

MASTEROPPGAVE
Master i anestesisykepleie MANES5900
Mai 2016

Bruk av ISBAR for kvalitetssikring ved pasientoverlevering
– en observasjonsstudie

Navn

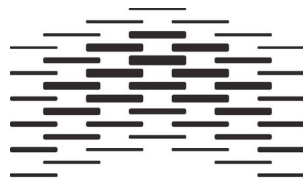
Anne-Line Kjos Sollie

og

Hanne Tærum

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

MASTER THESIS
Master's Programme in Nurse Anaesthesia
May 2016

Using ISBAR in patient handover for ensuring quality
– an observational study

Name

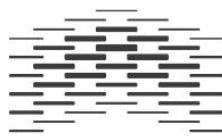
Anne-Line Kjos Sollie

og

Hanne Tærum

Faculty of Health Sciences

Department of Nursing



OSLO AND AKERSHUS
UNIVERSITY COLLEGE
OF APPLIED SCIENCES

INTRODUKSJON

Denne oppgaven består av to deler. Den første delen er en sammenbinding av studien som har til hensikt å utvikle og utvide temaet for artikkelen som presenteres i del to.

Sammenbindingen presenterer først bakgrunnen for studien, før kunnskapssøk og den teoretiske referanserammen klargjøres. Den metodiske delen er ment å gi leseren muligheten til å vurdere studiens kvalitet, ved at det gis innsikt i studiens metodiske fremgangsmåte. Sammenbindingen avsluttes med en oppsummering.

Denne delen av masteroppgaven er et supplement til artikkelen og må kun leses i sammenheng med denne.

Del to av oppgaven er en **artikkel**. Denne presenterer kort bakgrunn for studien og metodisk tilnærming, før resultatene beskrives og deretter drøftes i lys av studiens teoretiske referanse ramme.

FORORD

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik prosess. Arbeidet har gitt oss faglig vekst som vi kan dra nytte av i fremtiden, og har samtidig gitt oss innblikk i forskningens verden.

Vår veileder ved Høyskolen i Oslo og Akershus, Ingrid Liodden, har med stødig hånd ledet oss til mål, og fortjener en stor takk for hjelpen.

En stor takk også til alle de som har stilt opp og latt seg observere. Dette studiet kunne ikke blitt gjort uten deres velvillige og positive innstilling.

Vår største takk går selvfølgelig til våre nærmeste.

Våre forståelsesfulle og tålmodige menn og barn, familie og nære venner som har stilt opp på alle måter. Vi kunne ikke fullført dette arbeidet uten hjelp og støtte fra dere.

Tilslutt vil vi takke hverandre, for oppmuntring og støtte underveis.

Det har vært flere lange bakker vi ikke kunne gått alene. 😊

DEL 1
SAMMENBINDING

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	VALG AV TEMA.....	1
1.2	OVERSIKT OVER KAPITLENE.....	1
2	LITTERATURSØK	2
2.1	SØKEHISTORIKK.....	2
2.2	KILDEKRITIKK.....	2
3	TEORETISK REFERANSERAMME	2
3.1	ISBAR.....	2
3.2	PROSEDYRE.....	3
3.3	DESKRIPTIV OBSERVASJONSSTUDIE SOM METODE.....	4
4	METODEDISKUSJON	4
4.1	STYRKER OG SVAKHETER.....	4
4.2	STUDIENS RELIABILITET OG VALIDITET.....	5
4.2.1	<i>Reliabilitet</i>	5
4.2.2	<i>Validitet</i>	6
4.3	FØRFORSTÅELSE.....	6
4.4	ETISKE REFLEKSJONER.....	7
5	OPPSUMMERING	8

Litteraturliste

Vedlegg

SAMMENDRAG

Prosjektets bakgrunn: Hensiktsmessig kommunikasjon mellom helsepersonell styrker pasientsikkerheten, også i forbindelse med pasientoverleveringer.

Vi ønsket å undersøke hvordan kommunikasjonsverktøyet ISBAR, som er en del av en implementert prosedyre, ble brukt for å kvalitetssikre pasientoverleveringer fra anestesisykepleier til postoperativ sykepleier. Samtidig ønsket avdelingsledelsen fokus på bruk av prosedyren i avdelingen.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med studien var å undersøke om kommunikasjonsverktøyet ISBAR ble benyttet i avdelingen vi arbeider i.

Problemstillingen var;

I hvilken grad bruker anestesisykepleiere ved vår avdeling kommunikasjonsverktøyet ISBAR når pasienten overleveres fra anestesisykepleier til postoperativ sykepleier?

Metode, design, utvalg, analyse: Deskriptiv observasjonsstudie med bruk av sjekklister. 100 overleveringer ble observert på avdelingen. Data ble analysert etter at studien var ferdig. Alle data ble registrert i SPSS, versjon 23 og analysert med frekvensfordeling og bivariat deskriptiv statistikk (krystabeller).

Resultater: ISBAR benyttes ikke systematisk i pasientoverleveringer ved avdelingen. Metoden var tilfredsstillende for formålet med studien, selv om det var utfordringer knyttet til for forståelse og etikken.

Konklusjon/oppsummering: ISBAR brukes ikke strukturert, men design og metode for studien fungerte etter sin hensikt.

Nøkkelord: ISBAR, kvalitetssikring, prosedyre, pasientoverlevering, rapport, anestesisykepleier, postoperativ.

ABSTRACT

Background: Appropriate communication between health care professionals strengthens patient safety, especially in connection with handovers.

We wanted to examine how the communication tool ISBAR were used to assure the quality of patient handovers from anesthesia nurses to postoperative nurses in one department. This is a part of an implemented procedure. The department management wanted a focus on the use of procedures in the department.

Aim and objectives: The purpose of this study was to examine whether the communication tool ISBAR were being used in patient handovers. We approached this by the following research question:

“To what extent do anesthesia nurses in our department use the communication tool ISBAR when the patient is handed over from anesthesia nurse to postoperative nurse?”

Method, design, selection, analysis: Descriptive observational study using a structured checklist. 100 handovers were observed at one department. Data were analyzed after the study was completed. All data were recorded in SPSS version 23 and analyzed by frequency distribution and bivariate descriptive statistics (crosstabs).

Results: ISBAR is not used systematically in patient handovers at the department. The method responded to its purpose, although there were challenges associated with pre-understanding and ethics.

Conclusion / Summary: ISBAR is not being used structured, but the design and method of the study functioned as intended.

Keywords: ISBAR, quality, patient handover, report, nurse anesthetist, postoperative.

1 INNLEDNING

1.1 Valg av tema

Pasientsikkerhet ved norske sykehus har de siste årene fått ekstra oppmerksomhet i forbindelse med pasientsikkerhetsundersøkelser (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014). Målrettet virksomhet gjennom gode rutiner er nødvendig for pasientsikkerheten. Lovverket pålegger utøvende helseinstans å oppfylle dette (Helsepersonelloven, 2014; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Det skal utarbeides felles retningslinjer og prosedyrer ved den enkelte helseinstans for å oppnå dette kravet. En prosedyre defineres som en formell fremgangsmåte godkjent av ledelsen, og er ment for å sikre god og lik standard, slik at oppgaver utføres riktig, og kvaliteten på arbeidet sikres (Bieder & Bourrier, 2013). Anestesisykepleierens virksomhet er knyttet til Funksjonsbeskrivelsen og Norsk standard for anestesi (Anestesisykepleienes landsgruppe av NSF, 2010a, 2010b). Gjennom disse forpliktet anestesisykepleieren til å arbeide etter enhetens retningslinjer og prosedyrer. Vi har tidligere arbeidet ved postoperativ avdeling og har erfart at prosedyrer kan oppfattes forskjellig av to faggrupper når de ikke er godt innarbeidet i avdelingene de berører. Valg av tema bunner i interesse for hvordan hensiktsmessig kommunikasjon mellom helsepersonell styrker pasientsikkerheten, spesielt i forbindelse med overleveringer. Vi ønsket å undersøke hvordan ISBAR blir brukt for å kvalitetssikre pasientoverleveringer fra anestesisykepleier til sykepleier på postoperativ avdeling. Samtidig ønsket avdelingsledelsen fokus på bruk av prosedyrer i avdelingen.

Problemstillingen var:

I hvilken grad bruker anestesisykepleiere ved vår avdeling kommunikasjonsverktøyet ISBAR når pasienten overleveres fra anestesisykepleier til postoperativ sykepleier?

1.2 Oversikt over kapitlene

I sammenfatningen presenterer vi kort litteratursøk, med søkehistorikk og kildekritikk.

I den teoretiske referanserammen presenterer vi ISBAR og prosedyre som fenomen, og observasjonsstudiet som metode.

Så diskuterer vi metoden med styrker, svakheter, reliabilitet, validitet, forforståelse og etikk.

Til slutt har vi en oppsummering og noen tanker om veien videre.

