

PASIENTOVERFLYTTING I ET PASIENTSIKKERHETSPERSPEKTIV – Sykepleieres erfaringer



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Masteroppgave i helsevitenskap

Ramesh Batol Khajavi

Veileder: Britt Sætre Hansen PhD

Juni 2015

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2015

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Ramesh Batol Khajavi

VEILEDER: Britt Sætre Hansen, intensivsykepleier og PhD

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Pasientoverflytting i et pasientsikkerhetsperspektiv – sykepleieres erfaringer

Engelsk tittel: Patient transfer in a patient safety perspective – nurses' experiences

EMNEORD/STIKKORD: Pasientsikkerhet, kommunikasjon, rapportering, pasientoverflytting

ANTALL SIDER: 63

STAVANGER 29. mai 2015

Alt har både sterke og svake sider. Dette gjelder også mønstre i organisasjonen. Det dreier seg derfor ikke om å finne de ”riktige” mønstrene, men om å arbeide kontinuerlig med å utvikle handlingsmønstre som støtter en positiv utvikling av tjenestene for pasientene.

(Paul Plsek og Sarah Garrett, Orlando IHI Forum 2005)

Forord

Dette toårige studiet til mastergrad i helsevitenskap, selvvalgt fordypning er gjennomført ved Universitetet i Stavanger. Studiet har vært hektisk og krevende, men det har vært en veldig lærerik prosess. Jeg har fått utvidet mine perspektiv, møtt ulike faglige utfordringer og blitt inspirert i møte med mine medstudenter. Gjennomførelsen av dette studiet har involvert mange. Takk til studiekoordinator, emne-ansvarlige og forelesere for god undervisning og veiledning.

Takk til informantene i studien som var villige til å avsette tid, og villig delte sine opplevelser og erfaring med meg. Takk til avdelingslederne ved SUS for rekruttering av informanter, og for tilrettelegging av tid og sted for gjennomføring av fokusgruppeintervjuene.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Britt Sætre Hansen for god støtte og inspirerende veiledning. Hennes engasjement har vært fantastisk!

Takk til Gunhild Bakkalia Bjørnå; moderator, medstudent og fagutviklings-sykepleier ved postoperativ avdeling, for alle gode ord, oppmuntring og ikke minst gode diskusjoner.

En spesiell takk til Wenche Torunn Mathiesen; intensivsykepleier/ph.d. stipendiat ved SNLA for nyttige innspill, oppmuntring og korrekturlesning. En spesiell takk til Margot Viste med hjelp til redigeringen og psykisk støtte i en stresset periode.

Jeg vil også rette en takk til bibliotekarene ved SUS for tålmodighet og at de har hjulpet meg med alle spørsmålene og funnet frem mine kilder.

Sist ikke minst:

Takk til mine aller nærmeste: Øyvind, Porya, Lill-Shirin og Kian Lukas som har vist stor tålmodighet og tatt hensyn til en travel masterstudent. En spesiell takk til Øyvind som har hjulpet meg med mange datatekniske utfordringer.

TUSEN TAKK!

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Dagens rutiner og beskrivelse av forskningsfeltet.....	3
1.3 Tidligere forskning	4
1.4 Formålet med studien	6
1.4.1 Problemstilling	7
1.4.2 Begrensninger	7
2.0 Teori.....	8
2.1 Den tradisjonelle sykepleierolle.....	8
2.2 Pasientsikkerhet.....	9
2.3 Kommunikasjon og dokumentasjon	10
2.3.1 Pasientsikkerhet og rapportering	11
2.3.2. Pasientoverflytting og informasjonsformidling.....	12
3.0 Metode og materiale	12
3.1 Kvalitativ forskningsmetode.....	13
3.2 Forforståelse	14
3.3 Fokusgruppeintervju	15
3.3.1 Utvelgelseskriterier	17
3.3.2 Utvalg og rekruttering	18
3.3.3 Planlegging av intervju-situasjon	19
3.3.4 Moderator	20
3.4 Transkribering	21
3.4.1 Kvalitativ innholdsanalyse	21
3.4.2 Etske overveielser	22
4.0 Resultater	24
4.1 Utrygghet.....	24
4.1.1 Skriftlig dokumentasjon	25
4.1.2 Muntlig kommunikasjon	26
4.1.3 Diskrepans mellom rapport og observasjon.....	28
4.2 Feil/tap av informasjon	31
4.2.1 Felles verktøy for rapportering.....	32
4.2.2 Ulike system for dokumentering	33
4.2.3 God rapportering	34

4.3 Travelhet	36
4.3.1 Fysiske arbeidsforhold	36
4.3.2 Planlegging av kapasitet og underbemanning	36
5.0 Drøfting.....	40
5.1 Utrygghet og pasientsikkerhet.....	40
5.1.1 Muntlig rapportering.....	41
5.1.2 Skriftlig rapportering og pasientsikkerhet.....	44
5.2 Feil/tap av informasjon	48
5.2.1 Felles verktøy for rapportering og ulike system for dokumentering.....	48
5.2.2 Planlegging av kapasitet.....	50
5.3 Travelhet	52
5.3.1 Fysisk arbeidsforhold , planlegging og underbemanning.....	53
6.0 Metodiske styrker og svakheter, reliabilitet og validitet.....	57
7.0 Konklusjon.....	60
7.1 Implikasjoner for praksis.....	60
7.2. Implikasjoner for videre forskning	63

Litteraturliste.....

Vedlegg.....	
Vedlegg 1 – Godkjenning Forskningsavdelingen	
Vedlegg 2 – Godkjennelse fra divisjonsdirektør Kirurgisk divisjon	
Vedlegg 3 – Søknad om tillatelse Kirurgisk divisjonsdirektør	
Vedlegg 4 – Søknad om tillatelse til fagsjef Kirurgisk divisjon	
Vedlegg 5 – Søknad om tillatelse til oversykepleier Medisinsk divisjon	
Vedlegg 6 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	
Vedlegg 7 - Intervjuguide	
Vedlegg 8 – Mail med vedlegg fra NPE.....	
Vedlegg 9 – Anonymisert postoperativ kurve.....	

Sammendrag

Bakgrunn: Pasientsikkerhet er et satsingsområde i helsevesenet. Forskning viser at fokus har flyttet seg fra en individorientert retning mot utvikling av organisatorisk sikkerhetsarbeid. Svikt i pasientsikkerheten ved norske sykehus koster menneskeliv, forårsaker skade på pasienter og medfører store økonomiske kostnader. Pasientoverflyttingsprosesser er en stor del av hverdagen mellom postoperativ avdeling og kirurgisk avdeling. Sykepleierne har ulike ansvar og oppgaver i hverdagen.

Hensikten med denne studien var å få dybdekunnskap om hvordan kommunikasjon til kirurgiske sykepleiere på sengepost og sykepleierne på postoperativ avdeling kan påvirke pasientsikkerhet i overflyttingsprosessen fra postoperativ avdeling.

Metode: Dette er en kvalitativ eksplorerende studie. Data ble samlet inn gjennom tre semistrukturerte fokusgruppeintervju. Intervjuguide med åpne spørsmål vedrørende sykepleiernes opplevelser, erfaringer og beskrivelser omkring pasientoverflytting. Seks sykepleiere fra kirurgisk sengepost og syv intensivsykepleiere fra postoperativ avdeling deltok.

Resultat: Ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse pekte det seg ut tre tema i pasientoverflyttingsprosessen som har betydning for pasientsikkerhet: Utrygghet, feil/tap av informasjon og travelhet. Uforståelig eller uklart språkbruk mellom sykepleierne samt mangelfull rapportering både skriftlig og muntlig ble oppgitt som årsak til utryggheten. Mangel på felles dokumentasjonssystem/verktøy eller manglende bruk av det tilgjengelige fellessystemet i tillegg til ulike skjema/kurver ble oppgitt som årsak til feil/tap av informasjon. Både postsykepleiere og intensivsykepleiere oppgav at fysiske forhold i avdelingen, tidspress, krav om effektivitet og arbeidsmengde skapte uheldige situasjoner som påvirket kommunikasjon i pasientoverflyttingsprosessen.

Konklusjon: Kommunikasjon mellom sykepleiere på sengepost og postoperativ avdeling er påvirket av usikkerhet i muntlig og skriftlig kommunikasjon, feil og tap av informasjon og travelhet i arbeidssituasjonen når pasienter skal overflyttes mellom avdelingene. Funnene representerte en reell fare for svikt i pasientsikkerheten.

Nøkkelord: Pasientsikkerhet, kommunikasjon, rapportering, pasientoverflytting.

Begrepsavklaring

I denne presentasjonen bruker jeg forkortelser for intensivsykepleie og postsykepleie:

Intensivsykepleie: IS

Postsykepleie: PS

DIPS: Elektronisk pasientjournal (Elektronisk datasystem på SUS).

ABC: A. Airways-luftveier, B. breathing-respirasjon, C. Circulation-sirkulasjon

Tiva: Total intravenøs anestesi, anestesimiddel.

Spinal: Spinalbedøvelse, innebærer at bedøvelsen injiseres i ryggmargskanalen.

Metning: O₂ konsentrasjon i blod.

1.0 Introduksjon

Svikt i pasientsikkerhet ved norske sykehus koster menneskeliv, forårsaker skade og økonomiske kostnader. Med pasientsikkerhet menes forebygging av feil og uønskede følger forbundet med helsetjenester (Hjort, 2007) og ca. 10 % av 800 000 utskrevne pasienter fra somatiske sykehus i Norge opplevde uheldige hendelser i forbindelse med oppholdet. Av disse hadde ca. 5 % dødelig utgang tilsvarende 4000 pasienter (Hjort, 2007).

Jørstad hevder at det viktigste ved uønskede hendelser er den enorme personlige belastningen for pasienter og pårørende. Andre innfallsvinkler til konsekvenser ved pasientskader kan være erstatningsutbetaling, utredningskostnader for erstatningssaker og andre kostnader ved pasientskader for samfunnet som f.eks. trygdeutgifter og kommunale utgifter. (Pasientskadeerstatning, 2013).

Norsk pasientskadeerstatning rapporterer jevnlig en oversikt over uheldig hendelser som har medført pasientskade. Ved Helse Stavanger HF fra 2011 til 2014 fremgår det at 193 saker er dømt i favør av pasienten. Dette har igjen medført erstatningsutbetalinger på ca. 164 millioner kroner (NPE, 2011-okt.2014). (vedlegg 8 NPE).

Med identifisering av store personlige og økonomiske konsekvenser som feilbehandling og uønskede hendelser i helsevesenet har pasientsikkerhet fått stadig større fokus. Enkelte områder i helsetjenesten kan være mer utsatt for svikt enn andre. Ved å kartlegge disse kan muligheter åpnes for forbedring og minske risiko for svikt.

Informasjonsutveksling mellom sykepleiere er vanlig når pasienten overflyttes fra en avdeling til en annen. At informasjonen er tilstrekkelig er avgjørende for at ivaretagelse av pasientens helse skal bli best mulig. Kommunikasjon ved overflytting er identifisert som et av de viktigste elementene for å øke pasientsikkerhet verden over og verdens helseorganisasjon WHO har vært ledende i dette arbeidet (Chaboyer & Blake, 2008). Kommunikasjon og interaksjon mellom helsepersonell har signifikant innflytelse på pasientsikkerhet (M. Leonard, Graham, & Bonacum, 2004), og pasientoverflytting og tilhørende rapportering spiller en nøkkelrolle for å sikre kontinuitet og sikker ivaretagelse av pasienten (Manser & Foster, 2011). Fiva poengterer at selv om helsevesenet har blitt mer effektivt, har det også blitt mer

komplekst, med økt bruk av ny teknologi, medisiner og behandlinger. Han mener at økende økonomisk press på helsesystemer fører ofte til overbelastet helsemiljøer (Fiva, 2015).

På sykehuset utgjør det å rapportere og overflytte pasienter en stor del av sykepleieres arbeid. Flere undersøkelser har identifisert at ufullstendig overføring av informasjon og manglende standardisering av kommunikasjon blant helsepersonell påvirker pasientsikkerheten (Manser & Foster, 2011). Sykepleieres arbeid i ulike sykehusavdelinger kan være ganske hektisk. Det er ikke uvanlig at mange pasienter har sengeplass i sykehuskorridorene uten at bemanningen økes. Overflytting av pasienter fra postoperativ avdeling til sengepost er en av de mest kritiske faser med risiko for feil og uønskede hendelser viser Nagpal et al. sin studie fra to store europeiske sykehus. Studien viste at kirurgiske pasienter er mer sårbare for overflytting enn pasienter i andre kliniske spesialiteter. Årsaker til dette er overganger mellom flere ledd som pre-operativ og per- og postoperativ (Nagpal et al., 2011). Videre påpeker han at overflytting er per i dag i stor grad utført uformelle og variable arbeidsoppgaver. Nagpal et al. viser i sin studie at 14 % av 419 uønskede hendelser skjer på grunn av uhensiktsmessig rapportering og kommunikasjonssvikt. Videre beskrives det i studien at 67 % av vesentlig informasjon falt bort under overflytting av pasientene fra anestesiavdeling til postoperativ avdeling (Nagpal et al., 2011). I følge Catalano er det mange ulike faktorer som påvirker pasientsikkerheten. Derfor har det fra både ledelse og ansatte vært et mål å etablere gode rutiner for å kvalitetssikre systemer som skal bidra til å ivareta pasientsikkerhet (Catalano, 2009).

Denne studien er en empirisk undersøkelse i den hensikt å få svar på hvordan sykepleiere fra postoperativ avdeling og kirurgisk seng post erfarer kommunikasjon pasient overflytningsprosessen fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost og hvordan den påvirker pasientsikkerhet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hensikten med denne studien er å få dybdekunnskap om hvordan sykepleierne opplever kommunikasjon i pasientoverflytting, og hvilke faktorer som påvirker pasientsikkerheten ved overflytting av pasientene fra postoperativ avdeling til kirurgisk avdeling ved et norsk universitetssykehus.

Jeg har i lengre tid tenkt på muligheten til å skrive masteroppgaven min om pasientsikkerhet. Hverdagen i ulike avdelinger kan være ganske hektisk, og det er ikke uvanlig at mange

pasienter har sengeplass i korridorene og gjerne under forhold med lite bemanning. Derfor har det fra både ledelse og ansatte vært et mål å skape gode rutiner for å kvalitetssikre systemene som bidrar til å ivareta pasientene.

Prosessen med å overføre pasienter er en utfordring for sykepleierne på kirurgisk sengepost og intensivsykepleierne på postoperativ avdeling. Prosedyrene ved overflytting av pasienter til en annen avdeling kan være ulik mellom forskjellige avdelinger. Her kan det være mange ulike faktorer som påvirker pasientsikkerhet og pasientoverflytting.

Jeg vil gjøre en empirisk undersøkelse for å få svar på hvordan overflyttingsprosessen erfares av sykepleierne og fungerer i praksis. Jeg hadde i denne forbindelse en kort samtale med den sykepleiefaglige ledelsen ved Kirurgisk divisjon. Temaet for studiet ble ”bestilt” av sykepleiefaglig ledelse ved Kirurgisk divisjon, som opplevde at overflyttingsrapportering fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost kunne vært bedre (vedlegg 2). Valg av pasientsikkerhet som tema for denne masteroppgaven falt derfor naturlig.

1.2 Dagens rutiner og beskrivelse av forskningsfeltet

En beskrivelse av hvordan rutine og rapportering er ved overflytting av pasientene fra postoperativ avdeling til kirurgiske sengepost er nødvendig for å forstå bakgrunnen for denne studien. Per i dag brukes et skjema /sjekklister (vedlegg 9) som følger pasientens øvrige papirer på avdelingen. Når pasienten er klar for overflytting ringer sykepleier som ivaretar ansvaret for pasienten på postoperativ avdeling for å gi en muntlig rapport per telefon til sykepleier på kirurgisk sengepost. Det er ingen rutine å skriftlig dokumentere forløpet på postoperativ avdeling i elektronisk pasientjournal (DIPS). Sykepleier på kirurgisk avdeling opplyser at dette skjemaet settes i permen til pasienten, og ikke er lett tilgjengelig ved behov. I en travel hverdag er det heller ikke lett å finne den sykepleieren som har ansvaret for pasienten på kirurgisk sengepost, for å få gitt den muntlige telefonrapporten. Dette øker mulighetene for at viktig informasjon overses. Avdelingen ønsker en skriftlig rapport i DIPS.

Etter at pasientene er ferdig med overvåkningsfasen, må de overflyttes tilbake til kirurgisk sengepost der de er innlagt. Dette skjer med hjelp av portør som er bestilt av sykepleier på postoperativ avdeling, og det kan ta 10-30 minutter før portøren kommer. Postoperativ avdeling har tre rom og tre saler. Et av rommene med fire sengeplasser ble fra 1. oktober 2014

benyttet til intermediære pasienter (de pasientene som trenger lengre tid til overvåkning med spesielt tilsyn og som derav ikke kan være på sengepost). De andre rommene og salene ligger noe spredt og har totalt 21 sengeplasser. På travle hverdager med lav bemanning og full operasjonsplan, er det ikke så lett for intensivsykepleierne å ha full oversikt være tilgjengelig overalt. Det er ikke uvanlig at personell fra operasjon avdeling kommer med nyopererte pasienter som det ikke er sengeplass til. Da må de andre pasientene som har vært på postoperativ avdeling en stund, gjerne flyttes til korridoren og vente på portør som flytter dem til sengeposten. Dagens rutiner kan medføre stress og utilstrekkelig informasjonsformidling ved overflytting av pasientene til sengepost.

Det er en utstrakt bruk av innleide sykepleiere ved sykehuset. Dette representerer en utfordring både i forhold til språk og rutiner. Det rapporteres gjerne per telefon og sykepleierne fra vikarbyrå, eller fast ansatt med manglende kommunikasjonsferdigheter og språkforståelse, kan være en medvirkende årsak til misforståelser. Dagens rutine hva angår vikarer er at disse blir vist rundt i avdelingen, men det er pr i dag ingen faste rutiner for intern opplæring. Det finnes ikke standardiserte skjema/sjekklistor som beskriver hvordan de skal gjennomføre rapporteringen ved overflytting til sengepost.

Kunnskapssenteret belyser i Meldeordningen (2013) at en del hendelser kan oppstå der vikaren har manglet kjennskap til avdelingens prosedyrer, noe som har resultert i at pasienter ikke er blitt fulgt tilstrekkelig opp (Kunnskapssenteret, 2013).

1.3 Tidligere forskning

For å finne aktuell forskning og bakgrunns litteratur har jeg søkt i vitenskapelig databaser i helsefag. Jeg har primært søkt i BIBSYS Ask, CINAHL, MEDLINE og Ovid. Søkeordene pasientsikkerhet, pasientoverflytting, pasient i fokus, sykepleie, kommunikasjon på norsk, og patient safety, patient transfer, patient handover, patient handoff, continuity of patient care, information dissemination og interdisciplinary communication på engelsk. Artikkelen kommer primært fra USA, Sveits og Storbritannia.

Segall et al. presenterer en review-artikkel hvor han fokuser på tverrfaglig rapportering og overflytting av pasientene mellom ulike profesjoner. Artikkelen inkluderer 500 studier, hvorav 31 av disse omhandler postoperativ overflytting (Segall et al., 2012). Segall et al. hevder at 24

av studiene anbefaler strukturering av overflytting prosess eller rapportering. De fleste av studiene var tverrfaglige studier som identifiserte barrierer som hindret trygg, effektiv postoperativ overflytting inkludert ufullstendig overføring av informasjon og andre kommunikasjonsproblemer, inkonsistente eller ufullstendige team, fraværende eller ineffektiv gjennomføring av kliniske tiltak og dårlig standardisering (Segall et al., 2012).

I følge Manser og Foster har det i det siste vært fokus på og økende enighet i vitenskapelig litteratur om at kommunikasjon mellom helsepersonell og kontinuitet i omsorg er avgjørende for pasientsikkerhet. Videre påpeker de at pasientoverflytting er lite systematisk studert (Manser & Foster, 2011). Manser og Foster viser at flere studier har konkludert med at verbal kommunikasjon kan være ufullstendig og medføre tap av informasjon (Manser & Foster, 2011).

I en fersk studie av Nagpal et al. fant man at i forbindelse med 20 store gastrointestinale kirurgiske prosedyrer ble kun 68 % av viktig informasjon skrevet, og bare 30 % av prosedyrespesifikk kirurgisk informasjon ble overført muntlig ved overflytting fra anestesivdeling til postoperativ avdeling. I tillegg viser studien at overflyttingsinformasjonen avtok til 55,8 % av essensiell informasjon til postoperativ avdeling, og senere til 43,9 % av essensiell informasjon til sengepost (Nagpal et al., 2011).

Catalano (2009) påpeker at språket i rapportering må være klart og konsist for å være effektiv. Sykepleieren må være konkret i sin rapport. Rapporten må være mer beskrivende enn bare "pasienten er stabil" (Catalano, 2009).

Segal et al. skriver i en review-artikkel at det ville være interessant å teste nytten av å sammenligne rapporteringsmetoder, for eksempel ansikt til ansikt, telefon, skriftlig eller elektronisk. Han påpeker at mest informasjon forsvinner under en verbal rapport. Elektronisk rapportering kan redusere antall tilfeller av feilinformasjon, og derved redusere antall uønskede hendelser (Segall et al., 2012).

Nagpal et al.(2011) identifiserer, etter observasjon og studie av fem postoperative overflyttinger, at teamarbeid er en viktig komponent som påvirker rapportering. Sykepleiere på kirurgisk avdeling ønsker opplæring og hospitering for å bli kjent med rutiner og systemer på postoperativ avdeling. (Nagpal et al., 2011) I følge Manser og Foster er en av

de faktorer som er nøkkelen til en god informasjonsoverflytting god fellesforståelse og arbeidsatmosfære. Det er påpekt at mangel på formell trening og formelle systemer for pasientoverflytting hindrer god praksis. Dermed har pasientoverflytting etter hvert blitt mer prioritert i forskning på pasientsikkerhet (Manser & Foster, 2011).

