



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Anestesi-, operations-, och postoperativa sjuksköterskors upplevelser kring överrapportering till den postoperativa avdelningen

Författare: Emma Jönsson
Emma Olsson

Handledare: Jan-Åke Hansson

Intervjustudie / Magisteruppsats

Juni 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Anestesi-, operations-, och postoperativa sjuksköterskors upplevelser kring överrapportering till den postoperativa avdelningen

Författare: Emma Jönsson
Emma Olsson

Handledare: Jan-Åke Hansson

Abstrakt

Varje år drabbas patienter i Sverige av vårdskador i samband med operation och andra invasiva åtgärder. Den vanligaste orsaken till vårdskador i Sverige beror på bristfällig kommunikation och risken för att utsätta patienten för vårdskada ökar på grund av misstag i kommunikationen vid överrapporteringar mellan vårdpersonal. Studiens syfte var att undersöka hur anestesi-, operations- och postoperativa sjuksköterskor upplever överrapportering mellan operations- och postoperativa avdelningen. Författarna intervjuade 15 specialistsjuksköterskor på en operationsavdelning i södra Sverige. Resultatet tolkades enligt kvalitativ manifest innehållsanalys. Informanterna beskrev när överrapporteringen upplevdes som bra och när det inte fungerade som det skulle kunde det bland annat bero på bristande förståelse, sviktande engagemang och otydliga rutiner. Det framkom även att de ville utveckla överrapporteringen vilket yttrade sig i en önskan om ökat samarbete över yrkesgränserna, förbättrade rutiner, utökad dokumentation.

Nyckelord

Överrapportering, Kommunikation, Patientsäkerhet, Engagemang, Förståelse, Anestesisjuksköterska, Operationssjuksköterska, Postoperativsjuksköterska.

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Kommunikation	4
Rapport och dokumentation	5
Melior och Orbit	6
Standardiserad överslagorering	6
Miljö	7
Perioperativ omvårdnad	8
WHO:s Checklista	9
Syfte	10
Specifika frågeställningar	10
Metod	11
Urval av undersökningsgrupp	11
Valt undersökningsinstrument	12
Genomförande av datainsamling	12
Genomförande av databearbetning	13
Etisk avvägning	14
Resultat	15
Bra överslagorering idag	16
Förbättring med WHO:s checklista	16
Fungerande samarbete vid överslagorering	16
Fungerande dokumentation	17
Bristfällig överslagorering	18
Bristande förståelse	18
Oenighet kring frågor	19
Störningsmoment kring överslagoreringen	21
Sviktande engagemang	22
Problem kring rutiner	23
Brister i dokumentation	25
Önskad utveckling av överslagorering	26
Engagemang och ansvar	26
Förbättra rutiner	26
Utöka dokumentationen	27
Samarbete över yrkesgränserna	29
Önskat samarbete	29
Fördelar med operationssjuksköterskans delaktighet	30
Omotiverat med operationssjuksköterskans delaktighet	30
Svårigheter med operationssjuksköterskans delaktighet	31
Diskussion	32
Diskussion av vald metod	32
Diskussion av framtaget resultat	34
Konklusion och Implikation	39
Referenser	40
Bilaga 1 (5)	44
Intervjuguide Anestesisjuksköterskor	44
Bilaga 2 (5)	45

Intervjuguide Operationssjuksköterskor	45
Bilaga 3 (5)	46
Intervjuguide Postoperativa sjuksköterskor	46
Bilaga 4 (5)	47
Bilaga 5 (5)	48

Problembeskrivning

Årligen i Sverige drabbas 105 000 patienter av vårdskador, där hälften inträffar i samband med operation och andra invasiva åtgärder (Socialstyrelsen, 2008). Den vanligaste bakomliggande orsaken till vårdskador i Sverige beror på bristfällig kommunikation (Socialstyrelsen, 2009). Runt om i världen påpekas det att patientsäkerheten äventyras samt att risken för att utsätta patienten för vårdskada ökar på grund av misstag i kommunikationen vid överrapporteringar mellan vårdpersonal (Botti et al., 2009; Fernandez, Tran, Johnson & Jones, 2010; Matic, Davidson & Salamonson, 2010). Socialstyrelsen (u.å.) hänvisar till en undersökning av Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) i USA, som visade att den enskilt vanligaste orsaken till vårdskador berodde på misstag i samband med kommunikation. I en liknande studie som utförts i Australien var 11 % av 30 000 vårdskador även här orsakade av kommunikationsproblem (a.a.). Patientfall har anmälts där allvarliga konsekvenser till följd av journalförväxling samt där patientuppgifter överförts mellan olika journalsystem resulterat i dödlig utgång (Socialstyrelsen, 2007). Misstagen som sker i den intraoperativa fasen följer oundvikligen med till den postoperativa fasen (Greenberg et al., 2007).

Författarna till föreliggande studie anser att problemet med överrapportering som beskrivs ovan är allvarligt och har en betydande roll i patientvården. En kontakt etablerades av författarna med ett stort sjukhus i Skåne, där det framkom att vårdpersonal på operationsavdelningen samt den tillhörande postoperativa avdelningen upplever att överrapporteringen inte alltid upplevs fungerande och uttryckte att det behövs en förbättring av överrapportering för att uppnå en säkrare vård. Med bakgrund av detta anser författarna till föreliggande studie att det förefaller relevant att genomföra en studie inom området.

Bakgrund

Den kirurgiska patienten är i hög omfattning utsatt för att drabbas av bristande överrapportering på grund av de åtskilliga moment och överlämningar som sker i den perioperativa fasen (Amato-Vealey, Barbra & Vealey, 2008). Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) har hälso- och sjukvårdspersonalen en skyldighet att upprätthålla en hög patientsäkerhet. Detta innefattar att personalen ska rapportera risker för vårdskador samt situationer som skulle kunna medföra en vårdskada (a.a.). De pre-, intra-, och postoperativa vårdlagen har specifika ansvarsområden och mål med sitt vårdande av patienten. Med en högspecialiserad vård blir den kommunikativa fasen av stor betydelse. Faktorer som snabba överrapporteringar, ökat antal patienter, effektiviseringar samt en stressig miljö är ofta orsaker till att fel och misstag uppkommer i samband med överrapporteringen. (Amato-Vealey et al, 2008)

Kommunikation

Författarna Eide & Eide (2009) belyser kommunikation i olika roller, dels tar de upp att professionell kommunikation bland annat innebär att kommunikation utövas som yrkesutövare och inte som privatpersoner. Den professionella kommunikationen bland vårdpersonal sker med kollegor och andra yrkeskategorier där samarbete främjas för att hjälpa och ge stöd. De menar att vårdpersonal kan ha olika arbetsområden och metoder men att målet är det samma, *att främja hälsa, förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt lindra lidande* som det står skrivet ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Eide & Eide (2009) hävdar att omvårdnadsorienterad kommunikation alltid strävar efter att hjälpa andra.

För att kunna bidra till en god kommunikation menar Eide & Eide (2009) att en förmåga till etisk reflektion krävs. Kommunikationsetik är en systematisk reflektion om hur vi bör kommunicera och varje individ bör ta sitt eget ansvar för att bidra till en bra kommunikation. I praktiken handlar det om varje enskild persons värderingar samt hur de uttrycker omsorg, respekt, yrkeskunskap och kvalitet (a.a.). Dessa värderingar är viktiga för att upprätthålla en god kommunikation då det krävs initiativ av respektive yrkesutövare. (a.a.; Matic et al., 2010)

Författarna Fernandez et al. (2010) skriver i sin studie att det förekom en försämrad konfliktlösning mellan sjuksköterskor samt mellan sjuksköterskor och läkare vilket tolkades bero på en dålig tvärprofessionell relation. De hävdade även att detta kunde negativt påverka sjuksköterskans profession vilket i sin tur kan påverka patientsäkerheten negativt (a.a.). Organisationen JCAHO har funnit kliniker som arbetar under förhållanden som inte upprätthåller god kommunikation. Den ineffektiva kommunikationen påverkar kliniska beslut, patientvård samt patientsäkerhet (Matic et al., 2010). I tvärprofessionella relationer samt relationer inom samma yrkeskategori är god kommunikation inte självklar (Eide & Eide, 2009). Botti et al. (2009) tar upp i sin artikel att orsaken till dålig kommunikation beror delvis på personlighet, instabilitet i vårdlagen, kulturella hierarkier och relationer mellan olika yrkesgrupper. Detta upplevde sjuksköterskor i Taiwan då de inom vårdlaget inte vågade uttrycka sin åsikt (Chang, Ma, Chiu, Lin & Lee, 2009). Eide & Eide (2009) skriver att det ofta uppkommer frågor som handlar om ansvar, insyn och yrkesmässig auktoritet. För att god vård och arbetsmiljö samt institutionens rykte ska kunna bibehållas bör varje enskild yrkesutövare ansvara för att bidra till gott samarbete samt till goda kommunikationsformer. Enligt författarna beror det på hur väl varje individ tar ett etiskt ansvar. (a.a.)

Rapport och dokumentation

Den perioperativa vården ska muntligt rapporteras och skriftligt/digitalt dokumenteras samt kritiskt utvärderas av operations-, anestesi- och den postoperativa sjuksköterskan (SEORNA, 2011; Svenska sjuksköterskeföreningen, 2007; 2012). En god dokumentationsföring av anestesiarbetet krävs för att upprätthålla en god patientsäkerhet (Zetterström, 2011). Personal inom hälso- och sjukvård är skyldiga att dokumentera i en patientjournal. Detta i enighet med patientdatalagen som fastställer att *...Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten...* (3 kap. 2§. SFS 2008:355). Betydelsen av dokumentation är av stor vikt i flera avseenden, bland annat för att undvika risken att planerade åtgärder inte blir utförda (Zetterström, 2011).

Melior och Orbit

På det aktuella sjukhuset där studien genomfördes används journalsystemet Melior samt operationsplaneringssystemet Orbit. Melior är ett journal- och dokumentationssystem som utvecklats av Siemens tillsammans med Göteborgs sjukvård 1992 (Bylander & Öqvist, 2010). Systemet har idag drygt 75 000 användare och är störst av sitt slag. Bylander & Öqvist (2010) undersökte i studie hur Melior uppfattas hos användare och förvaltare vilket visade att det fanns ett visst missnöje med att Melior inte är användarvänligt. Bylander & Öqvist (2010) menar att det finns funktionalitet i Melior men den kan vara svår att hitta samt svår att arbeta med, vilket gör att systemet inte är speciellt användbart. Det kan vara svårt att hitta information vilket många gånger skapar en irritation hos användaren och det framkom en önskan om ett system som var mer intuitivt samt att funktionaliteten bör anpassas för att vara mer användbar för det arbete som de utför (a.a.). Orbit som är ett operationsplaneringssystem ska fungera som ett stöd och effektivisera planering, informationsflödet och uppföljningen mellan olika medverkande i operationsverksamheten. Orbit ska kunna samverka med andra sjukhussystem som till exempel elektronisk journal, det ska även vara möjligt att överföra information till och från Orbit. (Every, 2013)

Standardiserad överrapportering

En effektiv överrapportering inkluderar såväl muntlig som skriftlig information med stöd av standardiserat formulär (Matic et al., 2010). Detta bekräftas även i en studie gjord av Pothler, Monteiro, Mooktiar & Shaw (2005) som jämförde överrapporterings metoder med muntlig, skriftlig och standardiserat formulär. Det visade sig att den muntliga metoden förlorade betydelsefull information jämfört med de två övriga metoderna. Det säkraste sättet visade sig vara den standardiserade formulärmetoden. Studien uppmärksammade även att felaktig data hade förmedlats vid den muntliga överrapporteringen (a.a.). För att uppnå en effektiv kommunikation menar Matic et al (2010) att en dialog med feedback tillsammans med standardiserat formulär är att föredra, samtidigt som de inblandade i kommunikationen träffas. Socialstyrelsen (2009) rekommenderar att det finns standardiserade överrapporteringsformulär i vården.

