

# Perioperativ överrapportering

– En systematisk litteraturstudie

FÖRFATTARE	Madelen Bratvoldsengen Maria Nilsson
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård 60 högskolepoäng Examensarbete magisternivå OM5340 VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Birgitta Å Gustafsson
EXAMINATOR	Mona Ringdal

Sahlgrenska akademien



*Ett stort tack till vår handledare Birgitta Å Gustafsson  
för all kunskap och god vägledning under arbetets gång.*

Titel:	Perioperativ överrapportering
Titel:	Perioperative handoff
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård, 60 högskolepoäng/ Examensarbete magisternivå/ OM5340 VT 2014
Kursbeteckning:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot operationssjukvård
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	31
Författare:	Madelen Bratvoldsengen & Maria Nilsson
Handledare:	Birgitta Å Gustafsson
Examinator:	Mona Ringdal

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** En patient som ska opereras möter många vårdare i olika instanser i vårdkedjan inför, under och efter sin operation. En vanlig avvikelse inom vården är bristande kommunikation och den muntliga rapporteringen är ett sådant tillfälle. Syftet är att beskriva aktuellt kunskapsläge gällande perioperativ överrapportering för patientens rätt till säker vård. Studien är en systematisk litteraturstudie (pilotstudie). **Resultat:** Överrapporteringen var ofta informell, ostrukturerad och inkonsekvent. Med ett standardiserat sätt att arbeta förbättrades patientsäkerheten och teamarbetet stärktes. **Slutsats:** Slutsatsen är att strukturerad överrapportering ger säkrare vård för patienten och bättre förståelse i teamen genom ökat deltagande. Operationssjuksköterskan kan som en av de ansvariga i vårdkedjan vid överrapportering stärka patientens delaktighet och ansvara för en säker och korrekt vård genom att använda ett standardiserat sätt för överrapportering.

Titel:	Perioperativ överrapportering
Titel:	Perioperative handoff
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård, 60 högskolepoäng/ Examensarbete magisternivå/ OM5340 VT 2014
Kursbeteckning:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot operationssjukvård
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	31
Författare:	Madelen Bratvoldsengen & Maria Nilsson
Handledare:	Birgitta Å Gustafsson
Examinator:	Mona Ringdal

---

## ABSTRACT

**Background:** A patient undergoing surgery will meet many caregivers in different settings pre-, intra- and postoperative in the surgical pathway. Lack of communication is a common digression and the handoff is such an occasion. The purpose is to describe current knowledge about the patients' right to safe care perioperative. The study is a systematic review (pilot).

**Result:** The handoff was informal, unstructured and inconsistent. To work in a standardized way improved the patient safety and strengthened the teamwork. **Conclusion:** The conclusion is that a standardized handoff provides safer care for the patient and improves the understanding in the team through higher participation. The theater nurse can, as a part in the pathway of care, strengthen the patients participation and be responsible for a safe and correct care through a standardized handoff.

**Keywords:** Perioperative care, perioperative nursing, handoff/ handover

## **INNEHÅLL**

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>OPERATIONSSJUKSKÖTERS KANS PERIOPERTIVA OMVÅRDNAD</b>	<b>1</b>
Personcentrerad vård	3
<b>PATIENTSÄKERHET</b>	<b>5</b>
<b>KOMMUNIKATION</b>	<b>7</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>8</b>
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>METOD</b>	<b>8</b>
<b>URVAL</b>	<b>9</b>
Inklusionskriterier	9
Exklusionskriterier	9
Datansamling	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	10
Pilotstudie	10
<b>RESULTAT</b>	<b>17</b>
Faktorer i vårdmiljön som påverkade överrapporteringen	17
Kommunikationens påverkan på överrapporteringen	18
Standardiserad överrapportering för att öka patientsäkerheten	19
Standardisering för ökad delaktighet i teamet	20
Faktorer för att skapa förändring	21
<b>DISKUSSION</b>	<b>22</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>22</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>23</b>
<b>KONKLUSION</b>	<b>25</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>26</b>
<b>Bilaga 1</b>	



## **INLEDNING**

All hälso- och sjukvårdspersonal, liksom sjuksköterskan, bär ett ansvar för att bidra till en hög patientsäkerhet. Det åligger också sjuksköterskan att bedriva patientsäkerhetsarbete där alla risker för att vårdskador kan uppkomma skall rapporteras (Patientsäkerhetslagen 2010:659). I operationssjuksköterskans omvårdnad ingår att ansvara för patientens säkerhet vid kirurgiska ingrepp (Kilvered, Öhlén & Gustafsson, 2012). En patient som ska opereras möter många vårdare i olika instanser i vårdkedjan inför, under och efter sin operation (Gustafsson, Heikkilä, Ekman & Ponzer, 2010) och bara i slutet vårderna i Sverige år 2012 genomfördes drygt 820 000 ingrepp (Socialstyrelsen, a). Det kan betyda att patienten blir mer sårbar för fel i överrapportering än andra patienter då övergången mellan preoperativ, intraoperativ och postoperativ fas är extra känslig (Amato-Vealey, Barba & Vealey, 2008). En vanlig avvikelse inom omvårdnad är bristande kommunikation och den muntliga rapporteringen är ett sådant tillfälle. För att uppnå en säker vård måste den information som ges vara korrekt och kommuniceras på ett tydligt sätt (Öhrn, 2013).