Direktoratet for Healthcare Research and Quality gjennomførte en undersøkelse i 2008 ved 519 sykehus over hele USA. Ifølge resultatene fra undersøkelsen var det følgende fire problemområder ved overflytting/rapportering:

”Informasjon går tapt når pasienten overflyttes fra en enhet til en annen”: 41 %

”Viktig pasient-omsorg informasjonen går ofte tapt under vaktskiftet”: 49 %

”Problemer oppstår ofte i utveksling av informasjon på tvers av sykehusenhetene”: 42 %

”Vaktskifte er problematisk for pasienter ved dette sykehuset”: 46 %

Studien viser altså omfattende fare for å tape viktig informasjon om pasienthelse.

(Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2008)(Manser & Foster, 2011).

1.4 Formålet med studien

Den senere tid har det vært økende fokus på pasientsikkerhet i media hvor uønskede hendelser koster menneskeliv hvert år (Hjort, 2007). Overflytting av pasientene er et omfattende og krevende felt for sykepleiere som har ansvar for overflytting og informasjon til neste ansvarlig sykepleier.

Formålet med denne studien er å få kunnskap om hvordan sykepleiere rapporterer/kommuniserer når postoperativ pasient overflyttes til sengepost fordi kommunikasjon mellom sykepleierne kan påvirke pasientsikkerheten. Ved å identifisere overflytting av pasienter fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost kan vi optimalisere og sikre overflyttingsprosessen og unngå skade og feil behandling. Det å jobbe i et felleskap med andre sykepleiere innenfor en sykepleiekultur innebærer et faglig felleskap, fellesforståelse og språk (Orvik, 2004). Hvordan ledelsen ved kirurgisk sengepost og postoperativ avdeling legger forholdene til rette for sykepleiernes arbeid, har også stor betydning. Sykepleiere fra begge avdelinger har en kompleks hverdag med mye å ha oversikt over. Blant annet mange ulike kurver, noen håndskrevne kurver og noen elektroniske rapporter. Det er viktig med standardisering og systemer som sikrer at uønskede hendelse og risikoen minimeres (M. W. Leonard & Frankel, 2011).

1.4.1 Problemstilling

”Hvordan kan kommunikasjon mellom sykepleiere påvirke pasientsikkerhet ved pasientoverflytting av pasienter fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost?

Følgende forskningsspørsmål er utarbeidet for å belyse problemstillingen:

1. Hvordan opplever sykepleiere på kirurgiske sengepost og intensivsykepleiere pasientoverflytting fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost?
2. Hvordan kan pasientoverflytting forbedres?

1.4.2 Begrensninger

En masteroppgave kan ikke rekke over alle eventualiteter slik at begrensninger er nødvendig. Denne studien har ikke til hensikt å diskutere samhandling og kommunikasjon mellom leger og sykepleiere eller sykepleie og annet helsepersonell. Denne studien fokuserer kun på overflytting av pasienter fra postoperativ avdeling til kirurgisk avdeling. Overflytting av pasienter mellom andre avdelinger vil kunne fremvise andre problemstillinger eller resultat som ikke vil bli belyst i denne oppgaven.

Nøkkelord:

Pasientsikkerhet, kommunikasjon, rapportering, pasientoverflytting.

2.0 Teori

Den teoretiske tilnærmingen i denne oppgaven tar utgangspunkt i problemstillingen:

”Hvordan kan kommunikasjon mellom sykepleiere påvirke pasientsikkerhet ved pasientoverflytting av pasienter fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost?”

Den tradisjonelle sykepleierrolle i helsevesenet blir en del av teorikapittelet. Jeg har valgt å bruke Florence Nightingale og hennes tenkning i denne oppgaven for å understreke sykepleiernes viktige rolle i kommunikasjons- og dokumentasjonsarbeidet. Jeg refererer også til Kari Martinsen og hennes hovedbudskap med vekt på de menneskelige relasjoner i forholdet mellom pasient og sykepleier. Jeg har valgt å referere til nettopp disse to fordi de vektlegger den rollen sykepleieren tradisjonelt har, med vekt på omsorg og medmenneskelige relasjoner. Deretter følger en utdypning av en pasientsikkerhetsteori.

Jeg har valgt å vise til Reasons modell, for blant annet å vise viktigheten av gode rutiner. De ulike barrierene (organisasjon, teknisk, individ etc) finner vi også i sykehusmiljøet.

Teoriene skal ligge til grunn og være en referanseramme for tolkning som skal gjøres av det empiriske materialet.

2.1 Den tradisjonelle sykepleierolle

Florence Nightingale var en pioner innenfor den moderne sykepleien. Hun blir sett på som en foregangskvinne som utviklet den moderne og profesjonelle sykepleie (Heggdal, 2006).

Nightingale vier oppmerksomheten til å fremme helse. Hun diskuterer sykdom ut fra et forebyggende formål med sykepleie. Nightingale beskriver sykepleierens rolle i å optimalisere miljøer for helbredelse. Å skåne de syke for påkjenninger er en viktig del av forebyggingen (Nightingale, Elstad, & Larsen, 1984).

“Alle resultat av god sykepleie kan ødelegges eller sterkt forringes av dårlige arbeidsrutiner” (Nightingale et al., 1984). Hun var opptatt av kommunikasjon og dokumentasjon mellom helsepersonell. Nightingales teori kan relateres til kommunikasjon og dokumentasjon i sykepleie.

Kari Martinsen har bidratt til ulike omsorgsteorier, og er spesielt kjent som bidragsyter når det gjelder forståelse av sykepleiefaget. I følge Martinsen handler omsorg om relasjon mellom to mennesker. Relasjon bygges på solidaritet og er betingelsesløs. Martinsens overordnede prinsipp er å ivareta syke og svake i en sårbar situasjon. Hovedbudskapene i hennes

omsorgsteori er en praktisk-moralsk handlingsklokskap basert på medmenneskelig relasjon, nestekjærlighet og faglig skjønn (Martinsen, 2003).

2.2 Pasientsikkerhet

Vincent i Aase (2010) definerer pasientsikkerhet som ”det å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skade som følge av helsetjenesteprosesser” (Aase, 2010). I følge Aase er kvalitet i helsetjenesten en del av pasientsikkerhet, men begrepene ”kvalitet” og ”pasientsikkerhet” er ikke synonyme (Aase, 2010). Nasjonalenhet for pasientsikkerhet definerer pasientsikkerhet som ”vern mot unødig skade som følge av behandling eller pleie, eller mangel på ytelse”.

James Reason (2000) er en engelsk psykolog og forsker, og opphavsmann til “Sveitserostmodellen” som benytter et systemorientert perspektiv for håndtering av feil. Reason hevder at i høyteknologiske systemer er det lagt inn mange barrierer for å forhindre ulykker (figur 1).

Barrierene skal beskytte mot ulykker, men man opplever likevel at det skjer brist i barrierene, illustrert ved hullene i osten. Dersom alle barrierer har hull, og disse i en gitt situasjon overlapper hverandre (se figur 1), kan uheldige hendelser skje. Jo flere hull i barrierene, jo større sjans for feil. Denne modellen er opptatt av hvilke barrierer og sikkerhetsanordninger som blir brutt, og hvordan man kan unngå at det skjer igjen. Hullene oppstår av to ulike grunner; ”aktive feil” og ”latente feil”.(Reason, 2000)

“Aktive feil” kan innebære manglende oppmerksomhet, feil og avvik gjort av for eksempel en medarbeider. “Latente feil” kan være for eksempel manglende veiledning, tidspress, dårlige prosedyrer og rutiner, manglende bemanning og trening, dårlige verktøy osv. “Latente feil” kan være lenge tilstede i virksomheten uten å medføre skade. Men der flere feil oppstår samtidig, og man ikke er oppmerksom eller gjør en feil vurdering, vil den “latente feilen” være medvirkende til at skade oppstår (Reason, 1997). I et pasientsikkerhetsperspektiv kan hver osteskive symbolisere den enkelte sykepleiers kompetanse og erfaring, eller andre barrierer som avdelingens system og rutiner. Poenget er at hver barriere (osteskive) må inneholde færrest mulig brudd (hull) for å ivareta pasientsikkerhet på en best mulig måte (Reason, 2000).

James Reasons sikkerhetsteori er relevant for denne studien siden det er fokus på feil som både oppstår og utvikler seg i virksomheter.. Teorien kan bidra til å forstå dynamikken i kommunikasjonen mellom sykepleier i overflytting av pasientene mellom de to aktuelle avdelinger.

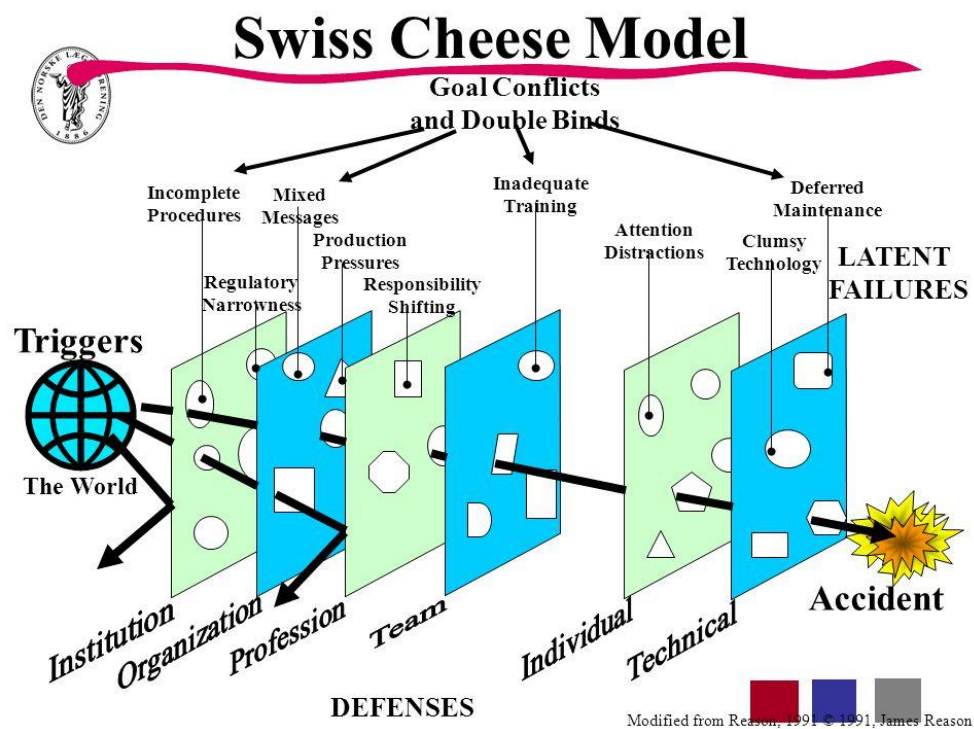


Fig. 1: Swiss Cheese Model (J. Reason, 1991)

2.3 Kommunikasjon og dokumentasjon

Ordet kommunikasjon er latinsk og betyr “gjøre felles” (Thornquist, 2009).

Kommunikasjon dreier seg om samhandling mellom to personer , om å dele. Samtale er en kollektiv prosess eller dialogen mellom to som snakker og lytter. I samhandlingen henvender vi oss til hverandre, gir muligheter for handling, skape kontakt og utveksler informasjon (Thornquist, 2009).

Formålet med denne studien er å studere hvordan kommunikasjon mellom sykepleiere kan påvirke pasientsikkerhet ved overflyttingen av pasienter fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost. Således er det viktig å se dokumentasjon og rapportering er en del av kommunikasjon.

I Helsepersonelloven § 39, 1999 er det nedfelt at sykepleierne har dokumentasjonsplikt. (Lovdata). Denne dokumentasjon synliggjør sykepleiernes arbeid og ansvar, og av forsvarlighet (Moen, Hellesø, Berge, Mølsted, & Quivey, 2008). Ved innleggelse på sykehuset kommer pasientene i kontakt med ulike avdelinger for undersøkelse og behandling. Det er nødvendig med dokumentasjons- og kommunikasjonssystemer for å sikre at de som er involvert i pasientbehandling får tilgang til pasientinformasjon (Moen et al., 2008). I følge Moen er muntlig rapportering i sykepleien nødvendig for å utveksle informasjon, men muntlig rapportering kan ikke anses som en del av pasientjournalen. Et velkjent problem er at det kan være vanskelig å tyde forskjellige håndskrifter. Videre påpeker han at elektronisk informasjonsutveksling er mindre tidskrevende, og informasjonen er lettere tilgjengelig og mer oversiktlig (Moen et al., 2008).

2.3.1 Pasientsikkerhet og rapportering

Leonard et al. (2011) hevder helsevirksomheter er et komplekst miljø. Han mener at det til tross for mange dyktige, dedikerte helsearbeidere er det i dag uakseptabelt høye nivå av kommunikasjonssvikt. Kommunikasjon, teamarbeid, kompetanse, trygghet og gjensidig støtte i situasjonene er viktig i forbindelse med god omsorg og å redusere uønskede hendelser (Leonard & Frankel, 2011)

I følge Leonard et al. (2004) er det flere faktorer som bidrar til kommunikasjonssvikt mellom helsearbeidere. Faktorer som vil kunne påvirke overflyttinger er bl.a. informasjonsmengde, individuelle kommunikasjonsferdigheter og erfaring, overflyttingsstruktur, eventuelt forstyrrelser, avdelingens størrelse, pasienttype og bemanning (Leonard et al., 2004). Mellom postoperativ avdeling og kirurgisk avdeling kan det ofte være forskjellig oppfatning av hvordan kommunikasjon og rapportering skal utføres.

I følge Leonard et al. (2004) bør det være et mål å oppnå effektiv kommunikasjon og teamarbeid, med å skape en felles ”mental modell” eller ”å få alle i samme sporet”. Leonard et al. (2004) påpeker et viktig element i å unngå feil og kommunikasjonssvikt og forbedre systemfeil er å bruke standardisering av kommunikasjonsverktøy og skape trygghet for sykepleierne. Erfaring har vist oss verdien av å bygge standardiserte verktøy for å forbedre sikkerheten i et komplekst helsevesen (Leonard et al., 2004)

I følge Leonard et al. (2011) krever effektivt teamarbeid ikke bare undervisning og praksis av konkrete samarbeidsverktøy og atferd, men også effektivt lederskap, forståelse og sikkerhetskultur. Kulturell endring er sentralt i dette arbeidet. For at denne kulturelle endringen skal være vellykket, spiller lederskap en viktig rolle (Leonard & Frankel, 2011) Kompleksiteten i den medisinske behandlingsprosessen har ført til at effektiv kommunikasjon er avgjørende for et trygt pasientforløp. Stadig flere studier viser fordelene og verdien av effektivt teamarbeid og kommunikasjon for å gi trygg omsorg (Leonard & Frankel, 2011).

Leonard peker i en studie på verdien av systematisk implementering av effektivt teamarbeid ved kirurgisk avdeling ved "Veterans Administration". Kombinasjonen av fungerende infrastruktur for "teamwork"-trening, bruken av sjekklister, ansvarlighet for implementering og trening, og måling av sikkerhetskultur før og etter resulterte i store forbedringer. Den beskriver blant annet en 18 % reduksjon i dødelighet, og redusert frafall av sykepleiere. Studien viser også at man har unngått 110 uønskede hendelser som beregnes å ville ha kostet 12 million \$ (Leonard & Frankel, 2011).

2.3.2. Pasientoverflytting og informasjonsformidling

Segall et al. (2012) definerer pasientoverflytting som "overføring av informasjon og faglig ansvar og ansvarlighet mellom enkelte personer og lag". Det er ekstra sårbare perioder ved overflytting av nyopererte pasienter fra postoperativ avdeling til kirurgisk avdeling. Pasienten har nedsatt bevissthetstilstand og er ikke i stand til å huske all informasjonen. Sykepleierens formidling av informasjon er således viktig for å unngå skade og uønskede hendelser (Segall et al., 2012). Overflytting av pasienter mellom avdelinger utgjør en sårbar periode i pasientbehandlingen. I følge Manser og Foster er sikker og tilstrekkelig kommunikasjon er avgjørende for pasientsikkerheten (Manser & Foster, 2011).

3.0 Metode og materiale

I dette kapitlet gjøres rede for design og metode i studien. Dette innbefatter datainnsamling, dataanalyse, utvalg, troverdighet og gyldighet, samt forskningsetisk vurdering.

Problemstillingen i denne studien la grunnlaget for valg av metode. Ordet metode betyr i sin greske opprinnelige form "et veivalg som fører til målet" (Kvale, Brinkmann, Anderssen, &

Rygge, 2009 s.99). Metodekapittelet redegjør for hvordan studien er gjennomført og for metodiske overveielser som har hatt betydning underveis i forskningsprosessen.

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

I min studie har jeg gjort en kvalitativ tilnærming hvor jeg har brukt et eksplorerende design i form av fokusgruppeintervju. I følge Malterud tar kvalitativ metode sikte på å beskrive og forstå, ikke forklare og predikere (Malterud, 2011). Hensikten med denne studien er å forstå hvordan kommunikasjonen mellom sykepleiere påvirker pasientsikkerhet når pasienter flyttes mellom to avdelinger. Kvalitativ tilnærming brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra sykepleiers egne perspektiver og opplevelse (Malterud, 2011). Ettersom kvalitativ metode åpner muligheter for å innhente sykepleierens opplevelse vedrørende overflytting av pasienter, vurderer jeg kvalitativ metode som best egnet. En kvantitativ tilnærming har jeg vurdert som uhensiktsmessig i denne sammenheng ettersom designet begrenser muligheten for informantene til å uttrykke seg med egne ord. Problemstillingen i denne oppgaven kan i denne sammenhengen forstås å omhandle et fenomen fra sykepleierens daglige arbeidsoppgaver. Hensikten med å benytte kvalitativ metode er å fange informantenes eget subjektive perspektiv på fenomenet som intervjuet omhandler (Fog, 2004).

For å få svar på problemstillingen vil jeg invitere sykepleiere fra postoperativ avdeling og to kirurgiske sengeposter til fokusgruppeintervju. Ved hjelp av semistrukturert intervjuguide vil jeg intervju dem om deres erfaringer med pasientoverflyttinger og hva de legger i begrepet overflytting, pasientsikkerhet og eventuelle utfordringer de opplever å ha i forbindelse med overflytting av pasienter. Videre er jeg interessert i hvordan sykepleierne, som i denne studien blir mine informanter, arbeider med disse utfordringene. Studien har et eksplorerende perspektiv med å legge vekt på å prøve å forstå hva det er som spiller inn i sykepleierens opplevelse av pasientoverflyttinger.

Kjernen i denne studien, er sykepleieres beskrivelser og opplevelser av kommunikasjon/rapportering når pasienten flyttes fra postoperativ avdeling til kirurgisk avdeling. Sykepleierens erfaringer er preget av kulturelle, historiske og sosiale faktorer (Thomassen, 2006). Det er erfaringene og beskrivelsene fra sykepleierens arbeidshverdag jeg søker å forstå. Derfor innhenter jeg informasjon fra de som opplever dette. På denne måten

forsøker jeg å forstå en kompleks situasjon ut fra sykepleierens refleksjoner, opplevelser og erfaringer (Thomassen, 2006).

Et fokus på sykepleiernes egne beskrivelser av erfaringer og opplevelser, og hvordan de uttrykker seg i sin muntlige beskrivelse, er et naturlig utgangspunkt for metodevalget. Dette for å klare å få frem både likheter og ulikheter ved erfaringene. Erfaringene fra disse sykepleierne vil ikke nødvendigvis gjelde for andre sykepleiere, men det kan belyse synspunkter rundt pasientsikkerhet og overflyttingsprosessen av pasientene fra postoperativ avdeling til kirurgisk avdeling. Siden kommunikasjon mellom sykepleiere er sentralt i problemstillingen, vil opplevelse og erfaringer knyttet til kommunikasjon være viktig.

Jeg ønsker å studere sykepleierens erfaringer med overflytting av pasientene fra postoperativ avdeling til kirurgisk avdeling med et pasientsikkerhetsperspektiv. Fokusgruppeintervju kan være et egnet designe for å studere dette. Fokusgruppe intervju søker å innhente beskrivelse av informantenes opplevelse og erfaring (Malterud, 2012).

Jeg forsøkte å beskrive virkeligheten slik informantene oppfatter den med et fortolkende blikk etter beste evne. Min forståelseshorison som forsker er avgjørende for hva som blir lagt merke til og hva det blir lagt vekt på. Forskerens fortolkning og innsikt trekkes inn i forståelsesprosessen. Slik blir det samspill mellom forskeren og det fenomenet som det forskes på. For å få tilgang til data må forskeren gå inn i dialog med forskningsfeltet og ny kunnskap vinnes (Thomassen, 2006).

Kommunikasjon er grunnlaget for menneskelig samspill. Kommunikasjon med hverandre - de stiller spørsmål og besvarer spørsmål. Gjennom samtalen lærer vi å kjenne andre mennesker; vi får vite noe om deres erfaring, følelser, forhåpninger og om den verden de lever i (Kvale et al., 2009).

3.2 Forforståelse

Jeg er utdannet intensivsykepleier og har arbeidet på intensivavdelingen i 13 år. De to siste årene har jeg hatt stilling ved Kirurgisk divisjon. Temaet pasientsikkerhet har interessert meg i lengre tid. Engasjementet vokste fram under mitt arbeid på intensivavdelingen. Videre ble jeg

ytterligere motivert etter samtaler med pasienter som hadde opplevd uønskede hendelser i forbindelse deres opphold ved kirurgisk avdeling.

Maltrud (2011) sier at vi har en forforståelse med oss inn i et prosjekt før prosjektet starter. Hun sammenligner forforståelse med en ryggsekk vi har med oss inn i forskningsprosjektet. Hun hevder at forforståelse en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang med forskning omkring et bestemt tema (Malterud, 2011).

Man bør imidlertid være oppmerksom på sin egen forforståelse både i selve intervjuet, og ikke minst når man leser/fortolker den utskrevne teksten. Alle som ønsker å forstå et emne, har blitt interessert i dette emnet på en eller annen måte. For meg handler det om min erfaringsbakgrunn som intensivsykepleier.