I en studie utförd i USA av Agarwal et al., (2012) gjordes en jämförelse på den befintliga verbala överrapporteringen med en ny införd strukturerad överrapporteringsprocess. Rapporteringen utfördes mellan anestesipersonal från operationsavdelningen och intensivvårdspersonal på intensivvårdsavdelningen. Den nya överrapporteringsmetoden delades upp i två steg. Initialt skulle anestesipersonalen ta kontakt med intensivvårdsavdelningen 30 minuter innan för att ge muntlig rapport med hjälp av det standardiserade överrapporterings formuläret. Följande steg innebar att anestesipersonal följde med till intensivvårdsavdelningen och gav rapport på plats, återigen efter det standardiserade överrapporteringsformuläret. Undersökningen visade att den ursprungliga metoden hade en signifikant högre andel postoperativa komplikationer de första 24 timmarna efter operation, i jämförelse med den nyinförda strukturerade överrapporteringsprocessen. De fann även en signifikant ökning av viktigt information som rapporterades till intensivvårdspersonal angående det perioperativa förloppet med den nya strukturerade överrapporteringsprocessen. (a.a.)

Det bör finnas en strävan efter att minska onödig fakta vid överrapportering och samtidigt öka betydelsefull fakta (Amato-Vealey et al, 2008). Idag finns en standardiserad kommunikationsmetod som heter SBAR, där S står för situation/problem, B står för bakgrund, A står för aktuellt tillstånd och R står för rekommendation (Wallin & Thor, 2008). SBAR används också för att rikta fokus på huvudbudskapet och på så sätt undvika att fastna i detaljer (a.a.). När alla i vårdteamet är delaktiga i vårdprocessen kan det leda till att överrapporteringen förbättrar vården av patienten (Amato-Vealey et al, 2008). Med hjälp av SBAR vet de inblandade i kommunikationen vilken struktur som används samt vilka förväntningar de kan ha på samtalet samtidigt som det uppmuntrar till dialog och övervinner hierarkier (Wallin & Thor, 2008).

Miljö

Enligt en intervjustudie av Rodmar & Thermaenius (2012) upplevde sjuksköterskorna överrapporteringsmiljön som stressig, bland annat på grund av att den perioperativa personalen behöver skynda tillbaka till sin avdelning för att förbereda nästa operation. Den postoperativa sjuksköterskan har även flertalet andra uppgifter som utförs parallellt vid

överskriften (a.a.). Den postoperativa sjuksköterskan blir ständigt avbruten i sitt arbete av andra arbetsuppgifter (Hill & Nyce, 2010). Detta bekräftas även i Smith et al. (2008) där anestesijuksköterskan vid upprepade tillfällen fick vänta på att överrapportera till den postoperativa sjuksköterskan. Det konstaterades att den postoperativa sjuksköterskan har svårigheter att hinna tillgodose sig adekvat information via datajournal angående patienten (Rodmar & Thermaenius, 2012).

Överskriften på den postoperativa avdelningen kan ske på olika platser. Sjuksköterskor i intervjustudien av Rodmar & Thermaenius (2012) berättar att rapporten äger rum så att andra patienter kan höra vad som sägs. De anser att det är bättre att erhålla rapport i ett avgränsat rum för att inte riskera att sekretessen bryts (a.a.). Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) säger bland annat att uppgifter om den enskildes hälsotillstånd inte får röjas utan tillstånd av den enskilde individen.

Perioperativ omvårdnad

Operations- och anestesijuksköterskan definieras enligt Lindwall & Von Post (2009) som den perioperativa sjuksköterskan vars intresse innebär att göra gott för patienten samt att tillsammans med patienten utveckla god vård. Det kan innebära variationer i arbetet samt förekomma snabba förändringar som arbetet för med sig. Det är av stor vikt att den perioperativa sjuksköterskan har intresse att utveckla sitt kunnande och följa den medicinska och tekniska utvecklingen samt lära sig nya tekniker. Författarna menar även att den perioperativa sjuksköterskans sysslor ska utföras smidigt med följd att inte patienten ska komma till skada. Vidare skriver författarna att kompetensen hos den perioperativa sjuksköterskan ska innefatta förmåga till reflektion, eftertanke samt självkritik. De har gemensamt ansvar att planera och utföra vårdhandlingar för patienten. Det ska finnas en önskan om att medvetet åstadkomma eller förhindra förändringar i patientens hälsa och välbefinnande. Den perioperativa sjuksköterskan bör ha ett intresse att ge sina patienter en god vård, vilket inte bara innebär tekniskt och medicinskt utan även mänskligt. Patienten ska känna att sjuksköterskan bryr sig om den som en person och inte bara som en diagnos eller operation. För att patienten ska kunna minnas sin vård och bära med den i framtiden menar Lindwall & Von Post (2009) att den perioperativa dialogen öppnar möjligheter för detta. Den

perioperativa dialogen ger den perioperativa sjuksköterskan möjlighet att samtala med patienten pre- intra- och postoperativt i samband med det kirurgiska ingreppet (a.a.). I en studie av Rudolfsson, von Post & Eriksson (2007) undersöktes uppfattning av huruvida omvårdnaden blev synlig i den perioperativa dialogen för anesthesi- och operationssjuksköterskor samt patienter. Det fram kom att sjuksköterskan kände ett större ansvar och engagemang för patienten då den perioperativa dialogen användes samtidigt som patienterna upplevde att deras tillstånd togs på allvar samt att de vågade lämna över ansvaret till sjuksköterskan. (a.a.)

Perioperativa sjuksköterskan är inte tekniker eller assistent till läkaren utan en sjuksköterska som jobbar med flera yrkeskategorier där ingen klarar sig utan den andre. Den perioperativa sjuksköterskan ska även samarbeta med sjuksköterskan på uppvakningsavdelningen genom muntlig och skriftlig rapport från operation och anesthesi. (Lindwall & von Post, 2009)

WHO:s Checklista

WHO:s globala patientsäkerhetssatsning, *Säker kirurgi räddar liv*, har utarbetat en checklista med avsikt att reducera antalet dödliga komplikationer i samband med kirurgi. Syftet med programmet var att finna viktiga säkerhetsaspekter, bristfällig anesthesi, undvikbara kirurgiskt relaterade infektioner och dålig kommunikation på operationssalen. Dessa komponenter har visat sig vara vanliga och mortala komplikationer men som är möjliga att förebygga i alla länder och på alla sjukhus (WHO, 2009). Riktlinjer för checklistan publicerades 2008 och innehöll 19 punkter uppdelad i tre delar (Haynes et al., 2009). Dessa olika delar kan modifieras och anpassas till de vårdlag som använder den så länge de grundläggande punkterna är med. Första delen består av en *sign in* som görs innan induktion av anesthesi och ska bland annat innefatta kontroll av patientens identitet, att rätt operation utförs, att operationen utförs på rätt sida av patienten, riskfaktorer under anesthesi och att pulsoximeter används. Vid den andra delen *time out* tas en kort paus precis innan incision, där alla medlemmar av operationslaget presenterar sig. De ansvariga i operationslaget går igenom om det finns väntade kritiska moment under kirurgin. Det kontrolleras bland annat att rätt antibiotikaproylax används samt att sterilitet har bekräftats. Vid den tredje och sista delen, *sign out* som genomförs innan patienten flyttas från operationssalen, kontrolleras det bland

annat vilken typ av kirurgi som genomfördes samt att antalet nålar, dukar och instrument stämmer. Checklistan bör inte ta mer än någon minut att gå igenom vid varje del samt att genomgången är verbal så att samtliga medlemmar av operationslaget hör vad som sägs. Det är också viktigt att försäkra sig om att varje medlem av operationslaget har slutfört sina uppgifter innan checklistan inleds (WHO, 2009). I en studie som utfördes av medlemmar i *Säker kirurgi räddar liv* jämfördes antalet komplikationer i samband med kirurgi samt dödsfall i samband med kirurgi före och efter införande av WHO:s checklista. I studien deltog åtta olika sjukhus från både industriländer och utvecklingsländer. Det påvisades en signifikant minskning av komplikationer i samband med kirurgi efter WHO:s införande hos samtliga samt en signifikant minskning av dödsfall i samband med kirurgi i utvecklingsländerna. Det fanns även en minskning av dödsfallen i industriländerna men denna var inte signifikant. (Haynes et al., 2009)

Syfte

Syftet med studien var att undersöka anesthesi-, operations-, och postoperativa sjuksköterskors upplevelser kring överrapportering till den postoperativa avdelningen.

Specifika frågeställningar

- Vilka erfarenheter har anesthesi-, operations-, och postoperativa sjuksköterskor av överrapporteringen idag?
- Vad skulle anesthesi-, operations-, och postoperativa sjuksköterskor vilja förbättra gällande överrapporteringen?

Metod

Studien undersökte upplevelsen kring överrapporteringen till postoperativa avdelningen vilket krävde en metod som främjade en djupare analys och som hjälpte informanterna att öppna sig och tala fritt med egna ord. För att åstadkomma detta tillämpades en kvalitativ ansats, vilket ger studien en klarare bild av upplevelsen. (Olsson & Sörensen, 2007)

Urval av undersökningsgrupp

Vid ett stort sjukhus i Skåne på en operations- samt en postoperativavdelning intervjuades fem sjuksköterskor från tre olika yrkeskategorier, anesthesi-; operations-; och postoperativa sjuksköterskor, vilket resulterade i 15 intervjuer totalt. Intervjustudien begränsades av följande inklusionskriterier nedan.

- Anestesisjuksköterska på operativa avdelningen
- Operationssjuksköterska på operativa avdelningen
- Sjuksköterska på postoperativa avdelningen

De sjuksköterskor som enbart hade administrativ tjänst, exempelvis chefer och sektionsledare, exkluderades. Av anesthesijsjuksköterskorna intervjuades fyra kvinnor och en man.

Erfarenheten av att jobba som anesthesijsjuksköterska varierade mellan ett och ett halvt år till tretton år. Under dessa år har de flesta varit anställda på den aktuella operationsavdelningen. Samtliga fem informanter bland operationssjuksköterskorna var kvinnor och erfarenheten varierade mellan två år och tjugo år. Informanterna har enbart erfarenheter av att jobba på operationsavdelningen. Bland de postoperativa sjuksköterskeinformanterna var samtliga deltagare kvinnor. Två av informanterna är roterande sjuksköterskor vilket innebär att de jobbar på Intensivvårdsavdelning (IVA) men har ett roterande schema där de är placerade på den postoperativa avdelningen under vissa perioder. Övriga tre informanter hade fast placering på postoperativa avdelningen och har även en utbildning i intensivvård sedan tidigare. Erfarenheten av att jobba på en postoperativavdelning varierade mellan fem år och trettio år.