## **BAKGRUND**

### **OPERATIONSSJUKSKÖTERSKANS PERIOPERATIVA OMVÅRNAD**

Behovet av operationssjuksköterskor ökade i slutet på 1800-talet när det upptäcktes vad som orsakade infektioner, då vikten av aseptik och sterilisering av instrument och utrustning för invasiva procedurer blev mera känt. Det krävdes sjuksköterskor med intresse och kunskap för att ta ansvar för de uppgifter som behövdes vid kirurgi som att förbereda patienten, förbereda att all utrustning och instrument var sterila och att assistera vid kirurgi (Sigurdsson, 2001). Operationssjuksköterskans kunskapsområde omfattar medicinteknik, hygien, aseptik, instrumentvård, hantering av preparat och sterilt gods, instrumentera skickligt kirurgen under olika kirurgiska ingrepp (Lindwall & von Post, 2008) och ansvara för infektion- och komplikationsförebyggande åtgärder i samband med ingreppet (Högskoleförordningen, 1993:100). Operationssjuksköterskan bedömer och undervisar patienten innan operationen, planerar, utför och dokumenterar under operationen och utvärderar vården efter operationen. I den perioperativa omvårdnaden ingår att ta till vara patientens intressen, sköta miljön, övergripande planera för patientvården och att förbereda för det kirurgiska ingreppet. Så fort

en patient är inblandad så är det omvårdnad (Sigurdsson, 2001). Enligt Lindwall och von Post (2008) är patienten inom medicin en diagnos som ska botas men operationssjuksköterskan ser patienten som den lidande människan där kropp, själ och ande är en enhet. Vårdande är att bry sig om, skydda, ansvara och sköta patienten för att bevara patientens värdighet genom mod, skuld och tillit.

I en studie av Sigurdsson (2001) visar det att operationssjuksköterskan känner ett stort ansvar för patientsäkerheten och att det är viktigt att finnas där för patienten och även dennes närstående. Trots den korta bytestiden mellan operationer gäller det att få patientens förtroende, kunna lugna dem och få information om patienten. Enligt Brennefors och Lundberg (2004) brukar den tid mellan operationer och den tid som åtgår för arbete som sker mellan två ingrepp benämnas som bytestid. Bytestiden är en betydande del av det arbete som utförs på operationsavdelningen, där en operation ska avslutas samt nästa skall förberedas.

Operationssjuksköterskan ansvarar för att förebygga och förhindra att vårdrelaterade skador samt komplikationer uppstår. Genom att använda omvårdnadsprocessen skall operationssjuksköterskan säkerställa den perioperativa omvårdnaden för patienten i vårdkedjan (SEORNA, 2011).

Under operationssjuksköterskans ansvar ingår att initiera och genomföra överrapporteringen på ett adekvat sätt. Detta för att uppnå patientsäkerhet, kontinuitet och kvalitet. Det är också av vikt att en effektivitet uppnås i samband med patientens kirurgiska ingrepp (SEORNA, 2011). Sjuksköterskan har ett ansvar för dem som är i behov av vård och det betyder ett ansvar att skydda patienten mot vanvård, vårdfel och skador samt försäkra att patienten känner sig trygg och får en god vård (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008). Enligt Patientdatalagen (2008:355) skall informationshanteringen inom hälso- och sjukvården vara organiserad så att god kvalitet och patientsäkerhet uppnås. Vid vård av en patient skall det enligt denna lag föras en patientjournal. Skyldig att föra patientjournal är den som har legitimation att utöva ett visst yrke, där operationssjuksköterskan är ett exempel. Syftet med att föra patientjournal är i första hand för att bidra till en god och säker vård, men det är också en informationskälla för patienten.

Målet för operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad är att medverka till bästa möjliga resultat av operationen för varje enskild patient (Dåvøy, Hansen & Eide, 2012).



Mycket av den perioperativa omvårdnaden är att förebygga, i kontrast till annan omvårdnad som behandlar symptom vid sjukdom, och bygger på kunskap om kända risker för patienter som ska opereras. Operationssjuksköterskan identifierar risker och potentiella problem i förväg och riktar omvårdnadsåtgärder mot att förhindra oönskade resultat som skada eller infektion och som bedöms utifrån patientens individuella behov (Rothrock, 2011). I sjukvården får de flesta patienter säker och effektiv vård men vårdskador sker och en stor del sker på operationsavdelningen varav hälften skulle kunnat förhindras. Bakomliggande orsaker är oftare brister i icke-tekniska färdigheter som kommunikation och teamarbete än att det brister i teknisk utbildning och kompetens. Icke-tekniska färdigheter är också att vara medveten om situationen, att kunna läsa av och ha förståelse för det som händer och då kunna ta beslut för att reda upp eller förhindra vad som kan uppstå (Mitchell, Flin, Yule, Mitchell, Coutts & Youngson, 2011).