Det betyr at jeg på forhånd vet en god del om emnet. Jeg vet også noe om hvordan det kan oppleves å jobbe på postoperativ avdeling, men ikke hvordan det oppleves av andre fra kirurgisk avdeling og postoperativ avdeling. Feltet jeg har hentet informantene er fra postoperativ avdeling og kirurgisk avdeling. Dette må kanskje betegnes som ”eget felt”, dvs. et felt jeg har en relasjon til. Her ligger det en fare knyttet til egen subjektivitet. Det er en fare for at den forforståelsen jeg har fra tidligere kan påvirke hvordan jeg oppfatter og tolker det som blir sagt av informantene. Det er også en fare for at jeg ikke fokuserer på det som informantene forteller, men det jeg selv har erfart og det jeg vil at de skal si (det resultatet jeg ”ønsker”). Jeg må derfor forsøke å være så kritisk refleksiv som mulig, og la informantene fortelle mest mulig åpent om sine opplevelser. Hovedmålet med forskning er å fremskaffe ny kunnskap, og ikke bare det vi allerede vet fra før. Det handler også om ”å gjøre det kjente fremmed”, og ikke ta for gitt det jeg anser for være ”naturlig” (Thornquist, 2003). Det de forteller kan ”åpne luker”, som gjør at man kan frembringe ny kunnskap om et område man allerede har kjennskap til. Jeg ønsker å studere et tema med en forståelse av hvordan tingene ser ut eller forklaringer på hvorfor det kan være slik.

3.3 Fokusgruppeintervju

En styrke ved fokusgrupper er at den sosiale samhandlingen, selve samspillet i gruppen, er kilden til data (Malterud, 2012). Metoden innebærer bruk av personlige samtaler og gir mulighet for å innhente kvalitativ kunnskap og dybdekjennskap omkring et fenomen. Fokusgruppeintervju kan benyttes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra informantenes

egne perspektiv med vekt på fortolkninger av mening og betydning rundt fenomenene som beskrives (Kvale et al., 2009).

Målsetningen med bruk av fokusgrupper er å få mer kunnskap om kommunikasjon i overflyttingen av pasientene mellom de to ulike avdelingene. Fokusgruppeintervju er velegnet til å finne forbedrings områder ut hva informantene opplever eller savner, samt gi ideer og respons til utvikling og nye tiltak (Kvale et al., 2009).

Jeg har utarbeidet en semistrukturert intervjuguide. Kvale sier en semistrukturert intervjuguide preges av åpenhet og gir mulighet for informantene til å snakke åpent rundt temaet.

Intervjuguiden brukes når et tema skal forstås ut fra informantens egne perspektiver, med andre ord ut ifra informantens egen fortolkning og beskrivelse av et fenomen (Kvale et al., 2009). Jeg har også utarbeidet intervjuguiden i stikkordsform. Dette skal minne meg om sentrale tema ved studiet jeg ønsker data om (vedlegg 7). Intervjuguiden ble utarbeidet ved at jeg skrev ned mine egne spørsmål. Samtidig leste jeg faglitteratur, søkte etter relevant forskning og økte min forståelse for metode. Deretter systematiserte jeg spørsmålene. Intervjuguiden ble dermed utarbeidet parallelt med problemstilling og forskningsspørsmål.

Som grunnlag for intervju og diskusjon, brukte jeg en intervjuguide med åpne spørsmål rundt temaet mitt. Spørsmålene var tenkt som en oppfordring/invitasjon til sykepleierne om å fortelle om/beskrive mest mulig fritt sitt daglige arbeid. På den måten kan man veksle mellom struktur og åpenhet. Fokusgruppeintervju kan ikke planlegges i detalj.

En må bruke kommunikasjonskompetanse for å improvisere underveis, men samtidig være grundig forberedt, uten å tro fasiten er klar på forhånd (Malterud, 2012). Den løse eller åpne modellen egner seg godt til studie med eksplorativ dataproduksjon, informantene i fokusgruppen får lov til å velge, så langt mulig, hva og hvordan de snakker om emnet innenfor en bred ramme (Morgan, 1997 s.40).

Jeg mener at denne metoden vil være egnet til å kaste lys over problemfeltet. Det er dessuten den metoden som kan bidra til læring ved refleksjoner over egen praksis. Diskusjon vil bidra til å trigge nye tanker, gi ny innsikt og kanskje endre fremtidig handling. Ulemper med denne metoden, kan være at noen personer kan være ukomfortable med å uttale sine synspunkter framfor en gruppe.

Et vellykket fokusgruppeintervju var avhengig av at informantene og jeg som forsker samarbeidet i intervjuet. Samarbeidet kan på mange måter ses på som en samtale (Kvale et al., 2009). Graneheim og Lundman sier at ved nærhet og distanse blir forskeren på en måte en del av forskningsprosessen i et kvalitative metode (Graneheim & Lundman, 2004).

Med åpenhet kan jeg oppnå informantenes narrativ og i strukturen finne mer konkrete svar. På denne måten fikk sykepleierne selv være med på vektlegge hva de mente var viktig. Samtalen fikk et retrospektivt tilsnitt hvor informantene skulle huske tilbake på sitt arbeid og hendelser. For eksempel: «Fortell hvordan dere opplever pasientoverflytting i praksis?» Deretter ytterlige spørsmål for å få tak i flere detaljer til opplevelsen var grundig nok beskrevet (Polit & Beck, 2012). I forhold til dette var det viktig å komme med oppfølgingsspørsmål for å få utdypet og meningen til informantene, for eksempel: «Hvordan er rutinene?», «Hva tenker dere om det?» eller «Kan dere gi meg eksempler?» (Polit & Beck, 2012 s.537)

Slike fokusgruppeintervjuer er godt egnet for å få fram oppfatninger av situasjoner fra ulike ståsteder, og synliggjøre hva som faktisk skjer i kontaktflatene. En slik prosess gir rom for å reflektere over egne og andres synspunkter og erfaringer, og dette vil bidra til kunnskapsutvikling. Individuelle intervjuer kunne gitt rikholdig beskrivelse, men jeg hadde mistet interaksjon mellom sykepleierne og diskusjoner som gruppeintervjuet fører med seg. Dette særtrekket er det som skiller fokusgrupper fra en-til-en intervjuer (Malterud, 2012). Diskusjonsleder skal sørge for innspill fra alle personer i gruppen, og ikke la noen få dominere diskusjonen. Dessuten kan det være fare for at dynamikken i gruppa begunstiger en gruppekultur som hemmer individuelle uttalelser (Polit & Beck, 2012 s.537)

3.3.1 Utvelgelseskriterier

Utvelgelseskriteriene var å få sykepleiere med både kort og lang erfaring i avdelingene i fokusgruppene. Informantene kan være av begge kjønn. Jeg fikk ingen mannlige sykepleiere på grunn av at på de dagene som passet best å gjennomføre fokusgruppeintervjuer, var ingen av de mannlige sykepleierne på jobb.

Utvalg i fokusgruppene settes sammen ut fra homogenitet og variasjon. Malterud beskriver homogenitet som grupper med liten variasjon utfra sentrale kjennetegn. Denne strategien kan gjøre at informantene relativt lett kan kommunisere med hverandre (Malterud, 2012). I fokusgruppe-intervjuene er alle sykepleiere som har et homogent grunnlag, men sykepleierne er variert i forhold til erfaring, og intensivsykepleierne har sin videreutdanning. Det ble først

foretatt ett intervju med kun kirurgisk personell og senere et intervju med kun postoperativt personell.

På det tredje og siste fokusgruppeintervjuet skilte jeg ikke sykepleierne fra kirurgisk avdeling og postoperativ avdeling. Jeg valgte å akseptere ”risikoen” for at samhandlingen mellom disse to gruppene i en intervjufase ville medføre manglende åpenhet, til fordel for de potensielle gevinster blandingen kunne medføre. Mitt håp var at å blande sykepleierne fra de to ulike avdelingene kunne bidra til nye perspektiv, som igjen kunne være et utgangspunkt for ny kunnskap. Min erfaring var at vi fikk gode fortellinger og ytringer når det var fokusgruppeintervju med denne kombinasjonen av sykepleiere fra kirurgisk avdeling og postoperativ avdeling.

3.3.2 Utvalg og rekruttering

Malterud (2012) anbefaler generelt fem-åtte deltakere i hver gruppe. Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å intervju fem sykepleier fra de to aktuelle avdelingene på hvert fokusgruppeintervju. På grunn av travelhet på sykehusavdelingene hadde jeg ikke ubegrenset tilgang til sykepleiere som må tas ut av driften for å delta i studien. Derfor begrenset antall fokusgrupper til tre, et antall jeg uansett mente var tilstrekkelig for å belyse forskningsspørsmålene. “Kvalitative studier baserer seg på *strategiske utvalg*, det vil si at vi velger informantene som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til å belyse problemstillingen og for å berike undersøkelsens teoretiske perspektiver” (Thagaard, 2009 s.55). Mange kunne bidratt med relevant erfaringer for problemstillingen, profesjoner som leger, hjelpepleier og portører. En masteroppgave kan ikke rekke over alle eventualiteter, og begrensning er nødvendig.

Jeg har gjennomførte tre fokusgruppeintervju (tabell 1)

	Sykepleiere, kirurgisk avdeling	Sykepleiere, postoperativ avdeling
Første fokusgruppeintervju	3 informanter	
Andre fokusgruppeintervju		5 informanter
Tredje fokusgruppeintervju	3 informanter	2 informanter
År erfaring	2,5-16,5 år	9-30 år
Alder	25-48 år	35-60 år

3.3.3 Planlegging av intervju-situasjon

I samarbeid med avdelingslederne ble vi enige om hvor og når vi skulle gjennomføre intervjuene. Muligheten for å kunne gjennomføre intervjuene ville være størst på en dagvakt midt i uken, dette for å sikre at intervjuene kunne foretas uten å bli avbrutt på grunn av arbeidspress i avdelingene. Avdelingslederne bestemte ut fra bemanningssituasjonen hvilken dag og hvem av personalet som passet best. Jeg møtte informantene samme dagen som intervjuet skulle foretas. Avdelingsleder hadde i forkant av intervjuene delt ut informasjonsskriv om studien og samtykkeerklæring. Alle sykepleierne som var forespurt av avdelingsleder ønsket å delta.

Fokusgruppene fant sted på et nøytralt møterom på sykehuset. Før intervjuene hadde jeg planlagt hvor alle skulle sitte. I samsvar med anbefaling fra Malterud (2012) plasserte jeg stolene slik at informantene så hverandre og satt relativt tett sammen. Moderatoren satt på andre enden av bordet slik at hun hadde godt innsyn, men ikke ble en naturlig del av diskusjonen (Malterud, 2012). Jeg introduserte meg selv, og presenterte deretter moderatoren. Informantene presenterte så seg selv for resten av fokusgruppen. Jeg spurte så om informantene hadde lest informasjonsskriv og samtykkeskjema. Jeg fikk beskjed fra informantene at de ikke hadde lest alle detaljene i disse skriven. Jeg ga derfor kortfattet, konkret og relevant informasjon om hensikten med studiet og hva vi var der for å diskutere. Det ble først foretatt et intervju med sykepleiere fra kirurgisk avdeling, og fem dager senere ble det foretatt et nytt intervju med intensivsykepleiere fra postoperativ avdeling. Et tredje og siste intervju ble gjennomført seks dager etter det andre intervjuet, med sykepleiere fra både kirurgisk og postoperativ avdeling.

Alle intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker, noe som informantene var informert om og hadde godkjent på forhånd. Som ekstra sikkerhet i tilfelle teknisk svikt brukte jeg to opptakere. Fordelen med digitale lydopptakere er at det som blir sagt blir registrert og at det fanger opp stemninger og tonefall som kan være til hjelp under analysen. Det var ikke nødvendig med replikkfesting av navn for transkriberingen, da gruppene var relativt små og jeg kjente flere av deltakernes stemmer fra tidligere.

I tråd med intervjuguiden startet jeg med å spørre om hvordan de opplevde og erfarte pasientoverflyttinger. Deretter fulgte jeg opp svarene deres med ytterligere spørsmål om nødvendig. Hovedpunktene jeg hadde satt opp på forhånd i intervjuguiden ble ikke benyttet kronologisk, men jeg kontrollerte underveis at vi var innom alle områdene. Det kom frem mange beskrivelser om arbeidsforholdene, historier og eksempler for å bekrefte synspunkter og opplevelser. Mange av emnene ble flettet inn i hverandre og i noen tilfeller ba de om å utdype uttalelser nærmere. Samtalene varte fra 55 til 65 minutter og ble gjennomført i løpet av de fire ukene. Etter hvert intervju skrev jeg ned hvilket inntrykk jeg hadde av samtalsituasjonen, samspillet oss i mellom og de viktigste punktene jeg merket meg underveis. Intervjuene ble transkribert i løpet av de fire ukene, for på den måten å få med momenter som kunne oppklare uklarheter og dermed styrke validiteten av analysematerialet. Dynamikken i gruppene var ulike. Noen tok mer initiativ enn andre så moderator måtte være aktiv for å få utfyllende svar. Intervjuguiden fungerte bra, og det ble intervju med gode diskusjoner og mange innspill.

3.3.4 Moderator

Det er viktig å ha en moderator eller diskusjonsleder til å lede fokusgruppeintervjuet, slik at jeg oppnår intervjuerens målsetting (Polit & Beck, 2012). Til denne oppgaven jeg fikk hjelp av en tidligere kollega fra intensivavdelingen. Hun er godt kjent med temaet i studien min. I forkant av intervjuene gikk vi nøye gjennom hvilke spørsmål rundt problemstillingen min jeg ønsket svar på. I tillegg jobber hun daglig på postoperativ avdeling og følgelig kjent med avdelingen og rutinene og utfordringene i hverdagen.

Potensialet for å få svar på spørsmålene ligger i at moderator legger til rette for gode gruppediskusjoner. Virkemidlet er interaksjon mellom informantene til å belyse problemstillingen så nyansert som mulig. Det er viktig å sørge for å få innspill fra alle informantene, og ikke la noen få veltalende informanter få dominere diskusjonen (Malterud, 2012).

For fokusgruppestudier anbefales det vanligvis at moderator lager en oppsummering av viktige temaer eller synspunkter etter at fokusgruppeintervjuet er over, og presenterer dette sammendraget for fokusgruppedeltakerne på slutten av intervjuet for å få deres tilbakemeldinger. Ofte kan spesielt verdifulle data kommer fra informantene på dette tidspunktet, som en reaksjon på disse sammendragene (Polit & Beck, 2012). Derfor tok

moderatoren i denne studien i slutten av intervjuene en oppsummering for å be om at informantene kunne reflektere rundt temaet, hvis det var noe de ville diskutere eller fortelle om som vi hadde glemt å nevne. Vi merket at dette var nyttig, for det kom god informasjon som belyste temaet ytterligere.

3.4 Transkribering

Det var god kvalitet på lydopptakene både i forhold til lyd og uten brudd i opptakene. Jeg valgte selv å transkribere intervjuene, da jeg følte det gav meg en ekstra nærhet til forskningsfeltet. Jeg transkriberte intervjuene ord for ord, og forsøkte å gjengi tale og stemninger så eksakt som mulig. Dette fordi jeg ønsker at det skal være informantenes stemme som kommer frem. Samtidig har jeg lite erfaring med transkribering, men jeg ville samtidig unngå at jeg ubevisst redigere eller endret mening i det jeg transkriberte intervjuene til et skriftlig språk. Jeg noterte alle pauser og tydelige gester som banking i bordet, latter som (ler) (irritert) (sukk) eller lignende i parenteser. Jeg har også skrevet med store bokstaver der informantene har lagt ekstra trykk på uttalelser og noen steder hvor informantene tok ekstra hardt i (Graneheim & Lundman, 2004). Det var til sammen tre intervjuer som ble transkribert. Selve prosessen med å skrive av opptakene var både tidkrevende og utfordrende.

3.4.1 Kvalitativ innholdsanalyse

Ifølge Maltrud (2012) skal en analyse foregå slik at andre senere kan følge analyseprosessen, anerkjenne systematikken i den og forstå konklusjonene. I denne studien har jeg valgt fokusgruppeintervju med en eksplorerende tilnærming som metode, da målet er å sammenfatte sykepleiernes fortelling og opplevelser på en måte som kan lede til nye beskrivelser av de fenomener som fokusgruppeintervjuene skal belyse (Malterud, 2012).

Dataene er analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim & Lundman (2004) har beskrevet prosessen med å identifisere deler av dataene, avsnitt og setninger knyttet til hverandre innenfor hvert temaområde som meningsenheter. Videre i prosessen kondenseres innholdet av materialet eller størrelsen på materialet reduseres, uten at påvirke kvaliteten på det materialet som står igjen. Man må beholde kjernen i budskapene (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuene belyser et eksplisitt område av innholdet i teksten. Et tema svarer på spørsmålet "Hvordan"? Et tema samsvarer med en underliggende, kondenserte meningsenheter (Graneheim & Lundman, 2004).

Analyseprosessen i denne studien startet med å å lese gjennom alle intervjuene flere ganger for å få inntrykk av helheten. Analysen skal lede til ny kunnskap. Hensikten er å oppnå kunnskap om kommunikasjon mellom sykepleierne relatert til overflytting av pasientene mellom de to avdelingene. Det ble så godt som mulig forsøkt å skrive det som opprinnelig ble sagt. Jeg noterte ned hvilket inntrykk jeg fikk av hva som var hovedbudskapene til deltakerne. Jeg la vekt på følelser, hva de trakk frem som viktig, hvor det var trykk på ordene osv. Arbeidet ble gjennomført med 4 analytiske ledd. De innsamlede dataene ble delt systematisk i matriser med kolonner for meningsenheter, kondenserte meningsenheter, subtema og tema (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen ble utført med utelatelse av Granheim og Lundmans subkategorier, fordi jeg ikke anså det som nødvendig i denne prosessen. Som forsker må man forsøke og ”la teksten snakke”, jeg fokuserte på ”manifest” og ”latent” innhold. Manifest innhold innebærer hva teksten sier om for eksempel hvordan sykepleierne beskriver opplevelsen av overflytting av pasientene. Latent innhold vil si hva man forstår som forsker ut av teksten. I analysen av det latente innholdet fremtrer temaene. De svarer på spørsmålet ”hvordan?” (Graneheim & Lundman, 2004) og danner hovedpoengene som er kommet frem i fokusgruppeintervjuene. Granheim & Lundman (2004) benevner dette som tema. I løpet av analyseprosessen fikk jeg tilbakemeldinger på foreløpige analyser fra medstudenter i oppgaveseminar. Veileder var også med i analysearbeidet. Det er viktig å være flere i analyseprosessen blant annet for å forsikre seg om at ikke forskers forforståelse tar overhånd.

Min begrunnelse for å gjennomføre et kvalitativt intervju, var å finne frem til ulike forståelser, holdninger og kommunikasjon rundt pasientoverflytning med et pasientsikkerhetsperspektiv. Formålet med studien er å analysere og å utvikle kunnskap om sykepleierens erfaring innenfor et bestemt felt (Malterud, 2011). Det vil bli en utfordring knyttet til forholdet mellom innsamling, bearbeiding og analyse av informasjon som kjennetegner kvalitativ forskning. Fordi kvalitativ innholdsanalyse er en krevende prosess, er det viktig med åpenhet i analyseprosessen. Jeg valgte å analysere hvert intervju for seg. Til slutt sammenlignet jeg og satte intervjuene inn felles i matriser.

3.4.2 Ethiske overveielser

Allerede i planleggingsstadiet av en studie må man være oppmerksom på etiske overveielser og følge de retningslinjer som kreves (Polit & Beck, 2012).

Siden jeg skulle intervju sykepleiere på kirurgisk sengepost og intensivsykepleiere i postoperativ avdeling, ble studien lagt fram for Personvernombudet (PVO) ved sykehuset og ble godkjent som forskningsprosjekt (vedlegg 1). PVO påpeker viktigheten av anonymisering. Studien ble sendt inn til Regional Etisk Komite (REK) for vurdering, men ble vurdert som ikke fremleggingspliktig (Øyvind Straume, 2014). Studien ble godkjent av divisjonsdirektørene for de respektive avdelingene, likeledes tillot avdelingsledelsene at forskningen ble gjennomført (vedlegg 1).

Personvernlovgivningen i Helsinkideklarasjonen har som formål å sikre at enkeltpersoner ikke skal kunne identifiseres i forbindelse med forskningsintervjuer (WMA, 2013). Derfor vil et formelt samtykkeskjema, med informasjon og formål om studien samt opplysning om tillatelse av innhenting av data, bli utfylt. Informantene ble informert om hvem som ville få tilgang til intervjuet, og om forskningsprosjektets formål. Jeg presiserte i informasjonsskjemaet at intervjudeltakerne deltok frivillig og at de kunne trekke seg når som helst, uten at det ville å få negative konsekvenser for dem (Kvale et al., 2009). Alle informantene skrev under på informasjonssamtykke (vedlegg 6). Her ble det også presisert at intervjupersonen skal være anonym i oppgaven, og at all datasamling oppbevares innelåst og forsvarlig og vil makuleres i etterkant av arbeidet, sommer/høst 2015. Det transkriberte materiale er på 68 sider. Det transkriberte materialet ble holdt separat til hver fokusgruppe. Datamateriale ble lagret på to minnepinner med to passord som sikkerhet, i tråd med NSD-godkjenningen, og data ble slettet fra opptakerne.

