Andersson (2005) konstaterar också att datainsamling från och om patienten är viktig för att tillgodose patientens behov av omvårdnad och utgör grunden för problemlösning i omvårdnaden.

Ehnfors et al (1998) syftar på att avsikten med prevention är att upptäcka och vidta åtgärder vid förekommande och potentiella problem i omvårdnads- och patientsituationer. I vår undersökning konstaterades att de patienter som sjuksköterskan har haft ankomstsamtal med får hon en annan kontakt eller relation till. Hon lär känna dem fortare och det underlättar, menade informanterna, bland annat vid överrapportering till annan personal och hon kan därmed, precis Ehnfors et al (1998) skriver, upptäcka och åtgärda problem i ett tidigt skede.

Det framkom av vår undersökning att många av patienterna har någon form av planering för sin hemgång. Sjuksköterskorna i vår undersökning konstaterade att

om det redan i ankomstsamtalet framkommer hur de bor och om de har någon form av hjälp i hemmet är lättare att planera för eventuella stödåtgärder vid hemgången. Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005) belyser ett område gällande sjuksköterskans bemötande, information och undervisning. Enligt Kompetensbeskrivningen ska sjuksköterskan inte bara vara lyhörd och kunna kommunicera både med patienter och närstående, hon ska också observera och möta deras behov, vilket kan gälla vid till exempel planerad hemgång och eventuella stödåtgärder.

SLUTSATSER

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskorna på den berörda avdelningen genomför ankomstsamtal med patienter. Det framkom genom intervjuerna att informanterna arbetar på en vårdavdelning som ställer krav på sjuksköterskan att vara flexibel och kunna hantera fler uppgifter samtidigt.

Tanken med studien var, att i ett längre perspektiv eventuellt kunna förändra förutsättningarna för, inte bara kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten, utan också förutsättningarna för möjligheten att arbeta ur ett mer patientcentrerat synsätt.

Hur sjuksköterskan strukturerar upp ankomstsamtalet beror delvis på sjuksköterskornas individuella förmågor och kunskap samt tidsbristen som informanterna upplevde på avdelningen. Detta måste beaktas eftersom många av sjuksköterskorna på den berörda avdelningen inte har så lång arbetslivserfarenhet som legitimerade sjuksköterskor. Eftersom denna studies berörda avdelning har högt patientflöde och stor arbetsbelastning bör därutav även hänsyn tas till resultatet.

Innehållet av ankomstsamtalet styrs oftast av om patienten kom in akut eller om det var ett planerat intag. Utifrån det används Meliormallen på olika sätt och om sjuksköterskan hade hunnit läsa i patientens journal.

De faktorerna som påverkar ankomstsamtalet beror delvis på att ankomstsamtalet oftast sker på sen eftermiddag/kväll då personalstyrkan är reducerad, vilket leder till att många av ankomstsamtalen inte blir kompletta. Det kan i sin tur eventuellt äventyra patientsäkerheten. Kombinationen av den höga arbetsbelastningen och tidpressen som informanterna upplever bidrar till att de flesta ankomstsamtal genomförs inne på patientens sal. Då blir det svårt för vårdpersonalen att beakta styrdokumentet i större utsträckning, eftersom många av patientsalarna är tresalar, och kan då inskränka patientens personliga integritet.

Författarna hade gärna sett att andra studier kunde arbeta utifrån denna studie och sedan gjort jämförelse med hur liknande frågor uppfattats utifrån patientens synvinkel. Denna kombination kunde eventuellt ligga till grund för hur sjuksköterskor borde genomföra sina ankomstsamtal.

Framtida värde

Som blivande sjuksköterskor upplever vi, inför våra kommande ankomstsamtal, att vi kan få nytta av informationen som gavs under intervjutillfällena, och vi har fått en inblick hur viktiga dessa samtal är. Informanterna har även delgett oss

användbar information som uppmuntrat oss inför vår tid som ny utexaminerade sköterskor.

Genom att vi använt oss av intervjuer som datainsamling, har vi även fått öva vår intervjuteknik inför kommande ankomstsamtal.

I Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor står det beskrivet att sjuksköterskan ska ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående och personal på ett lyhört, respektfullt och empatiskt sätt (Socialstyrelsen, 2005). Resultatet från vår studie kan ligga som grund till riktlinjer för sjuksköterskan i hennes framtida möte med patienter och deras anhöriga.

Resultatet från studien kan även ligga till grund för framtida forskning inom kommunikation i vården.

