



**Karolinska
Institutet**

CLINTEC

Sektionen för radiografi
Examensarbete Grundnivå, 15 hp
Höstterminen 2015

**Patientsäkerhet förutsätter kommunikation/dialog mellan
patient, röntgen- och vårdavdelning
-En intervjustudie**

**Patient safety requires communication/dialogue between the
patient, radiology- and hospital departments
-An interview study**

Reviderat 2016-01-14

Författare: Johanna Laukkanen
Examinator: Barbro Mendel
Handledare: Linda Wennberg

Sammanfattning

Titel: Patientsäkerhet förutsätter kommunikation/dialog mellan patient, röntgen- och vårdavdelning

Författare: Johanna Laukkanen

Karolinska Institutet, CLINTEC, Sektionen för radiografi

Examensarbete Grundnivå, 15 hp

Höstterminen 2015

En samlad information om patientens radiologiska undersökningar var ibland svåra att tillgå. I vissa fall sker informationen muntligt eller skriftligt mellan röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor. Vid andra tillfällen är det patienten själv som exempelvis berättar om obehag i form av smärta eller utdragna och komplicerade ingrepp. Det finns avvikelserapporter där orsaken grundats i bristande dokumentation. **Syftet** med studien var att studera sjuksköterskors erfarenhet av patientinformation efter utförd röntgenundersökning. **Metod** för studien var en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor där fem sjuksköterskor intervjuades. **Resultatet** belyser två huvudkategorier; sjuksköterskans upplevelser av bristfällig information samt sjuksköterskans hantering av bristfällig information. Det framgick att patienten ofta var den främsta informationskällan och att samtliga sjuksköterskor ofta tog beslut efter egen yrkeslivserfarenhet. Brist på information ledde till osäkerhet bland sjuksköterskorna. **Sammanfattningsvis** går det att konstatera att samtliga sjuksköterskor i studien hade erfarenheter av bristande patientinformation som i sin tur lett till felaktig eftervård.

Nyckelord: Radiologi, Patientinformation, Sjuksköterska, Kommunikation.

Abstract

Title: Patient safety requires communication/dialogue between the patient, radiology- and hospital departments

Author: Johanna Laukkanen

Karolinska Institutet, CLINTEC, Division of Radiography

Bachelor thesis, 15 credits

Autumn 2015

Comprehensive information about the patient's radiological examinations were sometimes difficult to access. In some cases, the information transferred verbally or in writing between radiographers and nurses and other times it was the patient who, for example, describes discomfort in form of pain in protracted or complicated procedures. The divergence reports were caused due to lack of documentations. The **aim** of the study was to examine nurses' experience of patient information after performing radiological examinations. **Method** of the study was a qualitative interview study with semi-structured interviews where five nurses were interviewed. The **result** highlights two main categories; nurse's experiences of poor information and nurse's handling of incomplete information. It appeared that the patient was often the main source of information and that all nurses often took decisions from their own professional experience. Lack of information led to uncertainty among nurses. In **summary**, it can be noted that all the nurses in the study had the experience of a lack of patient information, which in turn led to improper aftercare.

Keywords: Radiology, Patient, Nurse, Communication

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	4
INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Kommunikation inom hälso- och sjukvård	5
Överlämning av information	6
Information och dialog	6
Patientsäkerhet	7
Röntgensjuksköterskans profession	7
Problemformulering	8
Syfte	8
METOD.....	8
Design.....	8
Datainsamlingsmetod	8
Material/Urval	9
Analys.....	9
Etiska överväganden.....	9
RESULTAT	10
Sjuksköterskans upplevelse av bristfällig information.....	10
Osäkerhet.....	11
Upplevda komplikationer	11
Önskade förbättringar.....	11
Sjuksköterskans hantering av bristfällig information.....	12
Informationssökning.....	12
Information från patient.....	13
Bedömning utifrån erfarenhet	13
Samarbete	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion	15
Patienten som främsta informationskälla	15
Upplevelsen av lite eller ingen information	15
Uppskattning av dialog och förbättringsförslag	16
Slutsats	16
Förslag på vidare forskning.....	16
REFERENSER.....	17
Bilaga 1	19
Bilaga 2	20

INLEDNING

Med min bakgrund som sjuksköterska på olika vårdavdelningar har jag reflekterat över otydligheter i kommunikationen mellan röntgenavdelningar och vårdavdelningar gällande patienters undersökningar. Röntgenavdelningen på ett sjukhus fungerar oftast som ett nav då andra avdelningar är beroende av röntgens verksamhet för att kunna ställa diagnos på patienter. Röntgenavdelningen där jag har genomfört min verksamhetsförlagda utbildning har mottagit avvikelser från vårdavdelningar, som efter utredning har visat sig bero på bristande dokumentation. I denna studie undersöks hur informationen angående patientbehandling upplevt av avdelningens sjuksköterskor. Studie har genomförts utefter ett av målen för röntgensjuksköterske examen enligt Högskoleförordning (SFS 1993:100) som är att studenten ska kunna ”*visa förmåga att muntligt och skriftligt redogöra för och diskutera åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter samt i enlighet med relevanta författningar dokumentera dessa*”.

BAKGRUND

Vårdskador medför lidande för patienter och stora kostnader för samhället. Varje år skadas över 100 000 personer i svensk hälso- och sjukvård. En av de vanligaste orsakerna till allvarliga vårdskador är brister i information och kommunikation (Socialstyrelsen, 2012). Informationsöverföring sker i övergångarna mellan olika vårdenheter eller team. Brister i informationsöverföringen kan uppkomma var som helst i vårdkedjan exempelvis mellan personalkategorier, personal och patient eller anhörig. I vissa situationer framträder informationsöverföringsbrister mer tydligt som vid hantering av remisser, provsvar eller röntgenbilder. Flertalet brister i informationsöverföringen har lett till allvarliga konsekvenser för patienten. Dokumentationskraven inom hälso- och sjukvård genererar stora informationsmängder som kan resultera i att viktig information inte uppmärksammas (Inspektionen för vård och omsorg [IVO], 2014).