Valt undersökningsinstrument

Kvalitativ metod skapar kategoriseringar som beskriver hur informanten uppfattar sina upplevelser. En intervjustudie är en lämplig metod enligt Polit & Beck (2006) och studien genomfördes med öppet riktade intervjuer (Lantz, 2007). Studien har en induktiv ansats då författarna vill ha möjlighet till en förutsättningslös analys av materialet (Graneheim & Lundman, 2008). Graneheim & Lundman (2003) rekommenderar *innehållsanalys* som analysmetod för kvalitativ metod. Kvalitativ innehållsanalys är ett bra instrument för att beskriva eventuella variationer i studiens resultat (Graneheim & Lundman, 2008). Därför valde författarna denna analysmetod som bör öka möjligheten att fånga variationer av upplevelserna hos de tre olika yrkeskategorierna och för att lyckas med detta ville författarna intervjua fem från varje yrkeskategori. Innehållsanalys innebär bland annat att skapa enhetliga kategorier från den genomarbetade transkriptionen. För att kunna bilda kategorier bör transkriptionerna tolkas enligt latent eller manifest innehållsanalys. Latent innehållsanalys ger en djupare förklaring av textens underliggande innehåll. Manifest innehållsanalys tolkar det synliga och tydliga komponenterna av texten. Materialet i föreliggande studie analyserades utifrån manifest innehållsanalys, vilket enligt Graneheim & Lundman (2003) är lämpligt då författarna i föreliggande studie har begränsade erfarenheter av att analysera text.

Genomförande av datainsamling

Initialt kontaktades avdelningscheferna via telefon och erhöll sedan projektplan, informationsblad samt samtyckesblankett via e-post eller i deras postfack. Efter samtycke från verksamhetschef erhöll författarna e-post adresser till de anställda på operations- och uppvakningsavdelningen som överrensstämde med inklusionskriterierna för studien. Författarna skickade därefter e-post med bifogad projektplan, informationsblad samt samtyckesblankett (bilaga 4) till de berörda sjuksköterskorna. Intervjuer bokades in efterhand som de tillfrågade anmälde sitt intresse om att få delta i studien.

En testintervju genomfördes och därefter gjorde små justeringar i intervjuguiderna (Lantz, 2007), vilket innebar att olika områden som författarna ville beröra under intervjuerna lades till. Tre olika intervjuguider (bilaga 1, 2 och 3) utformades med inspiration från Rodmar & Thermaenius (2012) studie och anpassades till de respektive yrkeskategorierna anesthesi-,

operations- och postoperativa sjuksköterska. Intervjuguiderna innehöll öppna frågor och kompletterades med öppet riktade uppföljningsfrågor (Lantz, 2007). Under intervjun användes följdfrågor som till exempel: *Kan du förtydliga? Kan du berätta mer? Hur då? På vilket sätt? Känner du till...?*. Anledningen till att tre olika intervjuguides användes beror på att informanterna inte är delaktiga på samma sätt i överrapporteringen. Intervjuguiderna fungerade som ett stöd till författarna för att få informanterna att tala öppet kring sina erfarenheter av upplevelser vid överrapportering. (a.a.)

Intervjuerna genomfördes enskilt i ett rum med stängda dörrar utan störningsmoment i antingen anslutning till eller på operationsavdelningen. Båda författarna var närvarande under intervjuerna, där en av författarna ledde intervjun medan den andre säkerställde att samma områden berördes under varje intervju. Det användes två ljudupptagnings bandspelare under intervjuerna, där inspelning startades när intervjun började och som sedan stängdes av när intervjun avslutades. Den inspelade datan förvarades så att ingen obehörig kunde ta del av materialet. Intervjulängden varierade mellan 25 och 65 minuter.

Genomförande av databearbetning

Intervjuerna lyssnades av från inspelning och transkriberades ordagrant av författarna, där författarna valde att dela upp intervjuerna sinsemellan. Transkriptionerna lästes igenom av båda författarna som sedan delades upp lika mellan författarna inför analysarbetet. Med stöd av Graneheim & Lundman (2003, 2008) påbörjades analyseringen av transkriptionerna. Vid det första steget identifierade författarna gemensamt de tre domänerna, vilket enligt Graneheim & Lundman (2008) är en grov struktur som kan identifieras med en låg grad av tolkning. De tre domänerna delades in enligt följande rubriker: *Upplevelser, Förändring* och *Påverkan på fortsatt vård*. Därefter valde författarna, med tanke på det omfattande materialet, att var för sig att urskilja meningsenheter från transkriptionerna som markerades med olika färger beroende på vilken domän de tillhörde. En meningsenhet är enligt Graneheim & Lundman (2008) en meningsbärande del av texten som genom sitt innehåll och sammanhang hör ihop. De meningsenheter som inte svarade på studiens syfte exkluderades. Meningsenheterna kondenserades för att göra innehållet mer lättarbetat och abstraherades vilket innebar att texten försågs med koder liknande en etikett som beskrev meningsenhetens innehåll. Författarna valde att skapa så många koder med meningsenhetens innehåll som

krävdes. Därefter läste författarna igenom varandras kondenserade meningsenheter och kontrollerade att ingen del av materialet från transkriptionerna som var relevant för syftet hade exkluderats. Gemensamt identifierade författarna koder med liknande innehåll och placerade dem i underkategorier. Därefter skapades huvudkategorier av sammanhörande underkategorier. För att försäkra sig om att huvudkategorierna samt underkategorierna stämde överens med transkriptionerna lästes samtliga transkriptioner igenom av båda författarna. (a.a.) Huvudkategorierna och underkategorierna sammanställdes till ett resultat som styrktes med citat från transkriptionerna. Citaten fördelades jämnt bland samtliga informanter och för att undvika att bryta konfidentialiteten valde författarna att underteckna citaten med tillhörande yrkeskategori.

Etisk avvägning

Studien erhöll ett rådgivande från vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds Universitet med diarienummer 25-13. Verksamhetschefen vid verksamhetsområdet kirurgi och anestesi erhöll en skriftlig förfrågan och signerade samtyckesblankett (bilaga 5) om tillstånd att genomföra intervjustudien.

Helsingforsdeklarationen (WMA, 2008) har under studiens gång beaktats och legat till grund för ett gott etiskt förhållningssätt gentemot studiens deltagare. Informationsblankett erhöles vid intervjun eller i samband med att tid för intervjun bokades in med information som innehöll en kort beskrivning av studien, hur lång tid intervjun skulle ta samt att ljudupptagning skulle äga rum under intervjun. Informanterna informerades om att konfidentialitet och sekretess säkerställs genom avidentifiering samt att det inspelade materialet kommer att hållas inlåst och förstöras efter examination. (WMA, 2008)

Samtyckesblanketten undertecknades av samtliga informanter som deltog i studien. Inför varje intervju berättade författarna om studiens innehåll och dess syfte. Det poängterades att sekretessen inte kommer att äventyras samt att informanten kan avbryta intervjun när som helst utan orsak och konsekvenser som följd. (WMA, 2008)

Resultat

I analysprocessen framkom fyra huvudkategorier vilka är *Bra överrapportering idag*, *Bristfällig överrapportering*, *Önskad utveckling av överrapportering* samt *Samarbete över yrkesgränserna*. Informanterna som deltagit i studien kommer att benämnas som anesthesi-, operations- och postoperativa informanter. Då respektive yrkeskategorierna nämns i allmänhet kommer de benämnas som anesthesi-, operations- och postoperativa sjuksköterskor. Den postoperativa avdelningen kommer att benämnas som postop. Tabellen nedan visar huvudkategorierna med tillhörande underkategorier.

Huvudkategori	Underkategori
Bra överrapportering idag	<i>Förbättring med WHO:s checklista</i> <i>Fungerande samarbete vid överrapportering</i> <i>Fungerande dokumentation</i>
Bristfällig överrapportering	<i>Bristande förståelse</i> <i>Oenighet kring frågor</i> <i>Störningsmoment kring överrapporteringen</i> <i>Sviktande engagemang</i> <i>Problem kring rutiner</i> <i>Bristar i dokumentation</i>
Önskad utveckling av överrapportering	<i>Engagemang och ansvar</i> <i>Förbättra rutiner</i> <i>Utöka dokumentationen</i>
Samarbete över yrkesgränserna	<i>Önskat samarbete</i> <i>Fördelar med operationssjuksköterskans delaktighet</i> <i>Omotiverat med operationssjuksköterskans delaktighet</i> <i>Svårigheter med operationssjuksköterskans delaktighet</i>

Bra överrapportering idag

Förbättring med WHO:s checklista

Det råder en positiv inställning till att WHO:s checklista med utcheckning har införts vilket anesthesi- och operationsinformerarna upplever har förbättrat överrapporteringen i samband med operation. Anestesiinformerarna uttrycker att överlag är utcheckningen en bra avstämning med operatören där de har möjlighet att ställa frågor som krävs för att få information kring ingreppet vilket har gjort det lättare att rapportera över operationsmetoden till postop. Utcheckningen upplevs som viktig för en oerfaren anesthesisjuksköterska eftersom den planerade operationsmetoden kan ändras under operationens gång vilket kan vara svårt att uppfatta.

Operationsinformatant: ...den här WHO:s checklista gjort att det blir, tycker jag en bättre rapport...//... innan kunde de va lite operatören gick ut och sen skulle man väcka då och då frågade anesthesisjuksköterskan vad har ni gjort så då fick vi dra hela vad man hade rapporterat, var alla drän låg och allt sånt där de behöver man inte på samma sätt idag för nu är det ju en utcheckning...//... sen är det oftast frågor ändå från anesthesi sen när dom har gått...

Fungerande samarbete vid överrapportering

Oftast brukar postoperativa personalen komma och möta upp när patienten kommer in på postop och hjälpa till med uppkopplingen. Samtliga postoperativa informanter samt majoriteten av anestesiinformerarna tycker att det fungerar bra då uppkopplingen utförs tillsammans innan rapporten påbörjas.

Postoperativinformatant: ... de e ju guld värt att man kopplar upp patienten tillsammans...

Merparten av anestesiinformerarna upplever att de har en bra struktur med ett inarbetat mönster i överrapporteringen med relevant information samt att den postoperativa

sjuksköterskan erhåller tillräcklig information för att kunna utföra god postoperativ vård. De postoperativa informanterna tycker också att det oftast fungera bra vid överrapporteringen och att de överlag får en fullgod rapport. En av de postoperativa informanterna är positiv till den muntliga rapporten tillsammans med anestesipappersjournalen.

De flesta av anesthesi- och postoperativa informanterna tycker om att rapportera vid patientens fotända vilket ger vissa förtjänster som att skapa sig en helhet menar informanterna.

Anestesiinformanterna ser en stor fördel att kunna visa dropp, drän, förband och andra viktiga detaljer under rapporteringen vilket även de postoperativa informanterna uppskattar. Vid de tillfällen som sekretessen måste tas extra hänsyn till talar anesthesiinformanterna tystare, pekar eller om möjligt går de undan vid överrapporteringen.

Anestesiinformant: ...jag personligen tycker om att rapportera vid fotändan. Man är hos patienten och man är...//...måste man tänka på sekretessen ...//... om där ligger patienter som är vakna eller om där sitter anhöriga och så då får man gå in i ett rum, annars tycker jag att det är bra att rapportera vid fotändan då har man översikt över patienten. Det blir liksom tydligt att nu tar ni över...

Fungerande dokumentation

Idag sker dokumentationen från operationen i anestesipappersjournalen, Orbit och Melior men denna dokumentation ser lite olika ut beroende på yrkeskategori. Anestesi- och de postoperativa informanterna använder anestesipappersjournalen som hjälp att vårda patienten vilket de tycker ger en bra överblick och sammanfattning på vad som skett under narkosen.

En anesthesiinformant uttrycker: ... *Den är genomtänkt, den är funktionell, den är implementerbar i vårt arbete...* Anestesisjuksköterskornas huvudsakliga dokumentation sker i denna anestesipappersjournal. I dagsläget är det enbart de postoperativa sjuksköterskorna som dokumenterar i Melior vid överrapportering till vårdavdelningen, vilket de postoperativa informanterna överlag tycker fungerar bättre än den muntliga överrapporteringen som användes tidigare.