2 LITTERATURSØK

2.1 Søkehistorikk

Vi startet søket i Kunnskapspyramiden Mc Master Plus i Helsebiblioteket, for å finne kvalitetsvurderte oversiktsartikler (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Vi brukte søkeordene SBAR og ISBAR alene og kombinert med "and" og "or". SBAR fordi noen land betegner verktøyet uten I. Vi brukte i tillegg søkeordene handoff, handover, nurse, anesthesia, clinical, postoperative, evaluation og history. Deretter søkte vi etter enkeltartikler publisert fra 2005 til februar 2016 i Medline, Embase, OVID Nursing, PubMed og Cinhal. Søk etter nordiske artikler i SweMed+ og NorArt ga henholdsvis to og ingen treff. Vi vurderte artiklenes kvalitet ved å bruke Kunnskapssenterets verktøy for vurdering av forskningsartikler (Kunnskapssenteret, 2014). Hensikten var å identifisere om problemstillingen sammenfalt med vårt tema, og om studiedesignet var egnet for å svare på problemstillingen i studiet (Nortvedt et al., 2012). Vi søkte systematiske oversiktsartikler for å få oversikt over forskningsfeltet.

I tillegg til artikler fra det systematiske søket, har vi også brukt artikler fra referanselistene.

2.2 Kildekritikk

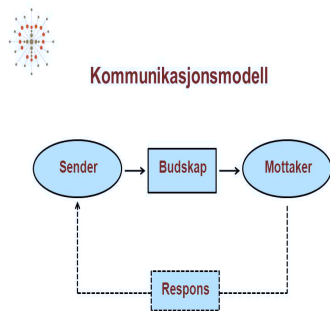
Vi fant ingen forskningsartikler om bruk av ISBAR ved norske sykehus, og det er få studier i andre nordiske land. Studier fra andre land er ikke alltid overførbare til norske forhold fordi kultur og organisering av helsetilbud kan være annerledes. (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014). Det kan derfor være problematisk å sammenligne vår studie med andre.

3 TEORETISK REFERANSERAMME

3.1 ISBAR

Internasjonalt er det forsket mye på bruk av ulike kommunikasjonsverktøy for kvalitetssikring ved pasientoverleveringer. Organisasjoner for medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i USA arbeider aktivt for å innføre ISBAR i helsevesenet. I Australia har innføringen av ISBAR kommet langt, og Danmark er foregangsland i Norden med hensyn til innføring av ISBAR (ACSQHC, 2010; Dansk Selskab for Pasientsikkerhed, 2007).

En målrettet kommunikasjon er av stor betydning i pasientoverleveringer, på grunn av utvekslingen store og komplekse informasjonsmengder. Kommunikasjonsverktøyet ISBAR bidrar til en effektiv og sikker kommunikasjon ved pasientoverleveringer.



ISBAR gir struktur i overleveringsrapporten og gjør toveis kommunikasjon mulig, fordi det er mulig å stille og svare på spørsmål etter rapporten.

Flere typer kommunikasjonsverktøy har vært gjenstand for undersøkelser i andre deler av verden (Nagpal et al., 2011; Robins & Dai, 2015). Vi har valgt å ikke gå inn på disse her.

Det er gjort forskning som beskriver at bruk av kommunikasjonsverktøy ikke nødvendigvis fører til bedre pasientoverleveringer. Kommunikasjonsverktøy implementeres ofte med tanke på å øke pasientsikkerheten, ikke sjelden fordi en uønsket hendelse har funnet sted. En uønsket hendelse kan ikke alene relateres til kommunikasjonsverktøyet, men må sees i sammenheng med flere ulike faktorer, der menneskelig svikt kan være en av flere slike faktorer (Patterson, 2008). En systematisk litteratur gjennomgang av kommunikasjonsmetoder og kommunikasjonsverktøy, beskriver at det ikke er noen av metodene som forbedrer resultatet av overleveringen, men det kan sees en bedring på innholdet i informasjonen som rapporteres (Robertson, Morgan, Bird, Catchpole & McCulloch, 2014).

3.2 Prosedyre.

Helsevesenet har gått fra en individorientert retning rundt pasientsikkerhet, til å fokusere mer på systematisk sikkerhetsarbeid i organisasjonene med pasientsikkerhetsprogrammet ”I trygge hender 24/7” (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014). Tiltak for å bedre pasientsikkerhetskulturen kan være sjekklister og kommunikasjonsteknikker. Sjekklisten for Trygg kirurgi er implementert på operasjonsstuen i vår avdeling for å redusere pasientskader (vedlegg 3).

En videreføring av dette tiltaket i pasientforløpet kan bidra til økt pasientsikkerhet. Den aktuelle prosedyren for pasientoverlevering er en slik videreføring.

Prosedyren vi har studert er en klinisk prosedyre som ble implementert i avdelingen i januar 2014 (Vedlegg 2). Hensikten er å kvalitetssikre overleveringen av nyoperert pasient ved ankomst postoperativ. Prosedyren legger til grunn at den muntlige overleveringsrapporten skal foregå, etter ISBAR prinsippet og plasserer ansvaret hos anestesisykepleierne som er involvert i overleveringen. Vi vet ikke hvordan implementeringen foregikk, men det er et samlet ansvar mellom ledelsen og den ansatte helsearbeider å gjøre kjent, og gjøre seg kjent,

med virksomhetens prosedyrer (Helsepersonelloven, 2014; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001).

3.3 Deskriptiv observasjonsstudie som metode

Forskningsspørsmålet bestemmer metoden (Polit & Beck, 2012). Metoden er fremgangsmåten som velges for å innhente informasjon om det som skal studeres, og hvordan funnene analyseres. (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2010).

Vi brukte deskriptiv observasjonsstudie som metode for å utforske hvordan ISBAR ble brukt ved pasientoverlevering. Observasjon er egnet som metode der problemstillingen er knyttet til et avgrenset og overkommelig geografisk område slik som en postoperativ avdeling (Johannessen et al., 2010).

Med deskriptive studier kan man observere, beskrive og dokumentere situasjonen i dens naturlige miljø, uten å forandre på situasjonen (Polit & Beck, 2012).

4 METODEDISKUSJON

4.1 Styrker og svakheter

For å strukturere og sikre observasjonene data fra observasjonene utviklet vi en sjekkliste. Med sjekklisten kunne vi krysse av i det øyeblikket det skjedde. Slik kunne vi holde fokus på ønsket sted samtidig som det gir lite rom for egne tolkninger. I sjekklisten brukte vi flere indikatorer for å måle om ISBAR ble benyttet. Sjekklisten inneholdt variabler for avkrysning av svaralternativene ja eller nei. Datainnsamlingen var godt strukturert og lite fleksibel (Johannessen et al., 2010).

En vanlig kritikk av kvantitative metoder er at man mister muligheten til å presentere nyansene, mangfoldet og det spesielle ved fenomenet som skal studeres (Johannessen et al., 2010). Registrering av kroppsspråk og nonverbal kommunikasjon, kunne slik sett gitt studien et annet perspektiv og et større mangfold.

Videre kan det være en svakhet at det er vanskelig for observatøren å være objektiv. Personlig engasjement og forpliktelser, følelser og fordommer er faktorer som påvirker objektiviteten, og kan farge observatørens valg. Dette kan føre til at observatøren trekker uriktige slutninger, som igjen påvirker resultatet (Polit & Beck, 2012). Objektiviteten ble satt på prøve i vårt studie når vi observerte egne kolleger.

En annen svakhet ved observasjonsstudier er at de tar tid. Dette kan begrenses ved bruk av ett strukturert metoderedskap. Vi fikk flere observasjoner på kortere tid enn beregnet med bruk av sjekklisten.

4.2 Studiens reliabilitet og validitet

Et grunnleggende spørsmål i all forskning er dataenes pålitelighet, reliabilitet, og hvor godt de dataene som samles inn representerer det fenomenet som skal undersøkes, validitet (Johannessen et al., 2010; Polit & Beck, 2012). Kvaliteten i et studie vurderes ut ifra disse kriteriene, og det var viktig for oss at de dataene vi samlet inn var pålitelige, nøyaktige og relevante. Gjennom veiledning og undervisning har studien vært gjenstand for vurdering fra lærere og medstudenter. Dette ga oss mange innspill og verdifull refleksjon og var slik som Polit og Beck beskriver med på å avdekke faktorer som kunne utfordret gyldigheten av studiens resultat (Polit & Beck, 2012).

4.2.1 Reliabilitet

For å sikre høy reliabilitet, må datainnsamlingen gjennomføres grundig og systematisk. (Johannessen et al., 2010).

I denne studien er reliabilitet avhengig av hvordan vi brukte sjekklisten, om vi vurderte det som ble sagt under overleveringen likt, samt vår plassering og påvirkning i forskningsfeltet. Vi utførte en pilotstudie for å undersøke om vår plassering i rommet og tilstedeværelse i arbeidstøy var hensiktsmessig. Det kunne bidratt til å gi studien større reliabilitet om en utenforstående hadde identifisert utfordringer knyttet til dette.

Det faktum at vi var to forskjellige observatører er i seg selv en utfordring med tanke på reliabiliteten. For å styrke troverdigheten gikk vi jevnlig gjennom observasjonene for å oppdage om vi hadde endret oppfatninger eller vurderinger av det vi observerte. I etterkant ser vi at vi kunne oppnådd større grad av reliabilitet ved å observere hverandres observasjoner i forkant av selve studiet. Studiens troverdighet kunne muligens også vært styrket ved å la de som ble observert bekrefte vår avkrysning i etterkant. Dette ville imidlertid avslørt studiens hensikt og kunne ført til metodefeil, og var dermed ikke aktuelt.

