



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

OPERATIONSSJUSKÖTERSORS ERFARENHETER AV INTRAOPERATIV ÖVERRAPPORTERING VID SKIFTBYTE ELLER AVLÖSNING

En intervjustudie

**Helen Andersson
Tetiana Khatsarevych**

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård/ Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	My Engström
Examinator:	Monica Pettersson

Titel svensk:	Operationssjuksköterskors erfarenheter av intraoperativ överrapportering vid skiftbyte eller avlösning
Titel engelsk:	Theatre nurses' experiences of intraoperative shift handover
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård/ Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	My Engström
Examinator:	Monica Pettersson
Nyckelord:	Operationssjuksköterska, intraoperativ överrapportering, kommunikation, patientsäkerhet, kommunikationsverktyg SBAR.

Sammanfattning

Bakgrund: Att förebygga misstag samt säkerställa patientsäkerheten är en central uppgift inom hälso- och sjukvården. Det stora antalet övergångar som förekommer i hela den preoperativa, intraoperativa och postoperativa fasen av vården leder till att patienter som ska opereras riskerar att drabbas av eventuella misstag vid överrapportering vilket kan äventyra patientsäkerheten. Mycket av forskningen inom ämnet fokuserar på den postoperativa överrapporteringen, medan det råder kunskapsluckor gällande den intraoperativa överrapporteringen. **Syfte:** Syftet med studien var att kartlägga instrumenterade operationssjuksköterskors erfarenheter av intraoperativ överrapportering vid avlösning eller skiftbyte. **Metod:** En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod har tillämpats. Totalt intervjuades sex operationssjuksköterskor från två operationsavdelningarna vid två sjukhus i västra Sverige. Därefter analyserades det insamlade materialet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultat:** Dataanalysen resulterade i ett övergripande tema, två huvudkategorier och fem underkategorier. Kategorierna var arbetsmiljöfaktorer och professionsfaktorer, som låg till grund för det övergripande temat: ”Överrapportering är viktig men det är svårt att prioritera under pågående operation”. Arbetsmiljöfaktorer som stress orsakad av tidsbrist eller hög ljudvolym på salen samt professionsfaktorer som samspel och multitasking hade en betydande påverkan på den överrapporterande operationssjuksköterskan. **Slutsats:** Studiens huvudfynd är att operationssjuksköterskor kan uppleva problem med att prioritera överrapporteringen under pågående operation. Kunskapen som belyser den intraoperativa överrapportering mellan operationssjuksköterskor skulle kunna förbättras genom fortsatt forskning baserad på observationsstudier. En hjälp till förbättrad överrapportering kan vara att modifiera SBAR som behöver studeras vidare.

Nyckelord: operationssjuksköterska, intraoperativ överrapportering, kommunikation, patientsäkerhet, kommunikationsverktyg SBAR.

Abstract

Background: To prevent mistakes and ensure patient safety is a central task within the healthcare system. The large numbers of transitions that occur throughout the preoperative, intraoperative and postoperative phases of care results in that the surgical patients are more vulnerable to potential handover errors which can affect patient safety. Plenty of research within this field focuses mainly on the postoperative handover while reports on the intraoperative handover are sparse. **Aim:** The aim of the study was to explore theatre nurses' experiences of the intraoperative shift handover. **Method:**

A qualitative study with semi- structured interviews was conducted. In total, six theatre nurses from two different hospitals in western Sweden were interviewed. Data was analysed using a qualitative content analysis with an inductive approach. **Result:** The analysis of the data resulted in one theme, two main categories and five subcategories. The main categories were work environmental factors and profession factors, being the foundation for the main theme "The intraoperative handover is important but difficult to prioritize during surgery". Work environment factors like stress due to lack of time or high volume in the operating room as well as profession factors like teamwork and multitasking have a considerable impact on the reporting nurse. **Conclusion:** The main findings of the study are that theatre nurses may experience problems in prioritizing handover during surgery. The knowledge that highlights the intraoperative handover between the theatre nurses could be improved through continual research based on observational studies. A help for improved handover may be to modify SBAR that need to be studied further.

Keywords: theatre nurse, intraoperative handover, communication, patient safety, SBAR communication technique.

Förord

Vi vill tacka avdelningscheferna som gav sitt samtycke för att genomföra vår intervjustudie på deras operationsavdelningar. Vi vill även tacka operationssjuksköterskorna som tog sig tid till att delta i vår studie och som delade med sig av sina erfarenheter av den intraoperativa överrapporteringen. Slutligen vill vi tacka vår handledare My Engström för allt stöd och vägledning vi har fått under skrivprocessen.

Tetiana Khatsarevych

Helen Andersson

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Bakgrund	1
Perioperativ omvårdnadsprocess	1
Operationssjuksköterskors roll inom den intraoperativa omvårdnaden.....	2
Patientsäkerhet.....	3
Kommunikation	4
Kommunikation vid överrapportering inom vården	4
Operationsmiljöns påverkan på kommunikation	5
Kommunikationsverktyg för säkrare vård	6
3 Problemformulering	7
4 Syfte	8
5 Metod	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden.....	10
6 Resultat.....	11
Arbetsmiljöfaktorer	12
Kommunikationsrutiner	12
Typ av kirurgi och fas av operation	13
Överrapportering under stress.....	14
Professionsfaktorer	15
Samspel.....	15
Multitasking	17
7 Diskussion	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion	20
8 Slutsats	22
Referenslista	23

Bilaga 1 Intervjuguide	29
Bilaga 2 Brev till verksamhetschef.....	30
Bilaga 3 FPI.....	32

1 Inledning

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska vården tillfredsställa patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Hälso- och sjukvård är en avancerad och riskfylld arbetsmiljö där en effektiv kommunikation är en nödvändig egenskap (Wallin & Thor, 2008). Bristande kommunikation mellan olika verksamheter eller mellan personal orsakar omkring hälften av de allvarliga skador som förekommer inom vården (Rabøl, Andersen, Østergaard, Bjørn, Lilja & Mogensen, 2011). Kommunikationsbrister är mest vanligast förekommande under överrapporteringen (Rabol et al., 2011; Smeulers, Lucas & Vermeulen, 2014).

Inom den perioperativa omvårdnadsprocessen finns några övergångar där överlämnandet av ansvaret för patienten ingår och en av dem kan ske under pågående operation. Under verksamhetsförlagda utbildningar inom operationssjukvården upplevde studieförfattarna att överrapportering under pågående operation vid skiftbyte eller avlösning kan bli en utmaning för operationssjuksköterskan eftersom den ibland utförs under stressiga omständigheter och uppmärksamheten behöver riktas samtidigt till andra händelser. Efter genomgången av tidigare vårdvetenskaplig forskning i ämnet konstaterades, att det finns forskning som fokuserar på postoperativ överrapportering (McElroy, Macapagal, Collins, Abecassis, Holl, Ladner & Gordon, 2015; Salzwedel, Mai, Punke, Kluge & Reuter, 2016), men att få studier behandlar överrapportering vid skiftbyte/avlösning under pågående operation. För att kunna säkerställa samma säkerhetsnivå vid överrapportering av patienter genom hela vårdkedjan är det viktigt att öka kunskapen om den intraoperativa överrapporteringen. Vår studie fokuserar därför på att kartlägga instrumenterande operationssjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter kring intraoperativ överrapportering.

2 Bakgrund

Perioperativ omvårdnadsprocess

Operationssjuksköterskan har ansvar för att utföra omvårdnadsåtgärder före, under och efter operationen vilket kräver speciell kunskap inom perioperativ omvårdnad (Riksförening för operationssjukvård & svensk sjuksköterskeförening, 2011). Enligt den perioperativa originalmodellen som introducerades av Tolered, Botsford, Hoglan, Price, Sawyer & Bradley (1985) kan perioperativ omvårdnad indelas i tre faser: preoperativa, intraoperativa och postoperativa fasen. Den preoperativa fasen sträcker sig från tidpunkten då patienten fick besked om sin planerade operation fram tills att patienten har kommit till operationssalen. Det kirurgiska ingreppet ingår i den intraoperativa fasen. Den postoperativa fasen inkluderar perioden från det att patientens kirurgiska ingrepp är avslutat tills att omvårdnaden i förhållande till den genomförda operationen har utvärderas.

Den perioperativa omvårdnaden, som omfattar samtliga tre faser, ska betraktas enligt Steelman (2015) som en omvårdnadsprocess som kräver ett system av kritiskt tänkande och lägger grunden för omvårdnadsåtgärder. Syftet med den perioperativa omvårdnaden är att säkerställa patientens individuella behov på ett professionellt sätt. För att förebygga komplikationer i samband med operationen och för att optimera omvårdnadsprocessen ska datainsamling och planering ske i den preoperativa fasen, genomförandet i den intraoperativa fasen samt utvärderingen i den postoperativa fasen (Steelman, 2015).

Operationssjuksköterskors roll inom den intraoperativa omvårdnaden

Operationssjuksköterskans erfarenheter av intraoperativa omvårdnadsåtgärder beskrivs av Kolvered, Öhlén & Gustafsson (2012) som processer som syftar till att skapa välbefinnande för patienten genom en kontinuerlig tillitsfull relation. Även processer syftande till att ge garanterad patientsäkerhet och välbefinnande genom operationssjuksköterskans ständigt vakande öga skapar en säker miljö som främjar sårhäkning, återhämtning och välbefinnande.

Enligt Riksföreningen för operationssjukvård (2016) ingår operationssjuksköterskan i det interprofessionella teamet i operationsrummet och ingen av de yrkeskompetenser som ingår i det kirurgiska teamet är utbytbar utan att risken för en otydlig kommunikation uppstår och att patientsäkerheten äventyras. Kolvered, Öhlén & Gustafsson (2012) visar i deras studie hur operationssjuksköterskor i operationssalen leder arbetet genom ständigt interagerande med de övriga teammedlemmarna för att säkra en säker vård och uppnå ett gott slutresultat för patienten.