I samband med patientens operation genomförs flera omvårdnadsåtgärder och kontroller för patientens välbefinnande och säkerhet som att vara påläst om patientens hälsostatus. Även att kontinuerligt utföra säkerhetskontroller av den aseptiska och hygieniska standarden inför och under operationen och kontrollräkning av instrument och kompresser.

Operationssjuksköterskan ansvarar för patientens kropp som vid positionering och hudstatus för att förhindra trycksår, nedkylning och även brännskador vid användandet av diatermi (Dåvøy et al., 2012). Operationssjuksköterskan ansvarar även för patientens säkerhet, ger fysiskt och känslomässigt stöd, kontrollerar steril utrustning, behåller aseptisk miljö, kontrollerar patientens position och monitorerar cirkulation och vätskeförlust (Kolvered et al., 2012).

### **Personcentrerad vård**

Personcentrerad vård bygger på en fungerande relation mellan patient och sjuksköterska och där vården strävar efter att bevara patientens integritet och värdighet utifrån patientens individuella behov, värderingar och förväntningar. Patienten känner bäst sin kropp och sin sjukdom och därför är delaktighet en förutsättning för personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Personcentrerad vård tar sin utgångspunkt i att människor är, och ska bemötas som, fria och värdiga personer med betoning på att människan är fri, men inte oberoende utan ömsesidigt beroende. Fyra kärnbegrepp inom personcentrerad omvårdnad är: att vara i en relation, att vara i en social värld, att känna sig själv och att vara på en plats

(Ekman & Norberg, 2013). Patienten är inte det passiva målet för medicinsk intervention utan görs aktiv i planering och genomförande av den egna hälsoplanen. Patienten ses som en värdig och kapabel person i ett partnerskap med hälso- och sjukvårds personal. Fokus flyttas från sjukdomen till personens erfarenheter och upplevelser relaterat till sjukdom och risk för sjukdom och är en ömsesidighet och inte bara interaktion och kommunikation. Det innebär att lyssna till patientens berättelse, att bli medveten om varje persons kunskap om sig själv och patientens vilja, motiv och resurser (Ekman et al., 2011). Att skapa en förtroendefull relation är nödvändigt för att kunna ge en personcentrerad vård. Patientens berättelse kan behöva tolkas professionellt, kan vara närstående som ger den eller den kan observeras. Vården planeras tillsammans av personal och patient och ofta med närstående. Personcentrerad vård ska garantera att personen upplever sig vara behandlad som en person med kompetens och värde vilket förutsätter att vårdare upplever att personer med sjukdom har kompetens och värde. Patientberättelsen och partnerskapet formuleras som en personlig hälsoplan och dokumenteras i journalen för att få en helhetsbild av personens hälsotillstånd (Ekman & Norberg, 2013).

Personcentrering och patientsäkerhet är centrala begrepp inom omvårdnad och ingår i de sex kärnkompetenser som har lyfts fram av Svensk Sjuksköterskeförening som centrala för att planera, genomföra, utvärdera och utveckla både omvårdnaden och hälso- och sjukvården. De är nyckelområden för en positiv utveckling i hälso- och sjukvården. De sex kärnkompetenserna är: Personcentrerad vård, Samverkan i team, Evidensbaserad omvårdnad, Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, Säker vård och Informatik (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). För att bedriva avancerad omvårdnad behövs kombinationen av evidensbaserad och erfarenhetsbaserad kunskap samt värden och normer som bestämmer karaktären av omvårdnaden och driver kunskapen framåt (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén, 2013).

Omvårdnad är först och främst att hjälpa varje person att återfå sin högsta nivå av hälsa. Omvårdnad är att främja hälsa, förhindra sjukdom, behandla sjukdomar och att ge patienten en fridfull och värdig död och bygger på kunskap, färdigheter och social kompetens. Det ingår ett preoperativt samtal med patienten där operationssjuksköterska och patient tillsammans formulerar en omvårdnadsplan för den intraoperativa omvårdnaden. Målet är att skapa en relation med kontinuitet genom perioperativa perioden (Tollerud, Botsford, Hoglan, Price & Sawyer, 1985) för att ge personcentrerad vård för att garantera patientsäkerhet (Alfredsdottir

& Bjornsdottir, 2007). Att visa vördnad för liv är utgångspunkten för sjuksköterskans arbete och bekräftar patientens värdighet och visar sjuksköterskans vilja att bevara och främja liv, vilket är centralt i den perioperativa vården (Lindwall & von Post, 2008). I omvårdnadsprocessen är patienten i fokus och omvårdnaden ska möta patientens behov och det görs med kunskap och färdigheter i att vårda patienter och att kunna bedöma och ta egna beslut (Rothrock, 2011).