Det framkommer under intervjuerna att operationsinformerarna enbart dokumenterar i Orbit vilket de överlag är nöjda med. I Orbit dokumenterar de bland annat om suturer, drän och förband när operationen är färdig.

Operationsinformant: ... *jag tycker om orbit...*

Bristfällig överrapportering

Bristande förståelse

Vid vissa tillfällen när anesthesiinformanterna kommer med patienten till postoperativa avdelningen upplever några att mottagandet inte prioriteras. De uttrycker en viss frustration när de upplever postoperativa personalen upptagna med mindre viktigare saker än att ta hand om patienten som kommer från operation.

Anesthesiinformant: ... *förr tyckte jag alltid att det var någon från postop som hjälpte till .. det sista halvåret är det nästan undantag att jag får hjälp och då kan jag ibland bli lite frustrerad ...//... nån gång blev jag så jäkla irriterad för då stod där en människa från postop med händerna i kors och gjorde ingenting, när jag kopplade upp och så fick jag be om... kan du koppla upp det här?...*

En postoperativinformant upplever att anestesisköterskorna inte alltid har förståelse för att de inte kan komma direkt och få rapport då de kan vara upptagna med en annan patient.

Anesthesiinformanterna uttrycker att de förstår att andra patienter behöver deras tid men känslan av bristande förståelse från postoperativa personalen över att de behöver komma vidare till nästa operation kan leda till irritation.

Anesthesiinformant: ... *de har säkert flera saker som dom ska göra precis samtidigt som jag kommer in med den här patienten så jag har full förståelse att det ser ut som det gör...*

De postoperativa informanterna upplever att en del anesthesisjuksköterskor ibland påbörjar sin rapport medan patienten kopplas upp vilket gör att den postoperativa sjuksköterskan inte är

helt fokuserad på vad som sägs. Det kan resultera i att rapporten sker två gånger samt att de saknar den patientöversikt som önskas.

Postoperativinformant: ... jag tror inte att det beror på elakhet eller nått sånt utan jag tror att dom narkossyrrorna förstår inte de varför de e viktigt för mig och titta på patienten först och koppla upp i lugn och ro, o dom vet ju inte vad jag har i mitt huvud att jag står och gör A till E där...

Det framkom från anesthesi- och operationsinformerarna att det uppstått irritation under rapporten då personalen på postop inte alltid har förståelse för att vissa specifika omvårdnadsåtgärder har utförts i samband med operationen som till exempel gällande urinvägskatetrar. Dessutom beskriver en anesthesiinformant upplevelsen av att ibland känna sig beskylld personligen för hur patienten mår. Även om det är små saker kan en del av personalen på postop i dessa lägen visa ett missnöje om hur patienten har vårdats.

Oenighet kring frågor

På senare tid upplever postoperativa informerarna att det blivit vanligare att de får ställa frågor till anesthesisjuksköterskan för att komplettera rapporten. När en patient har genomgått en komplicerad operation upplever vissa av anesthesiinformanterna att det är svårt att svara på en del frågor kring operationsmetoden och upplever att den postoperativa sjuksköterskan inte har förståelse för detta. Det uttrycks att då de inte är specialister inom området kan det vara svårt att svara på frågor kring specifika detaljer rörande tarmresektioner, drän och spoldropp. En del anesthesiinformanter ställer sig frågande till om detaljer kring anastomoser kan vara viktigt för att utföra bra postoperativ vård.

Anesthesiinformant: ... vi kan inte svara på exakt hur man valde att kanske flytta tarmen och fästa med nästa i anastomos och så vidare...

En mindre erfaren anesthesiinformant kan uppleva rapporten som ett förhör på grund av alla frågor som ställs. Vidare tycker generellt anesthesiinformanterna att de postoperativa sjuksköterskorna ibland kan ställa en del frågor som inte är relevanta i sammanhanget.

Anestesiinformant: ... *Här måste jag veta telefonnummer till fastrarna om det skulle vara någonting. Varför frågar man om det? Det är inte relevant i sammanhanget kan man tycka ju...//... vissa vill kanske göra det svårare i mottagandet av rapporten än vad en annan yrkeskategori skulle valt att göra, så det är ett problem ibland kan jag tycka...*

En anestesiinformant uttrycker att den roterande intensivvårdssjuksköterskan förstår helheten bättre och behöver inte ställa frågor kring små detaljer. Men det uttrycks också från några anestesiinformanter att den stationära personalen på postop har en större förståelse för vad operationsmetoden innebär för patienten än den cirkulerande personalen.

En del av anestesijuksköterskorna kan upplevas bli irriterade när det ställs frågor som de inte kan svara på medan postoperativa sjuksköterskor kan upplevas irriterade när de inte får svar på sina frågor. En postoperativinformant tror att en del anestesijuksköterskor tenderar att inte ha förståelse för vad som är viktigt gällande den postoperativa vården vilket kan bero på att de inte har erfarenhet av att jobba på vårdavdelningar före sin specialistutbildning medan en annan tror att det kan bero på osäkerhet då de inte har tagit reda på adekvat fakta rörande patienten.

Postoperativinformant: ... *vad man kan uppleva många gånger när det är osäkert i överrapporteringen så e de att dom har väldigt bråttom, har jätte bråttom till nästa operation ...//...jag tror många gånger det beror på att dom är lite osäkra att dom inte har tagit reda på vad dom ska och vill inte ha fler frågor...*

När de postoperativa informanterna inte kan ge patienten den information som behövs på postop anser de att det påverkar patientens välbefinnande. En av dem menar att patienten kan uppleva vården på postop som oengagerad och att ovissheten kan göra att oro och ångest accelererar istället för att kunna lugna med information.

Postoperativinformant: ... *antingen så hoppas man att patienten inte frågar när dom vaknar eller så säger man att jag inte kan svara på de men eftersom dom inte har sagt någonting så förmodar jag att operationen har gått bra, som planerat... men detaljerna får du ta med*

kirurg när du kommer till avdelning eller i morgonbitti för ofta så ligger dom hos oss på eftermiddagen och då är där kanske inte kirurger kvar när dom kommer till avdelningen...

En postoperativinformant tror att då personalen på postop inte har information till en patient som ställer mycket frågor, kan detta resultera i att personalen utan att riskera patientens hälsa omedvetet undviker patienten.

En del postoperativa informanter upplever när rapporten går för fort och inte är så noggrann är det lätt att glömma bort att ställa frågor som kan vara betydelsefulla. En av de postoperativa informanterna uttrycker att det kan vara svårt att vänta med frågorna tills rapporten är färdig. Anestesiinformanterna värdesätter att de får frågorna i slutet av rapporten eftersom det kan uppstå diskussioner under rapporten vilket kan rubba strukturen: *... då tappar jag min uppgjorda plan i huvudet, och då blir det inte så bra...* En anestesiinformant menar att en tydlig start och slut på rapporten är en förutsättning för att överrapporteringen ska fungera.

Störningsmoment kring överrapporteringen

En postoperativinformant tycker att det är viktigt att tänka på att det är människor vi arbetar med då det finns en risk att helheten hos patienten försvinner i samband med löpandebandprincipen och det borde vara tillåtet att låta varje patient ta sin tid. En anestesiinformant håller med och menar att det måste synas att det inte fungerar med löpandebandprincipen.

Anestesiinformant: ... Funkar inte löpandebandet som det ska då måste det ju märkas någonstans ju. Jag är den jag är och patienten jag har kan inte göra någonting annat, Har vi inte övriga kolleger som kan ta emot och förbereda nästa patient då har vi inte det, så är det. Och rapporteringen ska få ta den tiden den behöver för patientsäkerheten... Så stressad det är jag inte...

Anestesiinformanterna upplever varken sig själva eller postoperativa personalen som stressade när de är på postop för att rapportera. Däremot upplever de postoperativa informanterna att anesthesijuksköterskorna är stressade och att de så fort som möjligt vill få

rapporten överstökad. Enligt en postoperativinformant kan det bero på att de måste vidare till nästa operation eller att de har avslutat sitt arbetspass. De uttrycks också en undran hos de postoperativa informanterna att vissa anestesijuksköterskor alltid upplevs stressade medan andra alltid är lugna.

En del av de postoperativa informanterna upplever att det är stökigt att ha flera patienter runt sig och samtidigt försöka lyssna på rapporten. Någon önskar ha det lite mer ostört kring rapporten och känna mindre press och i lugn och ro kunna gå igenom och titta på patienten för att minimera risken att saker glöms bort. Både operations- och postoperativa informanter anser att sekretessen äventyras under överrapporteringen. Ett exempel är då det finns anhöriga eller vakna patienter i närheten vilket de postoperativa informanterna ibland upplever svårt att förmedla till anestesijuksköterskan.

Postoperativinformant: ... säger man till sköterskan nu har vi vakna patienter här och nu har vi nån anhörig här och det e ett meddelande att hon inte behöver prata så högt men det är dom som blir stötta av detta också, jag menar det här att det är viktigt att där kan vara patienten som ligger och slumrar men hör ändå rapporten och det kan vara väldigt....
Känsliga saker som man pratar om, så sekretessen har blivit sämre...

Sviktande engagemang

En del av de postoperativa informanterna upplever att vissa anestesijuksköterskor inte har fullt engagemang vid överrapporteringen.

Postoperativinformant: ... en del personer... //...rapporterar så där halvhjärtat...//...när man ställer en fråga, ja de vet inte jag , jag e anestesijuksköterska, ja men du kommer o rapporterar patienten och man blir sådär att dom tittar på en som om... varför skulle jag veta de... och då tänker jag varför har du den inställningen, det är du som kommer och ska berätta och leverera hela patienten...

Det framkom att anesthesiinformanterna ibland känner sig nedprioriterade av personalen på postop, när de dels får vänta på hjälp med uppkoppling och att få rapportera över sin patient.

Anestesiinformanterna beskriver en viss irritation då personal på postop visar ointresse och bara tittar på vid uppkopplingen. Ibland upplever några anestesiinformanter att de postoperativa sjuksköterskorna är ofokuserade och ibland avviker från rapporten för att utföra mindre viktiga uppgifter, vilket kan vara ett störande och tidskrävande moment.

Anestesisinformant: *...dom lyssnar med ett halvt öra.... Eller inte alls... så ringer nån där och så kallar nån och så.. //...och så kommer dom tillbaka och så måste dom gå igen... lite okoncentrerat .. jag kräver 2 minuter av deras tid och jag har också ett jobb som ska fortsätta med och det kan jag känna att det tar dom inte hänsyn till...ibland... får själv koppla upp allting fast att dom går runt där och ser ut som att dom inte har så mycket att göra..*

En operationsinformant upplever att några postoperativa sjuksköterskor är mest intresserade av läkemedel men är mer lyhörda vid komplicerade operationer. De ser inte någon vinst med att sätta sig in i patienten då de ända inom kort ska skickas vidare till vårdavdelning tror informanten.

Operationsinformant: *...dom inte är så intresserade av vad man har att säga på postop de e kanske mycket fokus kring medicinerna ...//...typ när det är läge för mig att prata ...//... då e dom inte så intresserade av vad vi har gjort då e dom så inne i sitt och... jajajaja...så det blir nog bra. Så går man igen....*

Problem kring rutiner

Det framkommer från både anestesi- och operationsinformanterna att det är ett gemensamt ansvar att ta initiativ till WHO:s utcheckning men ibland behöver operatören stoppas innan han/hon lämnar operationssalen. Det kan till och med hända att utcheckningen inte genomförs på grund av ingen tar initiativ eller att det glöms bort. En operationssjuksköterska tycker att poängen med utcheckningen går förlorad då vissa anestesisjuksköterskor bockar av sina frågor under operationen vilket gör att en officiell utcheckning inte blir av och då tas operationssjuksköterskans punkt inte upp.