Operationssjuksköterskan har en behandlande funktion som innebär att hon kompenserar för avsaknaden av patientens egenvård i den intraoperativa fasen (Riksföreningen för operationssjukvård, 2016). Det innebär exempelvis att operationssjuksköterskan kontinuerligt bedömer och utvärderar status på hud och vävnad för att främja sårhäkning och postoperativ återhämtning samt att identifiera individuell överkänslighet för olika typer av operationsmaterial, läkemedel och förband. Att anpassa positionering på operationsbädden är ytterligare en del av ansvarsområdet. Operationssjuksköterskans kompetens blir synlig bland annat genom kommunikation och samarbete med det kirurgiska teamet med ansvar för säker instrumentering, kirurgisk assistans i operationssåret, förebyggande av tryck-, nerv-, skjuv- och brännskador. Därutöver ska operationssjuksköterskan säkerställa förutsättningarna på operationssalen vad gäller ventilation, temperatur, medicinteknisk utrustning och hygienisk standard enligt Riksföreningen för operationssjukvård (2016). Bäckström (2012) säger att operationssjuksköterskans målinriktade prevention, behandling och lindring lägger grunden för rehabilitering av patienten efter ett kirurgiskt ingrepp.

Operationssjuksköterskan planerar det perioperativa omhändertagandet av patienten och ser till att planera den kirurgiska utrustningen i förhållande till aktuellt ingrepp samt journalför i enlighet med patientdatalagen och ansvarar för att dokumentera de operationsspecifika

omständigheterna (Riksföreningen för operationssjukvård, 2016). Hennes signatur i journalen står som garant för att säkerhetskontroller av den kirurgiska utrustningen utförts före, under och efter ingreppet samt säkerställer att inget material, som inte skall lämnas kvar, lämnas kvar i patienten (Riksföreningen för operationssjukvård, 2016). Enligt Bäckström (2012) är operationssjuksköterskans uppgift att förhindra skada eller lidande hos patienten, utöver det som är tvunget att ingå i den aktuella kirurgiska behandlingen. Vidare uttrycker Bäckström (2012) att i denna arbetsuppgift ingår förebyggande omvårdnadsåtgärder som evidensbaserade rutiner för att undvika infektioner, smittspridning, hypotermi samt vårdskador som kan uppstå intraoperativt.

Patientsäkerhet

I Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) står att hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att bidra till att upprätthålla hög patientsäkerhet. Enligt Öhrn (2013) garanteras patientsäkerhet inom vården när alla inblandade medarbetare tar sitt ansvar oavsett nivå i organisationen eller vilken vårdform de arbetar inom. Trygghet och säkerhet är något som både patienter, närstående samt vårdpersonal har rätt att känna till. För att uppnå detta krävs att ett systematiskt och korrekt arbetssätt används samt att det finns en riskmedvetenhet i organisationen (Öhrn, 2013).

Att öppna för möjligheten med ett synsätt där människors normer tas hänsyn till och värderingar och beteenden ses som kollektiva istället för individuella fenomen är ett naturligt led i att förbättra patientsäkerheten som är påverkad av kultur och klimat (Rollenhagen, 2013). Begreppet säkerhetskultur hänförs oftast till omständigheter i samband med Tjernobylys reaktorolycka 1986, där det ansågs att fokus på teknik och beteende inte räckte till som förklaring till katastrofen. Rollenhagen (2013) sammanfattar begreppet säkerhetskultur med att belysa att säkerhet är ett värde som tävlar med en organisations andra mål och värden och föreslår därför strategier om en kollektiv etik som hanterar de målkonflikterna som är kärnan i begreppet organisationens säkerhetskultur.

En stor del av säkerheten i en given situation beror på objektiva faktorer som till exempel bemanning, informationstillgång, eller arbetstider (Rollenhagen, 2013). Många gånger är patientsäkerhetens problem redan kända och den akuta frågeställningen handlar därför ofta om att kunna genomföra effektiva åtgärder.

Specialistsjuksköterskan har en central roll inom patientsäkerhetsarbetet genom sitt personliga yrkesansvar och sitt ansvar att utveckla omvårdnad, vilket vilar på en evidensbaserad grund (Öhrn, 2013). Genom att hen rapporterar, analyserar och åtgärdar avvikelser samt risker bidrar hen till en säkrare vård. Det är också av vikt att det finns en följsamhet till fastställda procedurer, rutiner och riktlinjer samt att kommunikationen och informationsöverföringen sker på ett systematiskt och standardiserat sätt. Därvid ska patientens säkerhet alltid

prioriteras. Patientsäkerhet kräver ett helhetstänk som går bortom den enskilde patienten och som genomsyrar allt arbete generellt (Öhrn, 2013).

Stewart och Hand (2017) i sin litteraturstudie visar att fel i kommunikationen kan vara en bidragande faktor till ogynnsamma händelser för patienter framöver. Enligt Sveriges kommuner och landsting (2017) är brister i kommunikation och informationsöverföring en av de vanligaste orsakerna till avvikelser i vården, vilket även gäller muntliga överrapporteringar.

Kommunikation

Begreppet kommunikation kommer av det latinska ordet ”*communico*” som innebär att göra något gemensamt (NE, 2017). Eide & Eide (2007) definierar kommunikation som ”utbyte av meningsfulla tecken mellan två eller flera partner” (Eide & Eide, 2007, s.21).

Enligt Arnold & Underman Boggs (2016) finns det två olika perspektiv på kommunikation och som kan beskrivas med två övergripande modeller. Den enklaste kommunikationsmodellen är en linjär modell som visar hur budskapet överförs från en avsändare till en mottagare. Sändaren formulerar sitt budskap med hjälp av verbala och icke-verbala symboler vilka mottagaren ska kunna interpretiera och förstå. Samtidigt vet avsändaren inte hur mottagaren har tolkat budskapet. Enligt den andra modellen som bygger på den linjära modellen betraktas återkoppling som en viktig del av kommunikationen. När människor kommunicerar ska det skapas en gemensam förståelse (Arnold & Underman Boggs, 2016).

Sammanhang är ett annat koncept som finns i båda modellerna (Arnold & Underman Boggs, 2016). Kommunikationen beror i hög grad på i vilket sammanhang det sker och vilka faktorer som påverkar mottagandet av budskap (Baggens & Sanden, 2009). Den mest kritiska faktorn är närvaro av brus vilket definieras som något som stör både den effektiva överföringen, mottagandet och tolkningen av budskapet. Brus finns av olika slag. Fysiskt brus är de störningar som finns i den fysiska miljön till exempel hög musik eller hög temperatur. Fysiologiskt brus kan bero på interna faktorer som trötthet, ångslighet, vrede. Kulturella och sociala skillnader kan beskrivas som psykologiskt brus. Semantiskt brus förknippas med förståelse av språk (Arnold & Underman Boggs, 2016).

Kommunikation vid överrapportering inom vården

Det finns olika ingångar på förståelse av vad överrapportering inom vården innefattar. Cohen & Hilligoss (2010) betonar att ett utmärkande drag av denna typ av kommunikation är överföringen av det professionella ansvaret för patienten. Siemsen, Madsen, Pedersen, Mickaelsen, Pedersen, Andersson & Ostergaard (2012) definierar i sin studie överrapportering som en situation där professionellt ansvar för något eller flera aspekter av patientens diagnos, behandling eller vård överförs mellan en eller olika vårdprofessioner tillfälligt eller permanent.

Överrapportering är en tvåvägsprocess, där personen som tar emot information och tar över ansvaret för patienten inte enbart bör vara passiva mottagare (Australian Medical Association, 2006). En effektiv överrapportering kännetecknas av att mottagaren har möjlighet att ställa frågor. Amato-Vealey, Barba & Vealey (2008) påvisar att en kommunikation vid överrapportering är effektiv om den är aktuell, korrekt, fullständig och förstått av mottagaren. Detta minskar möjliga källor för fel och bidrar till förbättrad patientsäkerhet.

Det stora antalet övergångar som förekommer i hela den preoperativa, intraoperativa och postoperativa fasen av vården leder till att patienter som ska opereras är utsatta för eventuella misstag vid överrapportering (Amato-Vealey, Barba & Vealey, 2008). I studien av Nagpal, Arora, Vats, Wong, Sevdalis, Vincent & Moorthy (2014) analyserades kommunikations- och informationsöverföringsfel över hela den kirurgiska vårdvägen. Författarna redovisar fem olika typer av faktorer som kan orsaka överföringsfel. I studien listas vanligt förekommande faktorer, som arbetsmiljöfaktorer beroende på hög arbetstakt, brist på personal och brist på administrativt stöd, eller teknologiska faktorer som ostrukturerad kommunikation och avsaknad av checklistor. Dessutom kan individuella faktorer tillkomma, som personalens relativa oerfarenhet eller glömska. Organisatoriska faktorer som brist på specialistsjuksköterskor och teamfaktorer som bristfälligt ledarskap är andra möjliga faktorer.

Siemsen et al. (2012) beskriver överrapportering som en komplex process vilken innefattar olika aspekter relaterade till kommunikation, ansvar och det specifika sammanhanget i vilket överrapportering sker. Aase, Ask Vasshus & Meling (2007) påvisar att kvaliteten av överrapportering kan förknippas med brist på tid, förekomst av avbrott, mängd av information, yrkeserfarenhet och individuell kommunikationsförmåga.

Enligt Mayor, Bangerter & Aribot (2012) är överrapporteringar vid skiftbyten en del av verksamhetens rutiner med syfte att koordinera vården och att säkerställa kontinuitet i patientbehandlingen. Det finns en stor variation i hur överrapportering kan ske beroende på olika förutsättningar på olika vårdenheter. Därför är det viktigt att ta hänsyn till arbetsmiljöfaktorer vid standardisering av kommunikationsprocessen (Mayor, Bangerter & Aribot, 2012).

