

2015

Barbro Meland

«HANDOVER»

Kvalitet og sikkerhet knyttet til formidling av informasjon i
overføringssituasjoner etter kirurgi.

En prospektiv observasjonsstudie.

(Quality of post – operative patient handover in the post – anesthesia
care unit: a prospective observational study)

Master Thesis in Clinical Health Science
Helsevitenskap, anvendt klinisk forskning,
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet,
Det medisinske fakultet, Institutt for Samfunnsmedisin

 **NTNU**
Det skapende universitet

Forord.

En lang, slitsom og lærerik prosess er endelig over. I hele fire år har jeg, ved siden av jobb, studert og lært. Utrolig lærerikt, ganske strevsomt, men først og fremst veldig verdifullt.

Men dette har ikke vært noe soloarbeid, og jeg ønsker å takke velvillige støttespillere som har bidratt til at jeg har kunnet gjøre dette ved siden av jobb og familie.

Takk til min veileder Erik Solligård for oppbakking og veiledning underveis.

Jeg vil rette en takk til min sjef Trude Småvik, som med sin velvillighet har gjort det mulig for meg å være fraværende fra jobb, i lange perioder.

I tillegg vil jeg nevne mange gode kolleger ved hovedintensiv, St.Olavs Hospital (ingen nevnt, ingen glemt), **dere er bare best.**

Takker også velvillige sykepleierne ved Gastrokirurgisk sengepost, KGAS 2 og Kirurgisk Tung Overvåkning, KITOVS, for nyttig informasjon og velvillighet.

Sist men ikke minst, takk til tre flotte gutter der hjemme, gleder meg til å være mer tilstede.

Trondheim, mai 2015.

Barbro Meland

Abstract and relevance.

Background. Effective clinical handover ensures continuity of patient care. During the last decade interventions to improve handover has increased. Current research has identified numerous safety risks related to patient handovers after surgery.

Purpose. Examine and analyze the handover challenges in a local setting, and document current practice.

Material and methods. Three qualitative semi structured focus group interview was conducted with 13 registered nurses to describe the current practice. Using a checklist including 23 items, the information transfer during 100 post-operative handovers was documented, and subsequently compared with patient medical records.

Results. The focus group interviews indicate that sender and receiver often have different opinions about what items should be included in the verbal handover. In the observed handover situations, two items were transferred in all cases, patient name and type of surgery. Items regarding the post-operative period was transferred in only 72 % of the handovers. Items rarely transmitted were plan for lines and drains, postop investigations, antibiotic therapy, feeding plan, regular medication and patient's relatives.

Conclusions. This study demonstrates that current practice in post-operative handover is incomplete. A standardized handover appears useful to optimize the handover process.

Relevance. Postoperative handover involves staff across professional group and skill sets, each with their own different yet important priorities of what information must be transferred. Incomplete information transfer may have a negative impact on patient safety. Before safety solutions can be considered is it important to analyze the challenges in the local setting and customized the solutions to fit the specific context in which the handover takes place.

INNHALDSBESKRIVELSE

1.0. Innledning	s. 5
1.1. Introduksjon	s. 5
1.2. Studiens hensikt og problemstilling	s. 7
2.0. Teoretisk bakgrunn	s. 8
3.0. Metodiske refleksjoner	s. 11
3.1. Kvalitativ metode	s. 11
3.1.1. Fokusgruppeintervju	s. 11
3.1.2. Min teoretiske referanseramme og forforståelse	s. 13
3.1.3. Informanter	s. 13
3.1.4. Intervjuguide og praktiske gjennomføring av intervju	s. 14
3.1.5. Relevans, validitet, refleksivitet og reliabilitet	s. 16
3.1.6. Analyse	s. 17
3.2. Kvantitativ metode	s. 19
3.2.1. Postoperativ avdeling ved Hovedintensiv	s. 19
3.2.2. Observasjon	s. 20
3.2.3. Variabler	s. 22
3.2.4. Utvalg	s. 23
3.2.5. Reliabilitet, validitet og generalisering	s. 23
3.2.6. Analyse	s. 24
3.3. Ethiske aspekter	s. 25
3.4. Kostnader, ressurser, tidsplan og finansiering	s. 25
3.5. Metoderefleksjon, styrker, svakheter og begrensninger	s. 26
4.0. Resultater	s. 28
4.1. Fokusgruppeintervju	s. 28
4.2. Prospektive observasjon	s. 33
5.0. Diskusjon	s. 40
5.1. Atmosfære og kommunikasjon	s. 40
5.2. Informasjonsformidling	s. 43

6.0. Konklusjon	s. 52
Litteraturliste	s. 52
Vedlegg 1. Postoperative Handover (ITCAS Checklist 3)	s. 56
Vedlegg 2. Sjekkliste «Handover»	s. 57
Vedlegg 3. Forklaring sjekkliste.	s. 58
Vedlegg 4. Forespørsel avdelingsledere for sykepleietjenesten.	s. 59
Vedlegg 5. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	s. 60
Vedlegg 6. Intervjuguide	s. 62
Vedlegg 7. Fremgangsmåte ved journalgjennomgang.	s. 63
Vedlegg 8. Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk	s. 64
Vedlegg 9. Flytskjema inkluderte overflyttinger	s. 65

1.0. Innledning.

1.1. Introduksjon.

Målet med helsetjenester er å hjelpe pasienter – og ikke skade dem. Likevel blir pasienter hvert år skadet i møte med helsevesenet. Pasientsikkerhet er et aktuelt tema, men hvor sikker en virksomhet er, kan være vanskelig å måle. Internasjonalt har pasientsikkerhet vært på dagsorden lenge. I USA førte rapporten «*To err is human: building a safer health system*» i 1999, til økt oppmerksomhet rundt manglende pasientsikkerhet (1). I rapporten er det anslått at mellom 44 000 og 98 000 amerikanere hvert år dør på sykehus i USA som følge av uønskede hendelser (1). En rapport publisert av Kunnskapssentret slo fast at det ved norske sykehus dør 4723 pasienter som en følge av skade(r) påført av helsevesenet (2). «4700 pasienter dør i norske sykehus av pasientskader» meldte flere norske media kort tid etter. I ettertid er imidlertid tallene blitt kritisert for å være overestimert og en stor studie viste at Norge er blant de tryggeste landene i Europa når det gjelder komplikasjoner under og etter kirurgi (3). Det vil imidlertid ikke si at feil eller mangelfull behandling ikke forekommer (2).

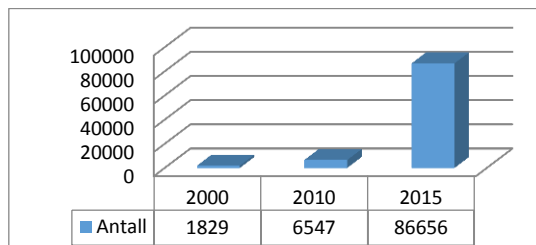
I Norge har nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ansvaret for meldeordningen knyttet til uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. De overtok ansvaret for ordningen fra Helsetilsynet 1. juli 2012 og i juni 2014 publiserte de sin første årsrapport. Rapporten omhandler uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten i 2013. Meldeordningen mottok 9540 meldinger. I årsrapporten står det; «806 hendelser gjaldt pasientadministrative forhold (11 %). Risikoområder er overflyttinger og overføring av pasienter mellom avdelinger og mellom institusjoner» (2).

Forebygging av feil i forbindelse med og etter overflytting/overføring av pasienter var også et av 5 fokusområder for WHO World Alliance for Patient Safety og WHO Collaborating Center for Patient Safety i 2006 (4,5). Overføring av informasjon vedrørende en pasient blir ofte omtalt som pasient handover eller handoff. The Joint Commission definisjon på handover er;

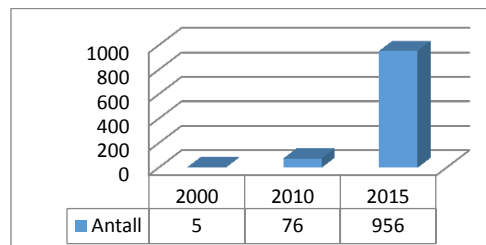
«The real-time process of passing patient-specific information from one caregiver to another or from one team of caregivers to another for the purpose of ensuring the continuity and safety of the patients care»(6)

«Handover» eller overføring/overlevering av informasjon mellom enheter og/eller «skift» er blitt identifisert som en viktig faktor innen pasientsikkerhet (4,7). Når en pasient overføres fra en enhet til en annen, må informasjon om pasientens tilstand flyttes fra enhet til enhet, fra helsepersonell til helsepersonell. Blir riktig og tilstrekkelig informasjon formidlet mellom helsearbeidere? Konsekvensen av utilstrekkelig informasjon kan være kritisk for pasienten (8). For en pasient innlagt i sykehus vil det i gjennomsnitt utføres 24 handovers i løpet av innleggelsen, både mellom skift og mellom enheter (9).

Pasientsikkerhet og pasient handover har fått økt fokus de siste tiårene. Diagrammet under illustrasjon denne økningen internasjonalt de siste 10 til 20 årene.

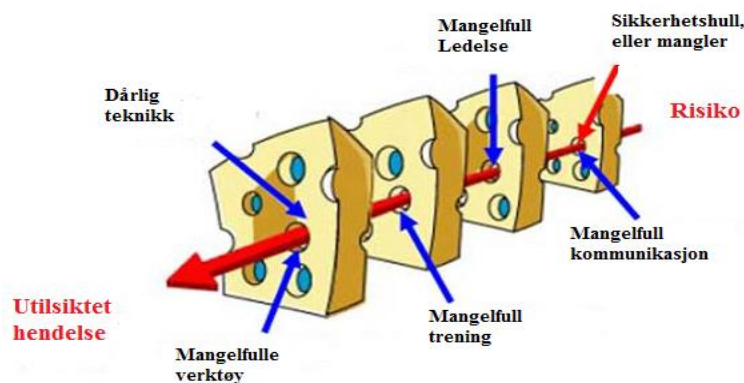


Figur 1. «Patient safety»



Figur 2. «Patient handover»

Hva er det ved handover som gjør dette til et risikoområde for utilsiktede hendelser? Årsaker til utilsiktede hendelser illustreres godt i James Reasons «Swiss Cheese Model» (10). Hvert lag (osteskive) i modellen er et forsvarsverk eller barriere, med et potensielt sikkerhetshull eller svikt.



Figur 3. Reasons «Swiss Cheese Model» med eksempler på barrierer og hvorfor det kan gå galt, oversatt og tilpasset helsetjenesten.

Hvilke potensielle sikkerhetshull eller svikt er det i overføringssituasjoner? Er det mangelfull kommunikasjon, mangelfull ledelse, manglende kommunikasjon, mangelfull trening, dårlig teknikk eller mangelfulle verktøy? På tross av en økende interesse på området, er det fortsatt usikkerhet angående beste praksis og flere studier på området er ønsket (11).

1.2. Studiens hensikt og problemstilling.

Situasjoner med overlevering av informasjon “handover” er blitt identifisert som en risikohendelse med potensiale for alvorlige feil (3,6,7,8). Viktig informasjon kan utelates, eller feil informasjon kan overføres (8). Oppfattelsen av hva som bør formidles kan være forskjellig. Hva som formidles er ikke nødvendigvis det som oppfattes.

Kirurgi er ikke uten komplikasjoner (3), og den kirurgiske pasienten er i stor grad utsatt for manglende eller ufullstendig handover (8). Mye informasjon skal formidles, mellom flere enheter (12). Personell som overvåker pasientene den første tiden etter kirurgi, er ofte de eneste som formidler informasjon videre (13).

Både handover og kirurgi er blitt identifisert som risikohendelser. På tross av økende interesse på området, er det fortsatt usikkerhet angende beste praksis og flere studier på området er ønsket (11,14).

Utgangspunkt i egen praksis påpekes som viktig for å kvalitetssikre informasjonsflyt (15). Det er i tillegg begrenset forskning i nasjonal sammenheng knyttet til pasientrelaterte overføringer (16-22).

Ved egen arbeidsplass er det ikke kjent hva som overføres av informasjon ved overflytting fra postoperativ avdeling til sengepost og overvåkingsenhet. Det er heller ikke kjent hva som er nyttig informasjon for mottaker. Med dette som utgangspunkt er prosjektets hensikt å dokumentere dagens praksis når pasient(er) overføres fra postoperativ avdeling til annen overvåkingsenhet eller sengepost. Dette undersøkes ved fokusgruppeintervju og observasjon av hva som overleveres sammenholdt med journal. Studiens problemstilling er ut fra dette følgende;

Kvalitet og sikkerhet knyttet til formidling av informasjon i overføringssituasjoner etter kirurgi. Dokumentasjon av dagens praksis.

2.0. Teoretisk bakgrunn.

Handover utføres ofte i helsesektoren og god kvalitet i handover situasjoner er sentralt for effektive helsetjenester (9). Helsepersonell skal formidle informasjon om pasientenes medisinske tilstand, undersøkelser og behandling (23). Denne informasjonsutvekslingen utføres mellom enheter, mellom ulike yrkesgrupper og mellom samme yrkesgruppe. I handoversituasjonen kan viktig informasjon utelates eller glemmes (8,9,23-27). Manglende eller ufullstendig informasjonsoverføring kan føre til forsinkelser i medisinsk diagnose, feil behandling, livstruende avvik, komplikasjoner og forlenget liggetid (4,8,24). Ufullstendig handover kan også påvirke pasient outcome (28-30).

National Patient Safety Agency har publisert retningslinjer for hvordan gjøre denne overføringen best mulig «*Safe handover: Safe patients, Guidelines on clinical handover for clinicians and managers*». Konklusjon på beste løsning er ikke dokumentert. Det påpekes imidlertid at overføring av informasjon bør standardiseres og kvalitetssikres (31).

De siste årene er forskning innen handover økt kraftig. Fokus har i stor grad vært rettet mot spesielle pasientgrupper, hovedsak barn og hjertekirurgiske pasienter (27,32-39). Den generelle postoperative pasienten har derimot ikke fått like stort fokus (8,32).

Den kirurgiske pasienten er i stor grad utsatt for manglende eller ufullstendig handover. Mye informasjon skal overleveres, ofte i en hektisk atmosfære (32,40,41). Informasjon skal formidles både om den peroperative, den preoperative og den postoperative fasen (24).

Ufullstendig handover når pasienten flyttes fra operasjonsstue til overvåknings eller recovery avdeling er dokumentert (8,13,23,25,42). Observasjonsstudier har vist mangler i overføring av viktig informasjon. Informasjon som ofte ikke formidles er blant annet medisinsk historie, allergier, DVT profylakse og smertebehandling (23,24,41,42).

Det er imidlertid få studier som ser på overføring fra postoperativ avdeling og videre til sengepost og andre enheter, med ett unntak, Nagpal et.al (41).

På nasjonalt nivå er det utført studier på overlevering av informasjon fra ambulanspersonell til mottakelse, fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjenesten, mellom skift i samme enhet, fra intensivavdeling til sengepost og vedrørende utvikling av sjekklister i forbindelse med kirurgi (16-22). Litteratursøk har ikke resultert i funn angående studier hvor fokuset har vært handover fra postoperativ avdeling.

En studie ser på hele det kirurgiske forløpet i forhold til handover. Fra operasjonsstue til overvåknings eller postoperativ avdeling og videre til sengepost eller andre enheter. Informasjon tapes for hver ny overføringssituasjon (41). Nagpal et.al. viser at 55.8 % av aktuell informasjon er overført fra operasjonsstue til recoveryavdeling, mens ved overføring fra postoperativ/recovery avdeling til sengepost er kun 43.9 % av aktuell informasjon overført (41).

Å sette inn tiltak for å bedre denne overføring har vist effekt (9,24,45,46). «Handover» intervensjoner kan gi signifikant reduksjon i avvik og feil i helsevesenet. Starmer og kollegaer viste til en reduksjon på 46% i medisinske feil (26). Flere tiltak har vist å ha effekt bl.a. kommunikasjonsverktøy, simulering, sjekklister og elektroniske løsninger (25).

Viktigste tiltak for å redusere risikoen i overganger er effektiv kommunikasjon. (25,47). Handover utføres både mellom ulike yrkesgrupper og mellom samme yrkesgruppe. Overlevering mellom samme yrkesgruppe vil ikke automatisk innebære en bedre informasjonsoverføring. Forventninger og oppfatninger kan være forskjellig (48). Det er ikke bare hva vi sier som er viktig. God kvalitet i overføringssituasjoner er i tillegg til hva som formidles, avhengig av god kommunikasjon, organisasjonskultur, infrastruktur, profesjoner, teamsamarbeid, en felles forståelse og en god atmosfære (15,49). Mangelfull kommunikasjon i handover situasjonen kan medføre usikkerhet i pasientbehandlingen og påføre pasienten unødvendig skade (50).

The Joint Commission on accreditation of Healthcare organizations kunngjorde i 2005 at 70 % av uheldige hendelser skyldes kommunikasjonssvikt i forbindelse med handover (7). Kommunikasjonsverktøy som SBAR (Situation, Background, Assessment og Recommendation) og SOAP (Subjektive data, Objektive data, Aktuelt nå og Planer) er testet og funnet nyttig i overføringssituasjoner (42,51).

I forbindelse med kirurgi har sjekklister vist å redusere komplikasjoner (52) og å redusere mortalitet (52,53).

I januar 2012 disputerte anestesilege Øyvind Thomassen med Ph.D. graden «implementation of safety checklist in medicine not as simple as it sounds». Studien viste at årsakene til uheldige hendelser ved Norske sykehus sjelden er faglig inkompetanse. Uheldige hendelser skyldes i stor grad manglende kommunikasjon, ikke optimalt samarbeid og helsepersonells kløkketro på egen perfekte hukommelse (18). Også innen postoperativ handover har sjekklister vist å øke kvaliteten i overføringssituasjonen (24,34,43,44).. Standardiserte sjekklister kan kvalitetssikre overføring av nødvendig informasjon (24,41,43). Vist ved en økning i overføring av informasjon angående allergi, væskebehandling, antibiotika, ernæringsplan, smertebehandling m.m. (23,24,42).

Erfarings basert kunnskap med bruk av sjekklister innen luftfart, i det militære og ved medisinske akuttmottak tilsier at denne typen sjekklister fremmer en god sikkerhetskultur. Er innføring av sjekklister løsningen? En sjekklister er likevel «bare» en papirlapp. Lister alene har ingen verdi dersom de først og fremst brukes til å ivareta formelle krav. Det er alltid en fare for at folk føler at det er trygt fordi man har «krysset av på lista» (18).

Det er samhandlingen mellom helsepersonell i overføringssituasjoner som til syvende og sist er avgjørende for sikkerheten til pasienten (18). Enkelte har også vist at en standardisert handover ikke nødvendigvis resulterer i at mottaker husker mer eller får med seg mer (56).

I spesialisthelsetjenesten generelt og ved postoperative og kirurgiske avdelinger behandles pasientene i stor grad etter guidelines eller retningslinjer. De er veiledere for å sikre pasientene best mulig behandling. Vedrørende handover finnes få guidelines på tross av økende fokus angående overføringssituasjoner (55).

Mye forskning er blitt utført på handover de siste tiårene, på tross av dette er det fortsatt behov for mer forskning på temaet for å øke pasientsikkerheten (25).

Dagens handover er i mange tilfeller mangelfull (8,13,23,25,42). Løsninger for å bedre dagens handover bør utvikles i den lokale situasjon og av helsepersonell på gulvet, de som skal benytte verktøyene og ikke av ledelsen (15,18,25,57).