Kommunikation inom hälso- och sjukvård

Sjukvårdspersonal arbetar sällan ensam, utan omringas av sakkunniga medarbetare för att nå sitt mål om god patientvård. Inom sjukvården kan patienternas liv vara beroende av ett välfungerande samarbete. För ett fungerande samarbete är det grundläggande att bland annat kommunikation och samverkan fungerar väl. Det är även viktigt att uppmuntra ett öppet kommunikationsflöde i arbetslaget för att samarbetet ska fungera effektivt (Salas, Wilson, Murphy, King, & Salisbury, 2008).

En bakomliggande orsak till kommunikationsfel är den mänskliga faktorn. Stress och trötthet i kombination med distraktioner gör att det även för erfaren vårdpersonal är lätt att göra misstag. Effektivt lagarbete och kommunikation kan förhindra att dessa misstag blir följder som kan skada patient och föreskrivare (Leonard, Graham, & Bonacum, 2004; Wallin & Thor, 2008). För att undvika kommunikationsbrister och lägga fokus på det viktigaste i budskapet kan beprövade kommunikationsmodeller som SBAR användas. SBAR står för Situation, Bakgrund, Aktuell tillstånd och Rekommendation (Vårdhandboken, 2015). I de flesta avvikelser gällande kommunikation och dokumentationshanteringsärenden finner Inspektionen för vård och omsorg (IVO, 2014) att avvikelser hade kunnat undvikas om man

arbetat efter exempelvis kommunikationsmodellen SBAR. Flera artiklar Gephart (2012); Jukkala, James, Autrey, Azuero och Miltner (2012) och Leonard et al. (2004) tar fram vikten av ett gemensamt språk för kritisk kommunikation mellan vårdpersonal och olika enheter, där SBAR rekommenderas av samtliga. Detta verktyg kan effektivt överbrygga skillnaderna i kommunikation mellan sjuksköterskor, läkare och andra som är inblandade i den aktuella vårdprocessen.

Överlämning av information

En fungerande överlämningsprocess kan vara en avgörande del i att ge god omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Bevarandet av patientdata under överlämnandet är avgörande för att säkerhetsställa god kontinuitet i vården. Eventuella fel eller försummelser under överlämningsprocessen kan orsaka allvarliga konsekvenser för patienten. God kontinuitet i vården är viktig för alla inblandade i omvårdnaden och omvårdnadsöverlämnandet spelar en stor roll då överföring av patientuppgifter måste upprätthållas trots skiftarbete (Dunn W Fau - Murphy & Murphy; Pothier, Monteiro, Mooktiar, & Shaw, 2005; Pun, Matthiessen, Murray, & Slade).

Kommunikationsmissar kan uppstå i samband med informationsöverlämning mellan sjuksköterskor, vårdgivare och konsulter. Detta händer exempelvis vid skiftbyte mellan sjuksköterskor och när patienten flyttas fysiskt från en plats till en annan. Ineffektiv muntlig eller skriftlig kommunikation mellan vårdpersonal är en bidragande faktor till majoriteten av skador och missöden som drabbar patienter i vården. Varje gång information överförs från en person till en annan finns det en risk att information oavsiktligt förändras eller förvrängs tills den till slut inte fyller sin funktion. Det behövs gemensam förståelse som underlag för att fatta rationella medicinska beslut och åtgärder. När medicinsk patientinformation överförs från en vårdenhets till en annan kan viktig information saknas i journaler eller rapporter (Wallin & Thor, 2008).

Läkare och sjuksköterskor är utbildade att kommunicera på olika sätt. Sjuksköterskor får lära sig att vara utförliga och berättande i sina beskrivningar av kliniska situationer och se helheten, medan läkare får lära sig att vara kortfattade och informera det viktigaste relativt snabbt. Det är viktigt att skapa en trygg miljö så att gruppmedlemmar vågar säga ifrån när de känner oro för säkerheten (Leonard et al., 2004).

Information och dialog

Inom kommunikationsvetenskapen talas det om kommunikation på två olika sätt *transmissionssyn* och *meningsskapande syn*. Den traditionella synen på kommunikation är enkelriktad kommunikation. Det vill säga att mottagaren uppfattas som passiv. Här är målet för kommunikation att effektivt transportera information från en sändare till en mottagare med så lite bortfall som möjligt. Att se information som ett objekt som skall förflyttas kallas transmissionssyn. Problemet med transmissionssynen är att människor vill förstå och uppfatta sina handlingar som meningsfulla. För en enskild arbetare kan denna information vara svår att använda, det kan uppstå tolkningsproblem. Människors förståelse av verkligheten baseras på sociala konstruktioner som utvecklas tillsammans med andra människor. En meningsskapande syn på kommunikation hjälper oss tolka och förstå information genom att föra en dialog angående informationen. Alla individer som tolkar information utgår från tidigare erfarenheter, kunskaper, åsikter och värderingar. Transmissionssynen förenklar den komplexa

kommunikationen mellan människor. Inget synsätt är bättre eller viktigare än något annat synsätt och passar sig olika bra beroende på situation. En mer realistisk bild av människors kommunikation skapas om man ser kommunikation på de olika sätten (Falkheimer & Heide, 2003).

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet handlar om att skydda patienten från vårdskador. Detta definieras som psykisk eller fysisk skada, lidande, sjukdom eller dödsfall inom hälso- och sjukvården som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder åtagits. Multisjuka och äldre människor samt kroniskt sjuka har mer kontakter inom hälso- och sjukvården och löper därmed större risk att skadas (Socialstyrelsen, 2012). Alla patienter har rätt till effektiv och säker vård. Samarbete, effektiv kommunikation mellan vårdgivare och patienten samt en väl fungerande vårdprocess ökar patientsäkerheten (World Health Organization, 2007). För att öka patientsäkerheten infördes i samband med avvikelserna under hösten 2015 en skriftlig rutin (bilaga 1) i regionsjukhuset där denna studie har utförts.

I en vårdprocess är patienten huvudperson och en välinformerad patient är en tillgång i vårdkedjan. Patienten kan utgöra en viktig del av patientsäkerhetsarbetet genom att få vara delaktig i vården. Genom att informera patient om provresultat, diagnoser och planerade insatser kan färre avvikelser uppstå (IVO, 2014).