Intraoperativ överrapportering kan vara en svår uppgift att genomföra när operationspersonalen som överrapporterar inte har möjlighet att fullt ut koncentrera sig på detta, då det krävs uppmärksamhet till många andra moment samtidigt. Dessutom sker intraoperativ överrapportering i en störande miljö med många distraherande moment (Agarwala, Firth, Albrecht, Warren & Musch, 2015).

Operationsmiljöns påverkan på kommunikation

En operationsavdelning är en högteknologisk miljö där hög ljudnivå ofta förekommer. I studien av Padmakumar, Cohen, Churton, Groves, Mitchell & Brennan (2017) framkommer det att brus i operationssalen har en negativ påverkan på vårdpersonal, både fysiskt och psykiskt. Det kan leda till bristande koncentration, göra kommunikationen svårare och orsaka

en upplevd ökning av stress. 83 % av deltagarna i deras studie tycker att brus bidrar till mänskliga fel (Padmakumar et al., 2017).

Plaxton i sin litteratur studie (2017) nämner ett antal olika ljudkällor som i operationssalen kan medföra uppkomsten av brus. Det är utrustning med hög ljudnivå, exempelvis sugapparat, musik, öppning och stängning av dörrar, telefoner, larm samt samtal mellan medarbetare. När brusnivån är hög behöver personalen höja sina röster för att bli hörda som kan ytterligare bidra till en förhöjning av brusnivån (Plaxton, 2017).

Den negativa effekten av brus är större när operationspersonal är stressad (Plaxton, 2017). Tidigare forskning visar att det inte är ovanligt att operationssjuksköterskor upplever stress i operationssalen på grund av hög arbetsbelastning samt tidspress (Kingdon & Halvorsen, 2006; Vowels, Topp & Berger, 2012; Zhou & Gong, 2015). Sharp (2012) i sin bok ” Effektiv kommunikation för säkrare vård” beskriver hur stress kan minska förmågan till rationellt tänkande vilket i sin tur kan leda till ökad irritation eller kommunikationsproblem i teamet.

Amato-Vealey, Barba & Vealey (2008) uppger att en stökig miljö är en vanlig orsak till kommunikationsbrist vid överrapportering och för att minimera riskerna kan en standardiserad kommunikationsteknik vara nödvändig att användas.

Kommunikationsverktyg för säkrare vård

Att använda olika kommunikationsverktyg som stöd inom perioperativ omvårdnad är en förutsättning för att säkerställa en bra och patientsäker vård (Riksförening för Operationssjukvård & Svensk Sjuksköterskeförening, 2011). Säkra kommunikationsmetoder har utvecklats av organisationer med hög tillförlitlighet (High Reliability Organisation, HRO), exempelvis inom kärnkraftsindustrin, långt innan detta tillämpades inom vården. Överföringen av information skulle kunna ske snabbt och korrekt mellan personal i en svår situation vid skiftbyte (Wallin & Thor, 2008). Ett av de använda kommunikationsverktyg som förekommer i vården är SBAR. SBAR är en förkortning och står för de fyra delarna: S-situation, B-bakgrund, A-aktuellt tillstånd och R-rekommendation (Amato-Vealey, Barba & Vealey, 2008). SBAR är en teknik som är lätt att komma ihåg och som kan begränsa ett samtal till den mest viktiga informationen som behöver överföras, vilket i en akut situation kan vara avgörande. Denna metod fokuserar även på mottagarens förväntningar om vad som kommer att kommuniceras och på vilket sätt, som är en viktig faktor när det gäller att utveckla samarbete i teamet och främja en säkerhetskultur (Amato-Vealey, Barba & Vealey, 2008).

För att effektivisera kommunikationen med hjälp av SBAR behöver den anpassas till den aktuella arbetsmiljön när det gäller att fastställa vilken övergång som planeras och vilken personal som är involverade (Wallin & Thor, 2008). Hawthorne et al. (2017) konstaterar i sin studie om användning av SBAR inom intraoperativ överrapportering, att implementeringen av SBAR teknik i vården generellt har förbättrat informationsöverföringen och bidragit till ökad patientsäkerhet. Författarnas slutsats är samtidigt att användningen av SBAR teknik inte är en universell modell som tillgodoser alla involverade personers behov. Olika professioner med

sina speciella roller i teamet kan komma att fokusera på olika delar av SBAR (Hawthorne et al., 2017).

Ett annat angreppssätt att styra upp kommunikationen består av upprättandet av säkerhetschecklistor som initialt introducerades redan på 1930-talet (Russ, Rout, Sedvalis, Moorthy, Darzi & Vincent, 2013). De används rutinemässigt exempelvis inom luftfart och annan högriskindustri, som kräver en komplex mänsklig interaktion för att förhindra olyckor.

Inom operationsvården introducerades checklistor först på 2000-talet. En beprövad checklista som används inom vården utarbetades för säker kirurgi av Världshälsoorganisationen (World Health Organisation, 2009). WHO:s checklista innehåller en samling av grundläggande säkerhetskontroller som ska utföras verbalt av operationslaget på särskilda tider under ett kirurgiskt ingrepp. Dessa kontroller är utformade på ett sätt som ska minimera risken för komplikationer och dödsfall genom att förstärka och standardisera godkända säkerhetsprocedurer (Russ et al. 2013). Enligt WHO:s checklista indelas operationsprocessen i tre tidperioder: period före inledning av anestesi (förberedelse), period före incision (timeout) samt period innan patienten lämnar operationssalen (avslutning). Genom att främja direkt verbal kommunikation och interaktion ska WHO:s checklista säkerställa en gemensam förståelse av situationen (WHO, 2009).

Checklistor är en funktionell och konsekvent metod för att förebygga uppkomsten av mänskliga misstag och kan anpassas till att fungera i olika miljöer. Att upprätta en effektiv checklista är emellertid inte enkel (McConnell, Kyle & Mocco, 2012).

Ett antal studier bekräftar att checklistor kan vara ett effektivt kommunikationsverktyg vid intraoperativ kommunikation mellan anestesijuksköterskor (Agarwala, Firth, Albrecht, Warren & Musch, 2015; Boat & Spaeth, 2013; Jullia, Tronet, Fraumar, Minville, Fourcade, Alacoque, LeManach, & Kurrek, 2017). Författarna av dessa studier utvecklade överrapporteringschecklistor som blev testade i några sjukhus i USA och Kanada. Resultaten av studien visade att checklistorna förbättrade kvaliteten av den intraoperativa kommunikationen utan att fördröja överrapporterings tiden. Dessutom har checklistorna underlättat för den efterföljande postoperativa överrapporteringen.

Operationssjuksköterskor som deltog i studien av Alfredsdottir & Bjornsdottir (2008) nämnde att checklistor skulle kunna vara ett hjälpsamt verktyg speciellt i situationer med tidspress. De upplevde att informationsutbytet under skiftbyte borde bli mer formaliserad och säkert. I en annan studie av Clark (2013) framkommer att överrapporteringen mellan operationssköterskor är en kritisk fas, där säkerställandet av en korrekt kommunikation skulle kunna förbättras med hjälp av checklistor.

3 Problemformulering

Att förebygga misstag samt säkerställa patientsäkerheten är en central uppgift inom hälso- och sjukvården. En av de vanligaste orsakerna för uppkomsten av vårdskador är bristande kommunikation vid överrapportering. Inom den perioperativa omvårdnadsprocessen finns

några övergångar där överlämnandet av ansvaret för patienten ingår. Mycket av forskningen inom ämnet fokuserar på den postoperativa överrapporteringen, medan det råder kunskapsluckor gällande den intraoperativa överrapporteringen. Instrumenterande operationssjuksköterskor ansvarar för patientsäkerheten ur flera aspekter under operationen: aseptik, positionering och instrumentering vilket kan innebära att den intraoperativa överrapporteringen mellan sjuksköterskor vid till exempel skiftbyte, eller vid avlösning kan vara komplexa och omfattande. Med målet att minska kunskapsluckan inom ämnet och därmed bidra till en förbättrad patientsäkerhet är det av stor vikt att få en större kunskap om instrumenterande operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa överrapporteringen.

4 Syfte

Syftet med studien var att kartlägga instrumenterade operationssjuksköterskors erfarenheter av intraoperativ överrapportering vid avlösning eller skiftbyte.

5 Metod

Design

Syftet med studien var att få en större kunskap om operationssjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter av den intraoperativa överrapporteringen, därför valdes en kvalitativ design med forskningsintervjuer som datainsamlingsmetod. Metoden är lämplig om forskaren försöker förstå världen från undersökningsspersonernas synvinkel och utveckla en mening ur deras erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2014). Därefter analyserades intervjuerna med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Urval

En handlingsprincip om hur urvalet ska genomföras i en kvalitativ studie är att deltagarna ska ha upplevt det fenomen som ska undersökas och måste kunna förklara hur de upplevt fenomenet i verkliga livet (Polit & Beck, 2017). Utifrån denna princip valdes i studien att intervjua instrumenterande operationssjuksköterskor som hade minst 1 års yrkeserfarenhet och arbetade för tillfället på en operationsavdelning med dygnet runt verksamhet. Avdelningarna med dagkirurgi exkluderades på grund av deras arbetsrutiner, då operationssjuksköterskor där sällan blir avlösta under en pågående operation. Deltagarna i studien utgjordes av operationssjuksköterskor från två operationsavdelningarna vid två sjukhus i västra Sverige. De operationsavdelningarna som var aktuella för studien var de som fanns i närområdet och där verksamhetscheferna och avdelningscheferna har gett sitt samtycke till genomförandet av studien. Deltagarna rekryterades från de aktuella operationsavdelningarna efter att de hade informerats både skriftligt och muntligt om studien. Urvalsprincipen var ett bekvämlighetsurval. Totalt intervjuades sex operationssjuksköterskor varav samtliga var kvinnor med erfarenhet av mellan fyra och tolv år.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av individuella semistrukturerade intervjuer där en intervjuguide användes som en utgångspunkt (se bilaga 1). Intervjuguiden kompletterades med ett antal följdfrågor som användes i syfte att inspirera deltagarna att reflektera över sina erfarenheter och vidare utveckla sina berättelser (Kvale & Brinkmann, 2014). För att kontrollera att frågorna i intervjuguiden var lämpliga utifrån studiens syfte och att de skapade bra förutsättningar för en rik och detaljerad information om fenomenet (Polit & Beck, 2017), genomfördes en pilotintervju med en av operationssjuksköterskorna. Vid denna första intervju deltog båda studieansvariga som därefter diskuterade intervjuguidens lämplighet, som ansågs vara väl utvecklad och inte behövde justeras. Pilotintervjun betraktades att vara av god kvalitet och inkluderades därför i studiens resultat.