3.0. Metodiske refleksjoner.

Dette er en deskriptiv utforskende studie. Det er anvendt både en kvalitativ og en kvantitativ metode. Når man kombinerer kvalitative og kvantitative data, benevnes dette ofte som metodetriangulering. Denne trianguleringen kan gjennomføres ved at den ene metoden er undervurdert eller ved at de to er likestilte (58). Her er det først utført en kvalitativ metode. Hensikten er å kartlegge «hvordan oppleves situasjonen»? Fokusgruppeintervju utføres for å kartlegge involverte sykepleieres opplevelser og erfaringer. Hva er det sykepleierne mener det bør formidles informasjon om, for å behandle pasienten på best mulig måte? Uttalelsene fra intervjuene gir innspill ved videreutvikling av en allerede eksisterende sjekkliste. Denne sjekklisten anvendes så ved innsamling av de kvantitative data. Hensikten er å dokumentere «hva formidles». Kvalitativ forskning kan indikere hva som er relevant å registrere i en kvantitativ studie (58). Den kvalitative delen er underordnet den kvantitative, og kan sees på som en forstudie.

3.1. Kvalitative data.

Ved utforskning av menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandling kommer vi bare et stykke på vei med statistiske metoder og hypotesetesting. Et standardisert spørreskjema formidlet til deltakerne i handover situasjonen kunne gitt innblikk i deres opplevelser og erfaringer. Det kunne bidratt til å forklare hvorfor. Formålet er å forstå, ikke forklare. Det er kanskje opplevelser og erfaringer for deltakerne vi ikke tenker på. Hensikten med kvalitativ forskning er å oppnå kunnskap og forståelse om *fenomener*, her fenomenet handover. En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver (59). Hva er det deltakerne i handoversituasjonen vektlegger og hvordan oppleves handoversituasjonen for de involverte sykepleierne?

3.1.1. Fokusgruppeintervju.

Det er valgt et kvalitativt intervju for å få innblikk i deltakernes opplevelser, forventninger og erfaringer. Det kvalitative forskningsintervjuet er et åpent intervju hvor målet ikke er å styre deltakernes svar, men å vise åpenhet overfor nye og evt. uventede fenomener innenfor temaet

(60). Intervjuet kan være halvstrukturert eller ustrukturert. Her er det valgt et halvstrukturert intervju, hvor intervjuet fokuserer på bestemte temaer med utgangspunkt i en intervjuguide.

Det å bruke halvstrukturert intervju er mest relevant når fokuset er et bestemt tema (60). Dette for å få de mest relevante/valide/gyldige svarene på problemstillingen.

Gruppeintervju er en kvalitativ forskningsmetode hvor en gruppe mennesker diskuterer et tema med en forsker som leder og ordstyrer. Fokusgruppeintervju kjennetegnes ved at gruppen diskuterer et avgrenset tema (58). Vårt formål er å fremskaffe involverte sykepleieres erfaringer og opplevelser. Hvordan opplever involverte sykepleiere dagens handover?

Fokusgrupper sammensatt av mennesker som allerede hører til ett miljø kan da være fordelaktig (58). De kjenner hverandre og de kjenner forholdene som blir diskutert. De er medlem av samme miljø og kan derfor lettere delta i samtalen. Formålet er å få frem hvilke erfaringer er det sykepleierne har som gruppe. Ved fokusgrupper fra samme miljø er det sosiale rom i høyere grad gjenkjennelig, noe som er en fordel (58). Fokusgruppeintervju er valgt da det er ressursparende, men ikke minst fordi gruppedynamikken kan bidra til nyttig informasjon (59,61). Kjerneideen er at «to hoder tenker bedre enn ett».

Gjennom fokusgruppeintervjuer kommer jeg tett på informantene og får frem deres egne vurderinger og forståelse. Fordelen er at flere sitter sammen, diskuterer temaet og dermed kan flere oppfatninger fanges opp i samme intervju. Gruppedynamikken kan også aktivisere deltakerne og føre til flere spontane svar enn i andre kvalitative metoder (62).

Fokusgruppeintervju bør vare mellom 1 og 2 timer (58).

3.1.2. Min teoretiske referanseramme og forforståelse

Moderne vitenskapsteori tilbakeviser forestillingen om den nøytrale forsker som ikke har innvirkning på kunnskapsutviklingen. Eget ståsted, faglige interesser, motiver, erfaringer og kunnskaper påvirker våre valg. Spesielt er det å reflektere over betydningen av egne teoretiske referanserammer og forforståelse viktig i kvalitativ forskning.

Forskerens forforståelse, teoretisk referanseramme og posisjonering påvirker alt fra problemstilling, datainnsamling til tolkning av materialet (59).

Spørsmålet er ikke om jeg har påvirket prosessen, men hvordan. Som intensivsykepleier og undervisningssykepleier ved hovedintensiv har jeg lang erfaring både i praktisk pleie og i undervisning av ansatte.

Jeg har selv overflyttet pasienter til andre enheter en rekke ganger, og har en formening om hva som bør formidles og hva som ofte mangler. Lang erfaring, spesialutdanning og spesiell kompetanse på området gjennom denne oppgaven vil klassifisere meg som «spesialist».

Under fokusgruppeintervju er det et gjensidig påvirkningsforhold mellom meg som moderator og informantene. Informantene vet at jeg har jobbet lenge som intensivsykepleier og undervisningssykepleier. På samme måte som jeg som forsker og moderator kjenner enkelte av informantene fra tidligere. Resultatene kan derfor bli påvirket av hvordan jeg oppfattes av informantene. Min relasjon til informantene kan påvirke hvordan og hva de formidler. Jeg har relativt lik bakgrunn med mange av informantene. Dette kan medføre at jeg identifiserer meg med informantene i for stor grad. Bevissthet rundt dette vil ikke ta bort det faktum at både min og informantenes tilstedeværelse har innflytelse på datainnsamlingens forløp (58).

3.1.3. Informanter.

Ved vitenskapelige undersøkelser kan bare et utsnitt av virkeligheten undersøkes. Det er ulike typer utvalgsprosedyrer, og prinsippet er at en skal anvende den utvalgsprosedyren som gir mest mulig valide data (63). Innen kvalitativ metode ønskes et utvalg som kan gi mest mulig relevant informasjon om det fenomenet som undersøkes, et strategisk utvalg (58). Jeg valgte informanter som var interessante for min problemstilling og undersøkelsens teoretiske perspektiv. En forutsetning var at informantene hadde deltatt i handover i en eller annen sammenheng. De hadde de egenskaper eller kvalifikasjoner som var strategiske i forhold til prosjektets problemstilling (58).

Det er ingen gitte kriterier for antall undersøkelsespersoner i en studie for at den skal være kvalitativt representativ. Malterud anbefaler 10 – 20 deltakere eller informanter (58). Kreuger har anbefalt å anvende mini-fokusgrupper med 3 – 4 deltakere, som gjerne er spesialister på temaet (61). Målet med kvalitative intervju er dessuten kvalitet og ikke kvantitet.

Overførbarheten øker ikke proporsjonalt med antall informanter. Et stort antall kan virke motsatt. For stort antall kan føre til en overfladisk og uoversiktlig analyse av materialet (59).

Det legges større vekt på strategisk utvalg og oppnåelse av «metning» enn antall informanter (58).

Hvilke avdelinger fokusgruppeintervjuene skulle foregå på er valgt ut fra hvilke avdelinger som hadde mest relevant informasjon. Det er utført tre fokusgruppeintervju, ved to enheter. Over halvparten av pasientene flyttes fra postoperativ avdeling til tung kirurgisk overvåkning. Resterende pasienter flyttes til flere forskjellige enheter, størst andel til gastrokirurgiske sengeposter, dette ifølge inn /utskrivningsbøker ved enheten. Intervju av sykepleierne ved kirurgisk tung overvåkning og en gastrokirurgisk sengepost er derfor valgt.

Hvilke sykepleiere som deltok ved de forskjellige enhetene er basert på selvseleksjon, det var en frivillighet. Avdelingslederne ved enhetene stod for inkluderingen, vedlegg 4. De valgte ut sykepleiere med forskjellig bakgrunn med tanke på alder og arbeidserfaring. Totalt 13 informanter deltok. Ga dette et teoretisk metningspunkt? Er utvalget slik at en ny enhet ikke ville tilført noe vesentlig nytt? Pasienter flyttes også til andre enheter, et intervju ved en annen enhet ville kanskje gitt andre resultater? Ville flere intervju ved aktuelle enheter gitt ny informasjon? En større gruppe hadde sannsynligvis gitt flere perspektiver om emnet. Imidlertid kan en større gruppe være vanskeligere å håndtere. Litteraturen konkluderer med at både små grupper på tre-fire informanter, og større grupper på opptil 12 informanter gir gode data til en studie (58). Tid og ressurser satte begrensninger. 13 informanter deltok, og de hadde relevant informasjon og kjennskap til temaet.

3.1.4. Intervjuguide og praktisk gjennomføring av intervju.

Jeg valgte å utarbeide en intervjuguide, vedlegg 6. En intervjuguide er en plan for hvordan en skal gå frem, hva en skal spørre om og i hvilken rekkefølge (58).

Intervjuguiden var halvstrukturert. Det vil si at den var relativt strukturert, men på samme tid fleksibel. Jeg lagde hovedtema med stikkord og spørsmål som tok utgangspunkt i min teoretiske forforståelse. Jeg definerte to hovedtema, «*hva forventer du å få informasjon om, for å ta vare på pasienten på best mulig måte*» og «*hvilke forventninger har du til kommunikasjon i overføringssituasjonen*».

Jeg valgte en relativt omfattende og strukturert intervjuguide, se vedlegg 6. Jo mer strukturert intervjusituasjonene er, jo lettere er det å strukturere og analysere intervjuene senere (60). Med min relativt begrensede erfaring i intervjusituasjoner, så jeg dette som en fordel. Intervjuguiden ga en oversikt over hovedtema med underspørsmål jeg ønsket å stille. Den bidro til struktur av intervjuet og var et hjelpemiddel for å holde fokus.

Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk og jeg la vekt på å ha rom for nye og uventede innfallsvinkler som deltagerne kom frem med under intervjuet (60). Intervjuene ble tatt opp på en MP3-spiller etter innhenting av skriftlig informert samtykke fra deltagerne, vedlegg 5.

Etter avtale med avdelingsledere ved enhetene er intervjuene gjennomført januar 2015. Hvert intervju varte i underkant av to timer, og er foretatt på uforstyrrede møterom på informantenes arbeidsplass. Nøytral grunn kan betraktes som det ideelle valg av sted for intervju (58), men nærhet til informantenes arbeidssted ble prioritert. Det ble for dem enklere å gå fra ordinær drift. I ettertid er det vanskelig å se hvor mye dette kan ha påvirket resultatet. I forkant er sykepleierne ved enhetene informert om prosjektet og dets hensikt ved fagdager, avdelingsmøter og ved mail. I tillegg er informanter som deltok i intervjusituasjonen informert før selve intervjuet. De ble informert om selve intervjuet, hensikt, fremdrift, oppbevaring av data og muligheten til å trekke seg i etterkant, vedlegg 5. Deltakere ble informert om muligheten til å trekke seg fra intervjuet i etterkant. Dette måtte jeg ta høyde for. Eneste løsning ville da være å slette hele intervjuet og foreta et fjerde intervju. Dette var en problemstilling jeg slapp å forholde meg til.

Under intervjusituasjonen fulgte jeg rådet som ikke å sitte ved bordets kortende (siden dette ofte er forbundet med «sjefsplassen») og forsøkte å virke så anonym som mulig samt engasjere deltakerne uten å delta aktivt (58).

Samhandlingen mellom informantene ble notert. De non-verbale tegnene som nikk fra med-informanter, ble nedtegnet. Også støtte i uttalelser som "ja" og "det har jeg også sett", ble notert. Slike uttalelser kan være med å forsterke og understreke viktigheten i erfaringen (61). I noen tilfeller ble informanten avbrutt, men tok seg inn igjen, eller ble innhentet av meg som moderator.

3.1.5. Relevans, validitet, refleksivitet og reliabilitet.

Ved kvalitative studier er begrep som relevans, validitet, refleksivitet og reliabilitet vesentlig (59). Å dokumentere involverte sykepleiernes opplevelser og erfaringer i overføringssituasjoner er viktig kunnskap. Dette gir et innblikk i hvordan de opplever dagens situasjon og hva de ønsker og eventuelt savner informasjon om.

Dette er sykepleierne med klinisk erfaring, noe som er viktig (64). Det er gitt en detaljert rapportering av studiens fremdrift og ulike utvalgsstrategier.

Validiteten er et uttrykk for hvor godt det faktiske datamaterialet svarer til forskerens intensjoner med undersøkelses opplegg og datainnsamlingen. Validiteten er høyere jo bedre de faktiske data svarer til forskerens intensjoner (63).

Studien har høy grad av både intern og ekstern validitet. Gjennom fokusgruppeintervjuene kommer opplevelsene og erfaringene til mottaker tydelig fram. Både positive og negative opplevelser er formidlet.

Fokusgruppeintervjuene ga informasjon om sykepleiernes erfaringer, holdninger og synspunkter i overføringssituasjoner. Formålet er å avdekke hvordan involverte sykepleiere opplever dagens «handover», noe fokusgruppeintervjuene ga svar på. Intervjuene er utført ved to enheter ved St.Olavs Hospital. Ble det oppnådd metning? Tid og ressurser var en avgjørende faktor. De med mest relevant erfaring deltok. Utvelgelsen av informanter er foretatt av avdelingsledere ved enheten. Sykepleieres opplevelser i andre overføringssituasjoner kan resultere i noe av de samme opplysningene. Forskningsprosessen er synliggjort og leseren kan følge stadiene i undersøkelsen.

Refleksivitet handler om å forholde seg til forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen, med andre ord motiver, bakgrunn, perspektiver og antakelser for studien. Videre at konsekvensene av forforståelsen er drøftet. Min forforståelse og teoretisk referanseramme er beskrevet, og former den kunnskapen som kommer ut av prosessen. Forskerens rolle og perspektiver underveis, herunder forforståelse og teoretisk referanseramme, bestemmer hvilken side av virkeligheten som beskrives, fortolkes og analyseres (58). Mine motiver, min bakgrunn, mine perspektiver, min forforståelse og antakelser er presentert og drøftet.

Pålitelighet eller reliabilitet innebærer at forskere uavhengig av hverandre, skal komme frem til det samme resultatet dersom de studerer et gitt materiale (63).

Jeg foretok alle tre fokusgruppeintervjuene selv, med støtte og veiledning fra kollega med bakgrunn innen veiledning. Reliabiliteten i fokusgruppeintervju kan øke dersom samme person leder samtlige grupper (58). I forkant er det utført et testintervju. Dette er sykepleiere ved egen avdeling, med erfaring fra overføringssituasjoner. Målet var å teste ut intervjuguiden og videre skaffe meg erfaring i intervjusammenheng. Data og opplysninger fra fokusgruppeintervjuene kan etterprøves. Andre kan i stor grad anvende begrepsanalysen av data og oppdage samme eller lignede fenomen/begrep.

3.1.6. Analyse.

Jeg valgte å transkribere intervjuene selv, noe som var en tidkrevende prosess. Transkriberingen er foretatt fortløpende etter hvert fokusgruppeintervju. Teksten er imidlertid bare tekst, ikke virkeligheten. Når muntlig samtale transkriberes til tekst, skjer det alltid en forvrengning i en eller annen retning (58). Fokuset under transkriberingen var å fange opp innhold som best mulig representerte det informantene hadde til hensikt å uttrykke (58).

For systematisk analyse av kvalitative data er valg av prosedyre og fremgangsmåte avhengig av hvilke kunnskap, hvilket materiale og hvilket prosjekt vi arbeider ut fra (58). Jeg valgte å følge prinsipper og prosedyrer for analysemetoden systematisk tekstkondensering (58). Systematisk tekstkondensering (STC) er en analysemetode beregnet for kvalitative forskningsmaterialet, inspirert av Giorgis fenomenologisk analyse og modifisert av Malterud (58). Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og forsøker ut fra det å forstå fenomener fra informantens ståsted (58). En fenomenologisk tilnærming fokuserer på informantens livsverden, er åpen for intervjupersonenes erfaringer og forsøker å forstå fenomener fra informantenes perspektiv. Fenomenologien antar at realiteten er slik mennesket oppfatter at den er (60).

Metoden systematisk tekstkondensering er godt egnet for deskriptiv tverrgående analyse av et materiale for utvikling av nye beskrivelser og begreper (63). Systematisk tekstkondensering utføres i en firetrinns prosess. Trinn en; les gjennom hele materialet og få et bilde av helheten. Trinn to; finn meningssamlinger, eller såkalte meningsbærende enheter og kode (gruppere) dem i tema. Trinn tre; kondensere hver temagruppe.

Trinn fire; omformulere til endelig resultat (63). Metoden gir en strukturert beskrivelse av framgangsmåten, noe jeg opplevde som en fordel da min erfaring med kvalitativ analyse er begrenset. Jeg presenterer nå kort de ulike trinnene og min framgangsmåte i analysen.

Trinnene gikk noe over i hverandre og tidvis overlappet fasene hverandre.

Første trinn har som hensikt å danne et helhetsinntrykk. De transkriberte notatene er lest en rekke ganger. Jeg tok for meg de tre fokusgruppeintervjuene og leste dem med så åpent sinn som mulig. Dette gjorde meg godt kjent med materialet. Jeg dannet meg et helhetsinntrykk av hvert av de tre intervjuene. Dette er i tråd med første trinn i systematisk tekstkondensering (63). I denne fasen fokuserte jeg mer på helheten enn på detaljer.

Deretter oppsummerte jeg mine inntrykk og skrev ned en liste over foreløpig tema som trådte frem i intervjuene. Disse foreløpige temaene var hvor og når foregikk overleveringen, nærmeste pårørende, detaljerte opplysninger om uaktuelle hendelser og medisiner, vider planer og kommunikasjon i situasjonen.

I neste trinn startet jeg en mer systematisk gjennomgang av materialet. Malterud (63) anbefaler ikke å dele inn hele teksten, men velge ut tekst som på en eller annen måte er relevant for problemstillingen. Jeg fulgte denne anbefaling og valgte ut tekst som på en eller annen måte var relevant for ett eller flere tema fra trinn en. Disse meningsbærende enhetene markerte jeg med fargekoder for hvert tema. Dette kalles ifølge Malterud koding (63).

I tredje analysefase arbeidet jeg med hver enkelt kodegruppe. Det resulterte i en eller flere subgrupper innen hver gruppe. Enkelte av gruppene inneholdt flere subgrupper, andre kun en. I hver av disse subgruppene utviklet jeg kunstige sitater. Jeg omformet innholdet fra de meningsbærende enhetene til en mer generell form i de kunstige sitatene, noe som er i tråd med Malterud tredje analysefase (58). Meningen var å gjenfortelle og sammenfatte innholdet i hver enkelt subgruppe i forhold til problemstillingen.

I fjerde og siste analysefase satte jeg sammen bitene til en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe (58). Etter analysens fire faser satt jeg igjen med fire hovedgrupper som hadde betydning for sykepleierne. Dette var tema sykepleierne mente var viktig ved overlevering av informasjon. Et annet punkt, hvor er pasientens medikamenter forordnet, kom også tydelig frem i alle tre intervjuene. Disse forordninger er i følge sykepleierne dokumentert i en rekke forskjellige skjema. Dette skapte stor frustrasjon blant sykepleierne.

Dette har ingen direkte betydning for den muntlige overleveringen, men indirekte vil det kunne påvirke hva som faktisk er rapportert. Jeg valgte derfor å ta dette som et eget punkt.

Jeg stod igjen med følgende hovedgrupper;

1. Atmosfære og tidspunkt.
2. Informasjonsmengde.
3. Videre planer.
4. Kommunikasjon og samhandling.
5. Skriftlige forordninger.