Röntgensjuksköterskans profession

Röntgensjuksköterskan arbetar självständigt och i en högteknologisk miljö som kombineras med medicin och omvårdnad. Röntgensjuksköterskans yrkesetiska kod ska vägleda och ge stöd i dagliga etiska beslut som tas i arbetet, dessa är formulerade utifrån kunskapsområde och det egna yrkesansvaret. För röntgensjuksköterskans profession är det viktigt att föra etiska resonemang samt göra välgrundade bedömningar. I yrkesetisk kod för röntgensjuksköterskor står det *”Röntgensjuksköterskan ansvarar för att ge information i samband med undersökningar och behandlingar och stödjer vårdtagaren inför fortsatta vårdhändelser”*. (Svensk förening för röntgensjuksköterskor [SFR], 2008, s. 3).

I mötet med patienten ska röntgensjuksköterskan ge god omvårdnad och utföra undersökningar med hög patientsäkerhet (SFR, 2008). Med god vård menas att vården är kunskapsbaserad, patientfokuserad, säker, effektiv, jämlik och kan ges inom rimlig tid. Säker vård är en grundsten i all kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård. Personalen ska vara medveten och vaksam på risker som kan uppkomma och öppna diskussioner ska tillåtas för att medarbetarna ska våga och vilja diskutera säkerhet (Socialstyrelsen, 2012). För att säkerställa patientsäkerheten i en verksamhet är det viktigt med individuellt ansvar, rutiner och tydliga regler. Enligt Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) är all yrkesverksam hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Alla patienter ska känna att de blir respekterade, att de kan lita på att vård ges på lika villkor och att de har en delaktighet i sin vård och behandling.

Röntgen är ett viktigt kunskapsområde och avgörande för medicinska specialiteters behandling av olika patientgrupper. Många gånger tas avgörande beslut kring en patients behandling utifrån röntgenbilder och provsvar. Ett otydligt eller felaktigt utlåtande kan medföra allvarliga konsekvenser för patient och otydliga remisser kan leda till bristfälliga

röntgenundersökningar. Problem kan uppstå om avsändaren ger oklar, komplex, felaktig eller irrelevant information (IVO, 2014).

Problemformulering

Röntgenavdelningen har mottagit avvikelser som efter utredning har visat sig bero på bristande journalföring och rapportering. Det förekommer otydligheter i informationen om patientundersökningar utförda på röntgenavdelningen och i vissa fall finns ingen information att tillgå. Ur patientsäkerhetssynpunkt är det viktigt att kommunikationen mellan röntgen och avdelningen fungerar så att sjuksköterskan kan ge så god eftervård som möjligt. Studien kan bidra till att belysa hur informationen mellan röntgen och vårdavdelningen uppfattas av sjuksköterskan när det kommer till patientundersökning och eftervård.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskornas erfarenheter av hur kommunikationen fungerar mellan röntgen- och vårdavdelningen.

METOD

Design

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är syftet med kvalitativa metoder att finna beskrivningar, kategorier eller modeller som bäst beskriver ett sammanhang i individens livsvärld. I kvalitativa metoder är syftet att karaktärisera något och genom frågor nå kunskap om undersökningsspersonens värld.

Datainsamlingsmetod

Datainsamling skedde genom halvstrukturerade intervjufrågor utifrån en intervjuguide med öppna frågor (bilaga 2). Intervjuguide enligt Kvale & Brinkmann (2009) kan ses som ett manus som ger struktur åt intervjuförloppet och uppmuntrar intervjupersonerna till att tala fritt. Halvstrukturerade intervjufrågor ger översikt över de ämnen som ska täckas och förslag till frågor som kan ställas. Frågorna berörde sjuksköterskans erfarenhet angående kommunikation mellan sjuksköterskan och röntgenavdelningen efter utförd patientundersökning på datortomografi, ultraljud, genomlysning, magnetkamera eller konventionell röntgen.

Tillåtelse att genomföra intervjuerna erhöles av vårdavdelningens Vårdenhetschef på ett regionsjukhus i mellansverige. En muntlig förfrågan om att delta i intervjuerna gavs till avdelningens sjuksköterskor. Deltagarna informerades muntligt om att intervjun var frivillig och att information och uppgifter skulle behandlas konfidentiellt, enligt Olsson och Sörensen (2011) innebär att datainsamling inte ska kunna kopplas till enskilda individer eller situationer som kan kännas igen. Intervjuerna genomfördes efter informanternas önskemål om plats samt efter överenskommelse av tid. Intervjuerna spelades in digitalt på mobiltelefon och inleddes med en allmän fråga om hur länge sjuksköterskan hade varit färdig legitimerad. Alla intervjuer utfördes oktober 2015 och varje intervju tog cirka 20 minuter. Intervjuerna

transkriberades sedan ordagrant. I transkriberingen kodades informanterna som Sjuksköterska 1-5.

Material/Urval

I studien användes bekvämlighetsurval som innebär att lättillgängliga personer väljs ut oftast från ett sammanhang, exempelvis personer på en vårdavdelning (Kristensson, 2014). Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor och arbeta på sjukhus samt ha kontakt med röntgenavdelningen i samband med patientundersökningar. Samtliga deltagare var kvinnliga legitimerade sjuksköterskor som arbetat mellan fem och tolv år.

Analys

Författaren använde sig av en kvalitativ manifest innehållsanalys där innehållet från exempelvis intervjuer analyseras för att urskilja kategorier och subkategorier (Olsson & Sörensen, 2011). De transkriberade intervjuerna lästes noggrant igenom enligt Graneheim och Lundman (2004) och meningsbärande enheter togs fram, dessa kondenserades till mindre enheter och utifrån dessa skapades koder, subkategorier och kategorier för varje enhet.