Samtliga intervjuer genomfördes under tre veckor i april 2018. Intervjuerna ägde rum i en lugn atmosfär på avskilda rum på deltagarnas arbetsplatser. Varje intervju dokumenterades med hjälp av digital inspelning. Enligt Malterud (2015) är stödanteckningar ett bra komplement för att komma ihåg funderingar och icke verbala intryck. Under varje pågående intervju som i genomsnitt varade i ca 20 minuter, gjordes anteckningar om innehåll och intryck som inte kommer fram på inspelningen. Det inspelade materialet avlyssnades samma dag och transkriberades de närmaste 2-3 dagarna av den studieansvarige som utförde intervjun.

Dataanalys

För att bearbeta och analysera materialet som framkom vid intervjuerna användes en kvalitativ innehållsanalys. I studien valdes en induktiv ansats för att kunna göra en förutsättningslös analys av texten och mot bakgrund av att det enbart finns få studier om intraoperativ överrapportering.

Initialt transkriberades det inspelade materialet till texter som utgjorde studiens analysenhet enligt metodbeskrivningen av Graneheim & Lundman (2004). För att få en helhetsbild lästes texterna igenom ett antal gånger av båda studieförfattarna var för sig. Därefter identifierades meningsbärande enheter som är ord, meningar eller fraser som ansågs innehålla relevant information i förhållande till studiens syfte. Nästa steg i analysprocessen var att kondensera de meningsbärande enheterna genom att texten reducerades utan att förlora den centrala meningen. Därefter kodades de kondenserade meningsenheterna och grupperades i olika underkategorier samt i kategorier utefter deras likheter och olikheter. Studieförfattarna kondenserade och kodade intervjuer först var för sig och därefter diskuterade kodningen tillsammans för att säkerställa samstämmningen med meningsbärande enheternas innehåll. I dessa kategorier framgick det manifesta innehållet i intervjuerna. Därefter formulerades ett tema utifrån innehållet i kategorierna, texten som helhet och författarnas tolkning av det latenta innehållet i intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004). Exempel på en utvald kategori med meningsbärande enheter, kondenserade enheter, koder, och underkategorier redovisas i tabell 1.

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
”Sedan så tycker jag också att det är mottagaren av rapporten som spelar en stor roll hur informationen tas emot... Det är alltid mottagaren i slutändan som godkänner rapporteringen liksom så därför är det bra att avrunda med: ”Har du några andra frågor?”...”	Det är mottagaren av rapporten som spelar en stor roll hur informationen tas emot, mottagaren som godkänner rapporteringen	Mottagarens roll	Samspel	Professions faktorer
”Man har en pågående operation där man behöver hålla uppmärksamheten också. Och då är det svårt för att man känner sig splittrat, man ska överrapportera till sin kollega samtidigt som man ska hålla koll och fortsätta liksom ..så att operationen kunde fortskrida liksom .. och sedan att det kanske händer mycket på salen.. rund omkring liksom också..... så blir det lite rör...eller mycket som pockar på ens uppmärksamhet”	Känner sig splittrat, överrapportera till sin kollega samtidigt som man ska hålla koll och fortsätta, mycket som pockar på ens uppmärksamhet	Arbetsbelastning	Multitasking	

Forskningsetiska överväganden

Studien genomfördes utifrån Helsingforsdeklarationens etiska riktlinjer inom humanforskning (World Medical Association, 2018). Innan datainsamlingen påbörjades blev de verksamhetsansvariga cheferna samt avdelningscheferna informerade om studien. Därefter inhämtades ett skriftligt samtycke av cheferna i form av ett påskrivet samtyckesformulär (se bilaga 2). Eftersom studien utfördes inom ramen för högskoleutbildningen på avancerad nivå söktes inte tillstånd av etikprövningsnämnden (SFS 2003:460). Därefter fick operationssjuksköterskorna från de aktuella avdelningarna en muntlig och skriftlig

forskningspersoninformation om projektets syfte och upplägg. Den innehöll även en beskrivning av studiens alla arbetsmoment och om den förväntade nyttan samt en tydlig beskrivning av vad en medverkan innebär (se bilaga 3). Informationen lämnades en vecka innan intervjutillfället, vilket möjliggjorde för operationssjuksköterskorna att ta ställning till sitt eventuella deltagande. Operationssjuksköterskor som valde att delta gav ett muntligt samtycke vid intervjuens början och bekräftade att de förstod att deltagandet var frivilligt med möjlighet att avbryta medverkan när som helst utan särskild förklaring.

Det inspelade materialet behandlades konfidentiellt. Ingen förutom de studieansvariga hade tillgång till intervjumaterialet som enbart användes till forskningsstudiens syfte. För att inte avslöja deltagarnas identitet kodades de inspelade intervjuerna och försågs med var sitt nummer.

Enligt de etiska riktlinjerna för humanforskning (World Medical Association, 2018) ska risker och obehag för undersökningspersoner noga vägas mot den förväntade vinsten av forskningen de ska ingå i. En möjlig risk vid genomförandet av studien skulle kunna uppstå när deltagarna upplevde några frågor som besvärliga. Detta hade dock kunnat bemötas med att deltagarna avbröt intervjun. Denna risk skulle vägas mot att data om operationssjuksköterskors erfarenheter och tankar angående intraoperativ överrapportering skulle samlas in i syfte att få större kunskap inom området och förhoppningsvis bidra till en vidare professionsutveckling.

Ur ett samhällligt perspektiv kan kommunikationsbrist vid den intraoperativa överrapportering leda till en ekonomisk kostnad när patienten behöver opereras igen eller behöver stanna längre på sjukhuset.

6 Resultat

Dataanalysen resulterade i två huvudkategorier med fem tillhörande underkategorier samt ett övergripande tema ”Överrapportering är viktig men det är svårt att prioritera under pågående operation” (se tabell 2).

Tabell 2. Översikt över tema, kategorier och underkategorier.

Underkategorier	Kategorier	Tema
Kommunikationsrutiner Typ av kirurgi och fas av operationen Överrapportering under stress	Arbetsmiljöfaktorer	Överrapportering är viktig, men det är svårt att prioritera detta under pågående operation.
Samspel Multitasking	Professionsfaktorer	

Arbetsmiljöfaktorer

Kommunikationsrutiner

Alla deltagare i studien betonade vikten av att kunna kommunicera snabbt, effektivt och strukturerat. Operationssjuksköterskorna ansåg att det vid den intraoperativa överrapporteringen var nödvändigt att fokusera på det viktigaste budskapet, som är att fokusera på kritisk information och att inte fastna i onödiga detaljer. Att följa någon typ av fast struktur vid överrapportering beskrevs som något positivt.

”Jag tror att vi alla följer en struktur. Vi vet vilka grejer vill vi veta, vad man har uppe för material som kan vara intressant, nålar och om det är något läkemedel eller sådant ... Den strukturen så som vi vet oftast, vad vi vill veta men inget som vi har något papper eller något som jag vet att vissa kanske har på olika ställen... rapporteringsblad har vi inte”

Det framkom i intervjuerna att det skapas någon typ av tyst kunskap på avdelningen angående informationen som behöver överföras vid överrapporteringen mellan skiftena eller vid avlösning. De erfarna operationssköterskorna följer dessa oskrivna rutiner men medger också att det för något mer oerfarna kollegor skulle vara hjälpsamt att ha någon sorts mall att gå efter.

”Vi har ju ingen lista eller så för det... men i huvudet kanske man ändå har en struktur....tyst kunskap egentligen... egentligen det kanske inte skulle vara fel med en checklista, precis som

man har en checklista före operationer, att man på något sätt strukturerar upp vad man ska rapportera över, kanske det inte är fel, framför allt om man är ny”

Operationssjuksköterskorna beskrev att ett strukturerad tänkande kan hjälpa till att förbättra kommunikationen och kan bidra till att minska missförstånd eller frustration, inte minst när det är nya medarbetare som blir delaktiga i processen. Flera av de intervjuade operationssjuksköterskorna betonade vikten av att använda kommunikationsverktyg som ett stöd för minnet, eftersom de ofta kommunicerar samtidigt som de behöver hålla på med annat.

Samtidigt framkom det att samtliga intervjuade kände till SBAR och själv tog upp detta när kommunikationsmodeller kom på tal. Deltagarna påpekade dock att en kommunikationsmodell som SBAR inte enbart ska användas systematiskt rakt av, då det finns ett behov av variation i vad som är nödvändig information och en variation beroende på i vilken situation som kommunikationen sker.

SBAR ansågs inte fullt ut fungera vid överrapportering i operationssalen. En möjlig förklaring enligt de intervjuade är att SBAR inte tillräckligt är anpassad till operationssjuksköterskors behov. Flera deltagare betonade vikten av att SBAR behöver modifieras och anpassa till verksamheten på operationssalar. Enligt en av operationssjuksköterskorna använder anestesijuksköterskor SBAR på operationsalen i mycket större utsträckning beroende på att de behöver rapportera över större mängd information.