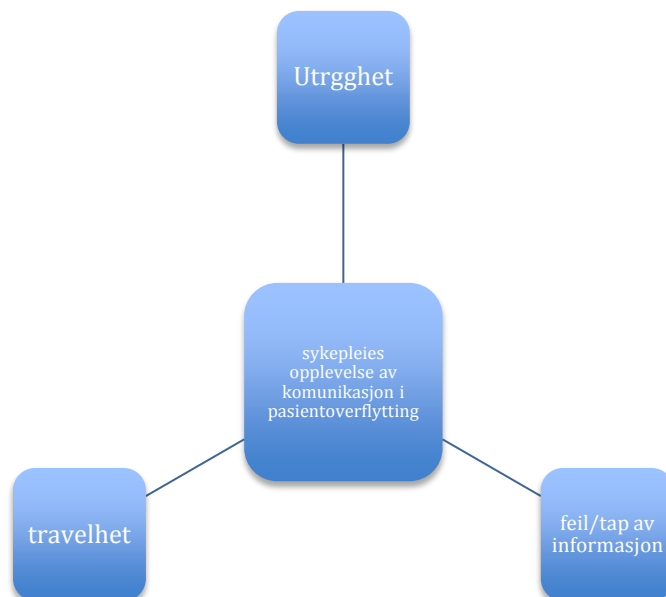
4.0 Resultater

I dette kapitlet presenteres de funn som kom frem etter analyse av det empiriske materiale ved fokusgruppeintervjuene. Forskningsspørsmålene var:

1. Hvordan opplever sykepleiere og intensivsykepleiere kommunikasjon ved pasientoverflytting fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost?
2. Hvordan kan kommunikasjon ved pasientoverflytting forbedres?

Etter analysearbeidet fra meningsbærende enheter til subtema og tema, satt jeg igjen med tre hovedtema: utrygghet, feil/tap av informasjon og travelhet.

Jeg har valgt å legge frem resultatene støttet opp med uttalelser fra sykepleierne. Utsagn fra sykepleierne ved sengepost merkes med (PS) og fra intensivsykepleierne ved postoperativ avdeling merkes med (IS).



Modell 1

4.1 Utrygghet

Under temaet utrygghet finnes følgende subtema: Uforståelig skriftlig dokumentasjon og uforståelig språk som medfører usikkerhet og utrygghet. Informantene fra sengepost i denne studien opplevde den skriftlige og muntlig kommunikasjonen i forbindelse med pasientoverflytting fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost som veldig varierende og avhengig av hvem det var som på jobb. Noen intensivsykepleiere rapporterte til en strukturert og informativ kommunikasjonsstil, mens andre ble opplevd som ustrukturert og usikre.

4.1.1 Skriftlig dokumentasjon

Postsykepleierne uttrykker stor misnøye med de håndskrevne kurvene og rapportene som følger med pasientene fra postoperativ avdeling (vedlegg 9). Ettersom både operasjonsstuene, postoperativ og sengepostene hadde alle ulike kurveføringssystemer ble det mange ulike kurver for postsykepleierne å forholde seg til. Dessuten opplevdes kurvene fra postoperativ avdeling vanskelig å forstå, både for intensivsykepleiere og postsykepleiere. De mente kurveoverføringene var utydelig og uoversiktlig. De ønsket seg heller dokumentasjon i den elektroniske pasientjournalen (DIPS) og mente det ville gi en bedre oversikt og skape større trygghet for at informasjon ikke gikk tapt. Sykepleierne på sengepostene som mottok kurver både fra operasjonsavdelinger og fra postoperativ uttrykte frustrasjon. Spesialavdelingene som intensiv-, operasjon- og anestesivdelingen bruker andre måter å dokumentere på enn de var vant med. Eksempelvis kunne vanlige respiratoriske parametere føres på andre måter. Postsykepleierne er opprørt over forholdene og bruker kraftige ord og uttrykk når de forteller. For eksempel: Postsykepleier sier:

”Såne håndskrevne kurver er aldri lett å tyde. Masse informasjon; du ser masse tall og streker og prikker og litt sånt. Aldri lett å tyde, masse rot og informasjon i et ark. Hvor skal jeg begynne?”

En annen Postsykepleier fortsetter:

”Så er det veldig greit når det er dokumentert i DIPS, for det er det hovedsakelig det vi bruker når vi dokumenterer og rapporterer og leser om pasienten”.

En Postsykepleier legger til:

”Jeg synes det er vanskelig som for eksempel med blodtrykk; liksom vanskelig å lese hva det eksakt står. Det er ikke bare avdelingenes ulike kurver og kurveoverføringssystemer som frustrerer. Det er også de enkelte sykepleiernes ulike måter å føre kurvene på som oppleves uoversiktlig og utydelig”.

Intensivsykepleiere opplevde også frustrasjon i forhold til pasientoverflytting fra postoperativ avdeling til sengepost. De opplevde ikke telefonrapportene som trygge nok.

En intensivsykepleie uttrykker det slik:

”Har vel fundert veldig mye på akkurat overflytting av pasientene, men jeg føler at det i hvert fall ved store operasjoner skrives i DIPS; så hvis det er noe spesielt så syns jeg det er en ekstra sikkerhet. Synes at det føles tryggere enn å bare gi rapport per telefon”.

Intensivsykepleierne beskrev også frustrasjon når de tok imot pasienter fra operasjonsavdelingen.

En intensivsykepleie innrømmer:

”Jeg opplever selv mange ganger, at de skjemaene vi får ved vaktskiftene av våre kolleger eller fra anestesen kan være veldig uoversiktlige for meg. Mange ganger syns jeg det er vanskelig å lese det”.

4.1.2 Muntlig kommunikasjon

Både postsykepleiere og intensivsykepleiere uttrykte at det er utfordringer relatert til uforståelig språk og mangelfull rapportering spesielt av vikarene. Mange informanter forteller om dårlige rapporteringsrutiner og dårlige språkkunnskaper hos en del vikarer.

Intensivsykepleierne uttrykte usikkerhet om rapporten er oppfattet. Dette var ekstra vanskelig når rapporten ble gitt over telefon. Postsykepleierne ønsker å sikre seg mot at opplysninger ikke går tapt. De ønsker standardisert muntlig rapportering (ABC). Begge avdelingene uttrykte utfordringer i forhold til kommunikasjons- og informasjonsutveksling. All muntlig rapportering om pasienten som skal flyttes fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost skjer per telefon.

En postsykepleier forteller:

”De vikarene som ikke kan snakke norsk språk så godt; det kommer ikke alltid frem hva de vil. De (vikarene) spør hva du vil vite”?

En annen postsykepleier supplerer:

”Altfor ofte er det dårlig rapport av dem (vikarene)”.

Manglende språkkunnskaper er også et problem på postoperativ avdeling.

En intensivsykepleier erfarer:

”Veldig varierende føler jeg, når jeg gir rapport. Jeg opplever flere ganger at det er problem med kommunikasjon, på språk, ikke stødig i norsk, at du blir usikker, at de (vikarene) ikke oppfatter helt det budskap du prøver å formidle”.

”Jeg har tenker på den mange gang, å si til en kollega at ”OK, nå har jeg gitt rapport til et menneske som jeg tror ikke forstod halvparten av det jeg sa”. ” Gi rapport til andre enden (pr telefon) som er helt stum”.

Postsykepleiere opplever frustrasjon i forhold til at intensivsykepleiere ringer opp muntlig rapport på pasienter som skal flyttes med portør.

En postsykepleier forteller:

”Vi har hatt den diskusjonen rundt det å ringe opp rapport på pasienten. Vi har ønske om at rapporten hadde vært dokumentert i DIPS, nettopp for å sikre at alle opplysningene kommer med og at ingen opplysninger går tapt, for ofte er det ikke den som tar i mot rapport som har ansvar for pasienten. Så når den skal gå gjennom så mange ledd, kan det være lett at noen opplysninger faller bort”.

Intensivsykepleierne på postoperativ avdeling forstår langt på vei frustrasjonen. De opplever også den muntlige telefonrapporten som ”utrygg”.

En annen intensivsykepleier supplerer: ”I tillegg kan det være at vi er ute til lunsj og andre skal gi den muntlige rapporten for oss, uten å ha ansvar for pasienten. Det er flere ledd i overflyttingsprosessen.”

Sykepleierne fra begge avdelinger hevder at ved overflytting av pasienter er det fare for at informasjon går tapt.

Informantene fra postoperativ avdeling beskriver i fokusgruppeintervjuet hvordan de formidler informasjon og gir rapport per telefon. Ved oppfølgingsspørsmålet ”Hva er innholdet i den muntlige rapporten når dere flytter pasienten til sengepost?”, varierer de individuelle svarene med ulike oppfatninger av informasjon og innhold i den muntlige rapporten.

Intensivsykepleier:

”Det er greit å bruke postoperativt skjema, gå gjennom og ta det systematisk; pleier som regel å huske de fleste ting da”.

Intensivsykepleier:

”Jeg begynner med at pasienten har fått generell anestesi; Tiva, Spinal...men du skal sitte i telefonen og snakke om det der, ofte er det nyttige opplysninger du kunne vist direkte på anestesi-skjema, men å sitte på telefonen ,det er vanskelig”.

Intensivsykepleier:

”Men jeg går ikke på anestesian. Det de har fått (anestesi) trenger ikke postsykepleieren vite”.

Intensivsykepleier:

”Hvis det er noen spesielle ting (om anestesian de har fått) bruker jeg å si det, men generelt sett så forklarer jeg ikke hva anestesian inneholder, det pleier jeg ikke gjøre”.

Intensivsykepleier:

”Jeg legger gule lapper under skjemaet, ting som jeg har gitt rapport på, for eksempel: ”Har ikke tømt urin-posen enda”, eller ”pasienten trenger O₂”, så skriver jeg på en gul lapp VIKTIGE ting”.

Informantene legger for dagen store ulikheter i sine rapporteringsrutiner.

4.1.3 Diskrepans mellom rapport og observasjon

Sykepleierne på sengepost opplever at telefonrapporten de har fått fra postoperativ avdeling ikke alltid stemmer med det de observerer hos pasienten de får opp. Dette oppleves utrygt og er resurskrevende.

Postsykepleieren uttrykker dette på ulike måter:

”Jeg opplever jeg i hvert fall ikke alltid at rapporten stemmer med det jeg observerer, og det blir litt irritasjonsmoment”. ”At intensivsykepleie sier bandasjene er ok, men når pasienten kommer opp på post er bandasjene gjennom-blødd, så tenker jeg at det har skjedd mye på heisen, liksom”.

”Pasienten kom opp på sengepost og rett ned til postoperativ avdeling igjen på grunn av lavt blodtrykk og respirasjonsfrekvens”.

Intensivsykepleie kan bekrefte at rapporten ikke alltid stemmer med det postsykepleieren observerer :

”Jeg fikk en avviksmelding, det hadde blitt målt blodtrykk kl. 06:00, salen var full (av pasienter) og det kommer ny pasient. Pasienten blir kjørt til skranken og venter en halv time til portøren kommer og kjører henne opp. Når pasienten kommer opp på avdeling er hun kvalm og kaster opp med lavt blodtrykk”.

Intensivsykepleier:

”Vi flytter pasienten med portør, og pasienten blir liggende lenge her nede, som egentlig ikke er en del av flytteperioden”.

Intensivsykepleier:

”Den tiden pasienten ligger på gangen og venter på portør, med overfylt blære og smerter igjen; du blir frustrert selv, for du tenker at nå må den pasienten opp på post, ellers så må jeg begynne på nytt igjen”.

Informantene avdekker en rekke klanderverdige forhold. De vet at systemet ikke er godt nok. Det oppleves utilfredsstillende uten at forslag til forbedring beskrives.

Analyseprosessen om et av hovedtemaene ”utrygghet” presenteres i form av en tabell (tabell 2)

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Subtema	Tema
PS: ”De vikarene som ikke kan snakke norsk språk så godt; det kommer ikke alltid frem hva de vil” ”De (vikarene) spør hva du vil vite?”	Mangelfull rapport, uforståelig språk, usikkerhet	Språk, muntlig rapport	Utrygghet
IS: ”Veldig varierende føler jeg, når jeg gir rapport. Opplever flere ganger at det er problem med kommunikasjon, på språk, ikke stødig i norsk, at du blir usikker, at de (vikarene) ikke oppfatter helt det budskap du prøver å formidle”.	Mangel på formidling av budskap, uforståelig språk, usikkerhet og i tvil	Språk, muntlig rapport, utrygghet og usikkerhet	
PS. ”Sånne håndskrevne kurver er aldri lett å tyde; masse informasjon; du ser masse tall og streker og prikker og litt sånt; det virker litt masse. Aldri lett å tyde, masse rot og informasjon i et ark. Hvor skal jeg begynne?”	Håndskrevet, masse informasjon, hvor begynne, usikkerhet, uklarhet, utydelig	Frustrert, utrygghet og i tvil, usikkerhet	
PS: ”Enkelte operasjoner defineres som overligger på postoperativ avdeling”. ”Vi opplever at pasienten blir sendt på sengepost samme kvelden, men (pasienten) er primært overligger”.	Primært overligger, svikt i planlegging	Planlegging av ressurser, team arbeid	

PS: ”Opplever jeg i hvert fall ikke alltid at rapporten stemmer med det jeg observerer, og det blir litt irritasjonsmoment”.	Rapporten stemmer ikke, usikkerhet	Diskrepans, usikkerhet, frustrasjon	
--	------------------------------------	-------------------------------------	--

Tabell 2

4.2 Feil/tap av informasjon

Tema 2 er feil/tap av informasjon med følgende subtema: Uoversiktlig skriftlig skjema, stress, usikkerhet og fysiske arbeidsforhold. Sykepleierne fra kirurgisk sengepost opplevde i denne studien kommunikasjonssvikt, og erfarte at det var ulike systemer og kurver/skjema i forbindelse med pasientoverflytting fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost. Postsykepleierne er usikre og har lite kjennskap til andre rutiner og overflyttingsskjema fra postoperativ avdeling. Intensivsykepleiere fra postoperativ avdeling er usikre på om budskap og informasjon er kommet frem til kirurgisk avdeling. Informantene fra begge avdelinger opplevde fare for feil/tap av informasjon.

Ettersom intensivsykepleierne rapporterer via telefon er det flere barrierer mellom avsender og mottaker av rapporten. I en rapport hvor personalet sitter ovenfor hverandre kan man lese hverandres kroppsspråk og dermed ha flere kilder til hvordan informasjon blir oppfattet. Ser mottageren spørrende ut, kan intensivsykepleieren umiddelbart prøve å finne ut av hva som ikke er oppfattet og supplere eller forklare med ytterligere informasjon. Dessuten kan intensivsykepleierne bruke den skriftlige dokumentasjonen til å understreke det hun sier. En rapportering i samme rom vil kunne hjelpe postsykepleierne til lettere å kunne spørre intensivsykepleierne, og samtidig lettere forstå det som blir sagt ved hjelp av dokumentasjon. En rapport over telefon begrenser altså sykepleierens mulighet til å innhente informasjon ut over det som blir formidlet via telefon. Når en i tillegg vet at det kan være mye støy og uro både på kirurgisk sengepost og postoperativ avdeling, er dette med på å ytterligere svekke kvaliteten på rapporten. Like vel, at intensivsykepleiere skal rapportere på sengepost, eller at postsykepleier skal rapportere på postoperativ avdeling, er sannsynligvis en utenkelig løsning på problemet ettersom avdelingene vanskelig kan unnvære personalet i den grad det ville om

en slik ordning skulle finne sted. Men den begrensede kvaliteten telefonrapportering har, nettopp fordi det sannsynligvis reduserer oppfølgingsspørsmål, er viktig å tydeliggjøre.

Intensivsykepleierne opplyste i fokusgruppeintervjuene at enkelte ganger kunne de oppleve at det var helt stille i andre enden av telefonlinjen når de rapporterte til postsykepleier. Spesielt hadde de inntrykk at gjorde dette seg gjeldende når postsykepleierne var vikarer. Tatt i betraktning at intensivsykepleierne har spesialutdanning og arbeider i spesialavdeling er kunnskapsnivået deres om postoperative pasienter naturlig nok høyt i forhold til postsykepleiere. Det kan gjerne være vanskelig i mange sosiale sammenhenger å tilkjennegi at man ikke forstår, at det er fagområder som er helt nye og ukjente for en, spesielt hvis en føler at en burde ha behersket det. I møte (på telefonen) med en rutinert intensivsykepleier kan det tenkes at postsykepleiere kan oppleve dette. Desuten kan kulturelle barrierer med å stille få spørsmål ved andres arbeid som er utført av kollegaer med mer kompetanse enn seg selv, virke fremmed. Dette bør en ha åpenhet om på avdelingene for lettere at intensivsykepleieren kan forstå postsykepleieren sin posisjon.

4.2.1 Felles verktøy for rapportering

Postsykepleierne ønsker at intensivsykepleierne skal bruke det felles elektroniske pasientjournalssystemet (DIPS) som er tilgjengelige og er kjent for dem. Postsykepleierne uttrykker at dette kan påvirke pasientsikkerhet på grunn av for mange ulike systemer med mange skjema/kurver og mener at dette øker muligheten for tap av informasjon, feil opplysninger og feil medisinerer. Postsykepleierne er frustrert over å ta ansvar for den jobben som de mener intensivsykepleierne egentlig skulle gjort (skrive sin rapport i DIPS). Det viser seg at postsykepleierne i stor grad ikke gir tilbakemelding til systemet om feil, og skriver ikke avviksmeldinger (Synergi) på grunn av tidspress i hverdagen. Dersom de i tillegg skal skrive avviksmelding i Synergi er dette tidskrevende i seg selv. Intensivsykepleierne uttrykker enighet om at de ulike skjema og systemer kan føre til feil og kommunikasjonssvikt.

Postsykepleier:

”Det som er skummelt er at det opereres med ulike kurver og systemer. Dette kan være ei fallgruve”.

Postsykepleier supplerer:

”Hvis vi ikke overfører fra den postoperative kurven, kan i den sårbare periode gå tre dager uten at pasienten har fått sin blodfortynnende medisin.

En annen postsykepleie sier videre: Det er en kilde til feil medisinerings”.

Intensivsykepleier sier:

”Vi skriver ikke i elektroniske pasientjournal (DIPS), det er sant. Dere sitter ikke med samme kurvene som vi har foran oss når vi gir rapport, så dere har ikke samme forståelse for bruk av dem (skjemaene), og på en måte: Hvordan kan dere (postsykepleie) lese dem? Og hvordan hente informasjon? Så her har vi allerede en stor utfordring”.

Mye informasjon på kort tid:

Postsykepleier:

”Å Sitte å få rapport og notere samtidig, mens vedkommende på andre enden har sagt fem ting som jeg egentlig skulle fått med meg. Men jeg sitter på det første og noterer det, litt sånn”.

Urimelig arbeidsfordeling:

Postsykepleier:

”Forstår ikke helt hvorfor det ikke dokumenteres på DIPS”. ”Jeg synes det blir feil på en måte at jeg skal skrive DIN (intensivsykepleier) muntlige rapport inn i DIPS”. ”DIPS er felleskapet vi har; hvorfor må alle bruke det og ikke dere”.

Diskusjonen avdekket ulike oppfatninger, men det var nyttig å diskutere dem og få forståelse for hverandres frustrasjon.

4.2.2 Ulike system for dokumentering

Postsykepleier:

”Vi er så i mot at det skal være så mange forskjellige system, for det blir himla mange fallgruver og vi skal ha pasientsikkerhet oppi alt det der”.

Sikker informasjonsoverføring avhengig av kunnskap og erfaring

Postsykepleier:

”Jeg har jobbet så mange år at jeg greier å lese kurver og hente informasjon og det som trengs, men det er mitt ståsted igjen; som snart har jobbet her i 16 år”.

Postsykepleier:

”Ofte ikke den som skal ha pasienten som tar telefonen, muntlig rapport gis til andre sykepleiere”. Det er mulig det ikke blir notert all informasjon, fordi de har lite kunnskap og erfaring”.

En annen postsykepleier følger opp: ”Fallgruva er at vi har ikke samme forståelse av dokumentene som dere dokumenterer på. Problemet er at det skal gå gjennom så mange ledd, og det er så mange forskjellige måte å gjøre ulike dokumenter på”.

På spørsmål om de skriver avviksmelding svarer en postsykepleier slik:

”Vi har ikke tid å skrive (avviksmelding). Kunne sikkert skrev ti-femten, det er høyt arbeidspress. ”Må prioritere pasientene”.

En postsykepleier supplerer:

”Folk gidder ikke å sitte overtid og skrive avviksmelding (Synergi), for vi går mye overtid i utgangspunktet”

4.2.3 God rapportering

Postsykepleier uttrykker at de kan skille mellom gode og dårlige rapporter. Postsykepleierne legger til at man kan høre hvordan en erfaren intensivsykepleier har strukturert rapporten. Postsykepleierne mener dette kan gi trygghet og unngå tap av informasjon.

En annen postsykepleier sier:

”God rapport forteller hva som har skjedd under operasjon; i forhold til ABC, spontan urin, medikamenter, pågående væske. Det går mye på erfaring. Måten de kommuniserer og legger opp rapporten; gir steg for steg. Men vikarene må vi spørre, og de spør oss hva vi vil vite. På dårlig norsk”.

Analyseprosessen om en av hovedtemaene ”feil / tap av informasjon” presenteres i form av en tabell.

Tabell 3

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Subtema	Tema
IS: ”Opplever selv mange ganger, at de skjemaene vi får ved vaktskiftene av våre kolleger eller fra anestesen kan være veldig uoversiktlige for meg, mange ganger syns jeg det er vanskelig å lese det”.	Uoversiktlig, vanskelig å lese	Uoversiktig skriftlig skjema	Feil/tap av informasjon
IS: ”Mange ganger føles det som du har press på deg. Nyopererte pasienter venter på plass i gangen. At det er travelt og du må flytte unna pasientene”. ”Opplever rett og slett å ha glemt å si noe, fort gjort å glippe. Så må du huske å ringe til avdeling”.	Tidspress, effektivitet, flytte unna pasientene, travelt, informasjonsglipp	Stress, sikkerhet	
PS: ”Masse lyd og telefon ringer ditt og ringer datt, det er sånn det føles altså; det er ikke alltid lett å få med hva de sier per telefon”.	Masse lyd	Fysiske arbeidsforhold, lokaler	

4.3 Travelhet

Det tredje temaet var travelhet, med følgende subtema: Stress, ressursmangel, tidspress og fysiske arbeidsforhold. Sykepleierne fra begge avdelinger gir uttrykk for travelhet, mangel på ressurser og høyt arbeidspress. I tillegg er ikke de fysiske arbeidsforholdene optimale for overflytting av pasientene og rapportering. Det er mye distraksjoner og avbrytelser i løpet av den tiden det skal gis eller tas imot rapport. Lokalene er trange og små. Intensivsykepleiere opplevde produksjonspress og høyt arbeidstrykk, noe som kan medføre tap av informasjon i overflyttingen. Sykepleierens hverdag er preget av travelhet, ikke tilrettelagte fysiske arbeidsforhold og manglende ressurser.

4.3.1 Fysiske arbeidsforhold

Nettopp de ”fysiske forholdene” postsykepleierne arbeider i var et tema i samtalen. Det å kunne konsentrere seg og problemet med stadige avbrytelser var tema i samtalen.

Sykepleierne oppgav at det var masse lyd og avbrytelser under rapportering og mottak av rapport.

Intensivsykepleier sier: det er mangel på pc-er og er ikke tilrettelagt for en trygg pasientoverflytting med masse støy og avbrytelse. Det er muligheten for tap av informasjon.

Postsykepleier:

”Masse lyd og telefon ringer ditt og ringer datt, det er sånn det føles altså; det er ikke alltid lett å få med hva de sier per telefon”.

Intensivsykepleier:

”Våre lokaler er altfor små hvis du skal sitte og skrive”.

En annen intensiv sykepleier supplere:

”Det at pasientbelegget gjennom dagen er så stort; vi har ikke nok pc-er og ikke nok sitteplasser til å sitte i fred og ro og skrive på hver enkelt pasient”.

4.3.2 Planlegging av kapasitet og underbemanning

Postsykepleierne gir uttrykk for stress ved nattevakter. I tillegg har de utfordringer med pasientene som er planlagt til å ligge natten over på postoperativ avdeling, men kommer

likevel samme kveld tilbake på sengepost. Postsykepleierne ønsker bedre teamarbeid og planlegging i forhold til kapasitet, ressurser og arbeides mengde på avdelingen.

Postsykepleier:

”Enkelte operasjoner defineres som at pasienten blir overligger på postoperativ avdeling. Vi opplever at pasienten blir sendt på sengepost samme kvelden, men (pasienten) er primært overligger. De pasientene må fremkomme og planlegges i kabalen”.

En annen postsykepleier sier:

”Vi kan ikke planlegge sånn og sånn så dere ikke har kapasitet å ta i mot de pasientene. At ikke alle kongene sitter på hver haug og planlegger operasjon. Det må være noen der og passe på pasienten. Det har veldig mye å si for driften og kapasiteten for avdelingen. Jeg vet ikke helt hvordan det fungerer på postoperativ avdeling i forhold til operasjon og kapasitet og sånn; noen må si STOPP”.

En annen postsykepleier supplerer: ”Vi må tenke på forsvarligheten både på sengeposten og på postoperativ avdeling”.

Postsykepleier sier:

”Vi spør: Hva er grunnen til at pasienten skal opp på sengepost, tidligere enn som er planlagt? Men nei nei, sykepleierne fra postoperativ sier at det er godkjent av legen”.

Sykepleierne fra begge avdelinger gir uttrykk for mangel på ressurser/kronisk underbemanning og høyt arbeidspress. Postsykepleiere opplever nattevakter som stress og utfordrende, med dårlige og nyopererte pasienter og gir uttrykk for usikkerhet med begrensede muligheter for overvåkning av dårlig pasienter. Intensivsykepleierne opplever arbeidspress, mangel på sengeplass og ressurser, uttrykker fare for kommunikasjonssvikt på avdeling.

Sykepleierne fra begge avdelinger bekrefter at de opplever at de må forholde seg til den organisering som ledelsen har bestemt. Travle vakter og underbemanning.

Postsykepleier:

”Det mest utfordrende er når to sykepleiere har nattevakt, og kanskje begge to har nyopererte pasienter”.

Postsykepleier:

”Ofte er det slik at det fra postoperativ avdeling føles at pasienten er grei og kan flyttes over til sengepost i 2130 tida når det er to nattevakter på jobb”.

Hun fortsetter: ”Pasienten trenger litt mer overvåkning enn hva som er mulig å gjøre på post”.

En annen postsykepleier fortsetter:

”Hva hvis pasienten faller i metning? Hvis pasienten trenger mer og mer smertestillende hver halve time? Og blodtrykket ligger lavt? Hvis pasienten er stabil, da er det helt greit”.

Postsykepleier sier:

”Der nede på postoperativ avdeling ligger pasientene med scopet og alarmer går hvis det er noe ustabil; men det gjør ikke det på sengepost, da har du gjerne ti pasienter. Går du på nattevakt oppleves det som STRESS”.

Intensivsykepleier:

”Mange ganger føles det som du har press på deg. Nyopererte pasienter venter på plass i gangen. At det er travelt og du må flytte unna pasientene”.

”Opplever rett og slett å ha glemt å si noe, fort gjort å glippe. Så må du huske å ringe til avdelingen”.

Analyseprosessen om en av de hovedtemaene ”travelhet” presenteres i form av en tabell.

Tabell 4

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Subtema	Tema
PS: ”Det mest utfordrende er når to sykepleiere har nattevakt, og kanskje begge to har nyopererte pasienter”.	Utfordrende med to sykepleiere og nyopererte pasienter	Stress, ressurs mangel	Travelhet
IS: ”Våre lokaler er altfor små hvis du skal sitte å skrive”. ”Det at pasientbelegget gjennom dagen er så stort; vi har ikke nok PCer og ikke nok sitteplasser til å sitte i fred og ro og skrive på hver enkelt pasient”.	Tidspress, flytte unna pasientene, travelt, lokaler er små, ikke nok pc-er	Tidspress, fysiske forhold	
PS: ”Vi har ikke tid å skrive (avviksmelding). Kunne sikkert skrevet ti-femten. Det er høyt arbeidspress. Må prioritere pasientene”.	Avvik, arbeidspress, manglende tilbakemelding til systemet av feil	Stress og press	

5.0 Drøfting

Fokuset i denne studien er hvordan kommunikasjon mellom sykepleiere kan påvirke pasientsikkerhet i pasientoverflyttingsprosessen fra postoperativ avdeling. Studien resulterte i tre hovedtema og med flere underpunkter. Jeg har valgt å diskutere hvert tema hver for seg. I dette kapitlet blir resultatene i studien diskutert opp mot teoretisk rammeverk og tidligere forskning. Teori og tidligere forskning er presentert i studien. Utgangspunktet for drøfting er de tre hovedtemaene og underpunktene av hvert tema.



Modell 2

5.1 Utrygghet og pasientsikkerhet

Temaet var utrygghet, med følgende subtema: Språk, muntlig rapport, usikkerhet og frustrasjon. Informantene fra sengepost i denne studien opplevde den skriftlige og muntlige kommunikasjonen i forbindelse med pasientoverflytting fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost svært varierende og avhengig av hvem det var som på jobb. Noen intensivsykepleiere rapporterte i en strukturert og informativ kommunikasjonsstil, mens andre ble opplevd som ustrukturerte og usikre.

5.1.1 Muntlig rapportering

Postsykepleier sier: ”Det er ikke bare avdelingenes ulike kurver og kurveoverføringssystemer som frustrerer. Det er også de enkelte sykepleiernes ulike måter å føre kurvene på som oppleves uoversiktlig og utydelig”.

Postsykepleierne i denne studien opplever den muntlige rapporten i forbindelse med flytting av pasient fra postoperativ avdeling til sengepost som frustrerende. De er usikre og utrygge fordi de opplever rapporten som ufullstendig. Postsykepleierne poengterer at det er en ekstra utfordring med kommunikasjon og rapportering når det gjelder vikarer. Vikarene er ofte fremmedspråklige og informantene fra sengepost uttrykker at vikarene holder tilbake informasjon og kommer ikke frem med den uten at opplysningene blir etterspurt.

Dette sier mye om opplevelser og erfaring til postsykepleierne om overflytting av pasienter. Dette er tydeligvis en utfordring. Slik som rutinen med overflytting av pasienter og fungerer nå betraktes ikke som tilfredsstillende. Det at postsykepleierne opplever at informasjon blir holdt tilbake for dem, kan skyldes flere årsaker. Etersom problemet først og fremst opptrer når der er vikarene involvert, kan gjerne utrygghet med hva som forventes av dem være årsaken til at de ikke rapporter som forventet. Dessuten kan barrierer med kultur være en årsak med andre former for rapportering på sitt opprinnelige arbeidssted, som gjerne er i et annet land enn Norge. Uansett årsak til tilbakeholdelse av informasjon representerer dette en økt mulighet for utrygg overflytting av pasienten med mulighet for svikt i pasientsikkerhet. En tydeliggjøring av hva som forventes i en rapportering burde være et enkelt tiltak for å redusere fare for svikt i pasientsikkerhet. En erkjennelse fra alt personell involvert i pasientoverflytting bør også være at et budskap ikke er nødvendigvis oppfattet om det er kommunisert. Tiltak bør settes i verk for å sikre at rapporteringen er mottatt og forstått.

Postsykepleierne opplever i tillegg at det er variasjon mellom intensivsykepleiere i forbindelse med overflyttingsrapporten. Postsykepleierne får rapport per telefon. De hører at noen gir rapporten systematisk punkt for punkt, mens andre ikke har noe godt system i rapporteringen. Dette kan også være en utfordring; at intensivsykepleierne har ulike måter rapportere på. En intensivsykepleier slo fast i fokusgruppeintervjuet at postsykepleierne ikke hadde behov for grundig rapport om hvilken anestesimetode pasienten hadde fått under operasjonen. I beste fall kan dette utsagnet være et uttrykk for å tilpasse rapporten til det intensivsykepleieren

mener er et greit behov for informasjon. I verste fall er det en nedvurdering av postsykepleierens behov for faglig informasjon om den nyopererte pasienten. Det er klart at kunnskap om hvilken type anestesi pasienten har fått betyr mye for hva sykepleieren på sengepost skal legge vekt på når hun observerer pasienten i mange timer etter at pasienten er tilbake. En grundig faglig diskusjon for å komme frem til hvilken informasjon som er nødvendig når pasienten overflyttes mellom avdelinger kan rettlede både intensivsykepleiere og postsykepleiere i rapporteringen. Dessuten bør prosedyrebok være lett tilgjengelig der rapporten gis slik at det er mulig å henvise til den når detaljer fra operasjonen skal vises.

Under diskusjon i fokusgruppe intervju beskriver en postsykepleier at en god overflyttingsrapport er å gi rapporten steg for steg. Videre sier hun at det går mye på erfaring hvordan de kommuniserer og har lagt opp rapporten og hvor kjent de er med avdelingens rutiner og system. Intensivsykepleier bekrefter også i intervjuene (som tidligere beskrevet i analyse av resultatene) at de har forskjellige måter rapporter på med ulike innhold i rapporten. Dette stemmer godt med hva Leonard fant i sin studie. Individuelle kommunikasjonsferdigheter og overflyttingsstruktur kan påvirke kommunikasjon mellom helsearbeiderne (Leonard et al., 2004). Det er uunngåelig at i en stor organisasjon som et sykehus vil alle kunne rapportere en overflytting av pasient på lik måte. Ulike mennesker har ulike måter å løse oppgaver på. Likevel burde en felles mal for rapportering kunne være hensiktsmessig både fra sender og mottaker av rapporten og dermed øke sjansen for at informasjon blir mottatt.

Et annen viktig tema som informantene beskriver er språket som intensivsykepleierne benytter i rapporteringen. Catalano (2009) påpeker at språket må være klart og konsist. Rapporten må være beskrivende. Den må inneholde mer spesifikk informasjon enn bare ”pasient er stabil” (Catalano, 2009). Et behov for en felles mal uttrykker også informantene med ønsket om et ”felles språk og forståelse”. En ”fellesforståelse” kan oppfattes som et ønske om å bruke standardiserte begreper og ”felles forståelse” om at man har lik forståelse om hva begrepene innebærer. Overflytting av pasienter mellom de to avdelingene utgjør i dag en sikkerhetsrisiko for pasienten ved at viktig muntlig informasjon kan gå tapt. At overflytting av pasienter mellom avdelinger utgjør en risiko for pasientsikkerhet bekrefter, dette samsvarer med Segal sin studie; at mest informasjon forsvinner under verbale overflyttinger (Segall et al., 2012).

Som tidligere nevnt, beskrev postsykepleierne i fokusgruppeintervjuene en tilleggs utfordring med vikarbruk. Informantene opplever at rapportering fra dem som er stress og gir en utrygg situasjon. Postsykepleierne beskrev at vikarene kjente ikke rutinene og hvordan de skal gi en fullstendig rapport. I tillegg var gjerne rapporten vikarene gav på dårlig norsk.

Når det gjelder bruk av vikarer, så kommer informantene fra begge avdelinger med utfyllende kommentarer. Informantene fra kirurgisk avdeling beskrev under fokusgruppeintervjuene at det er vanskelig å forstå vikarene, de må spørre flere ganger for å få god nok informasjon om de nyopererte pasientene. Postsykepleierne er utrygge og usikre, de er i tvil at har fått med seg all informasjon om de nyopererte pasientene. Intensivsykepleierne har samme erfaring og opplevelser av vikarene på kirurgisk sengepost.

De ga uttrykk for usikkerhet om rapporten blir tatt i mot og oppfattet riktig. Bruk av vikarene og muntlig rapportering av pasienter som skal overflyttes mellom avdelingene oppleves altså som et problem av både sykepleiere ved sengepost og postoperativ avdeling.

Kommunikasjons svikt kan øke fare for informasjonstap og feil behandling.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten slo fast i oktober 2013 belyser at vikarbruk gir risiko for uønskede hendelser og at språkproblemer er en av de sentrale årsakene. Denne meldingen fra viser manglende kommunikasjonsferdigheter og språkforståelse påvirker uønskede hendelser (Kunnskapssenteret, 2013)

Segall definerer pasientoverflytting som overføring av informasjon og faglig ansvar mellom enkeltperson og lag. Videre påpeker han at nyopererte pasienter er i en mer sårbar periode i behandlingen.

Bruk av vikarer i norske sykehus er omfattende. Ulike årsaker til dette kan være mangel på tilgjengelige norsktalende sykepleiere/intensivsykepleiere, økt innvandring av fremmedspråklige sykepleiere med ønske om arbeid i norsk sykehus og tilgjengelige sykepleiere i vikarbyrå som erstatter manglende sykepleiere. Uten vikarer, enten de er fremmedspråklige eller ikke, ville sannsynligvis ikke driften ved sykehuset kunne opprettholdes. Tilstrekkelig kommunikasjon er avgjørende for pasientsikkerhet (Manser & Foster, 2011). Dermed må det være et mål å legge forholdene til rette, slik at de fremmedspråklige skal kunne utføre arbeidet

sitt som trykker kommunikasjonen mellom sykepleiere og reduserer fare for svikt i pasientsikkerhet på grunn av språkbarrierer.

Et annet viktig poeng i hvordan kommunikasjon mellom sykepleiere kan påvirke pasientsikkerhet, er at postsykepleierne ønsket en skriftlig rapport i DIPS. Segal et al. har sammenlignet ulike rapporteringsmetoder. Denne studien slår fast at mest informasjon forsvinner under en verbal overflytting og den elektroniske rapporteringen kan redusere antall tilfeller av feilinformasjon, og uønskede hendelser (Segall et al., 2012) Dette stemmer også bra med hva Fortescue et al. fant i sin studie at datastøttet forskrivning vil redusere feilfrekvensen og forbedre kommunikasjon (Ödegård, 2007).

I en sykehusavdeling vil det selvfølgelig ofte være store variasjon mellom pasientene i forhold til type operasjon som utført, alder på pasientene og tidligere sykdommer.

Noen pasienter kommer direkte fra hjemmet til akuttmottak og til operasjon, og deretter til postoperativ avdeling og videre til sengepost. Dette er en særlig utsatt pasientpopulasjon, som ofte består av pasienter som er skrøpelige og bruker flere medisiner. Disse pasientene har et omfattende helsetjenestebehov. Intensivsykepleierne beskriver håndtering av disse pasientene som en vanskelig situasjon. Hvordan kan de formidle all nødvendig informasjon uten å miste viktige opplysninger? I følge Foster (2011) har flere studier funnet at verbal kommunikasjon kan være ufullstendig og gi mangel på informasjon. Fra fokusgruppeintervjuene i denne studien virker som om enkelt sykepleier fra postoperativ avdeling hadde sin måte å utføre rapportering på.

5.1.2 Skriftlig rapportering og pasientsikkerhet

Dette kan utdypes ved postsykepleierens erfaring og opplevelse er at det er vanskelig å lese på postoperativ overflyttingsskjema. I tillegg har utfordring med språket, vikarene og den verbale kommunikasjon/rapportering. Reason beskriver med svikt i flere barrierer kan øke muligheten for uønskede hendelse og svikt i pasientsikkerhet.

Postsykepleierne er misfornøyd med den skriftlige overflyttingsrapporten fra pasienten sitt opphold på postoperativ avdeling. Postsykepleierne gir uttrykk for at det postoperative skjemaet er uoversiktlig med mange ulike tegn som er vanskelig å tyde. I følge Leonard et al. (2004) er hensikten med å oppnå effektiv kommunikasjon og teamarbeid, er å skape en felles

”mental modell” eller å ”få alle i samme sporet”(Leonard et al., 2004). I forbindelse med fokusgruppeintervjuene i denne studien uttrykket postsykepleierne et ønske om at intensivsykepleierne skulle dokumentere pasientoverflyttingen i DIPS. En skriftlig dokumentasjon i et fellesverktøy kan redusere muligheter for uønskede hendelse og sikre og tryggere informasjons overføring.

Postsykepleierne mente at papirbasert dokumentasjon kan være vanskelig å tyde. De ønsket at alt burde dokumenteres i DIPS for å kunne ha større mulighet til å se nøyaktig på all behandling og alle observasjoner som er utført på postoperativ avdeling. Dette samsvarer med Leonard sin studie at standardisering av kommunikasjonsverktøy kan redusere systemfeil samt kommunikasjonsvikt (Leonard & Frankel, 2011; Moen et al., 2008) Med tanke på at sykepleierne på sengepost har utfordring med forståelse av språket det rapporteres på fra postoperativ avdeling, men også eget pleiepersonale i mottak av rapportering, er det altså fare for at to sentrale og ulike kilder for informasjonsformidling kan svikte. Reason beskriver med svikt i flere barrierer kan øke muligheten for uønskede hendelse og svikt (Reason, 2000). Derfor er det en avgjørende viktig for pasientsikkerhet at systemene for hvordan vi arbeider til stadighet blir kritisk gransket. En muntlig og skriftlig rapportering av pasienten som skal flyttes til sengepost kan tilsynelatende høres tilfredsstillende ut, men opplysningene som kommer frem i fokusgruppe intervjuene viser at det ikke er slik. Erfaring har vist oss verdien av å bygge standardiseringsverktøy forbedre sikkerheten i et komplekst helsevesen (Leonard & Frankel, 2011)

Leonard hevder at effektivt teamarbeid, undervisning og praksis av samarbeidsverktøyene reduserer uønskede hendelser og dødelighet (Leonard & Frankel, 2011). Dette bekreftes av postsykepleierne som ønsker hospitering og opplæring ved postoperativ avdeling. De vil gjerne se nærmere på hvordan overflyttingsprosessen forgår. Samtidig ønsker de å bli bedre kjent med ulike kurver og postoperative skjema. Initiativ som postsykepleierne viser for å tilegne seg kunnskap kan redusere fare for svikt i pasientsikkerhet bør ønskes velkommen. Det vitner om en sunn holdning til å tenke kritisk over eget arbeid og sette pasientens behandling og sikkerhet i sentrum. Dessuten kan det bidra til at sykepleierne føler de blir sett og hørt i en stor organisasjon som gjerne et sykehus er.

Alle postsykepleierne trakk i fokusgruppeintervjuene frem at rapporten ikke stemmer med den muntlige rapporten de fikk per telefon. De ga uttrykk for irritasjon over dette. Informantene

fra sengepost beskrev enkelte eksempler og de lurte på hvor mye ting kan skje under den korte heisturen fra postoperativ avdeling og til kirurgisk sengepost. Det er også viktig å se at hvordan intensivsykepleierne oppfatter dette. Intensiv sykepleier beskriver at det er ikke så sjelden hender at pasientene blir liggende i korridoren tilhørende postoperativ avdeling. Intensivsykepleierne poengterer at når pasienten er ferdigbehandlet på postoperativ avdeling betrakter de ikke pasientens opphold på korridoren i påvente av portør som en del av oppholdet på postoperativavdeling. De opplever at pasienten ikke lenger tilhører deres ansvarsområde, selv om de iblant må sette i gang tiltak for eksempel med kvalme, smerter og lignende. De forteller at pasientene ofte kan bli liggende lenge i korridoren og vente på portør slik at smertene til pasienten kommer tilbake (som er en kjent følge av operasjon). Dette skaper frustrasjon hos intensivsykepleierne også. Siden postsykepleierne ikke vet hvor lenge pasienten har ligget og ventet på portør, kan det være at rapporten som var formidler per telefon ikke stemmer med det som postsykepleierne observerer når pasienten er tilbake på sengeposten etter oppholdet på postoperativ avdeling.

Dette samsvarer med det Moen beskriver; at den elektroniske dokumentasjonen blir lettere tilgjengelig og videre påpeker, muntlig rapporten er viktig men kan ikke erstattes den skriftlige rapporten. Elektroniske dokumentasjon kan bedre tilgang på informasjon og forbedrer kommunikasjon for helsearbeidere (Moen et al., 2008). Ved rapportering i DIPS kan postsykepleierne lese hva tid de observasjoner og tiltakene er gjort. Utfra både postsykepleiere og intensivsykepleiere sine uttalelser er det tydelig at perioden fra pasienten er rapportert ferdigbehandlet på postoperativ avdeling og til han er tilbake på sengepost kan være uforutsigbar i lengde og utvikling av pasientens helsetilstand. Med andre ord kan denne perioden beskrives som en flaskehals og som en periode med fare med fare for utvikling av unødig ubehag eller bivirkning som følge av nylig operasjon. Ettersom overflyttingen involverer ytterlig en yrkesgruppe ved sykehuset, nemlig portører er problemet med flaskehals riktig å få til gode ordning med dem slik at problem kan reduseres. At pasienten skal oppleve unødig ubehag eller bivirkning som kan være en reel trussel for pasientsikkerheten fordi intensivsykepleierne ikke betraktes pasienten lenger som ansvarsområde er en uholdbar holdning. I praksis betyr denne holdningen at pasienten blir overlatt til seg selv frem til portøren ankommer. Martinsen hevder at en av de viktigste oppgavene en sykepleier har er å "være for" pasienten når han ikke er i stand til å ta vare på seg selv (Martinsen, 2003) En nyopererte pasient har i aller høyeste grad begrensede mulighet til å ivareta egne behov og det er intensivsykepleiernes oppgave å ivareta disse. På den andre siden må dette ansvarsområde

gjærne tydeliggjøres og det mÅ skapes tid og rom for at intensivsykepleierne kan ivareta den nyopererte pasienten.

Postsykepleierne utrykker sterkt i sin beskrivelse at en annen utfordring i arbeidshverdagen som er mange ulike skjema og kurver for rapportering de skal forholde seg til. De opplever at de ikke har en oversikt over alt i forbindelse med overflytting av pasientene. Postsykepleiere sier de ønsker Å gjøre en forsvarlig jobb og ta vare på både pasienten og sikkerheten. De bruker ordet “fallgruva” ved flere anledninger om kommunikasjon mellom sykepleier i forbindelse med pasientoverflyttingen.

Postsykepleiere forklare slik at den muntlige rapporten kunne gå gjennom flere ledd før informasjon når sykepleieren som har ansvar for pasienten. Slike situasjoner kan ofte oppstå fordi er det ikke var den ansvarlige sykepleieren som har anledning Å ta rapporten selv. Dermed gis rapporten til andre som formidler den videre. Fordi ikke alle sykepleiere på sengepost har samme forståelse og erfaring for mottak av pasienter etter operasjon, kan enkelte sykepleiere med lite erfaring eller studenter eller de som er ukjent med pasienten ta i mot rapporten fra postoperativ avdeling. Postsykepleierne opplever en åpenbar fare for glipp og tap av informasjon og postsykepleierne kaller den derfor “fallgruven”. Postsykepleierne beskriver denne rutinen som uforsvarlig, med mulighet for kommunikasjonssvikt og tap av viktige informasjon når rapporten skal gå gjennom flere ledd.

Ved nesten alle uheldig hendelser er det et menneske som utløser hendelsen (Hjort, 2007). Reason sin “Sveitserostmodell” passer til prosessen ved overflytting av pasienter og pasientsikkerhet. Osterskivene symboliserer barrierer for at svikt skal utvikle seg til feil og skader. Overført til pasientsikkerhet blir osterskivene barrierer for Å hindre at feil skal utvikle seg til skade for pasientene. Hullene i osterskivene symboliserer svikt i barrierer med potensiell fare for at svikt får utvikle seg til uønskede hendelser. Modellen har tre overordnede begrep som kan anvendes på sikkerhetsfunksjoner i høyrisikomiljøer. Hjort beskriver at luftfarten er et stort forbilde for helsetjenesten. Videre sier han at en stor internasjonal studie sammenliknet luftfarten med helsetjenesten. Det er mange likheter, men medisin er mer komplisert (Hjort, 2007) Begrepene er “risiko”(farer), “barrierer”(forsvar) og skader. Barrierene kan ha ulike former av rutiner, fysiske barrierer og administrative. Barrierene skal være fullstendige slik at farene ikke trenger gjennom. Poenget med modellen er Å vise at hver osterskive mÅ ha minst mulig hull får ivareta sikkerheten i et system (Reason, 2000). Relatert til denne studien blir

altså systemet sykehus og sikkerheten omhandler pasientsikkerhet. Informantene i denne studien opplever at de fungerer som individuelle barrierer mot svikt i pasientsikkerhet. De skal forhindre uønskede hendelser, men i virkeligheten opplever de flere hull på barirrene. Jmfør Reasons "sveitserost" modell ved at informantene peker på flere utfordringer for pasientsikkerhet ved overflytting av pasienten fra postoperativ til kirurgiske avdeling.

5.2 Feil/tap av informasjon

Informantene fra kirurgisk sengepost beskriver flere faktorer som kan føre til feil og informasjonstap ved overflyttingsprosessen av pasientene fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost. Eksempler på dette kan være ulike type skjemaer/kurver som kan være vanskelig å tyde samt lite kjennskap til ulike systemer og rutiner. I tillegg til mangel på ressurser, tidspress og krav om effektivitet, kan dette øke fare for feil/informasjonstap og pasientsikkerhet.

5.2.1 Felles verktøy for rapportering og ulike system for dokumentering

En annen ting som informantene fra sengepost trekker frem, er opprørte over og bruker kraftige ord og uttrykk om, at det opereres med ulike skjema og system i forbindelse med pasientoverflytting. De mener dette er uforsvarlig og at mye viktig informasjon kan gå tapt. De uttrykker at de er imot at det skal benyttes så mange forskjellige system og mener dette skaper mange fallgruver når de skal ivareta pasientsikkerheten. Andre mener at fallgruvene er at de har ikke samme forståelse av dokumentene og at de skal gå gjennom mange forskjellige ledd med mange forskjellige måter å behandle de ulike dokumentene på. Postsykepleierne stiller seg spørrende til intensivsykepleierne hvorfor de selv er pålagt å skrive den muntlige rapporten fra intensivsykepleierne i DIPS. Dersom det er intensivsykepleiernes dokumentasjon fra den jobben de har gjort, mener postsykepleierne at det mest naturlig er at intensivsykepleierne skriver den selv. Postsykepleierne poengterer flere ganger at alle andre skriver rapporten i DIPS, og finner det urimelig at er intensivsykepleierne på postoperativ avdeling er unntatt fra den oppgaven.

Postsykepleierne er tydelig på at de ønsker en skriftlig dokumentasjon fra intensivsykepleiere om pasientens postoperativ periode. De opplever at det å dokumentere i DIPS er et enkelt tiltak som både letter arbeidet deres fordi informasjonen blir lettere tilgjengelig samt bedre

pasientsikkerheten. For dem er dette åpenbart en god arbeidsrutine og det virker urimelig at den ikke skal bli tatt i bruk.

Dette samsvarer med Nightingale sitat "Alle resultat av god sykepleie kan ødelegges eller sterkt forringes av dårlige arbeidsrutiner" (Nightingale et al., 1984). Med dette sitatet sier Nightingale at "en kjede er ikke sterkere enn det svakeste ledd" og ut fra informantenes uttalelser gjelder dette også kommunikasjon og dokumentasjon i sykepleiefaget.

Når pasienten skal overflyttes fra postoperativ avdeling til sengepost er det er to ulike kulturer som møtes med et felles arbeides mål om overflytting av pasientene. Som beskrevet tidligere i oppgaven opplever postsykepleierne at intensivsykepleierne fra postoperativ avdeling i tillegg har ulik og individuell rapportering. Enkelte vektlegger noen ting og andre foretrekker å gi den muntlige rapporten annenledes enn andre.

I følge Leonard et al.(2004) er det flere faktorer som bidrar til kommunikasjonssvikt, en av dem er overflyttingskultur. Målet er å skape felles "mental modell" og å få alle i "samme spor" og forståelse, dette for å oppnå god kommunikasjon og teamarbeid. Han mener at å bruke standardiserte kommunikasjonsverktøy forbedrer pasientsikkerheten (Leonard et al., 2004)

Postsykepleiernes uttalelser handler om en felles forståelse og plattform og bruk av det fellesverktøyet for rapportering som er tilgjengelig for begge avdelingene og på sykehuset. De ønsker at overflyttingsrapport skrives i DIPS. Postsykepleiere poengtere at, "DIPS er vårt felleskap".

Pasientsikkerhet handler om kvalitetssikring. Reason er imidlertid opptatt av at mennesker gjør feil. Det er menneskelig å feile og dette er selve grunnholdningen i hans filosofi. Dermed er det viktig å bygge barrierer for at menneskelige feil ikke skal forekomme (Reason, 2000). Det er en viktig og grunnleggende holdning for pasientsikkerhet at hver enkelt sykepleier og ledd i sykehuset skal forhindre feil og skade. I denne studien ser vi at hver enkelt sykepleier og ledd i sykehuset representerer en fare for feil og skade. Informantene fra kirurgiske avdeling ga uttrykk i flere sammenhenger hvordan de ønsker at ting skal være, men er blitt forklart fra annet hold at det ikke lar seg gjennomføre innenfor eksisterende rutiner og de rammene som finnes. Eksempler på dette er uoversiktlige rapportering, ulike kulturer på hver avdeling, vikarer, mangelfull kommunikasjon/informasjon og språk. Informantene fra

kirurgisk avdeling viser det ved flere ganger å benytte ordet ”fallgruve”. Med mange hull i barrierene, så kan til slutt en skade skje. Målet med god pasientsikkerhet er færrest mulig hull i hver barriere og på den måten sikre at pasienten får en tryggere overflytting.

5.2.2 Planlegging av kapasitet

Dagens sykehus drives med stor grad av produksjon og effektivitet med menneskeliv og helse involvert. Det kan betegnes som høyrisikoarbeid. Spørsmålet blir i så måte om produksjon og sikkerhet lar seg forene eller om disse to kolliderer med hverandre?

Grunnleggende verdier i sykepleie handler om å gjøre best mulig for pasienten (Martinsen, 2003). Intensivsykepleierne beskriver at de ofte føler tidspress. Stort operasjonsprogram og pasientliste som skal gjennomføres i løpet av dagen. De opplever dette som stress og må være effektive. Intensivsykepleiere sier de derfor må flytte pasientene så rask som mulig til sengepost, fordi de trenger sengeplass til de neste pasientene som kommer. I tillegg opplever de ofte at de har lav bemanning som skal ta seg av det samme antallet pasienter.

Intensivsykepleierne forteller at noen ganger føler de at de har gitt mangelfull rapport, og må ringe på nytt til sengeposten med opplysningene som var glemt å ta med første gangen.

Johannessen hevder at å produsere og være effektiv kan i noen tilfeller være en motsetning til den tradisjonelle pasient omsorgsfulle sykepleie (Johannessen, Molven, Roalkvam, & Aakre, 2007).

Informantene fra sengepost kommer fram med noen irritasjonsmomenter. De forteller at det er enkelte pasienter som er definerte som overliggere, det vil si at de skal ligge over på postoperativ avdeling til dagen etterpå. Likevel opplever de mange ganger at disse pasientene blir sendt opp på avdeling samme kvelden. En postsykepleie hadde spurt en intensivsykepleie hvorfor de sendte pasienten opp så tidlig, og begrunnet spørsmålet sitt med at den den type operasjon rutinemessig var overligger på postoperativ avdeling. Postsykepleieren hadde fått til svar at det var avklart av legen og at de har ikke nok kapasitet på postoperativ avdeling for at pasienten skulle overnatte der.

Postsykepleiere opplever å uforventet få nyopererte pasienter uten å ha planlagt dette som en del av det av det totale arbeidet som stress. Med to sykepleiere på nattevakt og mange pasienter ble slik situasjoner en belastning for dem. Postsykepleiere opplever vanligvis at de

nyopererte pasienter krever mer i forhold til smerter og kvalme og krever vanligvis mer oppfølging enn andre pasienter. Postsykepleiere syns praksisen med å overflytte nyopererte pasienter som egentlig skulle tilbringe natten på postoperativ avdeling er et uforsvarlig og går på pasientsikkerheten løs. Postsykepleiere begrunner utsagnet sitt med at de har ikke samme kompetanse og utdanning som intensivsykepleier, og er derfor mindre rustet til å yte god nok sykepleie til den omtalte pasientgruppen. I tillegg har de ikke tilgang på overvåkningsutstyr som kan følge med pasientens i respirasjon og sirkulasjon. Mange ganger opplever de at de må bli stående hos pasienter fordi, de ikke kan forlate dem etter store doser med smertestillende. Postsykepleiere sier hvis pasienten er stabil det er greit men det ikke nødvendigvis en riktig vurdering. Postsykepleiere beskriver at siden de har mange andre pasienter i tillegg til den nyopererte oppleves dette som uforsvarlighet.

Ved økende grad av produksjon og effektivitet og store forventninger og knappe ressurser, kan utgjøre trussel mot fagetiske normer og omsorgen til pasienter og mot sykepleiernes helse (Orvik, 2004). Ut fra fokusgruppeintervjuene en kan få inntrykk av at ressursmangel er et problem på begge avdelingene. Informantene fra kirurgisk sengepost ønsker god planlegging og samarbeid i forhold til operasjonsprogrammet. De ønsker å utføre en forsvarlig jobb for pasientene. Postsykepleierne uttrykker dette som om at alle pasienten må fremkomme og være med i pasientoversikten og være med kabalen. De ønsker et samarbeid mellom sykehuspersonalet som planlegger operasjonsprogrammet og som vurderer bemanning og kapasitet på begge avdelingene og som i tillegg ser på antall pasienter som allerede er innlagt på avdelingene.

En kan forstå at budskapet fra postsykepleierne er at planlegging av operasjoner og kapasitet, bemanning i avdelingene og overflytting av pasientene mellom avdelingene kan ses som en helhetlig oppgave for sykehuset og organisasjonen. Sykehuset er en virksomhet som har ansvar om forsvarlig utførelse av arbeid og som er lovbestemt gjennom spesialisthelsetjeneste § 2-2 (1999).(Lovdata) Det betyr at avdelingene har plikt å drive forsvarlig. Organisasjonen kommer lite frem med hensyn til ressurser hos sykepleierne (Molven, 2012). Det virker som at sykepleierne må forholde seg til de økonomiske og organisatoriske rammene som eksisterer.

Det er en utfordring hvordan man kan løse dette på en best mulig måte innenfor det systemet, ressurser og rutiner som finnes. James Reasons sveitserostmodell er bygget opp med ulike barrierer som skal ha minst mulig hull med tanke på pasientsikkerhet og redusere uønskede

hendelse og skade av pasienten (Reason, 2000). Med stor grad av produksjon og effektivitet samt ubalanse mellom kapasitet og krav, kan dette øke risikoen for uønskede hendelser.

Leonard et al. sier at stadig flere studier viser fordelene og verdien av effektivt samarbeid og kommunikasjon på tvers av profesjoner og for å gi trygg omsorg. Kompleksiteten i behandlingsprosessen har gjort at felles ramme og språk er viktig. Samarbeid er avgjørende for et trygt forløp og god pasientsikkerhet (Leonard & Frankel, 2011).

Informantene fra sengepost trekker frem at innenfor sykepleiefaget og daglige rutiner er det mange områder å forholde seg til i arbeidet sitt. Postsykepleiere ønsker opplæring i dokumentasjon og hospitering på postoperativ avdeling. Dette kan øke forståelse og bidra til kommunikasjon mellom de to avdelingene. Slik jeg ser dette er dette to ulike kulturer, rutiner og kompetansenivå innenfor de ulike områdene. Meld. St. 10 (2012-2013) sier helsetjenesten er kompleks og krever samarbeid mellom fagpersoner og med rask og stor kunnskapsutvikling kan være vanskelig å ha oversikt over den nye kunnskapen. Derfor er det viktig med samarbeid og standardisering. (Regjeringen.no, 2012-2013)

I følge Manser og Foster er en av de faktorene som er nøkkelen til en god informasjon i overflytting av pasient en felles forståelse og felles arbeidsatmosfære. Videre er det blitt påpekt at mangel på formell trening og formelle systemer for pasientoverflytting hindrer god praksis som understreker nødvendigheten av og å opprettholde høye standarder for klinisk arbeid (Manser & Foster, 2011). Leonard et al. bekrefter dette i sin studie at utvikling av samarbeid og opplæring øker kapasiteten til den enkelte og redusere uønskede hendelse (Leonard & Frankel, 2011).

5.3 Travelhet

I de senere årene har helsevesenet blitt mer inspirert av det private næringslivet. Dette betyr et ønske om mer produksjon og effektivitet. Krav om produksjon og effektivitet samsvarer med hvordan informantene fra begge avdelingene opplever arbeidsforholdene.

Intensivsykepleierne på postoperativ avdeling opplever tidspress i hverdagen. Det er travelt og det er et stort operasjonsprogram som skal gjennomføres i løpet av døgn. Ofte oppleves det som om de må flytte pasientene unna for å få plass til nye pasienter. Man kan anta at dette kan minske den gode omsorgen, og at det kan være en fare for pasientsikkerheten ved at man

glemmer å formidle noe av den viktige informasjonen som skal videreføres til den neste ansvarlige sykepleier på sengepost.

Det samme gjelder for postsykepleierne, som spesielt understreker at det er stressende når de bare er to sykepleiere på nattevakt. Lite bemanning og nyopererte pasienter, i tillegg til andre pasienter som allerede er innlagt på sengeposten, medfører en fare for at det blir for lite tid til de enkelte pasientene.

5.3.1 Fysisk arbeidsforhold , planlegging og underbemanning

For å få endring til en tryggere og mer sikker overflyttingsprosess for både pasientene og sykepleierne mellom de to aktuelle avdelingene har informantene poengtert og kommet fram med ulike punkter som ressurser, fellesverktøy, kommunikasjon, rapportering, teamarbeid og opplæring. Lokaler og fysiske arbeidsforhold er også kommet frem som et tema.

Helsetjenesten skal tilby pasientene helsehjelp og være forsvarlig. Kari Martinsen beskriver at et overordnet prinsipp i omsorg skal redusere lidelse ved sykdom. Videre beskriver hun at omsorgen som fokuseres mot pasienten skal kombineres med fagkunnskap og kompetanse (Martinsen, 2003). Catalano hevder at det er flere faktorer som påvirker pasientsikkerheten. Derfor er det viktig med gode rutiner og systemer for å bevare pasientsikkerhet (Catalano, 2009).

Helsevesenet henter en del av sin inspirasjon fra det private næringslivet (Orvik, 2004). Dette betyr i praksis at ledere legger mere vekt på kostnader og effektivitet. Daglig situasjon kan beskrives fra intensivsykepleierne ved fokusgruppeintervjuene om tidspress og må flytte unna pasientene, for å lage plass til ny pasient som venter i korridoren. Samtidig skal de gi rapport til postsykepleierne og ta i mot rapporten fra anestesipersonalet vedrørende den nye pasienten. På den andre siden forventes det at sykepleieren være omsorgsfull og utøve arbeidet sitt på en trygg måte ved å unngå uønskede hendelser og bevare helhetlige omsorg for pasientene. Som tidligere beskrevet opplever intensivsykepleierne at det noen ganger gis ufullstendig rapport og postsykepleierne ønsker skriftlig rapport i DIPS. Dette ser ut som en sirkel med flere utfordringer. Intensivsykepleierne beskriver at lokalene er små, det er få pc-er tilgjengelig og mye støy rundt. Postsykepleiere opplever det samme med mye støy rundt rapportering med trange lokaler mens telefoner ringer og det er mye mas. Det blir en utfordring å skrive rapporten i DIPS. Postsykepleiere opplever dette som uforsvarlig og mener dette går ut over

pasientsikkerheten. Med tidspress og underbemanning og kommunikasjonsvikt i tillegg, er det fare for at pasientene ikke får den riktige behandlingen.

Sykehusledelsen har en sentral betydning i travle hverdagen. I følge Nightingale (1984) er avdelingenes rutiner avgjørende for gjennomføringen av arbeidet og gode rutiner er viktig at pasientene får ivarett sine behov på en god måte (Nightingale et al., 1984). Stress som skyldes vanskelige rutiner er utfordrende å mestre, og det hindrer en omsorgsfull praksis.

Orvik (2004) beskriver at det stilles ulike rolleforventninger til sykepleiere i helsevesenet. Han deler den i to, organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse. Sykepleierne må både kjenne organisasjonen og kunne organisere eget og andres arbeid. Sykepleierne må ha forståelse for hvordan organisasjonen er og samtidig ha forståelse for egen rolle. Sykepleierne må forstå rammen rundt seg og i tillegg er kompetansen deres er avgjørende for å sikre god omsorg for hver enkelt pasient. Orvik mener at mye god omsorg ligger i god organisering (Orvik, 2004). Postsykepleiere i denne studien beskriver at noen ganger må de trå til å minne usikre turnuskandidater som trenger veiledning med at de må huske å skrive medisiner inn i pasient kurven. Postsykepleiere opplevde at måtte passe på at de andre utført sitt arbeid i tillegg sitt eget. Dette stemmer med Orvik skriver at sykepleierne sliter med å markere egne grenser i forhold til organisasjon (Orvik, 2004).

Tidligere i oppgaven har skriftlige og muntlige kommunikasjonsfeil blitt diskutert. Denne formen for feil kan med Reasons teori bli betegnet som, aktiv feil, feil som påstår direkte som følge av manglende kommunikasjon ferdigheter og språkforståelse. Andre områder kan være fysiske arbeidsforhold og rutiner. Informantene gir nettopp uttrykk for det hvilken betydning disse områdene har til å utføre arbeidet forsvarlig, disse kan betegne som *latente tilstander*. Latente tilstander vil ikke direkte medføre svikt eller feil, men vil kunne være medvirkende årsak til det (Reason, 2000). I følge Reason, skal en aktiv sikkerhetskultur bygge et system som redusere uheldige hendelser (Reason, 2000). Sikkerhetskultur handler om samarbeide mellom ansatte i organisasjoner for å forbedre sikkerheten i daglig arbeidet. I flere sammenhenger forteller informantene om kommunikasjonsvikt ved rapportering av vikarer. Ved oppfølgingsspørsmål om det er rutine at vikarene får noe opplæring i forbindelse med sin arbeidsperiode svarer informantene fra begge avdelinger svarte nei. Informantene forteller at det fungerer slik at vikarer som tar vakter går rett i drift uten opplæring, de er jo sykepleiere. Videre beskriver informantene at vikarene har manglende kjennskap til avdelingens

prosedyrer og rutiner. Dette medfører mer stress for sykepleierne og gir opplevelse av utrygghet og usikkerhet som kan påvirke pasientsikkerheten. Informantene ser dette som uforsvarlig. Kunnskapssentret hevder at trygghet og samarbeid i organisasjonen kan redusere uønskede hendelser (Kunnskapssenteret, 2013). I tråd med Helsepersonelloven § 4, 1999 om forsvarlighet skal helsepersonell ”utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”(Lovdata). En grundigere opplæring av vikarene før de arbeider i regulær drift kan hjelpe dem til å rapportere på en bedre måte og dermed redusere sjansen for feil.