Tabell 1. Tillvägagångsätt vid dataanalys.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
”Jag skulle vilja ha skriftlig information alltid, alltså om man har gjort ett ingrepp på nåt sätt”	Jag vill ha skriftlig information alltid om man har gjort ett ingrepp	Jag vill ha skriftlig information	Önskade förbättringar	Sjuksköterskans upplevelse av bristfällig information
”När man har jobbat många år så lär man sig ju men när man eh då vet man ju att nämen är det så här blodigt då si och så då spolar man annars inte”	När man har jobbat många år så lär man sig	Erfarenhet	Bedömning utifrån erfarenhet	Sjuksköterskans hantering av bristfällig information
”Sen så fick jag verkligen reda på från patienten att jag ska fasta till klockan fem”	Patienten informerar om att hen ska fasta till klockan fem	Patienten informerar	Information från patienten	Sjuksköterskans hantering av bristfällig information

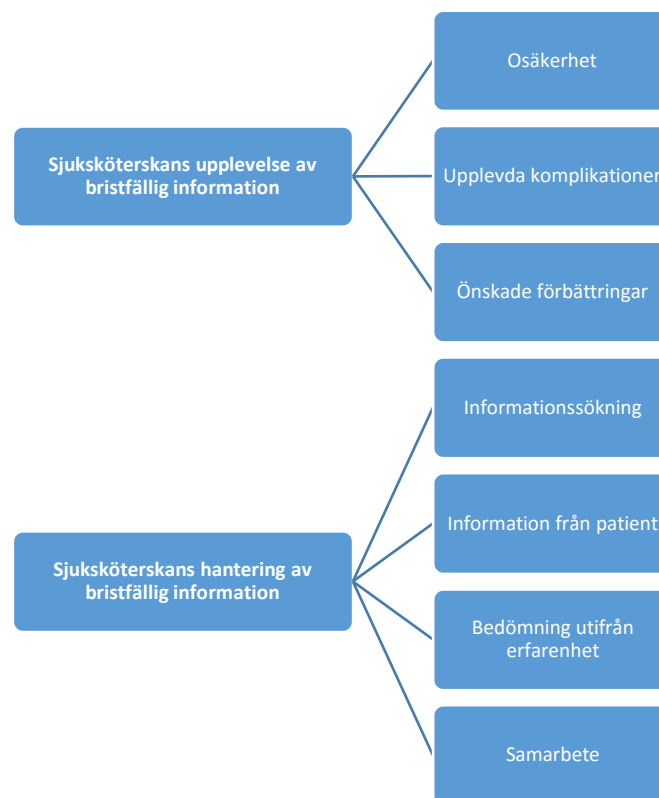
Etiska överväganden

Tillstånd frågades av vårdenhetschefen för att få genomföra studien. Deltagarna informerades om syftet med studien samt att det var frivilligt att delta och vad deras deltagande gav för nytta dessutom vad deltagarna själv kunde ha för nytta med att medverka. Enligt Olsson och Sörensen (2011) ska informanternas svar behandlas konfidentiellt och inga enskilda individer identifierades. Informanterna var informerade om att de kunde avbryta studien när så

önskades utan negativa konsekvenser. I en bedömning utifrån Kvale och Brinkmann (2009) ansågs risken för stress och förändrad självuppfattning låg i denna studie då allt för privata frågor uteblev. Intervjuaren skapade god kontakt med informanten genom att visa intresse, lyssna uppmärksamt samt visa respekt och förståelse.

RESULTAT

Studiens resultat presenteras i två huvudkategorier; *Sjuksköterskans upplevelse av bristfällig information* och *Sjuksköterskans hantering av bristfällig information*. Varje kategori inklusive tillhörande subkategorier beskrivs nedan och dess innehåll styrks med citat från intervjuerna. För översikt av kategorier och subkategorier se figur 1.



Figur 1: Kategorier och subkategorier som framkommit under dataanalysen.

Sjuksköterskans upplevelse av bristfällig information

Samtliga sjuksköterskor i studien upplevde brister i kommunikationen mellan röntgen och vårdavdelningen gällande information om patientundersökning samt eftervård. De ansåg att informationen är en viktig del i vårdkedjan från att patienten skickas till röntgenundersökning till eftervård. Även erfarna sjuksköterskor tog upp känslan av osäkerhet utan eller med bristfällig information, vilket upplevdes kunde medföra brister i patientvården och oprofessionellt handlande gentemot patient och anhörig. Vid avsaknad av information och erfarenhet menade sjuksköterskorna att de kände sig osäkra beträffande sitt handlande och patientens vård fördröjdes. Under denna kategori ingår subkategorierna *Osäkerhet*, *Upplivda komplikationer* och *Önskade förbättringar*.

Osäkerhet

Sjuksköterskorna i studien upplevde sig oprofessionella och otrygga på grund av informationsbristen, då de inte visste vad som hade skett under en undersökning på röntgen. Informationsbristen medförde osäkerhet hos sjuksköterskorna som i sin tur kunde leda till bristfällig vård. När anhöriga skulle informeras kände sjuksköterskorna sig oprofessionella då de inte kunde svara på vad som gjorts och vad som skulle göras.

”Det känns ju oproffsigt väldigt, att patienten har varit borta på någonting men jag vet inte hur det riktigt gick och jag vet inte varför.” (Sjuksköterska 5)

”Blir man osäker då blir kanske patienten otrygg, för patienterna känner ju av det.” (Sjuksköterska 2)

”Jag får inte med information som jag känner att jag skulle behöva.” (Sjuksköterska 4)

Upplevda komplikationer

Alla sjuksköterskor kunde berätta om händelser som lett till fördröjd eller utebliven behandling på grund av bristande information. Information om patienter som ska fasta efter en undersökning missades ibland. Samtliga sjuksköterskor tog även upp sprutor fyllda med okända vätskor som följde med patienten från röntgen tillbaka till vårdavdelningen. Dessa sprutor var oftast id-märkta men en sjuksköterska tog upp att det har kommit upp sprutor som varit omärkta. Sjuksköterskorna kunde anta att det är ett visst innehåll i sprutan utifrån färg och vart på kroppen patient hade fått ett dränage. Dessa sprutors innehåll skickades aldrig på analys då det inte med säkerhet kunde veta att det var just den patientens.