Ur ett genusperspektiv hade det varit intressant att se ytterligare forskning om hur ankomstsamtalen skiljer sig åt, då vi inte hade möjlighet att undersöka denna eventuella skillnad.

REFERENSER

- Andersson, S-O (2007) Mötet och samtalet. Foosum, B (red.) *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur
- Bäck, E & Wikblad, K (1998) Privacy in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 940-945
- Dahl Andersen, I & Skaug, E-A (2005) Beslutsprocesser i omvårdnad. Jahren Krisffersen, N, Nortvedt, F & Skaug, E-A (red) *Grundläggande omvårdnad del 1*. Stockholm; Liber, s 184-214.
- Ehnfors, M et al (2000) *VIPS-boken, om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförbundet
- Eide, H och Eide, T (1997) *Omvårdnadsorienterad kommunikation, Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur
- Hällgren Graneheim, U & Lundman, B (2008), Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur
- Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763
- Informationshantering och journalföring i hälso-och sjukvården (SFS2008:14)
- International Council of Nurses, ICN, (2005) Etiska kod för sjuksköterskor
- Jones, A (2007) Admitting hospital patients: a qualitative study of an everyday nursing task *Nursing Inquiry* 14:3, 212-223
- Kennedy Sheldon, L, Barret, R & Ellington, L (2006) Difficult communicating in nursing. *Journal of Nursing Scholarship* 38:2, 141-147
- Klang Söderkvist, B (2007) Information-undervisning-lärande. Foosum, B (red.) *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur
- Kruijver, I. P. M et al (2001) Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing* 34(6), 772-779
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund; Studentlitteratur
- Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531)
- Maguire, P & Faulkner, A (2002) How to improve counseling skills of doctors and nurses in cancer care. *British Journal of Medicine* 297, 847-849
- Polit, D & Beck, C (2006) *Essential of nursing research. Methods, appraisal and utilization (6th edition)*. Philadelphia; Lippincott
- Sekretesslagen (SFS1980:100)

Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*(Artikelnr.2005-105-1)

Walsh, K & Kowanko, I (2002) Nurses and patients perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 143-151

Woogara, J (2005) Patients privacy of the person and human rights. *Nursing Ethics* 12:3, 273-287

INTERVJUGUIDE

- Vad är det första Du tänker på när Du hör begreppet ankomstsamtal?
- Kan du beskriva hur Du brukar genomföra ett ankomstsamtal med en patient?
- Vilken betydelse tror Du att tid och plats har för dess innehåll?
- Hur vill Du beskriva kommunikationen/interaktionen i samband med ankomstsamtalet?
- Vilken betydelse tror Du att ankomstsamtalet har för den fortsatta omvårdnaden?

Avslutningsvis kommer informanten att få uppge ålder och arbetslivserfarenhet.

Informationsbilaga

Bilaga2

Projektets titel: Varje möte är ett nytt möte	Datum:
Studieansvariga: Carina Alm och Evelina Mårtensson Din E-post som student vid Malmö högskola: Hss06104@stud.mah.se Hss06092@stud.mah.se	Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040- 6657000 Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet Nivå: Kandidatnivå

Hej!

Vi är två sjuksköterskestudenter vad namn Carina Alm och Evelina Mårtensson som läser på Malmö Högskola. Nu under hösten 2008 ska vi skriva vår kandidatuppsats, där vi har valt att göra en empirisk kvalitativ studie.

Rubriken på projektet är "Ankomstsamtal mellan sjuksköterskor och patienter", så vårt syfte med denna studie är att undersöka hur sjuksköterskor beskriver att de genomför ankomstsamtal. Vi kommer att använda oss av enskilda intervjuer som kommer att äga rum här på avdelningen i ett avskilt plats. Intervjuerna är förlagda under v.46-47 och kommer att pågå ca 45min/gång. Båda författarna kommer att vara med under intervjuerna, men en av oss kommer att intervjua och den andra att dokumentera. För att studien ska bli så trovärdig som möjligt ska samtalen även att spelas in på band.

Tanken är att intervjua 6st frivilliga sjuksköterskor med varierade åldrar och arbetslivserfarenhet. Deltagande i studien är självklart helt frivilligt och kan avbrytas när som helst. Det insamlade materialet kommer att aidentifieras och Ert deltagande kommer att förbli anonymt under hela studiens gång. Alla deltagare har rätt att läsa det färdiga projektet.

Om ni har några vidare frågor tveka inte att höra av er till oss.