Operationsinformant: ... oftast innan man kommer till den punkten att man skulle checka ut så har narkosköterska redan bockat av sina punkter ...//... Jaha.. ska.. Alltså hon har redan liksom smygfrågat istället för att ska vi checka ut nu. Men det är också personbundet...

Denna informant upplever ibland att operatören och anestesijuksköterskan för ett eget samtal efter operationen framme vid patientens huvud så att resten av operationslaget inte tar del av utcheckningen. Vid vissa tillfällen upplever några av anesthesiinformanterna att WHO:s utcheckning går för snabbt, vilket leder till att de inte hinner skriva ner allt som operatören säger. Några operationsinformanter bekräftar detta och nämner att anestesijuksköterskan kan ha en del frågor till dem i samband med detta.

De postoperativa informanterna är något oense om hur riktlinjer kring uppkoppling och rapport är upprättade. Det nämns att det finns skrivna, muntliga samt att det inte finns bestämda riktlinjer men att anestesijuksköterskan har patientansvaret tills rapporten är klar. Enligt en postoperativ informant är det bestämt att överrapporteringen inleds med att ta emot patient, koppla upp, skaffa sig utgångsstatus, en gemensam titt på patienten, ta emot rapport och därefter inskrivning samt annan administrativ hantering men att detta tyvärr inte följs. En anesthesiinformant upplever att postoperativa personalen har skapat egna rutiner utan att förmedla detta till anestesipersonalen.

En av anesthesiinformanterna brukar fråga operationssjuksköterskan om han/hon vill följa med till postop men att det upplevs som att det varken finns en rutin eller tid för att det ska vara möjligt. Generellt upplever de flesta av operationsinformanterna att de inte blir tillfrågade av anestesijuksköterskorna om att följa med och rapportera.

Enligt anesthesiinformanterna används inte SBAR utan de rapporterar utefter anestesipappersjournalen då detta är ett inarbetat mönster som fungerar bra samt att det inte finns tydliga rutiner kring överrapporteringen. De menar även att SBAR inte upplevs som tillräcklig för att få med all relevant fakta. Däremot uttrycker en anesthesiinformant att de mindre erfarna anestesijuksköterskorna hade haft nytta av att rapporterar efter en mall som SBAR.

Brister i dokumentation

De postoperativa informanterna upplever att det finns brister kring dokumentationen i anestesipappersjournalen vilket bland annat kan vara inkorrekt information, dåligt ifyllt eller slarvigt skrivit. Uppgifter som kan saknas i anestesipappersjournalen är blödning, urinmängd och vem som är operatör. Detta genererar i problem då de ska dokumentera till avdelningen.

Postoperativinformant: ... där ska vi skriva vad narkos har skrivit till oss, vad som e gjort och de e ju inte alla gånger de stämmer. Och då känns de ju inte så bra och sitta och skriva vad dom har gjort under en operation om man inte är helt säker på att de e riktigt....

Operationsinformanterna tror inte att så många läser vad de dokumenterat i Orbit och tror till exempel inte de postoperativa sjuksköterskorna tar del av vad de dokumenterat.

Anestesiinformanterna tror inte heller att personalen på postop läser i Orbit för att samla information kring patienten utan använder det för planeringens skull. Detta verifieras av postoperativa informanterna då de överlag inte använder Orbit för att ta del av information kring patienten utan mest som en hjälp för att överblicka operationsprogrammet. En postoperativinformant säger att det förmodligen finns information kring drän, katetrar och så vidare i Orbit men att det inte finns någon rutin att titta där. Eftersom dokumentationen av patientvården sker i tre olika system upplevs det som rörigt enligt en anestesiinformant. En postoperativinformant uttrycker att i dagsläget är det inte lätt att veta var information om patienten finns då anesthesisjuksköterskorna ibland skriver i Orbit och ibland inte.

Anestesiinformant påpekar att uppgifterna i Orbit inte alltid stämmer och är inte speciellt nöjda med Orbit.

Anestesiinformant: ... Jag använder inte Orbit ens. För ingen jäkel läser där ändå...

Anestesiinformant: ... när man har dragit upp läkemedel till en patient enligt Orbit så har läkaren ändrat narkosform och allt är gjort förgäves...

Önskad utveckling av överrapportering

Engagemang och ansvar

Det uttrycks en önskan från en postoperativinformant att anestesijuksköterskan ska ta större ansvar för att kunna rapportera hela patienten vilket även innefattar vad som skett under operationen. De postoperativa informanterna menar att för att kunna ge en bra rapport krävs mer engagemang från en del anestesijuksköterskor.

En anesthesiinformant tycker att engagemang har större betydelse än kunskap för hur vården av patienten utförs. Det spelar ingen roll hur lite personal eller hur stressigt det är på arbetsplatsen utan engagemang kommer patientsäkerheten att äventyras. Det uttrycks också att det är viktigt att komma ihåg att sjuksköterskan har ett omvårdnadsansvar och inte är medicinskeexpert.

Anesthesiinformant: ... *oavsett om man är undersköterska, sjuksköterska eller vidare utbildad sjuksköterska så har man inget annat än sin profession som omvårdnadsexpert och det e det de handlar om...*

Förbättra rutiner

Då det inte finns några bestämda riktlinjer men många starka viljor resulterar detta i att var och en gör på sitt sätt vid överrapporteringen anser en anesthesiinformant. Tydliga rutiner hade gjort att samtliga hade vetat vad som förväntats av dem vilket förmodligen hade genererat i mer förståelse för varandra menar en anesthesiinformant.

Anesthesiinformant: ...*bara för att en rutin finns betyder det inte ... att vi alltid måste vara rigida och hålla oss till rutinen,, utan jag känner att tack vare att rutin kan man säga att idag gör vi avkall från rutin.../!.. Det är när man inte har någon rutin .. som man plötsligt drar och sliter åt alla håll som man inte riktigt vet vad man håller på med...*

En postoperativinformant tycker också att det bör tas fram lämpliga lösningar för patientsäkerhetens skull med tydliga riktlinjer där det framgår vad som kan förväntas av varandra och för att undvika ”gnabb” mellan personal. Några anesthesiinformanter anser att det hade varit lättare att rapportera om den ansvariga postoperativa sjuksköterskan läser på patienten innan den kommer till postop då de har samma skyldigheter som anesthesisjuksköterskan att ta del av vad patienten lider av sedan tidigare.

Enlig en postoperativinformant är idealet att anestesipersonalen påbörjar uppkopplingen därefter möter den postoperativa personal upp för att hjälpa till och därefter påbörjas rapporten. En anesthesisjuksköterska ifrågasätter detta och anser att undersköterskan på postop ska koppla upp patienten då anesthesisjuksköterskan rapporterar och därefter finns det tid för att gå igenom detaljer och ställa frågor.

De postoperativa informanterna tycker att SBAR är ett bra instrument för att undvika att något missas i den muntliga rapporten. En operationsinformant önskar att SBAR används när de är med och rapporterar på grund av att de vill hitta ett system för vem som ska säga vad under rapporten.

En anesthesiinformant tycker att det inte alltid finns tid till att utvärdera nya arbetsmönster vilket kan resultera i att dåliga arbetsmönster hänger kvar medan de som blir bra missas. Informanten tycker istället att fokus ska ligga på att hitta ett arbetsmönster som fungerar och ger personalen arbetsro.

Utöka dokumentationen

En postoperativinformant uttrycker en önskan om att det borde finnas en rutin som innebär att alla dokumenterar på samma ställe vilket skulle göra information mer lättillgänglig. En operationsinformant tycker det är anmärkningsvärt att de inte dokumenterar någon annanstans än i Orbit då det inte är en journalhandling. En postoperativinformant menar att det finns reglerat i socialstyrelsens föreskrifter att dokumentation ska förekomma i patientjournalen och inte i Orbit som är ett operationsprogram, vilket inte görs av alla yrkeskategorier idag. Informanten anser att det inte är upp till var och en att tycka vad som är bäst.

Postoperativinformant: ... de e ju redan så att socialstyrelsen föreskriver att var och en personalkategori ska dokumentera sitt men det görs inte, ...av någon outgrundlig anledning, för egentligen e de ju så att.. narkos och operation ska ju skriva....

Majoriteten av operations- och postoperativa informanterna tycker att det ska påbörjas en anteckning inne på operation i Melior som sedan fylls på av de postoperativa sjuksköterskorna. Några av de postoperativa informanterna menar att det inte är deras uppgift att dokumentera vad som skett under operationen samtidigt som det är en risk att en del information försvinner till avdelningen om inte operations- och anestesisjuksköterskorna dokumenterar sina delar i Melior. Detta skulle också innebära att vårdavdelningarna skulle kunna ta del av information i ett tidigare skede. En operationsinformant nämner att information från operation förmodligen skulle bli mer komplett för vårdavdelningen om anesthesi- och operationssjuksköterskorna skrev var sin anteckning i Melior. Sekretess är ytterligare ett argument för skriftlig dokumentation enligt en postoperativ informant.

En anesthesiinformant tror att de behöver dokumentera i Melior men är tveksam till detta då det förmodligen inte skulle finnas tid under de mer komplicerade operationerna. Det framkommer också en viss tveksamhet från en postoperativinformant huruvida de kommer ha tid att läsa vad som dokumenteras i Melior. En risk med anteckning i Melior kan vara att den fungerar som ett komplement till att operationssjuksköterskan följer med vid överrapporteringen uttrycker en operationsinformant.

Operationsinformant: ... så tror jag att melior hade varit bra....tillägg...//...de hade faktiskt varit bra men då förlorar man också den här personliga kontakten....

Samarbete över yrkesgränserna

Önskat samarbete

En operationsinformant tror att det hade varit positivt om de postoperativa sjuksköterskorna hade kommit in och hospiterat på operation för att få en större förståelse för hur de jobbar. Detta framkommer också hos en del av de postoperativa informanterna att det skulle bli en annan förståelse om de olika professionerna skulle hospitera hos varandra för att se hur det går till.

Postoperativinformant: ... nån som började som ny som anestesijuksköterska ...//...kom in och frågade själv om hon kunde få gå hos oss i ett par dagar... //... de va ju jättebra och jag tror att hon fick en annan syn på vad vi gjorde...//...En annan förståelse på något vis jag ... //... vi borde allihopa gå en liten stund över och se vad vi gör...

En anesthesiinformant tror att för att få ett förbättrat samarbetet med postoperativa personalen behöver de upprätta bättre kommunikation mellan varandra vilket även hade underlättat för de nya anestesijuksköterskorna för att de ska veta vad som är viktigt att rapportera över till postop.

Det framkom under intervjuerna att det har varit en del diskussioner på operationsavdelningen om operationssjuksköterskorna ska vara med vid överrapporteringen till postop. Samtliga tre yrkeskategorier anser att operationssjuksköterskan kan delta i överrapporteringen vid de längre och mer de komplicerade operationerna men det råder delade meningar om det behöver vara en rutin. I dagsläget följer en del av operationsinformanterna med in till postop i samband med att det uppstått frågor eller problem gällande drän, förband, spoldropp och katetrar samt att vissa väljer att följa med vid komplicerade operationer. En av operationsinformanterna berättar att hon brukar försöka följa med in på postop för att rapportera oavsett operationsmetod.

Operationsinformant: ... Jag följer ju med ut och rapporterar...//...om man ska få hela bilden, så är det viktigt att operationssjuksköterskan följer med...