## **PATIENTSÄKERHET**

Patientsäkerhet innebär att skydda patienten från vårdskada. En vårdskada är utlöst av omständigheter i vården som då kan drabba en person som är under behandling och vård. En vårdskada är undvikbar och är konsekvensen av en negativ händelse (Öhrn, 2013). Otillräcklig bemanning, för hög arbetsbelastning och bristande underhåll av utrustning är faktorer som kan leda till fel i vården och påverka patientsäkerheten. Brist på erfarenhet, hög arbetsbelastning och dåligt omdöme är andra faktorer som leder till fel. Arbetsmiljön har ändrats där effektivitets- och produktionskravet har ökat medan tid för personalen att utvecklas har minskat. Patientsäkerhet är tillsammans med att genom skickligt och kunnigt arbete kunna säkerställa en säker operationstid för patienten kärnan i operationssjuksköterskans omvårdnad och målet är att ge personcentrerad vård för att garantera patientsäkerhet och med det ett positivt resultat. Patienter som ska genomgå kirurgi är sårbara och behöver tas om hand av kunnig personal som använder sin omvårdnadskunskap i förebyggande syfte. Tre saker som är viktiga för patientsäkerheten är att tänka förebyggande, kunnig och erfaren personal och ömsesidigt förtroende i teamet (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2007).

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) har vårdgivaren skyldighet att skydda patienten från vårdskador genom att vidta de åtgärder som krävs. Vårdgivaren ska också planera, leda samt kontrollera arbetet så att det uppfyller kraven för en god vård. Sjuksköterskan ansvarar alltså för att arbetsuppgifterna utförs samt slutförs. Detta ska göras utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. All hälso- och sjukvårdspersonal, liksom sjuksköterskan, bär ett ansvar för att bidra till en hög patientsäkerhet. Det åligger också sjuksköterskan att bedriva patientsäkerhetsarbete där alla risker för att vårdskador kan uppkomma skall rapporteras.

Operationssjuksköterskans största fokus, enligt Alfredsdottir & Bjornsdottir (2007) är att

säkerställa patientsäkerhet. För att uppnå detta organiseras arbetet för att förhindra att misstag sker och det är viktigt att följa lokala rutiner vid byten som att kontrollera information och instrument. Omfattande kunskap om varje patients behov är också viktigt. Risker för patientsäkerheten är krav på ökad produktion för att minska vårdköer vilket har ökat arbetstakten på operationsrummet och leder till stress. Operationerna har också blivit mer komplicerade och tekniskt utmanade vilket kräver mer kunnande och skicklighet samtidigt som tid för utbildning har minskat med risk för att det blir fel. Den ökande arbetsbelastningen och kraven att arbeta fortare är oroväckande då tiden att förbereda och ta del av patientinformation innan varje operation minskar. För att öka patientsäkerheten används checklistor som hjälpmedel. Det finns ett behov av ett mer formaliserat och säkert system att använda i överrapporteringen vid skiften och raster. Avvikelseberättelse är ett annat sätt att upprätthålla patientsäkerhet för att förhindra framtida incidenter. Tekniskt kunnande och omvårdnad av patienten är en stor del av operationssjuksköterskans arbete där patientsäkerheten är i centrum (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2007).

WHO's checklista för säker vård och andra liknande checklistor säkerställer att kontroller utförs muntligt i operationsteamet på speciella tillfällen under en operation. Kontrollerna utförs för att minimera risken för komplikationer och för att förstärka och standardisera säkerhetsrutiner, som lätt kan förbises i en stressad vårdmiljö (Russ, Rout, Sevdales, Moorthy, Darzi & Vincent, 2013). Goda icke-tekniska färdigheter, så som god kommunikation och vaksamhet samt ledarskap som håller hög standard kan minska sannolikheten för fel som leder till biverkningar för patienten (Flin, O'Connor & Crichton, 2008). Genom att skapa ett säkert system kan misstag orsakade av den mänskliga faktorn hittas och undvikas. Checklistan är utformad för att förbättra säkerheten på operation och öka teamarbetet och förbättra kommunikationen, då brist på kommunikation är en av de största faktorerna till att patienten opereras på fel sida eller att andra biverkningar uppkommer. Det säkerställer en allmän förståelse för patienten, proceduren och riskerna. Det ger styrka till individerna i teamet att öppet kunna ta upp sin oro för säkerheten, som annars inte hade tagits upp. Användandet av checklistan kan också ge en positiv inverkan på teamet genom att ge en ökad teamkänsla på operation, förbättrad kommunikation och beslutstagande, vilket ger mindre förseningar som tidigare orsakats av bristande kommunikation (Russ et al., 2013).

En säker vård är vård som bedrivs utifrån att evidensbaserad kunskap och vårdprogram används och att samtliga yrkeskategorier har kompetens och samverkar i team kring patienten.

