

MASTEROPPGAVE

MANES 5900 – Master i anestesisykepleie

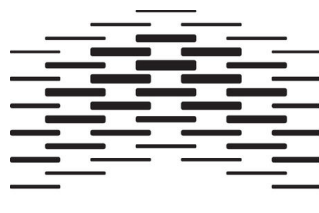
November 2017

Kartlegging av overlevering av pasient fra operasjonsteam til
postoperativ avdeling – en pilotstudie

Victoria Margrethe Causevic Bernt & Hanne Henrikke Nesmark

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

Under videreutdanningen i anestesisykepleie opplevde vi ulik veiledning i praksis fra det vi lærte på skolen i forhold til overlevering av pasient fra operasjonsstuen til postoperativ avdeling. I tillegg hadde praksisveilederne ulikt syn på hva den muntlige rapporten burde inneholde, noe vi som studenter fant frustrerende. Mottakende sykepleier på postoperativ avdeling hadde også forskjellig tilnærming til rapporten og uttrykte svært ulike behov for informasjon ved overlevering av pasient. Vi ble og overrasket over hvor ofte vi ble forstyrret under muntlig rapport, noe som avbrøt informasjonsflyten. Med dette oppstod interessen for temaet muntlig rapport og overlevering av pasient. Da vi skulle starte arbeidet med prosjektbeskrivelsen kom vi i kontakt med en kollega som allerede hadde god innsikt i temaet som hun jobber med en doktorgrad innenfor. Med hjelp fra henne kom vi frem til en interessant vinkling, og hun har stilt opp med gode råd og støtte ved gjennomføringen av studiet på det aktuelle sykehuset. Tusen takk Elizabeth Reine!

Å arbeide med en masteroppgave er en utrolig krevende prosess, men blir noe enklere om en skriver med en venn og kollega. Da vi har skrevet hele oppgaven fra A til Å i fellesskap har det blitt tilbragt mange timer sammen. Vi vil først og fremst takke hverandre for tålmodighet, pågangsmot og intensitet, men godt samarbeid.

Det er mange vi vil takke for at vi kan levere denne oppgaven. Vi ønsker å takke Oslo Universitetssykehus, ledelsen i Akuttklinikken og Avdeling for anestesisykepleie for å ha gitt oss økonomisk støtte. Ikke minst vil vi takke vår nærmeste og kjære seksjonssjef Lasse for god tilrettelegging, oppmuntrende ord og forståelse underveis. Takk til alle kollegaer og pasienter som har deltatt, bidratt og gjort det mulig å gjennomføre denne studien.

Takk til vår dyktige veileder Berit T. Valeberg ved Høgskolen i Oslo og Akershus for gode råd og kyndig veiledning.

Ikke minst vil vi takke ektefellene våre, Christian og Jonas. I et helt år har vi vært i 100% jobb og prioritert arbeid med masteroppgave på fritiden over dere. Det samme gjelder øvrig familie og venner. Tusen takk for tålmodighet og forståelse!

Hanne og Victoria

14.11.17

Sammendrag

Bakgrunn: Trygg overlevering av pasienter er kritisk for å ivareta pasientsikkerhet og for dårlig pasientsikkerhet er et globalt problem. Pasientoverføringer mellom operasjonsteam og postoperativ avdeling er preget av forstyrrelser, feilkommunikasjon og rapportens innhold varierer i stor grad. Operasjonsteam (OT) og sykepleier på postoperativ (SPO) har ulike forventninger om hva rapporten bør inneholde. Forstyrrelser under rapportering kan virke stressende og distraherende og dermed sette pasientsikkerheten i fare.

Hensikt: Undersøke om valgte metoder og instrumenter kan benyttes for å kartlegge overlevering av pasient, SPO sin tilfredshet med overleveringen og registrere avbrytelser under muntlig rapport. Målet er å utføre en pilotstudie for å teste gjennomførbarheten før det skal utføres en større studie der problemstillingen kan besvares.

Problemstilling: Blir overlevering av pasient etter anestesi og/eller tilfredshet til sykepleier på postoperativ påvirket av avbrytelser?

Metode: For å kartlegge avbrytelser og overlevering av pasient mellom operasjonsteam og sykepleier på postoperativ er det gjennomført en observasjonsstudie. For å undersøke sykepleier på postoperativ sin tilfredshet med rapporten har det blitt utført en spørreundersøkelse. Det er gjort deskriptiv dataanalyse i SPSS.

Resultater: Observasjonsstudie, spørreundersøkelse med valgte spørreskjema og kartlegging av avbrytelser fungerte hensiktsmessig for datasamling. Observasjonsskjema trenger flere justeringer før det kan benyttes i en større studie.

Konklusjon: Det ble avdekket behov for justeringer av metoder og instrumenter før det utføres en studie av større skala der en besvarer problemstillingen.

Nøkkelord: Pasientsikkerhet, Muntlig rapport, Overlevering, Avbrytelser, Tilfredshet, Anestesisykepleie.

Abstract

Background: Safe handover of patients is critical to patient safety and poor patient safety is a global problem. Transfers between the operating theatre and the postoperative care unit (PACU) are characterized by incorrect communication and the report's content varies. Operation team (OT) and PACU nurse have different expectations to what the report should contain. Disruptions during report may seem stressful and distracting, thus endangering patient safety.

Purpose: Investigate whether selected methods and instruments can be used to examine patient handoff, PACU nurse satisfaction and record interruptions during oral report. The aim is to carry out a pilot study to test feasibility before a larger study will be conducted to answer the topic question.

Topic question: Does the patient transfer after anesthesia and/or PACU nurse satisfaction get affected by interruptions?

Method: An observation study has been conducted to examine patient handoff between the OT and PACU nurse and interruptions. A survey has been conducted in order to investigate the PACU nurse satisfaction with the report. Descriptive data analysis has been done in SPSS.

Results: Observation study, survey with selected questionnaire and mapping of interruptions worked appropriately for data collection, but the observation form needs adjustments.

Conclusion: There is a need for adjustments of methods and instruments before a larger scale study is conducted to answer the topic question.

Keywords: Patient safety, Oral report, Handoff, Interruptions, PACU satisfaction, Anesthesia.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag.....	4
Abstract.....	5
1.0 INTRODUKSJON	8
1.1 Anestesi-sykepleier sitt ansvar og funksjon.....	11
1.2 Teoretisk grunnlag.	11
2.0 DESIGN OG METODE	15
2.1 Datainnsamling.	15
2.1.1 Observasjonsstudie.....	15
2.1.2 Spørreundersøkelse	17
2.2 Reliabilitet og validitet.	19
2.2.1 Observasjonsstudie.....	19
2.2.2 Spørreskjema.....	21
2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.	23
2.3.1 Inklusjonskriterier	23
2.3.2 Eksklusjonskriterier.....	24
2.4 Dataanalyse.	25
2.5 Kunnskapssøk og kildekritikk.....	25
2.5.1 Søkestrategi	26
2.5.2 Utvelgelse av forskningsartikler	27
3.0 FORSKNINGSETIKK OG –JUSS	28
3.1 Søknadsprosess.	28
3.2 Informert kvalifisert samtykke.	29
3.2.1 Pasient	29
3.2.2 Helsepersonell	29
4.0 RESULTAT	31
4.1 Observasjonsstudie.....	32
4.2 Spørreundersøkelse.	34
4.3 Dataanalyse.	36
5.0 DISKUSJON.....	37

5.1 Observasjonsstudie med bruk av PoHAT som instrument.	37
5.2 Avbrytelser.	45
5.3 Spørreundersøkelse med skjema utarbeidet av Petrovic et al. (2015).	46
6.0 AVSLUTNING.	50
LITTERATUR.	52
Vedlegg 1: Skjema for observasjon av postoperative pasientoverføringer.	60
Vedlegg 2: Forespørsel om oversettelse av spørreskjema.	62
Vedlegg 3: Spørreskjema.	63
Vedlegg 4: Informasjonsskriv til ansatte.	64
Vedlegg 5: REK vedtak.	66
Vedlegg 6: Samtykkeskjema postoperativt.	68
Vedlegg 7: Samtykkeskjema preoperativt.	71
Vedlegg 8: Godkjenning avdelingsleder anestesisykepleie.	74
Vedlegg 9: Godkjenning avdelingsleder operasjon.	75
Vedlegg 10: Godkjenning avdelingsleder ortopedisk postoperativ.	76
Vedlegg 11: Godkjenning avdelingsleder generell postoperativ.	78
Vedlegg 12: Tilrådning Personvern.	79
Vedlegg 13: Informasjon til avdelingsledere.	82

1.0 INTRODUKSJON

I 1999 ble det utgitt en rapport av The Institute of Medicine i USA som viser at 98000 pasienter dør ved amerikanske sykehus som følge av uønskede hendelser i løpet av et år. Med dette økte bevisstheten og interessen for pasientsikkerhet i USA og dette forplantet seg videre til Europa (Aase, 2010). Kunnskapssenteret definerer pasientsikkerhet som "... vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser" (Aase, 2015, s.14; Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, 2016). En uønsket pasienthendelse er en utilsiktet skade eller komplikasjon som er relatert til klinisk behandling og ikke til pasientens sykdom (Aase, 2010, 2015). I 2016 fikk 14% av norske sykehuspasienter minst en skade som følge av manglende behandling eller behandlingen de mottok, og litt over 9% fikk en mer alvorlig skade (Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, 2016). Kommunikasjonssvikt er en av de vanligste årsakene til uønskede pasienthendelser og er identifisert som årsaken ved opp til 70-80% av tilfellene (Aase, 2010; Meld. St. 10 (2012-2013), 2012, kap. 6.7; Robins & Dai, 2015). I oktober 2004 lanserte World Health Organization [WHO] et pasientsikkerhetsprogram for å understreke at for dårlig pasientsikkerhet er et globalt problem, og klassifiserer trygg overlevering av pasienter som en av de fem viktigste tiltakene for å ivareta pasientsikkerhet. Overføring av pasient kan defineres som gjensidig forståelse for overlevering av pasientomsorg og -ansvar med mål om å sikre kontinuitet i behandling og pasientsikkerhet, oppnådd via effektiv kommunikasjon (Joint Commission Center of Transforming Healthcare, 2014).

Det er flere sårbare faser i pasientforløpet, og vaktskifte eller overføring av pasienter mellom ulike deler av helsevesenet er to av disse (Arora & Farnan, 2016; Meling & Bø, 2010; WHO, 2007). WHO (2007) anbefaler at en ved overlevering av pasient benytter et standardisert kommunikasjonsverktøy, begrenser informasjonen som utveksles til kun det som er relevant, at en setter av nok tid for å stille spørsmål og at en unngår avbrytelser og forstyrrelser. Under en muntlig rapport bør teamet være fokuserte og forstyrrelser som ikke er relevant for den aktuelle pasienten skal unngås (Arenas, Tabaac, Fastovets & Patil, 2014; Wahr, 2017). Pasienter som skal gjennom et kirurgisk løp er mer sårbare for uønskede hendelser som følge av feil ved overlevering, da de overføres mellom flere avdelinger og møter flere personer som har ansvar for deres pleie enn andre pasienter (Manser, Foster, Flin & Patey, 2013; Nagpal et al., 2011). Det er

hovedsakelig tre type overleveringer av pasient anestesisykepleier er involvert i; ved vaktskifte, avløsning til pause og ved overføring av pasient fra operasjonsstue til en annen avdeling. Ved overføring fra operasjonsstue til en annen avdeling er som oftest også operasjonssykepleier og noen ganger anestesilege med på overleveringen, heretter omtalt som operasjonsteam. Studier har vist at overleveringen fra operasjonsteam til postoperativ og intensivavdelinger er fylt med feilkommunikasjon og at rapportens innhold og lengde varierer i stor grad (Lane-Fall, 2016; Weinger et al., 2011). Ferrara, Terzoni, Davi, Bisesti & Destrebecq (2017) undersøkte hva mottakende sykepleier på postoperativ og avleverende sykepleier fra operasjonsteam synes om kvaliteten på overføring av pasient. Det ble avdekket at de involverte i overleveringsprosessen var minst fornøyd med innholdet, strukturen på den muntlige rapporten og kommunikasjonsferdigheter. De siste årene har det vært økt fokus på kvalitet og innhold på muntlig rapport mellom OT og postoperativ avdeling ved norske sykehus og implementering av sjekklister har blitt utbredt i helseorganisasjoner de siste årene (Reine, 2015). Hovedvekten av studiene som ble funnet i forbindelse med denne oppgaven var implementeringsstudier der standardiserte sjekklister for muntlig rapport skulle eller hadde blitt innført for å forbedre praksis. Denne rapporten overleveres ved fotenden av pasientens seng i et miljø med mange forstyrrelser, noe som kan virke stressende og distraherende og føre til at mottakende part husker mindre fra rapporten som ble gitt (Arenas et al. 2014; Randmaa, Engström, Swenne & Mårtensson, 2017). En studie utført av Kowitlawakul et al. (2015) viste at 50% og en annen studie utført av Randmaa, Mårtensson, Swenne & Engström (2015) at 77% av overflytningsrapportene ble avbrutt. Dette kan lede til at viktig pasientinformasjon ikke gis eller blir glemt, som senere kan sette pasientsikkerheten i fare. Vi har opplevd i praksis og fra tidligere arbeidserfaring at det er en kultur der den som skal motta eller gi muntlig rapport ofte blir avbrutt av pasienter, kollegaer, telefoner og lignende.

På bakgrunn av dette så vi et behov for å kartlegge overlevering fra operasjonsstue til postoperativ. Det har blitt gjennomført en pilotstudie der en testet valgte metoder og instrumenter slik at en kan besvare følgende problemstilling: "Blir overlevering av pasient etter anestesi og/eller tilfredshet til sykepleier på postoperativ påvirket av avbrytelser?" i en større studie.

I denne pilotstudien ble følgende tre forskningsspørsmål besvart:

- Er observasjonsstudie en hensiktsmessig metode og ”Postoperative Handover Assessment Tool” [PoHAT] (Nagpal et al., 2011) et hensiktsmessig instrument for å kartlegge overlevering av pasient mellom operasjonsteam og sykepleier på postoperativ avdeling?
- Kan valgt metode og registrering benyttes for å dokumentere antall og type avbrytelser som finner sted i løpet av en muntlig rapport?
- Er spørreskjemaet utarbeidet av Petrovic et al. (2015) hensiktsmessig for å kartlegge hvor tilfreds sykepleier på postoperativ avdeling er med overlevering av pasient fra operasjonsteam?

Denne problemstillingen er interessant da en kan få frem kunnskap som kan brukes til kvalitetssikringsarbeid ute i klinikken. Dette kan føre til endringer av praksis og/eller kultur som videre kan bidra til å ivareta eller eventuelt heve pasientsikkerheten. Vi har valgt å utføre en pilotstudie på grunn av masteroppgavens størrelse og omfang. Studiet er en del av et større kvalitetssikringsarbeid som utføres i samme helseforetak. En pilotstudie er en mindre studie en gjør for å evaluere hele prosessen og gjennomførbarheten før det gjennomføres en større studie (Polit & Beck, 2017). I denne studien innebærer det å teste søknadsprosess hos aktuelle instanser og avdelinger, metoder og instrumenter, rekrutteringsprosess av pasienter og helsepersonell, datainnsamling og dataanalyse. Målet med denne studien var å teste gjennomførbarheten for hele studien før det skal utføres en liknende studie i større skala der problemstillingen kan besvares. Hensikten med studien var å undersøke om valgte instrumenter og metoder kunne benyttes for å kartlegge avbrytelser, overlevering av pasient og tilfredshet hos sykepleier på postoperativ avdeling og besvare forskningsspørsmålene (Polit & Beck, 2017). Ved en pilotstudie er det anbefalt å velge instrumenter som er testet tidligere av originalforfatterne og beskrevet med god gjennomførbarhet (Polit & Beck, 2017). Begge instrumentene som har blitt valgt ut til denne studien innehar disse kriteriene (Nagpal et al., 2011; Petrovic et al., 2012; Petrovic et al., 2015). Ulikt fra tidligere er at instrumentene i denne pilotstudien ble testet i kombinasjon med hverandre

og i det norske helsevesenet. Studien er gjennomført ved et universitetssykehus på Østlandet ved to postoperative avdelinger.

1.1 Anestesisykepleier sitt ansvar og funksjon.

Anestesisykepleier skal ivareta pasientens krav til sikkerhet og kvalitet, beskytte mot uforsvarlig praksis, sikre kontinuitet gjennom dokumentasjon og rapport, samt iverksette sykepleietiltak pre-, per- og postanestetisk. En skal ikke forlate pasienten før personell ved postoperativ avdeling har mottatt rapport og er klare for å overta pasienten (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund [ALNSF], 2016, 2017). Videre skal anestesisykepleier arbeide komplikasjonsforebyggende og har et kontinuerlig ansvar for å kvalitetsutvikle og kvalitetssikre eget fagområde (Gran Bruun, 2011). I følge Helsepersonelloven (2016, §4) har sykepleiere ansvar for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Man skal bidra til at helsehjelpen ikke påfører pasienten eller helseinstitusjonen unødvendig tidstap eller utgift (Helsepersonelloven, 2016, § 6). Basert på dette mener vi at å sikre fullstendig og trygg rapportering og overlevering faller inn under anestesisykepleiers funksjon- og ansvarsområde, og mener derfor at valgt problemstilling og forskningsspørsmål er relevant for vårt kliniske fagområde. Ved å kartlegge overlevering av pasient, sykepleier på postoperativ sin tilfredshet med overleveringen og om avbrytelser påvirker dette, kan man evaluere overleveringen, slik at pasientens krav til sikkerhet, kvalitet og kontinuitet i behandlingen ivaretas. Med denne studien har det blitt utført et forskningsarbeid som kan bidra til å ivareta anestesisykepleierens behandlende og forebyggende funksjon.

1.2 Teoretisk grunnlag.

Helt siden 1980-tallet har det vært diskusjoner i Norge rundt hva som er den mest hensiktsmessige måten å gi en pasientrapport på, og det er gjort flere studier på området (Meling & Bø, 2010). Nagpal, Vats, Ahmed, Vincent & Moorthy (2010) fant i sin studie at sykepleier ved postoperativ avdeling hadde kjennskap til en mye større del av pasientinformasjonen som var rapportert muntlig enn den som ble rapportert skriftlig, og at de raskere kom til egne slutninger

angående den informasjonen som ikke var rapportert muntlig. De mener med det at muntlig rapport er den mest hensiktsmessige måten å overføre pasientinformasjon. Vår erfaring er at rapporteringsformen ved overføring mellom operasjonsteam og postoperativ er muntlig rapport supplert av en skriftlig. Da vil en kunne stille spørsmål og utdype informasjon og med det unngå unødvendige misforståelser. Det er hensiktsmessig å gi en muntlig rapport med den viktigste informasjonen for å sikre at overtakende sykepleier er oppdatert (Møller, Madsen, Fuhrmann & Østergaard, 2013; Spooner, Corley, Chaboyer, Hammond & Fraser, 2015). Slik kan en unngå at sykepleier må lete gjennom skriftlig dokumentasjon som kan være unødvendig tidsbruk i for eksempel en akutsituasjon, som kan oppstå hos en ustabil pasient på postoperativ avdeling (Arenas et al., 2014).