”Jag har skickat patienter för att dränera abscesser och så har det inte gått, sen har patienten kommit upp till avdelningen och man har levt i nån sorts tro att det här gick bra. Sen har det gått timmar, patienten kanske har många slangar och man inte helt observant på plus minus en slang. Sen så får man reda på att det gick inte, fick inget drän i abscessen eller patienten kanske säger det själv efter ett tag och det känns ju liksom, lite lekstuga.” (Sjuksköterska 5)

”Ska man anta att det här är från abscessen men det ser ut att kunna vara sånt innehåll. Det står i alla fall patientens person-id på det, men ibland har det kommit omärkta sprutor och det kan man inte använda.” (Sjuksköterska 1)

”Ibland kan det ligga en spruta i sängen med nån guck i, och så vet man inte, jaha vad är det här?” (Sjuksköterska 5)

Önskade förbättringar

Samtliga sjuksköterskor hade förslag på att införa journalföring på alla patienter. Detta tyckte de skulle underlätta vid eftervård samt öka sjuksköterskans trygghet. En av sjuksköterskorna tog upp vikten av eventuell utbildning, där röntgensjuksköterskor kommer till vårdavdelningen och informerar om olika undersökningar, alternativt en utvecklingsdag på röntgenavdelningen så att sjuksköterskorna får en bättre förståelse för de olika undersökningarna som utförs samt lära sig om röntgens rutiner. Detta tyckte sjuksköterskan

även skulle hjälpa till vid förberedelser inför en patientundersökning, vilket ökar sjuksköterskans förståelse som i sin tur kan förbereda patienten och minska dess oro.

”Jag skulle vilja liksom få information var enda gång, vad man har gjort och inte gjort.” (Sjuksköterska 5)

”En studiedag på röntgen så kanske man har större förståelse för varandras arbete istället för att bli irriterad, så har jag förståelse för varför det är knapphändigt [information].” (Sjuksköterska 2)

”Jag kanske inte hinner kolla upp svaret direkt så därför skulle det kunna vara en åtgärd och få in bättre rutiner.” (Sjuksköterska 3)

”Skicka med ett skriftligt papper i alla fall.” (Sjuksköterska 2)

Sjuksköterskans hantering av bristfällig information

Informationskällorna för att få reda på vad som har skett under patientundersökningen samt vad som förväntas av sjuksköterskan i form av eftervård varierade. Samtliga sjuksköterskor tog upp bristfällig eller i vissa fall obefintlig information från röntgenavdelningen. Hur sjuksköterskorna gjorde en bedömning om vidare vård efter en patientundersökning varierade. Alla sjuksköterskor gjorde egna bedömningar utifrån den information som fanns eller inte fanns tillgänglig från röntgenavdelningen. Samtliga sjuksköterskor tog upp exempel på situationer där rutiner kunnat efterföljas bättre om rätt information funnits till hands, samt ottydligheter gällande information om patientundersökningar som kunde leda till brister i eftervården. Under denna kategori ingår subkategorierna *Informationssökning*, *Information från patient*, *Bedömning utifrån erfarenhet* och *Samarbete*.

Informationssökning

Hur sjuksköterskorna fick reda på vad som skett under en patientundersökning på röntgenavdelningen varierade. Samtliga tog upp ”pappret/lappen” (journalen) som ibland skickades med patienten och ibland inte. I det fall då journalen inte skickades med sökte de information i *Sorian* som är sjukhusets svarsdatabas där läkaranteckningar finns. Alternativt kontaktades röntgenavdelningen via telefon eller så togs det upp på rondan som ibland var först nästa dag. Tidsbristen påtalades som ett stort hinder då sjuksköterskorna ofta har ansvar för flera patienter samtidigt och därför inte hinner ta del av information i svarsdatabasen, även om informationen skulle vara tillgänglig omgående.

”Det är lite information, ingen eller lite information från alla ställen tror jag. Dom kanske tror att vi vet vad som ska göras.” (Sjuksköterska 4)

”Gäller det en NP [njurkateter] så får man ju oftast med ett papper hur den ska skötas ibland missas det men då får man ta upp det dan efter och se vad röntgen vill.” (Sjuksköterska 3)

Information från patient

Samtliga sjuksköterskor tog upp patienten som den främsta informationskällan, ofta träffar de patienten innan information av olika slag når sjuksköterskan. Efter undersökningen var det ofta patienten som informerade sjuksköterskan gällande smärta och komplikationer i samband med undersökningen. Det var inte alltid patienten talade om eller visste vad som utförts under röntgenundersökningen vilket ledde till att information missades.

”Så får man reda på från patienten, du jag skulle fasta till klockan fem.”
(Sjuksköterska 2)

”Oftast är det utifrån patienten man får reda på hur det gick om dom hade ont, var det krånglig var det svårt.” (Sjuksköterska 1)

Bedömning utifrån erfarenhet

Genom erfarenhet av tidigare röntgenundersökningar och behandlingar bedömde sjuksköterskorna vilken eftervård som behövdes. Denna erfarenhet fördes även vidare till andra medarbetare. Samtliga sjuksköterskor påtalade även att en nyexaminerad sjuksköterska inte skulle klara av att göra dessa bedömningar på grund av brist på erfarenhet.

”Jag har jobbat så länge så jag är trygg i att jag vet vad jag själv gör och vad jag ska tänka på, men som ny skulle jag inte känna mig trygg.” (Sjuksköterska 1)

”Jag får göra en ny bedömning när patienten kommer upp, granska drän och allting och gör en ny bedömning, ser det här ut som att det är på rutin.” (Sjuksköterska 4)

”Patient har fått en NP [njurkateter] och det ser fint ut och det står på lappen [journalen] att det ska spolans och så säger kanske personen man jobbar med, ska vi spola den här? Så säger man det är inte nödvändigt för det ser fint ut.”
(Sjuksköterska 5)

Samarbete

De sjuksköterskor som var mest erfarna kontaktade röntgenavdelningen via telefon vid oklarheter och upplevde denna direktkontakt som något positivt. Sjuksköterskorna kontaktade röntgen vid frågor eller om de ville meddela röntgen om någonting innan en patientundersökning. Enligt sjuksköterskorna blev de bra bemötta och fick svar på sina frågor. I andra fall togs eventuella funderingar om patientens undersökningar upp med kollegor eller avdelningsläkare. En sjuksköterska tog upp vikten av att kunna överlämna information till kollegor eller patientens anhöriga.