Carina Alm tel: (mobilnr. angivet) hss06104@stud.mah.se

Evelina Mårtensson tel: (mobilnr.angivet) hss06092@stud.mah.se

Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien.

Med Vänliga Hälsningar

Carina Alm

Evelina Mårtensson

Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien

Formulär

Samtyckesbilaga

Bilaga 3

Projektets titel: Varje möte är ett nytt möte	Datum:
Studieansvarig/a: Carina Alm och Evelina Mårtensson E-post som student vid Malmö högskola: Hss06104@stud.mah.se Hss06092@stud.mah.se	Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040-6657000 Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet Nivå: Kandidatnivå
<p>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</p>	
<p>Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:</p> <p>Datum:</p> <p>Deltagarens underskrift:</p>	

Inskrivningsmall

Bilaga 4

Utskrift av mallar

Datum : 2008-09-15

Mall : Onk inskrivning Omv
(Aktivitet Inskrivning Omv)

Id	Sökord	Obl.	Objektstyp	Ev. en/flerval
2374	Hemklinik	Nej	Fritext	
5047	Intagning från	Nej	Fritext	
11663	Kontaktsak	Nej	Fritext	
2399	Identitetskontroll/Id-band	Nej	Enval	Fotolegitimation Ingen fotolegitimation Ingen id-handling Bekräftad av anhörig Bekräftad via id-band : Patienten känd
3771	Uppgiftslämnare	Nej	Flerval	Patienten Anhörig Annan vårdgivare Bekant Journalhandling Via tolk :
762	Upplysning	Nej	Enval	Får lämnas till alla Får endast lämnas till : Sekretess Okänt
3756	Tillfälliga uppgifter	Nej	Fritext	
7882	Kontaktpärm finns	Nej	Enval	Ja Nej
19010	VMI/VAI/Läkemedel-fråga	Nej	Flerval lång skyddad	Pat vill/kan ej uppge Förnekas Var god se varningsknappar Ej penetrerat
255	PAL	Nej	Fritext	
3389	Omv ansvarig ssk	Nej	Fritext	
221	Hälsohistoria	Nej	Fritext	
297	Längd	Nej	Integer	
298	Vikt	Nej	Decimal	
2520	BMI	Nej	Decimal	
2241	Energibehov	Nej	Decimal	
622	Blodtryck	Nej	Integer	
3689	Puls	Nej	Integer	
6535	SaO2	Nej	Integer	
2969	Temp	Nej	Decimal	
241	Kommunikation	Nej	Fritext	
225	Kunskap/utveckling	Nej	Fritext	
3289	Information/Undervisning	Nej	Fritext	
238	Andning	Nej	Fritext	
240	Cirkulation	Nej	Fritext	
693	Neurologi	Nej	Fritext	
226	Nutrition	Nej	Fritext	
19200	Riskbedömning Undernäring	Nej	Enval	Bedömd

Sida 1

Utskrift av mallar

Datum : 2008-09-15

440	Kost	Nej	Fritext	Ej bedömd
239	Elimination	Nej	Fritext	Ej aktuell
3392	Hud/vävnad	Nej	Fritext	
17859	Mod Nortonskala	Ja	Enval	
19046	Tryckskada/sår	Ja	Enval	Bedömd Ej bedömd Ej aktuell
19011	Downton Fall Risk Index	Ja	Enval	Ja, vid ankomsten Ja, uppkommit på sjukhus Ej undersökt Nej
601	ADL	Nej	Fritext	Bedömd
2268	Mobilisering	Nej	Fritext	Ej bedömd
229	Sömn	Nej	Fritext	Ej aktuell
236	Smärta	Nej	Fritext	
797	Smärta VAS(0-10)	Nej	Decimal	
2269	Sexualitet/Reproduktion	Nej	Fritext	
231	Psykosocialt	Nej	Fritext	
232	Andligt/kulturellt	Nej	Fritext	
233	Välbefinnande	Nej	Fritext	
17331	Självbild	Nej	Fritext	
17332	Självbestämmande	Nej	Fritext	
18177	Sociala relationer	Nej	Fritext	
17334	Summering	Nej	Fritext	
17338	Samtycke	Nej	Fritext	
17336	Symtomlindring	Nej	Fritext	
3708	Sammansatt status	Nej	Fritext	
727	Restriktioner	Nej	Fritext	
8367	Planerade åtgärder	Nej	Fritext	
778	Övrigt	Nej	Fritext	