Risikoen som er knyttet til anestesi er ikke over når pasienten forlater operasjonsstua, potensielle komplikasjoner kan oppstå når som helst i pasientforløpet (Robins & Dai, 2015). Overlevering er utført først når rapport er gitt og ansvaret for pasienten og videre behandling er overført til personalet på mottakende avdeling (Manser et al., 2013). Postoperativ overlevering av pasienter er preget av ufullstendig, manglende eller for mye informasjon, og en studie viste at 67% av anestesipersonell ikke ga fullstendige rapporter med all essensiell informasjon (Nagpal et al., 2011; Nagpal et al., 2012). Overføring av riktig og fullstendig informasjon er av kritisk betydning for å unngå manglende, feil eller forsinket behandling, som igjen kan føre til pasientskader (Joint Commission Center of Transforming Healthcare, 2014; Nagpal et al., 2011; Siddiqui et al., 2012). Mye avhenger av den enkeltes erfaring, kunnskapsnivå, formidlingsevne og kommunikasjonsferdigheter, og overleveringen er et viktig punkt der pasientinformasjon kan gå tapt (Meling & Bø, 2010). Med dette kan man risikere å miste kontinuitet i behandlingen og informasjonsflyt gjennom hele sykehusoppholdet. Ineffektiv kommunikasjon, ufullstendig informasjon, samt uklar ansvarsfordeling kan føre til uønskede pasienthendelser og følger som økt forekomst av postoperative komplikasjoner under innleggelse, i verste fall død, økte kostnader og forsinkede diagnostiske tester (Arora & Farnan, 2016; Hjort, 2000; Joint Commission Center of Transforming Healthcare, 2014; Kowitlawakul et al., 2015; Møller et al., 2013; Pezzolesi et al., 2013; Segall et al., 2012; Siddiqui et al., 2012; Weinger et al., 2011). Det ble funnet lite forskning som så direkte på de langsiktige konsekvensene for pasientene av rapporter med dårlig kvalitet, men en pilotstudie utført av Bittner, George, Eikermann & Schmidt

(2012) indikerer at det finnes en sammenheng mellom rapportering og lengde på opphold ved postoperativ avdeling.

Som nevnt er pasienter som skal gjennom et kirurgisk forløp mer sårbare for uønskede hendelser (Manser et al., 2013; Nagpal et al., 2011). Overføring av pasienter fra operasjonstue til postoperativ avdeling er også spesielt sårbar da det er mange hensyn å ta. Man skal overvåke pasienten, koble opp overvåkningsutstyr, formidle informasjon om pasienten til en sykepleier som ofte ikke kjenner pasienten fra før, samtidig som dette foregår i et kaotisk miljø. En ustabil pasient vil kreve mer av personalet, noe som kan påvirke rapporten (Manser et al., 2013; Segall et al., 2012). Personalet kan også ha noe forskjellig fokus, ut i fra hvilken spesialisering eller avdeling man tilhører. En svensk studie av Randmaa et al. (2017) viste at anestesipersonell og sykepleiere ved postoperativ avdeling har noe forskjellig fokus for rapporten ved overlevering. Man oppfatter mer informasjon om man er interessert, og om mottakende part synes deler av rapporten er uinteressant kan man anta at noe informasjon kan gå tapt. Deltakerne i rapporteringssituasjonen har forskjellig oppfatning av hva og hvor mye informasjon som er relevant, og om mottakende part opplever at informasjonen er for omfattende kan det bli vanskelig å skille ut hva som faktisk er viktig (Randmaa et al., 2017; Rose & Newman, 2016; Siddiqui et al., 2012).

En studie av Arenas et al. (2014) viste at personalet ved postoperativ avdeling husket 90,2% av informasjonen som ble rapportert hvis man hadde full konsentrasjon rundt rapporten, mot 67,5% hvis man ikke hadde full konsentrasjon rundt rapporten. Kowitlawakul et al. (2015) fant i sin studie at det var gjennomsnittlig 1,26 ($\pm 1,75$) avbrytelser per overføringsrapport, og at 50% av alle rapportene ble avbrutt. De fant også ut at mennesker var den hyppigst forekommende årsaken og sto for 46,7% av alle avbrytelser. Dette inkluderte kollegaer, pasienter og pårørende. Dette underbygges av Spooner et al. (2015) som i sin studie fant ut at sykepleiere og leger sto for 58% av alle avbrytelser under rapportering. Telefonsamtaler som er nest hyppigst sto for 5,6% av avbrytelsene. Å ta telefoner og avbryte rapporteringen leder til at viktig pasientinformasjon ikke gis, som senere kan sette pasientsikkerheten i fare (Kowitlawakul et al., 2015). Avbrytelser og forstyrrelser forlenger varigheten av rapporteringen og reduserer oppmerksomheten til de som gir eller mottar rapport (Meling & Bø, 2010). Dette er kritisk å unngå for å sikre at viktig

pasientinformasjon overføres på en sikker og effektiv måte (Arora & Farnan, 2016; Kowitlawakul, 2015; Segall, et al., 2012). Situasjonen rundt pasientoverføringen spiller en viktig rolle i forhold til kvalitet på rapportering. Høyt støynivå er ofte tilfellet flere steder der overføring av pasienter foregår, og kan distrahere og føre til at man ikke hører ordentlig hva som blir sagt, som igjen fører til en mindre sikker overføring av informasjon (Allaouchiche, Duflo, Debon, Bergeret & Chassard, 2002; Robins & Dai, 2015; Staggers & Jennings, 2009). Når man avbrytes mister man tråden i rapporten og det blir vanskeligere å holde fokus, samtidig som det blir vanskeligere å huske informasjonen som er gitt for mottakende part (Randmaa et al., 2017).

2.0 DESIGN OG METODE

For å finne svar på våre forskningsspørsmål og problemstilling er det benyttet ulike metoder. Ved overlevering av pasient fra OT, bestående av anestesisykepleier [AS], operasjonssykepleier [OS] og eventuelt leger, til postoperativ sykepleier [SPO] ble det først gjennomført en strukturert observasjonsstudie. Deretter ble det delt ut et semistrukturert spørreskjema til SPO som ble samlet inn etter cirka en halvtime. Hensikten med pilotstudien var å se om de valgte metodene og instrumentene kan benyttes for å kartlegge overleveringen, utbredelsen av avbrytelser i rapporteringssituasjonen, hva slags avbrytelser som forekom og tilfredshet med den muntlige rapporten hos mottakende sykepleier. I dette kapitlet presenteres disse to metodene for datainnsamling, reliabiliteten og validiteten ved de ulike metodene, hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble satt og hvordan dataene ble bearbeidet og analysert.

2.1 Datainnsamling.

I dette kapitlet vil de to metodene og instrumentene bli presentert hver for seg.

Datainnsamlingene har vært en del av et større prosjekt ved et universitetssykehus på Østlandet. Det ble innhentet informasjon om lengde på operasjon og pasientenes ASA klassifisering fra deres journaler i ettertid.

2.1.1 Observasjonsstudie

For å kunne yte god og trygg postoperativ oppfølging er det viktig at innholdet av det som blir utvekslet i den muntlige rapporten inneholder alt overtakende sykepleier trenger for å gi god postoperativ sykepleie, og dette er kritisk for å kunne ivareta pasientsikkerheten (Manser et al., 2013; Nagpal et al., 2011; Rose & Newman, 2016). Overlevering innebar i denne sammenheng innhold i muntlig rapport og oppgaver som skal utføres under overlevering. For å kartlegge overlevering og antall og type avbrytelser ved pasientoverføringer ble det gjennomført en observasjonsstudie av overleveringer fra OT til SPO. En fordel ved å anvende observasjonsstudie som metode er at OT og SPO kan ha fullt fokus på pasient og informasjonsoverføringen i

rapporten. De slipper å forholde seg til at det foregår en studie, men kan ha fokus på sine arbeidsoppgaver. En annen fordel ved å benytte denne metoden er at en ikke trenger å be deltakerne i ettertid om å stille til intervju. Om en skulle gjort det i denne studien ville det bety at deltakerne måtte ha brukt av sin fritid og en kan risikere at færre ønsker å delta. Det kan også være vanskelig å huske rapportens innhold, oppgaver som ble utført, type og antall avbrytelser til et intervju som kan finne sted en annen dag enn overføringen. Siddiqui et al. (2012) avdekket i sin studie at det ikke var samsvar mellom det anestesisykepleier og sykepleier på postoperativ avdeling mente var viktig å ha med i den muntlige rapporten og hva som faktisk ble rapportert. Det ikke er sikkert at det vi sier vi gjør, er det vi faktisk gjør (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Dermed er observasjon en metode som egner seg godt i denne sammenheng da en får direkte tilgang til det en ønsker å undersøke.

Postoperative Handover Assessment Tool (PoHAT) ble utarbeidet av Nagpal et al. (2011) og benyttet for denne delen av datainnsamlingen. Dette er et observasjonsskjema som er utviklet for å systematisk og objektivt kunne evaluere kvalitet på informasjon, oppgaver og teamarbeid ved postoperativ overlevering. Skjemaet ble utviklet ved å først observere fem overleveringer fra postoperativ avdeling og kartlegge tre hovedkomponenter et evalueringsverktøy bør inneholde. Da ble informasjon, oppgaver og teamarbeid identifisert. Deretter benyttet de ulike metoder som inkluderte semistrukturerte intervjuer fra relevante yrkesgrupper, litteraturgjennomgang og FMEA (Failure Modes and Effect Analysis). FMEA brukes for å oppdage og korrigere systemfeil i helsevesenet før de fører til uønskede hendelser (Nagpal et al., 2011). For å validere verktøyet ble Delphi metoden benyttet, som er en teknikk for å samle informasjon fra et større antall eksperter over flere runder med analyser. Panelet bestod av kirurger, postoperative sykepleiere og anestesipersonell med minimum to års erfaring for å sikre at de hadde nok kunnskap og erfaring med temaet (Nagpal et al., 2011). Resultatet etter å ha benyttet Delphi metoden er et bilde av hva ekspertene mener er viktig å ha med i et evalueringsverktøy ved overlevering til postoperativ avdeling (Noregs Forskningsråd, 2006). Observasjonsskjemaet er delt inn i seks kategorier med til sammen 29 spørsmål. Her kartlegges pasient-, anesthesi-, operasjonsinformasjon, utstyrsoppgaver, pasientspesifikke oppgaver, samt teamarbeid. Svaralternativene på skjemaet var enten “ja” eller “nei” for om punktene ble nevnt eller utført under overlevering. Ved gjennomgang av litteraturen ser en at det finnes flere meninger om hva en overlevering bør

inneholde og det er utviklet flere verktøy for å kartlegge dette. PoHAT (Nagpal et al., 2011) ble valgt i denne studien på bakgrunn av den grundige og velbegrunnede utarbeidelsen av skjemaet og at det ble benyttet på en lignende studie med god gjennomførbarhet, noe som er anbefalt ved en pilotstudie (Nagpal et al., 2011; Polit & Beck, 2017).

Kategorien teamarbeid ble ikke benyttet i denne studien. Teamarbeid kan påvirke kvaliteten på en informasjonsoverføring, men å evaluere teamarbeid krever en observatør som innehar tidligere trening og erfaring med å observere oppførsel og adferd (Nagpal et al., 2011). Ingen av observatørene for denne studien innehar denne kompetansen, og på bakgrunn av dette samt oppgavens begrensninger i forhold til størrelse og omfang valgte vi å ikke ta med dette. PoHAT (Nagpal et al., 2011) er oversatt til norsk og presentert i boken “Pasientsikkerhet - teori og praksis” (Reine, 2015) av Karina Aase (2015). I denne oversettelsen er heller ikke kategorien som omhandler teamarbeid inkludert.

Skjemaet som ble benyttet i vår studie er vedlagt (Vedlegg 1). Dette er redigert noe sammenliknet med det originale skjemaet da rekkefølgen på spørsmålene er endret, men ikke innholdet. Det ble gjort for å få en mer hensiktsmessig rekkefølge på punktene ut ifra hvordan den muntlige rapporten ble gitt. For å registrere avbrytelser og årsak ble det lagt til et punkt på slutten av observasjonsskjemaet. Under dette punktet ble det registrert antall avbrytelser som forekom underveis i rapporten og et felt for fritekst det ble notert årsak til avbrytelsen. På observasjonsskjemaet ble det også inkludert punkter om ASA-klassifikasjonen til pasienten, kjønn, alder, hovedanestesi, lengde på operasjon, hvilken seksjon pasienten tilhørte (ortopedisk-, nevro- og gastrokirurgi) og hvem (AS, OS, lege, studenter) som deltok i den muntlige rapporten. Pasientens ASA-klassifikasjon og operasjonstid ble innhentet fra pasientens journal i ettertid.

2.1.2 Spørreundersøkelse

For å undersøke hvor tilfreds sykepleier på postoperativ var med den muntlige rapporten ble det benyttet et spørreskjema utarbeidet av Petrovic et al. (2015). De gjennomførte en pilotstudie i 2012 med 30 respondenter med en enklere versjon av skjemaet. I 2015 gjennomførte de en implementeringsstudie som omhandler overføring av pasient fra OT til postoperativ eller intensiv

(Petrovic et al., 2015). Skjemaet benyttet i pilotstudien i 2012 inneholdt 9 holdningsspørsmål, hvilken stilling respondenten var ansatt i og om det oppsto tekniske problemer under overleveringen, hvor mange og hva slags (Petrovic et al., 2012). I skjemaet benyttet i 2015 hadde det blitt lagt til et åpent spørsmål angående hva som manglet ved rapporten eller rapporteringsprosessen (Petrovic et al., 2015). Det originale skjemaet inneholdt mer informasjon enn det var behov for i denne sammenheng. Hva slags utstyr det var problemer med ved overleveringen var ikke relevant i denne studien. Da det var kun SPO som svarte på spørreskjemaet, var det ikke behov for at de oppga sin rolle. Disse punktene ble utelatt fra det oversatte spørreskjemaet. Respondentene i denne studien ble stilt ni holdningsspørsmål: “Jeg var fornøyd med overleveringen av pasient fra operasjonsteam”, “Den muntlige rapporten fra operasjonssykepleier var tilfredsstillende”, “Den muntlige rapporten fra anestesisykepleier var tilfredsstillende”, “Jeg kunne høre alt som ble sagt under hele rapporten”, “Jeg mottok informasjon om potensielle problemer som kan oppstå hos denne pasienten”, “Jeg fikk informasjon om det var noe jeg må følge opp hos denne pasienten”, “Ved overlevering gikk oppkobling av utstyr problemfritt”, “Det var lett å forstå når overleveringen startet og sluttet” og “Jeg fikk råd om hva jeg gjør dersom bestemte problemer dukket opp”. Svaralternativene var “Helt uenig”, “Delvis uenig”, “Nøytral”, “Delvis enig”, “Helt enig”. Til slutt var det et åpent spørsmål der SPO kunne svare på om det var noe de savnet med overleveringen fra OT. Basert på dette ble spørreskjemaet regnet som hensiktsmessig med relevante spørsmål for å finne svar på forskningsspørsmålet som omhandler tilfredshet hos mottakende sykepleier.

En skal velge et spørreskjema som belyser det en vil undersøke og det bør inneholde konkrete spørsmål som gjør det enkelt å tolke de innsamlede dataene (Johannessen et al., 2011). Vi mener dette skjemaet oppfylte disse kriteriene. For å kunne benytte spørreskjemaet i denne studien ble det oversatt fra engelsk til norsk og noe forkortet. Hovedforfatteren ble kontaktet per mail og forespurt om en kunne oversette skjemaet og bruke det i denne studien. Dette ble positivt mottatt og en fikk godkjenning 28.02.17 fra Dr. Petrovic og hennes samarbeidspartner (Vedlegg 2). Skjemaet ble oversatt av kandidatene, en doktorgradsstipendiat i samme klinikk og veileder fra HiOA hver for seg, for så å bli sammenlignet. Oversettelsene var svært like og etter et felles møte kom man til enighet om ordlyden. Oversettelse er vedlagt oppgaven (Vedlegg 3).

2.2 Reliabilitet og validitet.

2.2.1 Observasjonsstudie

Reliabilitet og validitet av PoHAT (Nagpal et al., 2011) etablerte original forfatterne ved å gjennomføre en observasjonsstudie på 50 overleveringer. I denne studien var vi selv observatører som samlet inn data og fylte ut observasjonsskjemaene, dataene er derfor primærdata. Observatørene var ikke involvert i pasientens behandling under innleggelsen og heller ikke i ledende stillinger tilknyttet noen av personene som ble observert. Vi er selv utdannet anestesisykepleiere og jobber på samme institusjon som studien ble gjennomført, noe som kan by på utfordringer med tanke på forforståelse. Likevel mener vi at observasjonsskjemaet er utformet på en slik måte at datainnsamlingen og -analysen skjedde på en objektiv måte der det var lite rom for at vår utdanning, stilling og erfaring påvirket forskerrollen i denne sammenheng. For å sikre dataenes pålitelighet kan flere forskere undersøke samme fenomen. Om de kommer frem til samme resultat tyder det på høy reliabilitet, betegnet som interreliabilitet (Johannessen et al., 2010; Undheim, 1996). For å sikre interreliabiliteten i vår studie gikk begge observatørene hver for seg sammen med en doktorgradsstipendiat med erfaring fra observasjonsstudier. Vi gikk med hvert vårt skjema og observerte fem overføringer sammen med stipendiaten (til sammen 10 observasjoner). Etterpå ble resultatene sammenlignet, og vi hadde 90% samsvar. De 10% som var ulike baserte seg på at den ene observatøren ikke oppfattet noe informasjon som ble overlevert, som den andre observatøren hørte ble sagt. Da vi observerte mye av det samme var intersubjektiviteten høy, man får pålitelige målinger som styrker deres reliabilitet. Hadde resultatene vært ulike måtte en ha satt seg ned og hatt en åpen diskusjon om hvorfor en har observert ulikt. Med et strukturert skjema forsøkte man å eliminere flest mulig unøyaktigheter i måleprosessen slik at påliteligheten i hver observasjon blir høyest mulig (Johannessen et al., 2010; Undheim, 1996). Nagpal et al. (2011) observerte 20% av overføringene sammen for å sikre interreliabiliteten i sin studie.

Dataene fra observasjonsstudien ble lagt inn i SPSS sammen, en leste opp dataene mens en skrev inn i programmet. Deretter byttet vi roller, så den som la inn tallene første gang nå leste opp mens

den andre så over i programmet. Dette reduserer risikoen for å legge inn feil tall, som igjen styrker reliabiliteten (Undheim, 1996).