”SBAR är någonting som narkossjuksköterskorna är mera vana att jobba med, de rapportera väldigt mycket, de gör det i större utsträckning än vi, man försöker använda SBAR fast det är det som man inte har kommit in i, situationen kanske gör att det inte blir i rätt ordning eller att man kanske tar något som man egentligen inte hade behövt säga. Vi har den som alla andra har än så länge, men den passar inte riktigt till operationssjuksköterskor på samma sätt, så man behöver göra om den, modifiera den helt enkelt. Och det är någonting som vi ska jobba med”

Typ av kirurgi och fas av operation

Deltagarna beskrev att längden på rapporten och mängden av informationen som överrapporterades i stort sätt berodde på typ av kirurgi samt i vilken fas av operationen överrapporteringen skedde. Vissa typer av kirurgiska ingrepp som operationer med många galler eller extra instrument upplevdes vara mer komplexa och att det förelåg större risker för att information kunde gå förlorad och patientsäkerheten äventyras.

”Men det är mer, om man har liksom femton galler uppe, när man använder två saker från varje galler och det är galler som man inte har uppe så jätte ofta, då kan det vara allvarligt innan man har koll på läget. Egentligen är det inte så bra att avlösa på sådana operationer då det alltid finns risk kan man säga.”

Under långa operationer kunde det behöva göras flera överrapporteringar vilket medförde att vårdkedjan blir än mer långdragen och komplicerad med flera operationssjuksköterskor inblandade. Operationssjuksköterskorna upplevde att delar av viktig information kunde glömmas bort efter långa arbetspass och falla bort vid överrapportering i andra hand, när fler än två operationssköterskor ska avlösa varandra under samma operation, vilket kan leda till att viktig information går förlorad på vägen.

”Det är lätt att glömma också ... alltså det kan vara så här att det är tre operationssjuksköterskor som inblandade då är det för operationssjuksköterska nummer två kanske väldigt lätt att glömma någonting när då man liksom mot slutet av dagen ska rapportera över till den tredje... Så kan det vara... det är inte helt ovanligt”

Samtliga deltagare i studien betonade vikten av att anpassa rapporten till respektive fas av operationen och att man måste kunna ha tid att avvakta med överrapporteringen under eventuellt kritiska arbetsmoment. Det framkom också att det kan bli nödvändigt att i vissa situationer förkorta rapporten så mycket som möjligt för att inte tappa fokus på arbetet med patienten, samt för att själva rapporteringen inte ska utgöra ett för kirurgen länge pågående störande moment. En av operationssjuksköterskorna beskrev att det inte går att tänka på samtliga saker som eventuellt kan rapporteras, utan att rapporteringen behöver inriktas på specifika saker som är viktiga för den aktuella pågående fasen av operationen. Erfarenheterna av att i vilken fas av operationen det krävs en mer utökad information skiljde sig åt mellan deltagarna i studien. Några ansåg att det fanns mer att rapportera i början av operationen medan andra tyckte att det från mitten av operationen fanns en större informationsmängd att överföra.

”Om man är mitt i någonting så kanske det inte är så mycket. Det kan vara mer i uppdukningsskede eller inläggningsskede”

”Om det är i början då kanske det inte finns så mycket att rapportera, mer än vilket ingrepp som det är tänkt att man ska göra och vilket instrument som man har tagit upp”

Överrapportering under stress

Det framkom att den intraoperativa överrapporteringen på operationssalen kunde vara väldigt stressig och rörig. Flera av de intervjuade operationssjuksköterskorna upplevde att hög ljudvolym på salen påverkade överrapporteringen negativt. De berättade att det ibland kan förekomma att mycket folk på salen pratar för högt vilket då försvårar en effektiv överrapportering. En annan situation som påverkar överrapporteringen mellan operationssjuksköterskor är när anestesijunksköterskor samtidigt rapporterar för varandra.

Avbrott av överrapporteringen kan även förekomma på grund av att någon annan personal på operationssalen avbryter och har anmärkningar angående detaljer av överrapporterad information. Enligt flera av de intervjuade är en annan orsak till att överrapportering kan

försvåras och bli stressig ett högt arbetstempo, krav på vilotider och att det inträffar oväntade arbetssituationer under operationen som kan förlänga operationstiden.

”Eftersom vi producerar vård idag och det vi har är ju piskan på ryggen, det ska gå so fort som möjligt..., byten måste gå so fort som möjligt för att någon ska avlösa någon annan sedan ... alla måste få lunch inom en viss tid för att annars släpa hela eftermiddagen ... Så allting hänger egentligen ihop och det vi har ett högt tempo idag”

Tidsbrist och stressmoment kunde förekomma till exempel på grund av försenad avlösning, vilket i sin tur föranleda att den som skulle lämna över behövde korta ner rapporten. Överrapporteringen blir då av sämre kvalitet än om den nödvändiga informationen kan överföras under lugnare former med tillräcklig tid.

”Det fungerar sämre om den personen kommer in och löser av för sent, att man inte har tid att överrapportera... Det är tiden framför allt som gör att man blir stressad... Det är bra om personen kommer en kvart innan så man hinner gå igenom allt som ska rapporteras. Om man kommer försent helt enkelt och då måste man ta hela överrapporteringen väldigt snabbt”

Professionsfaktorer

Samspel

Deltagarna betonade vikten av samspelet mellan den egna professionen och mellan olika professioner. Det ansågs viktigt att mottagaren kunde ta emot information och att det skapades tillfällen för att rapportera, samt att det fanns en samverkan mellan kirurg och operationssjuksköterska. Om kirurgen är väldigt fokuserad på det han gör blir det väldigt svårt att kommunicera muntligen eftersom han vill ha tyst omkring sig och operationssjuksköterskan kan känna att det inte är tillfälle att rapportera just då.

”men ibland beror det på att det är känslig period och då är det svårt att prata över huvud taget. För det är ju xxx-kirurgi och det kan vara xxx-operationen, kirurgen ska kanske precis sätta ett clips. Och då pratar man egentligen inte så mycket alls, om det skulle vara någon avlösning då.”

Samspelet mellan operationssjuksköterskor kan påverkas även av att den som tar emot överrapporteringen har förväntningar om en mycket kort och koncis information som inte motsvarar vad den överrapporterande meddelar.

”... Ju kortare desto bättre, tycker jag... Blir det för mycket information då tappar man det viktiga.”

Flera deltagare ansåg att sättet man dukar är av lika stor betydelse för samspelet, då det skapas förutsättningar för att snabbt kunna ta över om dukningen sker på liknande sätt.

”... till exempel på xxx-operationer, som är den stora operationen här då..., då ska vi duka lika allihopa ... det är sagt så. Det måste man göra, för att kommer du in och löser och det ligger på ett annat sätt då kan det bli jättesvårt, ...”

Samspelet mellan nya och erfarna operationssjuksköterskor sattes också på prov vid överrapporteringar, när mindre erfarna operationssjuksköterskor kunde komma med nya idéer som togs emot på olika sätt.

”Nu har det kommit många nya operationssjuksköterskor som har lite nya idéer om hur man kan duka och det tas positivt ibland och ibland negativt...”

Flera deltagare ansåg att ju mer erfarenhet en operationssjuksköterska har desto bättre kan hon följa operationens gång och det kan då också gå snabbare att ta över efter sin kollega vid avlösningen.

”Det beror lite grann på vem jag avlöser till om det är en sjuksköterska som jag vet har varit länge och som kan operationsmetodiken kan grejerna då gå mycket snabbare för att då kan man komma in och man kan liksom skanna var finns grejerna och sedan tar man rapporteringen ganska snabbt. Är det någon som är helt ny så behöver den mycket mer tid för att se sakerna, se var vi befinner oss i operationen ...”

En av deltagarna nämnde att det även kan finnas nackdelar med erfarenhet, när erfarna vid överrapporteringen utelämnar information, då de förutsätter att kollegorna har kunskapen för att själv kunna fylla på med rätta slutsatser.

”Och det här med erfarenheten både på gott och ont lite grann för att det är lite som man lär sig köra bil. Man lär sig precis hur man ska göra men man kör på sitt eget sätt allt eftersom åren går för att man vet att det funkar. Och det lite så också att man kan bli, om jag inte säger slarvig, men mycket gå utan att man behöver säga ett ord för att den andra har också erfarenheten och ser och vet liksom vad är det som är vanliga”

För den rapporterade parten är det viktigt med en bra feedback. Ett bra samspel mellan medarbetare sker när avsändare och mottagare inte gör något annat samtidigt som man kommunicerar.

”Det är viktigt att den som ska ta emot rapporten lyssna ..att man är närvarande ...att inte den personen står och tänker på massa andra saker rund omkring”

Det framkom att samspelet mellan operationssköterskor också baseras på att det skapas kommunikationstillfällen där den avlösande operationssjuksköterskan verkligen har tid att ställa frågor och ta tid på sig att orientera sig vart i operationsprocessen man befinner sig. En deltagare poängterade att det är den mottagande parten i informationsöverföringen som egentligen styr innehållet då rapporten ska godkännas av mottagaren.

”... det är alltid mottagaren i slutändan som godkänner rapporteringen liksom ...”

Multitasking

Att överrapportera för varandra kan bli en komplicerad process när det sker många saker samtidigt på operationssalen. När operationssjuksköterskan behöver göra flera saker samtidigt och avlösningen kommer mitt under ett kritiskt moment under operationens gång kan det bli svårt att fokusera på överrapporteringen. Fokus i sådana situationer måste fortsatt ligga på att assistera kirurgen, hålla efter alla dukar och instrument och att inte tappa uppmärksamhet vad gäller patienten. Flera deltagare uppgav att de kan känna sig splittrade när det händer för mycket omkring samtidigt, vilket kan påverka delar av samspelet i operationsteamet och mellan operationssjuksköterskorna vid överrapportering.

Om en kritisk situation händer och det exempelvis blir en blödning, är det inte bästa läge att rapportera. Deltagare påpekade att fokus behöver kvarstå på själva operationen för att stoppa blödningen och rapporten kan genomföras först därefter.