Som observatører ble vi mer komfortable etter hvert, men vi har ikke funnet åpenbare forskjeller på registreringene som ble gjort i starten, sammenlignet med de som ble gjort på slutten av studiet. I følge Polit og Beck er det umulig å helt unngå observasjonsfeil (Polit & Beck, 2012). Det er verdt å bemerke at ettersom tiden gikk ble informantene mindre oppmerksomme på at vi var tilstede, og det ble mindre spørsmål om hva vi undersøkte.

Situasjonen rundt overleveringen ble altså mer avslappet og naturlig for både observatører og studiedeltagere etterhvert.

4.2.2 Validitet

Operasjonaliseringen av prosedyren, og valg av variabler i sjekklisten kan ha påvirket grad av validitet. Dessuten kan vi ha hatt ulike oppfatninger av hvordan vi skulle observere, til tross for at vi på forhånd hadde en omforent forståelse. Til tross for at sjekklisten ble testet gjennom pilotstudiet, og drøftet oss imellom før den ble tatt i bruk, ser vi i etterkant at ekstern validering av variablene kunne gitt studien større troverdighet. . Validerte sjekklister fra andre studier var ikke relevante å bruke, ettersom de var lokalt tilpasset.

Studiens validitet kunne vært styrket om en uavhengig kontrollobservatør hadde sammenlignet sine avkryssinger med våre avkryssinger etter hver overlevering. En bieffekt av dette er at det også kan virke skjerpene på observatørens innsats og dataene registreres mer riktig og reliabelt.

En viktig faktor for studiens gyldighet er den teoretiske referanserammen, som er rådende i litteraturen og som dannet grunnlaget for valg av metode og av variabler i sjekklisten. Vi innser at bruk av annen teori kunne gitt et annet resultat.

Av hensyn til studiens validitet fikk ikke deltagerne vite studiens hensikt og hva vi observerte. På denne måten sikret vi at informantene hadde likt utgangspunkt og ikke endret adferd med tanke på hva de rapportere. Vi har av samme grunn unngått å involvere for mange utenforstående.

4.3 Forforståelse

Spørsmålet er ikke hvorvidt forskeren påvirker forskningsprosessen, men hvordan (Malterud, 2011). Vår forforståelse ligger i vår kunnskap om temaet fordi vi begge har arbeidet i postoperativ avdeling, og nå arbeider i anesthesiavdelingen. Denne problemstillingen har vi vært veldig bevisst på. Feltblindhet og manglende refleksjon er en risiko, dessuten kan nærhet til feltet gjøre at vi mister evnen til objektiv tolkning (Malterud, 2011). Vår ubevisste formening om den enkeltes ferdigheter og mangler kan ha påvirket oss. Muligheten for slike skjevtolkninger har vært vurdert og bevisst forsøkt redusert. I tillegg kan det å forske på egne kollegaer påvirke studien. Samtidig har vår kjennskap til feltet og fenomenet bidratt positivt. Lettere tilgang til feltet, samt egne erfaringer kan ha gjort forforståelsen til en del av motivasjonen(Malterud, 2011).

4.4 Ethiske refleksjoner

Sentrale krav i Helseforskningsloven er at forskning skal være forsvarlig, forsvarlighetskravet §5, og at eventuelt risiko og ulemper står i forhold til forventet nytte, proporsjonalitetskravet §22 (Helseforskningsloven, 2009; Simonsen, 2014). I hovedregel skal det innhentes samtykke når det skal forskes på mennesker. Studier må i slike tilfeller godkjennes på forhånd av Regional Etisk Komité for medisin og helsefag (REK). All deltakelse i forskning skal være frivillig (Helseforskningsloven, 2009). For å fravike samtykkekravet er det en forutsetning at opplysninger som er gitt ikke kan indentifisere den enkelte deltaker, og at det er gitt relevant og nødvendig informasjon (Ruyter, Førde & Solbakk, 2014). Denne studien har ikke involvert pasienter eller opplysninger som kan spores, og det har derfor ikke vært nødvendig å innhente godkjenning fra REK eller rapportere studien til Norsk Senter for Forskningsdata, NSD. Vi innhentet tillatelse fra ledelsen ved avdelingen (se vedlegg 1).

I tillegg til forforståelsen, er det største ankepunktet med denne studien hvordan vi valgte å informere de berørte anestesisykepleierne.

Alle sykepleierne som kunne bli berørt av observasjonene ble informert via sine respektive ledere. De fikk på denne måten mulighet til å forbeholde seg å bli observert, samt å trekke seg fra studien. Vi er klar over at essensielle detaljer var holdt tilbake i forbindelse med informasjonen vi ga, og at samtykket til deltagelse ble gitt på bakgrunn av dette. Allikevel har vi vurdert det som god nok informasjon, fordi vi ikke skulle innhente personlige opplysninger, og fordi det vi observerte ikke er mulig å spore tilbake til den enkelte informant (Johannessen et al., 2010). Informasjonsformen kan ha skapt nysgjerrighet og snakk blant anestesisykepleierne som vi ikke vet konsekvensene av.

Observasjonsstudier på egen arbeidsplass krever refleksjon og bevissthet (Malterud, 2011). Både til selve utøvelsen av praksis, og til personer i feltet. Vi har vært oppmerksomme på dette, men erkjenner at forforståelsen kan ha forstyrret kunnskap vi kunne oppnådd. Fordi det eksisterer nær kontakten mellom oss og de vi observerte, har dette stilt særlige krav til det etiske ansvar hos oss som observatører. Våre kollegaer kan ha opplevd det som ukomfortabelt å bli observert og vurdert i sin arbeidssituasjon. Ubehaget kan ha blitt forsterket av at de ikke visste hva vi observerte, og de kan ha opplevd å bli overvåket og blottlagt. Vi forsøkte å holde distanse til deltakerne ved å for eksempel å unngå øyekontakt, ikke stille spørsmål og i minst mulig grad svare på henvendelser. Vår tilstedeværelse kan allikevel ha forstyrret rapportens innhold og tidsbruk, og dermed fagligheten, slik at sykepleierne kan ha gjort feil (Cornell, Townsend Gervis, Yates & Vardaman, 2014). Men det å være tilstede der fenomenet befinner

seg, er noen ganger den eneste måten å skaffe seg gyldig kunnskap på (Johannessen et al., 2010).

5 OPPSUMMERING

Med et deskriptivt observasjonsstudie har vi undersøkt bruken av en prosedyre i egen avdeling. Å forske på egne kolleger har flere aspekter. Våre erfaringer har vi beskrevet i artikkelens diskusjonsdel, og i sammenfatningens metodediskusjon. Fordi studiet ble gjort på fritiden ved siden av å arbeide i samme avdeling, erfarte vi at å gå mellom arbeid som anestesisykepleier og observatør var et utfordrende rolleskifte. Den nære relasjonen vi har til anestesisykepleierne ble opprettholdt, og det ble utfordrende å holde distansen. Sjekklisten ble et godt hjelpemiddel for å ivareta distansen, og vi har gode erfaringer fra bruk av denne. For å unngå å komme i konflikt med vår egen forforståelse og etiske utfordringer knyttet til de observerte kunne vi valgt et annet forskningsdesign. Vi kunne undersøkt fenomenet ved å be postoperativ sykepleier si hvordan hun oppfattet innholdet i overleveringsrapporten.

Våre kollegaer er dyktige anestesisykepleiere, og resultatene av observasjonene tillegges ikke det motsatte. Når en prosedyre ikke blir brukt kan dette ha flere årsaker. Vårt inntrykk har før og under observasjonene vært at prosedyren er lite eller ikke kjent, og vi stiller spørsmål ved om implementeringen av ISBAR har vært god nok.

Veien videre bør være at ledelsen investerer i grundigere informasjon om hensikt og bruk av ISBAR. Dette kan gjøres i forbindelse med fagdager eller e-læringskurs. Når dette er gjennomført, bør ledelsen følge opp hvordan ISBAR blir brukt i avdelingen og oppmuntre anestesisykepleierne til å bruke ISBAR slik den er tenkt.