Selv om observatørene var to studenter og kollegaer i samme fagfelt kunne man lagt vekt på ulike ting som observeres og kommet frem til ulike resultater. Mennesker har ulik erfaring og kan tolke begivenheter ulikt. En observatør kan ha et ubevisst ønske om et bestemt utfall som kan gi forventningseffekt. Slik kan man få systematiske feilregistreringer og redusert validitet. Flere antall observasjoner kan ikke fjerne eller redusere en slik feilkilde, men man kan prøve å minimere risikoen. Det kan gjøres ved å ha en operasjonell definisjon for å konkretisere det som skal måles og fjerne uklarhet for hva begrepene er og hva som skal registreres (Johannessen et al., 2010; Nyeng, 2012; Tufte, 2011; Undheim, 1996). I denne sammenhengen har vi operasjonalisert begrepet “avbrytelser” som noe som stopper opp informasjonsutvekslingen og drar oppmerksomheten bort fra rapporten. Dette kan for eksempel være telefoner, alarmer fra utstyr, bakgrunnsstøy, kollegaer, pasient og pårørende. Det var tilstrekkelig at kun en av de involverte i den muntlige rapporten ble avbrutt for at det skulle registreres som en avbrytelse. Overlevering og overføring av pasient ble definert i denne oppgaven som det samme og benyttet om hverandre. Det innebar innhold i muntlig rapport mellom OT og SPO, praktiske utstyrsoppgaver og videreføring av ansvar for pasienten, både klinisk og juridisk. Vi fulgte OT og pasient inn på postoperativ avdeling fra operasjonsavdeling og ble der under hele overleveringen til alle deltakere i OT hadde forlatt pasienten. Dette definerte start og slutt på overleveringen. All relevant informasjon for PoHAT som ble sagt fra OT til SPO som skulle overta ansvar for pasienten i løpet av dette tidsrommet ble registrert i observasjonsskjemaet.

Det er anbefalt å ha et utvalg på 30-40 deltakere til en pilotstudie (Polit & Beck, 2017). Totalt ble det gjennomført 30 observasjoner (10 sammen med doktorgradsstipendiat og 20 individuelt) for å få et stort nok utvalg for å svare på forskningsspørsmålene ut i fra tiden som skal legges ned i masteroppgaven. For å få rekruttert flest mulig deltakere til studien i løpet av tiden som var til rådighet, ble dette gjennomført på dagtid i ukedagene. Da var det høy aktivitet på operasjons- og postoperativ avdelingene med flere overleveringer. Observasjonene ble gjennomført fra juni til september 2017 på dager før kveldsvakt eller fridager i turnus. Tidspunktene for observasjonene

ble med det spredt utover en tidsperiode på fire måneder og tilfeldige dager ut fra hver enkeltes turnus.

OT og SPO hadde mottatt informasjon om studien (Vedlegg 4) fra sine ledere og på personalmøter i forkant. Ingen visste om eller når de eventuelt ville bli observert i perioden studien pågikk. OT ble ikke informert om at de skulle inkluderes i studien før de møtte observatør på vei ut av operasjonsavdelingen med pasienten. SPO ble bevisstgjort de skulle observeres i det observatør ankom postoperativ avdeling med OT og pasient. Slik kunne de ikke forberede seg på at de skulle bli observert, noe som styrker validiteten. Observatør introduserte seg kort i møte med de inkluderte OT og SPO når aktuelt. Under observasjonene var observatørene tilskuere og tok ikke del i situasjonen som ble observert. Det vil si at det har vært ikke-deltakende men tilstedeværende observasjon (Johannessen et al., 2010).

Under denne studien studerte kollegaer medkollegaer, noe som kan være problematisk. Man kjenner hverandre etter hvert godt og kan se om noen handler annerledes enn de vanligvis ville gjort. En kjenner igjen hverandre og kan forstå at en nå skal være en del av studien til medkollegaene. Når noen vet at de blir studert kan man handle i en bestemt retning som man tror er ønsket, dette kalles Hawthorneeffekten. At de som ble observert muligens handlet slik kan ha gitt et fordreid inntrykk av hvordan overleveringen egentlig var, noe som svekker validiteten til studien (Johannessen et al., 2010; Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim & Reinart, 2012). På en annen side hadde deltakerne kun fått en omtrentlig beskrivelse av hva som ble observert. De kjente verken til innholdet i observasjonsskjemaet eller at vi registrerte avbrytelser, noe som igjen styrker validiteten.

2.2.2 Spørreskjema

Respondenter på spørreskjemaer skal igjennom en prosess med flere faser i følge Kristen Ringdal (Johannessen et al., 2010). De skal først tolke spørsmålet, deretter hente frem relevant informasjon fra hukommelsen og så forme denne informasjonen til et svar for så tilpasse dette svaret til de oppgitte svaralternativene i spørreskjemaet. Respondenten kan til slutt foreta en sensurering eller redigering slik at deres svar går i sosialt ønsket retning. Spørsmål i et

spørreskjema må utformes etter tre prinsipper som i følge Gustav Haraldsen (Johannessen et al., 2010) vil lette de fire første fasene og respondenten kan gi fornuftige svar. Han mener det er vesentlig at respondenten må forstå ord og uttrykk, vite hvilke opplysninger de skal hente frem for å svare og de må vite hvilken målestokk de skal bruke når de svarer. For respondentene i vår studie var målestokken tydelig forklart på skjemaet da svaralternativene er basert på en fempunkt Likert skala (Johannessen et al., 2010). SPO skulle krysse av og si seg helt uenig til helt enig med totalt fem svaralternativer til ni uttalelser om overleveringen som ble utført. Nederst på skjemaet var det et felt for fritekst der de kunne kommentere eller utdype. Skjemaet vi brukte var semistrukturert. En fempunkt skala er mest hensiktsmessig da en trepunkt vil gi for lite nyanser mens fler enn fem punkter kan bli for detaljert. Når en har en fempunkt skala kan man beskrive hvert svaralternativ med ord, noe som vil gjøre det lettere å svare (Johannessen et al., 2010). Det var viktig at skjemaet skulle være enkelt og raskt å fylle ut slik at det ikke stjal tid og ressurser som sykepleier heller burde brukt på pasienter, men likevel kunne øke svarprosenten og villigheten til å svare. Med tanke på forståelse av ord og uttrykk, var skjemaet i utgangspunktet på engelsk og som sagt mer omfattende enn det var behov for i denne studien. Det var hensiktsmessig å teste instrumentet før datasamlingen startet for å se om oversettelsen som var gjort hadde et klart og tydelig ordvalg og språk og var brukervennlig. Derfor ble det gjort en prestudie (Befring, 1994; Johannessen et al., 2010). Et spørreskjema bør testes på de samme personene som utvalget skal bestå av for å validere spørsmålene (Bell, 2014; Münster, 2007). To sykepleiere på den aktuelle postoperative avdelingen for studien ble bedt om å svare på om skjemaet var enkelt å bruke eller om noe var uklart og vanskelig å svare på. Vi ba dem om å forsøke å fylle det ut med utgangspunkt i deres siste pasientoverføring. De fant den oversatte versjonen enkel å bruke og det var ikke behov for å endre på ordlyden. Det finnes flere metoder en bør benytte for oversettelse av spørreskjemaer som er mer omstendelige som for eksempel Gjersing, Caplehorn & Clausen (2010) viser til. I denne sammenhengen var språket i skjemaet enkelt og lite avansert og metoden for oversettelse som ble brukt noe lettvinnt, men vi fant det mest hensiktsmessig med tanke på oppgavens størrelse og omfang og materialet som skulle oversettes. For å vite hvilke opplysninger respondentene skulle benytte seg av ble skjemaet delt ut like etter muntlig rapport var avsluttet med en kort muntlig og skriftlig forklaring. Det ble informert om at skjemaet ville bli samlet inn igjen etter en halvtime med mindre de ønsket mer tid. Slik kunne informasjonen om tilfredshet ved overføringen innhentes før noe ble glemt.

Respondenten på et spørreskjema eller i en intervjusituasjon kan svare det som Kristen Ringdal kaller i “sosialt ønsket retning”, og er en faktor som kan svekke studiens reliabilitet og validitet (Johannessen et al., 2010). Selv om det vil være en risiko for at respondenten vil svare på denne måten, mener vi det er mest hensiktsmessig å spørre mottakende sykepleier direkte for å fastslå tilfredsheten med rapporten. Respondenter kan være forsiktige med å uttale seg for å unngå å sette kollegaer i negativt lys ved å for eksempel si at rapporten ikke er tilfredsstillende. Det kan også være at respondenten svarer uriktig uten intensjon om å gjøre det. Dette kan forekomme ved bruk av spørreskjema, men også ved intervjuer eller i fokusgrupper. Ved å be respondenten besvare et enkelt, anonymisert avkryssningsskjema uten observatørene tilstede forsøke vi å opprettholde forskerdistanse.

Dette er en studie med et lite utvalg, og kan påvirkes av lokale forhold. Noen steder vil rapportering gjøres i en annen situasjon, for eksempel i et annet rom der det er mindre forstyrrelser enn ved pasientens seng. Dette gjør at studien ikke har stor overførbarhet og da ikke stor ytre validitet, men kan være nyttig for å gjøre eventuelle endringer i kulturen ved det aktuelle sykehuset (Johannessen et al., 2010).

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Ved besvarelsen av spørreskjema var det kun et inklusjonskriterium. SPO måtte ha mottatt en pasient fra OT som hadde blitt inkludert i observasjonsstudien. For observasjonsstudien ble det satt flere inklusjons- og eksklusjonskriterier som vil bli presentert under.

2.3.1 Inklusjonskriterier

Både OS og AS ble observert da begge bidrar under muntlig rapport ved overlevering ved det aktuelle sykehuset. Om anestesilege eller sykepleiere i videreutdanning eller opplæring er med under overleveringen regnes disse som en del av OT, og blir inkludert i studien.

Pasienter som mottok anestesi i sammenheng med operasjon på bakgrunn av traume, elektiv eller øyeblikkelig-hjelp kirurgi og ortopedi-, gastro-, nevro- og kjevekirurgiske avdelinger ble inkludert, uavhengig av kjønn, anestesitype, alder, ASA og operasjonstid.

2.3.2 Eksklusjonskriterier

Pasienter som kom direkte fra akuttmottaket til postoperativ uten å gå via operasjonsstue ble ekskludert da vår erfaring tilsier at det ofte ikke er kun OS og AS som overleverer pasienten og heller ikke kun en SPO som tar pasienten i mot. Det er ofte flere kollegaer i begge ender supplert av leger fra ulike fagfelt og lignende, noe som kan gjøre observasjonen uoversiktlig. Dette gjenspeiler heller ikke en vanlig overlevering som er hva vi ønsker å kartlegge i denne studien.

Pasienter som gikk fra en avdeling til operasjon og deretter direkte tilbake til samme avdeling ble ekskludert. Dette er fordi vi har erfart at mye av det en ville nevnt i en rapport hvor pasienten er ny for de som overtar pasienten, ikke blir nevnt. La oss si at OT henter en intensivpasient og leverer pasienten tilbake til samme avdeling og sykepleier. Vår erfaring er at man velger å ikke gå gjennom tidligere sykehistorie men velger kun å fokusere på det som har blitt gjort og eventuelt endret seg med pasienten mens OT har hatt ansvaret for vedkommende. Dette er for å unngå unødvendig tidsbruk. Det samme gjelder for pasienter som har vært innlagt flere ganger tidligere der både operasjons-, anestesi- og postoperativ avdeling er godt kjent med pasienten, dens sykdomshistorie og -omfang.

Det aktuelle sykehuset har en stor operasjonsavdeling og flere postoperative avdelinger. Det medførte at pasienter som ble operert i thorax eller hjerte og barn ble levert til egne postoperative avdelinger. Disse avdelingene søkte vi ikke tillatelse til om å få gjennomført studien på grunn av oppgavens størrelse og omfang. Dermed ble disse pasientgruppene ikke inkludert i denne studien.

2.4 Dataanalyse.

Det ble benyttet IBM SPSS Statistics versjon 24 for å analysere dataene. For å bearbeide datamaterialet og se hvordan enhetene fordelte seg på variablene ble det brukt deskriptiv statistikk. Deretter ble det utført en korrelasjonsanalyse for å se om det var sammenheng mellom disse variablene. Det ble benyttet Pearsons produktmomentkorrelasjon. Med dette korrelasjonsmålet ville en se om det er en positiv, negativ eller fraværende samvariasjon mellom variablene og hvor sterk denne sammenhengen eventuelt er. Korrelasjonsmålet Pearsons r uttrykkes i verdier fra +1 til -1 og forteller om korrelasjonen er positiv eller negativ samt styrken på samvariasjonen. Det finnes ikke definitive mål på hva som er en høy eller lav korrelasjon, men vi har valgt å benytte følgende verdier; 0,00-0,19 = veldig svak, 0,20-0,39 = svak, 0,40-0,69 = moderat, 0,70-0,89 = høy og 0,90-1,00 = meget høy (Johannessen et al., 2010).

2.5 Kunnskapssøk og kildekritikk.

For å få innsikt i hva slags forskning som tidligere er gjort på dette feltet ble det gjennomført et systematisk søk. I flere av artiklene som ble funnet er det fokus på pasientsikkerhet og hva som kan gjøres for å optimalisere overlevering av pasienter. Mange anbefaler innføring av standardisert rapport for å sikre god kvalitet på informasjonsoverføringen og mange artikler var implementeringsstudier. Flere beskriver at avbrytelser forekommer, men kun noen få utdyper hvilke avbrytelser det er snakk om, antall, og om det har en sammenheng med innholdet i rapporten. Det ble søkt etter et egnet verktøy for å kartlegge overlevering, samt et verktøy for å undersøke tilfredsheten rundt overføringen hos postoperativ sykepleier. Det finnes flere verktøy, men observasjonsskjemaet PoHAT av Nagpal et al. (2011) ble vurdert som brukervennlig og hensiktsmessig for å undersøke det vi ønsket, mens "Perioperative handoff survey" av Petrovic et al. (2015) ble vurdert som hensiktsmessig for å vurdere tilfredsheten. Pensum for videreutdanningen er sett igjennom, det som er vurdert som relevant ble inkludert.

2.5.1 Søkestrategi

Det ble satt opp et PICO skjema under veiledning av skolens bibliotekar. Det ble benyttet flere kombinasjoner av søkeord. Som et eksempel ble P skrevet opp som “Post anesthetic patient” OR “Post operative patient”, på I “Oral report” OR “Distractions” og på O “Quality of Nursing Care”. Noen ord var det vanskelig å finne MeSH termer til, så det ble benyttet flere nøkkelord. For å finne MeSH termer ble Swemed benyttet. Google Translate ble brukt for oversettelse av nøkkelord. Ved å se på ord brukt fortløpende i relevante artikler ble det funnet flere MeSH termer og nøkkelord. Nøkkelord og MeSH termer som ble benyttet var for eksempel “handoff (patient safety)”, “handover”, “oral report”, “bedside report”, “shift report”, “patient transfer”, “care transition”, “satisfaction handoff PACU”, “provider satisfaction handoff”, “continuity of patient care”, “continuity of information”, “quality of nursing care”, “anesthesia recovery period”, “distractions”, “interruptions”, “postoperative anesthetic” og “anesthesia” i ulike kombinasjoner. Da det ble søkt på MeSH (M) og nøkkelord (N) individuelt ble det svært mange treff, men da de ble kombinert med AND reduserte dette antall treff betraktelig. For eksempel på Cinahl ga M “Hand off (Patient Safety)” 1170 treff og N “Interruptions” 950 treff. Om man kombinerer disse med AND får en 14 treff. Gjennom dette søket ble artikkelen av Spooner et al. (2015) funnet, en observasjonsstudie som ser på antall og årsak til forstyrrelser under rapportering ved en intensivavdeling.

Det ble startet høyt oppe i S-pyramiden på UpToDate og Cochrane Library (Helsebiblioteket, 2016). Deretter fortsatte søket i Medline og Cinahl. Fortløpende ble det sett gjennom referanselistene til de relevante artiklene, og kun et par nye artikler ble funnet der. Dette kan tyde på at det systematiske søket som ble utført var relativt fullstendig. De fleste av artiklene brukt i denne oppgaven ble funnet gjennom systematiske søk, men noen ble tilsendt av fagsykepleier og kollegaer på arbeidsplassen.

Full søkehistorikk og oversikt ble skrevet i prosjektbeskrivelsen til masteroppgaven og ikke gjengitt i full detalj her på grunn av oppgavens design, størrelse og omfang.

2.5.2 Utvelgelse av forskningsartikler

For å vite om en artikkel var relevant ble først overskriften lest og deretter abstract. Om dette var relevant ble hele artikkelen lest, og enten inkludert eller ekskludert. De fleste artiklene var tilgjengelige i fulltekst mens noen få måtte bestilles via skolens bibliotek.

Studier av ulik størrelse ble inkludert. De fleste artiklene var under 10 år, derfor ble ingen regnet som for gamle og med det irrelevante. Artikler som beskriver rapport mellom leger er ekskludert fordi de som oftest i følge vår erfaring har en annen rapporteringssituasjon enn sykepleiere og vil ikke ha noen overføringsverdi. Studier der man har sett på skriftlige rapporter ble ekskludert, da man i denne studien kun ønsker å se på muntlige rapporter. Mange av artiklene som ble funnet var implementeringsstudier og målte kvalitet på overlevering før og etter innføring av intervensjoner. Enkelte av disse artiklene ble ekskludert da de ikke kunne relateres til vår studie.

3.0 FORSKNINGSETIKK OG –JUSS

I dette kapittelet gjøres det rede for søknadsprosessen for å få tilrådning til å gjennomføre studien og hvordan det ble innhentet informert kvalifisert samtykke.