3.2. Kvantitative data

Denne delen av studien er basert på strukturert observasjon. Observasjonen er strukturert fordi iaktakelsen fokuserer på en spesiell hendelse, i dette tilfelle overføring av informasjon.

Formålet er å dokumenter hvilken informasjon som formidles i overføringssituasjonen. Hva er det sykepleierne ved postoperativ avdeling formidler informasjon om når en pasient flyttes til en annen enhet. Målet er å dokumentere mengde og antall.

Først presenteres avdelingen hvor observasjonen utføres. Dette for å beskrive avdelingen og formidle hvordan dokumentasjon av pasientdata utføres ved enheten.

3.2.1 Postoperativ avdeling ved Hovedintensiv.

Data er samlet ved den postoperative enheten ved Hovedintensiv på St.Olavs Hospital. Hovedintensiv er en avdeling bestående av en intensivhet og en postoperativ/recoveryenhet. Ved postoperativ/recoveryenheten er det totalt 11 sengeplasser, hvorav 6 recoveryssenger og 5 postoperative senger. Recoveryssengene anvendes først og fremst til observasjon av pasienter som har gjennomgått relativt korte og «enkle» kirurgiske inngrep. Dette er pasienter som overvåkes i alt fra 20 minutter til noen timer. Ved den postoperative enheten, observeres pasienter som har vært gjennom større kirurgi og som dermed ofte trenger lengre overvåkningstid. I 2014 ble 7172 ortopediske og kirurgiske pasienter behandlet ved postoperativ/recoveryenheten etter kirurgi. (fra årsrapport Hovedintensiv 2014).

Ved den postoperative enheten forgår dokumentasjonen elektronisk. Helse Midt-Norge anvender systemet Anesthesia and Critical Care Manager fra leverandøren Picis. Ved sykehusene kalles tjenesten bare PICIS. Medikamenter og væske som gis, og andre verdier som er viktige i pasientforløpet (oksygenering, hjerterefrekvens, blodtrykk, data fra infusjonspumper, hendelser, prosedyrer, gjøremål) loggføres elektronisk i PICIS. Når en pasient flyttes fra en avdeling som bruker PICIS til en annen avdeling som også anvender PICIS, fortsettes behandlingsforløpet slik av behandlingshistorikken ikke brytes.

Det er fortsatt få enheter som anvender dette systemet, noe som er en utfordring. Ved Hovedintensiv er PICIS pr dags dato gjeldene dokumentasjon. Enheter som mottar pasienter fra postoperativ avdeling derimot, anvender andre systemer. Ved disse enhetene er det i stor grad kurve og Doculive som er gjeldene dokumentasjon. Dette kan medføre en del utfordringer. Mange profesjoner er involvert i pasientbehandlingen under og etter kirurgi. Alt vedrørende pasientforløpet er dermed dokumentert i flere ulike systemer. Dette er den elektroniske utgaven av Picis, papirversjonen av Picis rapporten, medikamentkurve, tilleggsskjema for medikamenter, operasjonsskjema, smerteskjema og væskeskjema.

3.2.1. Observasjon.

Data er samlet på voksne (> 18 år) postoperative pasienter. Datainnsamlingen pågikk over 10 uker, med et totalt antall på 100 overleveringssituasjoner.

Data er samlet ved strukturert observasjon. En sjekkliste er benyttet for å dokumentere andel overført informasjon.

En passiv observatør (masterstudent) dokumenterte hvilken informasjon som formidles ved overflytting fra postoperativ avdeling. I observasjonssituasjonen forsøkte masterstudent å være så anonym som mulig, men i nærheten slik at samtalen ble oppfattet. Observasjon og dokumentasjon er utført ved sjekkliste. Sjekklisten tok utgangspunkt i sjekklisten «Information Transfer and Communication Assessment tool for Surgery 3» (ITCAS 3), vedlegg 1. ITCAS 3 er utviklet av Centre for Patient Safety and Service Quality (CPSSQ) ved Imperial College. CPSSQ har utviklet en rekke sjekklister for bruk både i forskning og i praksis.

Information Transfer and Communication Assessment tool er en sjekklister utviklet for å kvalitetssikre overføring av informasjon fra operasjonsstue til recoveryavdeling og videre fra recoveryavdeling til sengepost (41).

Den opprinnelige sjekklister er oversatt fra engelsk til norsk av helsepersonell som behersker begge språk. Den er deretter oversatt tilbake til engelsk av en annen med tilsvarende bakgrunn. Dette for å kvalitetssikre innholdet i originalutgaven. Originalutgaven av sjekklister er tidligere anvendt ved handover både fra operasjonsstue og fra postoperativ avdeling (41).

Den norske utgaven av sjekklister er testen på ti pasienter. Denne presteten resulterte i at punkt nr 7. «Pasientens nåværende tilstand» (Patient current status), ble strøket. Flere andre punkt i listen forteller om pasientens nåværende tilstand. Dette er først og fremst punkt 13, men også punkt 14-23, se vedlegg 2 for nærmere forklaring.

«Pasientens nåværende tilstand» kan være; *pasienten er klar og orientert, er stabil respiratorisk og sirkulatorisk, er smertefri med epiduralsmertelindring, har latt vannet spontant, har drukket et glass vann og er ikke kvalm.*

Analyse av data fra fokusgruppeintervjuene medførte enkelte tilleggspunkt. Sykepleierne fortalte om mangelfull informasjon vedrørende andre aktuelle diagnoser. Dette var diagnoser de mente var viktige for det videre forløpet, vedlegg 3. Videre ble pasientens pårørende og faste medisiner påpekt som viktige opplysninger. Betydningen av psykososiale forhold, pårørende og informasjon om faste medisiner påpekes også av andre (42).

På bakgrunn av dette ble følgende punkter tilført i sjekklister;

- Andre aktuelle diagnoser (eks. DIA, hypertensjon)
- Nærmeste pårørende.
- Faste medisiner.

Den endelige sjekklister inneholder 23 punkt eller momenter. Sjekklister er anvendt tidligere i lignende studier. Den er i tillegg tilpasset lokale forhold etter analyse av fokusgruppeintervju. Alle punkt i listen er tidligere anvendt i lignende studier, se tabell 1.

		Anbefalt/anvendt av;
1	Navn	Catchpole et.al 2007, Joy et.al 2011, Nagpal et.al 2011
2	Alder	Catchpole et.al 2007, Joy et.al 2011, Nagpal et.al 2011
3	Medisinsk historie	Chen et.al 2011, Mistry et.al 2008, Nagpal et.al 2010, Zavalkoff et.al. 2011
4	Allergi	Nagpal et.al. 2010, Nagpal et.al 2011, Zavalkoff et.al 2011, Milby et.al 2014,
5	Diagnose	Catchpole et.al 2007, Joy et.al 2011, Nagpal et.al 2011, Zavalkoff et.al. 2011
6	Prosedyre/Kirurgisk inngrep	Catchpole et.al 2007, Anwari 2002, Mistry et.al. 2008, Nagpal et.al 2011
7	Andre aktuelle diagnoser (f.eks. DIA, hypertensjon)	Milby et.al 2014, Chen et.al 2011, Catchpole et.al 2007, Milby et.al 2014,
8	Forhold og problemer relatert til anestesi	Milby et.al 2014, Catchpole et.al 2007, Joy et.al 2011, Nagpal et.al 2011
9	Forhold og komplikasjoner relatert til kirurgi	Milby et.al 2014, Chen et.al 2011, Nagpal et.al 2011, Nagpal et.al 2010
10	Blodtap.	Milby et.al 2014, Catchpole et.al 2007, Joy et.al 2011, Chen et.al 2011
11	Blodoverføring	Nagpal et.al 2010, Milby et.al 2014, Catchpole et.al 2007 Joy et.al 2011,
12	Medisiner gitt under operasjonen.	Milby et.al 2014, Zavalkoff et.al. 2011, Nagpal et.al. 2013
13	Vitale parametre (resp – sirk – elim – etc.)	Nagpal et.al 2010, Catchpole et.al 2007, Zavalkoff et.al. 2011
14	Plan for intravenøs væskebehandling.	Milby et.al 2014, Zavalkoff et.al. 2011, Chen et.al 2011, Nagpal et.al 2010
15	Plan for smertebehandling.	Nagpal et.al 2010, Milby et.al 2014,
16	Plan for invasivt utstyr (PVK, SVK, arteiekanyler etc.)	Milby et.al 2014, Nagpal et.al 2010, Zavalkoff et.al. 2011
17	Plan for annet utstyr (blærekateter, dren, sonder etc.)	Milby et.al 2014, Nagpal et.al 2010, Zavalkoff et.al. 2011
18	Plan for ernæringssonde og ernæringsplan	Nagpal et.al 2010,
19	Plan for antibiotikabehandling	Nagpal et.al 2010, Milby et.al 2014, Catchpole et.al 2007
20	DVT profylakse.	Nagpal et.al 2010, Milby et.al 2014,
21	Postoperative undersøkelser (blodprøver, røntgen us)	Nagpal et.al 2010, Nagpal et.al 2011
22	Pårørende	Randmaa et.al 2014
23	Faste medisiner.	Chen et.al 2011, Mistry et.al 2008, Nagpal et.al 2010

Tabell 1. Oversikt over punktene i sjekklisten og hvor de tidligere er anvendt.

Kommunikasjon i handoversituasjonen er en utfordring og sykepleierne uttrykte i fokusgruppeintervjuene en hektisk situasjon uten rom for spørsmål. Hvor overleveringen utføres, har også betydning.

På bakgrunn av dette er det i tillegg dokumentert;

- Hvor foregikk overleveringen? Ved pasientens seng eller vekk fra pasienten.
- Når på dagen er overleveringen utført.
- Er spørsmålet; «*Er det noe du lurer på/er noe uklart?*» stilt? J/N.
- Er spørsmål stilt? J/N.
- Hvilken enhet pasienten flyttet til?
- Tidsbruk.

Den endelige sjekklisten med forklaring på hvert enkelt punkt eller moment, se vedlegg 2 og 3. Observatør dokumenterte hvilken informasjon som ble formidlet i sjekklisten. Det ble i tillegg skrevet notater på sjekklstens bakside. Dette var notater som beskrev situasjonen.

Dette kunne være informasjon om mye støy eller stor aktivitet i omgivelsene. Kommentarer angående kommunikasjon mellom avsender og mottaker.

3.2.2. Variabler.

Data er samlet på 23 momenter ved sjekklister. Innsamlet data sammenlignes i ettertid med opplysninger i pasientens journal.

Det er 23 momenter og de dokumenteres i forhold til to variabler, «muntlig overføring» og «skriftlig overføring». Hva som muntlig overføres er den variabel jeg ønsker å undersøke, den avhengige variabel. Den skriftlige dokumentasjonen i pasientens journal kan påvirke hva som muntlig formidles, den uavhengige variabel. De to variablene er dikotome variabler på nominalnivå. Variablene har med andre ord kun to verdier, ja eller nei. Er det informert om blødning under kirurgi ja/nei, er blødning anmerket i pasientens journal ja/nei.

3.2.3. Utvalg.

Ved vitenskapelige undersøkelser kan bare et utsnitt av virkeligheten undersøkes. Hvilken pasientkategori observasjonene er foretatt på er et bevisst valgt. Overføring av informasjon dokumenteres på postoperative pasienter.

Dette er pasienter som har gjennomgått større kirurg. Informasjon som overbringes i forhold til denne pasientgruppen vil ofte være relativt omfattende. Hvilke postoperative pasienter observasjonene er foretatt på, er mer tilfeldig. Daglig opereres mellom tre og seks pasienter i denne kategorien, avhengig av operasjonsprogram. De fleste overflyttinger foregår på dagtid og disse ble nesten uten unntak inkludert. Observasjon av overflyttinger på kveld derimot varierte. En person foretok dokumentasjon av alle overføringer og muligheten til å være tilstede på kveld var noe begrenset. Tilfeldigheter avgjorde hvilke postoperative pasienter data er samlet på. Utvalget er relativt lavt, med 100 enheter. Tid og ressurser var en avgjørende faktor.

3.2.4. Reliabilitet, validitet og generalisering.

Innen kvantitativ forskning anvendes begrep som reliabilitet, validitet og generalisering. Reliabilitet viser til om gjentatte målinger gir sammen resultat, validitet sier noe om man måler det man vil måle og generalisering handler om resultatene har en mer generell gyldighet (65).

Med reliabilitet siktes det til hvor pålitelige målingene er. Reliable mål er nøyaktige og konsistente. Målefeil i datamaterialet reduserer reliabiliteten. Dette kan oppstå over alt i innsamlingsprosessen og databehandlingen. Reliabiliteten kan svekkes av ytre omstendigheter og skanne og/eller punche feil (65). Hva jeg som observatør registrerte i sjekklisen kan være påvirket av forstyrrende elementer i omgivelsene. Ved flere anledninger var støy fra pasienten, nabopasienten eller andre sykepleiere ett forstyrrende element. Hva jeg oppfattet og dokumenterte kan være påvirket av dette. I tillegg ble jeg som observatør ved flere tilfeller kontaktet av sykepleiere kollegaer vedrørende andre pasienter eller medisinsk teknisk utstyr. Hva jeg oppfattet kan være påvirket av dette. Ved flere tilfeller snakket sykepleierne som formidlet informasjon lavt. Dette medførte vanskeligheter med å høre hva som ble formidlet. Som en følge av dette måtte jeg ved flere anledninger sette meg nærmere overføringssituasjonen for å oppfatte hva som ble sagt. Min tilstedeværelse ble mer tydelig, hva som er formidlet kan være påvirket av dette. Jeg forsøkte å forebygge dette ved å informere sykepleiere i omgivelsene om min oppgave og at jeg ikke var tilgjengelig for ordinær drift. I overføringssituasjoner plasserte jeg meg så anonymt som mulig for å unngå oppmerksomhet rundt min tilstedeværelse. En passiv observatør i overføringssituasjon, kan på tross av dette være en bias. Det å bli overvåket kan medføre at vedkommende som overlever informasjon «skjerper» seg. Sykepleierne ved postoperativ avdeling dvs. de som overleverer informasjonen, er informert om prosjektets hensikt og formål. Med en stor stab på 132 sykepleiere er det i tillegg til informasjon på avdelingsmøter og ved mail gjennomført fire identiske fagdager hvor prosjektet er gjennomgått. Over 94 % av sykepleierne deltok på disse dagene, 124 av 131 sykepleiere. Sykepleierne ble godt informert om prosjektet, men ikke innholdet i sjekklisen. På tross av dette kan de ytre omstendighetene være med å svekke datainnsamlingens reliabilitet.

Det er «mine» observasjoner som er dokumentert. Har jeg tolket det sykepleierne har formidlet «snilt» eller «strengt»? En detaljert forklaring over innhold i de ulike punktene i

sjekklisten er satt opp for å tydeliggjøre innholdet i hvert punkt, vedlegg 3. På tross av dette kan mine tolkninger innvirke på datamaterialet.

Et annet spørsmål er, ville de overflyttinger som ikke er observert, først og fremst overflyttinger på kveld og natt, gitt andre resultater?

Punching av data er utført av masterstudent. For å kvalitetssikre punchefeil er det i tillegg testet og kontrollert av en annen person. Dette styrker studiens reliabilitet.

Et annet sentralt spørsmål er hvor godt eller relevant det innsamlede datamaterialet er. Dekker sjekklisten alle aspekter av hva som bør overføres av informasjon? Dette er en sjekkliste som allerede er anvendt og utprøvd i tidligere studier (41). I tillegg er det tatt høyde for involverte sykepleieres opplevelser og erfaringer i handover situasjoner. På bakgrunn av det kan vi regne den innholdsmessige validiteten som relativt høy. For å bestemme om indikatorene i sjekklisten er valide, kan det gjennomføres validitetstester. Dette er ikke utført, da sjekklisten allerede er anvendt og funnet gyldig i tidligere studier (41).

Den opprinnelige sjekklisten er på engelsk. Dette kan virke negativ på begrepsvaliditeten. Å finne norske ord som helt dekker det engelske kan være vanskelig. For å kvalitetssikre innholdet i originallisten er den først oversatt fra engelsk til norsk, så fra norsk til engelsk.

Antall observerte overleveringer er hundre. Dette kan svekke den eksterne validiteten. Med et antall på «bare» hundre kan resultatene sannsynligvis ikke generaliseres til andre sammenhenger.

3.2.5. Analyse.

Observasjon av handoversituasjonen resulterte i 100 sjekklister. Sjekklister inneholdt opplysninger angående formidlet informasjon, hvilken avdeling pasienten er flyttet til, tidsbruk, tidspunkt og om mottaker stilte spørsmål.

Data fra sjekklisten er deretter sammenlignet med data dokumentert i pasientens journal. Dette var en relativt tidkrevende prosess som krevde inngående granskning av 100 journaler.

Det er tatt utgangspunkt i fremgangsmåten ved journalgranskning ved Global Trigger Tool (GTT). GTT er en internasjonal anerkjent og standardisert metode for å gjøre journalundersøkelser (66,67). Ved GTT er det en systematisk fremgangsmåte på hvordan en kartlegger pasientskader (68). Granskning ved GTT kan ikke likestilles med journalgjennomgang i dette prosjektet, men fremgangsmåten er anvendt som et utgangspunkt, og så systematisert for å finne data på de aktuelle 23 punktene i sjekklisten. For detaljert fremgangsmåte ved journalgjennomgang, se vedlegg 7.

Analysen av data er deskriptive og avanserte statistiske metoder er ikke utført. Data er lagt inn i regneark (Microsoft Excel Worksheet 2010). Deretter er det utført enkle statiske metoder med IBM SPSS Statistisk versjon 22.

Data presenteres i prosent og absolutte verdier, samt median og min/maks verdier. Antall observasjoner var hundre. Andel overført informasjon varierte fra 36 % til 100 %. Både andel overført informasjon på alle pasientene og andel overført informasjon på hver av de 23 punktene, viste skeivheter i fordelingen. Median er derfor valgt som mål for sentraltendens fremfor mean.

Data er som tidligere beskrevet samlet ved sjekkliste. Sjekklisten tar utgangspunkt i en liste anvendt i lignende studie (41) og resultat fra fokusgruppeintervju. Rekkefølgen av punktene i sjekklisten er basert på original listen og praktiske hensyn vedrørende observasjon og dokumentasjon. Ved presentasjon av data derimot inndeles resultatene i pre operative data, per operative data og post operative data.

3.3. Ethiske aspekter.

Studien stiller ikke store etiske spørsmål. Det er observert overføring av informasjon fra helsepersonell til helsepersonell. Studien påvirker ikke pasientbehandlingen og hva som er overlevert av informasjon.

Når det gjelder intervju av helsepersonell, har prosjektet vernet om hver enkelt informants uttalelser. I kvalitative intervjuer er det viktig å ivareta integriteten til de personene som intervjues både under selve intervjuet og i etterkant når resultatene skal presenteres og fortolkes. Skriftlig samtykke er innhentet.

Fokusgruppeintervjuene omfattet «bare» tretten personer. Enkelte uttalelser er av den grunn omskrevet for å verne informantens anonymitet. Dialekt ble «transformert» til bokmål.

I en overføringssituasjon kan en passiv observatør være en belastning for sykepleierne som formidler informasjon. Sykepleierne kan føle seg overvåket og vurdert/målt. Involverte sykepleiere er godt informert om prosjektets hensikt og formål. Sykepleieres navn er ikke dokumentert.