”Det tycker jag är kanon att det trots så mycket patienter där nere [röntgen] så går det att få en bra dialog, patienten kommer i fokus.” (Sjuksköterska 1)

”Det är alltid lätt att få tag på nån oavsett tid på dygnet jag tycker att jag får klar och redig information direkt.” (Sjuksköterska 3)

”Om det har varit några funderingar så har jag nog ofta gått till läkarna på avdelningen.” (Sjuksköterska 2)

DISKUSSION

Metoddiskussion

I denna studie valdes kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod för att uppnå studiens syfte. Bekvämlighetsurvalet användes som urvalsmetod detta ansågs lämpligast eftersom det fanns en tidsbegränsning på åtta veckor för genomförandet av studien. Enligt Kristensson (2014) är denna urvalsmetod en allmän och passande metod för att få tillgång till tillgängliga informanter på ett tidsbesparande och relativt enkelt sätt.

En av styrkorna i studien ansågs vara att sjuksköterskorna själva bestämde tid och plats för intervjuerna, detta menar Olsson och Sörensen (2011) kan bidra till att informanterna känner att de har kontroll över situationen och på så vis känner sig bekväma. Enligt Kvale och Brinkman (2009) krävs det stor erfarenhet inom intervjuarkonsten och ämnet om en ostrukturerad intervjuform används. Därför användes en intervjuguide med semistrukturerade intervjufrågor, följdfrågor ställdes utifrån sjuksköterskornas svar. Författaren reflekterade över sin egen förförståelse från röntgen- och vårdavdelningar innan intervjuerna påbörjades. På så sätt styrdes inte intervjuerna i någon riktning för att få ett visst resultat vilket styrker tillförlitligheten. För att vidare stärka tillförlitligheten utfördes intervjuerna av samma intervjuare för att säkerhetsställa att intervjuerna utfördes på lika sätt. En svaghet var att intervjuaren hade lite erfarenhet i intervjuteknik, därför utfördes en provintervju först samt studier i intervjuteknik för att resultatet inte skulle påverkas av bristande erfarenhet. Sjuksköterskorna upplevdes som avslappnade och intervjuerna genomfördes utan störningar från omgivningen. Intervjuerna spelades in digitalt och transkriberades ordagrant vilket ger styrka i studien.

Det visade sig inga större skillnader i åsikter och tankar i studiens ämne mellan sjuksköterskorna. Ingen skillnad fanns i svaren beroende på hur länge sjuksköterskorna hade varit legitimerade sjuksköterskor. Sjuksköterskornas snarlika svar gav måttnad i studien och därför anses inte antalet vara en svaghet i denna studie.

Alla intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes igenom flera gånger för att sedan delas in i meningsenheter, kondenserade meningar och koder för att få fram subkategorier och kategorier enligt Graneheim och Lundman (2004) modell. Transkribering är tidskrävande men författaren blev välbekant med materialet. Data och analysprocessen stämde överens med det som avsågs undersökas. I vissa fall uteslöts ett relevant citat från resultatet då det fanns likvärdiga citat, enligt Kvale och Brinkmann (2009) ska då de citat som ger bäst helhetsbild användas. Inget material har uteslutits som hade kunnat ändra resultatet.

Samtliga sjuksköterskor i studien arbetade på samma vårdavdelning men detta behöver inte begränsa resultatets överförbarhet. Samtliga sjuksköterskor har tidigare arbetat på olika vårdavdelningar inom sjukhuset. Oavsett vårdavdelning har sjuksköterskorna varit i kontakt med röntgenavdelningen vilket kan göra att svaren kan färgas av tidigare erfarenheter. Frågorna och svaren i intervjuerna är inte bundna till en specifik vårdavdelning utan sjuksköterskornas erfarenheter överlag.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att studera sjuksköterskans erfarenhet om patientinformation efter utförd röntgenundersökning. Från resultatet framkommer tre viktiga huvuddelar som valdes att diskuteras vidare. Den första delen handlar om hur patienten var den vanligaste informationskällan. Upplevelsen av lite eller ingen information är diskussionens andra del och avslutningsvis diskuteras informanternas uppskattning av dialog och förbättringsförslag.

Patienten som främsta informationskälla

I studien uppgav samtliga sjuksköterskor att patienten ofta var deras främsta informationskälla. I vissa fall var det patienten själv som berättade om smärtsamma eller utdragna ingrepp. Sjuksköterskorna träffade ofta patienten innan de fick information från röntgenavdelningen gällande patientens undersökning eller läste läkarsvaret i svarsdatabasen. O'Connel och Penney (2001) beskriver liknande exempel då sjuksköterskorna får information först från patienten. Brister i kommunikationen mellan sjukvårdspersonal ledde till att sjuksköterskor kände sig osäkra och sårbara då det inte visste vad som skulle ske med patienten.

Studien visar på att tidsbrist och att antalet patienter ledde till att sjuksköterskorna handlade efter tidigare erfarenhet och information de fått av patienten. Även om information skulle finnas tillgänglig i databasen direkt efter en patientundersökning menar sjuksköterskorna att de inte alltid hinner ta del av den. Enligt Shendell-Falik, Feinson och Mohr (2007) kräver tidsbristen att sjuksköterskor rapporterar snabbt vilket kan leda till variationer i informationen beroende på vem som rapporterar. I samband med att patienten förflyttas mellan vårdenheter och undersökningar finns det en risk att väsentlig patientinformation förloras. Enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) skall legitimerad och sakkunnig personal ansvara för journalföring och ur patientsäkerhetssynpunkt är patienten inte en tillförlitlig informationskälla.