”... att man har en pågående operation jo där man behöver hålla uppmärksamheten också. Och då är det svårt för att man känner sig splittrad... man ska överrapportera till sin kollega samtidigt som man ska hålla koll och fortsätta liksom... så att operationen kunde fortskrida liksom... och sedan kanske att det händer mycket på salen... runt omkring.”

7 Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte är att kartlägga operationssjuksköterskors erfarenheter i samband med överrapportering vid avlösning/skiftbyte, varför det valdes en kvalitativ design med datainsamlingsmetoden baserad på forskningsintervjuer. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) kan intervjuer vara en lämplig datainsamlingsmetod när syftet är att förstå ett fenomen tagen från den levda vardagsvärlden och ur de intervjuades egna perspektiv. Som alternativ till datainsamling genom intervjuer diskuterades att genomföra en observationsstudie. En observationsstudie kan vara en bra insamlingsmetod för att förstå människors beteenden och erfarenheter så som de förekommer i verkliga sammanhang samt ett viktigt komplement till intervjustudie (Polit & Beck, 2017). För vår frågeställning hade en observationsstudie medfört många vistelsetimmar i operationssalen och antagligen inte alltid lett till överrapporteringssituationer som kan utvärderas.

Urvalsprincipen skedde som ett bekvämlighetsurval utifrån närhet till intervjupersonernas arbetsplats samt den genomförandetid för studien som stod till förfogande. Ett bekvämlighetsurval kan inte alltid garantera att hitta de mest relevanta källorna. Dock är urvalssättet enkelt och ekonomiskt fördelaktigt, samt kan fungera bra när intervjudeltagare rekryteras från särskilda kliniska enheter (Polit & Beck, 2017). Enligt Lundman & Graneheim (2017) är en bra förutsättning för att ett resultat kan anses vara giltigt, när deltagarna har erfarenheter av det studerade fenomenet och när de är positiva till att berätta om sina erfarenheter. I studien rekryterades instrumenterande operationssjuksköterskor från två sjukhus i västra Sverige, som har arbetat på sin nuvarande arbetsplats i minst ett år och som har gett sitt samtycke till att delta i studien. Totalt intervjuades sex operationssjuksköterskor varav samtliga var kvinnor med erfarenhet av mellan fyra och tolv år. Eventuellt hade ett strategiskt urval kunnat ge större variation vad gäller deltagarnas kön, ålder och arbetslivserfarenhet (Polit & Beck, 2017), vilket det dock inom ramen för denna studie inte funnits tillräckligt med tidsutrymme och resurser för.

Rekryteringen av intervjupersonerna skedde genom att dels kontakta enhetscheferna för att erhålla deras tillstånd och dels genom att direkt kontakta operationssjuksköterskor när de varit samlade vid lunchtid. Detta förfaringssätt garanterade en frivillighet att delta utan att verksamhetschefen och dennes eventuella maktposition fått genomslag. Intervjupersonerna fick tillstånd av verksamhets- och avdelningscheferna att genomföra sina intervjuer vid själv utvalda tidpunkter under sin arbetstid. Detta skapade en fri atmosfär under lugna former för de genomförda intervjuerna, vilket även omnämns av Kvale och Brinkmann (2014). Denna typ av rekrytering ökar studiens trovärdighet och tillförlitlighet.

Det finns inget givet standardförfarande angående frågan om lämpliga antalet intervjupersoner. Den optimala mängden av insamlad data beror på datas kvalitet och studiens syfte (Lundman & Graneheim, 2017). Överensstämmande med Elo, Kääriäinen, Kanste,

Pölkki, Utriainen & Kyngäs (2014) rekommendationer startades studiens preliminära dataanalys redan efter de första två genomförda intervjuerna för att därefter lättare kunna känna igen när mättnaden av data skulle uppnås. Som ett resultat av tillvägagångssättet ansågs det efter sex intervjuer att en mättnad i datainsamlingens textmassa redan inträffat när allt mindre ny kunskap framkommit (Lundman & Graneheim, 2017). Eventuellt skulle flera intervjuer kunnat påverka resultatet, men tidsbegränsningen gav inte utrymme för ytterligare intervjuer.

Dataanalysmetoden som användes för att utvärdera insamlad data var en induktiv innehållsanalys. Enligt Elo & Kyngäs (2008) kan metoden användas med framgång inom omvårdnad för att analysera kvalitativa data. Vid innehållsanalys med induktiv ansats är det nödvändigt att den insamlade data förblir ostrukturerad så mycket som möjligt (Elo et al. 2014) varför de initiala frågeställningarna i intervjuguiden medvetet hölls allmänt med stort utrymme att svara på ett individuellt och fritt sätt. Frågorna i intervjuguiden testades initialt genom en pilotintervju för att säkerställa att de valda frågorna är lämpliga för att få data motsvarade studiens syfte vilket stärker studiens trovärdighet (Elo et al., 2014). Därmed minskades risken för att deltagarnas svar skulle styras utifrån frågeställningarna. Samtidigt visade det sig att frågorna varit formulerade på ett sätt som av deltagarna uppfattades som tillräckligt konkret för att utan hinder inleda sina svar. En möjlig nackdel kan tänkas vara att svaren svävar ut något och att även känslomässiga detaljer kan bli överrepresenterade i den insamlade texten (Kvale & Brinkmann, 2014). Dessa inslag påträffades dock inte i de genomförda intervjuerna.

En noggrann beskrivning av urval av deltagare, datainsamling och dataanalys ger goda förutsättningar för tillförlitligheten av resultaten (Elo et al., 2014). Intervjuerna genomfördes på två olika sjukhus med två respektive fyra intervjuer vilket kan ha lett till delvis blandade svar baserade på helt olika förutsättningar, vilket kan påverka studiens tillförlitlighet. Däremot framkom likheter i deras svar på frågorna vilket kan betraktas som en styrka i studien.

Genom att tydligt beskriva och redovisa hur underkategorier och kategorier valdes ut under analysprocessen skapades bra förutsättningar för att studiens analysprocess kan följas upp. Användningen av citat som har tillämpats i föreliggande studie, har av Polit och Beck (2017) ansetts vara nödvändiga för att stärka resultatens tillförlitlighet. Citaten ska bekräfta att intervjupersonernas uppgifter representerar exakt den informationen som de själva avsåg att lämna, vilket säkerställer att dessa data inte kan tolkas om av frågeställaren (Elo et al., 2014).

Resultaten av en intervjustudie måste ses mot bakgrund av att forskare vid tolkning av det latent innehåll av intervjuerna kan påverkas av egna subjektiva förståelser (Elo et al., 2014). Därför är det av vikt att under forskningsarbetet utveckla en tillräcklig kunskap om förförståelse som inkluderar erfarenheter, kunskap samt förutfattade meningar (Lundman & Graneheim, 2017). Studieförfattarnas förförståelse påverkades av tidigare erfarenheter genom kortare praktiktjänst på operationsavdelningen samt genom arbetet som allmänsjuksköterskor

under mer än tre år. Samtidigt kan konstateras att mängden förutfattade meningar inte kan ha varit särskilt stor med hänsyn till den relativt korta tidsperioden med erfarenheter av arbetet i operationssalen.

Föreliggande studie har kontinuerligt granskats av en handledare och diskuterats i grupp, vilket stärker studiens pålitlighet och tillförlitlighet (Elo et al., 2014).

Resultatdiskussion

Studiens resultat påvisade att överrapporteringen under en pågående operation var viktig men att det var svårt att prioritera detta under en pågående operation. Arbetsmiljöfaktorer som exempelvis mycket ljud runt omkring och professionsfaktorer som samspel och multitasking hade en betydande påverkan på den överrapporterande operationssjuksköterskan. Kommunikationsrutiner eller typ av kirurgi och i vilken fas av operationen sjuksköterskan befann sig i spelade en viktig roll för hur överrapporteringen kunde genomföras. När operationssjuksköterskorna var tvungna att överrapportera under stress kunde det påverka kvaliteten på den överlämnade informationen. Samspelet mellan den egna professionen var av stor vikt för den överrapporterande operationssjuksköterskan men också för den operationssjuksköterska som skulle ta över operationen. Multitasking var en faktor som bekräftade våra förväntningar om att överrapporteringen utfördes under stressiga omständigheter.

I tidigare studier där faktorer analyserades som kan påverka överföring av information vid överrapportering framkom att ostrukturerad kommunikation och avsaknad av kommunikationsverktyg kan påverka överrapporteringen negativt (Nagral et al., 2014; Siemsen et al., 2012). Resultatet av föreliggande studie visade att operationssjuksköterskor inser vikten av en strukturerad kommunikation men att kommunikationsrutiner för avdelningen inte alltid följs systematiskt på grund av att kommunikationsverktygen inte helt är anpassade till operationssjuksköterskors verksamhet. Det är således inte tillräckligt med att ha kommunikationsverktyg för strukturerad överrapportering, när de inte alltid kan tillämpas. SBAR som ett kommunikationsverktyg bedömdes av de flesta deltagarna inte uppfylla operationssjuksköterskors behov vid överrapporteringen.

När verktyget SBAR används är det enligt Wallin och Thor (2008) viktigt att utformningen anpassas till den aktuella arbetsmiljön. Operationssjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde att SBAR inom deras profession inte fullt ut kan användas medan det används i större omfattning av anestesijuksköterskor. Detta överensstämmer med resultaten av en observationsstudie av Hawthorne et al. (2017) där längden av rapporten samt innehåll kunde skilja sig åt mellan olika professioner och där anestesipersonal har observerats ha längsta överrapporteringen.

Enligt samma studie av Hawthorne et al. (2017) kan olika professioner i teamet fokusera på olika delar av SBAR. I föreliggande studie framkom att deltagarna kända till SBAR men att

SBARs olika delar inte reflekterades särskilt i deras intervjuvar. Överrapporteringens innehåll diskuterades däremot snarare med utgångspunkt från praktiska förutsättningar på avdelningen som typ av kirurgi samt i vilken fas av operationen överrapporteringen skedde.