LITTERATURLISTE

- ACSQHC. (2010). *The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement*. Hentet 5.1.2015 fra <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf>
- Anestesisykepleienes landsgruppe av NSF. (2010a). *Funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere*. Hentet 12.12.2014 fra http://www.anestesi.no/dokumenter/22-funksjonsbeskrivelse_for_anestesisykepleiere
- Anestesisykepleienes landsgruppe av NSF. (2010b). *Norsk Standard for Anestesi*. Hentet 15.12.2014 fra http://www.anestesi.no/dokumenter/21-norsk_standard_for_anestesi
- Bieder, C. & Bourrier, M. (2013). *Trapping safety into rules : how desirable or avoidable is proceduralization?* Farnham: Ashgate.
- Cornell, P., Townsend Gervis, M., Yates, L. & Vardaman, J. M. (2014). Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *MEDSURG Nursing*, 23(5), 334-342. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2012770038&site=ehost-live>
- Dansk Selskab for Pasientsikkerhed. (2007). *Håndbog i sikker mundtlig kommunikation*. Hentet 23.2.2015 fra http://hejsundhedsvaesens.dk/sikkerpatient-dk/media/10302/haandbog_i_sikker_mundtlig_kommunikation.ashx.pdf
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2014). *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7*. Hentet 05.03.2015 fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Pasientsikkerhetsprogrammet-I-trygge-hender-24-7/id2005291/>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven)*. Hentet 18.12.2014 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskning>
- Helsepersonelloven. (2014). *Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven)*. Hentet 29.1.2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 2.3.2015 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- 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. *Ann Surg*, 253(4), 831-837. doi:10.1097/SLA.0b013e318211d849
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. [Oslo]: Akribe.
- Patterson, E. S. (2008). Structuring flexibility: the potential good, bad and ugly in standardisation of handovers. *Qual Saf Health Care*, 17(1), 4-5. doi:10.1136/qshc.2007.022772
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (9th. utg.). Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Robertson, E. R., Morgan, L., Bird, S., Catchpole, K. & McCulloch, P. (2014). Interventions employed to improve intrahospital handover: a systematic review. *BMJ Qual Saf*, 23(7), 600-607. doi:10.1136/bmjqs-2013-002309

- Robins, H. M. & Dai, F. (2015). Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. *AANA J*, 83(4), 264-268. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26390744>
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Simonsen, S. (2014). *Helseforskningsloven : med kommentarer*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet 16.3.2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov+om+spesialist>

DEL 2
ARTIKKEL

Bruk av ISBAR

for kvalitetssikring ved pasientoverlevering

– en observasjonsstudie

SAMMENDRAG

Bakgrunn; Pasientskader kan oppstå på grunn av mangelfull kommunikasjon i forbindelse med overlevering av pasienter mellom helsepersonell. ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendations) er et kommunikasjonsverktøy som skal brukes ved rapport fra anestesisykepleier til sykepleier ved postoperativ avdeling. Bruk av ISBAR for kvalitetssikring ved pasientoverleveringer skal sikre at pasientinformasjonen samles og overføres strukturert.

Hensikt; Undersøke hvordan ISBAR blir fulgt av anestesisykepleierne ved vår avdeling, og om deres ansiennitet påvirker bruken av ISBAR.

Metode; Deskriptivt observasjonsstudie med en strukturert sjekklister.

Resultat; ISBAR ble ofte ikke fulgt ved pasientoverlevering. I over 30% av overleveringene ble pasientens identitet ikke rapportert. Anestesiform ble rapportert av 87% av anestesisykepleierne, mens 32 % beskrev pasientens vitale parametere. Det var samlet sett ingen signifikante forskjeller på ansiennitet og bruk av ISBAR.

Konklusjon; Kommunikasjonsverktøyet ISBAR skal kvalitetssikre pasientoverleveringer og er innført som prosedyre ved vår avdeling, men rapporten fra anestesisykepleier til sykepleier på postoperativ avdeling er ikke i overensstemmelse med ISBAR. Rapportene er ofte mangelfulle, og dette kan bidra til misforståelser og feil som kan påvirke den videre behandlingen av pasienten. Anestesisykepleierens arbeidserfaring påvirket i liten grad resultatene.

Nøkkelord; rapport, anestesi, anestesisykepleier, prosedyre.

ABSTRACT

Background: Adverse events may occur due to communication failure during patient handovers in hospital. ISBAR is a communication tool that facilitates reporting structure and ensures correct information.

Purpose: The aims of this study were to investigate the use of ISBAR in the patient handover process between nurse anaesthetists and recovery room nurses at our department. Further, we wanted to investigate whether the nurse anaesthetists work experience influence the results.

Method: Descriptive observational study by means of a structured checklist.

Result: ISBAR was not used on a regular basis in the observed patient handovers. Patient identity, type of anaesthesia and vital signs were reported in 70%, 87% and 32% of the handovers. Overall, nurse anaesthetist's experience did not influence the results.

Conclusion: ISBAR shall ensure quality in patient handovers through a procedure in our department. The reports from the anaesthesia nurses to recovery room nurses are not in accordance to ISBAR, possibly resulting in information loss and errors affecting further treatment of the patient. Anaesthesia nurses work experience had little impact on the results.

English title: Using ISBAR in patient handover for ensuring quality – an observational study.

Key words: communication tool, report, anaesthesia, nurse, procedure

Tidsskrift link: www.idunn.no/nsf

INNLEDNING.

Opptil 80% av alle pasientskader i sykehus kan være en konsekvens av ustrukturert informasjon ved pasientoverlevering, og dette kan føre til forlenget sykehusopphold og i ytterste konsekvens død (1, 2). Pasientoverlevering defineres som overføring av pasient, informasjon, utstyr og faglig ansvar fra en fagprofesjon til en annen (3). På sykehus gjøres det utallige overleveringer hver dag. Kommunikasjon ved overleveringen påvirkes av utdanning, erfaring, stress, forstyrrelser og individuelle ferdigheter.

Pasientoverlevering utgjør et høyrisikoområde for pasientsikkerhet, fordi viktig informasjon kan bli utelatt, misforstått eller feiltolket (4).

Den norske helse og omsorgstjenesten er blant verdens beste (5). Regjeringen har som mål å redusere antall pasientskader ved norske sykehus med 25% frem mot 2019, gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet ”I trygge hender 24/7”. Et av delmålene er å forbedre kommunikasjonen mellom behandlingsnivåene ved hjelp av gode kommunikasjonsteknikker og bruk av sjekklister. Mye av den forskningsbaserte kunnskapen rundt forbedringsarbeid og pasientsikkerhet er gjort i land der helsetjenesten er vesentlig forskjellig fra Norge (5). Fordi både kulturen og norsk helsetjeneste er annerledes, er det behov for mer helhetlig forskning på pasientsikkerhet og forbedringsarbeid på norske sykehus. Etableringen av World Health Organization (WHO) sin ”Sjekkliste for trygg kirurgi” er ett av programmets målrettede tiltak som nå er implementert i de fleste operasjonsavdelinger i landet (5). Sjekklisten er delt inn i 3 trinn, og blir brukt før, under og etter kirurgi på operasjonsstuen med hele operasjonsteamet tilstede. Den skal sikre at etablerte retningslinjer og protokoller følges, øke forståelsen for felles gjøremål, styrke kommunikasjonen og redusere informasjonstap, og den er et supplement til gjeldende prosedyrer, retningslinjer og andre verktøy (6).

Et av anestesisykepleierens ansvarsområder er å sikre kontinuitet i sykepleien (7). Potensiell risiko ved kirurgi og anestesi fortsetter ut over den per operative perioden, og faren for komplikasjoner vedvarer ved overflyttingen og etter ankomst post operativ (1). For pasienten er det derfor en sikkerhet at anestesipersonalet som kjenner det per operative forløpet, følger pasienten fra operasjonsavdelingen til postoperativ avdeling (8). Anestesisykepleieren og postoperativ sykepleier har forskjellig faglig fokus, og kan ha ulik oppfatning av hva som er relevant informasjon ved en overlevering. Flere studier har vist at det er nødvendig å sikre rutiner for å unngå uønskede hendelser forbundet med pasientoverlevering. Bruk av et kommunikasjonsverktøy for kvalitetssikring ved pasientoverlevering kan øke pasientsikkerheten (9, 10). Uten bruk av et kommunikasjonsverktøy kan det oppstå hyppigere

forglemmelser, misforståelser og feilinformasjon (11). Vi har ikke funnet studier på bruk av kommunikasjonsverktøy ved norske sykehus.

Som en følge av flere katastrofale hendelser på 1980-tallet i organisasjoner som har store krav til sikkerhetsrutiner (High Reliability Organisations, HRO), utarbeidet amerikansk luftfartsindustri kommunikasjonsverktøyet ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation) for å sikre en bedre informasjonsflyt (12). Helsevesenet regnes også som et komplekst og risikofyllt arbeidsmiljø, men har ikke tradisjon for å ha like stort fokus på sikkerhet (13). Av den grunn har ISBAR blitt modifisert til helsevesenet, og benyttes i sykehus i ulike lokale varianter. Kirurgiske pasienter er særlig utsatt, fordi de flyttes mellom ulike avdelinger, som pre operativ, per operativ og postoperativ, i løpet av sitt sykehusopphold. Et tilpasset ISBAR kan bidra til å sikre standardisering av pasientoverleveringer mellom alle avdelinger. ISBAR har hatt stor suksess, og benyttes av helsevesen over hele verden (14, 15). ISBAR anbefales av WHO og defineres av organisasjonen som en metode for å sikre overlevering av informasjon i komplekse settinger (16).

Ved vår anesthesiavdeling har vi en prosedyre for å bruke ISBAR ved pasientoverlevering fra anestesi til postoperativ avdeling. En prosedyre er en fremgangsmåte som er godkjent av ledelsen (6). I vårt tilfelle pålegger den anesthesisykepleieren å rapportere etter ISBAR metoden, uten individuelle tolkninger.

Egen erfaring er imidlertid at ISBAR i liten grad blir benyttet. Hensikten med denne studien var å undersøke i hvilken grad ISBAR blir benyttet ved pasientoverlevering fra anesthesiavdelingen til postoperativ avdeling. Videre ville vi undersøke om anesthesisykepleierens arbeidserfaring påvirket bruk av ISBAR. Studien vil gi økt kunnskap om bruk av ISBAR og kan være nyttig for å endre rutineene i avdelingen, slik at færre uønskede hendelser oppstår som følge av forglemmelser, misforståelser og feilinformasjon.

METODE

Studien er en deskriptiv observasjons studie og ble gjennomført med tillatelse fra avdelingsledelsen fra oktober til desember 2015. En sjekkliste ble laget av forfatterne med utgangspunkt i forskningsspørsmålet. Den er basert på avdelingens ISBAR prosedyre, inkludert elementer fra sykehusets ”Sjekkliste for trygg Kirurgi”. Vi utførte hver for oss en pilotstudie med til sammen 22 observasjoner over 2 dager. Ettersom vi ikke gjorde noen endringer i hovedstudien, ble pilotobservasjonene inkludert i studien. Pasientdata ble ikke notert, og det var ingen verbal eller non-verbal kontakt mellom observatøren og pasienten. Den eneste kommunikasjonen mellom observatør og anestesisykepleier var i forbindelse med spørsmålet om anestesisykepleiers ansiennitet. For at overleveringene i minst mulig grad skulle bli påvirket av observatørens tilstedeværelse var vi kledd i arbeidstøy og ikke tilstede samtidig.

Sjekklisten er inndelt i 5 deler, en for hver bokstav i ISBAR, med tilsammen 30 underpunkter. 27 av punktene kunne krysses av med ja eller nei ut fra det som ble sagt under overleveringen. Non-verbal kommunikasjon, som å peke i anestesijournalen på pasientens navn i stedet for å si navnet høyt, ble også registrert. I tillegg registrerte vi anestesisykepleiers kjønn og ansiennitet, samt tidspunkt på døgnet overleveringen foregikk.

Sykepleierne ved avdelingene fikk en e-post via sine ledere med informasjon om at det skulle gjøres en observasjonsstudie i forbindelse med pasientoverleveringene. De fikk ikke vite hva som skulle observeres. Vi som observatører svarte heller ikke på spørsmål om hva vi observerte når vi ble spurt om dette.

ISBAR i kronologisk rekkefølge ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> mann <input type="checkbox"/> kvinne <input type="checkbox"/> ansiennitet tidspunkt ...	
I - identifikasjon	Identifisere seg selv ✓ operasjonssykepleier ✓ anestesisykepleier Identifisere pasienten ✓ navn ✓ fødselsdato
S - situasjon	✓ Diagnose ✓ Type inngrep ✓ Funn ✓ Bandasje/Dren/Kateter
B - bakgrunn	✓ Tidligere sykdommer ✓ Allergier/infeksjon ✓ Aktuell sykdom nå
A - aktuell bedømming	✓ Relevant resultat av operasjonen ✓ Type anestesi ✓ Smertelindring (EDA el.a.) Vitale parametere; ✓ Respirasjon ✓ BT ✓ Puls ✓ Temp ✓ Hb, hvis relevant ✓ Blødning ✓ Diurese ✓ Væsketilførsel
R - videre rekommandering	Videre behandling/ordinasjoner ✓ Antikoagulasjon? ✓ Blodprøver videre ✓ Smertebehandling ✓ Spørsmål?

Figur 1. Sjekklisten til observasjoner.

Styrkeberegning

En statistiker beregnet styrken på studien. For å kunne konkludere med 90 % sannsynlighet om prosedyren blir fulgt eller ikke, ble det beregnet av vi trengte 100 –120 observasjoner.

Statistikk.

Alle data ble registrert i SPSS, versjon 23 og analysert med frekvensdistribusjon og bivariat deskriptiv statistikk (krysstabeller).

RESULTATER

I løpet av 11 uker ble 100 overleveringer observert. Ingen ønsket å reservere seg fra observasjonene. Det var ingen eksklusjonskriterier, og samtlige observerte pasientoverleveringer ble inkludert. Totalt ble det observert 100 overleveringer. Enkelte sykepleiere ble observert flere ganger. Observasjonene ble utført både på dagtid (n = 86), kveldstid (n = 13) og nattetid (n = 1). Alle observasjonene som ble utført er inkludert og analysert i studien.

Ingen rapporterte ISBAR i kronologisk rekkefølge, og ingen av de observerte ga rapport om alle punktene i sjekklisten. Vi observerte 28 menn og 61 kvinner, ett observasjonsskjema manglet registrering av kjønn. Anestesisykepleierens ansiennitet ble notert i alle observasjonene. Patricia Benner (17) inndeler sykepleierens kompetanse i ulike stadier fra novise mot ekspert. Vi delte ansienniteten i kun 2 grupper. Gruppe 1 er fra 0 til 5 år og er angitt som novise, og beskriver hele tidsperioden fra novise mot ekspert. Gruppe 2 er fra 6 år og oppover og er angitt som ekspert, som vist i tabell 1. Gruppe 1 hadde gjennomsnittserfaring som anestesisykepleier på 2,6 år og gruppe 2 et gjennomsnitt på 15 år. Se tabell 1.

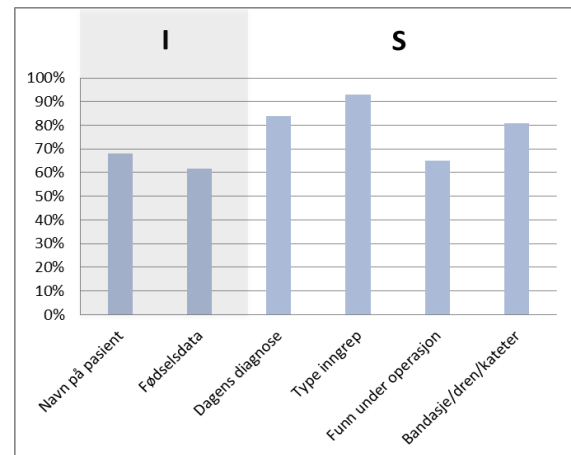
Tabell 1. Prosentuell fordeling av noviser og eksperter

Antall år	%	Antall år gjennomsnitt
0 ≤ 5	28.0	2.6
> 5	72.0	15.0
Total	100.0	11.5

Resultat av I (identitet) og S (situasjon)

Figur 1 viser sykepleiernes rapport av I og S. Identifisering av pasienten representerer I. Identifisering av seg selv som fagperson er utelatt, da personalet er kjent mellom avdelingene. S inkluderer diagnose, inngrep, funn og bandasje/dren/kateter. Variablene under S rapporteres hovedsakelig av

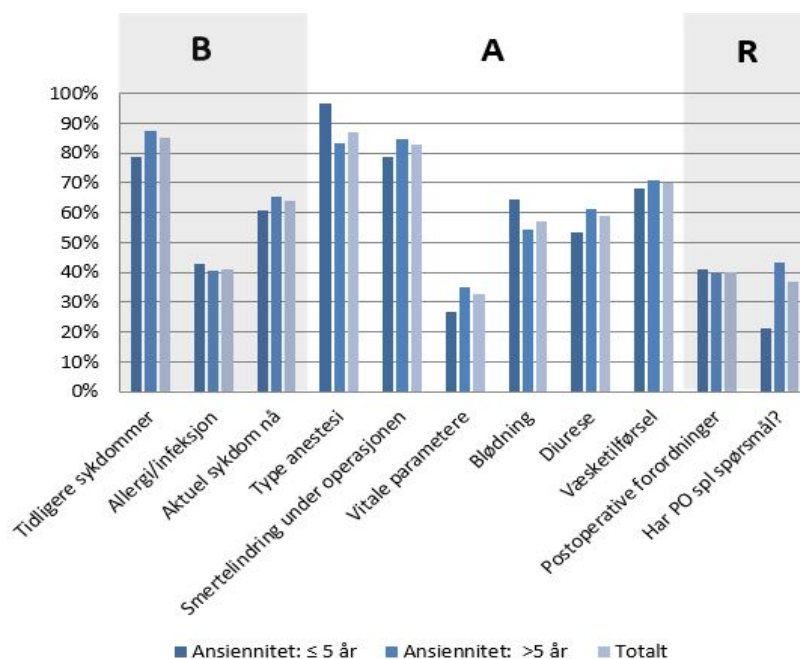
operasjonssykepleier, og resultatene får ikke oppmerksomhet i studien.



Figur 2. Rapport av I (Identifikasjon) og S (situasjon)

Resultat av B (bakgrunn), A (aktuell bedømming) og R (rekommending)

Figur 2 viser sykepleiernes rapport av B, A og R. Rapporteringen innenfor B viser at tidligere sykdommer ble rapportert i 85 prosent av overleveringene, mens de øvrige hadde lavere frekvens. Innenfor A rapporteres hvilken type anestesi som er gitt og smertelindring i henholdsvis 87 og 83 prosent av overleveringene, og utgjør dermed de parameterne med høyest frekvens. I figur 3 fremstilles sjekklstens indikatorer respirasjon, blodtrykk, puls og temperatur som ett sammensatt mål; vitale parametere, og de rapporteres samlet i 32.75 prosent av overleveringene under punktet A.



Figur 3 Rapport av B (bakgrunn), A (aktuell bedømming) og R (videre rekommandering).

Innenfor R er postoperative forordninger sammensatt av indikatorene antikoagulasjon, blodprøver og videre plan for smertebehandling. Dette rapporteres samlet i 40 prosent av overleveringene. Anestesisykepleiere med erfaring > 5 år stilte signifikant oftere spørsmål om ”post operativ sykepleier hadde spørsmål” enn anestesisykepleiere ≤ 5 år (p = 0.044). Det var for øvrig ingen signifikante sammenhenger mellom anestesisykepleieres erfaring og øvrige variabler.

DISKUSJON

I denne studien fant vi at ISBAR ikke brukes konsekvent ved pasientoverleveringen, og at rapportene ofte er mangelfulle i henhold til retningslinjene. Funnene er alarmerende, med tanke på at tidligere studier viser at opp til 80% av medisinske feil kan skyldes ustrukturerte pasientoverleveringer og utgjør et høyrisikoområde for pasientsikkerheten (1, 4).

Ved pasientoverlevering er det viktig å sikre at informasjon om pasientens status og plan for videre omsorg blir rapportert, slik at pasientsikkerheten og videre pleie ivaretas på best mulig måte (13). For å oppnå dette må rapporten inneholde grunnleggende elementer som pasientens identitet, type anestesi og vitale parametere (13).

Etter en pasientoverlevering ved bruk av ISBAR, skal sykepleieren som har mottatt pasienten kunne overta omsorgen direkte, fordi informasjonen som er gitt under overleveringen er relevant, oppfattet og forstått (1). ISBAR er ment å kunne kompensere for eventuelle begrensninger ved sykepleierens hukommelse og oppmerksomhet, og overleveringene blir mer strukturerte, ensartede og pasientsentrerte.

Denne studien viste at pasientens identitet ble rapportert i under 70% av overleveringene. Dette er et overraskende funn, fordi det å oppgi pasientens identitet er et eksplisitt krav ved overlevering (13). Allikevel har vi ikke funnet studier knyttet opp mot ISBAR der dette er diskutert. En grunn kan være at flere av studiene omhandler SBAR, der I ikke er med som et eget punkt.

Tidligere sykdommer ble rapportert av 85 % av anestesisykepleierne. Det å angi om pasienten var frisk fra tidligere, eller nevne pasientens tidligere sykehistorie, ble registrert under variabelen. Å gi postoperativ sykepleier kjennskap til om pasienten er frisk eller har tidligere sykdommer (som f. eks diabetes, hjertesykdom, lungesykdom), øker pasientsikkerheten. Dersom akutte tilstander forbundet med tidligere sykdom oppstår postoperativt, kan rask og

relevant behandling igangsettes av postoperativ sykepleier fordi hun har kjennskap til pasienten og pasientforløpet etter rapporten.

Det var drøyt 30% av anesthesisykepleierne som ga rapport om pasientens vitale parametere, inndelt i blodtrykk, puls, respirasjon og temperatur per operativt. Inndelingen ble foretatt for å styrke validiteten i studien. Samtidig reduseres også tilfeldige målefeil og dette styrker reliabiliteten (18). Det kan være vanskelig for postoperativ sykepleier å overta pasientomsorg direkte når vesentlig informasjon blir utelatt ved den muntlige overleveringen. Pasientens kliniske situasjon kan forandre seg raskt i overgangen fra anestesi til den postoperative perioden. Å innhente supplerende opplysninger om pasienten fra den skriftlige journalen etter at overleveringen har funnet sted er uheldig, fordi postoperativ sykepleier kan miste pasientfokus.

Rapportering av hemoglobinverdier ble utelatt fra resultatene. Å registrere rapportering av hemoglobin er irrelevant for studiens formål. Normalt har ikke operasjonspasienter et blodtap som gjør det nødvendig å nevne hemoglobinverdien i overleveringen. Det vil derfor være utidig å måle denne variabelen, fordi det ville gitt en urettmessig oppfatning av anesthesisykepleieren og en resultatskjevhet.

Vi observerte at overleveringsrapporten ikke sjelden hadde momenter som kan fremstå som mindre relevant informasjon for postoperativt forløp. En av grunnene kan være at anesthesisykepleier og postoperativ sykepleier har ulikt faglig fokus (16). I henhold til ISBAR skal hvilken type anestesi som er gitt og postoperativ smertelindring rapporteres i overleveringen. Det at hele 87% og 83% ga rapport om dette, kan forklares med at det er viktig for anesthesisykepleieren, fordi det er innenfor anesthesisykepleierens funksjonsområde. (7).

På den annen side kan for detaljert informasjon resultere i at postoperativ sykepleier ikke klarer å sortere relevant informasjon for videre pasientpleie (13).

Dette er også i tråd med funn gjort i studiet til Randmaa et. al. (16) som viser at overleveringens struktur og lengde har en sammenheng med hva postoperativ sykepleier faktisk husker.

Videre smertelindring og tromboseprofylakse er naturlige momenter for postoperativ sykepleiers funksjonsområde. De skal rapporteres i overleveringen i henhold til ISBAR, men også i henhold til sykehusets bruk av «Sjekkliste for trygg kirurgi» (5). Det er derfor overraskende at kun 40% av sykepleierne rapporterte om dette. Imidlertid kan en

medvirkende årsak være at anestesisykepleieren har kjennskap til godt etablerte rutiner for videre ordinasjoner på postoperativ avdeling. Dette samsvarer med funn i studiet til Piekarski et. al (19). Det å regne med at postoperativ sykepleier kjenner rutinene, er imidlertid ikke et godt argument for ikke å rapportere videre forordninger, fordi vi aldri med sikkerhet kan vite om postoperativ sykepleier kjenner alle rutinene.

Vi registrerte anestesisykepleierens ansiennitet for å se om det var forskjell på gruppen vi har kalt novisene, og ekspertene slik Benner (17) hevder. Våre funn indikerer at det kan være en forskjell. Som vist i figur 2 hadde ekspertene gjennomgående høyere score på sjekklisten enn novisene. Hele 30.8 prosent flere eksperter rapporterte vitale parametere, og over dobbelt så mange eksperter avsluttet overleveringen med å spørre om postoperativ sykepleier hadde noen spørsmål. Funnet er overaskende, fordi begge gruppene har relativt kort erfaring med den aktuelle prosedyren. Det kan indikere at anestesisykepleiere med lang ansiennitet har erfaring med hva som er relevant informasjon ved en slik overlevering. Denne kunnskapen har de med kortere erfaring ikke opparbeidet seg. Det å løfte blikket og se hele pasientforløpet kan som Benner (17) beskriver være vanskelig for en novise, fordi det er noe som må trenes opp og utvikles over tid. Samtidig er de med kortest ansiennitet opplært av de med ekspert kompetanse. Slik sett skulle novisene være kvalifiserte for å kunne gi en strukturert rapport etter utdanningen og opplæringen.

Vi vet ikke sikkert hvor stort fokus pasientoverlevering har i anesthesi videreutdanningene i Norge. I følge studiet til Cornell et.al (20) undervises det ikke direkte i pasientoverlevering ved utdanningene de har undersøkt.

Resultatene i denne studien viser at ISBAR ikke benyttes konsekvent. Imidlertid er ikke bruk av ISBAR en garanti for å sikre pasientoverleveringen. Å være klar og tydelig, og snakke i ett forståelig språk og ha øyekontakt med mottaker er også viktig for å sikre pasientoverleveringen. Flere studier har tatt til orde for at miljøet rundt overleveringen er viktig, for at sykepleieren som mottar rapport skal kunne konsentrere seg (1). Vi registrerte ikke tidsbruk, støynivå eller antall forstyrrelser i form av avbrytelser i vår studie, men dette er faktorer som kan ha påvirket resultatene. Om prosedyren er kjent for begge parter vil spørsmål og avbrytelser fra postoperativ sykepleier mulig unngås, fordi hun da kjenner rapportens gang og vet når informasjon kommer. Om avbrytelser allikevel skjer, vil anestesisykepleieren lettere huske hvor hun ble avbrutt fordi overleveringen er strukturert ved hjelp av ISBAR.

Selv om ingen anestesisykepleiere ga kronologisk rapport etter ISBAR kan en rapport allikevel oppfattes som strukturert. Hvis anestesisykepleieren holder seg til de store overskriftene, I, S, B, A og R, vil det allikevel gi en form for struktur.

METODE

Styrker og svakheter

Å forske på kolleger kan by på etiske utfordringer og bør unngås dersom det er mulig, fordi kjennskap til feltet og forforståelsen for fenomenet kan påvirke metode og resultat. Det kan samtidig være en styrke og nødvendig for å forstå virkeligheten, slik det er i vår studie (18). For å få kunnskap om verbal kommunikasjon mellom helsepersonell er en ikke-deltagende studie en god metode (21). Gjennom en observasjonsstudie kan observatøren samle data direkte der den aktuelle hendelsen finner sted i et avgrenset og overkommelig område (18). Observasjonsstudiet hadde ingen mulighet til å registrere nyanser og sammenhenger, fordi vi kun noterer det som var på sjekklisten med ett ja eller nei. Anestesisykepleiernes oppførsel eller kroppsspråk ble ikke registrert, og vi verifiserte ikke med anestesisykepleieren om hun var enig i våre vurderinger.

En styrke ved studien er at antall observasjoner er vurdert til å være tilstrekkelig for å kunne vurdere fenomenet. Vi observerte noen anestesisykepleiere flere ganger. Dette kan ha påvirket resultatene, avhengig av om de brukte helt eller delvis ISBAR.

Metodens reliabilitet

Som observatører var vi kledd i arbeidstøy for å være en naturlig del av miljøet. Det er allikevel sannsynlig at de som ble observert ble påvirket av vår tilstedeværelse. Dessuten vil en person instinktivt oppføre seg annerledes enn han eller hun ellers ville gjort når vedkommende deltar i en studie. Dette er forklart som Hawthorne effekten (22). Kanskje blir forskereffekten heller større enn mindre ved slike observasjoner. Samtidig kan en observasjonsstudie være mindre ubehagelig for deltakeren når det som observeres er i en strukturert og fastlagt setting og dermed gir mindre rom for spontanitet (18). En observasjonsperiode på 11 uker kan ha medført at vi som observatører ble en integrert del av miljøet, og de som ble observert ble mer vant til settingen (19).

Vi kan ikke utelukke at vi i noen tilfeller har tatt for raske beslutninger når vi har krysset av på sjekklisten, som følge av vår forforståelse og kjennskap til observasjonsfeltet. Resultatene kan også ha blitt påvirket av at vi har vært 2 forskjellige observatører, fordi vi har forskjellig

forventning og tilknytning til de observerte. Dette kan ha ført til at vi har krysset ulikt på sjekklisten. Til sammen er dette momenter som gjør det vanskelig for oss å vite graden av reliabilitet i resultatene våre.

Metodens validitet

For å kunne måle om overleveringen ble gjort i henhold til prosedyren, operasjonaliserte vi prosedyren til en sjekkliste med målbare indikatorer, avkrysningspunkter, for å oppnå størst mulig grad av faglig verdi for vår studie. En operasjonalisering er helt nødvendig for å kunne gi nøkkelbegreper innhold og konkretisere dem, slik at de blir målbare (18). Sjekklisten er utviklet med bakgrunn i vår forståelse av ISBAR og ”Sjekkliste for trygg kirurgi”, samt forankring i oppdatert forskning og litteratur på tema. Selv om vi ikke forandret sjekklisten etter pilotundersøkelsen, ser vi i etterkant at gyldigheten kunne vært styrket om en utenforstående fagperson hadde vurdert om sjekklisten var dekkende og lojal mot fenomenet. Utarbeidelse av en egen sjekkliste gjør også at det er vanskelig å sammenligne denne studien mot andre lignende studier. Sammenligningen har mindre verdi når det har blitt brukt ulike måleverktøy i studiene (23).

For å styrke studiens validitet var det viktig å påvirke anestesisykepleiernes opptreden i så liten grad som mulig. Informasjon om hva vi skulle observere var derfor begrenset. En begrenset informasjon er ikke det samme som villedende informasjon, og er derfor ikke etisk betenkelig (18). Det kan være vanskelig å generalisere funnene fordi studien bare er gjennomført på ett sykehus.

KONKLUSJON

Studien viste at pasientoverleveringen ikke blir gjennomført i henhold til ISBAR. Rapporten i forbindelse med overleveringen var ustrukturerte og varierte i innhold. Relevant informasjon ble utelatt. Anestesisykepleierne med lengst erfaring rapporterte gjennomsnittlig mer etter ISBAR enn de med kortere ansiennitet.

For å få til en nyttig bruk av ISBAR, er man avhengig av at prosedyren er forankret i avdelingens administrative og faglige ledelse, og gjort kjent for personalet.

Innføringen av ISBAR vil ikke nødvendigvis føre til at kvaliteten blir bedre, den må brukes riktig og ha det riktige innholdet for den avdelingen det skal brukes i. Riktig bruk av ISBAR kan bidra til å styrke pasientsikkerheten.

1. Robins HM, Dai F. Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. *AANA J.* 2015;83(4):264-8.
2. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation.* 2013;84(9):1192-6.
3. Gardiner TM, Marshall AP, Gillespie BM. Clinical handover of the critically ill postoperative patient: an integrative review. *Aust Crit Care.* 2015;28(4):226-34.
4. ACSQHC. The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement <http://www.safetyandquality.gov.au>: AustralianCommissionOnSafetyAndQualityInHealthCare; 2010 [cited 2015 5.1.2015]. 52]. Available from: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf>.
5. Helse- og Omsorgsdepartementet. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 2014 [cited 2015 05.03.2015]. Available from: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Pasientsikkerhetsprogrammet-I-trygge-hender-24-7/id2005291/>.
6. Bieder C, Bourrier M. Trapping safety into rules : how desirable or avoidable is proceduralization? Farnham: Ashgate; 2013. xv, 283 pages p.
7. Anestesisykepleienes landsgruppe av NSF. Funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere anestesi.no2010 [12.12.2014]. Available from: http://www.anestesi.no/dokumenter/22-funksjonsbeskrivelse_for_anestesisykepleiere.
8. Valeberg BT. Rapport og overvåking etter anestesi. In: Hovind IL, editor. Anestesisykepleie. Oslo: Akribe; 2011. p. S. 84-9.
9. Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, Barbeito A, Rogers D, Thornlow DK, et al. Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia and analgesia.* 2012;115(1):102-15.
10. Nagpal K, Abboudi M, Fischler L, Schmidt T, Vats A, Manchanda C, et al. Evaluation of postoperative handover using a tool to assess information transfer and teamwork. *Annals of surgery.* 2011;253(4):831-7.
11. Manser T, Foster S, Flin R, Patey R. Team communication during patient handover from the operating room: more than facts and figures. *Human factors.* 2013;55(1):138-56.
12. Guise JM, Lowe NK. Do you speak SBAR? *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG.* 2006;35(3):313-4.
13. Nagpal K, Arora S, Abboudi M, Vats A, Wong HW, Manchanda C, et al. Postoperative handover: problems, pitfalls, and prevention of error. *Annals of surgery.* 2010;252(1):171-6.
14. Cornell P, Townsend Gervis M, Yates L, Vardaman JM. Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *MEDSURG Nursing.* 2014;23(5):334-42.
15. Vardaman JM, Cornell P, Gondo MB, Amis JM, Townsend-Gervis M, Thetford C. Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health care management review.* 2012;37(1):88-97.
16. Randmaa M, Martensson G, Swenne CL, Engstrom M. An observational study of postoperative handover in anesthetic clinics; the content of verbal information and factors influencing receiver memory. *J Perianesth Nurs.* 2015;30(2):105-15.
17. Benner P. From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley Pub.; 1984.
18. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4. utg. ed. Oslo: Abstrakt; 2010. 436 s. p.
19. Piekarski F, Kaufmann J, Laschat M, Bohmer A, Engelhardt T, Wappler F. Quality of handover in a pediatric postanesthesia care unit. *Paediatr Anaesth.* 2015;25(7):746-52.

20. Cornell P, Gervis MT, Yates L, Vardaman JM. Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *J Nurs Adm.* 2013;43(7-8):422-8.
21. Polit DF, Beck CT. *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice.* 9th ed. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health; 2012. XIV, 802 s. p.
22. McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. *J Clin Epidemiol.* 2014;67(3):267-77.
23. Robertson ER, Morgan L, Bird S, Catchpole K, McCulloch P. Interventions employed to improve intrahospital handover: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(7):600-7.

TILLATELSE

Det gis herved tillatelse til Anne-Line Kjos Sollie og Hanne Tærum til å utføre observasjoner ved Postoperativ seksjon, [REDACTED].

Observasjonene vil ikke innebære pasientopplysninger av noe slag.

26/a 15

Dato/sted

Anestesiseksjonen - Retningslinjer for overlevering av nyoperert pasient

Forfatter:	Cecilie Bergan (Fagutviklingssykepleier) Ann Kristin Moe Landen (Fagutviklingssykepleier)
Dokumentadministrator:	Cecilie Bergan (Fagutviklingssykepleier)
Godkjent av:	Øyvind Olsen (Kvalitetsrådgiver)
Gyldig fra:	28.01.2014
Revisjonsfrist:	28.01.2015
Versjon:	1.1
ID:	25561
Revisjonskommentar:	Dette er en teknisk revisjon og det faglige innholdet er ikke vurdert.
Dokumentet angår:	Alle ansatte ved denne enhet.
Dokumenttype:	Import fra word
Gjelder for enheter:	(Akershus universitetssykehus) KIRURGISK DIVISJON /Anestesi/Anestesiseksjonen/Sykepleieprosedyrer anestesi
Dokumentkategori:	KIRURGISK DIVISJON /Anestesi/Postoperativ seksjon/Sykepleiefaglige prosedyrer - PO

Frist for revisjon av dette dokumentet er passert.

1.0 Hensikt

Kvalitetsikre overleveringen av nyopererte pasienter ved ankomst Postoperativ Seksjon, Ahus

2.0 Omfang

Gjelder for sykepleiere i anestesiseksjonen som er involvert i overlevering av pasienter etter gjennomført kirurgi. Innholdet i prosedyren er også relevant for sykepleiere som arbeider i operasjonsavdelingen.

3.0 Grunnlagsinformasjon

3.1 Grunnlagsdokumenter

Hatfield A, Tronson M: The Complete Recovery Room Book

Oxford University press inc, New York: 4.edition, 2009

LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasientrettighetsloven)

Håndbog i sikker muntlig kommunikation (april 2007) Dansk Selskab for Patientsikkerhed

3.2 Definisjoner

Overlevere: Gi/levere fra seg (www.ordbok.no)

ISBAR: Verktøy for sikker muntlig kommunikasjon (alert/dansk selskap for patientsikkerhet)

Visuell analog skala (VAS): Navn på en mye brukt målemetode for å gradere subjektive symptomer eller plager. Vanligvis brukes en 10 cm lang linje hvor pasienten skal sette et kryss som tilsvarer det nivå av symptom (for eksempel smerte) som best dekker hans opplevelse. 0 betyr ingen smerte og 10 maksimal smerte. (Store norske leksikon)

Nummerisk Skala (NRS): Tallmessig skala fra 1-10 hvor ti har høyeste verdi (her brukt for å angi smerter) (www.ordbok.no)

4.0 Arbeidsbeskrivelse



4.1 Ansvar

Sykepleiere som er involvert i overlevering av pasienter etter kirurgi er ansvarlig for å følge prosedyren.