Att vården är patientsäker är alla medarbetares ansvar. En säker vård förutsätter att den information som förmedlas är korrekt och att den kommuniceras på ett tydligt sätt. Vanligaste avvikelserna är bristande kommunikation och muntliga överrapporteringar är ett sådant tillfälle. Risken för missförstånd minimeras om enkla regler för kommunikation används.

Informationen ska vara fullständigt korrekt, avgränsat samt komma i rätt tid (Öhrn, 2013).

## KOMMUNIKATION

Kommunikation kan definieras på olika sätt. Dels kan det innebära en transport av person eller varor, men framförallt inom vården innebär det en överföring av information.

Kommunikation skapar förbindelser och det är en aktivitet där människor gör något, skapar och arbetar med. Det är också en kultur, hur och vad som kommuniceras bidrar till att definiera vår kultur. Inom vården är kommunikation livsnödvändig och för att samtalen ska bli tillfredsställande och effektiva kan modeller och teorier vara till viss hjälp (Fossum, 2007).

Enligt en systematisk översikt i Cochrane (Smeulers, van Telling, Lucas & Vermeulen, 2012) försvinner ofta viktig patientinformation vid byte av personal eller vid överflyttning av patient mellan vårdenheter. Otillräcklig och ineffektiv kommunikation mellan omvårdnadspersonal är viktiga faktorer som kan leda till vårdskada. Överlämnandet av patient kan bli ett känsligt gap som kan resultera i biverkningar om inte relevant information ges korrekt och i tid. Det kan leda till försenad behandling och diagnos, felaktig behandling och missad vård. Sämre patienttillfredsställelse, ökade kostnader, förlängd vårdtid och återinläggningar kan bli resultatet. Det är därför väl erkänt att en korrekt överrapportering av klinisk information är viktigt för kontinuitet och säkerhet i vården. Sjuksköterskor ses som en kommunikationspartner för all vårdpersonal och är ofta koordinatörer för den ökade komplexa vården som utförs på sjukhus. Överrapporteringen är ofta tidskrävande, brister i innehåll och varierar i stil. Som resultat blir överlämnandet en sårbar process och kan leda till biverkningar och sämre omvårdnad. Överrapporteringen är utbytet av specifik information om patienten mellan en vårdgivare och en annan eller mellan ett team av medarbetare till ett annat samtidigt som ansvaret för patienten överförs med syfte att tillgodose kontinuitet och säkerhet i patientvården. Kommunikationsbrist vid överrapportering har visat sig vara en av de fem problem som finns när det gäller att upprätthålla patientsäkerheten. Viktiga medicinska fakta kring patienten försvinner ofta på grund av dessa kommunikationsbrister. Ineffektiv eller inadekvat överrapportering mellan vårdgivare kan därför ses som ett problem och en del i

risken för att patienten kan utsättas för vårdskada (Smeulers et al., 2012).

Konsten att kunna kommunicera med olika personligheter i ständigt skiftande teamkonstellationer är en nödvändig förmåga för att patientens operation ska genomföras på ett säkert och konstruktivt sätt (Dåvøy, 2012).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Tidigare forskning har visat att viktig patientinformation försvinner ofta vid byte av personal eller vid överflyttning av patienter mellan olika vårdenheter. Detta ger en ökad risk för patienten att fel och brister uppstår i vården. Felaktig eller bristande överrapportering har visat sig vara en bakomliggande orsak till felbehandling och avvikelserapportering. Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) åligger det vårdgivaren att skydda patienten från vårdskador genom att vidta de åtgärder som krävs.

Operationssjuksköterskan har ett ansvar att genomföra överrapportering på ett adekvat sätt och att informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att god kvalitet och patientsäkerhet uppnås. Det motiverar att föreliggande studie behöver genomföras för ny kunskap om aktuellt kunskapsläge för säker perioperativ överrapportering där operationssjuksköterskan har ett tydligt ansvar.

Det är viktigt att det finns systematiska sammanställningar av omvårdnadsforskningens resultat så att kliniskt verksamma sjuksköterskor kan ta del av dessa och tillämpa ny kunskap för att kunna ge en säker vård.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva aktuellt kunskapsläge gällande perioperativ överrapportering för patientens rätt till korrekt information och delaktighet för säker vård.

## **METOD**

Syftet med omvårdnadsforskning är att svara på frågor och lösa problem som är relevanta för

omvårdnaden (Polit & Beck, 2012). För att skapa en översikt över kunskapsläget av befintlig forskning av operationssjuksköterskans kunskapsområde vid översikt och på ett strukturerat sätt skapa en bild över området görs en systematisk litteraturstudie (Friberg, 2006). Det innebär att systematiskt söka alla befintliga studier om översikt perioperativt och kritiskt granska dem för att hitta alla studier av god kvalitet (Forsberg & Wengström, 2013). En systematisk litteraturoversikt är en översikt som svarar på en specifik forskningsfråga genom att använda en på förhand noggrant utvecklad metod för att få fram data. Metodiska procedurer är till för att studien skall kunna upprepas av andra forskare (Polit & Beck, 2012). Litteraturen sammanställs och bildar en syntes av tidigare genomförda studier. Resultatet analyseras utifrån validitet och klinisk nytta och diskuteras för att få fram slutsatser som kan ligga till grund för klinisk praxis (Forsberg & Wengström, 2013).