Data fra sjekklister er i ettertid sammenlignet med opplysninger i pasientens journal. Dette krevde dokumentasjon av pasientens personnummer. Pasientens personnummer er erstattet med et studienummer i et kodeskjema. Kodeskjema er oppbevart i papirformat i låst skap kun tilgjengelig for prosjektleder under studieperioden. Kodeskjema er oppbevart fraskilt fra data i sjekklister. Etter studieslutt vil kodelisten makuleres. Det er før oppstart søkt fremleggingsvurdering til Regional komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK midt fant prosjektet ikke fremlegging pliktig for Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, vedlegg 8. Det er i tillegg innhentet godkjenning fra klinikkssjef og avdelingssjef ved involverte klinikker. Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved St.Olavs Hospital før oppstart.

3.4. Kostnader, ressurser, tidsplan og finansiering.

Prosjektet er pasientsikkerhetsprosjekter som skal bidra til å øke pasientsikkerheten ved;

- ✓ Å redusere pasientskader.
- ✓ Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet.
- ✓ Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Prosjektet krever ikke store kostnader og ressurser, bortsett fra tidsbruk. Tidsplan for prosjektet vises i tabell 2.

TIDSPLAN «HANDOVER» 2014/2015.					
	September/oktober 2015	November/desember 2015	Januar/februar 2015	Mars/april 2015	Mai 2015
Forberedelser					
Protokoll					
Informasjon sykepleiere					
Fokusgruppeintervju					
Observasjon					
Analyse av data					
Oppgave skriving					

Tabell 2. Tidsplan for prosjekt «Handover».

3.5. Metoderefleksjon, styrker, svakheter og begrensinger

Bruk av både en kvalitativ og en kvantitativ tilnærming er en svakhet og en styrke. Mottakers opplevelser og erfaringer er dokumentert, i tillegg til hva som er formidlet. Det er tatt utgangspunkt i hva mottaker ønsker. Dette er en styrke og fordel. Vedrørende omfanget av denne oppgaven kan det være en ulempe. For omfattende datamaterialet kan medføre for overfladisk analyse av data.

Studien er utført kun ved en enhet. Data kan dermed fortelle mer om kulturen ved den aktuelle enhet enn generelt.

Vedrørende innsamling av data, gjennomførte og analyserte samme person både intervju og observasjon. Resultatet kan være for «ensporet» observasjon og analyse. Hva som er formidlet kan være påvirket av tilstedeværelsen av en passiv observatør. Mer informasjon kan være formidlet som en følge av dette. Sykepleierne var godt informert om prosjektet, men ikke om innholdet i sjekklisten.

Det er kun dokumenter hva som er formidlet. Det er ikke dokumentert hva som ikke er formidlet, det har ikke vært blødning under kirurgi, pasienten har ingen pårørende, pasienten har ingen allergier etc.

4.0. RESULTAT.

Resultatene presenteres i to deler. Først data fra fokusgruppeintervjuene. Hva forventet sykepleierne å få informasjon om, for å ta vare på pasienten på best mulig måte? Deretter data fra sjekklister. Disse vil dokumentere hva som er formidlet.

4.1. Fokusgruppeintervju.

Analysen av fokusgruppeintervjuene resulterte i fem hovedområder som hadde betydning for sykepleierne i overleveringssituasjonen. Dette var atmosfære og tidspunkt, informasjonsmengde, videre planer, kommunikasjon og samhandling samt skriftlige forordninger.

1. Atmosfære og tidspunkt.

Hvor overleveringen er utført hadde betydning for informantene. Miljøet rundt overleveringen påvirket hvor god og oversiktlig rapporten ble. Et miljø med mange andre forstyrrede elementer kunne lett føre til at man mistet tråden i hva som var viktig. Hva som var det ideelle miljøet derimot, var det uenighet om. Flere påpekte nærhet til pasienten som viktig. Ved overlevering av informasjon ved pasientens seng, medfører det også nærhet til andre pasienter. Pasientene ligger i en sal, kun med en gardin som skille mellom sengene. Dette påpekes av informantene og spørsmål om taushetsplikt dukker opp. Informantene konkluderer med at sykepleierne som overleverer informasjon snakker lavt for å bevare taushetsplikten, noe som igjen gir andre utfordringer.

«Ja dem snakker lavt, men da er det større sjanse for at jeg ikke får med meg ting»

En utfordring i miljøer hvor mange pasienter ligger samlet kan være støy og forstyrrende elementer i omgivelsene. For å komme vekk fra forstyrrende elementer kan et rom vekk fra pasienten være et alternativ. Sykepleierne får konsentrert seg om rapporten og slipper å forholde seg til andre aktiviteter i miljøet rundt seg.

«Jeg synes det er veldig fint hvis vi kan trekke oss litt bort, helst på det der bakrommet, der kan vi i tillegg lukke døren, og ikke bli forstyrret av det andre som foregår»

Ikke bare hvor overleveringen foregikk hadde betydning, men også når på døgnet. Informantene påpeker at tidspunkt for henting av pasienter ofte er en utfordring. De sier pasientene ofte blir flyttet like før vaktskiftet, noe som medfører unødvendig mange ledd.

«Det blir mange mellomledd i en ellers hektisk periode, da har vi som regel så mye oppi hodet fra før som du skal gi fra deg. Ja da detter i alle fall informasjon ut».

2. Informasjonsmengde.

Informantene forteller at informasjonen ofte er for omfattende og detaljert. Det brukes unødvendig mye tid til å informere om tema de ikke føler er aktuelle. Dette er i hovedsak informasjon om medikamenter gitt under kirurgi og kort tid etter. Det er i stor grad anestesimidler, og informantene sier de hverken har kjennskap til eller kunnskap om disse medikamentene.

«Ja, for jeg vet jo ikke hva de brukes til likevel de der medikamentene».

Mye fokus på og detaljert informasjon om tilstander, hendelser og medikamenter gitt under og i etterkant av kirurgi, medfører i mange tilfeller lange rapporter.

«Ja det er jo det som er faren hvis de blir for detaljert, så ramler kanskje det viktige ut»

3. Videre planer.

Under fokusgruppeintervjuene er det spurt «Er det noe dere savner informasjon om, for å ta vare på pasientene på best mulig måte?» På dette spørsmålet var det i stor grad enighet både innad i gruppen og ved alle tre intervjuene. Informasjon om hvem pasientens pårørende var og om det hadde vært kontakt med vedkommende etter kirurgi var viktig. Et annet tema flere etterlyser er andre aktuelle lidelser hos pasienten. Pasientene i dag er ofte ikke på sengeavdelingen før kirurgi. Dette har ifølge informantene endres seg vesentlig de siste fem årene. Behovet for informasjon om pasientens forhistorie og andre diagnoser er dermed også endret. Et annet område det ofte utelates å informere om er pasientens faste medisiner.

Flere av pasientene har tilleggs diagnoser og står på faste medisiner. Informantene sier at pasientene ofte ikke skal ha sine faste medisiner rett etter kirurgi.

«Det er noe som ofte blir utelatt, det med faste medisiner».

Videre forteller informantene at nesten alle pasienter kan drikke etter kirurgi i dag kontra for noen år tilbake. Noe det ofte ikke blir informert om. De sier også at dette ofte skyldes manglende forordning fra kirurg, og at det blir merarbeid for sykepleierne dersom de hele tiden skal etterspørre dette. Det som i størst grad uttrykkes som en mangel er planer for hva som skal skje når pasienten er flyttet fra postoperativ. Dette gjelder alt fra generelle planer for videre forløp og konkrete planer for væskebehandling, smertebehandling og lignende.

«Men er det noe uavklart så synes jeg de må gjøre det ferdig nede, når de kommer opp i etasjene så blir det mye vanskeligere som regel».

Det som påpekes som vanskeligere opp i etasjene er mangel på ressurser og nærhet til ansvarlig lege. Flere uttrykker også at flytting av pasienter ofte skjer raskt og uten god planlegging. De påpeker at dette ofte er et plass/ressursproblem, men at det får negative konsekvenser for pasientsikkerheten.

«..men det virker bestandig som de må flytte pasientene så raskt, og ingenting er avklart, fordi de trenger plassen og da er det ikke så veldig heldig utfall bestandig»

Videre plan for væskebehandling, ernæring og smertebehandling påpekes som mangelfulle. Disse planene dokumenteres i mange forskjellig skjema, noe som er en utfordring for mottaker av informasjon. Informantene uttrykker enkelte mangler i hva som formidles. Dette er imidlertid unntakene, i de fleste tilfellene er informasjon de ønsker formidlet. Rapportene er oftest veldig bra. De sier også at sykepleierne på postoperativ er hyggelige og undersøker dersom noe er uklart.

«..Og er det noe vi stusser på så undersøker de det eller, og vi får ofte spørsmålet, har du noe å spørre om? NEI, nesten så man føler seg dum for at man ikke har noen ting å spørre om».

4. Kommunikasjon og samhandling.

Hvordan vi kommuniserer med hverandre er viktig. Flere kommenterer, god kommunikasjon og det å snakke sammen, som viktig for god informasjonsutveksling. Det påpekes at dette er vesentlig både for å forstå hverandre og for å få et bedre samarbeid. Informantene har noe ulik

oppfatning av hvordan kommunikasjonen er i overleveringssituasjonen. Flere påpeker at sykepleierne på postoperativ avdeling er hyggelige og imøtekommende. Det å spørre er uproblematisk og blir godt mottatt. Hvordan det spørres er avgjørende for hvordan det blir mottatt.

«Det var veldig greit det altså. Sykepleieren beklaget og så hun var lite vant med å gi pasientene mat og drikke, man at hun skulle huske det til neste gang».

De fleste opplevde god kommunikasjon og imøtekommende sykepleierne, men noen kunne fortelle om opplevelser som ikke var like positive. Enkelte opplevde lite velvillighet og en nedlatende holdning både fra leger og sykepleiere. De opplevde at ansvarlig lege ikke alltid var like villig til å komme på tilsyn, og at de dårlige pasientene heller burde ligge på postoperativ.

«De gir helt klart uttrykk for at hvis pasientene er skikkelig dårlige så burde de ligge der ned, for dere er tydeligvis mye flinkere».

Det er ikke bare fra ansvarlig lege de opplever å være «mindre verdt», men også fra sykepleierne. Enkelte sykepleierne på postoperativ kan være litt arrogante og nedlatende forteller en informant. Samme informant forteller videre en historie hvor en sykepleier var helt på gråten etter dårlig behandlet av en sykepleier på postoperativ.

«.. føler seg ikke mye høy i hatten når man drar derfra for å si det sånn».

På tross av at enkelte av informantene hadde hatt noen ubehagelige opplevelser påpekes det at dette tross alt var unntakene og ikke regelen. Lite fleksibilitet i forhold til hverandres arbeidstid og arbeidsoppgaver er et annet tema som kommer opp. Informantene opplever at sykepleierne som overleverer informasjon, har lite kunnskap om og kjennskap til hvordan arbeidshverdagen er for de som mottar informasjon. Informantene opplever at de som overleverer informasjon er styrt av regler og prinsipper og ikke kvalitet på behandling. Vi har bestemt at pasienten skal flyttes! *«Dem er i alle fall veldig på det, det er ikke noe og diskuter, så det så».*

5. Skriftlige forordninger.

En utfordring både for de som overleverer informasjon og de som mottar, er mangfoldet av skjema forordningene dokumenteres på. Flere uttrykker en frustrasjon over mengden av skjema og at det kan være vanskelig å finne hvilket skjema og hvor ting er dokumentet.

De skjemaene og elektroniske journalene sykepleierne skal forholde seg til er PICIS (den elektroniske PICIS fra operasjon/anestesi og postoperativ), den skriftlige PICIS rapporten, operasjonsskjemaet, pre operativ anestesiskjema, smerteskjema, medikamentkurve, væskekurve, hjelpeskjema for medikamenter og Doculive. Det er spesielt utfordrende fordi enkelte enheter ikke anvender alle skjemaene. Det er først og fremst PICIS som er en utfordring for flere da dette er en elektronisk journal de hverken anvender eller er kjent med.

«Men du leter mye i de der papirene da, og dem er jo ikke vi vant til å bruke nei».

Avdelinger som har tatt i bruk PICIS som gjeldene dokumentasjon har en annen oppfatning.

«Men det er jo mye enklere etter at vi fikk PICIS også!»

Det kommer tydelig frem at det ikke er lett å finne frem i de forskjellige papirene og at sykepleierne i mange tilfeller ikke vet hvor de skal lete. Spesielt utfordrende er det dersom sykepleierne er uerfarne.

«Står det på de der papirene når de har fått medisiner og sånt?»

«Smerteskjema å, og de helt nye vet jo ikke hva de skal lete etter heller»

Den største utfordringen er tydeligvis mengden av skjema forordningene skrives på, men det påpekes at hva som står skrevet, ofte også ikke blir formidlet. Og det er spesielt tema som DVT-profylakse (klexane), væskebehandling, bruk av paracet, antibiotika og spørsmål om mat og drikke som mangler.

4.2. Prospektiv observasjon.

Observasjon av handover er utført over en periode på 10 uker, med totalt 100 handover situasjoner. Innsamlings- perioden strakk seg over lengre tid enn planlagt, da en del overflyttinger er utført på kveld, natt og helg. Eksklusjon av ikke aktuelle pasienter er utført underveis. I løpet av 10 uker ble 1447 pasienter observert etter kirurgi ved postoperativ/recovery enheten. Hos 1308 pasienter er relativt «enkle» kirurgiske inngrep utført og overvåkning var under seks timer, disse ble ekskludert. Andel overflyttinger hvor masterstudent ikke var tilgjengelig var 39, hvorav 32 var på ettermiddag/kveld. Flytskjema på inkluderte overflyttinger, se vedlegg 9.

Deskriptive bakgrunnsdata på inkluderte pasienter presenteres i tabell 1.

Bakgrunnsdata på inkluderte pasienter	N = 100 (%)
<i>Kjønn;</i> Menn Kvinner	56 44
<i>Alder (*);</i> < 40 år 40 – 60 år 60 – 80 år 80 år >	14 46 34 6
<i>Kirurgisk inngrep;</i> Gastrokirurgisk inngrep Karkirurgisk inngrep Urologisk inngrep Endokrinologiske inngrep Ortopediske inngrep Nevrokirurgiske inngrep	65 15 14 3 2 1
<i>ASA klassifisering;</i> ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4	2 31 53 14
<i>Tilleggs diagnoser/sykdommer;</i> Hjerte/kar sykdom Lungesykdom Kronisk sykdom Diabetes Psykisk sykdom Kreft Nyresvikt	72 20 17 13 5 6 3

Tabell 2. Deskriptive bakgrunnsdata for inkluderte pasienter.

* Mean 63 år.

Gastrokirurgiske inngrep ble utført sekstifem pasienter. Dette er bl.a. fjerning av tarm, galleblære, magesekk, bukspyttkjertel og lever. De karkirurgiske inngrepene er først og fremst åpen aortakirurgi og de urologiske fjerning av urinblære eller nyre.

Gradering av preoperativ tilstand og risiko (ASA klassifisering) viser at sekstisju av hundre pasienter er klassifisert i ASA 3 og 4. Det er pasienter med alvorlig organsykdom i ett eller

flere organ, som gir definerte funksjonelle begrensinger eller pasienter med livstruende organisk sykdom som ikke behøver å være relatert til den aktuelle kirurgiske lidelsen eller som ikke alltid bedres ved det kirurgiske inngrepet (69).

Nesten alle (98 av 100) av pasientene har i tillegg til innleggesdiagnosen andre sykdommer eller tilstander. Syttito har hjertesykdom, av disse har trettisju hypertensjon, tjueseks enten hjertesvikt eller er hjerteoperert og ni har atrieflimmer. Tjue har lungesykdommer, det er først og fremst astma, men også KOLS og lungeemfysem. Sytten av pasientene har andre kroniske sykdommer som krever medikamenter eller annen behandling, dette er morbus Crohn, ulcerøs kolitt, reumatisk artritt, multipel sklerose, psykiske plager, kroniske smerter, ryggplager mm. Flere av pasientene har fler enn en tilleggs sykdom.

Syttifire av pasientene fikk innlagt et sentralt venekater under kirurgi.

Tidsbruk ved overføring av informasjon er median 7 min 33 sekunder (4 min 45 sec, 13 min 24 sec).

Pasientene er overflyttet til forskjellige enheter. Sekstini av pasientene hadde behov for fortsatt overvåkning og er flyttet til kirurgisk tung overvåkning. Atten pasienter er flyttet til gastrokirurgiske sengeposter, og de resterende tretten til andre sengeavdelinger.

Overflytting av pasientene er utført først og fremst på dagtid, syttitre av hundre. Tretti pasienter er flyttet i tidsrommet åtte til tolv og førtitre fra tolv til fire. Flest overflyttinger i tidsrommet to til tre, tjueto prosent. De resterende tjuesju pasientene er overflyttet mellom fire og åtte på ettermiddag/kveld.

Syttiåtte handoversituasjoner foregikk ved pasient sengen, de resterende tjueto vekk fra pasienten, i en arbeidsstasjon eller et kontor.

I sekstifire av rapportene er det avsluttet med spørsmålet, «er det noe du lurer på/er noe uklart?» I trettifire tilfeller er det da stilt spørsmål. Når overleveringen foregikk ved pasientsengen er spørsmål stilt ved tjue ni av syttiåtte rapporter. Ved overlevering vekk fra pasienten i fem av tjueto.

Data er samlet på overføring av hundre pasienter. Andel formidlet informasjon samlet på alle tjuetre punktene varierte fra 36 % til 100 %. Kun ved fire rapporter er informasjon angående alle tjuetre punktene formidlet.

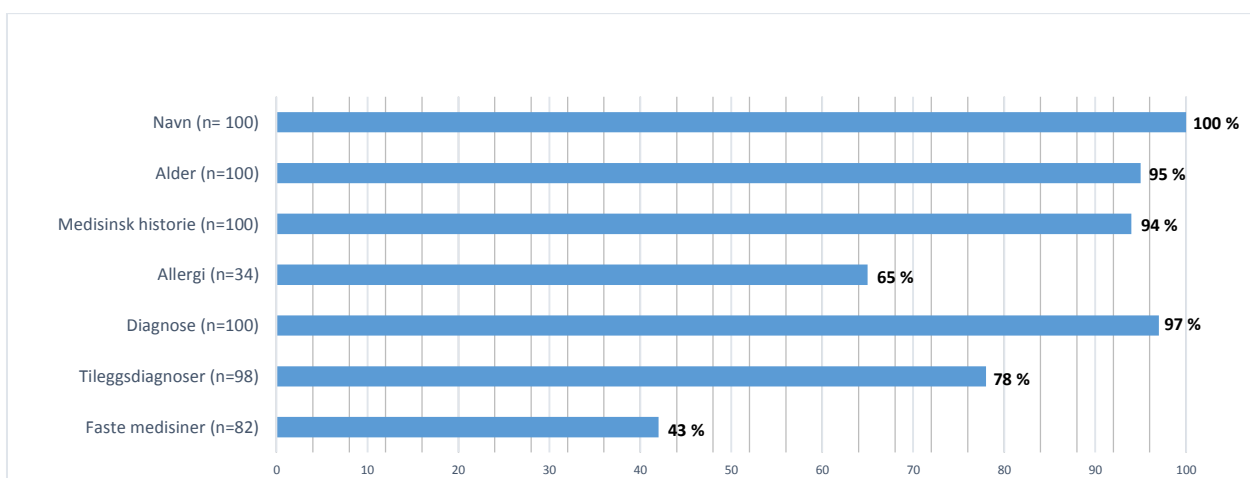
Foregikk rapporten ved pasientsengen varierte andel overført informasjon fra 36 til 100 %, median 84 %. Ved overlevering vekk fra pasienten var variasjonen 42 til 100 %, median 83 %.