4.2 Handling

Det viktigste i mottakssituasjonen er det kliniske helhetsinntrykket, basert på observasjoner av pasienten, umiddelbart etter ankomst.

4.2.1 Veiledende rekkefølge på handlinger v/overlevering av pasient:

- Monitorer pasienten ("admit" pasienten på scopet)
- Rapportering etter ISBAR prinsippet  Postoperativ seksjon - Bruk av ISBAR for strukturert kommunikasjon
 - Operasjonssykepleieren gir rapport (I= indentification, S= situation)
 - Anestesisykepleieren gir rapport. (B=Background, A=assessment, R=recomandation)
- Første VAS scoring foretas av ANE sykepleier ved overlevering av pasienten til PO sykepleier. Dokumenter VAS/NRS under fanen generelle observasjoner.  Bruk av visuell analog skala (VAS)/nummerisk skala (NRS) i smertebehandling på postoperativ
- PO sykepleier skal skaffe seg oversikt over pasienten før operasjonssykepleier/Ane sykepleier forlater postoperativ.
- Revurdering av status (utføres av PO sykepleier)

4.2.2 Signering i Metavision

-  **Pas. avlevert** Anestesi sykepleier trykker på symbolet. Dette ikonet fungerer som signatur på at:
 - Dobbelkontroll av infusjoner, pågående medikamenter, medikamentordinasjoner er utført i samarbeid med sykepleier som overtar ansvaret for pasienten.
 - Første VAS scoring er gjennomført og dokumentert i metavison
 - Dokumentasjon i metavison er korrekt og slutført av anestesi sykepleier (utstyr, infusjoner, hendelser)
-  **PO Inn** PO sykepleier trykker på symbolet po inn. Ikonet fungerer som signatur på at:
 - Postoperativ sykepleier har skaffet seg nødvendig oversikt og overtatt ansvaret for pasienten.

Postoperativ seksjon - Bruk av ISBAR for strukturert kommunikasjon

Forfatter:	Cecilie Bergan (Fagutviklingssykepleier) Ann Kristin Moe Landen (Fagutviklingssykepleier)
Dokumentadministrator:	Cecilie Bergan (Fagutviklingssykepleier)
Godkjent av:	Øyvind Olsen (Kvalitetsrådgiver)
Gyldig fra:	06.02.2014
Revisjonsfrist:	06.02.2015
Versjon:	1.1
ID:	25577
Revisjonskommentar:	Dette er en teknisk revisjon og det faglige innholdet er ikke vurdert.
Dokumentet angår:	Alle ansatte ved denne enhet.
Dokumenttype:	Import fra word
Gjelder for enheter:	(Akershus universitetssykehus)
Dokumentkategori:	KIRURGISK DIVISJON /Anestesi/Postoperativ seksjon/Daglige rutiner - PO

Frist for revisjon av dette dokumentet er passert.

1.0 Hensikt

Kvalitetsikre overlevering av informasjon om pasienter gjennom strukturert kommunikasjon. Forebygge at uheldige episoder oppstår som følge av manglende/ustrukturert kommunikasjon mellom helsepersonell.

2.0 Omfang

Gjelder for sykepleiere i Postoperativ seksjon, Ahus

3.0 Grunnlagsinformasjon

3.1 Grunnlagsdokumenter

Håndbog i sikker muntlig kommunikation (april 2007) Dansk Selskab for Patientsikkerhed

3.2 Definisjoner

ISBAR: Verktøy for sikker muntlig kommunikasjon (alert/dansk selskap for patientsikkerhet)

4.0 Arbeidsbeskrivelse

4.1 Ansvar

Sykepleiere som arbeider i Postoperativ Seksjon er ansvarlig for å gjøre seg kjent med prosedyren og tilstrebe å bruke den når informasjon om pasienter utveksles eks rapport, kontakt med lege, akuttsituasjoner mm

4.2 Handling

Strukturer kommunisjonen etter innholdet i tabellen nedenfor. Hvis situasjonen er akutt hopper man rett til "om akutt" for å se hvilke informasjon som tilhører de ulike punktene (bokstavene)

Identifikasjon:

<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">I</p>	<p>Presentasjon av en selv som personell ovenfor p Informasjon om pasientnavn og fødselsdata</p>
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">S</p>	<p>Situasjon: Kun de store overskriftene Eks: Diagnose, type inngrep evt aktuell situasjon med viktige observasjoner og vitale parametere.</p>
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">B</p>	<p>Bakgrunn: "Tell the story"</p> <p>Relevant historie/tilleggsykdommer Relevante medisiner Relevant resultat Relevant undersøkelse Øvrig relevant informasjon</p>
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">A</p>	<p>Aktuell bedømming: Angi hvordan du vurderer situasjonen/problemet</p>
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">R</p>	<p>Rekommandering: Gi eller be om råd om videre pleie/behandling</p> <p>Anbefalinger om pasientens status sånn at den mest kritiske informasjonen er effektivt delt og sikrer pasient behandlingen.</p> <p>Spørsmål?</p>

Om akutt

Start med
er akutt.

Rapporter
kort vitale
som evt e

Om akutt

Relevante
Hvordan s
håndteres
- Hva er g.

Om akutt

Presiser p

Om akutt

Om det ø
presiser d

<p style="text-align: center;">Forberedelse før innledning av anestesi</p> <p>Har pasienten bekreftet?</p> <p><input type="checkbox"/> Identitet</p> <p><input type="checkbox"/> Operasjonsfelt</p> <p><input type="checkbox"/> Type inngrep</p> <hr/> <p>Er operasjonsfeltet merket?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Ikke aktuelt</p> <hr/> <p>Er anestesisjekk utført og medikamenter kontrollert?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <p>Har pasienten:</p> <p>Kjent allergi?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Vanskelig luftvei / risiko for aspirasjon?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, og utstyr / assistanse er tilgjengelig</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Risiko for >500 ml blodtap? (>7 ml / kg hos barn)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, og adekvat intravenøs tilgang og væske er tilgjengelig</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Risiko for hypotermi?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, og tiltak er planlagt eller iverksatt</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p> <hr/> <p>Er nødvendig billedinformasjon tilgjengelig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Ikke aktuelt</p>	<p style="text-align: center;">Time-out før operasjonsstart</p> <p>Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <p>Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier bekrefter muntlig:</p> <p><input type="checkbox"/> Hva er pasientens navn?</p> <p><input type="checkbox"/> Hva er planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side?</p> <p><input type="checkbox"/> Er pasienten i rett leie?</p> <hr/> <p>Gjennomgang av potensielt risikofylte hendelser</p> <p>Kirurg:</p> <p><input type="checkbox"/> Hva er forventet blodtap?</p> <p><input type="checkbox"/> Er det noen risikofaktorer teamet bør kjenne til?</p> <p><input type="checkbox"/> Er det behov for spesielt utstyr eller ekstra undersøkelser?</p> <p><input type="checkbox"/> Hva er forventet varighet av operasjonen?</p> <p>Anestesilege og anestesisykepleier:</p> <p><input type="checkbox"/> Hva er pasientens ASA-klassifisering?</p> <p><input type="checkbox"/> Er det særlige risikofaktorer ved anestesen som teamet bør kjenne til?</p> <p>Operasjonssykepleier:</p> <p><input type="checkbox"/> Er steriliteten på instrumentene bekreftet (inkludert indikatorer)?</p> <p><input type="checkbox"/> Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret?</p> <hr/> <p>Spesielle infeksjonsforebyggende tiltak</p> <p><input type="checkbox"/> Ikke aktuelt</p> <p><input type="checkbox"/> Er antibiotikaproylaks fullført i løpet av de siste 60 minuttene?</p> <p><input type="checkbox"/> Er tiltak for å forebygge hypotermi iverksatt?</p> <p><input type="checkbox"/> For pasienter med diabetes: Er blodsukkeret innenfor normalområdet?</p> <hr/> <p>Er tromboseprofylakse gitt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ikke aktuelt</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei: Hvorfor _____</p>	<p style="text-align: center;">Avslutning før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet</p> <p>Teamet gjennomgår muntlig:</p> <p><input type="checkbox"/> Hvilke inngrep er gjennomført?</p> <p><input type="checkbox"/> Stemmer antall instrumenter, kompresser/duker, nåler og utstyr forøvrig (eller ikke aktuelt)?</p> <p><input type="checkbox"/> Er prøvematerialet riktig merket (inklusive pasientens identitet) og lagt på riktig medium?</p> <p><input type="checkbox"/> Har det vært problemer med utstyret som det skal varsles om?</p> <p><input type="checkbox"/> Hva er viktig for postoperativ behandling av denne pasienten?</p> <hr/> <p>Lokale tillegg</p>
---	--	--