## **URVAL**

### **Inklusionskriterier**

I den systematiska litteraturstudien inkluderas originalartiklar som ska vara vetenskapliga, peer-reviewed eller med abstract, och artiklar skrivna på engelska eller svenska. Urvalet styrs av syftet.

### **Exklusionskriterier**

Artiklar publicerade före år 2005 väljs bort för att få fram ny kunskap inom ämnet.

### **Datinsamling**

Sökningen görs i databaserna Cinahl och Pubmed, som är användbara för sjuksköterskor (Polit & Beck, 2012). Andra sökmotorer för att hitta vetenskapligt material är Google Scholar, Scopus och Cochrane. Sökningen kompletteras också genom manuella sökningar i tidsskrifter och artiklars referenslistor (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Valda sökord är: *Handoff/Handover, perioperative care* och *perioperative nursing*.

### **Dataanalys**

Kvaliteten på sökta studier granskas enligt SBUs granskningsmall (Statens beredning för undervisning [SBU], 2012) och en matris utformas för att analysera de inkluderade studierna (Polit & Beck, 2012).

### **Forskningsetiska överväganden**

Sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande (ICNs etiska kod för sjuksköterskor, 2007). I all medicinsk forskning finns etiska normer som främjar och säkerställer respekt för alla människor och skyddar deras hälsa och rättigheter. Målet att genom forskning hitta ny kunskap får aldrig gå ut över den individuella människans intressen och rättigheter. Forskaren ska skydda liv och hälsa och bevara värdighet, integritet och rätten till självbestämmande. Personlig information ska behandlas med sekretess. Allt deltagande ska vara frivilligt och även rättighet att avbryta sin medverkan när som helst. Deltagaren ska vara välinformerad om studien. Studien ska vara godkänd av en etisk kommitté. Forskaren har en skyldighet att redovisa sina resultat och är ansvarig att resultatet är fullständigt och korrekt och även att både det positiva och negativa resultatet redovisas (Helsingforsdeklarationen, 1964). Studien görs genom en systematisk litteraturstudie så ingen person behöver delta eller skadas och ingen information behöver behandlas med sekretess, men alla ingående studier i resultatet ska vara etiskt bedömda.

### **Pilotstudie**

En pilotstudie genomfördes för att prova metoden. Sökningar gjordes i databaserna PubMed och Cinahl enligt tabell 1. Artiklar identifierades, se flödesschema, där sökningar även gjordes manuellt utifrån funna artiklars referenslistor. Endast artiklar tillgängliga i fulltext valdes. 13 artiklar i fulltext granskades varav 3 valdes bort då de inte svarade på syftet eller var vetenskapliga. För att säkerställa att alla sökmöjligheter använts rådfrågades en bibliotekarie inom ämnet.