Fördelar med operationssjuksköterskans delaktighet

Samtliga operationsinformerarna vill delta i överrapporteringen på postop vilket de tror skulle resultera i mer delaktighet i patientvården, roligare jobb, ökning av deras status samt att den som skulle gynnas mest är patienten. Några anestesiiinformanter tror att operationssjuksköterskorna skulle känna sig mer delaktiga i patientvården om de fick vara med i överrapporteringen. Fler argument från anestesiiinformanterna var att det kan vara viktigare att ha kunskap om operationen än om utförandet av anestesin för den postoperativa vården, dels att det känns konstigt att rapportera någon annans ansvarsområde samt att operation- och anesthesisjuksköterskor har ett gemensamt omvårdnadsansvar. Både anesthesi- och operationsinformerare tror det skulle kännas tryggare med två som rapporterar över patienten. Det skulle också bidra till ökad vi-känsla och de skulle vinna på att se varandra som personer och inte funktioner samt att det borde finnas en vilja att våga se över gränserna.

Operationsinformant: ... vara en resurs där och man är ju faktiskt sjuksköterska... att man hjälps åt mera över gränserna ...

En operationsinformant nämner att delaktighet i överrapporteringen ger möjlighet att lära känna personalen på postop vilket hade varit trevligt då de numera tillhör samma klinik. Några anestesiiinformanter tror att det även kan fungera som ett inlärningsfall vilket skulle öka deras och de postoperativa informanternas kompetens och förståelse för framtida operationer.

Omotiverat med operationssjuksköterskans delaktighet

De postoperativa informanterna kunde inte se att det skulle förbättra rapporten med operationssjuksköterskan medverkan. En av de postoperativa informanterna tror inte att operationssjuksköterskan skulle tillföra så mycket kring de postoperativa ordinationerna som till exempel mobilisering. Däremot skulle de kunna bidra med information kring förband, drän och operationsmetod. En postoperativinformant föreslår istället att det borde ske en avstämning innan patienten lämnar operationssalen så att anesthesisjuksköterskan kan

rapportera hela patienten. Det finns anesthesisjuksköterskor som varken vill eller behöver hjälp med överrapporteringen enligt en operationsinformant.

Operationsinformant: *...jag tror inte det är för att vill låta mig få tid över jag tror att dom ser det som att jag har en arbetsuppgift och detta är en arbetsuppgift som är deras...*

Två erfarna anesthesiinformanter tycker inte att det är givande att operationssjuksköterskan följer med och upplever att de inte har något att tillägga i rapporten. En åsikt var att operatören skulle bidra med mer i rapporten vilket även en operationsinformant kunde se en fördel med för att undvika onödiga telefonsamtal från postop. En av anesthesiinformanterna anser att det är viktigt att varje individs kompetens kommer till nytta på rätt plats.

Anesthesiinformant: *... jag tycker att det är viktigt att se vart ... till vems nytta, att ens kompetens verkligen kommer till nytta på rätt plats och rätt tid, det är onödigt att ha op-systemen om det inte behövs...*

Svårigheter med operationssjuksköterskans delaktighet

Det finns varken tid, personal eller rutin för att operationssjuksköterskan ska följa med till postop berättar operationsinformanterna. En anesthesiinformant tror att det förmodligen inte är så lätt att bara ta med sig operationssjuksköterskan utan att det skulle krävas ett gediget jobb för att genomföra detta. Samtliga operationsinformanter tror att det måste ske förändringar i deras arbetsmönster, för att de ska kunna vara delaktiga i överrapporteringen och att det idag kan vara svårt att genomföra. Det som hindrar kan bland annat vara att arbetsplatsen är för stor och att det finns en del operationssjuksköterskor som har en negativ inställning eftersom överrapporteringen är ytterligare en uppgift som de ska hinna med. En av operationsinformanterna tror att det är viktigt att sektionsledare och chefer är involverade så att besluten kommer uppifrån. En operationsinformant är förvånad över att personal på operation har så svårt att tänka i nya banor och drar parallellen till att det finns oerhört mycket kreativitet när en patient ska läggas upp på operationsbordet.

Operationsinformant: ... *om man inte kontinuerligt gör förbättringsarbete så upphör man faktiskt vara bra tillslut...*

En operationsinformant som jobbat många år på samma avdelning berättar att det vid flera tillfällen varit på tal att förändra rapporten men inget har hänt, då det alltid har fallerat på bristande bemanning. Det framkommer från anesthesi- och operationsinformanter att operationssjuksköterskan förmodligen kommer känna sig stressad under överrapporteringen på grund av förberedelse inför nästa operation. Ofta är anestesipersonalen bättre bemannade än operationspersonalen vilket gör att de har möjlighet till snabbare patientbyten mellan operationerna uttrycker några anesthesi- och operationsinformanter. Det tre yrkekategorierna är överrens om att krävs mer personal för att upprätthålla patientsäkerheten.

Anestesiinformant:*om vi ska göra det här patientsäkert så kanske vi behöver ha mer personal....det är ändå människor vi arbetar med. Det är det! Det är inte bilar som man pratar om, toyota och så vidare....det handlar om människor...*

Diskussion

Diskussion av vald metod

I föreliggande studie valdes ämnet efter att kontakt tagits med operationsavdelningen där det hade uppmärksammats att det förekom problem i överrapporteringen. Det hade tidigare funnits intresse att genomföra förändringar men det har inte kunnat påbörjas av olika anledningar. Författarna valde därför att undersöka sjuksköterskornas upplevelse av överrapporteringen för att eventuellt kunna konkretisera vilka svårigheter och möjligheter som finns. Valet av forskningsmetod föll således på en kvalitativ ansats då författarna ville på ett induktivt förhållningssätt skapa sig en bild av hur sjuksköterskorna uppfattar överrapporteringen (Olsson & Sörensson, 2007). Genom att utföra intervjuer kunde studiens syfte besvaras. Båda författarna har erfarenhet av sjukvård och specialiserar sig inom operations- och anesthesisjukvård vilket medför en att de har en viss förförståelse inom ämnet. Efter att ämnets valts och kontakt etablerats med den aktuella operations- och postoperativa

avdelningen tilldelades båda författarna praktikplats på operationsavdelningen, vilket författarna är medvetna om kan skapa en viss förståelse i ämnet. För att undvika att förståelsen skulle påverka studien, diskuterades det mellan författarna och handledaren vilket troligtvis skapades en medvetenhet kring detta, (Granheim & Lundman, 2003).

Granheim & Lundman (2008) skriver om resultatets *trovärdighet* och hur det förstärks av olika moment under studiens gång. De menar att trovärdigheten ökar om betydelsen av begreppen *giltighet, tillförlitlighet* och *överförbarhet* tas i handling. (a.a.)

Giltigheten i studien ger sig till känna genom att urvalet väl har beskrivits i metoddelen samt att författarna anser att resultatet svarar väl på studiens syfte. Att författarna valde så många som 15 informanter för studien ökade möjligheten för en bred variation av olika upplevelser kring överrapporteringen (Granheim & Lundman, 2003).

Då överrapporteringen involveras av tre olika sjuksköterskekatégorier valde författarna att representera varje yrkeskategori med lika antal informanter. Det förekom inga svårigheter att få ihop antalet informanter då personalen visade ett stort intresse i ämnet. Författarna valde att båda närvara vid intervjuerna för att med hjälp av varandra försäkra sig om att samtliga områden under intervjun berördes, vilket ger en större trovärdighet för variationerna av informanternas upplevelser.

Förutom giltigheten ökar även resultatets tillförlitlighet om analysprocessen beskrivs noggrant. Båda författarna har läst igenom samtliga transkriptioner. Då materialet var av omfattande storlek valde författarna att var för sig påbörja analysen av transkriptionerna vilket innebar att kondensera meningsenheter och lyfta ut dem som var relevanta för syftet. Därefter kontrollerades samtliga analyser av båda författarna för att utesluta att viktiga meningsenheter exkluderats. Efter analysarbetet slutförts kontrollerade författarna att underkategorier och kategoriers innebörd stämde överrens med den ursprungliga texten (Granheim & Lundman, 2003).

Något som inte gjorts i analysprocessen är att någon utomstående har granskat analyserna, vilket kan minska resultatets trovärdighet. Däremot har författarna noggrant kontrollerat varandras analyser som beskrivits i metoddelen och diskussioner har förts vid oklarheter

vilket ökar tillförlitligheten. Granheim & Lundman (2008) diskuterar om det är meningsfullt att utföra analysgranskningen och tycker att det borde vara någon som är insatt i ämnet som gör denna granskning av koder och kategorier. För att stärka resultatet på analysen har citat från yrkeskategorierna redovisats i resultatdelen. Det kan ses som en svaghet att författarna valt att var för sig utföra en del av analysarbetet, men då författarna var noga med att läsa igenom varandras texter samt diskutera då det fanns tveksamheter kring meningsenheternas relation till syfte menar författarna att detta inte bidraget till att försämra studiens resultat. Eftersom transkriptionerna har bearbetats enligt en manifestinnehållsanalys har författarna valt att inte skapa teman vilket görs i den latenta innehållsanalysen (Granheim & Lundman, 2008).

Studiens urval bestod av både erfarna och mindre erfarna sjuksköterskor. De flesta hade jobbat hela sin yrkeskarriär och utvecklat sin erfarenhet på avdelningarna. Författarna menar att det är möjligt att samma upplevelser existerar på andra operations- och postoperativa avdelningar då dagen brist på personal och stress är vanligt (Rodmar & Thermaenius, 2012) vilket kan leda till att samma situationer som till exempel om oenighet kring frågor eller brist på förståelse uppstår. Med tanke på att människan är en komplex varelse samt kommunikation och personlighet påverkar hur vi uppfattar varandra (Eide & Eide, 2009) är det nog inte omöjligt att samma problem uppstår på andra avdelningar där människan ska försöka samarbeta. Överförbarheten i studien kan möjligen kopplas till vilken operations- och postoperativavdelning eller arbetsplats som helst där människor och kommunikation är en förutsättning att arbetet blir utfört.

Diskussion av framtaget resultat

Intentionen med studien var att öka medvetenheten kring betydelsen av överrapportering för att eventuellt bidra till ökad patientsäkerhet samt minska lidande och vårdskador. Då studien genomfördes på en avdelning där det sedan tidigare var känt att det fanns en problematik kring överrapporteringen till postop, hade författarna en ambition att undersöka sjuksköterskornas upplevelser kring överrapporteringen samt eventuellt finna brister och dess orsaker som kan leda till en effektivare och säkrare överrapportering i framtiden.

Resultatet har redovisat utifrån tre yrkeskategoriers åsikter om överrapportering, då författarna ville fånga variationer av eventuell problematik. Inledningsvis tar författarna upp hur sjuksköterskorna upplever överrapporteringen idag och det visade sig att de generellt fungerar bra och att de för det mesta har ett bra samarbete.