3.1 Søknadsprosess.

Dette forskningsarbeidet er en del av et kvalitetssikringsprosjekt hvor innholdet i muntlig rapport, overleveringsprosess, pasientstatus og bruk av sjekklister og avbrytelser ved postoperative pasientoverføringer skal kartlegges og evalueres. Et kvalitetssikringsprosjekt er et prosjekt der data som samles inn skal brukes for å forbedre en praksis som allerede foregår (Bjørk & Solhaug, 2008). Kvalitetssikringsprosjekter omfattes ikke av virkeområdet til helseforskningsloven, da den omfatter prosjekter som har som formål å skaffe ny kunnskap om sykdom og helse (Helseforskningsloven, 2016, §2 og §4 a). Ved denne studien ble det gjort et samarbeid med en doktorgradsstipendiat som over lengre tid har studert postoperative overleveringer. Vedkommende har tidligere søkt REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) og fikk svar 30.01.2015 (Vedlegg 5) om at det ikke var nødvendig å søke anbefaling hos dem, da dette er en studie for å sikre kvalitet i helseforetaket. Vi startet derfor med å søke til Personvern på den aktuelle institusjonen. Det var nødvendig å innhente informert samtykke fra pasientene inkludert i studien fordi den muntlige rapporten blir overhørt av observatører som ikke er behandlende personell, så samtykkeskjema ble vedlagt søknaden (Vedlegg 6 og 7). I dette samtykket ble det bedt om tillatelse til å gjøre oppslag i deres journal. Slik kunne vi innhente ASA-klassifikasjon og operasjonstid. Det ble innhentet tillatelse fra lederne ved de avdelingene der ansatte kunne bli inkludert i studien; anestesi- (Vedlegg 8), operasjon- (Vedlegg 9) og to postoperative avdelinger (Vedlegg 10 og 11) før vi fikk tilrådning fra Personvern 09.05.2017 (Vedlegg 12). Etter dette delte de aktuelle avdelingslederne ut informasjon (Vedlegg 4) om studien til potensielle deltakere ansatt ved institusjonen og observasjonsstudiet startet like etter. Den ene postoperative avdelingen brukte lang tid på å gi tillatelse grunnet interne forhold, men tillatelse ble innvilget 05.09.17. Personvern ga tillatelse til

å starte studien på de andre avdelingene mens vi ventet på godkjenning fra den siste postoperative avdelingen.

3.2 Informert kvalifisert samtykke.

3.2.1 Pasient

For å få innsyn i pasientens journal kreves det at man innhenter informert kvalifisert samtykke angående deltakelse i studien fra pasient, selv om en ikke kan identifisere enkeltpersoner direkte eller indirekte i studiens endelige produkt (Personopplysningsloven, 2015, §31 og §33). Samtykkeskjema ble utarbeidet og gitt til hver enkelt pasient samt muntlig informasjon om studien av observatørene. Listen med pasientenes navn og personnummer ble lagret i en safe på et låst kontor på arbeidsplassen. Vi innhentet samtykke hos noen pasienter like etter overføring og andre pasienter dagen etter, alt etter som det passet ut i fra pasientens våkenhet og tilstand. Hos et par av pasientene fikk vi mulighet til å innhente samtykke preoperativt.

3.2.2 Helsepersonell

Det ble sendt et informasjonsskriv på mail til de aktuelle avdelingslederne (Vedlegg 13) og et eget skriv de viderefremidlet til sine ansatte. Kandidatene stilte opp på personalmøter eller morgenmøter og informerte om studien og åpnet for at de ansatte kunne stille spørsmål. Det ble tilstrebet å gi mest mulig fullstendig informasjon om studien, men samtidig en mer omtrentlig beskrivelse med hensikt å unngå Hawthorne effekten (Johannessen et al., 2010; Nortvedt et al., 2012). Deltakerne ble informert om at prosjektets formål var å kartlegge rapporteringssituasjonen og -innhold ved overlevering av pasient fra OT til SPO, men ikke hva sjekklister inneholdt eller at avbrytelser ble registrert. Det vil alltid være risiko for at helsearbeidere blir nervøse hvis de opplever at forskerne undersøker deres prestasjoner, og om dette kan få konsekvenser for dem. Det er derfor viktig å presisere at den enkelte ikke kan identifiseres, og at målet med studien er å forbedre praksis eller systemer (WHO, 2013). Det ble påpekt at dette ikke var en studie av enkeltpersoner men at en ønsket å få et helhetlig bilde av praksis.

En kunne motsette seg å delta i studien ved å ta kontakt med sin nærmeste leder. Samtidig er man som sykepleier underlagt yrkesetiske retningslinjer hvor man skal ha en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2016). For å kunne oppnå dette må en som sykepleier være åpen for å bidra til forskning som kan avdekke om det er behov for å endre praksis for å gi pasientene bedre helsetjenester og ved vår studie, en høyere pasientsikkerhet.

På dagene der studiet skulle gjennomføres var observatørene innom koordinerende sykepleier på postoperativ avdeling og informerte om at en var tilstede på avdelingen de aktuelle dagene. Koordinator informerte ikke sine kollegaer på postoperativ om at studien skulle gjennomføres denne dagen. SPO som på de aktuelle avdelingene var på forhånd informert om hvem observatørene var gjennom informasjonsskriv og møter. Om SPO eller OT oppfattet at det ville være ugunstig for pasienten å ha observatørene tilstede ble de i informasjonsskrivet bedt om å informere observatørene. Slik kunne observatørene trekke seg tilbake og pasienten fikk ivaretatt sin integritet og verdighet i forhold til å verne om deres fortrolige opplysninger (NSF, 2016). Dette forekom ikke i løpet av observasjonene som ble gjennomført. Med alt nevnt over mener vi at de forskningsetiske retningslinjene utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2016) ble ivaretatt.

4.0 RESULTAT

Resultatet av en pilotstudie er erfaringer i forhold til gjennomførbarhet og forslag til endringer en bør gjøre før det utføres en større studie, dette vil bli presentert i kapittel 5.0 “Diskusjon”.

Hensikten med en pilotstudie er ikke å trekke konklusjoner ut ifra de innsamlede dataene, noe vi heller ikke kommer til å gjøre (Polit & Beck, 2017). Det er diskutert i forskningsmiljøet om innhentede funn i pilotstudier skal publiseres, men Polit & Beck (2017) anbefaler at dette gjøres da andre kan ha nytte av disse. Videre i dette kapitlet presenteres funnene fra observasjonsstudien og spørreundersøkelsen på tross av et lite utvalg. De vil bli presentert hver for seg og deretter blir det undersøkt om det er noen sammenhenger mellom disse.

Tabell 1; Bakgrunnsdata til pasienter inkludert i observasjonsstudien

N=30	n (%)	Gjennomsnitt (min-max)	Standardavvik
Alder (år)		59,6 (25-90)	16,5
Kjønn			
• Menn	18 (60,0)		
• Kvinner	12 (40,0)		
Operasjonstid (minutter)		122 (17-256)	66,4
ASA			
• ASA 1	2 (6,7)		
• ASA 2	16 (53,3)		
• ASA 3	12 (40,0)		
Seksjon			
• Ortopedisk kirurgi	8 (26,7)		
• Nevrokirurgi	10 (33,3)		
• Gastrokirurgi	12 (40,0)		

Hovedanestesi			
• Generell	26 (86,7)		
• Regional	1 (3,3)		
• Lokal	2 (6,7)		
• Sedasjon	1 (3,3)		

4.1 Observasjonsstudie.

Det ble totalt observert 30 pasientoverføringer. I Tabell 2 er det presentert hvor mange punkter som ble nevnt og utført (antall scoret som “Ja”) under den muntlige rapporten etter kategoriene i PoHAT i prosent. Den informasjonen som sjeldnest ble rapportert var punktene under kategoriene “Anestesiinformasjon” og “Utstysopp-gaver”. Resultatene fra observasjonsstudien vil ikke bli presentert i detalj da vi ikke anser det som hensiktsmessig, men enkelte funn som er interessante vil trekkes frem.

Tabell 2; Innhold og oppgaver utført ved 30 overleveringer scoret etter PoHAT

Kategori	% sagt
Pasientinformasjon	72,4
Anestesiinformasjon	50,4
Kirurgisk informasjon	63,9
Utstysopp-gaver	50,7
Pasientspesifikke oppgaver	75,6
Alle kategorier samlet	61,1

I gjennomsnitt ble 17,7 av de 29 punktene i PoHAT nevnt eller utført. Under kategorien "Pasientinformasjon" ble punktet "Alder" rapportert færrest ganger, 13 (43,3%) ganger, etterfulgt av "Allergier" som ble nevnt 17 (56,7%) ganger. Under kategorien "Anestesiinformasjon" ble punktet "Blodprodukter gitt/behov for/bestilt/tilgjengelige" nevnt ved færrest overføringer, 5 (16,7%), etterfulgt av punktene "Plan for monitorering (hvilke parameter skal måles og grenser)" og "Postoperative undersøkelser (rgt, hb)" som hver ble nevnt 7 (23,3%) ganger. Under kategorien "Kirurgisk informasjon" ble punktet "Antall dren og plan" nevnt færrest ganger, 9 (30%), etterfulgt av "Plan for ernæring" som ble nevnt 13 (43,3%) ganger. Under kategorien "Utstyrsoppgaver" ble "Sprøytepumper klar før overlevering" utført færrest ganger, 4 (13,3%), etterfulgt av "Dren lokalisert på en trygg måte" som ble utført 6 (20%) ganger. Under kategorien "Pasientspesifikke oppgaver" ble "Pasienten får oksygen" utført 18 (60%) og færrest ganger etterfulgt av "Pasienten har god smertelindring" med 21 (70%) ganger.

Det ble registrert til sammen 35 avbrytelser, i gjennomsnitt 1,17 ($\pm 1,26$) avbrytelse per rapport. 60 % av rapportene ble avbrutt en eller flere ganger. Rapporten som ble avbrutt flest ganger, ble avbrutt fem ganger. Medianen for avbrytelser var 1. Årsakene til avbrytelsene varierte og er sortert etter innhenting av data i følgende kategorier med antall avbrytelser satt i parentes; "Personell involvert i pasient" (9), "Pasientens tilstand krevde tiltak" (6), "Andre pasienter" (5), "Data-/utstyrsproblemer" (4), "Pasienten stilte spørsmål til SPO/AS" (4), "SPO hilste på pasient under rapportering" (3), "Manglende forordninger" (2), "Irrelevant prat med kollega som ikke er involvert i pasient" (2).

Kollegaer var den hyppigste årsaken til at rapportene ble avbrutt. Leger, studenter, anestesipersonell og sykepleiere på post operativ avdeling var blant dem som avbrøt ved å supplere hverandres rapport og stille spørsmål som var irrelevante, som for eksempel til drift av avdelingen. Ved "Data-/utstyrsproblemer" var årsaken til to av de fire avbrytelsene at den digitale pasientkurven ikke var åpnet før OT skulle avlegge rapport. Da den skal være åpnet ifølge lokale prosedyrer ble rapporten avbrutt ved at SPO begynte å åpne det underveis. En annen gang fungerte ikke programmet som det skulle og måtte restartes. Ved den fjerde anledningen var ikke overvåkningsutstyret komplett. To av pasientene som ankom postoperativ hadde noe lav respirasjonsfrekvens og behøvde å bli minnet på å trekke pusten, noe som gjorde at OT eller SPO

måtte avbryte rapporten. Tre av pasientene hadde behov for smertelindring, mens en pasient fikk rask atrieflimmer underveis i rapporten.

4.2 Spørreundersøkelse.

Det ble delt ut og besvart totalt 30 spørreskjemaer. Flest SPO sa seg enig i spørsmål 1 (“Jeg var fornøyd med overleveringen av pasient fra operasjonsteam”), 3 (“Den muntlige rapporten fra anestesisykepleier var tilfredsstillende”), 4 (“Jeg kunne høre alt som ble sagt under hele rapporten”) og 8 (“Det var lett å forstå når overleveringen startet og sluttet”). Spørsmål 9 (“Jeg fikk råd om hva jeg skulle gjøre dersom bestemte problemer dukket opp”) stilte flest seg nøytrale til. Flest SPO var uenig i spørsmål 2 (“Den muntlige rapporten fra operasjonssykepleier var tilfredsstillende”), 7 (“Ved overlevering gikk oppkobling av utstyr og overvåkning problemfritt”) og 9 (“Jeg fikk råd om hva jeg skulle gjøre dersom bestemte problemer dukket opp”).

Av de 270 svarene fra de 30 spørreskjemaene som ble besvart stilte 22 (8,1%) seg helt eller delvis uenig med uttalelsene på de 9 spørsmålene. Til uttalelsene stilte 24 (8,9%) seg nøytrale og 224 (83,0%) sa seg helt eller delvis enig.

For å presentere resultatene fra spørreundersøkelsen mer oversiktlig i tabell 3 ble de fem svaralternativene slått sammen til tre. “Helt uenig” og “Delvis uenig” ble slått sammen til en kategori kalt “Uenig”. Nøytral ble stående som originalt i spørreskjemaet. “Helt enig” og “Delvis enig” ble slått sammen til en kategori kalt “Enig”.

Tabell 3; Sykepleier på postoperativ sin tilfredshet med overlevering av pasient

N= 30, n (%)	Uenig	Nøytral	Enig
1. Jeg var fornøyd med overleveringen av pasient fra operasjonsteam	1 (3,3)	1 (3,3)	28 (93,4)
2. Den muntlige rapporten fra operasjonssykepleier var tilfredsstillende	4 (13,3)	0 (0,0)	26 (86,7)
3. Den muntlige rapporten fra anestesisykepleier var tilfredsstillende	1 (3,3)	1 (3,3)	28 (93,4)
4. Jeg kunne høre alt som ble sagt under hele rapporten	2 (6,6)	0 (0,0)	28 (93,4)
5. Jeg mottok informasjon om potensielle problemer som kan oppstå hos denne pasienten	3 (10,0)	6 (20,0)	21 (70,0)
6. Jeg fikk informasjon om det var noe jeg må følge opp hos denne pasienten	2 (6,7)	2 (6,7)	26 (86,6)
7. Ved overleveringen gikk oppkobling av utstyr og overvåkning problemfritt	4 (13,3)	1 (3,3)	25 (83,4)
8. Det var lett å forstå når overleveringen startet og sluttet	1 (3,3)	1 (3,3)	28 (93,4)
9. Jeg fikk råd om hva jeg skulle gjøre dersom bestemte problemer dukket opp	4 (13,3)	12 (40,0)	14 (46,7)

Fra det åpne spørsmålet om det var noe SPO savnet ved rapporten ble det samlet inn følgende kommentarer; “Informasjon om blærekateter”, “Fikk ikke med meg oppkobling av overvåkningsutstyr, var midt i rapport om annen pasient”, “Operasjonssykepleier var ikke tilstede” ble nevnt to ganger, “Usikkerhet rundt liggetid, tidligere historikk og sykdommer samt neurologiske utfall” og “Pasienten hadde mye smerter ved overlevering”.

4.3 Dataanalyse.

For å undersøke om en kan benytte SPSS for å finne samvariasjon mellom antall avbrytelser, innhold i den muntlige rapporten og SPO sin tilfredshet ble det utført en korrelasjonsanalyse. For korrelasjon mellom postoperativ sykepleier sin tilfredshet og antall avbrytelser fikk man en r -verdi på 0,200, for korrelasjon mellom antall avbrytelser og overlevering av pasient fant en r -verdi på 0,148 og for korrelasjon mellom overlevering av pasient og postoperativ sykepleier sin tilfredshet ble det funnet en r -verdi på 0,172. En fant altså ingen statistisk signifikant sammenheng mellom variablene ettersom en benytter grensene nevnt i kapittel 4.4 der r -verdi på 0,200 regnes som svak og r -verdier på 0,148 og 0,172 regnes som veldig svake. Dette er en pilotstudie med lite utvalg og dataene og resultatet av analysen kan ikke benyttes til å trekke slutninger. Vi oppfattet at SPSS kan være et egnet verktøy for å analysere data ved en liknende studie av større skala.

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet skal vi besvare de tre forskningsspørsmålene. Vi vil diskutere styrker og svakheter ved de valgte metodene og instrumentene. Det vil og bli presentert forslag til justeringer en bør gjøre før en utfører en større studie.

5.1 Observasjonsstudie med bruk av PoHAT som instrument.

Ved å benytte observasjon som metode og det valgte instrumentet utarbeidet av Nagpal et al. (2011) erfarte vi flere utfordringer. Som observatør oppdaget vi at det til tider var vanskelig å høre hva som ble sagt under de muntlige rapportene, noe som var en svakhet ved den valgte metoden. At observatør ikke fylte ut observasjonsskjemaet korrekt er også en potensiell svakhet. Den muntlige rapporten på postoperativ avdeling ved det aktuelle sykehuset ble avlagt ved fotenden til pasientens seng. I dette miljøet er det til vanlig høyt tempo, mange mennesker på samme rom og en del støy, og det er beskrevet flere steder at støy kan føre til mindre sikker overføring av informasjon (Allaouchiche et al., 2002; Robins & Dai, 2015; Stagers & Jennings, 2009). Dette kan påvirke de som skal avgi og motta rapport, men også observatørene som befinner seg i samme miljø. Vi erfarte at dersom personen som ga og/eller mottok rapport snakket lavt eller utydelig, eller at det var mye støy i rommet økte risikoen for feilregistreringer. Observatør kunne misforstå eller ikke oppfatte det som ble sagt, noe som satte reliabiliteten i fare. Ved en av de ti første observasjonene opplevde vi at den ene observatøren ikke hørte deler av rapporten. Etter dette ble vi mer bevisst på hvor vi plasserte oss under observasjonene, og om observatør opplevde at en hørte dårlig valgte vedkommende å stille seg nærmere. Ved en større studie anbefaler vi at observatør aktivt flytter og tilpasser seg under observasjonene for å sikre at en hører alt som blir sagt. Ifølge spørreskjemaet stilte 2 (6,6%) respondenter seg uenig i uttalelse nummer 4. "Jeg kunne høre alt som ble sagt under hele rapporten". Det er ikke oppgitt hvorfor de var uenige, men det er mulig at det er av samme årsaker som observatørene erfarte.

Vi opplevde ved et par anledninger at kollegaer fra både anestesi og postoperativ avdeling henvendte seg til oss under observasjonene. Det var enten for å stille spørsmål om studien eller

for å snakke om andre ting. Som observatør i et miljø der en arbeider til daglig er det lett å bli gjenkjent. Vi mener ikke dette har påvirket gjennomføringen av observasjonene da vi umiddelbart tydeliggjorde vår rolle som observatør ved henvendelser. Likevel kan det være en viss risiko for at en kunne ha blitt avledet under observasjonen og ikke fått fullstendige registreringer om kollegaene våre ikke hadde gitt oss arbeidsro, noe som kunne ha svekket reliabiliteten.

En utfordring begge observatørene erfarte var at flere av deltakerne ønsket å prestere godt da de ble iaktatt. Begge observatørene har nylig vært studenter i praksis ved samme sykehus og fulgt med mange av de samme AS under overlevering fra OT til SPO. Nå var vi i samme situasjon men i andre roller og så endret oppførsel og rapportering hos de samme menneskene. Dette er ikke uvanlig når en blir observert av en man jobber sammen med og en ville kanskje ikke brydd seg like mye om dette hvis observatøren var en fremmed. WHO (2013) anbefaler at når en observerer kollegaer er det best med noen utenfra, og om denne observasjonsstudien skal gjennomføres i større skala bør en vurdere å utføre dette på en avdeling der observatørene ikke er kjent for å øke validiteten.