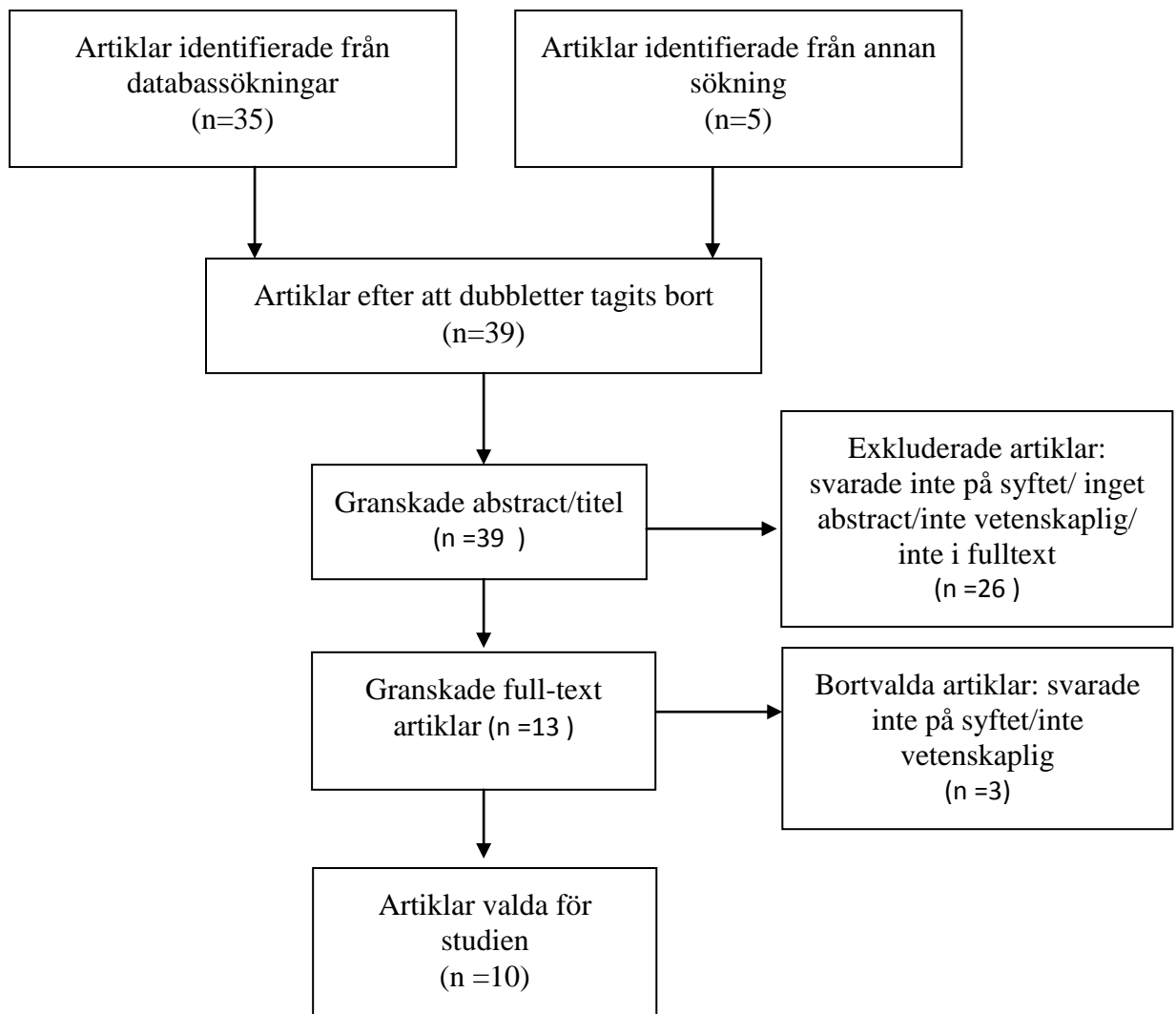
Kvaliteten på de valda artiklarna granskades av författarna enligt SBU:s granskningsmall för kvalitetssäkring, bilaga 1 (SBU, 2012) och en matris utformades för de analyserade artiklarna (Tabell 2). De inkluderade studierna analyserades utifrån syftet. Delar hittades och analyserades enskilt för att hitta likheter och skillnader. Genom att sätta ihop delar till en helhet skapades teman (Forsberg & Wengström, 2013).



Tabell 1. Sökningar

<b>Databas</b>	<b>Datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Till studien</b>	<b>Exkluderade</b>
PubMed	Mars 2014	Perioperative care AND handoff	18	5	13
PubMed	April 2014	Perioperative nursing AND handoff	4		4
PubMed	April 2014	Perioperative nursing AND handover	6	1 (dublett)	5
Cinahl	Mars 2014	Perioperative care AND handoff	5		5
Cinahl	April 2014	Perioperative nursing AND handoff	2		2
Cinahl	April 2014	Perioperative nursing AND handover	0		

Flödesschema över sökningar.



Fritt översatt från Prisma (Prisma).

Tabell 2. Matris fritt översatt från Politt och Beck.

Författare, År, Land	Studiens syfte	Design	Deltagare	Bortfall	Resultat	Studiens kvalitet
Boat, A.C., & Spaeth, J.P. 2013. USA.	Förbättra överrapporteringar som sker i operationsrummet och till UVA.	Två förbättringsteam för ökad kvalitet skapades för att fokusera på överrapporterings processerna, intra- och postoperativt. En överrapporteringschecklista utvecklades och utvärderades under en 6 månaders period. Observationsstudie.	Anestesipersonal på operation intra- och postoperativt under 6 månader.	Inget bortfall.	Genom att införa en standardiserad checklista förbättrades överrapporteringen i operationsrummet från 20% till 100% och till UVA från 59% till över 90%.	Hög.
Catchpole, K.R., de Leval, M.R., McEwan, A., Pigott, N., Elliott, M.J., McQuillan, A., MacDonald, C., & Goldmans, A.J. 2007. Stor britannien.	Förbättra kvalitén och säkerheten vid överrapportering av patienter från operation till intensivvårds avdelningen motsvarande den på depån i Formel 1 och inom flyget.	En interventionsstudie för att mäta förändringar före och efter införandet av ett nytt överrapporteringsprotokoll, utvecklat i samarbete med team från Formel 1 och flygkaptener.	Totalt 50 överrapporteringstillfällen: 23 observationer före och 27 efter införandet av nytt protokoll.	Inget bortfall.	Förbättringar i mindre tekniska fel, mindre missad information vid överrapportering och tiden för överrapportering minskade. Även förändringar i teamarbetet.	Hög.
Chen, G. J., Wright, M.	Identifiera brister i informationsöverföring	Observationsstudie. Datasamling: 29	Personal från thoraxkirurgen och	Inget bortfall.	Arbetsmiljö samt olika distraktioner	Hög.