Upplevelsen av lite eller ingen information

Det framgick att lite eller ingen information fanns att tillgå från röntgen efter en utförd patientundersökning. Detta är inget nytt, Blouin (2011) beskriver i sin artikel att hälso- och sjukvårdsorganisationer länge kämpat med att nödvändig och kritisk patientinformation följer med från en vårdgivare till en annan. Flera andra artiklar som Gausvik, Lautar, Miller, Pallerla och Schlaudecker (2015); Leonard et al. (2004); O'Connell och Penney (2001); Pothier et al. (2005); Zwarenstein, Rice, Gotlib-Conn, Kenaszchuk och Reeves (2013) tar även upp informationsbrister och kommunikationsproblem mellan vårdare och vårdenheter. Problemen med kommunikation kvarstår trots arbetet med att använda kommunikationsmodeller likt SBAR. Enligt IVO (2014) är det är inte brister på riktlinjer, PM och rutiner som är den huvudsakliga säkerhetsrisken. Ett mycket större bekymmer är riktlinjer som inte efterlevs eller provsvar som inte uppmärksammas. I vissa fall handlar det om bristande uppmärksamhet och hög arbetsbelastning vilket i sin tur har ett samband med kommunikationsbrister. Socialstyrelsen (2012) tar upp att patientsäkerheten riskeras när journaldokument inte skrivs och kan då leda till felaktig, fördröjd eller utebliven vård. Även provsvar och remisshantering som kommer bort i kommunikationen mellan olika vårdlag och vårdenheter riskerar patientsäkerheten.

Uppskattning av dialog och förbättringsförslag

Sjuksköterskorna tog även upp samarbetet i form av direkt kommunikation via telefon som något positivt. De fick på så sätt svar på sina frågor och kände sig tryggare med patientens vård. Denna positiva upplevelse kan förklaras med att dialogen som kommunikationsverktyg skapar delaktighet och en gemensam förståelse uppstår (Falkheimer & Heide, 2003). Samtliga sjuksköterskor önskade sig mer information, muntligt eller skriftligt om alla patientundersökningar som utförts. De påtalade att det skulle underlätta vid eftervård samt öka deras trygghet. Sjuksköterskornas önskan om effektivare kommunikation kan förklaras i en studie av Pothier et al. (2005) där olika sätt att rapportera patientinformation studerades. Det visade sig att en ren verbal överlämning resulterade i förlusten av all data efter tre överrapporteringsled. En skriftlig anteckning som är den mest traditionella inom vårdavdelningarna resulterade i att endast 31% av data överfördes korrekt efter fem överrapporteringsled. Användning av färdiga överlämningsdokument som förs vidare till nästa vårdgivare i samband med muntlig överlämning eliminerar nästan helt förlusten av patientdata under överlämnandet.

Slutsats

Det framgår tydligt att samtliga sjuksköterskor har erfarenheter av kommunikationsbrister gällande patientinformation efter utförd röntgenundersökning. I flera fall fanns ingen information att tillgå över huvud taget. Vid informationsbrist var det i första hand patienten som var informationskälla och sjuksköterskorna gjorde egna bedömningar utifrån tidigare erfarenheter. Även om patienten blivit journalförd hinner inte alltid sjuksköterskan ta reda på informationen på grund av stress och hög arbetsbelastning. Tidigare forskning styrker kommunikationsbrister inom hälso- och sjukvård. Standardiserade kommunikationsmodeller och rutiner finns men efterföljs inte alltid.

Förslag på vidare forskning

Det finns en hel del forskning om överrapportering. Förslag på vidare forskning skulle vara att undersöka en större grupp sjuksköterskor genom intervjuer eller enkäter om förbättringsförslag om överrapportering på lokal nivå. Även en studie av hur röntgenpersonalen upplever att överrapporteringen fungerar skulle hjälpa till att ge en helhetsbild över kommunikationen mellan avdelningarna.

REFERENSER

- Blouin, A. S. (2011). Improving hand-off communications: new solutions for nurses. *J Nurs Care Qual*, 26(2), 97-100. doi:10.1097/NCQ.0b013e31820d4f57
- Dunn W Fau - Murphy, J. G., & Murphy, J. G. The patient handoff: medicine's Formula One moment. (0012-3692 (Print)).
- Falkheimer, J., & Heide, M. (2003). *Reflexiv kommunikation : nya tankar för strategiska kommunikatörer*. Malmö: Liber.
- Gausvk, C., Lautar, A., Miller, L., Pallerla, H., & Schlaudecker, J. (2015). Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. *J Multidiscip Healthc*, 8, 33-37. doi:10.2147/jmdh.s72623
- Gephart, S. M. (2012). The art of effective handoffs: what is the evidence? *Adv Neonatal Care*, 12(1), 37-39. doi:10.1097/ANC.0b013e318242df86
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Inspektionen för vård och omsorg (2014). *Kommunikationsbrister i vården* [Broschyr]. Hämtad 2015-10-18 från <http://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2014/kommunikationsbrister-i-varden.pdf>
- Jukkala, A. M., James, D., Autrey, P., Azuero, A., & Miltner, R. (2012). Developing a standardized tool to improve nurse communication during shift report. *J Nurs Care Qual*, 27(3), 240-246. doi:10.1097/NCQ.0b013e31824ebbd7
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Leonad, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, 13 Suppl 1, i85-90. doi:10.1136/qhc.13.suppl_1.i85
- O'Connell, B., & Penney, W. (2001). Challenging the handover ritual. Recommendations for research and practice. *Collegian*, 8(3), 14-18.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen : kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M., & Shaw, A. (2005). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *Br J Nurs*, 14(20), 1090-1093. doi:10.12968/bjon.2005.14.20.20053
- Pun, J. K., Matthiessen, C. M., Murray, K. A., & Slade, D. Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. (1865-1372 (Print)). doi:D - NLM: PMC4678128 OTO - NOTNLM
- Salas, E., Wilson, K. A., Murphy, C. E., King, H., & Salisbury, M. (2008). Communicating, coordinating, and cooperating when lives depend on it: tips for teamwork. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 34(6), 333-341.
- Shendell-Falik, N., Feinson, M., & Mohr, B. J. (2007). Enhancing patient safety: improving the patient handoff process through appreciative inquiry. *J Nurs Adm*, 37(2), 95-104. SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 2015-10-20 från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