Andel overført informasjon etter om det er stilt spørsmål eller ikke var 84 % vs. 81 %.

Data er som tidligere beskrevet samlet ved sjekklister. Sjekklisten tar utgangspunkt i en liste anvendt i lignende studie (41) og resultat fra fokusgruppeintervju. Rekkefølgen av punktene i sjekklisten er basert på original listen og praktiske hensyn vedrørende observasjon og dokumentasjon. Ved presentasjon av data derimot inndeles resultatene i pre operative data, per operative data og post operative data.

Resultat vedrørende informasjonsoverføring presenteres i prosent med min. og maks. verdier. Andel overført informasjon på alle tjuetre enhetene var 84 % (min 36 %, maks 100 %).

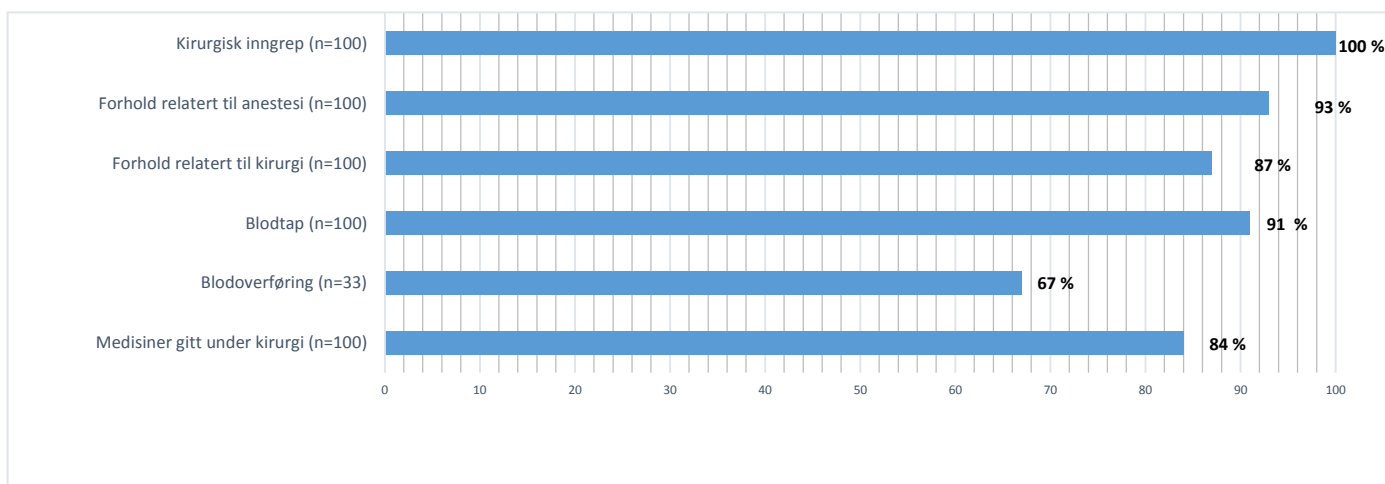
Informasjon vedrørende overføring av pre – operative data er presentert i Figur 1. Andre diagnoser og sykdommer, som hypertensjon, astma, diabetes, kroniske smertetilstander mm. er dokumentert under tilleggs diagnoser. Pasientens navn, alder, medisinsk historie og diagnose er formidlet i over 90 % av tilfellene. Kun pasientens navn er formidlet ved alle overflyttingene. Faste medisiner er formidlet i 43 % (35 av 82 tilfeller). Samlet gir informasjon angående pre - operative data median 94 % (min 43 %, maks 100 %).



Figur 4. Pre-operative data formidlet ved overlevering. (n) er antall pasienter hvor dokumentasjon er aktuelt, f.eks. 34 pasienter hadde allergi. Andel av n hvor formidlet informasjon angis i prosent (%).

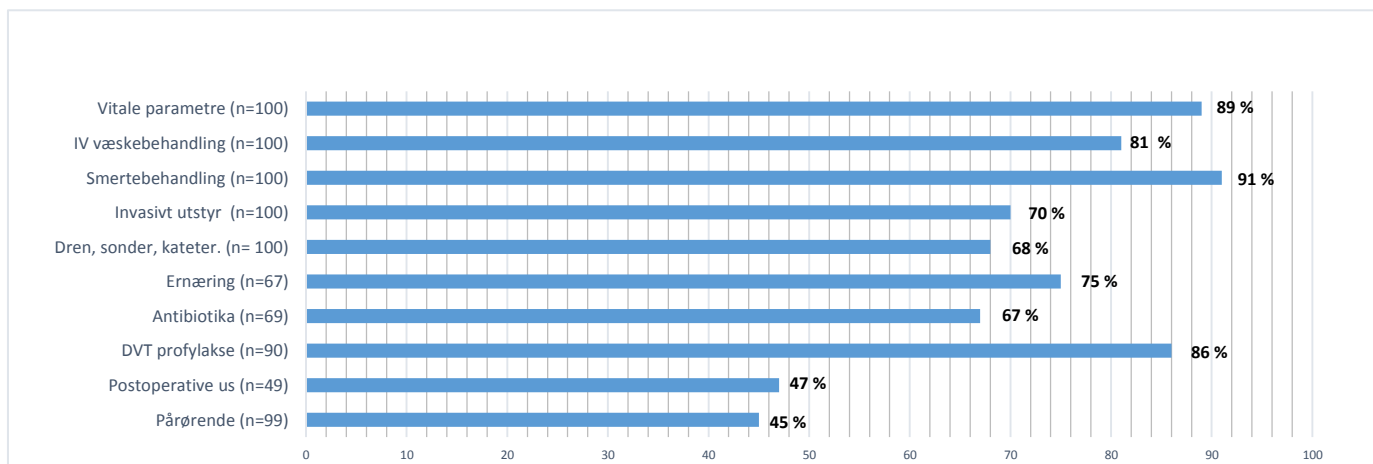
Åttito av de i alt hundre pasientene brukte faste medisiner. Dette er bl.a. medisiner for hjerte – kar sykdommer (betablokkere, ACE-hemmer, diuretika, antiarytmika, nitroglyserinpreparater, digitalispreparater), medisiner for lungesykdommer (inhalasjonspreparater, perorale kortikosteroider), antiepileptika, antidiabetes, hormonsubstitusjon. Dette er det ikke formidlet informasjon om i førtisju av åttito tilfeller. I trettien tilfeller gjaldt dette medisiner for hypertensjon. Hos de resterende seksten varierte type medikament (tromboseprofylakse, steroider, kolesterolsenkende og medikamenter for MS, psoriasis, Parkinson og diabetes type 2).

Figur 2 illustrerer informasjonsutveksling angående peroperative data. Informasjon angående forhold under kirurgi er formidlet i stor grad. Med ett unntak, blodoverføring gitt under kirurgi, er informasjon gitt i over 84 % av tilfellene. Samlet gir informasjon angående alle per operative data median 89 % (min 67 %, maks 100 %). Hvilket kirurgisk inngrep utført er alltid formidlet. Under kirurgi fikk trettitre pasienter blodoverføring, dette er det formidlet informasjon om ved tjueto rapporter.



Figur 5. P Per-operative data formidlet ved overlevering. (n) er antall pasienter hvor dokumentasjon er aktuelt, f.eks. 33 pasienter fikk blodtransfusjon. Andel av n hvor formidlet informasjon angis i prosent (%).

Data vedrørende informasjon i den postoperative fasen presenteres i figur 3. Ingen av punktene er formidlet ved alle overleveringene. I over halvparten av rapportene er 70 % eller mindre av aktuell informasjon formidlet. Informasjon angående postoperative undersøkelser og pasientens pårørende er formidlet i under femti prosent av rapportene. Samlet gir informasjon vedrørende postoperative data median 73 % (min 45 %, maks 89 %).



Figur 6. Post-operative data formidlet ved overlevering. (n) er antall pasienter hvor dokumentasjon er aktuelt, f.eks. 69 pasienter skulle behandle smed antibiotika etter kirurgi. Andel av n hvor formidlet informasjon angis i prosent (%).

Andel formidlet informasjon på post - operative data er betydelig lavere enn både pre - og per operativ informasjon. Smertebehandling er det eneste som er formidlet i over 90 % av overflyttingene.

Alle pasientene hadde ett eller flere invasive katetre. Alle hadde perifere venekanyler, nittitre hadde arteriekanyler og syttifire sentralt venekateter. Informasjon om dette manglet i 30 tilfeller. Alle pasientene hadde også annet utstyr som vakumdren, sonde, bærekateter, sumpdren mm. I elleve tilfeller manglet informasjon om både invasive katetre og annet utstyr.

En plan for ernæring er dokumentert i pasientens journal i sekstisju tilfeller. I trettitre tilfeller er det ikke anmerket i pasientens journal om pasienten kan spise/drikke eller skal ernæres på annet måte. Det er med andre ord mangelfull dokumentasjon og forordning på hvordan pasientene skal ernæres hos 33 % av pasientene. En ernæringsplan er forordnet hos sekstisju pasienter. Hos sytten av disse er dette ikke formidlet i overføringssituasjonen.

Informasjon vedrørende postoperative undersøkelser formidles i liten grad (47 %). Dette er først og fremst blodprøver og røntgen undersøkelser postoperativt. Dette er formidlet i 23 av 49 tilfeller.

Pasientens pårørende er et annet område hvor informasjonsformidlingen er ufullstendig. Hvem er pasientens pårørende og har det vært kontakt med vedkommende. Dette er formidlet til sykepleier som hentet pasienten ved 45 rapporter. Det er tatt utgangspunkt i 99 pasienter.

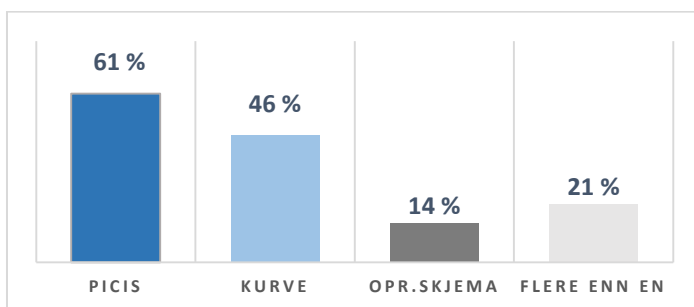
Mottaker stilte spørsmål under eller etter rapporten i trettifire av hundre overføringssituasjoner. I de tilfellene det er stilt spørsmål er overført informasjon vedrørende alle tjuetre punktene i sjekklisten 84 %, mot 81 % der spørsmål ikke er stilt.

Dersom det er stilt spørsmål, økte andel overført informasjon vedrørende de post operative data fra 73 % til 81 %. På tre områder vises en økning på over femten prosent i overført informasjon. Det er i forhold til plan for ernæring, postoperative undersøkelser og pasientens pårørende.

Flere av pasientene skulle i etterkant av kirurgi behandles med antibiotika og dyp vene profylakse i form av klexane. Hvor disse medikamentene er forordnet skapte frustrasjon blant sykepleierne. I følge sykepleierne er forordning av, for dem, viktige medikamenter dokumentert i en rekke ulike skjema.

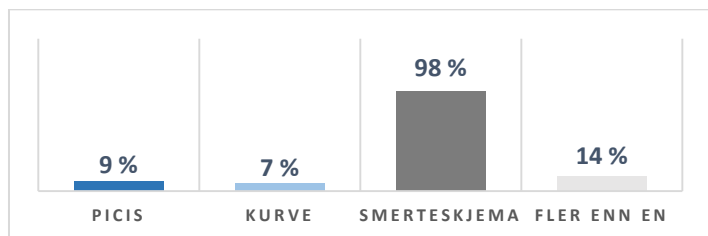
Det er derfor dokumentert hvor i pasientens journal antibiotika, antitrombose profylakse, smertebehandling og faste medikamenter er forordnet. Hos sekstini pasienter er antibiotika forordnet. Smertebehandling er forordnet hos alle. Antikoagulasjon, i alle tilfeller i form av klexane®, er forordnet hos nitti pasienter og åttien pasienter hadde faste medisiner før kirurgi. Hvor de forskjellige medikamentene er forordnet presenteres i figur 7 - 10.

Sekstini pasienter skulle i etterkant av kirurgi behandles med antibiotika. Hvor legene forordnet dette varierte. En stor andel er forordnet i PICIS og/eller kurve og over tjue prosent er forordnet på flere steder, se figur 7.



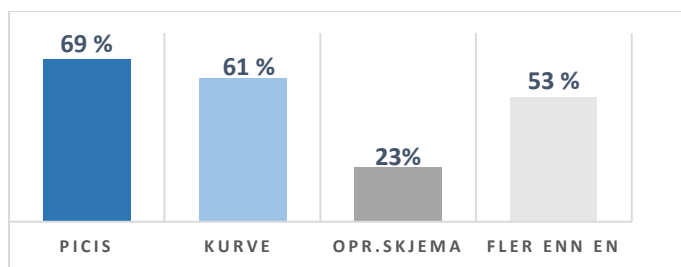
Figur 7. Forordning av antibiotika. Angitt i prosent.

I figur 8 vises hvor forordning av videre planer for smertebehandling er utført. Dette dokumenteres nesten utelukkende i pasientens smerteskjema, se figur 9.



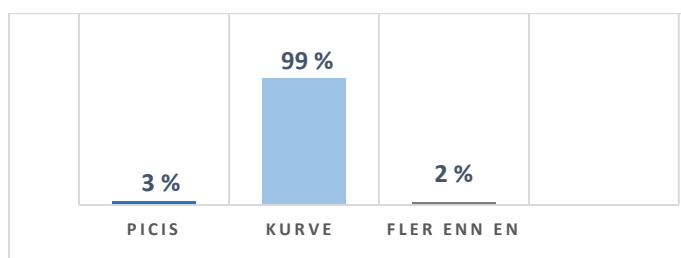
Figur 8. Hvor smertebehandling er forordnet. Angis i prosent.

Nitti pasienter skulle behandles med antitromboseprofylakse etter kirurgi. Dette er i alle nitti tilfellene Klexane® subkutant. Hvor Klexane® er forordnet varierer, se figur 9.



Figur 9. Hvor antikoagulasjons er forordnet. Angis i prosent.

Åttien av de hundre pasientene brukte faste medisiner før innleggelse. Dette er medisiner for hjerte/lunge sykdommer eller andre kroniske sykdommer. Hvor dette er forordnet, se figur 10.



Figur 10. Hvor faste medisiner er forordnet. Angis i prosent.

5.0. DISKUSJON.

Hundre handoversituasjoner er dokumentert og sammenlignet med pasientens journal. Ut fra litteratur gjennomgang er dette et middels antall pasienter i forhold til lignende studier (15,23,24,32,39,41,43). Dagens overføring av informasjon i den postoperative fasen er i mange tilfeller ufullstendig. Kvalitet i overføringssituasjoner er avhengig av flere faktorer. Hva som formidles er viktig, men også en felles forståelse og atmosfæren i overføringssituasjonen er avgjørende (25).

5.1. Atmosfære og kommunikasjon.

Mangelfull kommunikasjon i handover situasjonen kan medføre usikkerhet i pasientbehandlingen og påføre pasienten unødvendig skade (50). Kommunikasjon og atmosfæren i overføringssituasjonen opplevdes for de fleste sykepleierne positiv. De forteller om en hyggelig atmosfære, hvor det å spørre er uproblematisk. Enkelte hadde imidlertid opplevd lite velvillighet og en nedlatende holdning. Dette er et klart mindretall, noe som selvfølgelig er positivt. Det virker imidlertid noe overraskende da mangler i kommunikasjon er dokumentert å være tilstede i opp til 100 % av alle handover (6,40). Hadde fokusgruppeintervjuene for lite fokus på dette, eller var årsaken den at jeg som moderator har mitt faste arbeid ved den enheten som overleverte informasjon? Ble det vanskelig for deltakerne i fokusgruppeintervjuene å komme med kritiske bemerkninger mot mine kolleger? Eller er kommunikasjonen i overføringssituasjon generelt god?

God kommunikasjon og muligheten til å stille spørsmål anses som viktig for å øke kvaliteten av hva som overføres (6,13,14,25,40,70). Det er stilt spørsmål ved trettifire av hundre handover. Sammenlignet med andre lignende studier er dette relativt lavt (42,70). Noe som er overraskende da sykepleiere ved mottaksavdelingene uttrykte en atmosfære åpen for spørsmål. Er det ingen spørsmål og slik en informant uttrykte;

«..., og vi får ofte spørsmål, har du noe å spørre om? NEI, nesten så man føler seg dum for at man ikke har noen ting å spørre om».

Eller er atmosfæren ikke så åpen for spørsmål som de uttrykte? Sykepleierne uttrykte mangler i overleveringssituasjonene. Hvorfor stiller de da ikke flere spørsmål? Har de «for stor respekt» for de som overleverer informasjon?

«De gir helt klart uttrykk for at hvis pasientene er skikkelig dårlige så burde de ligge der nede, for dere er tydeligvis mye flinkere».

En hektisk hverdag, med stress for å komme tilbake til egen arbeidsplass kan også være en begrensning. I tillegg foregår overleveringen i et hektisk miljø, hvor støy og stor aktivitet i omgivelsene kan være forstyrrende (14).

Når overleveringen foregikk ved pasientsengen, er spørsmål stilt ved tjue ni av syttini handover (37 %). Foregikk overleveringen vekk fra pasienten ved fem av tjueen (24 %). Sykepleierne hadde oftere spørsmål når de samtidig kunne se pasienten. Det fysiske å kunne se pasienten og i ettertid stille spørsmål påpekes som viktig for å bedre informasjon som formidles (72). Tidsbruken økte med over 2 minutter i de tilfellene spørsmål ble stilt. Stilles det da spørsmål som er uvesentlige, eller er det annen informasjon mottaker ønsker? Er årsaken slik det kommer frem i fokusgruppeintervjuene, lange detaljert rapporter der det vesentligste forsvinner? Eller fører spørsmål underveis til lang tidsbruk og mangel på struktur (42)? Total andel overført informasjon er ikke endret i de tilfellene det ble stilt spørsmål. Informasjon angående postoperative data økte derimot fra syttitre til åttien prosent. Mangelfull informasjon om det postoperative forløp og videre planer kom til uttrykk både ved fokusgruppeintervjuene og ved sjekklister. Informasjon vedrørende de per-operative data derimot er lavere i de tilfeller spørsmål ble stilt. Det kan virke som at i de tilfellene sykepleierne stilte spørsmål, er spørsmålene i stor grad rettet mot det postoperative forløpet. Hvorfor er ikke dette formidlet i første omgang? At avsender og mottaker har forskjellig oppfatning av hva som er viktig kan være en årsak (13,71,73). Det å stille spørsmål gir mottakeren det de ønsker i større grad og kan dermed øke kvaliteten (6).

Hvor informasjonsutvekslingen foregikk uttrykte sykepleierne hadde betydning. Den optimale plasseringen var de derimot uenige om. Flere påpeker nærhet til pasienten som viktig. Det fysiske å se pasienten kan resultere i overlevering av mer relevant informasjon (72). Andre mente et rom vekk fra pasient sengen er bedre.

«Jeg synes det er veldig fint hvis vi kan trekke oss litt bort, helst på det der bakrommet, der kan vi i tillegg lukke døren, og ikke bli forstyrret av det andre som foregår»

Argumentet for å trekke seg vekk fra pasienten er færre avbrytelser. På tross av flere studier som bekrefter mange avbrytelser i handover (8,13,22,24,33,42,71), finnes lite dokumentasjon på at disse avbrytelsene har negative konsekvenser for pasientbehandlingen (74).

Syttiåtte av overleveringene foregikk ved pasient sengen, de resterende tjueto på et rom vekk fra pasienten.

Praksis for hvor overleveringen foregår varierer og er avhengig av bl.a. avdelingens kultur, tilgjengelige rom og fysisk nærhet til andre pasienter (22,42). Hvorfor sykepleierne velger å utføre handover i forskjellige omgivelser er usikkert. Er det praktiske hensyn i omgivelsene eller den enkelte sykepleieres oppfatning om hva som er beste løsning? Nærhet til pasienten har sine fordeler, ved først å observere pasienten for deretter å komme med spørsmål ut fra observasjonene. Ulempen kan selvfølgelig være støy og taushetsplikt i forhold til andre pasienter. Foregår handover ved pasientsengen kan det resultere i lavere stemme fra sykepleieren som formidler informasjon. En sykepleier sier;

«Ja dem snakker lavt, men da er det større sjanse for at jeg ikke får med meg ting!»

Dette kan observatør bekrefte. Ved observasjon og dokumentasjon opplevde observatør i flere tilfeller støy i omgivelsene og sykepleiere som snakket lavt. Å oppfatte hva som ble formidlet var vanskelig. Et mindre forstyrrende rom kan være bedre (22). Andel formidlet informasjon dersom rapporten foregikk ved sengen var åttifire prosent, vekk fra pasienten åttitre prosent. Hva som er formidlet er ikke endret etter hvor handover er utført. Hvor overleveringssituasjonen utføres må ta utgangspunkt i den enkelte situasjon avhengig av tid, rom, ressurser, støy mm (22,42,).

Videre er tidspunkt på dagen pekt på som en utfordring av sykepleierne. Spesielt utfordrende i de tilfellene hvor overføringen er utført rett før vaktskiftet. Er dette et resultat av mangel på kunnskap om hverandres arbeidshverdag? Har de som formidler informasjon, kjennskap til avdelingenes rutinger angående vaktskifte? I mange tilfeller har avsender av informasjon lite kunnskap om den avdelingen pasienten flytter til (75). Det tidspunktet som er minst gunstig for sykepleierne ved sengepost og overvåkningsenhet er perioden halv to til halv tre.

«Det blir mange mellomledd i en ellers hektisk periode, da har vi som regel så mye oppi hodet fra før som du skal gi fra deg. Ja da detter i alle fall informasjon ut.»

Faren for at informasjon utelates er større dersom den som formidler informasjonen kjenner pasienten dårlig. Derfor er overlevering like før vaktskiftet ugunstig (55).

Sytti av overflyttingene foregikk på dagtid fra klokken ti til fire. Det er kun utført åtte overflyttinger i perioden halv to til halv tre. Den neste timen, fra halv tre til halv fire, er overflyttingene betraktelig høyere (ca. 20 %).

Vaktskiftet ved de forskjellige enhetene varierer. Ved postoperativ har personell på dagtid arbeidstid til halv fire, mens ved sengepost og overvåkningsenhet starter ettermiddagsskiftet klokken halv tre.

Tidspunktet mellom halv tre og halv fire vil være ekstra gunstig. Informasjon formidles av sykepleier på postoperativ, som kjenner pasienten, til sykepleier ved de andre enhetene som har hele vekten sin til å bli kjent med pasienten. Ut fra dette kan det virke som tidspunkt for overflyttingene er godt planlagt etter mottakers arbeidshverdag.

5.2. Informasjonsformidling.

Innsamlet data demonstrerer mangelfull formidling av informasjon i en rekke tilfeller. Noe informasjon formidles ofte, andre i mindre grad. Informasjon som ofte formidles er pasientens navn og alder, medisinsk historie, diagnose, kirurgisk inngrep, forhold relatert til anestesi og kirurgi, blodtap, medisiner gitt under kirurgi, smertebehandling og medikament gitt profylaktisk for DVT. I over tjue prosent av rapportene manglet informasjon angående blodoverføring, dren/sonder/katetre, invasivt utstyr, antibiotika, postoperative undersøkelser, pårørende, allergi, faste medisiner, ernæring og andre lidelser/sykdommer.

Pre operative data i form av pasientens navn, alder, medisinsk historie, allergier, diagnose, andre tilstander eller sykdommer og faste medisiner er formidlet i nittifire av hundre handover. Pasientens navn og alder er formidlet i de fleste tilfeller, pasientens navn i alle overføringssituasjonene og alder i nittifem av hundre. Dette samsvarer med en del andre studier, hvor informasjon om pasientens navn og alder er formidlet i 93 – 98 % (42,43,76).

Har pasienten navn og alder betydning? En studie av Siddiqui et.al. viste at over nitti prosent av anestesilegene mente pasientens navn og alder er viktig informasjon. Derimot mente kun førti prosent av sykepleierne dette er viktig (44). Dette gjenspeiler seg i andre studier, hvor pasientens navn og alder kun er formidlet i 56 - 81 % (23,44). Hvorfor anser sykepleierne dette som uvesentlig? Er sykepleierne allerede informert om pasientens navn? Er det viktig i vårt møte med pasienten? Ved dagens handover ved postoperativ avdeling utføres dette i de fleste tilfeller ved pasientsengen (syttiåtte prosent). En datamaskin, lett synlig, viser pasientdata. Et blick på skjermen vil fortelle sykepleieren pasientens navn og fødselsdato.

Er informasjon om dette nødvendig? Ikke alle kaster et blikk på skjermen. Informasjon om dette er viktig, ikke minst for å bekrefte pasientens identitet (13,24,27,36,71).

Informasjon vedrørende pasientens navn er også understreket som positivt for kommunikasjon i handoversituasjonen (44).

Medisinsk historie og diagnose er formidlet i de fleste tilfellene, i nittifire og nittisju av de totalt hundre handover. Ideelt sett burde informasjon om hvorfor den enkelte pasient har vært gjennom et kirurgisk inngrep vært formidlet i alle handoversituasjonene. Å ha kjennskap til hva som feiler pasienten er kanskje viktigere enn å vite pasientens navn? (44). Sammenlignet med en del andre studier, er overført informasjon angående medisinsk historie og diagnose høy i denne studien kontra en del andre (23,34,41,42,43,44). I studien til Milby et.al (23) ble dette formidlet i kun 53 % av overleveringene, hos Radmaa et.al. i 58 % (42) og hos Siddiqui et.al. i 88 % (44). Er vi bedre, eller er det andre underliggende årsaker som forårsaker dette? Ved de fleste andre sammenlignbare studier foregår informasjonsutvekslingen, fra anestesipersonell på operasjonsstue til personell på postoperativ avdeling. De to handoversituasjonene kan sannsynligvis ikke sammenlignes fullt og helt. Hovedfokuset rett etter kirurgi er annerledes enn noen timer senere. Informasjon som formidles skal og bør da også være forskjellig (13,41). Informasjon vedrørende bakgrunn for det kirurgiske inngrepet derimot, bør sannsynligvis være like viktig i begge situasjonene. Er populasjonen og rutinene forskjellige? I studien til Milby et.al (23) ble medisinsk historie formidlet i femtite prosent og diagnose i sekstisju prosent av observerte handover. Her er data samlet på femtini punkter, og mean tidsbruk er 73 sekunder. Har tidsbruken betydning? I denne studien er mean tidsbruk 7 min og 52 sekunder kontra 1 min og 13 sekunder i Milby studien. Vi brukte med andre ord over tjue sekunder på hvert punkt i sjekklisten, mens Milby et.al. brukte litt over ett sekund. Mangel på tid kan medføre mangelfull informasjon (22). Anvendes for lang tid kan imidlertid formidlingen bli ustrukturert, detaljert og inneholde uvesentlig informasjon (24,41,71). Dette påpekte sykepleierne under fokusgruppeintervjuene.

«Ja det er jo det som er faren hvis de blir for detaljert, så ramler kanskje det viktige ut»

Det er anvendt mer tid, og mer informasjon er formidlet, kontra en del andre sammenlignbare studier (23,34,41,43,44). Dette forteller derimot ikke om mottaker husker mer. Manglende struktur og lang tidsbruk har vist å senke mengden mottaker husker (42).

Ligger årsaken i tidsbruk i hvor syke pasientene er? En pekepinn på alvorlighetsgraden er ASA skår. Sekstisju av pasientene er klassifisert i ASA 3 og 4. Flere pasienter har med andre ord andre alvorlige sykdommer. Informasjon vedrørende andre aktuelle tilstander og sykdommer etterlyses også av sykepleierne under fokusgruppeintervjuene.

«Sånn som diabetes og sånn det må vi egentlig finne ut av sjøl.»

Nittiåtte av hundre pasienter har andre tilstander og sykdommer i tillegg til innleggelsesdiagnosen. Dette er det ikke informert om hos tjueto pasienter, nitten av disse pasientene hadde hypertensjon. Nesten førti prosent av pasientene hadde hypertensjon fra tidligere, noe som er relativt likt andre studier (23). Informasjon vedrørende hypertensjon formidles i mindre grad enn sykdommer som Parkinson og diabetes (23). Hypertensjon er den tilleggs lidelsen som forekommer oftest. Det er også den tilleggs lidelsen det oftest ikke blir informert om. Anser sykepleieren hypertensjon som mindre viktig? Høyt blodtrykk er en hovedårsak til hjertesykdom, og hypertensjon er den viktigste risikofaktoren for død av kardiovaskulær årsak (78). En stor andel hypertonikere anvender medikamenter for å regulere blodtrykket (78). Manglende formidling vedrørende andre tilstander og sykdommer som hypertensjon kan få konsekvenser (50,54);

«I got over six calls yesterday for a patient who had hypertensjon whose blood pressure is frequently over 200. We never discussed this and when I went to the chart, I realized that this has been a problem for the last 2 days...» (50).

Informasjon angående tidligere sykdommer blir sett på som vesentlig for god pleie og oppfølging (42).

Andel pasienter hvor et sentralt venekateter (SVK) er innlagt under kirurgi, kan også gi en indikasjon på hvor «syke» pasientene er. Syttifire av hundre pasienter fikk innlagt et sentralt venekateter. I Milby studien derimot fikk hundretolv av sjuhundrenittiåtte pasientene innlagt et SVK. Dette kan indikere at pasientene er sykere. Dette kan dermed forklare lengre tidsbruk.

Sekstini av pasientene er flyttet til annen overvåkningsenhet. Mer data skal sannsynligvis overføres, noe som kan gi økt tidsbruk.

Informasjon vedrørende allergier og faste medisiner formidles i relativt liten grad. Hos trettifire pasienter er allergi (dette er medikamentallergier og ikke allergi typen pollen allergi)

dokumentert i pasientens journal. Dette er det informert om i tjueto overleveringssituasjoner. Informasjon om dette er relativt likt andre studier (23,24,34,42,43,44,71).

Informasjon angående relevante allergier er identifisert som viktig for å unngå uheldige hendelser (23). Informasjon vedrørende dette burde vært høyere. Noe som imidlertid kan være uklart i forbindelse med medikamentallergier er selvfølgelig grad og omfang av den allergiske reaksjonen. Er dette en «mindre alvorlig» allergisk reaksjon (har for eksempel pasienten fått løs mage av en type penicillin), eller er det en alvorlig allergisk reaksjon (i form av f.eks. respirasjonsbesvær). Dette er det ikke sett på og vil være viktig med tanke på fare for uheldige hendelser. Sett fra et pasient perspektiv derimot vil alle allergiske reaksjoner oppleves ubehagelige. En standardisert handover har vist å øke informasjonsoverføringen vedrørende allergi og gitt en reduksjon i uønskede hendelser (77).

Som tidligere beskrevet har mange av pasienten andre tilstander og sykdommer i tillegg til den kirurgiske årsaken. Som en følge av dette står også flere på faste medisiner, åttito prosent.

Informasjon vedrørende dette mangler i mange overføringssituasjoner, i førtisju av åttito. Manglende informasjon vedrørende faste medisiner er sett av flere (23) og etterlyst av sykepleierne.

«Det er noe som ofte blir utelatt, det med faste medisiner».

Medisiner det ofte ikke informeres om, er medikamenter for høyt blodtrykk. Dette kan sannsynligvis sees i sammenheng med at det sjelden informeres om hypertensjon hos pasientene. Det har vært et økt fokus rettet mot bruk av faste medisiner de siste årene, og legemiddelsamstemming (LMS) er ett av tiltakene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i trygge hender. Legemiddelsamstemming går ut på å lage en fullstendig oversikt over alle legemidler pasienten bruker, for å sikre riktig legemiddelbruk og redusere risiko for skadelige feil (81). I tiltakspakken står det;

«Formålet med denne tiltakspakken er å forebygge pasientskader som følge av feil bruk av legemidler som skyldes manglende overføring av legemiddelinformasjon når pasienten innlegges eller utskrives fra sykehus, eller bytter avdeling.»(81)

En standardisert handover har vist en signifikant reduksjon i medikament relaterte avvik (77).

Informasjon angående peroperative data er formidlet i 89 % av overføringssituasjonene. Med ett unntak, blodoverføring, er alle data formidlet i åttifire prosent eller mer av rapportene. Noe som samsvarer med andre lignende studier (23,42,44).

En studie av Randmaa et.al viser at den informasjon mottaker oftest ikke husket er forhold og komplikasjoner relatert til anestesi og kirurgi (42). Her er forhold relatert til anestesi og kirurgi formidlet i 97 % av overføringene, men kun husket i 57 % (42). Anser mottaker av informasjonen det som uvesentlig? Avsender og mottaker har forskjellig oppfatning av hva som er viktig (73). Under fokusgruppeintervjuene forteller sykepleierne at det brukes unødvendig mye tid på områder de ikke føler er aktuelle. Det er for detaljerte opplysninger angående forhold relatert til anestesi og kirurgi, spesielt bemerket de medikamenter gitt under anestesi.

«Ja, for jeg vet jo ikke hva de brukes til likevel de der medikamentene».

Kun blodoverføring er formidlet i mindre enn 70 % av tilfellene. Også hos andre sees mangelfull formidling vedrørende blodprodukter (24,34,43,44,71). Anses dette som lite viktig? En undersøkelse av sykepleiere og anestesileger viste imidlertid at over nitti prosent mente blodoverføring var viktig informasjon (44). Blodtransfusjoner anses som viktig informasjon, men utføres i liten grad (44). Har blodtransfusjon innvirkning på det videre forløpet hos pasienten? Det er trygt å motta blod i Norge, risiko for alvorlige komplikasjoner er lav (79). På tross av få alvorlige komplikasjoner under og i etterkant av blodtransfusjoner, sees temperaturstigning hos flere (79). Dersom pasienten har fått blodtransfusjon og det ikke har vært noen reaksjon under eller i etterkant, vil det være viktig informasjon for personell senere i forløpet. Dette vil for dem være nyttig kunnskap når de evt. skal administrere flere blodprodukter. Manglende informasjon vedrørende blodprodukter kan gi alvorlige konsekvenser for pasientene (41). En standardisering av handover har vist signifikant økning i overføring av informasjon vedrørende blodprodukter (27).

For sykepleierne som mottar informasjon er videre planer for pasient omsorgen viktig. De er ikke interessert i hva som skjedde for fire timer siden, de ønsker informasjon som forteller dem hvordan de skal forholde seg i tiden fremover. For å kunne ta vare på pasienten på best mulig måte, ønsker de informasjon angående videre planer for væskebehandling, ernæring, medisiner og utstyr. Og det er akkurat i forhold til disse områdene informasjon ofte mangler. Er årsaken for lite kunnskap om hverandres arbeidshverdag og situasjon (25,75)?

Informasjon vedrørende væskebehandling utføres relativt ofte, ved 81 % av observerte handover. I den postoperative fasen er det imidlertid overraskende at dette ikke informeres om hos nitten pasienter.

Sykepleierne fortalte at både væske som var gitt under kirurgi og en plan for videre væskebehandling var viktig. Overvåking av væskebalansen er viktig de første døgnene etter kirurgi. Flere pasienter er hypovolemiske, fordi mye væske reineres i «dead space» i tilknytning til operasjonstraumet. En oversikt over væske inn og ut er derfor viktig. Dette er noe sykepleierne også påpekte under fokusgruppeintervjuene.

I andre studier er informasjon vedrørende væskebehandling betraktelig lavere. Milby et.al 15 %, Nagpal et.al 62 %, Salwedel et.al 40 % og Siddiquie et.al 38 % (23,24,43,44). Dette er studier hvor overført informasjon er observert fra operasjonsstue til postoperativ/recovery avdeling. Væskebehandling er sannsynligvis ikke mindre viktig rett etter kirurgi, kontra noen timer senere! For sykepleierne var informasjon vedrørende væskebehandling noe av det viktigst å få informasjon om. Andre har imidlertid vist at informasjon vedrørende væskebehandling kun blir husket i under 13 % av de tilfellene det er formidlet (42).

Spesielt tre områder viste en økning i overført informasjon i de tilfellene mottaker stilte spørsmål. Det er planer for ernæring, postoperative undersøkelser og pasientens pårørende. Innenfor alle tre områdene er det en økning i overført informasjon på over femten prosent.

Om pasientene kan spise og drikke er noe sykepleierne ønsker å vite. Dette er det ofte ikke tatt stilling til. I de tilfellene hvor sykepleierne stilte spørsmål økte andel overført informasjon vedrørende ernæring fra syttifem til nittito prosent. En utfordring er imidlertid forordning og dokumentasjon av en ernæringsplan. En plan for ernæring er kun dokumentert i pasientens journal hos sekstisju pasienter. I forhold til ernæring er det både en mangelfull dokumentasjon og forordning fra ansvarlig kirurg og en manglende formidling fra sykepleierne. Mangelfull formidling av ernæringsplaner er også vist av andre (24).

Informasjon angående pasientens pårørende økte i de tilfellene sykepleierne stilte spørsmål om dette. Opplysninger om dette ble også etterlyst under fokusgruppeintervjuene. Må og bør dette formidles muntlig? Kan det dokumenteres lett synlig i pasientens journal; hvem er nærmeste pårørende, navn og tlf. nummer, har det vært kontakt med pårørende etter kirurgi, Ja/nei? Uansett om det formidles muntlig eller skriftlig, dagens praksis vedrørende

informasjon om pasientens pårørende er mangelfull. Dette kommer til uttrykk både i fokusgruppeintervjuene og sjekklister.

Alle pasientene fikk innlagt både invasivt utstyr og annet utstyr som sonder og dren under kirurgi. Dette er det formidlet informasjon om i sekstiåtte og sytti overleveringssituasjoner. Det er vist at manglende informasjon angående pasientens utstyr kan resultere i utsatt eller forsinket seponering av utstyr (41), med påfølgende økt infeksjonsfare. En standardisert handover har vist en reduksjon i utstysrelatert avvik (24,80).

Under fokusgruppeintervjuene uttrykte sykepleierne frustrasjon i forhold til hvor medikamenter, tiltak og planer er dokumentert. Mye av frustrasjonene begrunner de i avdelingenes ulike dokumentasjonsrutiner. Usikkerheten hos sykepleierne gjaldt først og fremst den elektroniske dokumentasjonen (PICIS).

«Står det på de der papirene når de har fått medisiner og sånt?».

Den avdelingen som anvender lik dokumentasjon som postoperativ avdeling føler ikke samme frustrasjonen.

«Men det er jo mye enklere etter at vi fikk PICIS også!»

Dersom alle anvendte samme system ville det kanskje løst noen problemer, men behovene for dokumentasjon ved de ulike enhetene er forskjellige. Kanskje burde utskriften av den elektroniske dokumentasjonen (PICIS) vært mer tilpasset mottaker? Er årsaken at avsender og mottaker har forskjellig oppfatning om hva som er viktig (42,44,73)? Eller skyldes det mangel på opplæring/informasjon?