I studien framkom att överrapportering på operationssalen ofta sker under stress som kan orsakas av hög arbetstakt, försenad avlösning, hög ljudvolym på salen samt krav på vilotider. Detta stämmer överens med flera tidigare studier (Padmakumar et al., 2017; Plaxton, 2017) som visade att brus i operationssalen kan leda till ökad stressnivå hos operationspersonal och bidra till mänskliga fel.

Vidare nämndes dessutom störningsmoment som samtal mellan medarbetare vid till exempel parallell överrapportering mellan anestesijuksköterskor, vilka ansågs kunna störa överrapporteringen. Resultaten överensstämmer med studien av Szalma och Hancock (2011) som beskrev den skadliga effekten av ljud, bland annat påverkan på noggrannhet och svarshastighet när brus genererades av tal.

Enligt Wallin & Thor (2008) kan kommunikationen misslyckas trots att den genomförs på ett standardiserat sätt när det saknas ett bra samspel mellan medarbetarna. Deltagarna framhävde framför allt kritiska arbetsmoment som kräver ett särskilt bra samspel, exempelvis när kirurgen är mycket upptagen av sitt arbete och just då inte bör störas av övrig muntlig kommunikation. Akuta situationer som blödningar som behöver stoppas nämndes som ett annat exempel som kräver ett bra samspel, där inte överrapporteringen kan ske vid planerad tidpunkt och i planerad form. Det framkom i studien att många av deltagarna satte störst värde och behov av bra samspel i akuta situationer, när flera arbetsmoment behöver utföras samtidigt (multitasking).

Tiden som är tillgänglig för att överrapportera upplevdes av de flesta deltagarna ibland som för kort. Tidspressen vid överrapporteringen sker enligt Pennathur, Bass, Ray, Perry, Rosen & Gurses (2012) när enbart den mest kritiska informationen om patienten kan överföras som information om vilken operation som genomförs, nuvarande tillstånd av patienten samt några förväntade förändringar. I aktuell studie är tidspressen omnämnt av deltagarna främst relaterad till förseningar eller akuta situationer på operationssalen.

Andra faktorer som kan påverka samspelet kan vara mer personlighets relaterade exempelvis operationssjuksköterskors tjänstetid och erfarenhet. Pennathur et al. (2012) identifierade ett antal faktorer som erfarenhet, utbildning och kompetensnivå hos personalen som påverkar i positiv bemärkelse hur effektivt överrapporteringen sker. I vår studie bekräftas att främst erfarenhet påverkar överrapporteringens omfång och kvalitet. Det framkom också beträffande överrapportering mellan erfarna kollegor att det kan finnas både för- och nackdelar med långvarig erfarenhet. Enligt en deltagare kan det förekomma att viss information inte rapporteras då det förutsätts att mottagaren har en viss kunskap och kan härleda informationen själv. Detta resultat beskrivs också av Segal et al. (2012) som i deras studie tar upp frågan om hur erfarenhet och kännedom av varandra kan påverka informationsöverföringen, exempelvis när non verbal kommunikation förutsätts mellan de två involverade parterna.

Ett intressant resultat i aktuell studie är att en deltagare påpekar att den mottagande parten i informationsöverföringen har ett särskilt ansvar då hen ska godkänna rapporten. Detta bekräftar av Sharp (2012) som pekar på det delade ansvaret mellan sändaren och mottagaren där mottagaren är skyldig att be om ett förtydligande om minsta lilla oklarhet råder.

8 Slutsats

Ett viktigt resultat var att operationssjuksköterskor kan ha svårt att prioritera överrapportering under pågående operation. Arbetsmiljöfaktorer som stress orsakad av tidsbrist eller hög ljudvolym på salen samt professionsfaktorer som samspel och multitasking hade en betydande påverkan på den överrapporterande operationssjuksköterskan. Samspelet mellan rapportgivaren och rapportmottagaren påverkades i hög grad av arbetslivserfarenheten som operationssköterska och en säker överföring av nödvändig information vilade på ett delat ansvar mellan dem.

Kliniska implikationer

Studien styrker att överrapporteringen bör ske på ett strukturerat och standardiserat sätt. Nyutexaminerade operationssjuksköterskor skulle med hjälp av en strukturerad överrapporteringsrutin snabbare bli säkra i sin nya yrkesutövning vid avlösning i operationssalen. Ett sätt att förbättra överrapporteringen kan vara att modifiera verktyget SBAR som anpassas till operationssjuksköterskors behov och förutsättningarna på arbetsplatsen. Författarna av denna studie anser att studiens resultat kan ge en ökad förståelse om operationssjuksköterskors uppfattningar om överrapportering under pågående operation och förhoppningsvis kan den ökade förståelsen leda till att operationssjukvården gynnas ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Fortsatt forskning

Överrapporteringen har stor betydelse för patientsäkerheten och kontinuiteten i vårdkedjan. Litteraturgenomgången har visat att en av de något mindre belysta länkarna i denna kedja är den intraoperativa överrapporteringen mellan operationssjuksköterskor. Här borde forskning baserad på observationsstudier kunna komplettera befintligt kunskap.

Referenslista

Aase, K., Ask Vasshus, H. & Meling, M. (2007). Safety in the transition between shifts – a qualitative study within health. In T. Aven & J.E. Vinnem (Eds.), *Risk, reliability and societal safety* (p.1209-1215). London: Taylor & Francis

Agarwala, A.V., Firth, P.G., Albrecht, M.A., Warren, L. & Musch, G. (2015). An electronic checklist improves transfer and retention of critical information at intraoperative handoff of care. *Anesthesia & Analgesia*, 120(1), 96-104. doi: 10.1213/ANE.0000000000000506

Alfredsdottir, H., & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x

Amato-Vealey, E. J., Barba, M. P., & Vealey, R. J. (2008). Hand-Off Communication: A Requisite for Perioperative Patient Safety. *AORN Journal*, 88(5), 763-774. doi: 10.1016/j.aorn.2008.07.022

Arnold, E. C., & Underman Boggs, K. (2016). *Interpersonal Relationships: Professional communication skills for nurses*. St.Louise: Saunders Elsevier.

Australian Medical Association. (2006). *Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers*. Hämtad 2018-03-31 från https://ama.com.au/sites/default/files/documents/Clinical_Handover_0.pdf

Baggens, C. & Sanden, I. (2009). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. Ingår i F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 201-234). Lund: Studentlitteratur AB.

Boat, A.C. & Spaeth J.P. (2013). Handoff checklists improve the reliability of patient handoffs in the operating room and postanesthesia care unit. *Pediatric Anesthesia*, 23, 647-654. doi:10.1111/pan.12199

Bäckström, G. (2012). Operationssjuksköterskans profession. I G. Mykestul Dåvøy, P. Hege Eide, & I. Hansen (Red.), *Operationssjukvård: operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (s. 29-42). Lund: Studentlitteratur.

Clark, G.J. (2013). Strategies for preventing distractions and interruptions in the operating room. *AORN Journal* 97(6), 702-706. doi: 10.1016/j.aorn.2013.01.018

Cohen, M.D., & Hilligoss, P.B. (2010). The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *BMJ Quality & Safety*, 19(6), 493-497 doi: 10.1136/qshc.2009.033480

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1), 1-10. doi: 10.1177/2158244014522633

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hawthorne, H., Cohen, T., Cammon, W., Bingener, J., Hallbeck, S., Santrach, P., Elliott, S., Lindeen, K., Kang, J.Y. & Blocker, R. (2017). Assessing SBAR during intraoperative handoff. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 6, 7-10. doi:10.1016/j.pcorm.2016.12.004

Jullia, M., Tronet, A., Fraumar, F., Minville, V., Fourcade, O., Alacoque, X., LeManach, Y. & Kurrek, M. (2017). Training in intraoperative handover and display of a checklist improve communication during transfer of care: An interventional cohort study of anaesthesia residents and nurse anaesthetists. *European Journal of Anaesthesiology*, 34 (7), 471-476. doi:10.1097/EJA.0000000000000636

Kelvered, M., Öhlén, J., & Gustafsson, B.Å. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 449-457. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x

- Kingdon, B., & Halvorsen, F. (2006). Perioperative nurses' perceptions of stress in the workplace. *AORN Journal*, 84(4), 607-614. doi: 10.1016/S0001-2092(06)63939-2
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Malterud, K. (2015). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Mayor, E., Bangerter, A. & Aribot, M. (2012). Task uncertainty and communication during nursing shift handovers. *Journal of advanced nursing* 68 (9), 1956-1966. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05880.x
- McConnell, D.J., Kyle, M. & Mocco, J. (2012). Surgical checklists: A detailed review of their emergence, development, and relevance to neurosurgical practice. *Surgical neurology international*, 3. doi: 10.4103/2152-7806.92163
- McElroy, L. M., Macapagal, K.R., Collins, K.M., Abecassis, M.M., Holl, J.L., Ladner, D.P. & Gordon, E.J. (2015). Clinician perceptions of operating room to intensive care unit handoffs and implications for patient safety: a qualitative study . *The American Journal of Surgery*, 210 (4), 629-635. doi: 10.1016/j.amjsurg.2015.05.008
- Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H.W., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K. (2014). Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ Quality & Safety*, 21, 843-849. doi:10.1136/bmjqs-2012-000886
- Nationalencyklopedin [NE]. (2017). *Kommunikation*. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kommunikation>
- Padmakumar, A.D., Cohen, O., Churton, A., Groves, J.B., Mitchell, D.A. & Brennan, P.A. (2017). Effect of noise on tasks in operating theatres: a survey of the perceptions of healthcare staff. *British journal of oral and maxillofacial surgery*, 55, 164-167. doi: 10.1016/j.bjoms.2016.10.011
- Pennathur, P., Bass, E., Rayo, M., Perry, S., Rosen, M., & Gurses A. (2012). Handoff Communication: Implications For Design. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting* 56 (1), 863-866. doi:10.1177/1071181312561181

Plaxton, H. (2017) Communication, noise, and distractions in the operating room: the impact on patients and strategies to improve outcomes. *ORNAC Journal*, 35(2), 13-22.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rabøl, L.I., Andersen, M.L., Østergaard, D., Bjørn, B., Lilja, B. & Mogensen, T. (2011). Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 20, 268 - 274.
doi:10.1136/bmjqs.2010.040238

Riksförening för operationssjukvård & svensk sjuksköterskeförening (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Tillgänglig:
<http://www.rfop.se/media/1254/kompbeskrivning.pdf>

Riksföreningen för operationssjukvård (2016). *Riksföreningen anser och rekommenderar om operationssjuksköterskans specialistkompetens för patientsäker vård i operationsrummet*. Tillgänglig: <http://www.rfop.se/media/1898/riksfoereningen-anser-och-rekommenderar-om-operationssjukskoeterskans-specialistkompentens.pdf>

Rollenhagen, C. (2013). Säkerhets klimat och säkerhetskultur. I S. Ödegård (Red.), *Patientsäkerhet: teori och praktik* (s.352-371). Stockholm: Liber AB.