Resultatet visade även att det fanns brister i olika sammanhang och vad de beror på. Vid brister i överrapporteringen tror författarna att det kan bero på dålig kommunikation, trots att många informanter inte nämner kommunikation som en felande länk. Någon informant nämner att det är viktigt med rak kommunikation för att undvika missförstånd och för att lättare kunna återkoppla till varandra då fel uppstår. Edie & Eide (2009) menar att varje individ har ett eget ansvar för en bra kommunikation vilket bland annat handlar om hur varje enskild person värderar samt uttrycker omsorg och respekt. Däremot nämner många informanter faktorer som enligt Eide & Eide (2009) påverkar kommunikationen vilka bland annat var bristande förståelse och engagemang, missförstånd mellan yrkeskategorierna samt enskilda individer. Det framkom att när det brister i överrapporteringen uppfattas det som om det finns gammalt groll som utlöser irritationer sinsemellan. Författarnas spekulationer bekräftas av en studie gjord av Botti et al (2009) som fann att orsaken till dålig kommunikation bland annat berodde på personlighet, instabilitet i vårdlagen samt relationer mellan olika yrkeskategorier. Fernandez et al (2010) menar att försämrad konfliktlösning kan beror på dålig tvärprofessionell relation. Författarna reagerade under intervjuerna på att de olika yrkeskategorierna visade en bristande förståelse för varandra och hur informanterna reagerade som de gjorde i olika situationer. Det framkom ofta undringar varför de blev bemötta som de blev av den andra yrkeskategorin samt en oförståelse kring frågor och irritation. I föreliggande studie uttrycks det att personalen på operation och UVA inte känner varandra trots att de är en klinik. Eide & Eide (2009) menar att varje enskild individ har ett ansvar att ta initiativ för att bidra till att samarbete i en grupp ska fungera. För att förbättra överrapporteringen tror en del informanter att det hade varit fördelaktigt att de hade hospiterats hos varandra för att kanske skapa sig en större förståelse för varför det ser ut som det gör idag. Detta borde även öka förståelsen för varför de olika yrkeskategorierna har vissa förväntningar och krav på den andre, då det vid flertalet tillfällen tenderar att de inte alltid vet vad som förväntas av varandra. Detta kan bland annat handla om oenighet kring frågor och varför en del specifika omvårdnadsåtgärder har utförts eller inte har utförts.

Det påtalas i resultatet att sjuksköterskan oavsett omvårdnadsområde bör ha ett genuint engagemang för patienten för att upprätthålla patientsäkerheten. Finns det inget engagemang har det ingen betydelse hur mycket personal och resurser som finns för omvårdnaden av patienten riskerar ändå att bli lidande. Lindwall & von Post (2008) menar att för att få en säker och professionell vård för patienten är det viktigt att vårdarna visar respekt för varandra och varandras arbetsuppgifter och att ingens arbetsuppgift får förringas. Då hänsyn visas gentemot varandra leder detta till en atmosfär som visar respekt för människan vilket gör att samtliga inblandade i vårdlaget kan kommunicera fritt med varandra. (Lindwall & von Post, 2008). ICN skriver i den fjärde kodens område som handlar om sjuksköterskan och medarbetare att sjuksköterskan ska handla för ett gott samarbete med sina kollegor (Svenska sjuksköterskeföreningen, 2007). Det har lyfts mycket kring vikten av engagemang i patientvården men författarna reflekterar över att engagemanget mot sina medarbetare är minst lika viktigt vilket skulle främja till utveckling av vården och god patientsäkerhet.

Det förespråkas ett bättre samarbete mellan operations- och anestesijuksköterskor i Salvages (2012) studie vilket förmodligen skulle möjliggöras om de jobbade med patienten tillsammans. Ett samarbete över yrkesgränserna är något som en del operations- och anesthesiinformanter i föreliggande studie ser som en viktig del för att förbättra överrapporteringen och säkerheten kring patienten. Det uttrycks att det är viktigt att våga och vilja se över yrkesgränserna för att kunna ta del av varandras kompetens på bästa sätt. En del av resultatet kretsade kring om operationssjuksköterskan skulle vara delaktig eller inte i överrapporteringen. Salvage (2012) nämner att operationsinformanterna i hennes studie hyser förhoppningar om att operationssjuksköterskorna ska bli mer synliga i omvårdnadsarbete kring patienten. Detta torde generera i ökad säkerhet för patienten samt förbättra profession och status för operationssjuksköterskan. I föreliggande studie uttrycker operationsinformanterna att de har en önskan om att bli mer delaktiga i överrapporteringen och på så sätt få en större delaktighet i patientvården. Informanterna uttrycker att detta bör sannolikt bidra till ett roligare jobb, förbättra statusen för deras yrke samt kommer att gagna patienten. Det uttrycks även från anesthesiinformanter att operationssjuksköterskan borde få en större delaktighet i överrapporteringen dels för att göra dem mer synliga men även för att anestesijuksköterskorna behöver deras hjälp i överrapporteringen. Åsikter som också delgavs från anesthesiinformanterna var att det är viktigare att se till vad organisationen kräver och att

istället se var kompetens bäst kommer till nytta. Det påpekas i detta sammanhang att överrapporteringen sannolikt inte kommer bli bättre med operationssjuksköterskans deltagande utan detta är något som anestesijuksköterskan själv ska klara av. Detta är en åsikt som även framkommer hos en del av de postoperativa informanterna som anser att anestesijuksköterskan ska klara av att rapportera hela patienten och det spekuleras i att operationssjuksköterskan inte kan bidra med mer information som gagnar den postoperativa vården. Här förespråkas istället att operatören borde ta del i överrapporteringen på postop då de förmodligen skulle kunna bidra med information som är viktig för den postoperativa vården.

I dagens operations- och anesthesiutbildningen undervisas perioperativ vårdteori men i praktiken fungerar det inte då glappet ter sig vara för stort mellan teori och praktik där operationsverksamheterna idag inte klarar av dessa förändringar (Salvage, 2012). Författarna tror att operationssjuksköterskans delaktighet i överrapporteringen kan innebära att operationssjuksköterskan ska få ta större del i patientvården utan att för stora omorganisationer behöver genomföras på den aktuella operationsavdelningen. Detta tror författarna kan vara ett steg i rätt riktning mot att kunna fullständigt utföra den perioperativa omvårdnad som beskrivs av Lindvall & von Post (2008) i studiens bakgrund.

Det finns ett visst missnöje med hur dokumentationen kring överrapporteringen ser ut idag. Det framkommer att samtliga tre yrkeskategorier använder Orbit men att detta sker på olika vis. Det framkom bland annat att de postoperativa informanterna överlag inte läser kring utförda omvårdnadsåtgärder i Orbit och att en del inte ens visste att operationssjuksköterskorna dokumenterade där. Några informanter reagerade på att operationssjuksköterskan inte dokumenterade i journalhandling utan enbart i Orbit som är ett planeringsprogram för operationer (Every, 2013). Patientdatalagen säger att ...*Vid vård av patienter ska det föras patientjournal...*(3 kap. 1§. SFS 2008:355), vilket bland annat gäller legitimerad vårdpersonal (3 kap. 3§. SFS 2008:355). De postoperativa informanterna är inte nöjda med att de behöver dokumentera det någon annan har gjort med patienten. Något som föreslås från både operations- och postoperativa informanter är att en anteckning ska påbörjas i Melior inne på operationssalen där både anesthesi- och operationssjuksköterskor dokumenterar. Det nämns i resultatet att egentligen har vårdpersonalen inte rätt att tycka om vart de ska dokumentera då det regleras av föreskrifter och lagar.

Något som upplevs ha förbättrat överrapporteringen är utcheckningen i WHO:s checklista. Det påtalas dock att det finns brister när den genomförs vilket en operationsinformatant tror beror på att avstämningen efter operationen blir ett enskilt samtal mellan operatör och anestesijuksköterska. Detta medför att resten av operationslaget inte får ta del av den information som operatören förmedlar vilket är enligt WHO (2009) är viktigt del av checklistans syfte.

Det uttrycks från samtliga informanter att det ska finnas tillräckligt med tid till varje patient och att det är viktigt att inte dras med i den så kallade löpandebandprincipen. En del av informanterna uttrycker att de inte känner någon stress medan andra tycker det är svårt att hinna med på grund av det höga tempo som finns på avdelningen. Enligt Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis & Kaprinis (2002) är sjukvårdspersonal världen över mer utsatta för stress än andra yrkesprofessioner. Känslan av att inte få någon ro i sitt arbete utan ständigt vara utsatt för omorganisationer är inte bara något som framkommer i föreliggande studie utan detta nämns även i en studie från Taiwan av Su, Boore, Jenkins, Liu & Yang (2008). Det framkommer också i studien att det sker indragning på sjuksköterskepersonal på grund av besparingar vilket leder till ett minskat antal sjuksköterskor som ska vårda kritiskt sjuka patienter. Många informanter i föreliggande studien tror att det krävs mer personal för att kunna upprätthålla patientsäkerheten och uttrycker samtidigt behovet av tydliga riktlinjer för att kunna utföra ett bra jobb. I artikeln, *Clinical human factors: the need to speak up to improve patient safety*, skriven i England lyfter två författare en tragisk händelse vilket resulterade i att kvinna dog under en operation på grund av en misslyckad intubation (Reid & Bromiley, 2012). Författarna har granskat den oberoende utredning som gjordes i det aktuella fallet vilket visar att faktorer så som stress, bristen på samarbete, brist på ledarskap och omedvetenheten vad som egentligen pågick kan ha varit orsaker till dödsfallet. I artikeln drar författarna parallellen till säkerhetsarbete inom flyget som efter olyckor ständigt genomgår omfattande förbättringsarbeten. Det betonas att alla som idag är inblandade i situationer kan göra sin åsikt hörd oavsett yrke. Författarna menar att det inom sjukvården inte sker samma utveckling, fortfarande finns det sjuksköterskor som inte vågar eller kan göra sin åsikt hörd i samband med situationer som kan äventyra patientsäkerheten. Författarna valde att ta upp denna artikel för att poängtera att utvecklingsarbeten bör vara ständigt närvarande inom sjukvården och att alla inom arbetslaget ska få göra sin åsikt hörd. Situationen som nämns i

ovanstående artikel är troligtvis sällsynt men flertalet studier påtalar att det ständigt sker misstag i kommunikationen i samband med överrapporteringen från operation världen över som äventyrar patientsäkerheten (Botti et al., 2009; Fernandez, Tran, Johnson & Jones, 2010; Matic, Davidson & Salamonson, 2010).

Konklusion och Implikation

I föreliggande studie har det beskrivits när överrapporteringen upplevdes som bra och när det inte fungerade som det skulle kunde det bland annat bero på bristande förståelse, sviktande engagemang och otydliga rutiner. Det framkom även att de ville utveckla överrapporteringen vilket yttrade sig i en önskan om ett ökat engagemang och ansvar kring patienten, förbättrade rutiner, utökad dokumentation. Det lyfts även en önskan om ett förbättrat samarbete över yrkesgränserna där det bland annat föreslogs att operationssjuksköterskan skulle bli mer delaktiga i överrapporteringen till postop.

Författarna har under studiens gång reflekterat över olika förhållningssätt som informanterna idkar mot varandra. Medvetenheten kring hur kommunikationen spelar in i patientsäkerheten uppdagas inte bara av flertalet studier utan även författarna till studien som anar hur lätt det är med misstag och missförstånd. Studien har utförts på en operations-, och en postoperativavdelning där det också fanns önsknings om förändringar. Författarnas förhoppning är att personalen tar tillvara på redovisat resultat för att lättare förstå vad kollegorna upplever och kanske för att till och med utföra en del förändringar för att förbättra överrapporteringen.