I følge meldeordninger fra 2013 i forbindelse med bruk av vikarer viste seg at de fleste uønskede hendelsene handlet om utfordringer som språk og prosedyrer. Videre beskriver de at arbeidsgiver må sørge for at vikarene får tilstrekkelig opplæring til å utføre arbeidet på en forsvarlig måte (Kunnskapssenteret, 2013).

Ved diskusjon i fokusgruppene rundt ulike tema i forhold til uønskede hendelser og pasientsikkerhet ble det tatt opp om avviksmelding eller rapportering i Synergi. Informantene fra kirurgisk sengepost beskriver at de kunne skrevet mange avviksmeldinger, men de har ikke gjort det fordi de har prioritert å bruke tiden til pasientene. De sier det er travelt på avdelingen, de går mye overtid i utgangspunktet at de har ikke lyst å bruke tid til å skrive avviksmeldinger etter arbeidstid. Hjort beskriver at alle hendelser eller nesten hendelser må rapporteres (Hjort, 2007). Dette vil gi forankring og oversikt. Videre sier han at det må være enkelt å sende rapport, både på papir og elektronisk, slik at rapportering tar kortest mulig tid (Hjort, 2007).

Som ledd i å forebygge og å lære av uheldig hendelser har helsepersonell i Norge meldeplikt til helsetilsynet etter Spesialisthelsetjenesteloven, § 3-3, 1999 (Lovdata).

”det skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig person skade som voldes på pasienten som følge av helsetjeneste. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ført til betydelig personskaade” (Lovdata).

Informantene beskriver at det er tidskrevende å skrive i Synergi. De ønsker at det var et lettere system å rapportere i, siden de har så dårlig tid i hverdagen.

Hjort (2007) beskriver at virksomheter og organisasjoner som luftfart kan være forbilde for helsevesenet. Disse virksomhetene har innsett behovet for et effektivt teamarbeid, trening.

Følgelig har de satset på å utvikle systemer som forebygger uheldig hendelser. Han påpeker videre at nøkkelen til suksess er å bygge sikkerhetskultur og rapportering av uheldig hendelser (Hjort, 2007). Dette samsvarer med hvordan postsykepleiere ønsker opplæring og felles kommunikasjonsverktøy vedrørende dokumentasjon om pasientoverflyttingen og et enklere måte å skrive avviksmeldinger på.

Sykepleierne fra både postoperativ avdeling og sengepost, beskriver at utfordringer og forbedringer av rutiner og systemer bestandig starter og slutter med budsjett og ressurser. Det å prioritere og satse på pasientsikkerhet er ikke nødvendigvis enkelt og finnes heller ikke bestemt fremgangsmåter som passer for alle virksomheter. Sykehusledelsen og personalet ved avdelingene har likevel et felles mål om å ivareta pasientsikkerhet, men en kommer ikke utenom at det kreves innsats og ressurser for å oppnå det målet. Uheldige hendelser koster mye penger for sykehuset og kan svekke sykehusets omdømme og svekke tilliten til offentlig helsevesen (vedlegg 8). Forebyggende tiltak som for eksempel bedre planlegging av operasjoner i forhold til kapasiteten på avdelingene, opplæring til vikarer flere pc-er til avdelingene og standardisering av rapportering kan redusere mulige uønskede hendelse. Dette kan øke trygghet i avdelingene både for sykepleierne og pasientene. Andre punkter som postsykepleierne og intensivsykepleierne tok opp i fokusgruppene, som adekvat bemanning og fysiske arbeidsforholdene og team arbeid. Sist men ikke minst en tydelig og målrettet ledelse er helt avgjørende for en god sikkerhetskultur. Dette betyr ikke at studien har funnet svaret på spørsmålene, disse kan støtte og hjelpe til områdene med mest utfordringer.

Gjennom studien påpekte informantene flere momenter som kan fremme eller hemme pasientsikkerhet. Man kan se at mange av forholdene har vært kjent lenge, men likevel ikke virker å generert fokus for forbedringer. At kommunikasjon mellom postoperativ avdeling og kirurgisk sengepost fungerer godt viktig for god kvalitet i pasientbehandlingen. I følge Orvik er et velfungerende teamarbeid en viktig byggestein i helseorganisasjonen (Orvik, 2004). Ved økt aktivitet og produksjon i helsevesenet, er det blitt mangel på sykepleiere og økt behov for vikarer.

6.0 Metodiske styrker og svakheter, reliabilitet og validitet

En metodisk kvalitativ tilnærming tillater forskeren å få innsikt i folks følelser, holdninger og forståelse av virkeligheten, der det empiriske materialet består av tekster som representerer menneskers samtaler eller samhandlinger (Polit & Beck, 2012). Jeg har gått nøye gjennom de empiriske dataene og forsøkt etter beste evne å følge analyseprosessen til Graneheim og Lundman (2004) så langt som mulig. Jeg har arbeidet mye med min egen forforståelse og egne følelser rundt temaet kommunikasjon ved pasientoverflytting for at sykepleiernes egne beskrivelser, opplevelser og erfaringer skal komme frem. Kommunikasjon og veiledning med veileder og moderator, samt diskusjon rundt temaet på seminarene ved universitetet, har bidratt til å åpne øynene mine for nye måter å tenke på, og gitt meg nye måter å se problemstillingen på. Dette har vært viktig både for reliabiliteten og validiteten i studiet. Målet med kvalitativ forskning er ikke at resultatene skal generaliseres, eller å kunne si at funnene gjelder for alle sykepleiere og for alle sykehus.

Lincoln & Guba har foreslått fire kriterier for å forsøke å lage en standard for denne type kvalitative studier (Polit & Beck, 2012 s.584).

Credibility (troverdighet/pålitelighet) handler om forskningsresultatene konsistens og troverdighet (Kvale et al., 2009 s.250). Troverdigheten kan for eksempel påvirkes av dårlig intervjueteknikk (for eksempel ledende spørsmål) eller av dårlig transkripsjon (Kvale et al., 2009). Det ble gjennomført fokusgruppeintervju for å innhente informantenes perspektiver. Gjennom fokusgruppeintervjuer kan man få innblikk i informantenes holdninger og opplevelse og erfaring av virkeligheten, og intervjuene kan gi grunnlag for å forstå noen interaksjoner i praksis. I følge Johannessen (2010) er gruppesamtaler hensiktsmessig når forskeren vil avdekke en bredde av synspunkter og holdninger, og når en ønsker å ”brainstorme” et tema med informantene. Man får belyst temaet fra ulike vinkler, og finner kanskje nye ideer til løsninger (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010). Individuelle intervjuer kunne gitt rikholdige beskrivelser av temaet, men jeg ønsket den ekstra dimensjonen som gruppediskusjoner fører med seg. I hovedsak gikk praten godt. Informantene var enkle å få i tale, og de virket trygge på hverandre.

Samtalene viste at sykepleierne, hadde ulike oppfatninger og opplevelser rundt temaet. Det kom frem ulike perspektiv og erfaringer, som førte til gode diskusjoner relatert til

pasientoverflyttinger og pasientsikkerhet. Ved å beskrive hva sykepleierne gir uttrykk for, og synliggjøre tolkningene som er gjort, kan leseren selv bedømme overførbarheten.

Dependability (avhengighet) i en kvalitativ studie er det å få informantene som blir intervjuet til å dele sin unike opplevelse og erfaring. Beslutninger som er tatt i forskningsprosessen er tatt på bakgrunn av grundig innsikt i metodelitteratur. Jeg fulgte også anbefalinger fra min veileder og litteratur relatert til metode. Det er viktig å være observant og stille gode oppfølgingsspørsmål. Jeg har forsøkt å være ydmyk for at jeg er i en læringssituasjon, og ikke har gjennomført denne type studie før. Derfor har støtte fra veileder vært av stor betydning. Jeg har fått hjelp til å kvalitetssikre intervjuguiden før fokusgruppe-intervjuene. Jeg har forsøkt å være åpen, og la informantene få mulighet til å utdype sine egne opplevelser og komme frem med sine erfaringer.

Confirmability (styrke, samsvar). Det at jeg forsker i mitt eget felt og har en nærhet til det, kan være både en styrke og en svakhet. Informantene er sykepleiere både fra min tidligere arbeidsplass og min nåværende. Det at jeg kjenner rutiner og miljø preger min forforståelsen. Forskerens materiale fortolkes og tar man med seg den innsikten man har og trekker denne inn i forståelsesprosessen. På den måten blir det samspill mellom forskeren og det hun forsker på. For å få tilgang til data må forskeren gå i en dialog med forskningsfeltet (Thomassen, 2006 s.171). Siden jeg var kjent med feltet fra tidligere gjorde det lettere å skape en dialog med informantene. På grunn av min tidligere bakgrunn som intensivsykepleier kan dette ha bidratt til dypere forståelse, samtidig kan det være en utfordring at jeg som forsker overse noe som er ulikt fra mine erfaringer. I følge Thornquist er forskerens subjektivitet en ressurs, subjektivitet sees ikke på som en feilkilde som sperrer for innsikt, men som en forutsetning for å forstå de fenomener og den verden en tilstreber å forstå. Dette kan også betraktes at refleksivitet er et kjernebegrep, og at forskeren må være bevist på sin rolle (Thornquist, 2003).

Det også viktig å se at jeg har vært en del av forskningsprosessen og kunne trekk mine erfaring inn i vurderinger. For bedre å sikre validiteten /gyldigheten i dette studiet, har jeg brukt direkte sitater. I tillegg har jeg stilt spørsmål som: “er det slik å forstå at..?” ...”forstår jeg deg riktig når..?” ...”kan du utdype det litt nærmere..?” etter anbefaling fra Kvale (Kvale et al., 2009). Jeg har forsøkt etter beste evne å skille mellom mine vurderinger og informantenes utsagn.

Transferability (overførbarhet) vil si om funnene i studiet kan overføres til andre grupper og andre situasjoner. Hvis dataene vurderes som pålitelige og gyldige, er de da generaliserbare? Kan kunnskapen som produseres i en spesifikk situasjon overføres til andre relevante situasjoner? Må de være generaliserbare på alle steder, for alle, til en hver tid? (Kvale et al., 2009).

Et relevant punkt i studien er utvalget. Sykepleiere fra sengepost og intensivsykepleiere, er i ulik alder og ulik erfaring. Metning er et begrep som ofte brukes for å vurdere utvalget. Metningspunktet er nådd når man ikke henter ny kunnskap ved ytterligere datasamling (Malterud, 2011). Jeg og moderatoren min var enige i det siste forskningsintervjuet ikke tilkom ny informasjon til temaet. Metning av kunnskap var nådd. Gode teoretiske diskusjoner med utgangspunkt i min teoretiske referanseramme vil også kunne bidra til å øke overførbarhet.

Gjennom de grundige beskrivelsene av hvordan kommunikasjon og overflytting oppleves mellom sykepleiere på de to avdelingene, gis det grunnlag for å kunne overføre dette til andre lignende situasjoner. Dette kan gjelde pasientsikkerhet og forebygging generelt, for eksempel rutiner for rapportering eller rutiner for overføring av pasientens medisinske oversikt. Andre mulige forhold er organisering av avdelingene, hospitering, opplæring og andre muligheter for kompetanseøkning. “En analytisk generalisering involverer en begrunnet vurdering av i hvilke grad funnene fra en studie kan brukes som en rettleiding for hva som kan komme til å skje i en annen situasjon” (Kvale et al., 2009 s.266). Her kan forskeren argumentere for generalisering av resultatene sine, men også la leseren selv vurdere generaliserbarheten på bakgrunn av detaljerte beskrivelser (Kvale et al., 2009).

7.0 Konklusjon

Problemstillingen for denne studien var hvordan kommunikasjon mellom sykepleiere kan påvirke pasientsikkerhet ved pasientoverflytting fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost. Hovedfunnene ble analysert ut fra informantenes opplevelser, erfaringer og beskrivelser og viste mange utfordringer med kommunikasjon og rapportering ved pasientoverflyttingen. Kommunikasjonen mellom sykepleiere på sengepost og postoperativ avdeling oppleves ofte som uklar og usystematisk, og med usikker muntlig og skriftlig fremstilling. Dette gjør til at pasientoverflyttingsprosessen oppleves som utrygg av sykepleierne. Uklar og usystematisk kommunikasjon medfører til tider feil- og tap av informasjon. Travelhet i arbeidssituasjon er også en medvirkende faktor. Funnene representerer en reell fare for svikt i pasientsikkerhet. Sykepleierne hadde også klare forestillinger om hvordan de ønsket at rutinene skulle bli forbedret ved bedre opplæring i dokumentasjon, bedre fysiske arbeidsforhold, hospitering på postoperativ avdeling og bedre dokumentasjon. Dette stiller store krav til den sykepleiefaglige ledelsen.

En sykepleiers omsorg for pasienten har alltid vært kjernen i sykepleiefaget. Gjennom utdanning og tradisjon er sykepleieren opplært til å gjøre det best mulig for pasienten. Med omfattende reformer i helsevesenet er det lagt stadig større vekt på kostnadsbesparelser og effektivisering. Dette fokuset virker mot den tradisjonelle sykepleierens fokus på nærhet og omsorg.

Det er forstemmende å høre sykepleierne beskrive situasjonen ved pasientoverflytting mellom de to avdelingene. De vet så inderlig vel at de daglig bruker et system for pasientoverflytting som kan medføre skade på de pasienter de behandler, i skarp kontrast til de tradisjonelle verdiene. Likevel er dette et system som er akseptert og innarbeidet over en lang tidsperiode med alle sine mangler. Man kan kanskje si at det er et systemproblem å la dette systemet holde frem uten endring.

7.1 Implikasjoner for praksis

Teamarbeid og arbeidsmiljø: Leonard (2011) sier det er viktig å skape en felles ramme og felles språk for å oppnå teamarbeid på tvers av avdelingene. For å ha effektiv kommunikasjon, vi må få alle i samme ”spor” og få en felles språklig forståelse (Leonard & Frankel, 2011). For å kunne skape en god pasientsikkerhetskultur, trenger alle å identifisere forbedringsområder. Postsykepleierne etterspør opplæring og hospitering for økt trygghet og økt forståelse av

overflyttingsprosessen i hverdagen med arbeidet på kirurgiske avdeling. Postsykepleierne mener dette kan øke pasientsikkerhet ved at det øke postsykepleiernes kunnskap. Dette kan gi et stort utbytte i positiv retning for begge avdelingene. Hjort (2007) beskriver i et tverrfaglig arbeid er ulik erfaring og utdanning. Det er vist at problem med kommunikasjon ofte årsak til uheldig hendelse. Dermed er teamtrening og felleskap er viktig for å hindre uønskede hendelser (Hjort 2007).

Elektronisk pasientjournal: Et annet ønske fra postsykepleierne på kirurgisk avdeling var at intensivsykepleierne fra postoperativ avdeling skulle dokumentere i elektronisk pasientjournal (DIPS). Som er fellessystem og som tilgjengelig for begge avdelinger i stedet for mange ulike kurver og skjemaer. Dette kan redusere tap av informasjon og feil opplysninger og derav øke pasientsikkerhet. Det er også klarlagt gjennom tidligere forskning hvor stor betydning har tydelig kommunikasjon og leservennlig overflyttingsrapport har, i forbindelse med overflytting av pasienter til kirurgisk sengepost i den sårbare perioden frem til kirurgiske sengepost. Elektronisk informasjonsutveksling er mindre tidkrevende, og informasjonen er lettere tilgjengelig og mer oversiktlig og dette virker å være klar mulighet for forbedring (Moen et al., 2008; Ödegård, 2007).

Standardisering av rapporteringsinnhold: Informantene var enstemmige i sin beskrivelse av postoperativt skjema som problematisk. Dette er noe som kan avhjelpes med en sjekklister, slik at all informasjon står i en gitt rekkefølge, og har sin plass i rapporten. Dette er noe som bør implementeres. I meld. St.10 (2012-2013) står det beskrevet at det er stort behov for standardisering og samarbeid på tvers av fagområder og spesialiteter. (Regjeringen.no, 2012-2013).

Utstyr: Informantene fra begge avdelinger sier at det er mangel på tilgjengelige pc-er. Dette gjør at det blir trangt om plassen når det skal avgis rapport. Et forslag til tiltak kan være å skaffe noen nettbrett på avdelingene i tillegg til de pc-ene som allerede finnes. Det å skrive i DIPS kan bidra til tryggere overflytting av pasientene og kan forebygge feil på mange områder, for eksempel med medisinerings.

Meldeordning: Både postsykepleierne og intensivsykepleierne ønsker et lettere system til å skrive avviksmelding på .Med lettere og velfungerende avviksmeldingssystem som kan gi forankring og oversikt.

Bemanning: Bemanning er av stor betydning. Sykepleierne fra begge avdelingene ønsker tilstrekkelig med personellressurser. Hjort hevder at ressursmangel øker sykefravær og øker risikoen for uønskede hendelser (Hjort, 2007).

Vikarbruk: Vikarbruk er en nødvendighet i dagens helsevesen med de bemanningsutfordringer som skal løses. En av utfordringene i forbindelse med dette er som beskrevet språkproblemer. I følge kunnskapssenteret, Meldeordning (2013) er en kvalitetssikring av skriftlige og muntlige språkferdigheter nødvendig før ansettelse av vikarer (2013).

I et pasientsikkerhetsperspektiv er det ønskelig at vikarene gis god opplæring i pasientoverflytting, rapportering og prosedyre. (Kunnskapssenteret, 2013)

Det er krevende å implementere innsatsområder og tiltak, men endring til ny teknologi og nye rutiner må kunne medføre økonomiske gevinster for sykehuset. Ressursene i tjenestene vil da kunne bli brukt på en forsvarlig og effektiv måte (Hjort, 2007).

En sikker overflytting av pasientene er ikke bare den individuelle sykepleierens ansvar. Dette er en helhetlig oppgave for sykehusets organisasjon og ledelse. Overflytting skal utføres forsvarlig jmfør «Lov om Specialisthelsetjeneste» §2-2. 2001((Lovdata)

Rapportering i DIPS eller standardisering av prosedyre kan være et virkemiddel for å ivareta kravet til faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Likevel må sykepleierne ikke redusere den faglige kompetansen. Teamarbeid for å skape en god pasientsikkerhetskultur kan være et forum for nye initiativ og faglig utvikling, og ikke minst kan det være en støtdemper for frustrasjon (Orvik, 2004). Ansvar for pasientene er et felles ansvar for den enkelte sykepleier og ledelsen. Sykepleierne fra begge avdelinger beskriver spenningsfelt mellom å ivareta pasienten i fokus, tidspress, krav til effektivitet og ressursmangel. Mye tyder på at kravene om stadig økt effektivitet utgjør en trussel mot faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Det er behov for ny systemtenkning for å sikre faglig forsvarlighet og omsorgsverdier, økt sikkerhet for pasientene og økt trygghet for sykepleierne.

Funnene i studien samsvarer i stor grad med tidligere studier både internasjonalt og nasjonalt. Informantenes beskrivelser, opplevelser og erfaringer har gjort meg kjent med noen av faktorene som ligger under og som det er behov for å gjøre noe med. Det er nødvendig å fokusere på ”overflyttingsprosessen” for å forandre /omforme den måten overflyttingen

utføres på. For å kunne skape grunnleggende forandringer i det komplekse systemet mellom de to avdelingene må vi se på mønstre som styrer tanker og handling, som hvordan sykepleierne kommuniserer med hverandre.

Det er viktig å se hvor hindringene ligger, og fokusere på det som allerede fungerer bra, for så å bygge videre på de positive mønstre og den kulturen som finnes. Å identifisere spenninger i systemet, for eksempel mangel på ressurser og for stor arbeidsmengde eller opplæring for vikarene og rapportering i den elektroniske pasientjournalen, kan være nyttig. Man må kartlegge og identifisere den nåværende og den ønskede overflyttingsprosessen. Tiden er moden for å handle i praksis. Dette er tidkrevende og det vil ta lang tid å gjennomføre. Nå er det behov for endringsvilje fra helseledere for å sette i gang tiltak. For hver enkelt sykepleier er det viktig å se sitt individuelle ansvar. Sykepleierne har mange ideer, men det er ikke lett innenfor de rammene som finnes å spre sine ideer og se disse finne anvendelse i praksis. Det er vanskelig å endre handlingsmønstre fordi disse ofte er dypt integrert i kulturen, som for eksempel med ulik overflyttingsrapportering og ulike kurver og skjemaer.

Forbedring og forandring i arbeidet er en langvarig prosess. Det først skrittet er å etablere en fellesforståelse og språk for så å vurdere veien videre mot en endring.

7.2. Implikasjoner for videre forskning

Denne studien har hatt et pasientsikkerhetsperspektiv sett fra sykepleieres ståsted. For videre forskning vil det være interessant å gripe fatt i andre grupper som er involvert i pasientoverflytting. Tidligere i oppgaven pekte jeg på planlegging av operasjonsprogram og viktigheten av ledelses rolle i å styre dette med tanke på kapasitet, bemanning og sengeplass. En studie med opplevelse, problemstillinger og tanker bak den kan være nyttig. Det er viktig at også ledelsenes stemme kommer frem.

Evalueringsstudie av pasientoverflytting etter eventuelle intervensjoner vil også være aktuelt, som for eksempel etter at bruk av elektronisk pasientjournal (DIPS) er innført.

En observasjonsstudie mellom kirurgisk sengepost og postoperativ avdeling, med fokus på pasientoverflytting fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost kan være aktuell også.

Litteraturliste

- Aase, K. (2010). *Pasientsikkerhet : teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforl.
- Catalano, K. (2009). Hand-off communication does affect patient safety. *Plast Surg Nurs*, 29(4), 266-270. doi: 10.1097/PSN.0b013e3181c20136
- Chaboyer, W., & Blake, S. (2008). Information sharing, knowledge transfer and patient safety. *Nursing in critical care*, 13(3), 121-123.
- Fiva, C. (2015). Re: Skråblikk fra et sykehusmottak. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke*, 135(6), 513-513.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som udgangspunkt : det kvalitative forskningsinterview* (2. rev. udg. ed.). København: Akademisk Forlag.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke-og faktabok*: Gyldendal Akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tuft, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, K. I., Molven, O., Roalkvam, S., & Aakre, M. (2007). *Godt, rett, rettferdig : etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe.
- Kunnskapssenteret. (2013). Meldeordningen. from <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/uonskede-hendelser-knyttet-til-vikarbruk-i-spesialisthelsetjenesten>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 1), i85-i90.
- Leonard, M. W., & Frankel, A. S. (2011). Role of Effective Teamwork and Communication in Delivering Safe, High - Quality Care. *Mount Sinai Journal*

of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine, 78(6), 820-826.

Lovdata. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Lovdata. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.

Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best practice & research Clinical anaesthesiology*, 25(2), 181-191.

Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*: Universitetsforlaget.

Moen, A., Hellesø, R., Berge, A., Mølsted, K., & Quivey, M. (2008). *Sykepleierens journalføring: Dokumentasjon og informasjonshåndtering*: Oslo: Akribe.

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal juridisk.

Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed. ed. Vol. vol. 16). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

Nagpal, K., Abboudi, M., Fischler, L., Schmidt, T., Vats, A., Manchanda, C., . . .

Moorthy, K. (2011). Evaluation of postoperative handover using a tool to assess information transfer and teamwork. *Annals of surgery*, 253(4), 831-837.

Nightingale, F., Elstad, I., & Larsen, F. B. (1984). *Håndbok i sykepleie : hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Gyldendal.

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*: Cappelen akademisk.

Pasientskadeerstatning, N. (2013). Hva koster pasientskader? , from

https://www.google.no/?gfe_rd=cr&ei=QP1ZVZwUpavzB42dgLAH&gws_rd=ssl#q=NPE+hva+koster+pasientskader&spell=1

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Reason, J. (1991). from <http://slideplayer.no/slide/2052945/>
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *Bmj*, 320(7237), 768-770.
- Reason, J. T. (1997). *Managing the risks of organizational accidents* (Vol. 6): Ashgate Aldershot.
- Regjeringen.no. (2012-2013). God kvalitet-trygge tjenester- kvalitet og pasientsikkerhet i helse-og omsorgstjenesten. Meld. St. 10 (2012-2013). from <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?docId=STM201220130010000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=1>
- Segall, N., Bonifacio, A. S., Schroeder, R. A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D. K., . . . Mark, J. B. (2012). Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia & Analgesia*, 115(1), 102-115.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse-og sosialfag*: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*: Gyldendal Akademisk.
- WMA. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Ödegård, S. (2007). *I rättvisans namn : ansvar, skuld och säkerhet i vården*. Stockholm: Liber.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Godkjenning Forskningsavdelingen



Notat

Til:
Ramesh Batol Khajavi

Fra:
Fagsjef Kirsten Lode

Kopimottakere:
Divisjonsdirektør Hans Tore Frydnes
Juridisk rådgiver Ina Trane

Dato: 17.12.2014
Arkivref: 2011/4660 - 99749/2014

Godkjennelse masterprosjekt MA42 - Ramesh Batol Khajavi

Mastergradsprosjektet: «Faktorer som påvirker pasientsikkerhet i forbindelsen med overflytning av pasienter fra postopertiv avd.(1G) til kir.avd(6G,6H)»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte mastergradsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA42

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av mastergradsprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjennelse av REK følges
- foreligger det godkjennelse fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres avidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Vedlegg 2 – Godkjenning fra divisjonsdirektør Kirurgisk divisjon

Fra: Jensen, Anne Ree
Sendt: 28. mai 2015 12:55
Til: Khajavi, Ramesh Batol
Emne: masteroppgave

Hei

Vi i kirurgisk divisjon ønsket å se på overflytting av den postoperative pasient i et pasientsikkerhetsperspektiv.

Utgangspunkt er at i dag ringer spl fra postoperativ opp til posten og overfører informasjon pr telefon. Informasjonen som sykepleieren får pr telefon må den spl som da mottar telefonopplysninger skrive ned. Dette kan være en feilkilde, tror vi .

Men er det riktig ?

Derfor denne henvendelsen fra oss til Ramesh Batol Khajavi.

Nå er vi spent på resultatet og event hvilke tiltak vi må sette i gang.

Vennlig hilsen

Jensen Anne Ree
Konst.divisjonsdirektør Kirurgisk divisjon
51518329/46918692 / 46918692
Helse Stavanger HF
www.sus.no



Vedlegg 3 – Søknad om tillatelse Kirurgisk divisjonsdirektør



Stavanger 29.10.14

Til

Inger Cathrine Bryne
Direktør ved Kirurgisk Divisjon,
SUS

I forbindelse med min Master i Helsevitenskap ved UiS, skal jeg nå skrive den avsluttende Masteroppgaven.

Temaet for oppgaven er overflytning av pasienter fra Postoperativ avdeling (1G) til Kirurgisk avdeling (6H,6G). Jeg ønsker å finne de faktorer som påvirker pasientsikkerhet i forbindelsen med overflytningen.

I denne forbindelse ønsker jeg å gjennomføre fokusgruppeintervju med sykepleiere fra de respektive avdelinger (6H,6G,1G).

Følgende forskningsspørsmål er utarbeidet for å belyse problemstillingen:

1.Hvordan opplever sykepleierene pasientoverflytningen i praksis?

-Hvilke faktorer (kommunikasjon, rapportering, erfaring, kompetanse etc) har betydning for god pasientoverflytning?

- Hvordan er rutiner, relasjoner og teamarbeid mellom de to ulike avdelingene i praksis?

2. Hva fungerer bra samt forslag til forbedring av system og rutiner?

-Hvordan tenker og handler man systematisk i praksis?

Jeg håper det fremkommer ulike perspektiv og erfaringer som vil bringe gode diskusjoner relatert til pasientoverflytning og pasientsikkerhet.

Undertegnede vil med dette søke om tillatelse til å gjennomføre tre fokusgruppeintervju med fem-åtte informanter i hver gruppe. I utgangpunktet tenker jeg å ha to fokusgruppeintervju, et ved hver avdeling, mens tredje fokusgruppeintervju omfatter begge avdelingene samlet. Et intervju vil vare i ca. en time. Intervjuene ønskes gjennomført i november 2014.

Data som kommer frem vil behandles konfidensielt, og anonymiteten til informantene vil bli ivaretatt. Jeg vil utarbeide et informasjonsskriv og samtykkeerklæring som den enkelte av informantene underskriver.

Med vennlig hilsen

Ramesh Batol Khajavi

Intensivsykepleier/Masterstudent

Veileder: Britt Sætre Hansen, Forskningsansvarlig sykepleie

Tel. 40879331 Mail: ramesh.khajavi@icloud.com

Vedlegg 4 – Søknad om tillatelse til fagsjef Kirurgisk divisjon



Stavanger 29.10.2014

Til

Anne Ree Jensen
Fagsjef ved Kir Div

I forbindelse med min Master i Helsevitenskap ved UiS, skal jeg nå skrive den avsluttende Masteroppgaven.

Temaet for oppgaven er overflytning av pasienter fra Postoperativ avdeling (1G) til Kirurgisk avdeling (6H,6G). Jeg ønsker å finne de faktorer som påvirker pasientsikkerhet i forbindelsen med overflytningen.

I denne forbindelse ønsker jeg å gjennomføre fokusgruppeintervju med sykepleiere fra de respektive avdelinger (6H,6G,1G).

Følgende forskningsspørsmål er utarbeidet for å belyse problemstillingen:

1. Hvordan opplever sykepleierene pasientoverflytningen i praksis?

-Hvilke faktorer (kommunikasjon, rapportering, erfaring, kompetanse etc) har betydning for god pasientoverflytning?

- Hvordan er rutiner, relasjoner og teamarbeid mellom de to ulike avdelingene i praksis?

2. Hva fungerer bra samt forslag til forbedring av system og rutiner?

-Hvordan tenker og handler man systematisk i praksis?

Jeg håper det fremkommer ulike perspektiv og erfaringer som vil bringe gode diskusjoner relatert til pasientoverflytning og pasientsikkerhet.

Undertegnede vil med dette søke om tillatelse til å gjennomføre tre fokusgruppeintervju med fem-åtte informanter i hver gruppe. I utgangpunktet tenker jeg å ha to fokusgruppeintervju, et ved hver avdeling, mens tredje fokusgruppeintervju omfatter begge avdelingene samlet. Et intervju vil vare i ca. en time. Intervjuene ønskes gjennomført i november 2014.

Data som kommer frem vil behandles konfidensielt, og anonymiteten til informantene vil bli ivaretatt. Jeg vil utarbeide et informasjonskriv og samtykkeerklæring som den enkelte av informantene underskriver.

Med vennlig hilsen
Ramesh Batol Khajavi
Intensivsykepleier/Masterstudent
Tel. 40879331 mail: ramesh.khajavi@icloud.com

Veileder Prof. Britt Sætre Hansen, Forskningsansvarlig Sykepleie

Vedlegg 5 – Søknad om tillatelse til oversykepleier Medisinsk divisjon



Stavanger 29.10.2014

Til

Tønnesen, Wendy Lilly Bjørnevik
Oversykepleier
Medisinsk Div

I forbindelse med min Master i Helsevitenskap ved UiS, skal jeg nå skrive den avsluttende Masteroppgaven.

Temaet for oppgaven er overflytning av pasienter fra Postoperativ avdeling (1G) til Kirurgisk avdeling (6H,6G). Jeg ønsker å finne de faktorer som påvirker pasientsikkerhet i forbindelsen med overflytningen.

I denne forbindelse ønsker jeg å gjennomføre fokusgruppeintervju med sykepleiere fra de respektive avdelinger (6H,6G,1G).

Følgende forskningsspørsmål er utarbeidet for å belyse problemstillingen:

1. Hvordan opplever sykepleierene pasientoverflytningen i praksis?

-Hvilke faktorer (kommunikasjon, rapportering, erfaring, kompetanse etc) har betydning for god pasientoverflytning?

- Hvordan er rutiner, relasjoner og teamarbeid mellom de to ulike avdelingene i praksis?

2. Hva fungerer bra samt forslag til forbedring av system og rutiner?

-Hvordan tenker og handler man systematisk i praksis?

Jeg håper det fremkommer ulike perspektiv og erfaringer som vil bringe gode diskusjoner relatert til pasientoverflytning og pasientsikkerhet.

Undertegnede vil med dette søke om tillatelse til å gjennomføre tre fokusgruppeintervju med fem-åtte informanter i hver gruppe. I utgangpunktet tenker jeg å ha to fokusgruppeintervju, et ved hver avdeling, mens tredje fokusgruppeintervju omfatter begge avdelingene samlet. Et intervju vil vare i ca. en time. Intervjuene ønskes gjennomført i november 2014.

Data som kommer frem vil behandles konfidensielt, og anonymiteten til informantene vil bli ivaretatt. Jeg vil utarbeide et informasjonskriv og samtykkeerklæring som den enkelte av informantene underskriver.

Med vennlig hilsen
Ramesh Batol Khajavi
Intensivsykepleier/Masterstudent
Tel. 40879331 mail: ramesh.khajavi@icloud.com

Veileder Prof. Britt Sætre Hansen, Forskningsansvarlig Sykepleie

Vedlegg 6 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema



Stavanger 29.10.2014

Til deg som jobber ved Kirurgisk avdeling 6G/6H og Postoperativ avdeling 1G

I forbindelse med min Master i Helsevitenskap ved UiS, skal jeg nå skrive den avsluttende Masteroppgaven. Temaet for oppgaven er overflytning av pasienter fra Postoperativ avdeling(1G) til Kirurgisk avdeling (6G,6H), og identifisering av faktorer som påvirker pasientsikkerhet i forbindelse med overflytning. I forkant av dette ønsker jeg å gjennomføre fokusgruppeintervju med dere som jobber på denne/disse avdelingen(ene).

Jeg ønsker i denne forbindelse å gjennomføre tre fokusgruppeintervju. Ett intervju med sykepleiere fra 1G, ett med sykepleiere fra 6G/H og til slutt ett intervju med begge gruppene samlet. Jeg håper det fremkommer ulike perspektiver og erfaringer som vil bringe gode diskusjoner relatert til pasientoverflytninger og pasientsikkerhet. Et fokusgruppeintervju gjennomføres som en gruppediskusjon og vil vare i ca 1 time. Deltagelsen i studien medfører ingen kostnader og du får ingen betaling for å delta. Å delta er på alle måter frivillig og du som informant kan trekke deg fra undersøkelsen når som helst uten konsekvenser. Diskusjonen blir tatt opp på lydbånd som transkriberes. Ingen personopplysninger vil bli lagret. Opplysningene fra intervjuet vil bli behandlet konfidensielt og din anonymitet vil bli sikret. Informasjon som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Alle data blir aidentifisert. Nedskrevne intervju lagers på en tildelt kvalitetsserver som slettes etter prosjektslutt, senest sommer 2016. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien. Studien er godkjent hos personvernombudet for forskning ved SUS. Du kan trekke deg når som helst. Ingen opplysninger vil kunne tilbakeføres til deg. Jeg har også vært i kontakt med Regional Etisk Komite for å avklare om jeg trenger å søke om etisk godkjenning. Her fikk jeg vite at jeg ikke trenger godkjenning så lenge studien ikke inneholder sensitive pasientopplysninger eller data fra pasientregistre.

Tusen takk for at du vil delta!

Med vennlig hilsen

Ramesh Batol Khajavi

Intensivsykepleier/Masterstudent

Kirurgisk avdeling, SUS

Mobil tlf. 40879331 mail: ramesh.khajavi@icloud.com

Veileder: Prof. Britt Sætre Hansen, Forskningsansvarlig sykepleie

SAMTYKKE-ERKLÆRING

Konfidensielt

Jeg er informert om hensikten med fokusgruppeintervjuet og er villig til å delta.

Jeg kan når som helst trekke meg fra undersøkelsen uten at det får noen konsekvenser for meg.

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og full anonymitet vil bli sikret.

Stavanger, den.....

.....

signatur

Vedlegg 7 - Intervjuguide

INTERVJURUNDE, fokusgruppeintervju

1. SYKEPLEIERE PÅ POST

Hvordan opplever dere rapport situasjonen når pasienten flytter fra postoperativ avdeling til sengepost?

- Erfaring
- Kompetanse
- Rutiner
- Rapportering
- Kommunikasjon
- Avvik/ synergi

Hva fremmer/hemmer rapportering og pasientsikkerhet?

- System
- Kjennskap til hverandre
- Utveksle kunnskap
- Lese og forstå operasjon/anestesi skjema
- Erfaring /eksempler som medfører skade/fare for pasient

Forslag til forbedring av system og rutiner?

- Felles system
- Undervisning
- Hospitering

2. INTENSIVSYKEPLEIERE PÅ POST OPERATIV AVDELING

Hvordan opplever dere pasientoverflyttingen til kirurgisk sengepost i praksis?

-Kommunikasjon

-System

-Rutiner

Hvilke forhold innebærer risiko i tilknytning til pasientoverflytting?

-Eksempler fra praksis

-Travelhet

-Erfaring/kompetanse

-Ressurs

Forslag til forbedring?

-Undervisning

-Hospitering

-Felles system

Vedlegg 8 – Mail med vedlegg fra NPE

Sølvi Flåte <Solvi.Flate@npe.no>

Til: "ramesh.khajavi@icloud.com" <ramesh.khajavi@icloud.com>

Dato: 17. oktober 2014 kl. 09.34.16 CEST

Emne: Statistikk fra NPE om Helse Stavanger til masteroppgave

Hei

Takk for henvendelsen om statistikk til masteroppgaven din vedrørende NPE-saker tilknyttet Helse Stavanger HF.

Vedlagt er en excel-fil som inneholder antall medhold/avslag og årsaker til at det ble gitt medhold for svikt i behandling, svikt i diagnostikk, samt smitte/infeksjon. I medhold som gjelder smitte eller infeksjon, får pasienten medhold dersom NPE konkluderer med at smitten/infeksjon ikke skyldes forhold ved pasienten selv. Vi leter med andre ord ikke etter årsaken til at infeksjonen oppsto. Legg merke til at excel-fila har to arkfaner nederst.

Jeg anbefaler deg å lese rapporten vår "Statistikk for regionale helseforetak 2013". Denne kan du laste ned som pdf fra vår nettside: <http://www.npe.no/no/Om-pasientskader/RHF-rapport/>

Lykke til med oppgaven!

Med vennlig hilsen **Sølvi Flåte** seniorrådgiver

Norsk pasientskadeerstatning, Wergelandsveien 1, Postboks 3 St. Olavs plass, 0130 Oslo Telefon: 22 99 45 00, Direkte:22 99 45 14, Telefaks: 22 99 45 90 Internett: www.npe.no, E-post: solvi.flate@npe.no

Helset Stavanger HF - vedtak i NPE 01.01.2011-16.10.2014

Medisinsk område	2011			2012			2013			Hittil 2014		
	Medhold	Avslag	Sum	Medhold	Avslag	Sum	Medhold	Avslag	Sum	Medhold	Avslag	Sum
Anestesiologi	2	4	6	5	4	9	3	2	5	1	5	5
Annet	1		1		3	3					1	1
Blodsykdommer		1	1		1	1						
Endokrinologi og metabolske forstyrrelse		1	1		1	1	1	2	3	1	2	3
Fordøyelsesykdommer			1			1		4	4			
Fødselshjelp og kvinnesykdommer		2	2		4	4	2	5	7		5	5
Gastroenterologisk kirurgi	5	5	10	1	3	3	3	5	8	1	5	6
Generell indremedisin	1		1		1	1						
Generell kirurgi	1		1		1	1						
Hjertesykdommer	2	6	8		3	3	1	3	4		1	1
Hudsykdommer												
Infeksjonssykdommer og venerologi	1		1	2	1	3	1	3	4		1	1
Karsykdommer	1	3	3	3	3	3	1	3	4		1	1
Lungesykdommer				3		3						
Maxillofacial og oral kirurgi		2	2	1	3	4	1	3	4	2	7	9
Neurokirurgi	3	3	6	2	1	3	1	6	6	1	2	3
Neurologi												
Nyresykdommer										1	1	
Ortopedisk	6	10	16	5	8	13	5	15	20	3	6	9
Ortopedisk kirurgi	8	23	31	9	21	30	18	30	48	6	20	26
Plastikkirurgi og kosmetisk behandling	1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	1	1
Psykisk / psykologi	2	6	8		9	9	1	14	15	1	8	9
Revmatologi												
Svulster og kreftsykdommer	10	17	27	15	16	31	17	11	28	10	7	17
Urologi	1	2	3	2	5	7						
Øre-nese-hals sykdommer		7	7	1	2	3		4	4			
Øyesykdommer	5	8	13	1	7	8	3	2	5	1	2	3
Totalt	50	108	159	49	106	155	64	126	190	30	87	117

Erstatningsutbetalinger
 Erstatning hittil 2014 55 452 132 Erstatning 2012 28 338 352 Erstatning 2011 30 196 312 Totalt 2011-hittil 2014 163 983 841
 Medisinsk område i saken blir registrert ut i fra den sykdommen/ lidelsen pasienten fikk behandling for da pasientskade n skal ha skjedd.

Vedlegg 9 – Anonymisert postoperativ kurve

Anonymisert Postoperativ observasjons-/rapporteringskurve

HELSE STAVANGER
Stavanger universitetssjukehus

Pre- og Postoperativ Journal

ASA: 3

Preoperative anamneser:
AF - bare 2-3 år
HFA - EF 45%
Allergier: Allergi av E1-årsaken? ATACAND


Diagnose: FPF hø
Føret Cebra mg
Neurotin mg
Dexamethason mg Sign. Hg, curstivlege

Operasjon:
reop. ordinasjoner:
Triomb. prof. Kuvane
Antib. prof. Cefalotin 2g
Ordinert av: Gitt av: Kl.

Andre preop. ord. Vikt: 90
oxycodon 5mg
metoprolol

Beokjeder til anest./opr. avd. INR 1,6
Ken 79-145
CRP 163-115

Overflyttingsrapport fra postopr. avd. til sengepost

Bevissthet: Viken Fløtgenfunn: 

Respirasjon: Ubev. Trenger Ir:

Sirkulasjon: Stabil

Væskesamtning: RA påbr. Skal videre ha: Vurdert på Post

Smertelindring: sefaran Sijema

Diurese/blærestatus: Scannet kl. - ml SIK/Spoort. kl. - ml Kuleter

Opr. sår/bandasje: OK Vag. blod./bind: OK

Utstyr: Lab. pr./tg./div. us




Aktivitetnivå: Pr. os

Inngrep som tiltar lenger overvåking - jfr. prosedyre ASA 3-4

White's sjekkliste for flytting

White's scoring system

Bevisstettnivå	Score
2	2
Fysisk aktivitet	2
Hemodynamisk stabilitet	2
Respiratorisk stabilitet	2
Postop. smerte	2
Postop. kvantitetsoppkast	2
TOTAL SCORE	14

Flyttes ved score >10, ingen kategori = 0, og ingen pågående kir. behandling
ASA 1&2 Spl. sign. 
ASA 3&4
Legge sign. 
Rapport mottatt på sengepost
Spl. sign.: 


Postopr. forordninger:

Antipetika: a. clonit
Usp. Kef. 200mg
Antibiotika: Cefalotin 2g x 2 u
Tromboseprofylakse: Heparin 5000 i.v.
Vaske l.v.: 2x 60 l. fastp
Anest. rest => 200

Lab pr.: INR kl. 16


Div.: Metoprolol 50mg
C. Bell
8 (organisk)
9&2


Alle prøver kl. 12, 15, 18, 21, 24


Operasjon: 


Operasjonsdag: 15


Operasjonstid: 19


Operasjonsleder: 


Operasjonsassistent: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 


Operasjonsassistente: 

Operasjonsassistente: 

Operasjonsassistente: 

Operasjonsassistente: 

Operasjonsassistente: 

Operasjonsassistente: 

Operasjonsassistente: 