Russ, S., Rout, S., Sedvalis, N., Moorthy, K., Darzi, A. & Vincent, C. (2013). Do Safety Checklists Improve Teamwork and Communication in the Operating Room? A Systematic Review. *Annals of surgery*, 258(6), 856-871. doi:10.1097/SLA.0000000000000206

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, 170-174. doi:
10.1016/j.jcrc.2015.12.016

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig:

<https://www.riksdagen.se/sv/Dokument->

Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig:

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

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

Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.

Siemsen I.M.D., Madsen M.D., Pedersen L.F., Mickaelsen L., Pedersen A.V., Andersson H.B. & Ostergaard D. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scandinavian Journal of Public Health, 40*, 439-448. doi: 10.1177/1403494812453889

Smeulers, M., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD009979.pub2

Steelman, V.M. (2015). Concepts Basic to perioperative nursing. In J. C. Rothrock & D. R. McEwen (Eds.), *Alexander's care of the patient in surgery* (p.1 -16). St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby.

Stewart, K.R. & Hand, K.A. (2017). SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *Medsurg nursing, 26(5)*, 297-305

Sveriges kommuner och Landsting (2017). *Patientsäkerhet i kommunal hälso- och sjukvård*. Hämtad 2018-03-29 från <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/halso-och-sjukvard/index.html>

Szalma, J.L. & Hancock, P.A. (2011). Noise effects on human performance: a meta-analytic synthesis. *Psychological Bulletin 137(4)*, 682–707.

Tolered, L., Botsford, J., Hoglan, M.A., Price, J.L., Sawyer, M. & Bradley, J. (1985). A Model for Perioperative Nursing Practice. *AORN Journal*, 41(1), 188-194.

Vowels, A, Topp, R, & Berger, J. (2012). Understanding Stress in the Operating Room: A step toward improving the work environment. *Kentucky Nurse*, 60(2), 5-8.

Wallin, C-J., & Thor J. (2008). SBAR- modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, 105, 26-27.

World Health Organisation.(2009). *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. Safe surgery saves lives*. Tillgänglig:

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Tillgänglig: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zhou, H. & Gong Y.-H. (2015). Relationship between occupational stress and coping strategy among operating theatre nurses in China: a questionnaire survey. *Journal of Nursing Management* 23, 96–106. doi: 10.1111/jonm.12094

Öhrn, A. (2013). Säker vård. I A-K.Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H.Wijk, & J.Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur AB.

Bilagor

Bilaga 1

Intervjuguide

- Hur länge har du arbetat som operationssjuksköterska?
1. Kan du beskriva hur du upplever överrapporteringen vid ett skiftbyte/avlösning?
 2. Vad tycker du kan påverka att överrapporteringen blir ofullständig eller att någon viktig information missas?
 3. Brukar du använda någon strukturerad överrapporteringsform? Om du gör det, vilken form använder du och hur resonerar du då?
 4. Vad har du för tankar kring intraoperativ överrapporterings betydelse för patientsäkerhet?

Bilaga 2

Till berörd verksamhetschef

Ansökan om tillstånd att genomföra intervjustudie

Vi studerar vid Göteborgs universitet specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård och ska nu skriva vår magisteruppsats. Vi vill härmed fråga om tillstånd att genomföra en intervjustudie inom er verksamhet, som ska ligga till grund för magisterarbetet.

Vår genomgång av tidigare vårdvetenskaplig forskning visar att det finns en hel del forskning som fokuserar på överrapportering av patienter till postoperativa avdelningar men få studier om överrapportering vid skiftbyte/avlösning under pågående operation. För att kunna säkerställa samma säkerhetsnivå vid överrapportering av patienter genom hela vårdkedjan bör det även undersökas hur en effektiv och säker överrapportering kan ske under pågående operation. Syftet med studien är att få en större kunskap om operationssjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter av överrapporteringen vid avlösning/skiftbyte under pågående operation.

Metoden kommer att vara en intervjustudie. Vi planerar att intervjua 5 operationssjuksköterskor inom er verksamhet, vid ett tillfälle, som har minst 1 års erfarenhet. Operationssjuksköterskorna kommer att informeras om studien (se bifogad forskningspersonsinformation).

De som väljer att delta i studien kommer att få besvara frågor gällande deras erfarenhet av överrapportering vid avlösning/skiftbyte under pågående operation som till exempel *Kan du beskriva hur du upplever överrapporteringen vid ett skiftbyte/avlösning?* Intervjun kommer att spelas in, därefter transkriberas till text för att kunna analyseras.

Det inspelade materialet kodas och kommer att förvaras på en säker plats under uppsatsarbetet, för att därefter förstöras. Ingen utom studieansvariga har tillgång till intervjumaterialet. Namn eller andra uppgifter som kan avslöja deltagarnas identitet kommer inte att redovisas i studien. Inte heller sjukhusets namn kommer att nämnas. Deltagandet i studien är förstås frivilligt och kan avbrytas när som helst.

Intervjuerna kommer att ligga till grund för vårt examensarbete inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistsjuksköterska vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet.

Ni får gärna kontakta oss för vidare frågor angående studien:

Tanja Khatsarevych (student): gustetkh@student.gu.se

Helen Andersson (student): gusandhecc@student.gu.se

My Engström (handledare för studien, Översjuksköterska kirurgi, Med Dr, universitetslektor)

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

my.engstrom@gu.se

Härmed ges tillstånd att genomföra studien.

Ort

Datum

Namnsteckning

Namnförtydligande



GÖTEBORGS UNIVERSITET

”Överrapportering vid avlösning/skiftbyte under pågående operation”

Vill du delta i ett forskningsprojekt?

Vi är studerande vid Göteborgs universitet som söker 5-6 deltagare till en intervjustudie. Intervjuerna kommer ligga till grund för vårt examensarbete vid utbildningen till specialistsjuksköterska inom operationssjukvård. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Information till forskningspersonerna:

Vad är det för projekt och varför vill vi att du ska delta?

Anledningen till att du tillfrågas om deltagande i studien, är att du arbetar som operationssjuksköterska på en operationsavdelning där vi fått tillstånd av verksamhetschefen att genomföra studien. Vi vill gärna ta del av din kompetens och erfarenhet om överrapportering vid avlösning/skiftbyte under pågående operation.

Instrumenterande operationssjuksköterskor ansvarar för patientsäkerheten under operationen vad gäller aseptik, positionering och instrumentering vilket kan innebära att överrapportering under pågående operation kan komma bli komplex och omfattande. Syftet med studien är att få en större insikt i operationssjuksköterskors erfarenheter och resonemang omkring överrapporteringen vid avlösning/skiftbyte under pågående operation.

Hur går studien till?

Studien kommer genomföras i form av individuella intervjuer vid ett tillfälle. Tid och plats anpassas efter dina förutsättningar och kan äga rum på operationsavdelningen eller annan lämplig plats. Tidsåtgång för intervjun inklusive förberedelse blir ca 20-30 minuter totalt. Intervjun kommer att spelas in och skrivas ned som text för att därefter analyseras. Vid intervjun kommer ditt namn ersättas med en kod.

Vilka är riskerna?

Vi finner inga risker med att delta i studien. Är det så att du under intervjun upplever att ett ämne är jobbigt att prata om och önskar avbryta intervjun går detta förstås bra.

Forskningspersoninformation

Finns det några fördelar?

Vår förhoppning är att du i samband med intervjun får möjlighet att utveckla och reflektera dina tankar kring kommunikation mellan operationssjuksköterskor vid överrapportering.

Vad händer med mina uppgifter?

Det inspelade materialet kommer att förvaras på säker plats under uppsatsarbetet, för att därefter förstöras. Ingen utom studieansvariga har tillgång till intervjumaterialet. Namn eller andra uppgifter som kan avslöja din identitet kommer inte att redovisas i studien. Inte heller sjukhusets namn kommer att nämnas.

Deltagande är frivilligt

Ditt deltagande i studien är frivilligt och du har rätt att avbryta det när som helst utan att ange orsak. Om du vill avbryta ditt deltagande kan du kontakta någon av de ansvariga för studien, se kontaktuppgifter nedan.

Hur får jag information om studiens resultat?

Studien ska leda fram till en magisteruppsats inom omvårdnad med inriktning operation. När studien är klar kommer den att publiceras i elektronisk form på Göteborgs universitets domän GUPEA, där den kan sökas av allmänheten.

Du få gärna kontakta oss eller vår handledare om du önskar ytterligare information eller om du har frågor om studien.

Tack på förhand för ditt deltagande!

Kontaktuppgifter