- SFS 1993:100. *Högskoleförordning*. Hämtad 2015-10-20 från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100/
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Hämtad 2015-10-22 från Riksdagens webbplats:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/?bet=2008:355
- Socialstyrelsens (2012). *Förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet*. Hämtad 2015-10-22 från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/forslag-till-nationell-strategi-patientsakerhet.pdf>
- Svensk förening för röntgensjuksköterskor (2008). *Yrkesetisk kod för röntgensjuksköterskor* [Broschyr]. Hämtad 2015-10-20 från
https://www.vardforbundet.se/Documents/Trycksaker%20-%20egna/Nationella/Foldrar%20Broschyrer/Yrkesetisk%20kod%20for%20rontgensju skoterskor_0809.pdf
- Vårdhandboken (2015). *Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation – SBAR*. Hämtad 2015-11-11 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Situation-Bakgrund-Aktuell-bedomning-Rekommendation---SBAR/>
- Wallin, C.-J., & Thor, J. (2008). SBAR – modell för bättre kommunikation mellanårdpersonal Ineffektiv kommunikation bidrar till majoriteten av skador i vården. *läkartidningen nr 26–27 2008 volym 105, 105, 1922-1925*.
- World Health Organization. (2007). *Patient safety solutions preamble*. Hämtad 2015-10-16 från <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>
- Zwarestein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C., & Reeves, S. (2013). Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Serv Res, 13*, 494. doi:10.1186/1472-6963-13-494

2(2)	<p>Rutin</p> <p>Dokumentnamn: Journalföring av interventionella ingrepp, Röntgen Dokument ID: 09-143211 Giltigt t.o.m.: 2016-10-09 Revisionsnr: 1</p> <p>Upprättare:</p> <p>Fastställare:</p> <p>Diarienum: Ej tillämpligt Fastställandedatum: 2015-10-09 Giltigt t.o.m.: 2016-10-09</p> <p>Journalföring av interventionella ingrepp, Röntgen</p> <p>Innehåll</p> <p>Syfte och omfattning 1 Allmänt 1 Ansvar och roller 1 Beskrivning 1 Plan för kommunikation och implementering 2 Dokumentinformation 2 Referenser 2</p> <p>Syfte och omfattning</p> <p>Syftet med rutinen är att säkerställa journalföring och överrapportering av patienter som genomgått interventionella ingrepp på ultraljudet, genomlysningen, interventionen eller datortomografi på röntgenavdelningarna i länet.</p> <p>Allmänt</p> <p>Efter interventionella ingrepp och behandlingar ska adekvat journal föras och denna ska överrapporteras från röntgen till avdelning/mottagning. Journalanteckningarna ska föras i RIS av röntgenpersonal i samband med ingreppet. Överrapportering till avdelningen/mottagningen ska ske i direkt anslutning till ingreppet skriftligt och även muntligt vid komplikation eller då eftervården kräver särskild insats.</p> <p>Ansvar och roller</p> <p>VC ansvarar för att fastställa rutinen. VEC ansvarar för att göra rutinen känd i verksamheten. Röntgensjuksköterska eller undersköterska som assisterar vid ingreppet ansvarar för att följa fastställd rutin. Läkare får inte godkänna undersökningen innan journalen är signerad.</p> <p>Beskrivning</p> <p>I samband med att man utför ett interventionellt ingrepp på ultraljudet, genomlysningen, intervention eller datortomografi ska man föra journal i RIS enligt nedanstående.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Under fliken "Journal" i "Undersökningsrutan" väljs ändamålsenlig journalmall. <ol style="list-style-type: none"> a. Ultraljud: Välj Ultraljud därefter mall "Dränage", "Punktion" eller "Punktion Finnså". b. Datortomografi: Välj DT därefter mall "Punktion". c. Intervention: Välj Intervention därefter mall "Intervention, allmän".
------	--

2(2)	<p>Rutin</p> <p>Dokumentnamn: Journalföring av interventionella ingrepp, Röntgen Dokument ID: 09-143211 Giltigt t.o.m.: 2016-10-09 Revisionsnr: 1</p> <p>Upprättare:</p> <p>Fastställare:</p> <p>Diarienum: Ej tillämpligt Fastställandedatum: 2015-10-09 Giltigt t.o.m.: 2016-10-09</p> <p>Journalföring av interventionella ingrepp, Röntgen</p> <p>Innehåll</p> <p>Syfte och omfattning 1 Allmänt 1 Ansvar och roller 1 Beskrivning 1 Plan för kommunikation och implementering 2 Dokumentinformation 2 Referenser 2</p> <p>Syfte och omfattning</p> <p>Syftet med rutinen är att säkerställa journalföring och överrapportering av patienter som genomgått interventionella ingrepp på ultraljudet, genomlysningen, interventionen eller datortomografi på röntgenavdelningarna i länet.</p> <p>Allmänt</p> <p>Efter interventionella ingrepp och behandlingar ska adekvat journal föras och denna ska överrapporteras från röntgen till avdelning/mottagning. Journalanteckningarna ska föras i RIS av röntgenpersonal i samband med ingreppet. Överrapportering till avdelningen/mottagningen ska ske i direkt anslutning till ingreppet skriftligt och även muntligt vid komplikation eller då eftervården kräver särskild insats.</p> <p>Ansvar och roller</p> <p>VC ansvarar för att fastställa rutinen. VEC ansvarar för att göra rutinen känd i verksamheten. Röntgensjuksköterska eller undersköterska som assisterar vid ingreppet ansvarar för att följa fastställd rutin. Läkare får inte godkänna undersökningen innan journalen är signerad.</p> <p>Beskrivning</p> <p>I samband med att man utför ett interventionellt ingrepp på ultraljudet, genomlysningen, intervention eller datortomografi ska man föra journal i RIS enligt nedanstående.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Under fliken "Journal" i "Undersökningsrutan" väljs ändamålsenlig journalmall. <ol style="list-style-type: none"> a. Ultraljud: Välj Ultraljud därefter mall "Dränage", "Punktion" eller "Punktion Finnså". b. Datortomografi: Välj DT därefter mall "Punktion". c. Intervention: Välj Intervention därefter mall "Intervention, allmän".
------	--

Bilaga 2

Intervjuguide

Bakgrundsfråga:

Hur länge har du varit färdig legitimerad sjuksköterska?

Fråga:

Hur upplever du informationen du får från röntgenavdelningen efter en utförd patientundersökning?

Exempel på följdfrågor:

Hur menar du nu?

Vad tror du det kan bero på?

Kan du utveckla det du nyss sa om...?

Kan du berätta om någon gång du har fått bristfällig information?

Kan du berätta om någon gång du har fått bra information?

Hur uppfattar du att samarbetet fungerar?

Har du förslag på eventuella förbättringar?