Det ble bevisst gitt en omtrentlig beskrivelse av studien til deltakerne og de kjente ikke til de konkrete punktene i observasjonsskjemaet eller at vi observerte avbrytelser. Med dette forsøkte vi å styrke studiens validitet. På tross av den omtrentlige beskrivelsen av studien opplevde vi at deltakerne fokuserte mer på overleveringen enn til vanlig. Om man blir bevisst på at en blir observert kan det medføre at en “tar seg sammen”. Dette er også beskrevet i liknende studier gjennomført av Randmaa et al. (2015) og Milby, Böhmer, Gerbershagen, Joppich & Wappler (2014). En kan som tidligere nevnt da få Hawthorne effekten som kan svekke studiens validitet (Johannessen et al., 2010; Nortvedt et al., 2012). Dette er vanskelig å unngå da en skal tilstrebe å gi mest mulig fullstendig informasjon om studien til de som observeres, samt at de kan bli påvirket av at det er en observatør tilstede (Johannessen et al., 2010).

Det var enkelt å rekruttere både helsepersonell og pasienter for å få gjennomført studien med 30 observasjoner. Det var satt forholdsvis åpne inklusjons- og eksklusjonskriterier som vi mener var hensiktsmessige og ga god gjennomførbarhet for denne delen av pilotstudien. Ingen

helsepersonell motsatte seg å delta verken i observasjonsstudien eller spørreundersøkelsen. Da det ble benyttet observasjon som metode var det ikke tid- og/eller ressurskrevende å delta. Studien gikk ikke utover SPO eller OT sin vanlige arbeidshverdag eller oppgaver og heller ikke pasientens behandling. En pasient som var blitt observert ønsket ikke informasjon om studien da vedkommende ikke ønsket å delta. Denne pasientens observasjonsskjema ble dermed umiddelbart makulert. En pasient det ble innhentet samtykke til preoperativt ble ikke inkludert da vedkommende ankom postoperativ samtidig som en annen pasient som også var inkludert, og det kun var en observatør til stede. Dette samtykket ble også umiddelbart makulert. Det var altså frafall av to potensielle deltakere til observasjonsstudien. På tross av at det var et lite utvalg fikk vi god innsikt i gjennomføring av rekruttering og fant dette enkelt til denne studien.

Som et eksklusjonskriterie for observasjonsstudien satte vi i utgangspunktet pasienter som var kjent for OT eller SPO fra tidligere. Det var to observasjoner hvor dette kunne vært tilfelle, og det ble diskutert i fellesskap like etterpå om disse skulle ekskluderes. Begge pasientene hadde vært innlagt ved samme postoperative avdeling tidligere, den ene noen uker i forveien og den andre for flere måneder siden. Dette kom frem i den muntlige rapporten ved gjennomgang av sykehistorie. OT og SPO ga ikke uttrykk for at de kjente pasientene fra tidligere. Da denne studien var en pilotstudie vil ikke resultatene av PoHAT primært være i fokus. Hensikten var å teste gjennomførbarhet og brukervennligheten til instrumentet, og det ble derfor konkludert med at observasjonene skulle tas med i studien. Når studien skal gjennomføres i en større skala der en er ute etter mer pålitelige resultater om overlevering undersøkt med PoHAT, mener vi man bør være mer konsekvent i forhold til dette kriteriet og ekskludere disse pasientene. Rapporten til disse pasientene kan muligens bli avlevert noe enklere og forkortet som videre kan svekke studiens validitet.

OT ved det aktuelle sykehuset er seksjonert på dagtid, og vi så at flere etterfølgende overføringer ble utført av samme OT og noen ganger til samme SPO. Dette førte til at samme OT og SPO ble observert mer enn en gang. Vi erfarte gjennom observasjonene at deltakerne har sin egen måte å overlevere og motta pasient og rapport på. Noen OT avlegger korte og avgrensede rapporter og andre mer utfyllende. Det samme gjelder SPO som har ulikt behov for informasjon når de overtar en pasient. Dette vil føre til at man observerer samme fenomen flere ganger, og dataene vil ikke

gjenspeile den generelle praksisen ved sykehuset. Hvor mange ganger dette skjedde, vet vi ikke da vi observerte hver for oss og ikke noterte navn på deltakerne. Når denne observasjonsstudien skal utføres i større skala bør man vurdere å observere på flere postoperative avdelinger, samt på vakttid (kveld og helg). En får da data som bedre gjenspeiler praksisen og overleveringene ved hele sykehuset og med det økt validitet.

Observasjonsskjemaet var utformet på en brukervennlig måte slik at det var enkelt å benytte i praksis. Likevel møtte vi raskt på utfordringer da det tidlig ble oppdaget at noen punkter ikke ble ansett som relevante ved alle overleveringer inkludert i studien. I forbindelse med denne studien var ikke vår oppgave å endre på skjemaet, men å se hvordan det fungerte i praksis. Vi har derfor under denne studien ikke lagt til et tredje svaralternativ "Ikke relevant", men registrerte disse punktene som "Nei", ikke utført/nevnt. Med dette mener vi at en ser en tydelig svakhet med skjemaet der de potensielt irrelevante punktene trekker ned totalscore til overleveringer som likevel kan være "fullstendige". Type og størrelse på inngrep, pasientstatus/-historie og forventet postoperativt forløp vil variere i stor grad, noe som igjen vil påvirke hva som vil være relevant å rapportere og utføre av oppgaver under overlevering. Totalt identifiserte vi fem punkter som gikk igjen som potensielt irrelevante i løpet av observasjonene. Dette var: "Intravenøst og intraarterielt utstyr satt opp", "Urinpose på egnet sted", "Dren lokalisert på en trygg måte", "Antall dren og plan" og "Blodprodukter gitt/behov for/bestilt/tilgjengelig". For eksempel er det ikke relevant å nevne "Dren lokalisert på en trygg måte" om pasienten ikke har dren. Dette ble i vår studie ble nevnt 6 ganger (20%). "Blodprodukter gitt/behov for/bestilt/tilgjengelig" er ikke relevant å nevne når det verken er gitt blodprodukter eller behov for. Dette ble nevnt ved kun 5 (16,7%) av 30 overføringer. Den lave scoren kan ikke med sikkerhet sies at skyldes irrelevans, men det er mulig at disse punktene rapporteres sjeldent på grunn av dette. Da PoHAT kun har svaralternativene "Ja"/"Nei" for om punktene er rapportert eller utført fører det til at punkter som ikke blir nevnt/utført registreres som "Nei", uavhengig av om de er relevante eller ikke. Om en hadde lagt til "Ikke relevant" som svaralternativ kunne en ha fått en mer korrekt måling av hvor komplett overleveringen er og økt studiens validitet. Der OT selv nevnte innhold som ikke relevant for overleveringen, ble de registrert av observatørene som nevnt. For eksempel om OT rapporterte at antibiotikabehandling postoperativt ikke var relevant, ble det registrert som nevnt, da det var diskutert under rapporten. Enkelte punkter som ikke var nevnt eller utført var det vanskelig som

observatør å vite om var relevante eller ikke. For å undersøke dette kunne observatørene ha gått inn i pasientens journal etter gjennomført observasjon og funnet årsak til hvorfor informasjonen ikke var nevnt, om den var glemt eller utelatt på grunn av irrelevans. Siddiqui et al. (2012) inkluderte “Ikke aktuelt” som et svaralternativ i sin observasjonsstudie av informasjonsoverføring mellom anestesipersonell og SPO. Der gikk de inn i pasients journal i ettertid for å verifisere informasjon som “Ikke aktuelt” å rapportere ved overføring, eller utelatt. En begrensning Siddiqui et al. (2012) nevner er at en gjør seg avhengig av kvaliteten på journalføringen med denne metoden. Om informasjon som er relevant å rapportere er utelatt fra den muntlige rapporten og heller ikke journalført, er denne metoden lite pålitelig. Om lite eller ikke all informasjon har blitt journalført kan noe som er “Utelatt/ikke nevnt” bli registrert som “Ikke aktuelt”. Dette er noe en må tydeliggjøre som en svakhet dersom en velger å inkludere “Irrelevant” som et svaralternativ i PoHAT i en større studie.

Det ble også oppdaget at den muntlige rapporten inneholdt feil, eller at informasjonen som ble gitt var mangelfull. I og med at skjemaet ikke skiller mellom korrekt/ukorrekt og fullstendig/ufullstendig informasjon, kan en rapport fylt med feil og mangler fremstå i PoHAT som en fullstendig rapport. For eksempel ble det ved et tilfelle oppdaget at deler av pasientens medisinske historie ble nevnt og da krysset av som rapportert i observasjonsskjemaet, men det viste seg at informasjonen ikke var komplett. Observatør overhørte fra SPO etter OT hadde gått at pasienten hadde både hypertensjon og vannlatingsproblemer i tillegg til det som ble oppgitt i den muntlige rapporten. Dette oppdaget SPO ved å lese i pasientens skriftlige journal. SPO fant og ut at feil postoperativ liggetid ble oppgitt i samme rapport. Det er mulig at det var flere overføringer der mangelfull eller feil informasjon ble gitt men ikke oppdaget. For å unngå at dette registreres i PoHAT som nevnt/utført anbefaler vi den samme løsningen som over, der en ettergår informasjonen i pasientens journal for å verifisere innholdet.

Ved flere anledninger etterspurte SPO informasjon etter OT hadde rapportert ferdig og åpnet for spørsmål. Da disse spørsmålene ble besvart ble det registrert som rapportert informasjon, selv om det er usikkert om det ville blitt det uten forespørsel. Dette kan anses som en svakhet ved skjemaet da det kan se ut som en mer fullstendig rapport er gitt enn det som egentlig er tilfellet. På en annen side kan en si at det er alle involverte i overføringen sitt ansvar at all nødvendig

informasjon kommer frem. Hvilken og hvor mye informasjon som blir etterspurt kan påvirkes av hvilken erfaring mottakende sykepleier har. Informasjon kan bli etterspurt fordi sykepleier har erfaring med hva som kan være aktuelt for denne type pasient eller inngrep, eller sykepleier unnlater å spørre fordi vedkommende trekker egne antagelser basert på erfaring.

En annen svakhet ved skjemaet var at PoHAT ikke ga mulighet til å notere eller registrere rapportert informasjon som ikke var inkludert som et punkt i skjemaet. Dette selv om det kan regnes som svært relevant informasjon. Om en pasient for eksempel har nedsatt funksjonsnivå i form av redusert hørsel, syn, bevegelighet eller nedsatt kognitiv funksjon preoperativt, er vår erfaring at dette ofte nevnes, og anser dette som punkter som med fordel kunne vært inkludert i skjemaet. Om en pasient for eksempel er desorientert på postoperativ avdeling, er det nødvendig for SPO å vite om pasienten har en kognitiv svikt fra tidligere, eller om dette har nylig oppstått. Plan for mobilisering, risiko for postoperativ kvalme og oppkast og blærestatus er og punkter som med fordel kunne blitt inkludert i skjemaet. Anestesisykepleier bør kartlegge alle pasienter med hensyn til disposisjon for postoperativ kvalme og oppkast (POKO) preoperativt, og om pasienten viser seg å ha forhøyet risiko for dette kan det være nyttig kunnskap for SPO (Valeberg, 2011a). Tidlig mobilisering kan forebygge komplikasjoner relatert til sengeleie og kan redusere rekonvalesenstiden (Valeberg, 2011b). Samtidig kan enkelte pasienter ha restriksjoner for mobilisering på grunn av inngrepet de har vært igjennom og dette er da relevant å nevne ved en overlevering. Ikke alle pasienter får blærekateter underveis ved oppholdet på operasjonsavdelingen, men kan ha vært engangskateterisert eller blærescannet på operasjonsstua. Vår erfaring er at dette nevnes ofte, og er svært relevant da det er påvist en klar sammenheng mellom postoperativ morbiditet og mortalitet og per-og postoperativ renal dysfunksjon (Bekkhuis, 2011). En skal likevel ha anbefalingene til WHO (2007) med seg der de anbefaler at en rapport ikke skal inneholde annet enn relevant informasjon. I en intervjustudie utført av Nagpal et al. (2012) ble det oppgitt at store mengder informasjon kunne gjøre det vanskelig å differensiere hva som er mer eller mindre viktig, noe som underbygges av Rose & Newman (2016) og Siddiqui et al. (2012). Om punkter som dette blir nevnt under rapport gir ikke PoHAT observatør mulighet for å registrere dette som rapportert informasjon. Det vil si at om en rapport som inneholdt mye relevant informasjon for denne pasienten og overleveringen, men som ikke var inkludert under punkter i PoHAT, kan gi et totalinntrykk av en lite komplett rapport og etter vår mening et feil

bilde. Validiteten blir med det svekket. En kan da vurdere å tilpasse observasjonsskjemaet til de ulike pasientgruppene for å unngå et for omfattende skjema og få et mer korrekt bilde av innholdet i rapporten. For eksempel vil det for en gastrokirurgisk pasient vanligvis være mer relevant å informere om ernæringsplan enn for en ortopedisk pasient. Ikke fordi ernæring ikke er relevant for en ortopedisk pasient, men de har sjeldnere ernæringsproblematikk eller -restriksjoner som burde rapporteres enn gastrokirurgiske pasienter.

En overlevering kan være komplett og inneholde alle nødvendige, relevante opplysninger og utførte oppgaver selv om den får en lav total score ut ifra PoHAT. Alder, tidligere sykehistorie, type anestesi og lengde og størrelse på kirurgisk inngrep kan etter vår erfaring påvirke innholdet og omfanget av en muntlig rapport. Dette underbygges av Siddiqui et al. (2012). Med økende alder øker forekomsten av sykdom og en eldre pasient kan medføre behov for en mer omfattende rapport (Den Norske Legeforening, 2001). Generell anestesi medfører flere intervensjoner fra anestesipersonell sin side enn regional- eller lokalanestesi, som igjen ofte fører til mer omfattende innhold i muntlig rapport ved overlevering til postoperativ avdeling. Det vil være mer informasjon som må videreformidles ved rapport på en pasient som har hatt et større inngrep enn en pasient som har vært til et lite inngrep. For eksempel kan en pasient som fra før har flere sykdommer og gjennomgår et stort ortopedisk inngrep ankomme postoperativ med pågående infusjoner, ha fått et eller flere dren, ha fått/har behov for blodprodukter, ha klare postoperative monitoreringsgrenser og skal gjennomgå flere postoperative undersøkelser. Dette vil erfaringsmessig lede til en mye mer utfyllende rapport enn om den ortopediske pasienten er frisk fra tidligere og har gjennomgått et enkelt inngrep uten komplikasjoner, som for eksempel en lukket reponering av et brudd med anestesitid på få minutter. Disse to rapportene kan få svært ulik total score i PoHAT selv om de kan være like komplette i forhold til den enkelte pasienten. Dette kan være vanskelig å unngå ved kartlegging av overlevering selv om man tilpasser observasjonsskjemaet til hver enkelt pasientgruppe. Det vil som oftest være store variasjoner innad i en gruppe. På tross av at det vil være vanskelig å standardisere et observasjonsskjema, vil vi likevel anbefale å tilpasse PoHAT til ulike pasientgrupper. Vi mener det vil gi et mer korrekt bilde av relevant innhold og oppgaver for en overlevering enn det PoHAT har i dag.

Enkelte punkter i PoHAT var formulert slik at de kunne tolkes på ulike måter avhengig av observatør. Under kategorien “Pasientspesifikke oppgaver” er det to punkter som heter “Pasienten har god smertelindring” og “Pasienten er godt tildekket”. God smertelindring kan tolkes og defineres på mange måter. Vi valgte å forholde oss til definisjonen som sier at smerte er en subjektiv opplevelse, det er kun pasienten selv som kan bedømme om smertelindringen er tilstrekkelig og målet er at smerter i postoperativ fase ikke overskrider NRS på 3 (Valeberg, 2011b; Dihle, 2011). Alle pasienter som ankom postoperativ avdeling ble rutinemessig spurt av SPO enten like før eller etter overlevering om de hadde smerter. Det pasienten selv oppga var det som ble registrert. Observatørene ble i løpet av de første 10 observasjonene enige om at pasienten var godt nok tildekket om dyne eller tilsvarende dekket fra beina opp til mamillene eller høyere. Dette gjaldt både kvinner og menn. Som nevnt tidligere hadde vi lik tolkning av alle punktene, men mener dette er relevant å diskutere da vi ser at det er åpent for at det kan tolkes på andre måter. Det er ikke spesifisert i PoHAT hvordan dette skal tolkes ved observasjon, og Nagpal et al. (2011) nevner ingen utfordringer knyttet til dette i sin artikkel. Om dette skjemaet skal brukes av andre observatører i tilsvarende miljø og i samme situasjon, kan punktene tolkes ulikt og bidra til andre målinger, noe som må anerkjennes og avklares før gjennomføring av en større studie.

Nagpal et al. (2011; 2013) har gjennomført observasjonsstudier der de har benyttet PoHAT. De konkluderer med at instrumentet fungerer hensiktsmessig for å objektivt evaluere overleveringer. I forhold til gjennomføringen av observasjonsstudien sier de lite om utfordringer og utdyper i liten grad hvorfor de synes PoHAT fungerer godt. På bakgrunn av den grundige og velbegrunnede utarbeidelsen av skjemaet forventet vi å erfare færre utfordringer ved å teste instrumentet ut på et norsk sykehus. Det hadde vært interessant å få nærmere innsikt i deres erfaringer rundt metode og instrument og få satt dette opp mot erfaringene vi sitter igjen med. Vi ville da og fått noen forslag til utfordringer vi kunne møte slik at vi hadde mulighet til å minimere eller unngå disse.

5.2 Avbrytelser.

Det ble lagt til et punkt nederst på observasjonsskjemaet slik at vi kunne registrere antall avbrytelser og årsak. Begrepet “Avbrytelser” operasjonaliserte vi på forhånd. Denne definisjonen var tydelig, konkret og enkel å forholde seg til i praksis, og ved de ti første observasjonene gjort sammen, ble samme antall og type avbrytelser registrert. Vi mener studiens validitet ble styrket med denne operasjonaliseringen i tillegg til at deltakerne ikke visste at avbrytelser ble registrert. Å benytte et enkelt semistrukturert skjema for å observere avbrytelser fant vi problemfritt. Dette er samme metode som Spooner et al. (2015) benyttet i sin studie, men de har ikke beskrevet utfordringer eller andre erfaringer de hadde med denne metoden i sin artikkel. Kowitlawakul et al. (2015) forhåndsdefinerte avbrytelser i fem kategorier (telefonsamtaler, mennesker, SMS, alarmer og andre) og registrerte om hver av disse fem avbrøt i løpet av rapporten med enten ja eller nei. Vi synes dette gir et mindre nyansert bilde av hva som avbryter og fant det mer hensiktsmessig å selv fylle ut årsaker til avbrytelser ved hver overlevering. Vi valgte heller å kategorisere dataene i ettertid i forbindelse med analyse og presentasjon. Det ble i denne pilotstudien observert 1,17 avbrytelser i gjennomsnitt per overlevering. Selv om vår studie har et for lite utvalg til å kunne trekke noen konklusjoner basert på funn, viser pilotstudien at avbrytelser er tilstede under overlevering, noe som underbygger vår erfaring og tidligere forskning. Dette kan være en indikasjon på at det er behov for videre undersøkelser. Om en større studie avdekker den samme hovedkilden til avbrytelser, kollegaer, kan det være et tegn på behov for å igangsette et kvalitetsarbeid på de aktuelle avdelingene med bevisstgjøring og kulturendring. Enkelte av de andre avbrytelsene vi observerte kan knyttes direkte opp mot anestesisykepleiers ansvars- og funksjonsområde. Pasienter ankom postoperativ avdeling med smerter og rapporten måtte avbrytes for å iverksette tiltak i forhold til dette. Smerter hos pasientene ved ankomst var også en tilbakemelding vi fikk på det åpne spørsmålet i spørreskjemaet til SPO. Om en ser på “Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie” (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) kommer det tydelig frem at anestesisykepleier har en viktig rolle i smertebehandling av pasienter. Ved en større studie kan man undersøke om dette kanskje påvirker både innhold og tilfredshet og videre pasientsikkerhet.

En avbrytelse under muntlig rapport som ikke er relevant for pasienten kan ansees som mer skadelig for pasientens sikkerhet enn en avbrytelse der pasienten for eksempel trenger og får smertelindring, og da kan ansees som en “god” avbrytelse. Dette valgte ikke vi å se nærmere på, men det kunne vært interessant ved en større studie å undersøke om avbrytelser kan skilles som relevante for pasienten og da “gode” eller irrelevante og “dårlige”.

5.3 Spørreundersøkelse med skjema utarbeidet av Petrovic et al. (2015).

I dette kapitlet vil vi diskutere hvordan spørreundersøkelse som metode og valgt skjema fungerte i praksis. Selv om dette er en pilotstudie og en ikke kan trekke konklusjoner ut ifra resultatene, mener vi at enkelte funn fra denne delen av studien kan belyse brukervennligheten til spørreskjemaet benyttet i valgt situasjon og vil bli diskutert i denne delen av oppgaven.

Skjemaet ble valgt på bakgrunn av at spørsmålene var relevante for å besvare våre forskningsspørsmål og at det virket raskt og enkelt å fylle ut, noe som gjorde det godt egnet til bruk i en klinisk hverdag. Etter gjennomføringen av pilotstudien mener vi at skjemaet vil kunne brukes til å kartlegge tilfredsheten til SPO ved en større studie. Alle som ble inkludert i studien valgte å delta ved å svare på spørreskjemaet, noe som viser at rekruttering til spørreundersøkelsen fungerte godt i praksis. Det enkle inklusjonskriteriet hadde god gjennomførbarhet i praksis og vi vil ikke anbefale noen endringer. Flere SPO uttrykte at de syntes det var fint å få formidlet deres opplevelse av overleveringen og å få muligheten til å komme med tilbakemeldinger. Dette tror vi bidro til den høye deltakelsen.

Et problem vi erfarte i forbindelse med datainnsamlingen var at samme SPO endte med svare på spørreskjemaet flere ganger til ulike overleveringer. Dette forekom da samme SPO mottok flere pasienter som var inkludert i observasjonsstudien på samme dag. Respondenten måtte da fylle ut samme spørreskjema flere ganger på kort tid. Dette kan føre til at SPO blir lei og ikke ønsker å delta, blander sammen de ulike overleveringene eller ikke legger like mye innsats i besvarelsen etter hvert. Samme SPO kan og overta ny pasient fra samme OT på samme vakt. Mulige

problemområder ved overleveringene kan da gjenta seg, for eksempel manglende informasjon fra OT eller at de snakket lavt. En kan da få “følgefeil” og samme svar på spørreskjemaet fra SPO. Igjen påpeker dette viktigheten av å inkludere ulike OT og SPO ved å variere mellom når på døgnet og i uken og ulike postoperative avdelinger en utfører studien på, noe vi sterkt anbefaler.

Ved et tilfelle skrev respondenten at OS ikke var tilstede under rapporten på det åpne spørsmålet, men hadde samtidig krysset av på “Delvis enig” i spørsmål 2 “Den muntlige rapporten fra operasjonssykepleier var tilfredsstillende”. Det oppfattes som lite logisk og motstridende at respondenten kan være tilfreds med en rapport gitt av noen som ikke var tilstede. Det var ikke skrevet noen videre kommentar, og det er da vanskelig å vite hvorfor spørsmål 2 ble besvart som det gjorde. Det kan være respondenten svarte på spørsmålet uten å lese det ordentlig eller mistolket det. Dette er en risiko ved å benytte et spørreskjema der spørsmålene blir presentert skriftlig til respondenten. Om en hadde valgt å heller spørre respondenten ansikt-til-ansikt kan det tenkes at en skjerper respondentens oppmerksomhet, åpner for dialog rundt spørsmålene og mistolkninger kan oppklares. Denne direkte metoden kan på den andre siden påvirke hva respondenten svarer og en kan få en sensurering (Johannessen et al., 2010). Risikoen for dette mener vi er særlig tilstede når det stilles holdningsspørsmål om kollegaer og rutiner på egen arbeidsplass, som i denne studien. Sett i et praktisk perspektiv mener vi også at et skriftlig spørreskjema er mest hensiktsmessig til denne studien da det ikke stjeler tid i en klinisk hverdag, verken fra respondent eller forsker.

En av respondentene valgte å krysse av mellom rutene på tre av de ni spørsmålene i skjemaet. Da dataene skulle analyseres valgte vi å registrere avkrysningen i den ruten der mest av krysset var innenfor. Det er mulig vedkommende mente at enkelte av svaralternativene ikke passet helt til deres opplevelse. Om en hadde brukt et skjema med flere verdier på skalaen, for eksempel nipunkts Likert skala, er det mulig at respondenten hadde funnet det enklere å ta mer konkret stilling til spørsmålet. At respondenter krysser av mellom ruter er vanskelig å unngå ved bruk av spørreskjemaer på papir. Spørreskjemaer kan med fordel ha en instruksjon til hvordan de skal fylles ut (Johannessen et al., 2010). Vi ser i ettertid at instruksjonene til vårt spørreskjema ikke direkte beskrev at man skulle krysse av inne i rutene, og det er mulig at dette kunne vært unngått om instruksjonene var tydeligere. I spørreskjemaet presentert i Petrovic et al. (2015) er det tall

inne i rutene som man skal sette ring rundt, dette kan bidra til at man unngår svar mellom alternativene. Det er og mulig å unngå dette ved bruk av elektroniske spørreskjemaer, der man ikke kan velge å svare noe i mellom alternativene. Ved å benytte slike spørreskjemaer kan respondenten oppleve det som mer krevende å svare da en må inn på dataen og finne frem spørreskjemaet. Dette kan ta av tid en ikke har. Om en ønsker å benytte elektroniske skjemaer kan forsker innhente data ved å benytte bærbare elektroniske ressurser som en iPad eller lignende tablet for å gjøre det enklere og mindre tidkrevende. Der kan spørreskjemaet allerede være hentet frem når det leveres ut og forsker kan enkelt ta den med videre til neste respondent.

Flere av respondentene scoret helt uenig og delvis uenig på flere av punktene, men fylte ikke ut hva de savnet i rapporten, noe som var etterspurt i det åpne spørsmålet på slutten av skjemaet. Det var få som skrev kommentarer til det åpne spørsmålet, og vi hadde håpet på større respons. Spesifikke tilbakemeldinger kan gjøre det enklere å gjøre endringer i form av kvalitetsarbeid for å øke tilfredsheten. Mulige årsaker til at få svarte på det åpne spørsmålet kan være mangel på tid eller at man er usikker på hva en savnet ved overleveringen. For å unngå dette kunne det ha vært satt av tid til å fylle ut skjemaet for respondenten ved at personen fristilles fra sine arbeidsoppgaver noen minutter. Dette ville krevd en større inngripen i rutinene på avdelingen, noe som gjør gjennomføringen av studien mer omfattende. Om en for eksempel hadde gjennomført et fokusgruppeintervju eller hatt et spørreskjema med kun åpne spørsmål kan man få et mer nyansert bilde av deres opplevelse av overføringen. Dette vil være mer tid- og ressurskrevende for respondenten og en kan med det risikere at færre ønsker eller tar seg tid til å delta. Dette kunne likevel vært interessant å gjøre i en oppfølgingsstudie for å kartlegge hvorfor enkelte punkter trekker ned tilfredsheten og hvordan overleveringen kan bli enda bedre.

En respondent hadde kun satt et spørsmålstegn i den nøytrale kolonnen til punkt 9 "Jeg fikk råd om hva jeg skal gjøre dersom bestemte problemer dukket opp". Det er uklart om dette var fordi vedkommende ikke forsto spørsmålet, eller om det var fordi en var usikker på hvilke råd eller problemer som var ment. I følge Valeberg (2011b) har anestesisykepleier ansvar for å videreformidle planlagte regimer for behandling, lindring og andre ordinasjoner ved muntlig rapport etter anestesi. Kollegaer som arbeider ved ulike avdelinger har ikke nødvendigvis innsikt i hva hverandres kompetanse, ansvar, personlighet, erfaring og arbeidsoppgaver innebærer, noe

som kan medføre svært ulike behov for å avgi og motta råd og informasjon ved overlevering (Nagpal et al., 2010). Når man er usikker på andres kompetanse vil man etter vår erfaring sikre seg at all nødvendig informasjon videreformidles ved overlevering og det blir vanskelig å finne en balanse mellom hva som er relevant og hva som er overflødig. OT kan da ende med å avgi en mer utfyllende rapport enn nødvendig for å unngå å være kilden til kommunikasjonssvikt. Dette er fordi de kan være bevisste på at når kompleks pasientinformasjon skal formidles på tvers av ulike profesjoner kan det lett oppstå kommunikasjonssvikt (Meling & Bø, 2010; Segall et al., 2016). På en annen side kan mange råd og mye informasjon bli overveldende, og man må som sender begrense innholdet til kun det som er relevant (WHO, 2007). Om SPO mottok en for omfattende rapport og ble overveldet kan vedkommende ha blitt usikker på om en faktisk har mottatt et råd eller ikke, og det kan derfor ha vært vanskelig å besvare dette spørsmålet. Likevel vil vi påpeke at det kun var en respondent som stilte spørsmålsteget ved dette punktet og vedkommende har ikke kommet med konkret tilbakemelding på hvorfor i det åpne spørsmålet. Det er derfor vanskelig å komme med gode forslag til hva som eventuelt bør gjøres annerledes ved en senere studie. Det er mulig ordlyden på spørsmålet gjorde respondenten usikker, og at denne bør endres. Om dette blir gjort, bør en gjennomføre en ny prestudie av spørreskjemaet.

Ved en senere studie kan det være interessant å undersøke SPO sin tilfredshet noen timer etter overleveringen. Da kan en dele ut skjemaet to ganger, første gang like etter overlevering og andre gang når pasienten har ligget på postoperativ avdeling noen timer. SPO har da blitt mer kjent med pasienten og fått mer innsikt i hva overleveringen burde inneholdt og hva den manglet. Det kan være vanskelig å vite hva man savner ved en overlevering før man har fått oversikt over pasienten. Ved å sammenligne skjemaene kan man avdekke om SPO sin tilfredshet har endret seg.

Petrovic et al. (2012; 2015) har i sine artikler ikke beskrevet hvordan spørreskjemaet er utviklet eller utfordringer de har erfart knyttet til bruken av det. Det er disse funnene fra deres forskning som ville vært relevante for oss, da det hadde vært nyttig å kunne sammenligne deres erfaringer med våre.

6.0 AVSLUTNING

I denne pilotstudien har vi testet og evaluert prosessen og gjennomførbarheten for om planlegging, metoder, søknadsprosess, rekruttering, datainnsamling, -analyse og instrumenter bør justeres eller endres før gjennomføring av en større studie. Planlegging, søknadsprosess, rekruttering og dataanalyse foregikk forholdsvis problemfritt. Det har blitt benyttet observasjon og spørreskjema som metode. Det oppsto noen utfordringer ved gjennomføringen og forslag til hvordan en kan unngå eller minimere disse og øke studiens reliabilitet og validitet ved en større studie er lagt frem i diskusjonen. Spørreundersøkelse som metode og spørreskjemaet utarbeidet av Petrovic et al. (2015) opplevde vi som hensiktsmessig for å kartlegge tilfredsheten til SPO. Om en ønsker å benytte PoHAT som instrument for å kartlegge overlevering av pasient i en større studie anbefaler vi flere justeringer av innholdet i skjemaet. Dette medfører at det bør gjennomføres en ny pilotstudie etter endringene der man tester om observasjonsskjemaet fungerer bedre. Observasjon som metode mener vi er hensiktsmessig for å kartlegge overlevering av pasient og avbrytelser, med de endringene foreslått i kapittel 5.1. Målet med denne studien var å teste gjennomførbarheten for å senere kunne besvare problemstillingen. Med de justeringene vi anbefaler og et større utvalg mener vi at det skal være mulig. Selv om dette er en pilotstudie med et lite utvalg og resultatene ikke kan brukes direkte til kvalitetsforbedring, tror vi likevel at gjennomføringen av denne studien har bidratt til økt fokus og bevisstgjøring rundt overlevering av pasient og pasientsikkerhet på de aktuelle avdelingene.

Som nyutdannede anestesisykepleiere i en jobb der faget stadig er i utvikling og det settes høyere krav til effektivisering i arbeidshverdagen, mener vi det er viktig å aldri la fokuset gli vekk fra å ivareta høy pasientsikkerhet. At vi holder oss oppdatert på forskning innenfor vårt felt bidrar til at vi kvalitetsutvikler og kvalitetssikrer eget fagområde, noe vi har et kontinuerlig ansvar for (Gran Bruun, 2011). Det er viktig at en setter egen praksis opp mot hva oppdatert forskning identifiserer som farer mot pasientsikkerheten og gjeldende anbefalinger. Dette kan gjøres ved å blant annet gjennomføre en større kvalitetsstudie, der en kan undersøke innhold, oppgaver, avbrytelser og tilfredshet med pasientoverføringer ved egen arbeidsplass nærmere. Et av våre funksjonsområder er å sikre kontinuitet gjennom dokumentasjon og rapport for å ivareta pasientsikkerheten, men forskning forteller oss at innholdet i rapportene varierer og at avbrytelser underveis hindrer

videreformidling av informasjon og setter sikkerheten i fare (ALNSF, 2017; Arora & Farnan, 2016; Kowitlawakul, 2015; Segall et al., 2012). Anestesisykepleiere skal som en del av operasjonsteamet sikre at overtakende sykepleier på postoperativ avdeling har fått tilstrekkelig pasientinformasjon under overlevering slik at vedkommende forsvarlig kan overta ansvar for pasienten og videre behandling (ALNSF, 2017). Om OT rapporterer det de mener er viktig ved en overlevering, betyr ikke det at SPO får den informasjonen de trenger for å kunne yte forsvarlig praksis og arbeide komplikasjonsforebyggende. Derfor er det interessant og viktig å undersøke om overtakende sykepleier mottar en tilfredsstillende overføring eller ikke. Å være anestesisykepleier innebærer å arbeide i team og tverrfaglig, ikke kun på operasjonsstuen. Vi er der først og fremst for pasientene og skal hjelpe dem gjennom et trygt sykehusopphold på tvers av spesialiseringer og avdelinger. Da er kommunikasjon mellom avdelinger svært viktig og en må være villig til å undersøke egen praksis og identifisere mulige behov for forbedring. En større studie vil kanskje avdekke behov for endringer eller justeringer slik at en kan yte mest mulig forsvarlig helsehjelp.

LITTERATUR

Aase, K. (2010). Pasientsikkerhet - hendelser, begreper og omfang. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet* (s. 17-29). Oslo: Universitetsforlaget.

Aase, K. (2015). Introduksjon. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (2. utg.) (s. 13-21). Oslo: Universitetsforlaget.

Allaouchiche, B., Duflo, F., Debon, R., Bergeret, A., & Chassard, D. (2002). Noise in the postanesthesia care unit. *British Journal of Anaesthesia*, 88(3), 369-373.

Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund [ALNSF] (2016). *Norsk standard for anestesi*. Hentet 08.11.17 fra <https://www.alnsf.no/alnsf/norsk-standard-for-anestesi>

Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund [ALNSF] (2017). *Grunnlagsdokument for anestesisykepleie*. Hentet 08.11.17 fra <https://www.alnsf.no/dokumenter-alnsf/styringsdokumenter/grunnlagsdokumentet/167-grunnlagsdokument-for-anestesisykepleiere-2017/file>

Arenas, A., Tabaac, B. J., Fastovets, G., & Patil, V. (2014). Undivided attention improves postoperative anesthesia handover recall. *Advances in Medical Education and Practice*, 5, 215-220.

Arora, V., & Farnan, J. (2016). Patient handoffs. *UpToDate*. Hentet 08.11.17 fra http://www.uptodate.com/contents/patient-handoffs?source=search_result&search=patient+handoffs&selectedTitle=1%7E2

Befring, E. (1994). *Forskningsmetode og statistikk* (2. utg.). Oslo: Det Norske Samlaget.

Bekkehus, E. E. (2011). Væskebehandling, elektrolytt- og syre-base-balanse. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (2. utg.) (s.132-150). Oslo: Akribe.

Bell, J. (2014). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Bittner, E. A., George, E., Eikermann, M., & Schmidt, U. (2012). Evaluation of the association between quality of handover and length of stay in the post anaesthesia care unit: a pilot study. *Anaesthesia* 67, 548-549. doi: 10.1111/j.1365-2044.2012.07091.x

Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie - en ressursbok*. Oslo: Akribe.

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora [NESH]. (2016). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet 08.11.17 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

Den Norske Legeforening (2001). *Når du blir gammel - og ingen vil ha deg*. Hentet 17.10.17 fra <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/>

Dihle, A. (2011). Smerte og smertelindring. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (2. utg.) (s. 95-120). Oslo: Akribe.

Ferrara, P., Terzoni, S., Davì, S., Bisesti, A., & Destrebecq, A. (2017). A tool for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *British Journal of Nursing*, 26(15), 882-888. doi: 10.12968/bjon.2017.26.15.882

Gjersing, L., Caplehorn, J. R. M., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: Language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10(13). Hentet 08.11.17 fra <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>

Gran Bruun, A. M. (2011). Anestesisykepleierens kompetanse. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (2. utg.) (s.19-39). Oslo: Akribes.

Helsebiblioteket, (2016). *Kildevalg*. Hentet 08.11.17 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helseforskningsloven. (2016). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_2

Helsepersonelloven. (2016). *Lov om helsepersonell m. v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Hjort, P. F. (2000). Uheldige hendelser i helsetjenesten - forebygging og håndtering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(26), 84-89.

Johannessen, A., Tuft, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.

Joint Commision Center of Transforming Healthcare. (2014). *Improving Transitions of Care: Hand-off Communication*. Hentet 08.11.17 fra http://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/handoff_comm_storyboard.pdf

Kowitlawakul, Y., Leong, B. S. H., Lua, A., Aroos, R., Jun Wong, J., Koh, ... Mukhopadhyay, A. (2015). Observation of handover process in an intensive care unit (ICU): barriers and quality improvement strategy. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(2), 99-104. doi: 10.1093/intqhc/mzv002

Lane-Fall, M. B. (2016). No Matter the Perspective, Anesthesia Handoff Are Problematic. *Anesthesia & Analgesia*, 122(1), 7-9.

Manser, T., Foster, S., Flin, R., & Patey, R. (2013). Team Communication During Patient Handover From the Operating Room: More Than Facts and Figures. *Human Factors*, 55(1), 138-156. doi: 10.1177/0018720812451594

Meld. St. 10 (2012-2013). (2012). *God kvalitet - trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet 08.11.17 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>

Meling, M. & Bø, B. (2010). Pasientsikkerhet ved vaktskifte i sykepleietjenesten. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet* (s. 141-152). Oslo: Universitetsforlaget.

Milby, A, Böhmer, A., Gerbershagen, M. U., Joppich, R., & Wappler, F. (2014). Quality of post-operative patient handover in the post-anesthesia care unit: a prospective analysis. *Acta Anesthesiologica Scandinavica*, 58, 192-197. doi: 10.1111/aas.12249

Münster, K. (2007). Spørgekemaundersøgelser. I S. Vallgård & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvitenskap* (3.utg.) (s. 237-256). København: Munksgaard Danmark.

Møller, T. P., Madsen, M. D., Fuhrmann, L., & Østergaard, D. (2013). Postoperative handover: characteristics and considerations on improvement. *European journal of anaesthesiology*, 30(5), 229-242.

Nagpal, K., Vats, A., Ahmed, K., Vincent, C., & Moorthy, K. (2010). An Evaluation of Information Transfer Through the Continuum of Surgical Care: A Feasibility Study. *Annals of Surgery*, 252(2), 402-207.

Nagpal, K., Abboudi, M., Fischler, L., Schmidt, T., Vats, A., Manchanda, C., ... Moorthy, K. (2011). Evaluation of Postoperative Handover Using a Tool to Assess Information Transfer and Teamwork. *Annals of Surgery*, 253(4), 831-837. doi: 10.1097/SLA.0b013e318211d849

Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H. W., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K. (2012). Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ Quality & Safety*, 21, 843-849. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000886.

Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. (2016). *Pasientsikkerhet i Norge*. Hentet 08.11.17 fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/pasientskader-i-norge>

Noregs Forskningsråd. (2006). *Delphi*. Hentet 08.11.17 fra <http://www.forskningsradet.no/prognnett-foresight/Artikkel/Delphi/1226485669822>

Norsk Sykepleierforbund [NSF]. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 08.11.17 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.

Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.

Personopplysningsloven. (2015). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31#KAPITTEL_6

Petrovic, M.A., Aboumatar, H., Beumgartner, W. A., Ulatowski, J. A., Moyer, J., Chang, T. Y., ... Martinez, E. A. (2012). Pilot Implementation of a Perioperative Protocol to Guide Operating

Room-to-Intensive Care Unit Patient Handoffs. *Journal of Cardiothoracic and vascular anesthesia*, 26(1), 11-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2011.07.009>

Petrovic, M. A., Aboumatar, H., Scholl, A. T., Gill, R. S., Krenzischek, D. A., Camp, M. S., ... Martinez, E. A. (2015). The perioperative handoff protocol: Evaluating impacts on handoff defects and provider satisfaction in adult perianesthesia care units. *Journal of Clinical Anesthesia*, 27, 111-119. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinane.2014.09.007>

Pezzolesi, C., Manser, T., Schifano, F., Kostrzewski, A., Pickles, J., Harriet, N., ... Dhillon, S. (2013). Human factors in clinical handover: development and testing of a “handover performance tool” for doctors shift handovers. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 58-65. doi: 10.1093/intqhc/mzs076

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.

Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2015). An Observational Study of Postoperative Handover in Anesthetic Clinics; The Content of Verbal Information and Factors Influencing Receiver Memory. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(2), 105-115.

Randmaa, M., Engström, M., Swenne, C. L., & Mårtensson, G. (2017). The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses. *BMJ Open*, 7. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015038

Reine, E. (2015). Postoperative pasientoverføringer. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (2. Utg) (s. 155-166). Oslo: Universitetsforlaget.

Robins, H-M. & Dai, F. (2015). Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 83(4), 264-269.

Rose, M. & Newman, S. D. (2016). Factors influencing patient safety during postoperative handover. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 84(5), 329-338.

Segall, N., Bonifacio, A. S., Schroeder, R. A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D. K., ... Mark, J. B. (2012). Can We Make Postoperative Patient Handovers Safer? A Systematic Review of the Literature. *Anesthesia & Analgesia*, 115(1), 102-115. doi: 10.1213/ANE.0b013e318253af4b

Segall, N., Bonifacio, A. S., Barbeito, A., Schroeder, R. A., Perfect, S. R., Wright, M. C., ... Mark, J. B. (2016). Operating Room-to-ICU Patient Handovers: A Multidisciplinary Human-Centered Design Approach. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(9), 400-409.

Siddiqui, N., Arzola, C., Iqbal, M., Sritharan, K., Guerina, L., Chung, F., & Friedman, Z. (2012). Deficits in information transfer between anaesthesiologist and postanesthesia care unit staff: an analysis of patient handover. *European Journal of Anaesthesiology*, 29(9), 438-445.

Spooner, A. J., Corley, A., Chaboyer, W., Hammond, N. E., & Fraser, J. F. (2015). Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study. *Australian Critical Care*, 28, 19-23.

Staggers, N. & Jennings, B. M. (2009). The Content and Context of Change of Shift Report on Medical and Surgical units. *The journal of nursing administration*, 39(9), 393-398.

Tufte, P. A. (2011). Kvantitativ metode. I A-M. Sævi, & K. Fangen (Red.), *Mange ulike metoder* (s.71-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Undheim, J. O. (1996). *Innføring i statistikk og metode for samfunnsvitenskapelige fag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie*. Hentet 08.11.17 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269383-rammeplan_for_anestesisykepleie_05.pdf

Valeberg, B. (2011a). Postoperativ kvalme og oppkast. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (2. utg.) (s. 121-131). Oslo: Akribe.

Valeberg, B. (2011b). Rapport og overvåkning etter anestesi. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (2. utg.) (s. 345-350). Oslo: Akribe.

Wahr, J. (2017). Operating room hazards and approaches to improve patient safety. *UpToDate*. Hentet 08.11.17 fra <https://www.uptodate.com/contents/operating-room-hazards-and-approaches-to-improve-patient-safety>

Weinger, M. B., Slagle, J. M., Kuntz, A. H., Schildcrout, J. S., Banerjee, A., Mercaldo, N. D., ... France, D. J. (2011). A Multimodal Intervention Improves Postanesthesia Care Unit Handovers. *Anesthesia & Analgesia*, 121(4), 957–971. doi: 10.1213/ANE.0000000000000670

World Health Organization [WHO]. (2004). *Patient safety*. Hentet 08.11.17 fra <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>

World Health Organization [WHO]. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*, 1(3). Hentet 08.11.17 fra <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

World Health Organization [WHO]. (2013). *Ethical issues in Patient Safety Research*. Hentet 08.11.17 fra http://www.who.int/patientsafety/research/ethical_issues/en/

Vedlegg 1: Skjema for observasjon av postoperative pasientoverføringer

Observatør fyller ut om følgende er rapportert muntlig fra operasjonsteam til sykepleier på postoperativ avdeling.

Team tilstede ved overflytting:

Operasjonssykepleier ___ Anestesisykepleier ___ Lege ___ Andre ___

ASA:

Alder:

Kjønn:

Operasjonstid:

Seksjon:

Hovedanestesi:

Utstyrsoppgaver

	Ja	Nei
1. Overvåkningsutstyr og alarmer klar før overlevering		
2. Sprøytetpumper klar før overlevering		
3. Intravenøst og intraarterielt utstyr satt opp		
4. Urinpose på egnet sted		
5. Dren lokalisert på en trygg måte		

Pasientinformasjon

	Ja	Nei
6. Pasientens navn		
7. Alder		
8. Medisinsk historie		
9. Allergi		
10. Diagnose		
11. Utført prosedyre		
12. Pasientens nåværende tilstand og vitale data		

Kirurgisk informasjon

	Ja	Nei
13. Operasjonsforløp og eventuelle komplikasjoner		
14. Blodtap		
15. Antall dren og plan		
16. Plan for tromboseprofylakse		
17. Plan for antibiotika		
18. Plan for ernæring		

Anestesiinformasjon

	Ja	Nei
19. Anestesiforløp peroperativt og eventuelle komplikasjoner		
20. Blodprodukter gitt/behov for/bestilt/tilgjengelige		
21. Relevante medikamenter som er administrert under operasjonen		
22. Plan for monitorering (hvilke parameter skal måles og grenser)		
23. Plan for intravenøse væsker		
24. Plan for smertebehandling		
25. Plan for invasivt utstyr Venekateter, arteriekateter)		
26. Postoperative undersøkelser (rtg, Hb)		

Pasientspesifikke oppgaver

	Ja	Nei
27. Pasienten får oksygen		
28. Pasienten er godt tildekket		
29. Pasienten har god smertelindring		

Avbrytelser

1. Hvor mange ganger ble rapporten avbrutt: _____

2. Type avbrytelse: _____

Vedlegg 2: Forespørsel om oversettelse av spørreskjema

Fra: [REDACTED] **Emne:** Re: Request to use perioperative handoff survey form

Dato: 28. februar 2017 kl. 21.49 **Til:** [REDACTED]

Kopi: [REDACTED]

Hello [REDACTED],

I collaborate with Dr. Petrovic on research; as such, she asked me to respond to your email.

First, you can translate her work if you provide the appropriate credit on the materials. Second, below is a link to the materials. <https://app.box.com/s/zqczeco2kd5cyuzsx83o>

Third, we are interested in potentially collaborating with you and colleague on your research.

We would be completely involved in the research and in the process of getting the results published.

If you have any further questions please email me.

Regards, [REDACTED]

From: [REDACTED] <[REDACTED]> **Sent:** Wednesday, February 22, 2017 1:44 PM

To: [REDACTED] **Subject:** Request to use perioperative handoff survey form

Dear Ms. Petrovic,

I am writing to ask you if my colleague and I can translate your perioperative handoff survey form to Norwegian and use it in our own research.

We are two nurse anesthetists who is working on our masters degree in Norway, at Oslo and Akershus University College.

We are planning to do an observation study of handovers between nurse anesthetists and postanesthetic care unit nurses, and would be very happy if we could use the form from the article "The perioperative handoff protocol: evaluating impacts on handoff defects and provider satisfaction in adult perianesthesia care units", to score how satisfied the postanesthetic care unit nurses are with the handover.

Thank you for your consideration, if you have any questions don't hesitate to let me know. I look forward to hearing from you!

Best regards, [REDACTED].

Vedlegg 3: Spørreskjema

Spørreskjema til sykepleier ved postoperativ avdeling, [REDACTED].

Når du mottar dette spørreskjemaet er det fordi det ble gjennomført en observasjon av din siste overlevering av pasient fra operasjonsteam. Denne observasjonen blir satt i sammenheng med dette skjemaet som er anonymt og kan ikke føres tilbake til verken deg, kollegaer eller pasient.

	Helt uenig	Delvis uenig	Nøytral	Delvis enig	Helt enig
1. Jeg var fornøyd med overleveringen av pasient fra operasjonsteam					
2. Den muntlige rapporten fra operasjonssykepleier var tilfredsstillende					
3. Den muntlige rapporten fra anestesisykepleier var tilfredsstillende					
4. Jeg kunne høre alt som ble sagt under hele rapporten					
5. Jeg mottok informasjon om potensielle problemer som kan oppstå hos denne pasienten					
6. Jeg fikk informasjon om det var noe jeg må følge opp hos denne pasienten					
7. Ved overleveringen gikk oppkobling av utstyr og overvåkning problemfritt					
8. Det var lett å forstå når overleveringen startet og sluttet					
9. Jeg fikk råd om hva jeg skulle gjøre dersom bestemte problemer dukket opp					

Var det noe du savnet ved rapporten fra operasjonsteamet:

Takk for at du tar deg tid.

Hilsen

[REDACTED]

Vedlegg 4: Informasjonsskriv til ansatte

Informasjon om studie på postoperative enheter, [REDACTED]

Sommeren og høsten 2017 vil det bli gjennomført en observasjonsstudie av postoperative pasientoverføringer ved de postoperative seksjonene ved [REDACTED].

I 2016 ble det gjennomført en kartlegging av anestesisykepleiere og postoperativ sykepleiere sine vurderinger av kvalitet i postoperative pasientoverføringer før og etter innføring av ISBAR. Etter at dette kartleggingen ble gjennomført ser vi at det vil være nyttig å supplere med en observasjonsstudie. I dette inngår også observasjon av hvordan det elektroniske datasystemet brukes i pasientoverføringen.

Studien har til hensikt å kartlegge oppgaver, informasjonsoverføring og pasientens tilstand ved postoperative pasientoverføringer fra operasjonsavdelingen til postoperativ avdeling.

Dette gjøres via strukturerte og ustrukturerte observasjoner av den muntlige rapporten, dokumentasjon, tilrettelegging av medisinsk teknisk utstyr og pasientens tilstand. Studien gjennomføres ved at en eller to observatører observerer pasientoverføringen på postoperativ enhet. Om noen i operasjonsteamet eller personale på postoperativ avdeling vurderer at vår tilstedeværelse vil være ugunstig for pasienten så vil vi ikke gjennomføre observasjonen.

Studien starter opp i mai/juni 2017 og vi tar sikte på å observere 50 pasientoverføringer etter kirurgi. Studien gjennomføres av [REDACTED]

[REDACTED]. Seniorforsker [REDACTED] og anestesilege og forsker [REDACTED] er veiledere på studien.

Etter pasientoverføringen vil vi også innhente data om rapporten var tilfredsstillende for postoperativ sykepleiere via et anonymt spørreskjema. Om vedkommende ikke har tid eller mulighet eller ikke ønsker å fylle ut skjema så er det mulig å reservere seg mot studien ved å ta kontakt med din nærmeste leder.

Gjennomføring: På utvalgte dager vil 1-3 pasientoverføringer bli observert i postoperative enheter. Vi vil ta kontakt med koordinator i involverte avdelinger før vi gjennomfører observasjonene.

Studien er godkjent av Personvernombudet [REDACTED] og av ledere i de ulike avdelingene som er involvert. Alle observasjonsskjema og spørreskjema vil bli behandlet anonymt og det vil ikke bli innhentet data som kan knyttes til enkeltpersoner. Denne studien trenger ikke REK godkjenning siden det er en kvalitetsstudie.

Det vil bli innhentet samtykke fra pasientene som observeres i studien. Om du som deltaker i overføringen ikke ønsker å bli observert kan du reservere deg ved å ta kontakt med din nærmeste leder som videre vil informere oss.

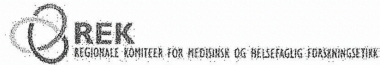
For nærmere informasjon om studien kontakt [REDACTED]

[REDACTED]

Mai 2017

[REDACTED]

Vedlegg 5: REK vedtak



Region: REK	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato: 30.01.2015	Vår referanse: REK A
			Deres dato: 09.12.2014	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser.

Kartlegging av kvalitet ved postoperative pasientoverføringer

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i motet 15.01.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig:
Prosjektleder:

Prosjektbeskrivelse (revidert av REK)

Formålet med dette prosjektet hensikt er å kartlegge hvilke faktorer som har betydning for kvalitet ved pasientoverføringer fra operasjonsavdeling til postoperativ avdeling etter kirurgi.

Prosjektet består av tre delstudier:

1. Kartlegging av hvordan sykepleiere som leverer eller mottar pasienter på postoperativ avdeling vurderer kvalitet i overføringene. Opplysninger skal innhentes anonymt fra 240 sykepleiere. 2. Opplysninger er planlagt innhentet gjennom fokusgruppeintervju av leger og sykepleiere for å få utdypende kunnskap om problemstillingen skissert i delstudie 1.
3. Observasjonsstudie av pasientoverføringer og informasjonsoverføring knyttet til denne overføringen. Informasjonen som blir gitt i overføringssituasjonen skal kvalitetssikres ved å sammenholde opplysningene med informasjon fra journal og intervju av pasientene. Her er det planlagt inkludert 80 pasienter etter pre-operativt samtykke. Kun opplysninger som allerede er innhentet i forbindelse med behandling skal benyttes i denne delen av prosjektet.

Kvantitative og kvalitative forskningsmetoder inngår i de ulike delene av prosjektet.

Vurdering

Etter komiteens syn kan prosjektet, slik det fremkommer av søknad og protokoll, vurderes som et kvalitetssikringsprosjekt.

Kvalitetssikring kan defineres som prosjekter, undersøkelser, evalueringer o.l. som har som formål å kontrollere at diagnostikk og behandling gir de intenderte resultater, eller har som formål å etterprøve behandlingsvirksomhet i alle deler og ledd, herunder å studere om beste behandlingsmetode følges. Kvalitetssikringsprosjekter omfattes ikke av helseforskningslovens virkeområde, som omfatter prosjekter med det formål å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven § 2 og § 4 a, og er dermed ikke fremleggingspliktig for REK.

Besøksadresse:	Telefon: 22845511	All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bør adressert til REK og ikke til enkelte personer	Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK, see-post, not to individual staff
E-post: post@helseforskning.etikk.no	Web: http://helseforskning.etikk.no		

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjekter gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10 tredje ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK [redacted].
A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

[redacted]
Professor dr. med.
Leder

[redacted]
Komitesekretær

Kopi til: [redacted]

Vedlegg 6: Samtykkeskjema postoperativt

Til pasienter som har blitt operert ved [REDACTED]

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

Kartlegging av informasjonsflyt, oppgaver og pasientopplevelse ved postoperative pasientoverføringer – en observasjonsstudie

Bakgrunn og hensikt

Dette er et forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie som har til hensikt å bedre kvalitet og sikkerhet etter operasjon. Det er vist at pasientforflytning mellom enheter i sykehus (for eksempel fra operasjonsavdeling til postoperativ avdeling) kan være en økt risiko for uønskede hendelser og pasientskade. Kartlegging av faktorer som påvirker kvalitet i et slikt pasientforløp er derfor viktig for å bedre rutiner og øke sikkerhet rundt pasienter som skal gjennomgå kirurgi. Fordi du har vært gjennom en operasjon spør vi deg om å få lov til å innhente noen opplysninger om deg.

Hva innebærer studien?

For å kunne gjennomføre studien har vi observert deler av ditt operasjonsforløp og innhentet data om hvilken informasjon som ble videreført i den muntlige og skriftlige rapporten som ble gitt om deg. Du ble også spurt om du hadde smerter, var kvalm eller uvel og om du kunne bevege deg fritt etter operasjonen. Dette er opplysninger som vanligvis blir innhentet av sykepleiere som overvåker pasienter etter operasjon. Vi observerte også bevissthetsnivå etter operasjonen og hvilke oppgaver som ble gjennomført da du ble overflyttet til postoperativ avdeling etter operasjonen. Om du velger å delta i studien vil vi også be om å få slå opp i pasientjournalen din for å se på hvilke opplysninger som ble registrert om deg i forbindelse med operasjonen og plan for videre forløp. Dette vil kun gjennomføres av kyndige sykepleiere med taushetsplikt.

Pasienter som er over 18 år og som skal til en planlagt eller øyeblikkelig hjelp operasjon på dag eller kveldstid i [REDACTED] vil kunne inkluderes i studien. Innhenting av data til studien har foregått på den måten at en sykepleier, som ikke tilhørte teamet som ivaretok deg under operasjonen, ble med som observatør når du ble overført til postoperativ avdeling etter operasjonen. Observatøren er en kyndig sykepleier som er ansatt i [REDACTED].

Mulige fordeler og ulemper

Studien innebærer ingen vesentlige ulemper for deg. Selv om det å delta i studien kanskje ikke vil gi deg fordeler, håper vi at de kunnskapene vi får vil gi økt kunnskap om hvordan vi kan forbedre rutiner og sikkerhet for pasienten ved postoperative pasientoverføringer i fremtiden.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene og prøvene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Opplysninger som registreres om deg er alder, kjønn, eventuell allergi, andre sykdommer, hvilke medikamenter du har fått og skal ha videre, opplysninger om operasjon og anestesi, blodtrykk, puls og hvordan du pustet etter operasjonen. Det vil også bli innhentet data om medisinsk utstyr som har vært brukt under operasjonen. Disse data vil bli innhentet via den elektroniske pasientjournalen. [REDACTED] ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn og det får heller ingen konsekvenser for din behandling ved sykehuset. Data som er lagret med tanke på denne studien vil da bli slettet. Dersom du ikke ønsker å delta ber vi likevel om å få registrere alder og kjønn på deg slik at vi har denne informasjonen med oss videre. Dersom du ønsker å delta, må du undertegnesamtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte [REDACTED], telefon: [REDACTED] eller på e-post: [REDACTED].

Personvern

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du senere trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Finansiering:

Studien er finansiert gjennom forskningsmidler fra [REDACTED]
[REDACTED]

Informasjon om utfallet av studien

Du har rett til å få informasjon om utfallet av studien. Dette kan du få ved å kontakte [REDACTED] [REDACTED] på e-post eller mobil (se ovenfor).

Med vennlig hilsen



Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 7: Samtykkeskjema preoperativt

Til pasienter som skal opereres ved [REDACTED]

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

Kartlegging av informasjonsflyt, oppgaver og pasientopplevelse ved postoperative pasientoverføringer – en observasjonsstudie

Bakgrunn og hensikt

Dette er et forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie som har til hensikt å bedre kvalitet og sikkerhet etter operasjon. Det er vist at pasientforflytning mellom enheter i sykehus (for eksempel fra operasjonsavdeling til postoperativ avdeling) kan være en økt risiko for uønskede hendelser og pasientskade. Kartlegging av faktorer som påvirker kvalitet i et slikt pasientforløp er derfor viktig for å bedre rutiner og øke sikkerhet rundt pasienter som skal gjennomgå kirurgi. Fordi du skal gjennomgå en operasjon spør vi deg om å få lov til å innhente noen opplysninger om deg.

Hva innebærer studien?

For å kunne gjennomføre studien må vi observere deler av ditt operasjonsforløp og innhente data om hvilken informasjon som blir videreført i den muntlige og skriftlige rapporten som blir gitt om deg. Vi vil også gjennomføre et kort intervju med deg etter operasjonen der du vil bli spurt om du har smerter, er kvalm eller uvel og om aktivitetsnivå. Vi vil også observere bevissthetsnivå etter operasjonen og hvilke oppgaver som gjennomføres når du bli overført til postoperativ avdeling. Om du velger å delta i studien vil vi også be om å få slå opp i pasientjournalen din for å se på hvilke opplysninger som blir registrert om deg i forbindelse med operasjonen og plan for videre forløp. Dette vil kun gjennomføres av kyndige sykepleiere med taushetsplikt.

Pasienter som er over 18 år og som skal til en planlagt eller øyeblikkelig hjelp operasjon på dag eller kveldstid i [REDACTED] vil kunne inkluderes i studien. Innhenting av data til studien har foregår på den måten at en sykepleier, som ikke tilhører teamet som ivaretar deg under operasjonen, blir med som observatør når du overføres til postoperativ avdeling etter operasjonen. Observatøren er en kyndig sykepleier som er ansatt i [REDACTED].

Mulige fordeler og ulemper

Studien innebærer ingen vesentlige ulemper for deg utover at vi gjennomfører et kort intervju etter operasjonen. Selv om det å delta i studien kanskje ikke vil gi deg fordeler, håper vi at de kunnskapene vi får vil gi økt kunnskap om hvordan vi kan forbedre rutiner og sikkerhet for pasienten ved postoperative pasientoverføringer i fremtiden.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene om deg vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Opplysninger som registreres om deg er alder, kjønn, eventuell allergi, andre sykdommer, hvilke medikamenter du har fått og skal ha videre, opplysninger om operasjon og anestesi, blodtrykk, puls og hvordan du pustet etter operasjonen. Det vil også bli innhentet data om medisinsk utstyr som har vært brukt under operasjonen. Disse data vil bli innhentet via den elektroniske pasientjournalen. [REDACTED] ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn og det får ingen konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, må du undertegnesamtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten å oppgi noen grunn og uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte [REDACTED], telefon: [REDACTED] eller e-post [REDACTED].

Personvern

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Finansiering:

Studien er finansiert gjennom forskningsmidler fra [REDACTED]

Informasjon om utfallet av studien

Du har rett til å få informasjon om utfallet av studien. Dette kan du få ved å kontakte [REDACTED] på e-post eller mobil (se ovenfor).

Med vennlig hilsen



Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 8: Godkjenning avdelingsleder anestesisykepleie

Godkjenning av studie som skal gjennomføres ved perioperative enheter [REDACTED]

Studien kartlegger kvalitet på pasientoverføringene fra operasjonsteam til postoperativ avdeling. Den belyser viktige tema knyttet til pasientsikkerhet. Jeg er veldig positiv til arbeidet og godkjenner at prosjektet blir gjennomført.

Mvh

[REDACTED]

Avdelingsleder

Avdeling for anestesisykepleie | Akutt klinikken

[REDACTED]

mobil [REDACTED] | kontor [REDACTED]

Besøk: [REDACTED]

Vedlegg 9: Godkjenning avdelingsleder operasjon

Godkjenning av studie som skal gjennomføres ved perioperative enheter [REDACTED]

Studien kartlegger kvalitet på pasientoverføringene fra operasjonsteam til postoperativ avdeling. Den belyser viktige tema knyttet til pasientsikkerhet. Jeg er veldig positiv til arbeidet og godkjenner at prosjektet blir gjennomført.

Mvh

[REDACTED]
Konstituert Avdelingsleder
Operasjonsavdelingen | Akutt klinikken

[REDACTED]
mobil [REDACTED]

Besøk: [REDACTED]

Vedlegg 10: Godkjenning avdelingsleder ortopedisk postoperativ

Fra: [REDACTED]
Sendt: 5. september 2017 20:46
Til: [REDACTED]
Emne: SV: Innmelding av nye studier til Forskningsutvalget

Studien er godkjent forutsatt at alle godkjenninger fra REK, Personvern er godkjent/tilrådd.

[REDACTED]

IKKE SENSITIVT INNHOLD

Fra: [REDACTED]
Sendt: 4. september 2017 15:05
Til: [REDACTED]
Emne: SV: Innmelding av nye studier til Forskningsutvalget

Hei

Har dere behandlet denne søknaden i Forskningsutvalget [REDACTED]?

Mvh

[REDACTED]

|

[REDACTED]

Anestesisykepleier/stipendiat

Avdeling for anestesisykepleie

[REDACTED]

Fra: [REDACTED]
Sendt: 24. august 2017 17:02

Til: [REDACTED]

Kopi: [REDACTED]

Emne: Innmelding av nye studier til Forskningsutvalget

Hei,

Vi skal ha møte i Forskningsutvalget førstkomende mandag, men vi mangler en prosjektbeskrivelse og tittel på studien. Fint om du får sendt meg denne ASAP.

[REDACTED]

[REDACTED]

Sykepleier, PhD

Lederassistent

Ortopedisk klinikk, Forskning- og utviklingsavdelingen

[REDACTED]

Vedlegg 11: Godkjenning avdelingsleder generell postoperativ

Godkjenning av studie som skal gjennomføres ved [REDACTED]

Studien kartlegger kvalitet på pasientoverføringene fra operasjonsteam til postoperativ avdeling. Den belyser viktige tema knyttet til pasientsikkerhet. Jeg er positiv til arbeidet og godkjenner at prosjektet blir gjennomført. Seksjonsleder [REDACTED] er informert og har også gitt sitt positive samtykke.

Mvh

[REDACTED]
Ass. Avdelingsleder
PO/Intensiv – Akutt klinikken

Vedlegg 12: Tiltrådning Personvern**PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING**

Til: [REDACTED]

Kopi: [REDACTED]

Fra: Personvernombudet ved [REDACTED]

Saksbehandler: [REDACTED]

Dato: 09.05.2017

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilrådning til innsamling og databehandling av personopplysninger

Saksnummer/
ePhortenummer: [REDACTED]

Postadresse:

Sentralbord:

Org.nr:

Personvernombudets tilrådning til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet:**«Kartlegging av informasjonsoverføring, oppgaver og pasientopplevelse ved postoperative pasientoverføringer- en observasjonsstudie»****Formål:***Studiens hensikt er å kartlegge oppgaver, informasjonsoverføring, pasientens tilstand og postoperativ-sykepleieres tilfredshet med pasientoverføringer til postoperative enhet etter kirurgi eller andre prosedyrer***Tidsrom:**

01.05.2017-01.10.2022

Vi viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i personopplysningsforskriften § 7-12, jf. helseregisterloven § 5, har Datatilsynet ved oppnevning av personvernombud, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstillende forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er [REDACTED] ved adm. dir.
2. Avdelingsleder(e) eller klinikkleder som har ansvar for pasienter og behandlende personell har godkjent studien..
3. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
5. Det blir tatt kontakt med pasienter som står på operasjonsprogrammet før operasjonen. Dersom det ikke er mulig å få kontakt med pasienten pre-operativt vil samtykke innhentes etter at observasjonen er gjennomført.
6. Eventuelle oppslag i journal med formål å identifisere potensielle deltagere til studien gjøres av ansatte ved sykehuset som har selvstendig lovlig grunnlag for oppslaget.
7. Studien er frivillig og samtykkebasert.
8. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
9. Publisering i tidsskrift forutsettes å skje uten at deltagerne kan gjenkjennes direkte eller indirekte. Denne tilråding dekker ikke utlevering dersom det fremsettes eventuelle krav fra tidsskrift om at grunnlagsdataene skal utleveres.
10. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.
11. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
12. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Med hilsen

[Redacted]

Personvernrådgiver

[Redacted]

Avdeling for personvern og informasjonssikkerhet

Vedlegg 13: Informasjon til avdelingsledere

Informasjon om studie som skal gjennomføres ved perioperative enheter

Vi er to anestesisykepleiere som i forbindelse med vår mastergrad ønsker å gjennomføre en studie som kartlegger kvalitet på pasientoverføringene fra operasjonsteam til postoperativ avdeling. Vi ønsker å gjennomføre studien ved postoperativ avdeling

For dårlig pasientsikkerhet er et globalt problem og World Health Organization (WHO) klassifiserer trygg overlevering av pasienter som en av de fem viktigste tiltakene for å ivareta pasientsikkerhet. Kommunikasjonssvikt kan lede til at viktig pasientinformasjon ikke gis og er identifisert som årsaken opp til 70-80% av uønskede pasienthendelser. Ineffektiv kommunikasjon, ufullstendig informasjon, samt uklare ansvarsfordeling kan føre til økt forekomst av postoperative komplikasjoner under innleggelse, i verste fall død, økte kostnader og forsinkede diagnostiske tester. En pilotstudie utført av Bittner, George, Eikermann & Schmidt (2012) viser at det er en signifikant sammenheng mellom kvalitet på rapportering og lengde på opphold ved postoperativ avdeling.

En studie utført i 2015 (Kowitlawakul et al.) viste at det var gjennomsnittlig 1,26 ($\pm 1,75$) avbrytelser per overføringsrapport, og at 50% av overflytningsrapportene ble avbrutt. Dette kan lede til at viktig pasientinformasjon ikke gis, som senere kan sette pasientsikkerheten i fare. Avbrytelser og forstyrrelser forlenger varigheten av rapporteringen og reduserer oppmerksomheten til de som gir eller mottar rapport (Meling & Bø, 2010). Dette er kritisk å unngå for å sikre at viktig pasientinformasjon overføres på en sikker og effektiv måte (Arora & Farnan, 2016; Kowitlawakul, 2015; Segall, et al., 2012). Situasjonen rundt pasientoverføringen spiller en viktig rolle i forhold til kvalitet på rapportering.

Kvaliteten på pasientoverføringen skal kartlegges ved hjelp av strukturerte observasjoner av den muntlige rapporten, tilrettelegging av medisinsk teknisk utstyr og fysiske pasientdata (puls, BT, saturasjon, temperatur) fra monitor. Det vil også registreres om overføringen blir avbrutt og hvilken type avbrytelse. Studien gjennomføres ved at en eller to observatører som er anestesisykepleiere observerer pasientoverføringen på postoperativ enhet. Om noen i operasjonsteamet eller sykepleier på postoperativ avdeling vurderer at vår tilstedeværelse vil være ugunstig for pasienten ønsker vi å få beskjed slik at vi kan trekke oss tilbake. Om deltakere i overføringen ikke ønsker å bli observert kan en reservere seg ved å ta kontakt med sin leder som videre informerer oss. Samtykke fra pasientene vil bli innhentet i ettertid, altså vil de bli kontaktet når de har ankommet sengepost.

En halvtime etter pasientoverføringen vil vi også innhente data om rapporten var tilfredsstillende for postoperativ sykepleier via et anonymisert spørreskjema. Vi vil be om muntlig samtykke fra postoperativ sykepleier ved forespørsel om å fylle ut skjemaet. Om vedkommende ikke har tid, mulighet eller ikke ønsker å fylle ut skjemaet av andre grunner kan man som sagt reservere seg mot å være med i studien.

Det skal i utgangspunktet gjøres 30 observasjoner etter ulike kirurgiske inngrep (både elektive og øyeblikkelig-hjelp operasjoner, hos pasienter som har fått regional og/eller generell anestesi). Den eneste innsatsen vi trenger fra postoperativ sykepleier er som sagt at de som har anledning svarer på det anonyme evalueringsskjemaet en time etter rapporten. Spørreskjemaet består av ni avkrysnings spørsmål og et åpent spørsmål. Det vil ta cirka 5 minutter å fylle ut.

Vi vil informere anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere samt sykepleiere ved de aktuelle postoperative avdelingene om hensikten ved studien, men ikke nøyaktig hva vi vil observere. Vi ønsker for eksempel ikke at de skal vite at vi registrerer antall avbrytelser, da dette kan gjøre at de oppfører seg på en annen måte enn vanlig når de blir observert. Se vedlagt informasjonsskriv til

deltakende sykepleiere. Vi vil også gjerne informere om studien ved en passende anledning, for eksempel et personalmøte rett i forkant av observasjonsperioden.

Hvilke pasientoverføringer som vil bli observert velges ut i samarbeid med ledelsen på aktuelle avdeling. Dette for å få med flest mulig observasjoner i løpet av tiden studien skal gjennomføres. Vi ønsker å understreke at det er tilfeldig hvem som blir trukket ut til å være med i studien da vi er ute etter å få et helhetsbilde pasientoverføringen, ikke av enkeltpersoner.

Observasjonene gjennomføres først når alle godkjenninger fra Personvern og ledelsen hos de aktuelle avdelingene er gitt. Studien gjennomføres i løpet av vår/sommer 2017. Det vil ikke noteres noen direkte eller indirekte identifiserbare opplysninger om pasienter eller ansatte som deltar i overføringen. Alle data vil bli makulert ved studiets slutt, senest innen juli 2018.

Om det er noen spørsmål til studien kan vi kontaktes på mail:

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Leveres sammen med oppgaven i eksamensinnleveringsrommet i Fronter

KLAUSULERING AV OPPGAVE AV ANDRE GRUNNER ENN LOVBESTEMT TAUSHETSPLIKT

AVTALE INNGÅTT MELLOM HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS, FAKULTET FOR HELSEFAG OG

STUDENT HANNE HENRIKKE NESMARK FØDT 05.09.1986

Studentnummer: 5170844 Studieprogram: MASTERSKADSSPIDIUM I ANESTESI/SYKEPLEIE

Der master- eller bacheloroppgaver ikke inneholder opplysninger undergitt lovbestemt taushetsplikt, kan Høgskolen i Oslo og Akershus med hjemmel i åndsverksloven § 27, jf. offentlighetsloven § 2 og § 6 nr. 6, gi forskere og studenter *innsyn* i oppgaven, men uten at disse kan sitere fra oppgaven.

Studenten kan reservere seg mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i høgskolens åpne vitenarkiv, ODA. Dersom denne adgangen til klausulering benyttes, må varighet og begrunnelse angis fra studentens side. Oppgaven vil da bli oppbevart i et lukket arkiv i den oppgitte perioden.

Jeg reserverer meg herved mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i høgskolens åpne vitenarkiv, ODA før embargotidens utløp (1-5 år).

Opgavens tittel: KARTLEGGING AV OVERLEVERING AV PASIENT
FRA OPERASJONSTEAM TIL POSTOPERATIV AVDELING

Adresse:	<u>ARI MAUER HANSEUS GATE 6 B, 0455 OSLO</u>
Telefon:	<u>92629880</u>
E-post:	<u>HANNE NESMARK@GMAIL.COM</u>

Faglig veileder:	<u>BERIT T. VALEBERG</u>	
Institutt:	<u>INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEPROFESJONELLE ARBEID</u>	
Jeg tilrår at oppgaven klausuleres	Sted: <u>OSLO</u>	Dato: <u>14.11.17</u>
	Veileders underskrift: <u>Berit T. Valeberg</u>	

Maksimumstid for denne type klausulering er 5 – fem år (embargotid).

Klausuleringen gjelder for 5 år og settes på grunn av:

Ønsker å publisere oppgaven som en artikkel.

Hanne Nesmark
studentens underskrift