Referenser

- Agarwal, H. S., Saville, B. R., Slayton, J. M., Donahue, B.S., Daves, S., Christian, C.,G., Bichell, D. P. & Harris, Z.L., (2012). Standardized postoperative handover process improves outcomes in the intensive care unit: A model for operational sustainability and improved team performance. *Critical Care Medicine*, 40(7) 2109-2115
- Amato-Vealey, E., J., Barba, M. P. & Vealey, R., J. (2008). Hand-off communication: A requisite for perioperative patient safety. *Aorn Journal*, 88 (5), 763-774.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser (2:a uppl.)*, Lund: Studentlitteratur
- Botti, M., Bucknall, T., Cameron, P., Johnstone, M-J., Redley, B., Evans, S. & Jeffcott, S. (2009). Examining communication and team performance during clinical handover in a complex environment: the private sector post-anaesthetic care unit. *MJA*, 190 (11), 157-160.
- Bylander, N & Öqvist G. (2010) *Melior journalsystem- ur användarna och förvaltarnas perspektiv*. Kandidatuppsats, Lunds universitet, Lund. Hämtad 8 april, 2013, från <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=1623615&fileOid=1659184>.
- Chang, W.Y., Ma, J.C., Chiu, H.T., Chiu, H.T., Lin, K.C. & Lee, P.H. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1946-1955.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation – relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Every (2013). *Orbit – planering och uppföljning vid operation*. Hämtad 8 april, 2013 från <http://www.orbitsupport.se/>
- Fernandez, R., Tran, D.T., Johnson, M. & Jones, S. (2010). Interdisciplinary communication in general medical and surgical wards using two different models of nursing care delivery. *Journal of Nursing Management*, 18, 265-274.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Greenberg, C. C., Regenbogen, S.E., Studdert, D. M., Lipsitz, S. R., Rodgers S.O. & Zinner, M. J. (2007). Patterns of communications breakdowns resulting in injury to surgical patients. *The American College of Surgeons*, 204 (4), 533-540.

- Hanyes, A., B., Weiser, T., G., Berry, W., R., Lipsitz, S., R., Breizat, A-H., S., Patchen Dellinger, E., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., L., Lapitan, M., C., M., Merry, A., F., Moorthy, K., Reznick, R., K., Taylor, B & Gawande, A., A., (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499.
- Hill, W. & Nyce, J., (2010). Human factors in Clinical Shift Handover Communication. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*. 46 (1), 44-51.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Kaprinis, S. & Kaprinis, G., (2002). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(2003), 209-221.
- Landén, M. (2011). *Elektroniska referenser enligt APA-systemet*, Lund: Medicinska Fakultetens bibliotek. Hämtad 20 november, 2012, från http://www.mfb.medfak.lu.se/Elektroniska_referenser.pdf
- Lantz, A., (2007). *Intervjumetodik*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lindwall, L & Von Post, I., (2009). *Perioperativ vård –att förena teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Matic, J., Davidson, P., M. & Salamonson, Y. (2010). Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 184-189.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen –kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2:a uppl.). Stockholm: Liber.
- Polit, D. F., & Beck, C., T. (2006). *Essentials of nursing research –methods, appraisal and utilization*. (6:e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilking.
- Pothier, D., Monterio, P., Mooktiar, M., & Shaw, A. (2005). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing*, 14(20) 1090-1093.
- Reid, J. & Bromiley M., (2012) Clinical human factors: the need to speak up to improve patient safety. *Nursing Standard*, 26(35), 35-40.
- Rodmar, C., J. & Thermaenius, K., (2012). *Överrapportering I perioperativ miljö – en intervjustudie*. Examensarbete, Röda korsets högskola, Stockholm. Hämtad 18 november, 2012, från <http://rkh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:539106>
- Rudolfsson, G., von Post, I. & Eriksson, K., (2007). The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 905-915.

- Salvage, E., (2012). *Vårdenhetschefers och sektionssledares uppfattningar om operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnadsarbete samt införande av denna arbetsmetod*. Examensarbete avancerad nivå, Högskolan i Gävle avdelning för hälso- och vårdvetenskap, Gävle. Hämtad 18 november, 2012, från <http://hig.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:507337>
- SEORNA (2011). Kompetensbeskrivning För legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård. Hämtad 14 januari 2013, från <http://www.seorna.com/kompetensbeskrivning.aspx>
- SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 15 januari 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 16 januari 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
- SFS 2009:400. *Offentlighet- och sekretesslag*, Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 17 januari, 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla_sfs-2009-400/#K25
- Smith, A. F., Pope, C., Goodwin, D. & Mort, M. (2008). Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *British Journal of Anaesthesia*, 101 (3), 332-337
- Socialstyrelsen (u.å.). *Informationsöverföring och kommunikation*. Hämtad 14 januari, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>
- Socialstyrelsen (2007). *Patient behandlades utifrån fel journal – avled*. Hämtad 14 januari, 2013, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9014/2007-109-7_20071097.pdf
- Socialstyrelsen (2008). *Patientsäkerhet – tema vårdskador*. Hämtad 14 januari, 2013, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8780/2008-126-36_200812637.pdf
- Socialstyrelsen (2009). *Verktyg för säker kommunikation i vården*. Hämtad 14 januari, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/kommunicera>
- Su, S-F., Boore, J., Jenkins, M., Liu, P-E. & Yang, M-J. (2008). Nurses' perceptions of environmental pressures in relation to their occupational stress. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3172-3180

- Svenska sjuksköterskeföreningen, (2007) ICN:s *Etiska kod för sjuksköterskor*, Hämtad 14 januari 2013, från
<http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Svenska sjuksköterskeföreningen, (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med Specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård*, Hämtad 14 januari 2013, från
<http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/kompanestesiWEBB.pdf>
- Thorsén, H (2008). Makt och etik i vårdarbetet. I. R. Stål (Red.). *Vårdkommunikation i teori och praktik* (s.65-88). (första upplaga) Lund: Studentlitteratur.
- Wallin, C-J. & Thor, J. (2008). SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, 26-27 (105), 1922-1925.
- WHO, (2009). *World Alliance for Patient Safety :WHO Guidelines for Safe Surgery* (First Edition) Hämtad 21 mars 2013 från
<http://gawande.com/documents/WHOGuidelinesforSafeSurgery.pdf>
- WMA, (2008). *World Medical Association Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 29 maj 2013 från
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
- Zetterström, H. (2011). Dokumentation. (s. 189-195). Halldin, M., A., B. & Lindahl, S., G., E. *Anestesi*. Stockholm: Liber AB

Intervjuguide Anestesisjuksköterskor

Frågorna kommer att följas upp med öppna följdfrågor för täcka de specifika frågeställningarna.

Ålder?

Arbetslivserfarenhet som anestesisjuksköterska?

Har du några speciella upplevelser kring överrapportering från operation till uppvakningsavdelningen?

På vilket sätt tror du att överrapporteringen påverkar den fortsatta vården av patienten?

Hur lägger du upp din överrapportering och vilken information tycker du är viktig att ge?

Skulle du vilja förändra överrapporteringen på något vis och i så fall hur?

Har du något att tillägga?

Områden som ska beröras under intervjun:

Orbit

Melior

SBAR

Formellt formulär

Miljö

Tidsaspekt

Stress

Kommunikation och personkemi

Intervjuguide Operationssjuksköterskor

Frågorna kommer att följas upp med öppna följdfrågor för täcka de specifika frågeställningarna.

Ålder?

Arbetslivserfarenhet som operationssjuksköterska?

Hur skulle du beskriva dina arbetsuppgifter idag kring överrapporteringen?

Har du några speciella upplevelser kring överrapportering från operation till uppvakningsavdelningen?

På vilket sätt tror du att överrapporteringen påverkar den fortsatta vården av patienten?

Vad skulle du som operationssjuksköterska kunna bidra med i överrapporteringen?

Skulle du vilja förändra rutinerna kring överrapporteringen på något vis och i så fall hur?

Har du något att tillägga?

Områden som ska beröras under intervjun:

Orbit

Melior

SBAR

Formellt formulär

Miljö

Tidsaspekt

Stress

Kommunikation och personkemi

Intervjuguide Postoperativa sjuksköterskor

Frågorna kommer att följas upp med öppna följdfrågor för täcka de specifika frågeställningarna.

Ålder?

Arbetslivserfarenhet som postoperativ sjuksköterska?

Har du några speciella upplevelser kring överrapportering från operation till uppvakningsavdelningen?

På vilket sätt tror du att överrapporteringen påverkar den fortsatta vården av patienten?

Vilken information är viktig för dig att få vid en överrapportering?

Skulle du vilja förändra överrapporteringen på något vis och i så fall hur?

Har du något att tillägga?

Områden som ska beröras under intervjun:

Orbit

Melior

SBAR

Formellt formulär

Miljö

Tidsaspekt

Stress

Kommunikation och personkemi



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 4 (5)

INFORMATIONSBREV

2013/06/11

Anestesi-, operations-, och postoperativa sjuksköterskors upplevelser kring överrapportering till postoperativa avdelningen

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Den kirurgiska patienten är i hög omfattning utsatt för att drabbas av bristande överrapportering på grund av de åtskilliga moment och överlämningar som sker i den perioperativa fasen. Syftet med studien är att undersöka anestesi-, operations-, och postoperativa sjuksköterskors upplevelser kring överrapportering till postoperativa avdelningen

Intervjun beräknas ta cirka en timme och genomförs av Emma Olsson och Emma Jönsson. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna talongen och skickar tillbaka den i bifogade svarskuvert inom en vecka.

Studien ingår som ett examensarbete i operations- och anestesijuksköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Emma Jönsson
Anestesisjuksköterskestudent
Tfn: 0731-51 31 05
emma.jonsson.398@student.lu.se

Emma Olsson
Operationssjuksköterskestudent
Tfn: 0761 - 48 18 88
emma.olsson.122@student.lu.se

Handledare: Jan-Åke Hansson
Ph. D, Assistant Professor
Lunds universitet,
Medicinska fakulteten,
Institutionen för hälsa, vård och
samhälle,
Avdelningen för omvårdnad
jan-ake.hansson@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Anestesi-, operations-, och postoperativa sjuksköterskors upplevelser kring överrapportering till postoperativa avdelningen”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer



Bilaga 5 (5)

INFORMATIONSBREV

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

2013/06/11

Till verksamhetschef Anders Ersson

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien:

Anestesi-, operations-, och postoperativa sjuksköterskors upplevelser kring överrapportering till postoperativa avdelningen.

Intentionen med studien är att öka medvetenheten kring betydelsen av överrapportering för att eventuellt bidra till ökad patientsäkerhet samt minska lidande och vårdskador. Därför vill författarna undersöka hur vårdpersonalen upplever överrapporteringen mellan operationsavdelningen och postoperativa avdelningen samt hitta orsaker till eventuella brister som kan leda till en effektivare och säkrare överrapportering i framtiden. Studien kommer förhoppningsvis ligga till grund för andra undersökningar inom ämnet.

Studien kommer att genomföras med en kvalitativ ansats där sjuksköterskor på operations- samt uppvakningsavdelningen önskas intervjuas. Målet är att cirka 12-18 intervjuer ska genomföras med stöd intervjuguide. Datan kommer sedan att analyseras enligt manifest innehållsanalys.

Författarna till förliggande studie kommer att presentera sig på avdelningarna samt fråga undersökningspersoner enligt inklussionskriterierna. Information om frivilligt deltagande, aidentifiering samt att undersökningspersonerna när som helst kan avbryta sin medverkan i studien utan konsekvenser. Intervjumaterialet kommer att förvaras inlåst så att obehöriga inte kan ta del av innehållet

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i operations- och anestesijuksköterskeprogrammet.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Emma Jönsson
Anestesisjuksköterskestudent
Tfn: 0731-51 31 05
emma.jonsson.398@student.lu.se

Emma Olsson
Operationssjuksköterskestudent
Tfn: 0761 - 48 18 88
emma.olsson.122@student.lu.se

Handledare: Jan-Åke Hansson
Ph. D, Assistant Professor
Lunds universitet,
Medicinska fakulteten,
Institutionen för hälsa, vård och
samhälle,
Avdelningen för omvårdnad
jan-ake.hansson@med.lu.se

Blankett för medgivande av verksamhetschef för studien:

Anestesi-, operations-, och postoperativa sjuksköterskors upplevelser kring överrapportering till postoperativa avdelningen.

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde