

Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskors
upplevelser av överrapportering av
postoperativa patienter

Jennie Arvidsson
Emelie Selström

Specialistsjuksköterska, Intensivvård
2018

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap

Abstrakt

Bakgrund: Runt om i världen och på svenska sjukhus och , överrapporteras dagligen flertalet postoperativa patienter mellan anesthesi-och intensivvårdssjuksköterskor. Vad som kommunicerats har stor betydelse för patienternas fortsatta vård och sjuksköterskornas upplevelse av överrapportering. Bristande överrapportering kan få konsekvenser som sämre vårdkvalité och ökad risk för komplikationer för patienterna. **Syfte:** Att beskriva anesthesi-och intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av överrapportering av postoperativa patienter. **Metod:** Intervjuer genomfördes i form av fokusgrupper, en med anesthesisjuksköterskor och en med intensivvårdssjuksköterskor. Materialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Fem huvudkategorier: *Behov av att dubbelkolla och dubbeldokumentera, att inte veta vilken information som är relevant och sakna förståelse för varandra, att den postoperativa avdelningen är rörig och orsakar störningar i överrapportering, att operationssjuksköterskornas överrapportering är viktig och behov av att överrapportera vid patienterna och upprätthålla fullständig sekretess.* **Slutsats:** Tydliga rutiner behövs gällande vad postoperativ överrapportering ska innehålla, samt utveckling av samarbete mellan de som deltar i överrapportering. Behov av att kunna genomföra överrapportering vid patienterna men ändå upprätthålla sekretess var ett komplext område. Operationssjuksköterskans deltagande i överrapportering var ett av de största förbättringsområden som framkom denna studie.

Nyckelord: Anesthesisjuksköterskor, intensivvårdssjuksköterskor, intervjuer, kommunikation, kvalitativ innehållsanalys, postoperativ avdelning och överrapportering.

Keywords: Certified registered nurse anaesthetist, critical care nurses, interviews communications, qualitative content analysis, postoperative care unit and handover.

Innehållsförteckning

Introduktion	4
<i>Rational</i>	6
Syfte	7
Metod	7
<i>Design</i>	7
<i>Urval</i>	7
<i>Kontext</i>	8
<i>Datainsamling</i>	9
<i>Intervjumall</i>	10
<i>Dataanalys</i>	10
Resultat	11
<i>Behov av att dubbelkolla och dubbeldokumentera</i>	12
<i>Att inte veta vilken information som är relevant och sakna förståelse för varandra</i>	14
<i>Att den postoperativa miljön orsakar störningar i överrapporteringen</i>	15
<i>Att operationssjuksköterskornas överrapportering är viktig</i>	16
<i>Behov av att överrapportera vid patienterna och upprätthålla fullständig sekretess</i>	17
Diskussion	18
<i>Resultatdiskussion</i>	18
<i>Metoddiskussion</i>	25
<i>Slutsats</i>	26
<i>Kliniska implikationer</i>	27
Referenser	28
<i>Bilaga 1</i>	33
<i>Bilaga 2</i>	34
<i>Bilaga 3</i>	36

Introduktion

Att genomgå en operation är ofta en stor och omvälvande händelse i en patients liv och för många även livsnödvändig. Vårdens kvalite och utföranden kan få både positiva och negativa fysiologiska och psykiska följder för patienterna i framtiden beroende på dess utformning och innehåll. Det är viktigt att det som görs preoperativt och operativt följer med patienterna postoperativt genom överrapportering och dokumentering (Costa, 2001;Stutzma, Olson, Greilich, Abdulkadir & Rubin, 2017).

I Sverige är det vanligt att anesthesisjuksköterskan och operationssjuksköterskan följer med patienterna från operationssalen in på den postoperativa avdelningen för att överrapportera patienterna till intensivvårdssjuksköterskan. Detta kan likställas med hur de postoperativa överlämnandet går till i Storbritannien där anesthesisjuksköterskan följer med patienterna från operation till den postoperativa avdelningen där överrapportering sedan sker till intensivvårdssjuksköterskan (Segall, et al., 2012)

Brister i överrapportering utgör en stor risk för patienterna genom att viktig information faller bort och att helhetsbilden av patienterna uteblir (Socialstyrelsens föreskrifter om kommunikation och informationsöverföring, 2017). World Health Organization (WHO) har 2009 definierat tio riskområden inom vården som kan påverka patientsäkerheten. Ett av dessa områden är bristande kommunikation och personalens påverkan under överrapportering av patienter.

Runt om i världen och på svenska sjukhus överrapporteras dagligen flertalet postoperativa patienter mellan anesthesi-och intensivvårdssjuksköterskor. Vad som kommuniceras har stor betydelse för patienternas fortsatta vård och anesthesi-och intensivvårdssjuksköterskors upplevelse av överrapportering. Förutom att överrapportering av patienter sker mellan sjuksköterskorna i skiftbyte, överrapporteras även patienter mellan olika enheter på sjukhus runt om i världen.

Socialstyrelsens nationella indikationer för god vård (2009, s.127,134–135) uppger att var tionde patient i Sverige drabbas av vårdskada, många till följd av brist i kommunikationen.

Kommunikation i form av överrapportering av postoperativa patienter mellan operationspersonal och intensivvårdspersonal är en vanlig förekommande situation. I överrapportering världen över

är det av vikt att all relevant information om patienterna framkommer och förs vidare. Om information i överrapportering går förlorad finns risk för att kvaliteten på den fortsatta vården för patienterna kan påverkas (Moon, Gonzales, Woods & Fox, 2016 ; Segall et al., 2012). I den australiensiska studien av Edvardsson, Watt och Pearce (2017) framkom vidare att överrapportering och samarbetet mellan verksamheter inom sjukvården måste fungera tillfredsställande för att patienterna ska få en upplevelse av god vårdkvalité och god omvårdnad. Edvardsson et al. (2017) menar att för att skapa god vårdkvalité för patienterna är det viktigt att information och kunskap om patienterna finns hos den som vårdar. Socialstyrelsens nationella indikationer för god vård (2009, s.19-21) beskriver att upprätthållande av god kvalité och en säker sjukvård är viktig för främjande av hälsa och lindrande av lidande hos patienter.

En brittisk studie av Segall et al. (2012) menar på att arbetssättet på postoperativa avdelningar många gånger är ostrukturerat och flertalet aktiviteter sker samtidigt och detta har ansetts försämra kvaliteten i överrapportering och kan bidra till en sämre omvårdnad för patienterna. Vidare kan brister i kommunikationen leda till negativa konsekvenser för patienterna då dålig kommunikation i överrapportering har visat på att patienterna får sämre kvalité på vården och en ökad risk för att patienterna utsätts för komplikationer uppstår (Segall et al., 2012). Segall et al. (2012) menar även att utbildning i teamarbete, kompetens och kommunikation leder till att främja och förbättra kvalitén för postoperativa överrapporteringar. Utbildning inom teamarbete, kompetens, kommunikation samt användningen av olika checklistor och rutiner bidrar vidare till ökad patientsäkerhet under överrapportering som anses vara ett kritiskt skede inom vården (Segall et al., 2012).

Överrapportering av postoperativa patienter bör vara effektiv, kort och strukturerad, detta för att underlätta för sjuksköterskan att minnas vad som sagts (Randmaa, Mårtensson, Swenne och Engström, 2015). För att främja kommunikationen mellan vårdpersonal världen över kan SBAR, som står för *situation, bakgrund, aktuellt* och *rekommendationer* användas. En effektiv metod för att överföra relevant information om patienterna vid överrapportering där onödig information överlämnas är SBAR (Sveriges kommuner och landsting, 2017). I Nordamerika är SBAR vanligt förekommande i överrapportering av patienter, då SBAR från början utvecklades av den

amerikanska flottan och sedan även började användas inom sjukvården (Cornell, Townsend, Gervis, Yates & Vardaman, 2014; Stewart, 2017). Cornell et al. (2014) diskuterar i sin studie SBAR och menar att trots att SBAR är utvecklad för akuta situationer kan den användas i icke akuta situationer exempelvis överrapportering vid personalbyte och för förbättrad kommunikation mellan vårdpersonal. Stewart (2017) menar på att användningen av SBAR ökar förtroendet mellan de kompetenser som deltar i rapporteringen av patienter. Sveriges kommun och landsting rekommenderar idag SBAR som hjälpmedel för överrapportering. I beaktning ska tas att legitimerad vårdpersonal själv har ansvar för överrapportering och vad som blir sagt (Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659 kap. 6, 4§). Patientdatalagen (PDL, SFS 2008:355, kap.1, 2§) belyser att patientinformationen inom hälso- och sjukvården ska vara strukturerad för att tillgodose patientsäkerhet och bidra till god kvalitet.

I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård (2012, s.4) kan det utläsas att det är av vikt att anestesijuksköterskan kan arbeta med alla professioner för att öka patientsäkerheten och kvaliteten på vården för patienterna. Anestesijuksköterskan har ansvar för att planera patienternas postoperativa vård. Det är även av betydelse att intensivvårdssjuksköterskan förstår och har en inblick i hela vårdkedjan preoperativt, operativt och postoperativt för att kunna ge bästa möjliga vård postoperativt och arbeta för god återhämtning för patienterna (Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård, 2012, s.3-7; Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård, 2012, s.3). De två specialistkompetensbeskrivningarna visar på vikten av ett gott samarbete mellan anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor för att vårdkedjan ska fungera optimalt och patienterna ska få så god omvårdnad som möjligt.

Rational

Antalet människor som genomgår en operation i Sverige och runt om i världen är stor, vilket bidrar till att många patienter måste överrapporteras och vårdas postoperativt. Tidigare studier har visat på att överrapportering och dess kvalitet kan påverka postoperativa patienters fortsatta vård och omvårdnad. Det är därför viktigt att de som deltar i överrapportering är medveten om

överskiktens betydelse för att kunna möta postoperativa patienter respektfullt och ge bästa möjliga vård utifrån patienterna. Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor bör känna till effekten av överskiktning och att bristande överskiktning kan påverka postoperativa patienters fortsatta omvårdnad, detta för att kunna förebygga misstag och öka patientsäkerheten. Genom att undersöka hur postoperativ överskiktning upplevs av anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor kan denna studie bidra till att anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor får en bättre inblick och förståelse för vad de olika specialistkompetenserna har för upplevelse av överskiktning.

Behov av att genomföra denna studie sågs då ett stor antal patienter idag drabbas av vårdskada till följd av bristande kommunikation. Författarna vill med denna studie bidra till att skapa bättre förutsättningar för att genomföra en innehållsrik och strukturerad överskiktning, då detta har betydelse för att kunna bidra till bättre kommunikation samt en bättre och säkrare vård/omvårdnad för postoperativa patienter. Enligt 2§, kap.1, i PDL (2008:355) så ska överskiktning inom vården ska bidra till en effektivare och mer kostnadseffektiv sjukvård för samhället. Med detta som grund motiveras genomförandet av denna studie då studien kan bidra till en mer kostnadseffektiv sjukvård för samhället då vårdskador för patienterna kan minska.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva anestesi- och intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av överskiktningen av postoperativa patienter.

Metod

Design

En kvalitativ intervjustudie genomfördes där materialet analyserades genom att fokus låg på vad den som intervjuades verkligen sade och inte vad författarna trodde att de menade. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är detta en manifest ansats där analysen sker utifrån vad som sägs i en intervju och inte den underförstådda meningen.

Urval

Ett urval genomfördes där deltagarna valdes ut utifrån vidareutbildning inom anestesi- och intensivvård. Detta benämner Polit och Beck (2008, s.355) som ändamålsenligt med en homogen inriktning eftersom det var en specifik grupp vars upplevelser författarna avsåg

undersöka och förstå. Studiepopulationen för denna studie var anesthesi-och intensivvårdssjuksköterskor som arbetade på ett medelstort sjukhus i Sverige som deltagit i överrapportering av patienterna efter avslutad operation.

Inklusionskriterier var legitimerade sjuksköterskor med vidare/specialist utbildning inom intensivsjukvård eller anesthesisjukvård med minst ett års arbetslivserfarenhet inom yrket. Detta för att specialistsjuksköterskorna skulle ha hunnit få erfarenhet av överrapportering av postoperativa patienter och för att deltagarna skulle ha erfarenhet av samma fenomen att dela med sig av. Ivanoff och Hultberg (2006) menar på att gemensamma och delade erfarenheter hos deltagarna i fokusgruppen är av intresse för forskaren, då diskussionen kring de gemensamma erfarenheterna blir bättre och kan diskuteras vidare/eller uppmuntra andra till att diskutera ytterligare aspekter. Information om att studien skulle genomföras gavs muntligt innan studiens början på arbetsplatsträffar för respektive urvalsgrupp och informationsblad hängdes upp på anslagstavla där berörd personal arbetade. E-mail skickades även ut till de 27 anesthesisjuksköterskorna och 53 intensivvårdssjuksköterskorna som var anställda på an/op/iva-enheten på sjukhuset där studien genomfördes. I e-målet uppgavs information om studien och dess innehåll och kriterierna för att delta i studien.

I studien deltog tre personer från varje specialistkompetens då det endast var tre personer från varje urvalsgrupp som svarade ja för att delta i studien. Det var fem kvinnor och en man som arbetat mellan 4 år till 30 år inom yrket. Enligt Ivanoff och Hultberg (2006) är det optimalt om varje fokusgrupp består av 4–8 deltagare. En plan för hur urvalet skulle gå till gjordes upp i förväg. Wibeck (2010, s.67) belyser vikten av att ha en god planering kring hur deltagarna till en studie ska väljas ut för att undvika oväntade situationer. Innan intervjuerna ägde rum påmindes deltagarna en extra gång om studiens innehåll och genomförande, genom att ett påminnelse e-mail skickades ut. Detta kan enligt Wibeck (2010, s.67) vara fördelaktigt om en deltagare skulle få förhinder så ersättare kan hittas i tid.

Kontext

På det sjukhuset där studien genomfördes sker dokumentationen av postoperativa patienter på ett övervakningspapper och digitalt i ett journalprogram kallat Provisio.

SBAR brukas vid samtliga överrapporteringar av postoperativa patienter. Deltagarna i studien arbetade på en postoperativ avdelning som hade möjlighet att ta emot patienter från operation dygnets alla timmar. De skulle ansvarat och deltagit i överrapportering av patienter som vårdas postoperativt på en postoperativ avdelning i anslutning till en intensivvårdsavdelning.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom intervjuer som var semistrukturerade i form av fokusgrupper där deltagarna diskuterade olika perspektiv av samma ämne och intervjuerna spelades in med hjälp av ljudinspelningsprogram. Fokusgrupper är enligt Ivanoff och Hultberg (2006) en bra metod att använda då det eftersträvas diskussion inom valt ämne. Enligt Boddy (2005) innebär en semistrukturerad fokusgruppsintervju att moderatorn styr frågorna och ämnet medan själva diskussionen sker mellan deltagarna. Diskussionen sker till viss del också gentemot moderatorn där deltagarna besvarar frågor som moderatorn ställer direkt istället för att endast diskutera ämnet öppet. Under intervjuerna fanns det en moderator som ledde fokusgruppen och en observatör. Enligt Wibeck (2010, s.56–60) kallas den som ställer frågor och leder en fokusgruppintervju för moderator och den andra som inte aktivt leder intervjun kallas för observatör. De två fokusgrupperna var homogena med endast anestesijuksköterskor i ena gruppen och intensivvårdssjuksköterskor i den andra gruppen. Detta för att få fram varje specialistkompetens specifika upplevelser och skapa en trygg intervjumiljö. Ivanoff och Hultberg (2006) och Wibeck (2010, s.63) belyser vikten av att deltagarna har liknande kunskaper/erfarenheter i studiens ämne, för att de ska känna sig trygga med att delta i en fokusgruppintervju. Enligt Wibeck (2010, s.61-62) är ett mindre antal deltagare att föredra då det skapas en annan intimitet i gruppen och deltagarna har möjligheten att sitta närmare varandra under diskussionen. Ytterligare fördel med fokusgrupper som kunnats ses är att forskaren kan dra nytta av samspelet som sker mellan deltagarna under intervjun (Wibeck, 2010, s.150).

En timme var avsatt till varje intervju, den sammanlagda intervjutiden var ca 30 minuter per intervju. Enligt Ivanoff och Hultberg (2006) är det vanligt att intervjuerna kan bli kortare än avsatt tid. Wibeck (2010, s.74) menar på att det är viktigt att avsätta ordentligt med tid för intervjun, så att ingen känner sig stressad när de ska svara på en fråga, eller känner att de inte hinner ta upp något de vill säga. Därför avsattes 60 minuter för respektive fokusgrupp och i snitt blev intervjuerna ca 30 minuter eftersom de som deltog i intervjuerna redan då upplevde att de

hade sagt allt de ville säga och ingen mer ny information kom fram. När ingen ny information längre tillkommer och data istället repeteras och upplevs överflödiga ska det anses som data saturation eller datamättnad (Polit & Beck, 2008 s.70-71).

Intervjumall

En semistrukturerad intervjumall bör enligt Wibeck (2010, s.73-74) innehålla: öppningsfrågor, introduktionsfrågor, övergångsfrågor, nyckelfrågor och avslutande frågor. Intervjumall innehållande dessa presenteras i bilaga 1.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys genomfördes för att få en förståelse hur överrapportering av postoperativa patienter upplevdes av anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är intervjuer en bra metod att använda när en kvalitativ innehållsanalys ska genomföras. Ljudinspelningarna från de två fokusgrupperna lyssnades igenom flera gånger för att sedan ordagrant skrivas ner. De transkriberade texterna lästes därefter igenom flera gånger för att få en förståelse för innehållet. Ur de transkriberade texterna plockades textenheter som svarade mot syftet ut och kondensering genomfördes, innehållet bevarades och textenheterna kortades ner genom att onödiga ord samt punkter togs bort. För att få en överblick och ett systematiskt arbetssätt sorterades textenheterna med hjälp av färgkoder, dessa färgkoder följde med i analysprocessens olika steg. Textenheterna numrerades för att lättare kunna spåras tillbaka till sitt ursprung. Textenheterna granskades för att upptäcka likheter och olikheter i anestesi- och intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser av överrapportering. Genom denna granskning kunde underkategorier och kategorier som svarade mot syftet skapas. Det bildades underkategorier i tre olika steg för att sedan komma fram till fem kategorier.

Etiska överväganden

Godkännande inhämtades innan studiens början från verksamhetschefen på den berörda enheten (Bilaga 2). En etikansökan skrevs och har blivit granskad vid Luleå tekniska universitet, institutionen för hälsovetenskap. Etikgodkännande är ett måste för att genomförande av studier, där människors beteende studeras (Ingham-Broomfield, 2017). Genom forskningsprocessen har författarna varit medvetna om de etiska principerna för forskning (jmf. Ingham-Broomfield, 2017; International Council of Nurses, 2017). Deltagarna i studien informerades muntligt och

skriftligt genom ett informationsbrev (Bilaga 3) om studiens innehåll, syfte och vart de kan vända sig om klagomål finns. Information gavs om att det var frivilligt att delta i studien och att man när som helst har rätt att avbryta sin medverkan. Samtycke till deltagande inhämtades skriftligen i samband med intervjuens början. Enligt Belmontrapporten, 1979 s.9-10 ; Kvale och Brinkmann, 2014 s.107-108 ska samtycke inhämtas skriftligen innan studiens början. Deltagarna i studien uppmanades att inte föra det som sades i fokusgrupperna vidare då känslig information kunde framkomma. Material som var spårningsbart avidentifieras och deltagarna fick muntlig information innan intervjuens start om att materialet skulle behandlas konfidentiellt och förstöras efter godkänt examensarbete. Kvale och Brinkmann (2014, s. 110) menar på att material som samlas in ska behandlas konfidentiellt. Vidare menar Kvale och Brinkmann (2014, s.110) att det finns risk att deltagarna efter genomförd intervju ångrar saker de sagt under genomförandet. Genom att de etiska principerna efterlevs i enlighet med Ingham - Broomfield (2017); International Council of Nurses (2017) minskas risken att deltagarna ångrar sitt deltagande, eller utsätts för obehag av intervjun. För att göra gott och minimera risken att information av betydelse utelämnades på grund av att deltagande i fokusgruppen kände sig otrygga, genomfördes intervjuerna i en bekant miljö för deltagarna. Samtliga deltagare hade möjlighet och rätt till att uttrycka sina upplevelser under intervjuerna.

Resultat

Analysen resulterade i fem kategorier som beskriver upplevelsen av överrapportering av postoperativa patienter (tabell 1). Resultatet presenteras nedan i löpande text med citat från intervjuerna.

Tabell 1 Översikt av kategorier

Kategorier

Behov av att dubbelkolla och dubbeldokumentera

Att inte veta vilken information som är relevant och sakna förståelse för varandra

Att den postoperativa avdelningen är rörig och orsakar störningar i överrapportering

Att operationssjuksköterskornas överrapportering är viktig

Behov av att överrapportera vid patienterna och upprätthålla fullständig sekretess

Behov av att dubbelkolla och dubbeldokumentera

Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna beskrev hur de upplevde att de var tvungen att skriva ner samma information om patienterna på flera ställen och beskrev detta som dubbeldokumentation. Vidare upplevde de att de var tvungna att dubbelkolla informationen som gavs i den snabba överrapporteringen för att kunna genomföra en patientsäker vård och god omvårdnad med god kvalitet utifrån individens egna förutsättningar. Anestesisjuksköterskorna uppgav att det var viktigt att vara alerta och snabba vid avstämningen inne på operationssalen. Detta för att veta vilket ingrepp som gjorts för att kunna föra vidare postoperativa ordinationer. Saker kunde lätt missas om de inte själva skrev ner informationen som skulle överrapporteras vidare från operatören fast informationen senare dokumenterades i operationsjournalen digitalt. Vidare beskrevs att det i tidigare överrapporteringar visats sig att all information om patienterna inte överrapporteras. Därav upplevdes det som en nödvändighet att dubbelkolla journalen för att inte missa viktig information. Kvalitén på överrapporteringen upplevdes också påverkas av individuella faktorer, som tex. arbetslivserfarenhet.

“Ibland kan man märka att det missas saker som inte kommit fram i den lite snabba överrapporteringen när man dubbelkollar. Lite kontrollbehov” -Intensivvårdssjuksköterska 1

Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att vid varje patientsäng låg ett övervakningspapper som följde med patienterna från operation, utöver detta övervakningspapper från operation gjordes ännu ett övervakningspapper som användes inne på den postoperativa avdelningen för dokumentation av vitala parametrar, bakgrundssjukdomar samt information om läkemedel. Trots att denna information redan fanns i patienternas digitala journal.

“När jag fått rapporten och tittat på patienten, loggar jag in i provisio. Läser och skriver ner på baksidan eller på postoperativa pappret (övervakningspappret), bakgrundssjukdomar, när de

fick Antibiotika senast, när de ska ha fragmin, anteckningar, som redan stod på pappret.”-

Intensivvårdssjuksköterska 2

Journalföringen beskrevs i större utsträckning vara digital idag jämfört med tidigare, vilket bidragit till att övervakningspappret upplevdes mindre informativt. Den ökade digitaliseringen gjorde att deltagarna upplevde det svårare och mer tidskrävande att hjälpa sina kollegor, då informationen om patienterna inte fanns lika lättillgänglig. Behovet av att dubbeldokumentera lyftes fram, då det nuvarande sättet att dokumentera och överrapportera på upplevdes sämre än tidigare.

“Du behöver hjälp, och det är inte min patient. Då kan jag gå fram till patientens säng och tittar på journalen. Jag vågar ge patienten lite morfin för att den har ont eller mot illamående när den mår illa fast det inte är min patient. Det är det vi upplevt mest besvärligt med de här nya narkoskuvorna (övervakningspapperen), att det inte står vid patienten utan att jag måste gå in i datorn och läsa , om ingen har skrivit det för hand av egen vilja.” -Intensivvårdssjuksköterska 1

Fortsättningsvis upplevde anesthesi-och intensivvårdssjuksköterskorna att nuvarande överrapportering var krånglig med för många steg i dokumentationen. Ett färdigt utrymme för att skriva ner information om patienterna upplevdes saknas på dagens övervakningspapper. De berättade att det tidigare fanns ett bättre utformat övervakningspapper som var mer grundligt utformat och innehöll all information om patienternas bakgrundsinformation, sjukdomar, ordinationer och premedicineringen. Anesthesi-och intensivvårdssjuksköterskorna upplevde det positivt att ett nytt övervakningspapper är under utformning och de var hoppfulla gällande detta och dess förbättringar.

“Problemet, skillnaden är, förut hade jag tiderna färdigt, behövde bara flytta över antibiotika tiderna, allting stod, vilka tider. Nu måste jag kolla i datorn på flera olika ställen när de fick Panodil. I Provisio och i läkemedelslistan ” Intensivvårdssjuksköterska 2

Kvalitén och innehållet på den postoperativa överrapporteringen upplevdes avspegla den fortsatta vården för patienterna och upplevdes även ha betydelse för vad som rapporteras vidare

till avdelningen. Om vårdansvarig anestesijuksköterska blivit avlöst exempelvis för raster inne på operationssalen kunde intensivvårdssjuksköterskorna vid den postoperativa överrapporteringen uppleva att den som tagit över för sin kollega inte hade all information om patienterna som behövdes. Detta ledde till en känsla av att de behövde dubbelkolla i patienternas journaler för att få fullständig information om patienterna.

“Ibland när det tar över vet de inte riktigt vad som gjorts, “men du ser här”-

Intensivvårdssjuksköterska 1

Att inte veta vilken information som är relevant och sakna förståelse för varandra

Det framkom att anesthesi-och intensivvårdssjuksköterskor inte riktigt visste vilken information som är relevant att delge/ta del av vid överrapporteringen. Vid vård av specifika patientgrupper upplevde anesthesi-och intensivvårdssjuksköterskorna att det fanns rutiner gällande den postoperativa vården. Däremot framhölls en avsaknad av rutiner gällande vad som är relevant information i själva överrapporteringen för att kunna genomföra en överrapportering med god kvalitet och effektivitet. Anesthesi-och intensivvårdssjuksköterskorna berättade att det upplevde det som viktigt med bra och tydligt utformade rutiner kring den postoperativa överrapporteringen, något som det upplevde inte fanns i nuvarande verksamhet.

“De är en fundering vilken information behöver man som är relevant för en postoperativ vård.

Det är den springande punkten.” -Anestesisjuksköterska 1

I samband med ankomst till den postoperativa avdelningen uttrycktes en känsla av bristande engagemang. Anestesisjuksköterskorna upplevde det oklart vem som skulle vårda patienterna och det upplevdes att den som skulle ta emot patienterna inte hade förberett sig inför dess ankomst. Därför upplevdes det från anestesisjuksköterskans sida svårt att veta vem de skulle överrapportera patienterna till. För att minska upplevelsen av bristande engagemang gällande överrapporteringen inne på den postoperativa avdelningen, efterfrågades ett större engagemang och ett mer strukturerat arbetssätt.

“När jag ser ett gäng bakom disken som bara tittar när vi går förbi med sängen kan jag känna att det är ointresse.” -Anestesisjuksköterska 3

“ De har de där 9.30 mötena. Där vet man vilka patienter som ska komma upp, då kan den som är ansvarig på IVA i förväg bestämma vem som ska ta emot dem. Då vet man vilka det är och ungefär vars de ska ligga, lite mer planering.” -Anestesisjuksköterska 3

Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att samarbetet vid överlämnandet/överskottberättningen av postoperativa patienter kunde utvecklas och förbättras. De uttryckte att de olika professionerna inte hjälptes åt när de kom in till den postoperativa avdelningen för att koppla upp patienterna mot övervakningsutrustningen. Anestesisjuksköterskorna upplevde att de ville ha hjälp med patienterna, medan intensivvårdssjuksköterskorna var uppfattningen av att de inte skulle hjälpas åt.

“Patienten kommer, det är sagt att narkosen ska koppla upp dem. Jag som ska ha hand om patienter går dit, behöver inte hjälpa mycket. Lyfter på täcker och tittar på patienten, medan de kopplar upp. Kanske hjälper till att koppla upp.” -Intensivvårdssjuksköterska 2

Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det är viktigt att de som deltar i överskottberättningen förstår vad den andra behöver veta för den fortsatta vården. De upplevde att om överskottberättningen skedde i datorn med journalsystemet provisoriskt öppet under överskottberättningen så skulle de som deltar vid överskottberättningen tillsammans kunna gå igenom patienterna och se vilken information som är relevant. Genom detta beskriver anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna att känslan av trygghet skulle öka och överskottberättningen skulle bli effektivare. Exempel på detta är att då skulle den som tar emot överskottberättningen veta vilka tider de skulle ge till exempel läkemedel nästa gång.

Att den postoperativa miljön orsakar störningar i överskottberättningen

Den postoperativa miljön där överskottberättningen skedde beskrevs som rörig, stökig och ostrukturerad. Många patienter vårdas samtidigt vilket bidrog till att intensivvårdssjuksköterskan ibland var tvungen att avbryta överskottberättningen för att gå och ge till exempel smärtlindring till en annan patient. Att intensivvårdssjuksköterskorna ansvarade för flera patienter samtidigt kunde

anestesisjuksköterskorna uppleva som ett hinder vid överrapporteringen i och med att den som mottog rapporten inte kunde fokusera på det som sades. En risk som beskrevs var då att viktig information om patienterna glömdes bort eller missades helt. Försök till att gå ifrån för att överrapportera hade gjorts vid flertalet tillfällen men var inte alltid möjligt, då patienterna inte kunde lämnas ensamma.

“Den sköterska som tar emot, har ibland andra patienter. Så de är inte fullt fokuserade, för det kan komma någon som säger att den där patienten har ont och ibland bryter de och ska de ge smärtstillande mitt i när de ska ta emot min rapport.”-Anestesisjuksköterska 2

Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det inte alltid fanns tid för överrapporteringen, vilket kunde upplevas stressande. En orsak som beskrevs leda till stress var att den anestesisjuksköterska som överrapporterar hade bråttom tillbaka till operation och att överrapporteringen då skedde snabbt intill patienternas sängar inne på den postoperativa avdelningen. Ett annat exempel var om flera patienter anlände från operation samtidigt, något som fick intensivvårdssjuksköterskorna att känna att de inte räckte till och de var då tvungna att prioritera bort olika uppgifter för att kunna ta emot rapporten på en ny patient. Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna beskrev även hur de själva kunde uppleva en ökad stress då de såg att den andre inte hade tid/var upptagen.

“De är olika från person till person, en del ser att man är upptagen och sätter sig ner och väntar. Ibland står de och stampar...”-Intensivvårdssjuksköterska 3

Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att de behövde ett utrymme avsides inne på den postoperativa avdelningen. På denna plats skulle de finnas en dator som hjälpmedel i rapporten och bara de som ska delta i överrapportering för tillfället fick befinna sig där.

Att operationssjuksköterskornas överrapportering är viktig

Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att operationssjuksköterskornas överrapportering var en viktig del för att kunna genomföra en patientsäker vård med god kvalitet av postoperativa patienter där risken för att missförstånd minimeras. Operationssjuksköterskors betydelse i överrapporteringen upplevdes ofta hamna i skymundan och deras överrapportering

kunde lätt glömmas bort då den upplevdes innehålla information som inte var av intresse. Exempel på information som lyftes som irrelevant var när operationssjuksköterskorna överrapporterade olika typer av förband och suturer som används under operationen. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det var viktigare att få information angående ingreppet som genomförts och därmed veta eventuella komplikationer som skulle kunna bli aktuella.

“Om de har tagit bort blindtarmen säger det de, då vill jag veta var den brusten, hur såg den ut?

De är ju en jätteviktig information för mig” -Intensivvårdssjuksköterska 2

Anestesisjuksköterskorna upplevde att de ofta fick överrapportera operationssjuksköterskornas del i överrapporteringen. De beskrev det som att oftast gick det bra eftersom de hade arbetat så länge inom yrket och hade vanan inne. En anestesisjuksköterska berättade att hen upplevde att arbetet flöt på bättre när anestesisjuksköterskorna överrapporterade operationssjuksköterskornas del, detta till följd av att operationssjuksköterskan upplevdes ha större tidspress och mer moment att hinna genomföra inför nästa operation. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att när anestesisjuksköterskorna överrapporterade operationssjuksköterskornas del fick de andrahandsinformation om patienterna. Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att operationssjuksköterskorna behövde vara mer delaktiga i överrapporteringen och att de då upplevdes viktigt att operationssjuksköterskorna kände till vilken information som var relevant för intensivvårdssjuksköterskorna att veta i den fortsatta vården.

Behov av att överrapportera vid patienterna och upprätthålla fullständig sekretess

Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna beskrev att överrapportering skedde antingen vid patienternas sängar på den postoperativa avdelningen eller vid disken som fanns mitt i lokalen och fungerade som arbetsyta för vårdpersonalen. Oavsett var överrapporteringen skedde, så upplevdes det var svårt att upprätthålla sekretessen, då det upplevdes möjligt för andra personer i närheten att höra vad som överrapporteras. Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna var överens som att en kort överrapportering vid sängen där man tillsammans gick igenom patienterna kunde bidra till en lättare prioritering av patienterna, i och med att de fort kunde göra en bedömning av patienterna. Dock upplevdes det som en utmaning att hålla fullständig sekretess när överrapporteringen skedde på detta vis. Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna

upplevde att de inte ville ha hela sin överrapportering på det sättet, utan de ville gå åt sidan och sätta sig. En försvårande faktor som upplevdes för att gå åt sidan och sätta sig var att operationssjuksköterskorna ofta upplevdes ha bråttom iväg.

“Operationssjuksköterskan ska ge en kort rapport på vad som gjorts först, narkosköterskan rapporterar sin del. Ibland när man ställer sig vid sängen, har de (operationssjuksköterskan) bråttom, de vill bara gå i väg. De säger vad de har gjort över patienten när jag står där”-

Intensivvårdssjuksköterska 2

Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att det fanns både fördelar och nackdelar med överrapportering vid patienternas sängar. En nackdel med en överrapportering vid patienternas sängar beskrevs vara att patienterna kunde få viss information som egentligen borde delgetts patienterna i ett senare skede, möjligen av ansvarig läkare och överrapporteringen upplevdes då ske 'över patienternas huvuden'. En fördel som upplevdes när överrapporteringen kunde ske vid patienternas sängar var att de som var ansvariga för patienterna tillsammans kunna gå igenom patienternas status och titta på förband, eventuella drän och andra saker som avviker rutinmässigt.

Anestesisjuksköterskorna beskrev att de är delade i frågan angående var överrapportering bör ske. Överrapportering vid patienternas sängar upplevdes inte få ske på bekostnad av att sekretessen inte kunde upprätthållas. Att bevara sekretessen samtidigt som man genomför en effektivare överrapportering med god kvalitet i närheten av patienterna beskrevs som en utmaning och ett komplext problem. Som förslag till en lösning uttryckte intensivvårdssjuksköterskorna att vid överrapportering skulle inte patienternas personuppgifter sägas högt utan att den som överlämnar patienternas pekar istället på namn och personnummer på övervakningspappret eller i datorn.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva anestesi-och intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av överrapportering av postoperativa patienter. Analysen resulterade i fem huvudkategorier; *Behov av att dubbelkolla och dubbeldokumentera, att inte veta vilken information som är relevant och sakna förståelse för varandra, att den postoperativa*

avdelningen är rörig och orsakar störningar i överrapportering, att operationssjuksköterskornas överrapportering är viktig och Behov av att överrapportera vid patienterna och upprätthålla fullständig sekretess.

Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna upplevde ett behov att behöva dubbelkolla och dubbeldokumentera det som överrapporteras för att inte missa viktiga delar i de postoperativa patienternas vård/omvårdnad och kunna utföra en patientsäker vård med kvalitet. Jones, et al. (2018) hävdar att en fullständig och relevant överrapportering bidrar till ett god postoperativ vård och omvårdnad för patienterna med minskad risk för komplikationer och ett positivt utfall. Jones et al. (2018) understryker att en ofullständig överrapportering ökar risken för patientskador och ger en ökad risk för dödlig utgång. Rose och Newman (2016) menar på att de anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor som arbetat tillsammans länge hade större förtroende för varandra och större förtroende för vad som sägs i överrapportering av patienter och behöver därför inte dubbelkolla i journalen det ens kollegor har överrapporterat. Författarna rekommenderar därför att ett ökat samarbete bör eftersträvas. Det ses ett behov av att de som deltar i överrapportering utveckla relationerna mellan varandra och därmed känna större förtroende för sina kollegor och den information som ges. Författarna anser att för att öka teamarbetet och öka förtroendet för informationen som förmedlas behöver överrapportering genomföras med även operationssjuksköterskan närvarande. Innehållet i överrapportering behöver diskuteras och simuleras via teamövningar. Genom undervisning och praktisk träning i teamarbete kan samarbetet i arbetsgruppen öka (Kydonas, Malamis, Giasnetsova, Tsiora och Gritsi-Gerogianni, 2010; Camelo och Chaves, 2013). Ett ökat samarbete kan då minska upplevelsen av att behöva dubbelkolla/dubbel dokumentera i samband med överrapporteringen och kan för patienterna bidra till en ökad patientsäkerhet och bättre kvalite i vården/omvårdnaden av patienterna.

Resultatet visar på att det inte fanns fasta rutiner för överrapportering. Tidigare forskning visar på att överrapportering av postoperativa patienter kräver komplex kommunikation för att upprätthålla god kvalite i omvårdnaden för patienterna. SBAR är ett exempel bra verktyg för att via en fast rutin överföra omfattande information om patienter (Kitney et al., 2017). Vidare menar Kitney et al. (2017) på att SBAR inte är ett fullständigt redskap för att

genomföra en komplett överrapportering utan kan behöva kompletteras med ytterligare rutiner för att minska misstag i överrapportering ska kunna undvikas. Till följd av resultatet och tidigare forskning förordas att det kan vara av betydelse att införa rutiner med tydliga checklistor för att komplettera överrapportering som sker via SBAR. Flertal studier (Karakaya et al., 2013;Kumar och McKean, 2017;Nagpal et al.,2010; Salzwedel, Mai, Punke, Kluge och Reuter,2015;Siddiqui et al.,2012) visar att införande av checklistor som rutin i samband med överrapportering kan bidra till effektivare och en mer strukturerad överrapportering. Detta skulle kunna öka patientsäkerheten och vårdkvaliteten i överlämnandet av patienter mellan operation och postoperativa avdelningen. Gardiner, Marshall och Gillespie (2015) menar också på att checklistor är en bra metod för en bättre överrapportering men framför även kritik mot checklistor då de menar på att om flexibilitet inte finns kring checklistor blir det inte ett framgångsrikt koncept, där information av betydelsen för patienternas vård och omvårdnad kan falla bort. Inne på operationssal finns idag redan checklistor som rutin, dessa har utformats av WHO för att förbättra kommunikationen mellan personalen och öka kvaliteten och patientsäkerheten (WHO, checklista för säkerhet vid operationer, 2008). En liknande checklista hade varit fördelaktig att använda vid postoperativ överrapportering för att förbättra överrapporteringens innehåll och bidra till en bättre vård för patienterna.

I studiens resultat upplevdes behov av att införa rutiner i gällande överrapportering. Utan fasta rutiner för vad överrapporteringen ska innehålla visar tidigare forskning på att vården istället påverkas av personliga preferenser hos de som deltar i överrapportering. Goda rutiner har visats kunnat bidra till en bättre överrapportering och därmed ökad vårdkvalité för patienterna (Rose & Newman, 2016). Vid införandet av nya rutiner bör det övervägas att förändring kan behöva motiveras hos personal för att ge en förståelse för hur nya strategier kan förbättra den postoperativa överrapporteringen och den postoperativa vården (Møller et al.,2013).

Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna i studien upplevde att de inte förstod/visste vad de som deltog i överrapporteringen ville veta om de postoperativa patienterna och deras fortsatta vård och det var då svårt att ha förståelse för varandra. Rose och Newman (2016)

menar på att de som deltar i överrapportering oftast har personliga förväntningar som påverkar vilken information som framkommer i överrapportering. Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna lyfte en önskan av att tillsammans gå igenom den digitala journalen under överrapportering för att få en bättre förståelse för operationsförloppet och patienternas bakgrund. Denna önskan stöds av tidigare forskning som visar på att användning av digitaljournal vid överrapportering kan bidra till att förbättra kvaliteten på vården (Matic, Davidson & Salamonson, 2011). Ytterligare fördelar ses i studien av Patterson (2012) som beskriver att användandet av den digitala journalen vid överrapportering är fördelaktigt då den inte blir lika beroende av individens minne, strukturen och effektiviteten ökar. Genom den ökade utvecklingen av digital journalföring inom vården anser författarna att det är viktigt att reflektera över dess implementering i verksamheten. Fördelar finns med digital journalföring för att förbättra vårdkvaliteten, det innebär även att övrig verksamhet runtomkring måste utvecklas och anpassas för att klara av att upprätthålla en effektiv överrapportering av god kvalitet. Chapman, Schweickert, Swango-Wilson, Aboul-Enein och Heyman (2016) menar på att användning av surfplattor inom vården i samband med muntlig överrapportering kan bidra till att öka tillförlitlighet av informationen och en effektivare överrapportering och därmed en bättre och säkrare vård för de postoperativa patienterna. Författarna anser att surfplattor i samband med överrapportering av postoperativa patienter kan bidra till en säker och effektivare överrapportering. Då kan deltagarna i överrapportering tillsammans ta fram relevant information i datajournalen och gå igenom vilken information som är av vikt för överrapportering. Genom detta skulle en ökad förståelse för varandra kunna uppstå och kvalitén på överrapporteringen kan öka.

I samband med upplevelsen av att sakna förståelse för varandra framkom det att samarbetet inte upplevdes fungera mellan de som deltog i överrapportering och att det fanns behov av att utveckla detta. Författarna ser även här att det generellt finns ett behov av ökat teamarbete mellan de som deltar i överrapportering av de postoperativa patienterna för en ökad patientsäkerhet inom den postoperativa vården. Yang och Zhang (2016) menar på att teamarbete är viktigt för att förstå varandra samt viktigt för en effektiv överrapportering och säker vård och bättre omvårdnad. Ett dåligt teamarbete, osämja och otydlig ansvarsfördelning mellan de som deltar i överrapporteringar kan bidra till en ineffektiv överrapportering och

ökar risken för komplikationer i den fortsatta vården för patienterna (Rose & Newman, 2016). För att uppnå ett gott och effektivt teamarbete menar Manser, Foster, Flin, och Patey (2013) att det är extra viktigt vid överrapportering mellan olika enheter att medlemmarna i teamet har samma förståelse för det aktuella ämnet och därmed vet vad som förväntas komma fram i överrapportering. Utifrån resultatet ser vi att kommunikationen mellan de som deltar i överrapportering behöver öka för att upplevelsen av en bättre kvalitet i överrapportering och vården/omvårdnaden ska kunna uppnås. Manser et al. (2013) menar på att god kommunikation inom teamet bidrar till ökad kvalitet av den postoperativa överrapporteringen.

I resultatet framkom det att den postoperativa miljön där patienterna vårdades och överrapportering som genomfördes var rörig vilket orsakade störningar. Anestesi- och intensivvårdssjuksköterskorna i studien uppgav att flertalet försök gjorts för att gå ifrån och överrapportera men att detta inte vara genomförbart då patienterna inte kunde lämnas ensamma. Møller, Madsen, Fuhrmann och Østergaard (2013); Rose och Newman (2016) beskriver intensivvårdsmiljön som en av de mest komplicerade miljöerna inom vården på grund av högt flöde av patienter som ständigt byts ut där intensivvårdssjuksköterskan ständigt måste vara beredd på oförutsedda händelser där patienterna ständigt är i ett sårbart tillstånd och behöver personal närvarande. Faktorer som dåligt utrymme på skrivbordet, otillräckligt ljus, bakgrundsljud och avbrott påverkar kvalitén på överrapportering (Petrovic, Martinez & Aboumatar, 2012). I och med detta så anser författarna att miljön inne på den postoperativa avdelningen inte är optimal för att överrapportering med god kvalitet ska kunna genomföras och andra lösningar än att lämna postoperativa avdelningen för överrapportering behöver utarbetas. Vidare framkom det i studien att avbrott skedde i stor utsträckning i överrapportering då intensivvårdssjuksköterskorna ansvarade för flertalet patienter samtidigt som inte kunde lämnas ensamma. Detta blev ett störningsmoment och upplevdes påverka kvaliteten i överrapportering och den fortsatta vården. Brewer och Verran (2013) framhåller att de är viktigt inom sjukvården att ta reda på vilka miljöfaktorer som har störst inverkan på patienternas vård. Det för att kunna utveckla och åtgärda brister i arbetsmiljön och för en förbättring av vårdens kvalitet för patienterna. För att utveckla vården och genomföra förbättringar i arbetsmiljön i anslutning till överrapportering så anser författarna att utrymmet

som överrapportering sker på behöver ses över. Med stöd av resultatet rekommenderar författarna att överrapportering bör ske på en avskild plats, dock fortsatt inne på den postoperativa avdelningen. Detta för att minimera risken för avbrott men ändå upprätthålla en patientsäker vård där patienterna inte lämnas ensamma. Tidigare studier menar på att överrapportering är en komplex process som behöver ses över, då den ofta avbryts eftersom sjuksköterskan har hand om många patienter samtidig i en rörig miljö (Machaczek, Whitfield, Kilner & Allmark, 2013; Rose & Newman, 2016 ;Smith, Pope, Goodwin och Mort, 2008).

Resultatet i studien visade att anesthesi-och intensivvårdssjuksköterskorna var överens om att operationssjuksköterskans roll i överrapportering ofta hamnade i skymundan. Blomberg, Bisholt, Nilsson och Lindvall (2015) menar på att operationssjuksköterskor i sitt arbete känner en stress och att organisationen hindrar dem från att delta både i preoperativ och postoperativ överrapportering. Operationssjuksköterskor i studien av Blomberg et al.(2015) uttrycker en önskan om att få möjlighet att träffa patienterna innan operationen samt kunna delta i den postoperativa överrapporteringen. Deltagarna i denna studie upplevde att operationssjuksköterskorna har en viktig roll i överrapportering av postoperativa patienter. Det är dem som står närmast patienterna inne på operationssalen och därmed är kan de vidare förmedla vad som gjorts under operationen och eventuella komplikationer. Operationssjuksköterskornas roll i överrapportering behöver utvecklas och innehålla vad som gjorts under operationen, de är dem som besitter kunskapen om detta. Blomberg et al. (2015) menar på att operationssjuksköterskor har en bild av att deras kunskap inte tas till vara i den postoperativa vården. Detta förstärks genom studies resultat då deltagarna upplevde att operationssjuksköterskorna många gånger gav en irrelevant överrapportering.

I resultatet framkom behov av att överrapportera vid patienterna och upprätthålla fullständig sekretess vilket uttrycktes som svårt eftersom patienterna i sängarna bredvid upplevdes kunna höra vad som sades vid överrapporteringen om den ägde rum vid patienterna. Burton, Northon, Smith, Ward och Day (2016) visar på för- och nackdelar med överrapportering vid sängen. Fördelarna är att man tillsammans kan titta och få en överblick av patienterna och att de finns möjlighet att fråga patienterna hur den mår. Nackdelar är avsaknaden av sekretess, där känslig information kan framkomma. Det är viktigt att främja sekretessen av de

postoperativa patienterna i överrapporteringen och vården/omvårdnaden. Patienterna ska bli behandlade med respekt och värdighet då det är en del av de mänskliga rättigheterna och patienterna ska inte ta skada eller lida av vården (Billie, Parlett & Huggis, 2014)

Trots att deltagarna upplevde brist av sekretess i denna studie när information gavs vid patientsängen uttrycktes fördelarna att överväga nackdelarna. Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskorna tyckte att det vara viktigt att anestesijuksköterskorna, intensivvårdssjuksköterskorna och operationssjuksköterskorna tillsammans kunde gå igenom och observera och visa saker hos/på patienterna utan att genomföra hela överrapporteringen vid sängen. Møller et al. (2013) menar på att överrapportering vid sängen kan bidra till att klargöra patienternas status och ge en bättre överblick för hur patienterna kan återhämta sig. Författarna anser att detta är intressant att reflektera över då det finns uppenbara fördelar och nackdelar med att överrapportering sker bredvid patienternas sängar. I diskussionen angående vart överrapportering bör ske för att kunna upprätthålla sekretess bör i beaktning tas att patienter som genomgått en operation är särskilt sårbara. Det är viktigt att bevara patienternas integritet/värdighet och bidra till att de känner sig bekväma, prioriterade och värdefulla (Baillie och Ilott, 2010). I denna studie har det identifierats som ett komplext problem hur fullständig sekretess ska kunna upprätthållas samtidigt som viss del av överrapportering sker vid patienterna. Det är av intresse att reflektera över hur en ökad medvetenhet hos individen och kollegor påverkar hanteringen av sekretessbelagda uppgifter. Genom ökade reflektioner över sitt eget beteende och andras kan risken minimeras att sekretessen inte kan upprätthållas i postoperativ överrapportering. Baillie och Ilott (2010) menar på om brister hos kollegor ses där patienternas värdighet, lagar och praxis inte uppfylls är de ens ansvar som kollega att uppmana denne till ett ändrat beteende.

Utifrån framkommit resultatet kan det ses att studiens teori om att kvaliteten på överrapporteringen påverkar patienternas fortsatta vård bekräftas. Detta genom att anesesi-och intensivvårdssjuksköterskorna uttryckte samband mellan en korrekt och innehållsrik överrapportering och patientsäker vård med god kvalitet i vården/omvårdnaden. Författarna tror även att resultatet kan ligga till grund för fortsatta studier och inspirera till vidare forskning inom ämnet.

Metoddiskussion

Totalt sex personer valde att delta i studien vilket resulterade i två stycken fokusgrupper med tre stycken deltagare i vardera fokusgruppen. Flertal försök att rekrytera ytterligare deltagare gjordes utan lyckat resultat, då en fokusgrupp enligt Ivanoff och Hultberg (2006) bör bestå av 4-6 deltagare. Få deltagare kan vara en nackdel, då detta minskar mångfalden av deltagare dock menar Ivanoff och Hultberg (2006) att deltagarnas engagemang i fokusgruppen är mer betydelsefullt än faktiskt antal deltagare. Graneheim och Lundman (2004) menar på att om deltagarna har varierande erfarenheter och har varierande ålder och kön så uppstår en bredare variation av det fenomen som studeras och tillförlitlighet ökar därför. Författarna eftersträvade en bred spridning i erfarenheter hos deltagarna dock var detta problematiskt då svårigheterna att få fram deltagare gjorde att studien genomfördes med de deltagare som fanns tillgängliga.

Författarna som genomfört denna studie hade ingen tidigare erfarenhet av fokusgruppsintervjuer vilket kan bidra till minskad trovärdighet. Graneheim och Lundman (2004) menar på att studiers trovärdighet ökar om de som genomför studien har erfarenhet sedan tidigare. Studiens trovärdig stärks genom att data har samlats in genom fokusgrupper. Enligt Graneheim och Lundman (2004) stärks studiens pålitlighets om samma frågor ställs till samtliga deltagare. Genom användandet av samma frågor till samtliga deltagare kunde författarna även stärka studiens pålitlighet. Svaghet i resultatet kan vara att intervjuerna är relativt korta då deltagarna i studien redan efter halva den avsatta tiden upplevde att det inte hade mer att tillföra studien. Några deltagare uttryckte sina upplevelser i större utsträckning än andra vilket kan ses som en svaghet i resultatet. Om deltagarna hade intervjuas enskilt hade alla deltagare fått möjlighet att uttrycka sina upplevelser utan inverkan av andra. För att öka studiens tillförlitlighet försökte moderatorn att under intervjuerna uppmuntra alla deltagare till att vara aktiv i diskussionerna. Vid enskilda intervjuer hade dock interaktionen mellan deltagarna uteblivit och möjligheten för deltagarna att dela erfarenheter och på så sätt komma fram till nya insikter hade gått förlorad (Ivanoff & Hultberg, 2006).

Innehållsanalysen genomfördes systematiskt i flera olika steg av båda författarna, inledningsvis med att textenheter i lämplig storlek valdes ut för att inte förlora viktigt innehåll vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar tillförlitlighet i studien. Hög tillförlitlighet i studien

eftersträvades genom ett systematiskt arbete med texenheterna. Graneheim och Lundman (2004) menar på att tillförlitligheten i ens studie ökar om analysen sker systematiskt. Genom att all data analyserats på samma sätt i analysprocessen så har författarna kunnat öka studiens pålitlighet. Vidare menar Graneheim & Lundman (2004) att pålitligheten ökar om all data analyseras på samma sätt. Citat från båda fokusgruppsintervjuerna presenteras i resultatet. Genom att i ett resultat presentera citat ökar en studies tillförlitlighet (Graneheim & Lundman, 2004). Deltagarna och studiens tillvägagångssätt är detaljerat beskrivet så att studien kan överföras till liknande kontext. Överförbarheten ökar när ett resultat är väl beskrivet och kan överföras till liknande sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). Studien genomfördes endast vid ett sjukhus i norra Sverige, vilket skulle kunna påverka överförbarheten då resultatet kan ha påverkas av lokala rutiner och miljö.

Slutsats

Överrapportering av god kvalitet med korrekt innehåll av postoperativa patienter är viktigt för att kunna genomföra en patientsäker vård där individen och god omvårdnad står i fokus. Denna studie visar på att det är viktigt att de som arbetar och deltar i överrapportering av postoperativa patienter är väl insatta i hur överrapportering ska gå till, vem som ska delta och vad överrapportering bör innehålla för att en effektiv och trygg vård ska kunna genomföras. Genom att öka medvetenheten om överrapporteringens innehåll hos de som deltar i överrapportering av postoperativa patienter kan komplikationer och oförutsedda händelser i patienternas fortsatta vård undvikas. Anestesi-och intensivvårdssjuksköterskor som deltar i överrapportering av postoperativa patienter upplevde i denna studie flera förbättringsområden för att kunna öka patientsäkerheten av postoperativa patienter. Exempel på förbättringsområde som lyftes var dokumentation och ökat förståelse för varandra. Genom att använda surfplattor i dokumentationen och överrapportering skulle en ökad förståelse för varandra kunna uppstå och därmed kan även patientsäkerheten öka samt kvalitén på överrapporteringen och omvårdnaden. Det framkom att operationssjuksköterskans roll i överrapporteringen är av betydelse därav rekommenderar författarna ytterligare forskning i ämnet där operationssjuksköterskor inkluderas i intervjuerna och deras syn på överrapportering av postoperativa patienter tas i beaktande.

Kliniska implikationer

Genom denna studie så kan överrapportering av postoperativa patienter förbättras där en ökad medvetenhet skapas om hur överrapportering idag är utformad och hur brister i den kan påverka patienterna. Studien bidrar även till en ökad medvetenhet om vikten av att tydligt definiera vilken roll/uppgift de som deltar i överrapporteringen av postoperativa patienter har. Studien kan även bidra till att nya rutiner tas fram gällande överrapporteringen och sekundärt kunna bidra till att skapa en ökad god omvårdnad, effektivare och säkrare vård för patienterna.

Referenser

Baillie, L., & Ilott, L. (2010). Promoting the dignity of patients in perioperative practice. *Journal of Perioperative Practice*, 20(8), 278-282.

Baillie, L., Parlett, G., & Huggins, D. (2014). "Promoting a patient's right to dignity". *Journal of Operating Department Practitioners*, 2(1), ss. 24-29.

Blomberg, A., Bisholt, B., Nilsson, J., & Lindwall, L. (2015). Making the invisible visible - operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 361-368. doi:10.1111/scs.12172

Boddy, C. (2005). A rose by any other name may smell as sweet but 'group discussion' is not another name for a 'focus group' nor should it be. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 8(3): 248-55

Brewer, B. B., & Verran, J. A. (2013). Measuring Nursing Unit Environments with Four Composite Measures. *Nursing Economic\$, 31(5)*, 241-249.

Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse Handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, 25(7), 386-393.

Camelo, S. H., & Chaves, L. P. (2013). Teamwork as a nursing competence at Intensive Care Units. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*, 31(1), 107-115.

Chapman, Y. L. (2016). Nurse Satisfaction with Information Technology Enhanced Bedside Handoff. *MEDSURG Nursing*, 25(5), 313-318.

Cornell, P., Townsend Gervis, M., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2014). Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *MEDSURG Nursing*, 23(5), 334-342.

Costa, M. (2001). The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *AORN Journal*, 74(6), 874-881. doi:10.1016/S0001-2092(06)61505-6.

Edvardsson D., Watt E. & Pearce F. (2017) Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality. *Journal of Advanced Nursing* 73(1), 217-227. doi: 10.1111/jan.13105

Gardiner, T. M., Marshall, A. P., & Gillespie, B. M. (2015). Clinical handover of the critically ill postoperative patient: An integrative review. *Australian Critical Care*, 28(4), 226-234. doi:10.1016/j.aucc.2015.02.001

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Ingham-Broomfield, R. (2016). A nurses' guide to the hierarchy of research designs and evidence. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 38-43.

International Council of Nurses. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. (Svensk sjuksköterskeförening, Övers. Rev. utg.). Hämtad 7 maj, 2018, från Svensk sjuksköterskeförening, https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf (Originalarbete publicerat 1953/2012)

Ivanoff, S., & Hultberg, J. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life: basic assumptions in focus-group methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(2), 125-132.

Jones, P. M., Cherry, R. A., Allen, B. N., Jenkyn, K. B., Shariff, S. Z., Flier, S., & Wijeyesundera, D. N. (2018). Association Between Handover of Anesthesia Care and Adverse Postoperative Outcomes Among Patients Undergoing Major Surgery. *JAMA: Journal of The American Medical Association*, 319(2), 143-153. doi:10.1001/jama.2017.20040

Stewart, K. R. (2017). SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *MEDSURG Nursing*, 26(5), 297-305.

Karakaya, A., Moerman, A., Peperstraete, H., François, K.O., Wouters, P.F., & Hert, S.D. (2013). Implementation of a structured information transfer checklist improves postoperative data transfer after congenital cardiac surgery. *European journal of anaesthesiology*, 30 12, 764-9.

Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wei, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29(1), 30-35.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kydon, C. K., Malamis, G., Giasnetsova, T., Tsiora, V., & Gritsi-Gerogianni, N. (2010). The level of teamwork as an index of quality in ICU performance. *Hippokratia*, 14(2), 94-97.

Machaczek, K., Whitfield, M., Kliner, K & Allamrk, P. (2013). Doctors' and nurses' perceptions of barriers to conducting handover in hospitals in the Czech Republic. *American Journal of Nursing Research*, 1 (1), 1-9. doi:10.12691/ajnr-1-1-1

Manser, T., Foster, S., Flin, R., & Patey, R. (2013). Team communication during patient handover from the operating room: more than facts and figures. *Human Factors*, 55(1), 138-156. doi: 10.1177/0018720812451594

Matic, J., Davidson, P., & Salamonson, Y. (2011). Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1/2), 184-189. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03242.x

Moon, T. S., Gonzales, M. X., Woods, A. P., & Fox, P. E. (2016). Improving the quality of the operating room to intensive care unit handover at an urban teaching hospital through a bundled intervention. *Journal of Clinical Anesthesia*, 31, 5-12. DOI: 10.1016/j.jclinane.2016.01.001

Møller, T. P., Madsen, M. D., Fuhrmann, L. & Ostergaard, D. (2013). Postoperative handover: characteristics and considerations on improvement: A systematic review. *European Journal of Anaesthesiology*, 30, 229-242.

Nagpal, K., Vats, A., Ahmed, K., Smith, A. B., Sevdalis, N., Jonansson, H. & Moorthy, K. (2010). A systematic quantitative assessment of risks associated with poor communication in surgical care. *Archives of Surgery (Chicago, Ill. : 1960)*, 145(6), 582–588.

Petrovic, M. A., Martinez, E. A., & Aboumatar, H. (2012). Implementing a perioperative handoff tool to improve postprocedural patient transfers. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 38(3), 135-142.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2015). An observational study of postoperative handover in anesthetic clinics; the content of verbal information and factors influencing receiver memory. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal Of The American Society Of Perianesthesia Nurses*, 30(2), 105-115. doi:10.1016/j.jopan.2014.01.012

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning, legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård hämtad den 16 januari 2018, från svensk sjuksköterskeförening <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.komp.webb.pdf>

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning, legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård Hämtad den 16 januari, 2018, från svensk sjuksköterskeförening <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.och.intensivvard.kompbeskr.pdf>

Rose, M. (2016). Factors Influencing Patient Safety During Postoperative Handover. *AANA Journal*, 84(5), 329-338.

Salzwedel, C., Mai, V., Punke, M.A., Kluge, S., & Reuter, D.A. (2016). The effect of a checklist on the quality of patient handover from the operating room to the intensive care unit: A randomized controlled trial. *Journal of critical care*, 32, 170-4.

Segall, N., Bonifacio, A. S., Schroeder, R. A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D. K., Emery, J., Kellum, S., Wright, M. C., Mark, J. B. & Durham, V. A. P. S. C. o. I. (2012). Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia & Analgesia*, 115, 102-115.

Siddiqui, N.A., Arzola, C., Iqbal, M.N., Sritharan, K., Guerina, L.R., Chung, F., & Friedman, Z.Y. (2012). Deficits in information transfer between anaesthesiologist and postanesthesia care unit staff: an analysis of patient handover. *European journal of anaesthesiology*, 29 9, 438-45.

Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., & Mort, M. (2008). Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: Observational study of handovers in the recovery room. *British Journal Of Anaesthesia*, 101(3), 332-337. doi:10.1093/bja/aen168

Stutzma, S.E., Olson, D.M., Greulich, P.E., Abdulkadir, K., & Rubin, M.A. (2017). The Patient and Family Perioperative Experience During Transfer of Care: A Qualitative Inquiry. *AORN Journal*, 105(2), 193-202. doi:10.1016/j.aorn.2016.12.006
socialstyrelsen. (2009). God vård - Säker vård Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2017). Kommunikation och informationsöverföring. Hämtad 15 januari, 2018, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/kommunikation-och-informationshantering>

SFS 2008:355. Patientdatalagen. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 15 januari, 2018, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 15 januari, 2018, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

Sveriges kommuner och landsting. (2017). Strukturerad kommunikation minskar riskerna i vården, SBAR: SBAR för strukturad kommunikation. Hämtad 16 januari 2018, från Sveriges kommuner och landsting, <https://skl.se/download/18.535f453b144f9c99a838419b/1398411819721/skl-sbar-pm.pdf>

The Belmont Report. (1978). Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Hämtad 16 januari 2018, från https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_appendix_belmont_report_vol_2.pdf

Wibeck, V. (2010). Fokusgrupper: Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur

Widmark, C., Tishelman, C., Gustafsson, H., & Sharp, L. (2012). 'Information on the fly': Challenges in professional communication in high technological nursing. A focus group study from a radiotherapy department in Sweden. *BMC Nursing*, *11*(1), 10-18. doi:10.1186/1472-6955-11-10

World Health Organization (WHO). (2009). *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009*. Hämtad 3 juni 2018 från: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf

World Health Organization (WHO). (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety Version 1.1 Final Technical Report January 2009 Hämtad 2 juni 2018 från: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

Yang, J., & Zhang, J. (2016). Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *Journal Of Clinical Nursing*, *25*(7/8), 1062-1072. doi:10.1111/jocn.13115



Intervjumall

Presentationsrunda med namn, yrke samt år inom yrket.

1. Hur går överrapporteringen till av den postoperativa patienten hos er?
2. Hur upplever ni miljön omkring er när ni överrapporterar?
3. Finns de någonting i överrapporteringen ni skulle vilja ändra?
 - Får ni fram den information ni vill / finns de någonting ni upplever kan göras bättre?
 - Finns de tillräckligt med tid?
 - Finns de någonting i överrapporteringen som ni känner inte fungerar?
4. Anser ni att de funnits gånger då patientsäkerheten varit hotad eller vårdskador uppstått på grund av bristande överrapporteringen hos den postoperativa patienten?
 - Har ni några exempel?
5. Hur upplever ni att överrapporteringen av den postoperativa patienten påverkar den fortsatta vården?
6. Hur upplever ni att en bra överrapportering går till?
 - Har ni några exempel?
 - Är det någon som vill lägga till något?



Förfrågan till verksamhetschef om att genomföra intervjustudie, även förfrågan om förmedling av studiedeltagare.

I utbildningen till specialistsjuksköterskor med inriktning intensivvård vid Luleå tekniska universitet, önskar vi att genomföra en studie med syftet är att beskriva s och anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor upplevelser i överrapportering av postoperativa patienter.

På svenska sjukhus och runt om i världen överrapporteras dagligen flertal patienter mellan anestesi- och intensivvårdssjuksköterskor, vad som blir sagt har stor betydelse för patienternas fortsatta vård och sjuksköterskans upplevelse av överrapporteringen. Uppstår brister i överrapporteringen utgörs en stor risk för att viktig information faller bort och helhetsbilden av patienterna inte blir korrekt.

Genom detta informationsbrev önskar vi få verksamhetens tillåtelse att genomföra en kvalitativ intervju genom fokusgrupper. Vi vill intervjua anestesi- intensivvårdssjuksköterskor och som arbetat minst ett år med överrapporteringen av postoperativa patienter i anslutning till intensivvårdsavdelningen.

Vid godkännande för att genomföra studien kommer informationsbrev skickas ut till de som uppfyller dessa kriterier för information om studien och förfrågan om deltagande. De personer som vill delta i studien kommer vi avtala tid och plats med när intervjun ska genomföras. Samtycke kommer inhämtas både muntligt och skriftligt genom samtyckets formulären som bifogas med informationsbrevet till deltagarna. Denna samtyckesformulär lämnas in av deltagarna vid genomförandet av intervjuerna. Information om att deltagaren när som helst kan avbryta sin medverkan i studien kommer lämnas i informationsbrevet. Datan som samlas in under studien kommer att förvaras till uppsatsen är godkänd och publicerad i Luleå tekniska universitets databas, www.ltu.se samt databasen Diva, <http://www.diva-portal.org>. När detta är gjort kommer insamlad data att förstöras.

Vid frågor eller funderingar, kontakta oss eller vår handledare.
Med vänliga hälsningar

Jennie & Emelie

Jennie Arvidsson

Leg. Sjuksköterska

jenari-01@student.ltu.se

070-6739619

Emelie Selström

Leg. Sjuksköterska

emllin-6@student.ltu.se

076-0087280

Handledare:

Linda Sandström, doktorand i omvårdnad

Linda.l.sandstrom@ltu.se

Institutionen för omvårdnad Luleå tekniska universitet

Tel 0920-491000 vxl

Härmed ger jag som verksamhetschef min tillåtelse till att genomföra studien på XXX

Underskrift/datum/Ort

Namnförtydligande



Informationsbrev och förfrågan om medverkan i studie där syftet är att beskriva anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskors upplevelser i överrapporteringen av postoperativa patienter.

Din chef har uppgett till oss att du deltar i överrapportering av postoperativa patienter och har minst ett års arbetslivserfarenhet inom intensivsjukvård/anestesisjukvård.

Med detta brev vill vi fråga om du vill delta i ett forskningsprojekt där syfte är att beskriva anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskors upplevelser i överrapporteringen av postoperativa patienter.

Denna studie är en del i vår utbildning till specialistsjuksköterskor med inriktning intensivvård vid Luleå tekniska universitet.

Intervjuerna kommer ske genom fokusgrupper, vilket innebär att ni i en grupp på fyra deltagare kommer svara på frågor och diskutera dessa tillsammans med övriga deltagare. Beräknad tidsåtgång är ca 1 timme. Samtliga deltagare i respektive fokusgruppintervju kommer ha liknande utbildning och ha liknande specialistsjuksköterskeexamen. Fokusgrupp intervjun kommer att genomföras efter överenskommelse mellan samtliga deltagare och forskare. Under intervjun kommer huvudhandledaren att närvara. Ljudinspelning av intervjun kommer ske och materialet kommer handhas av forskarna och huvudhandledaren.

Det är frivilligt att delta i studien och ni kan när som helst avbryta ert deltagande utan att ange anledning.

Det som sägs under intervjun bör stanna i gruppen och detta kommer uppmanas till innan intervjun påbörjas. Insamlad data kommer att behandlas konfidentiellt. Alla insamlad data kommer att förvaras till uppsatsen är godkänd och publicerad i Luleå tekniska universitets databas, www.ltu.se samt databasen Diva, <http://www.diva-portal.org>. När detta är gjort kommer den insamlade datan att förstöras.

Vid önskat deltagande i denna studie, svara med vändande mail eller kontakta oss enligt nedan. Samtyckesformulär nedan ska tas med till intervjutillfället enligt instruktioner i samtyckes formulären.

Vid övriga frågor eller funderingar är ni välkomna att kontakta oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Jennie & Emelie

Jennie Arvidsson

Emelie Selström

Leg. Sjuksköterska

Leg. Sjuksköterska

jenari-01@student.ltu.se

emllin-6@student.ltu.se

070-6739619

076-0087280

Handledare:

Linda Sandström, doktorand i omvårdnad

linda.l.sanstrom@ltu.se

Institutionen för omvårdnad Luleå tekniska universitet

Tel 0920-491000 vxl

Bilaga 3 fortsättning



Samtyckesformulär

Genom att skriva på detta formulär intygar jag att jag tagit del av och förstått innebörden av informationen i informationsbrevet. Önskar mer information och önskar delta i forskningsprojektet med syftet är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors och anestesijuksköterskors upplevelser i överrapportering postoperativa patienter. Jag är införstådd med att jag när som helst avbryta mitt deltagande utan att ange skäl.

Jag lämnar härmed mitt informerade samtycke till deltagande i forskningsprojektet genom denna samtyckesformulär:

Namn:

Telefon:

E-post:

Underskrift/datum/Ort