Sykepleierne uttrykte spesielt frustrasjon i forhold til hvor ulike medikamenter forordnes. De forteller om et hav av skjema og usikkerhet om hvor de ulike medikamentene er forordnet. Sykepleiernes frustrasjon bekreftes ved journalgjennomgang. Medikamenter forordnes i flere ulike skjema. Dette gjelder spesielt antibiotika og antitrombose profylakse. Disse medikamentene er forordnet i den elektroniske journalen (PICIS), i kurve og på operasjonsskjema. I flere tilfeller er forordning utført flere steder. Når sykepleierne i tillegg ikke er kjent med og anvender alle skjemaene, skaper det frustrasjon og ekstraarbeid.

«Men du leter mye i de der papirene da, og dem er jo ikke vi vant til å bruke.»

Spesielt utfordrende er det selvfølgelig for nye/ferske sykepleier,

«... de helt nye vet jo ikke hva de skal lete etter heller».

Forordning av medikamenter flere steder er ikke et ukjent fenomen (71). Forordning av smertebehandling og faste medikamenter er relativt entydig. Smertebehandling forordnes på smerteskjema, og faste medikamenter i kurve. Hvorfor utføres det ikke i forhold til antibiotika og antitrombose profylakse? Antitrombose profylakse er hos alle pasienter Klexane®. Informasjon vedrørende Klexane® etter kirurgi, er formidlet videre i 86 % av overleveringene. Antibiotika i 67 %. Informasjon vedrørende Klexane behandling formidles oftere enn antibiotika behandling. Er noe av forklaringen at Klexane® i femtitte prosent er forordnet i flere enn ett skjema? Antibiotika derimot er forordnet i fler enn ett skjema hos 21 % av pasientene. Mangelfull informasjon vedrørende DVT profylakse og antibiotikabehandling kan medføre avvik i pasientbehandlingen (41).

Legemiddelsamstemming er et av satsningsområdene for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen (81). Formålet med tiltakspakken er å forebygge pasientskader som følge av feil bruk av legemidler som skyldes manglende overføring av legemiddelinformasjon (81). Et minstekrav burde være en entydig legemiddelforordning. Dersom alle forordninger ble dokumentert i samme skjema, ville det selvfølgelig være det optimale. Med dagens situasjon hvor enhetene anvender forskjellig dokumentasjonssystem kan dette være vanskelig. En entydig forordning vil imidlertid kunne øke sikkerheten. Klare retningslinjer for hvor de enkelte medikamentene forordnes, kan kvalitetssikre bedre medikamentoppfølging. Dersom alle involverte parter er informert, vil en enkel sjekklister kunne forebygge manglende legemiddelinformasjon.

Ved overflytting kontroller følgende;

	Forordnet i	Hak av ved utført;
Antibiotika	PICIS	X
Klexane	Kurve	
Smertestillende	Smerteskjema	
Faste medisiner	Kurve	

Tabell 3. Eksempel på sjekklister for å kvalitetssikre overføring av aktuelle medikamenter.

Et tankekors er imidlertid forordning av faste medikamenter. Her er forordningen relativt entydig, 99 % av de faste medikamentene er forordnet i kurve.

På tross av dette er informasjon vedrørende faste medisiner muntlig formidlet ved trettifem av åttito overføringssituasjoner (43%).

Hvorfor er dagens handover ufullstendig? En årsak kan være lite kunnskap og kjennskap til hva mottaker ønsker (13). En travel og hektisk hverdag med mye støy kan være en annen årsak (13,22,32,5). Mangelfull kommunikasjon, mangelfull trening, dårlig teknikk og mangelfulle verktøy kan være områder som påvirker hva som formidles (10). Hva de som formidler informasjon mener bør formidles, er ikke nødvendigvis det som utføres i praksis (44).

En standardisering av dagens handover anbefales (4,7,27,32,34,39,43,50,53,55,77). Noe som også uttrykkes av involverte parter.

«I think there is scope for more formality and recording of handover and handover protocols such that you don't forget to mention the low blood pressure or to give steroids.» (71)

En fare ved standardisering kan imidlertid være fleksibiliteten i hver enkelt situasjon (12). Alle pasienter er forskjellige, og alle overføringssituasjoner ulike. Hva som er viktigst for en pasient er kanskje ikke nødvendigvis det som er viktigst for neste?(12). Kan en konsekvens være at fokuset på enkeltindividet faller bort?

På tross av økt bruk av sjekklister i helsevesenet, er fortsatt helsepersonell i stor grad preget av sin egen klokkeetro på egen perfekt hukommelse (18). Uvilje til å anvende en sjekklister kan derfor være en utfordring (43).

Den skriftlige dokumentasjon skaper frustrasjon blant sykepleierne og den mulige rapporten uttrykkes som mangelfull. Både hva som formidles skriftlig og muntlig bør standardiseres (41). For å kvalitetssikre hva som overføres er begge viktige (41).

Innsamlet data viser ufullstendig formidling av informasjon. Hvilke konsekvenser får dette for pasientene? Er konsekvensen en dårligere oppfølging videre i forløpet hos de pasientene hvor andel overført informasjon er lav? Utføres en mer ufullstendig handover hos ustabile pasienter? Det er observert hvilken informasjon som formidles videre. Det er ikke sett på sammenheng mellom hva som formidles og hva mottaker husker.

Hva som formidles er ikke automatisk det samme som mottaker oppfatter (15). Et steg på veien er å gi mottaker det **de** ønsker og må ha informasjon om. Dersom informasjonen oppleves viktig, er sjansen større for at det huskes (42).

6.0. KONKLUSJON.

Formidling av informasjon ved overflytting av pasienter fra postoperativ avdeling til andre enheter er i mange tilfeller ufullstendig. Informasjon angående forhold under kirurgi er ofte formidlet (89 %). Informasjon vedrørende den postoperative fasen og videre planer derimot formidles i mindre grad (73 %). Dette samsvarer med de mangler sykepleierne uttrykte under fokusgruppeintervjuene. En standardisering av dagens handover virker nyttig og nødvendig.

Årsakene til ufullstendig handover kan være mange. Det kan skyldes manglende ledelse, mangelfull kommunikasjon, mangelfull trening, dårlig teknikk og mangelfulle verktøy (10). Når tiltak skal iverksettes, er det viktig å tenke på alle disse elementene. Ledelsen må være involvert og engasjert. Det må fokuseres på kommunikasjonen i situasjonen. For å kvalitetssikre at formidlet informasjon blir riktig mottatt, kan kommunikasjonsverktøy som SBAR være et hjelpemiddel. Videre må det trenes på hvordan utføre kvalitetsmessig god handover, noe som kan utføres både gjennom teoretisk undervisning, veiledning og simulering. Sist men ikke minst, må det utvikles verktøy som kan anvendes. Det kan være bl.a. sjekklister og/eller elektroniske løsninger.

Litteraturliste.

1. Kohn K.T, Corrigan J.M, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: *National Academy Press*, 1999
2. Kunnskapssentret. Årsrapport 2013 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/arsrapport-2013-for-meldeordningen-for-uønskede-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten.
3. Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C et.al. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet* 2012; 22:380:1059-65.
4. Safe handover: Safe patients. London: British Medical Association; 2004. www.bma.org.uk/images/safehandover_tcm41-20983.pdf
5. The WHO Collaborating Centre on Patient Safety, the World Alliance for commonwealth Fund, Announce Action on Patient Safety 8High 5 ss initiative. *Washington DC* 2006. www.who.int/patientsafety/news/High_5_Release.pdf
6. Improving America's Hospitals: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety 2007. http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2007_Annual_Report.pdf
7. Australian Council for Safety and Quality in health care. Clinical handover and patient safety, literatur review report 2005. <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/clinhovrlitrev.pdf>
8. Nagpal K, Arora S, Abboudi M, Vats A, Wrong H.W, Manchanda C et.al. Postoperative Handover. Problems, Pitfalls, and Prevention of error. *Annals of Surgery* 2010;252:171-176.
9. Rissenberg L.A, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual* 2009;24(3):196-204.
10. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;18:320(7237):768-770.
11. Smeulders M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;24:6.
12. Patterson ES, Wears RL. Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36(2):52-61.
13. Smith AF, Pope C, Goodwin D, Mort M. Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handover in the recovery room. *Br J Anaesth* 2008;101:332-337.
14. Segall N, Bonifacio A.S, Schroeder R.A, Barbeito A, Rogers D, Thornlow D.K et.al. Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesth Analg* 2012;115:102-115.
15. Møller T.P, Madsen M.D, Fuhrmann L, Østergaard D. Postoperative handover: Characteristics and considerations on improvement. A systematic review. *Eur J Anaesthesiol* 2013;30:229-242.
16. Storm M, Siemsen I.M, Laugaland K, Dyrstad D.N, Åse K. Quality in transitional care of the elderly:key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care* 2014;14
17. Thomassen Ø, Storesund A, Søfteland E, Brattebø G. The effects of safety checklist in medicine: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand* 2014;58:5-18.
18. Thomassen Ø, Espeland A, Søfteland E, Lossius HM, Heltne JK, Brattebø G. Implementation of checklists in health care; learning from high-reliability organisations. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011;3;19:53.
19. Aase K, Søyland E, Sætre Hansen B. A standardized patient handover process: perceptions and functioning. *Safety Science monitor* 2011;2
20. Laugland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Work* 2012;41(1)2915-2924.
21. Knutsen O.G, Fredriksen K. Usage of documented pre-hospital observations in secondary care: a questionnaire study and retrospective comparison of records. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2013;21:13.

22. Meizer A, Hasselhorn H.M, Estryng-Behar M, Nezet O, Pokorski J, Gould D. Nurses perceptions of shift handover in Europe – results from the European Nurses Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing* 2007;57(5):535-542.
23. Milby A, Bøhmer A, Gerbershagen M.U, Joppich R, Wappler F. Quality of post-operative patient handover in the post-anaesthesia care unit: a prospective analysis. *Acta Anaesthesiol Scand* 2014;58:192-197.
24. Nagpal K, Addoudi M, Manchanda C, Vats A, Sevdalis N, Bicknell C et.al. Improving postoperative handover: a prospective observational study. *The American Journal of Surgery* 2013;206:494-501.
25. Manser T, Foster S. Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2011;25:181-191.
26. Starmer A.J, Sectish T.C, Simon DW, Keohane C, McSweeney ME, Chung EY et.al. Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of resident handoff bundle. *JAMA* 2013.281961.
27. Joy B.F, Elliott E, Hardy C, Sullivan C, Backer C.L, Kane J.M. Standardized multidisciplinary protocol improves handover of cardiac surgery patient to the intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med* 2011;12:304-308.
28. Kluger MT, Bullock MFM. Recovery room incidents: a review of 419 reports from the Anaesthetic Incident Monitoring Study (AIMS). *Anaesthesia* 2002;57:1060-1066.
29. Greenberg C, Regenbogen S, Studdert D, Lipsitz S, Rogers S, Zinner M et.al. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg* 2007;204:533-540.
30. Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P. Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients: an analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. *Intensive Care Med* 2004;30:1579-1585.
31. Australian Medical Association. Safe handover: safe patients, guidance on clinical handover for clinicians and managers 2006. ama.com.au/ama-clinical-handover-guide-safe-handover-safe
32. Catchpole K.R, de Leval N.R, McEwan A, Pigott N, Elliott MJ, McQuillan A et.al. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatr Anaesth* 2007;17:470-478.
33. Chen JG, Wright MC, Smith PB, Jagers J, Mistry KP. Adaptation of a postoperative handoff communication process for children with heart disease: a quantitative study. *Am J Med Qual*. 2011;26(5):380-386.
34. Karakaya A, Moerman A.T, Peperstraete H, Francois K, Wouters P.F, Hert S.G. Implementation of structured information transfer checklist improves postoperative data transfer after congenital cardiac surgery. *Eur J Anaesthesiol* 2013;30:764-769.
35. Chang AC. Quality and safety in the pediatric cardiac intensive care unit: it is time to leave the pit stop and the cockpit and perfect the handover. *Pediatr Crit Care Med*. 2011;12(3):361-362.
36. Zavalkoff S.R, Razack S.I, Lavoie J, Dancea A.B. Handover after pediatric heart surgery: a simple tool improves information exchange. *Pediatr Crit Care Med* 2011,12(3):309-313.
37. Schraag JM, Schouten T, Smit M, Haas F, van der Beek D, van de Ven J, Barach P. A prospective study of paediatric cardiac surgical microsystems: assessing the relationships between non-routine events, teamwork and patient outcomes. *BMJ Qual Saf*. 2011 Jul;20(7):599-603.
38. Bronicki RA, Chang AC. Management of the postoperative pediatric cardiac surgical patient. *Crit Care Med* 2011;39(8):1974-1984.
39. Agarwal H.S, Saville B.R, Slayton J.M, Donahue B.S, Daves S, Christian K.G. et.al. Standardizes postoperative handover process improves outcomes in the intensive care unit: A model for operational sustainability and improved team performance. *Crit Care Med* 2012;40:2109-2115.
40. Mistry KP, Norman S, Mericle J, Kern FH, Meliones JN, Lodge AJ. et.al. Structured communication and team training improve handoffs of postoperative pediatric cardiovascular patients. Society of Critical Care Medicine 36th Critical Care Congress. *Crit Care Med*. 2006;34(12).
41. Nagpal K, Vats A, Ahmed K, Vincent C, Moorthy K. An Evaluation of information Transfer Through the Continuum of Surgical Care. *Annals of Surgery* 2010;252:402-407

42. Randmaa M, Mårtensson G, Swenne C.L, Engstøm M. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* 2014;4(1)
43. Salzwedel C, Bartz H.J, Kühnelt I, Appel D, Haupt O, Maisch S. et.al. The effect of a checklist on the quality of post-anaesthesia patient handover: a randomized controlled trial. *International Journal for Quality in Health Care* 2013;25:176-181.
44. Siddiqui N, Arzola C, Iqbal M, Sritharan K, Guerina L, Chung F et.al. Deficit in information transfer between anaesthesiologist and postanesthesia care unit staff: an analysis of patient handover. *Eur J Anaesthesiol* 2012;29:438-445.
45. Cohen M.D, Hilligoss P.B. The published literature on handoffs in hospital: deficiencies identified in an extensive review. *Qual Saf Health Care* 2010;19(6):493-497.
46. Li P, Ali S, Tang C, Ghali WA, Stelfox HT. Review of computerized physician handoff tools for improving the quality of patient care. *J Hosp Med* 2013;8(8):456-463.
47. Jeffcott SA, Evans SM, Cameron PA, Chin GS, Ibrahim JE. Improving measurement in clinical handover. *Qual Saf Health Care* 2009;18(4): 272-277.)
48. Anwari J.S. Quality of handover to the postanesthesia care unit nurse. *Anaesthesia* 2002;57(59):484-500.
49. Siemsen IM, Madsen MD, Pedersen LF, Michaelsen L, Pedersen AV, Andersen HB et.al. Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2012;LAN; 40: 439-448
50. Arora V, Johnsen J, Lovinger D, Humphrey HJ, Meltzer D.O. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care* 2005;14:401-407.
51. Turner P, Wong M.C, Yee K.C. A standard operating protocol (SOP) and minimum data set (MDS) for nursing and medical handover: considerations for flexible standard- ization in developing electronic tools. *Stud Health Technol Inform* 2009;143:501-506.
52. de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, et.al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med*. 2010;11;363(20):1928-37.
53. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et.al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;29;360(5):491-499.
54. Horwitz L.I. Does improving handoffs reduce medical error rates? *JAMA* 2013;310(21);2255-2256.
55. Horn J, Bell MDD, Moss E. Handover of responsibility for the anaesthetised patient: opinion and practice. *Anaesthesia* 2004;59:658-663.
56. Talbot R, Blattmann A. Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: do standardized approaches work? *Emerg Med J* 2007;24:539 - 542
57. Kalkman CJ. Handover in the perioperative care process. *Current Opinion in Anesthesiology* 2010;23;749-753.
58. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Universitetsforlaget 2003.
59. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* 2001;358:483-488.
60. Kvåle S. Det kvalitative forskningsintervju. Steinar Kvale og Studentlitteratur, Sverige 1997.
61. Kreuger, Richard A, Casey M.A. Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. 3rd ed. California, USA, *Sage Publications, Inc* 2000.
62. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Gyldendal Norsk Forlag AS 2010.
63. Malterud K, Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012; 40: 795-805.
64. Giacomini M.K, Cook DJ. Users' guide to the medical literature. XXIII. Qualitative research in health care. B. What are the results and how do they help me care for my patients? *JAMA* 2000; 284: 478 – 482.
65. Ringdahl, K. Enhet og Mangfold, Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 2007. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
66. Deilkås E. Report from the Norwegian national medical record review using Global Trigger Tool in 2011. Oslo: Nasjonalt Kunnskapsenter for Helsetjenesten; 2013.

67. Nasjonal pasientsikkerhetskampanje " i trygge hender". Gjennomføring av journalundersøkelse med Global Trigger Tool (GTT) i den norske pasientsikkerhetskampanjen. 16-12-2011
http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/GTT/Materiell/_attachment/1908?_ts=13e99f095c2
68. Kunnskapssenteret (2014): Rapport fra Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2013.
69. Norsk anestesilogisk forening – standarder. <http://www.nafweb.no/index.php/dokumenter/62-asa>
klassifikasjon
70. Randmaa M, Mårtensson G, Swenne C.L, Engstrøm M. An observational study of postoperative handover in anesthetic clinics, the content of verbal information and factors influencing receiver memory. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2015;2:105-115.
71. Nagpal K, Arora S, Vats A, Wong HW, Sevdalis N, Vincent C et.al. Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway:interview study. *BMJ Qual Saf* 2012;21:843-849.
72. Currey J, Browne J, Botti M. Haemodynamic instability after cardiac surgery: nurses perceptions of clinical decisionmaking. *J Clin Nurs* 2006;15:1081-1090.
73. Carroll JS, Williams M, Gallivan TM. The ins and outs of change of shift handoffs between nurses: a communication challenge. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(7):586-593.
74. Grundgeiger T, Sanderson P. Interruptions in healthcare; Theoretical views. *International Journal of Medical Informatics* 2009;78:293-307.
75. Coleman E.A and Berenson R.A. Lost in translation: Challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Ann Intern Med* 2004;140:533-536.
76. Symons NR, Wong HW, Manser T, Sevdalis N, Vincent CA, Moorthy K. An observational study of teamwork skills in shift handover. *Int J Surg*. 2012;10(7):355-359.
77. Starmer A.J, Srivastava R, Rosenbluth G, Noble E.L, Dalal A.K, Lipsitz S.R. et.al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England Journal of Medicine* 2014;371:1803-1812.
78. Lozano R, Naghavi M, Foreman K et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2095 – 128.)
79. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Overvåking av blod i Norge. Transfusjonskomplikasjoner. <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/lav-komplikasjonsrisiko-ved-blodoverforing>.
80. 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. *Ann Surg* 2011;252:831-837.
81. Helsedirektoratet. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7.
http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/_attachment/2014?_ts=1499974bc5a

Postoperative Handover (ITCAS Checklist 3).

INFORMATION TASK	Transferred to RN	Transferred to WN
Patient specific information		
1. Patient details		
2. Age		
3. Medical History		
4. Allergy status		
5. Diagnosis		
6. Procedure		
7. Patient current status		
Anaesthetic Information		
8. Intraoperative Anaesthetic course and any complications		
9. Blood transfusion		
10. Medications given in theatre		
11. Plan for monitoring (Vitals parameter range and action)		
12. Plan for intravenous fluids		
13. Plan for pain relief		
14. Plan for lines. Eg- central venous, arterial		
15. Postop investigations. Eg- Hb, Cxray		
Surgical Information		
16. Intraoperative surgical course and any complications		
17. Blood loss		
18. No. of drains & plan		
19. Plan for nasogastric tube/feeding		
20. DVT prophylaxis plan		
21. Antibiotic Plan		

RN- Recovery Nurse

WN- Ward Nurse

SJEKKLISTE «Handover»

Pasientnummer		Tid	
Dato og klokkeslett			
Overflyttet til			
Observerert av			
		Sjekkliste	Journal
1. Navn			
2. Alder			
3. Medisinsk historie			
4. Allergi			
5. Diagnose			
6. Prosedyre/Kirurgisk inngrep			
7. Andre aktuelle diagnoser (ex. DIA, hypertensjon)			
8. Forhold og problemer relatert til anestesi			
9. Forhold og komplikasjoner relatert til kirurgi			
10. Blodtap.			
11. Blodoverføring			
12. Medisiner gitt under operasjonen.			
13. Vitale parametre (resp – sirk – elim – etc.)			
14. Plan for intravenøs væskebehandling.			
15. Plan for smertebehandling.			
16. Plan for diverse utstyr, f.eks. SVK.			
17. Plan for dren, sonde etc.			
18. Plan for ernæringssonde og ernæringsplan			
19. Plan for antibiotikabehandling			
20. DVT profylakse.			
21. Postoperative undersøkelser.			
22. Pårørende varslet			
23. Faste medisiner.			

Stilles spørsmålet, «er det noe du lurer på/er noe uklart?»

JA	NEI

Ble det stilt spørsmål?

JA	NEI

Hvor foregikk overleveringen

Ved pasientens seng	Vekk fra pasientens seng

Etter Postoperative Handover (ITCAS Checklist 3) fra CPSSQ (Centre for Patient Safety & Service Quality)

FORKLARING SJEKKLISTE

1	Navn	Pasientens navn.
2	Alder	Pasientens alder. Ikke nødvendig med fødselsdato, kun alder.
3	Medisinsk historie	Medisinsk historie for aktuelle diagnose. Forhistorien for operasjon. Kort historie – nyoppdaget kreft eller kronisk sykdom som har medført flere operasjoner tidligere?
4	Allergi(er)	Har pasienten allergier av betydning. Ikke nøtteallergi etc. Allergier som har betydning for kirurgi og forløpet i etterkant, f.eks. allergi for Morfin, enkelte antibiotika.
5	Diagnose	Hvilken diagnose er årsaken til kirurgi.
6	Andre aktuelle diagnoser	Andre aktuelle diagnoser som har betydning for det postoperative forløpet. Dette kan være DIA, hypertensjon eller lignende. Har pasienten f.eks. ryggplager/ryggoperert. Ikke appendicitten som pasienten ble operert for tidligere.
7	Prosedyre/kirurgisk inngrep	Hvilket kirurgisk inngrep er utført.
8	Forhold og problemer relatert til anestesi	Hvordan har anestesen forløpt. Er det gitt narkose eller annen anestesi. Har det vært problemer under anestesen, lavt blodtrykk, vanskelig å ventilere pasienten, vanskelig intubering, behov for mye sedasjon, relax eller lignende.
9	Forhold og problemer relatert til kirurgi.	Hvordan har kirurgien forløpt. Har det vært problemer relatert til kirurgien, vanskelige forhold, forlenget operasjonstid.
10	Blodtap	Har det vært blødning, hvor mye, fikk det konsekvenser.
11	Blodoverføring	Ha pasienten fått blodoverføring, SAG mann, Octaplas, Trombocytter e.l.
12	Medisiner gitt under operasjon	Hvilke medisiner er gitt under kirurgi, sovemedisiner, avslappende medisiner, medisiner for blodtrykk etc.
13	Vitale parameter	Hvordan har og er pasientens situasjon i forhold til respirasjon – har det vært problemer med respirasjonen , trenger pasienten surstoff, hvordan er respirasjonsfrekvensen, SaO ₂ . Sirkulasjon – er pasienten stabil sirkulatorisk, blodtrykk, puls, blødning, mengde på dren. Eliminasjon , diurese (mengde, spontan diurese, kateter el.) magevirkning. Smerter – er pasienten smertefri, hva får vedkommende, har det vært et smerteproblem. Kvalme, engstelse/uro
14	Plan for intravenøs væskebehandling	Hva har vedkommende fått av væske, og hvilke væsker skal han/hun har fremover.
15	Plan for smertebehandling	Hvilke smertestillende skal pasienten få fremover, har det vært et smerteproblem, alternativ smertebehandling!
16	Plan for invasivt utstyr som PVK, arteriekran, SVK	Har pasienten SVK, blærekateter – skal vedkommende ha dette, eller er det lagt en plan for når det skal seponeres.
17	Plan for annet utstyr som dren, sonde, kateter,	Har pasienten dren, sonde e.l. Hvor lenge skal de ligge, skal sonde benyttes,
18	Plan for ernæringssonde og ernæring.	Har pasienten sonde, skal vedkommende få sondemat, kan vedkommende spise og drikke. Eller i.v. ernæring.
19	Plan for antibiotika	Har pasienten fått antibiotika, skal han fortsette med dette, evt. hvor lenge.
20	DVT profylakse	Har pasienten fått klexane, strømper e.l. Skal han fortsette med det?
21	Postoperative undersøkelser	Er det utført noen undersøkelser postoperativt – f.eks. røntgen us eller lignende.
22	Pårørende (varslet)	Hvem er pasientens nærmeste pårørende. Har det vært kontakt med vedkommende?
23	Faste medisiner.	Står pasienten på noen faste medisiner, skal vedkommende ha sine faste medisiner, hvilke evt.

Barbro Meland
Tonstadbrinken 261
7091 Tiller

Tiller 02.06.14.

Forespørsel avdelingsledere for sykepleietjenesten ved KITO (Kirurgisk tung overvåkning) og gastrokirurgisk sengepost (KGAS 2) angående deltakelse i fokusgruppeintervju i forbindelse med masterprosjekt.

Jeg er student ved Helsevitenskap, anvendt klinisk forskning, ved NTNU. I forbindelse med min avsluttende masteroppgave skal jeg gjennomføre et prosjekt som omhandler overføring av informasjon mellom enheter. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med intensivavdelingen ved St. Olavs Hospital. I den forbindelse ønsker jeg å foreta fokusgruppeintervju av tolv sykepleiere. Hvert fokusgruppeintervju vil bestå av seks personer. Intervjuene ønskes gjennomført på KITO (Kirurgisk tung overvåkning) og gastrokirurgisk sengepost post KGAS 2.

Jeg søker herved om muligheten til å foreta et fokusgruppeintervju med seks sykepleiere ved din enhet.

«Handover» eller overføring/overlevering av informasjon mellom enheter er identifisert som viktig innen pasientsikkerhet. Det å overlevere informasjon ang. pasientens situasjon fra en ansatt til en annen kan resultere i at viktig informasjon blir utelatt. Dette kan få negative konsekvenser for pasienten. Målet med denne studien er å utvikle et verktøy som kan kvalitetssikre og bidra til å bedre denne overleveringen.

Vi ønsker å kartlegge dagens praksis vedrørende overlevering/overføring av informasjon fra postoperativ avdeling til overvåkningsavdeling og sengepost. Med dette mener vi, å dokumenter hva som blir formidlet av informasjon ved dagens praksis. Dette skal vi dokumenter ved en sjekklister. Overføring av informasjon består av en avsender og en mottaker. Vi ønsker derfor, i tillegg til å undersøke hva som blir overlevert, å undersøke mottakernes oppfatninger, opplevelser og erfaringer. På bakgrunn av dette ønsker vi å foreta to fokusgruppeintervju. Et fokusgruppeintervju vil bestå av 6 personer. Disse personene skal diskutere problemstillinger rundt temaet «handover». Avdelinger som ofte mottar pasienter fra postoperativ avdeling ved hovedintensiv er KITO (kirurgisk tung overvåkning) og sengeposter på gastrokirurgisk klinikk. Vi ønsker derfor å komme i kontakt med sykepleiere ved din avdeling som kunne tenkt seg å bidra til dette. For å få et så variert utvalg av deltakere som mulig, er det ønskelig med variasjon i arbeidserfaring, videreutdanning/ikke videreutdanning, kjønn etc. Prosjektet er planlagt avsluttet juni 2015.

Håper på positiv tilbakemelding fra din avdeling.

Jeg kommer gjerne på avdelingen å forteller om prosjektet.

Mvh

Barbro Meland, undervisningssykepleier/intensivsykepleier ved Hovedintensiv og masterstudent NTNU. barbro.meland@stolav.no tlf. 948 31 849.

Veileder Erik Solligård, Førsteamanuensis ved institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, overlege i anestesi og forskningsleder ved klinikk for anestesi og intensivmedisin ved St.Olavs Hospital. erik.solligard@stolav.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”HANDOVER”

Bakgrunn og formål

Målet med helsetjenester er å hjelpe pasienter, ikke skade. Likevel blir pasienter hvert år skadet i møte med helsevesenet. «Handover» eller overføring/overlevering av informasjon mellom enheter er identifisert som viktig innen pasientsikkerhet. Det å overlevere informasjon ang. pasientens situasjon fra en ansatt til en annen kan resultere i at viktig informasjon blir utelatt. Dette kan få negative konsekvenser for pasienten.

Dette prosjektet er en masteroppgave ved Helsevitenskap, anvendt klinisk forskning, ved NTNU. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med intensiv/anestesiavdelingen ved St. Olavs Hospital. Vi ønsker å kartlegge dagens praksis vedrørende overlevering/overføring av informasjon fra postoperativ avdeling til overvåkningsavdeling og sengepost. Dette skal vi dokumentere ved en sjekkliste. Overføring av informasjon består av en avsender og en mottaker. Vi ønsker derfor, i tillegg til å undersøke hva som blir overlevert, å undersøke mottakernes oppfatninger, opplevelser og erfaringer. Vi vil derfor foreta to fokusgruppeintervju. Et fokusgruppeintervju vil bestå av 6 personer. Disse personene skal diskutere problemstillinger rundt temaet «handover». Avdelinger som ofte mottar postoperative pasienter fra postoperativ avdeling ved hovedintensiv er KITOV (Kirurgisk Tung Overvåkning) og sengeposter på gastrokirurgisk klinikk.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du blir forespurt om å delta i et fokusgruppeintervju. I intervjusituasjonen vil du være sammen med fem av dine kollegaer. Intervjuet vil vare fra en til to timer. Undertegnede vil lede intervjuet. Det vil bli stilt noen få spørsmål. Spørsmålene skal dere diskutere i gruppen. Spørsmålene vil omhandle overlevering/overføring av informasjon. Fokuset vil være hvordan dere opplever denne overføringen/overleveringen av informasjon. Tilbakemeldinger vil bli brukt til å bedre dagens praksis.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Selve intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Etter transkribering (data fra lydbåndet blir skrevet ordrett ned), slettes lydopptaket. Ditt bidrag vil da bli omtalt som N1, N2 etc. Din person vil da ikke bli gjenkjent. Frem til transkribering oppbevares lydopptaket i låsbart skap kun tilgjengelig for undertegnede. Fokusgruppeintervjuene vil kun omfatte tolv personer. Du som person kan komme til å kjenne igjen enkelte av dine egne uttalelser i kommende masteroppgave. Vi forventer at derfor at det som kommer frem under fokusgruppeintervjuet, holder seg innad i gruppen. Prosjektet avsluttes juni 2015.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Dersom du har spørsmål til studien, kan du når som helst ta kontakt med; Barbro Meland, intensivsykepleier/masterstudent, tlf. 948 31 849, epost barbro.meland@stolav.no eller prosjektleder Erik Solligård erik.solligard@stolav.no

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og personvernombudet ved St.Olavs Hospital.

Samtykke til deltakelse i studien «Handover».

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til å delta i intervju

Intervjuguide kirurgisk tung overvåkning og sengepost KGAS 2.

OMGIVELSER	Rom	Et rom som tar Max ti personer (ikke for stort - blir upersonlig og skaper avstand mellom deltakerne). Helst på informantenes avdeling (lettere å gå fra ordinær drift).
		Enkel servering med kaffe/te og kjeks.
	Utføres av	Prosjektleder
FASE 1	10 – 15 min.	RAMMESETTING
	1.Løst prat	Uformell prat - Ønske velkommen
	2.Informasjon	Si litt om temaet for samtalen (bakgrunn, formål)
		Forklar hva intervjuet skal brukes til og forklar taushetsplikt og anonymitet
		Spør om noe er uklart og om respondentene har noen spørsmål
		Informere om lydopptak, sørg for samtykke til opptak
		Skaff samtykke til deltakelse og start opptak.
FASE 2	5 min	ERFARINGER
	3.Overgangsspørsmål	Kan dere bruke noen minutter (5 min) på å skrive ned stikkord for hva dere mener kjennetegner dagens handover!
FASE 3	30 – 60 min.	FOKUSERING
	4. Nøkkelspørsmål 1.	Hva forventer du å få informasjon om, for å ta vare på pasienten på best mulig måte?
		<ul style="list-style-type: none"> a) Hvilke erfaringer/opplevelser har dere vedrørende dagens overlevering av informasjon? b) Er det spesielle ting/emner dere savner informasjon om? c) Er det spesielle ting dere opplever positivt? d) Hvis dere kunne bestemt - hvordan og hva ville dere prioritert å formidle informasjon om? e) Føler dere at evt. mangel går ut over pasientsikkerheten? f) Synes dere noe kunne vært gjort annerledes? g) Hvordan vil dere karakterisere den «perfekte» handover?
	Nøkkelspørsmål 2.	Hvordan forventer du at kommunikasjonen skal være for at informasjonen som blir gitt blir best mulig!
		<ul style="list-style-type: none"> a) Hvordan opplever dere kommunikasjon og samhandlingen i overleveringssituasjonen? b) Føler dere at det er en åpen kommunikasjon? c) Får dere svar på det dere ønsker? d) Er det «lett» å spørre om ting som er uklart? (Ev. hvorfor ikke!) e) Hva er det som ev. forstyrrer eller forårsaker at kommunikasjonene ikke er optimal? f) Tydelig, klar tale? Bruk av slang/forkortelser. Sarkasme/nedsettende uttrykk. Non verbal kommunikasjon.
FASE 4	15 min.	TILBAKEBLIKK
	5. Oppsummering	Oppsummere funn – har jeg forstått riktig når...
		Er det noe mer dere vil legge til?
		Hvordan syntes dere dette var?

Fremgangsmåte ved journalgjennomgang.

1.	A. SAMMENDRAG	A1. Personalia A2. Kritisk informasjon
2.	B. LEGEJOURNAL/SYKEPLEIENOTAT	B1. Legejournal, innkomst notat for aktuelle innleggelse. B2. Sykepleienotat.
3.	F. OBSERVASJON OG BEHANDLNG	F1. Kurveark F2. Særskilte kurver og obs skjema - Operasjonsskjema - Anestesiskjema PICIS - Postoperativ skjema PICIS - Smerteskjema - Medikament skjema - Andre skjema
4.	Cunrad Wed	Rtg bestilling og svar

1	Navn	PICIS
2	Alder	PICIS
3	Medisinsk historie	Innkost notat B1 og PICIS
4	Allergi	Innkost notat (B1), kritisk informasjon (A2) og kurve (F1)
5	Diagnose	PICIS
6	Prosedyre/Kirurgisk inngrep	PICIS
7	Andre aktuelle diagnoser (ex. DIA, hypertensjon)	Innkost notat (B1) og PICIS
8	Forhold og problemer relatert til anestesi	PICIS
9	Forhold og komplikasjoner relatert til kirurgi	PICIS
10	Blodtap.	PICIS
11	Blodoverføring	PICIS
12	Medisiner gitt under operasjonen.	PICIS
13	Vitale parametre (resp – sirk – elim – etc.)	PICIS
14	Plan for intravenøs væskebehandling.	PICIS
15	Plan for smertebehandling.	PICIS, smerteskjema (F2), kurve (F1) og medikamentskjema(F2)
16	Plan for invasivt utstyr som PVK, SVK.	PICIS, kurve (F1) og operasjonsbeskrivelse (F2)
17	Plan for annet utstyr som dren, sonder, kateter	PICIS og operasjonsbeskrivelse (F2)
18	Plan for ernæringssonde og ernæringsplan	PICIS og operasjonsbeskrivelse (F2)
19	Plan for antibiotikabehandling	PICIS, operasjonsbeskrivelsen (F2) og kurve (F1).
20	DVT profylakse.	PICIS, operasjonsbeskrivelsen (F2) og kurve (F1).
21	Postoperative undersøkelser.	PICIS, kurve (F1), Rtg.svar (Cunrad Web)
22	Pårørende varslet	PICIS, sykepleie notat (B2) og personopplysninger (A1)
23	Faste medisiner.	PICIS, kurve (F1) og innkomstnotat (B1).

PICIS → Elektronisk anestesi og postoperativ journal



Region: REK midt	Saksbehandler: Karoline Bjenstad Bergset	Telefon: 73597509	Vår dato: 02.12.2014	Vår referanse: 2014/2121/REK midt
			Deres dato: 23.11.2014	Deres referanse:
Vår referanse må oppgi ved alle henvendelser				

Barbro Meland

2014/2121 HANDOVER. Kvalitet og sikkerhet knyttet til overføring av pasienter fra postoperativ avdeling til overvåkingsenhet og sengepost etter kirurgi

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 23.11.2014. Henvendelsen ble behandlet av komiteens leder på fullmakt med hjemmel i helseforskningsloven § 2, forskningsetikkloven § 4 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10.

Bakgrunn og formål

Pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten er i kontakt med mange enheter og en rekke helsearbeidere i løpet av innleggelsen. Kritisk informasjon om pasienten blir da formidlet mellom enheter og mellom helsearbeidere. Situasjoner med slik overlevering av informasjon ("handover") er blitt identifisert som en risikohendelse med potensiale for alvorlige feil. Viktig informasjon kan utelates, eller feil informasjon kan overføres. Ved overføring av informasjon om pasienten når han eller hun overflyttes fra operasjonsstuen til overvåkningen, har studier vist at informasjon tapes for hver ny overføringssituasjon. En viktig faktor i overleveringssituasjoner er kommunikasjon mellom helsearbeiderne. Oppfattelsen av hva som bør formidles kan være forskjellig. Hva som formidles er ikke nødvendigvis det som oppfattes. Tiltak for å bedre denne overføring har vist å ha effekt. Hensikten er å kartlegge dagens situasjon, for derigjennom å kunne treffe tiltak som vil kunne bedre pasientsikkerheten i helseforetaket. Prosjektet vil primært se på hvilken informasjon som overføres når pasienten flytter fra postoperativ avdeling til overvåkingsenhet og/eller sengepost (cirka 100 overleveringer). I tillegg skal det gjøres fokusgruppeintervju av involverte sykepleiere for å kartlegge dagens praksis og "kultur" i avdelingen (15-18 sykepleiere).

Vurdering

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Vi gjør oppmerksom på at dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektplanen, må det sendes inn en ny fremleggingsvurdering.

Komiteen finner at det beskrevne prosjektet bærer preg av å være en kvalitetssikringsstudie som har til hensikt å forbedre kommunikasjonen og pasientsikkerheten i helseforetaket. Prosjektet faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2, og er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4 annet ledd. Studien kan gjennomføres uten forhåndsgodkjenning av REK.

Vi minner imidlertid om at et kvalitetssikringsprosjekt bare kan gjennomføres når ansvarlig ledelse, til vanlig avdelingsleder, har godkjent det og stiller de nødvendige ressurser til rådighet. I tillegg må kvalitetssikringsstudier meldes til det lokale personvernombudet.

Vedtak

Prosjektet er ikke fremleggingspliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Flytskjema inkluderte overflyttinger.