C., Smith, B.P., Jagers, J., & Mistry, P.K. 2011. USA.	för att utveckla och införa ett protokoll för standardisering vid överrapporteringen från operation till IVA.	observationer under 6 månader. Ca 30 överrapporteringar skulle ge ett representativt urval.	IVA som var involverade i överrapporterings processen.		var de största orsakerna till bristande kommunikation. En god tradition av högt deltagande vid överrapportering.	
Manser, T., Foster, S., Flin, R., & Patey, R. 2012. Stor britannien.	Undersöka teamkommunikation under postoperativ överrapportering och hur observationen stämmer med teamets egen bedömning av samma situation.	Observationsstudie samt enkätstudie. Ett protokoll utformades för observationerna och en enkät utformades för att få personalens egen bedömning av överrapporteringen. Direkt efter observationen fick personalen svara på enkäten.	Personal på kliniken som var involverade i postoperativ överrapportering, max 5 observationer per personal gjordes. 117 överrapporteringar observerades under juli och augusti 2010.	Inget bortfall.	Överlag var teamet nöjda med överrapporteringen och upplevde inga större brister. En observerad brist var att den som gav informationen inte alltid hade förståelse för vad mottagaren behövde och tid gick åt för att söka information.	Hög.
Nagpal, K., Abboudi, M., Fischler, L., Schmidt, T., Vats, A., Manchanda, C., Sevdalis, N., Scheidegger, D., Vincent, C., & Moorthy, K.	Att utforma och utvärdera ett protokoll för standardisering utifrån befintlig tradition för överrapportering.	Observationsstudie för utvärdering av protokollet.	100 överrapporteringar på UVA observerades.	Inget bortfall.	Tre komponenter identifierades som kom att utforma ett protokoll till studien. Dessa tre var Information, Uppgifter samt Teamarbete. Visade sig vara informellt med mycket information samt	Hög.

2011. Europa.					störningsmoment som en riskfaktor.	
Nagpal, K., Abboudi, M., Manchanda, C., Vats, A., Sevdalis, N., Bicknell, C., Vincent, C., & Moorthy, K. 2013. Stor britannien.	Förbättra överrapporteringen postoperativt genom att införa ett nytt protokoll för att standardisera processen.	Observationsstudie. Ett bedömningsprotokoll användes för att utvärdera kvaliteten på överrapporteringen före och efter införandet av ett nytt överrapporteringsprotokoll.	90 överrapporteringer observerades av en forskare. 50 observationer före och 40 observationer efter införandet av ett nytt överrapporteringsprotokoll.	Inget bortfall.	Mindre missad information. Förbättringar i teamarbete och sjuksköterskornas nöjdhet. Minskad överrapporteringstid.	Hög.
Nagpal, K., Arora, S., Abboudi, M., Vats, A., Wong, H.W., Manchanda, C., Vincent, C., & Moorthy, K. 2010. Stor britannien.	Identifiera informationsöverförings- och kommunikationsproblem i överrapporteringen postoperativt och utveckla och validera ett protokoll för standardisering.	Intervjustudie gjordes för att uppnå en djupare förståelse för överrapporterings- och kommunikationsproblem i överrapporteringen postoperativt.	18 vårdgivare med varierande erfarenhet. Data samlades in tills mättnad uppnåtts.	Till mättnad, inget bortfall.	Överrapporteringen postoperativt bör vara strukturerad med ett standardiserat protokoll för att förhindra att viktig information missas.	Hög.
Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H.W., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K. 2014. Stor	Undersöka brister i kommunikation och överföring av information i hela den kirurgiska vårdkedjan.	Intervjuer gjordes i det multidisciplinära teamet för att täcka hela den kirurgiska vårdkedjan.	18 intervjuer med personer i det multidisciplinära teamet. Data samlades in tills mättnad uppnåtts.	Till mättnad, inget bortfall.	Arbetsmiljö, brist på protokoll och primitiv form av överrapportering var mest vanliga orsaker till fel.	Hög.

britannien.						
Petrovic, M.A., Aboumatar, H., Baumgartner, W.A., Ulatowski, J., Moyer, J., Chang, T.Y., Camp, M.S., Kowalski, J., Senger, C.M., & Martinez, E. 2012. USA.	Att implementera ett standardiserat sätt att överrapportera samt att utvärdera personalens syn på detta.	Observationsstudie och enkätstudie. 30 observationer med efterföljande enkät. Utifrån svaren formades en standardiserad överrapportering som infördes. Ytterligare 30 observationer gjordes med efterföljande enkäter för utvärdering.	238 vårdgivare på operation (givare) och IVA (mottagare) under överrapportering av 60 patienter.	Inget bortfall.	Tiden för överlämning ökade i snitt med ca 1 minut. Men personalen var nöjda och ansåg att det kunde öka patientsäkerheten.	Medelhög
Smith, A.F., Pope, C., Goodwin, D., & Mort, M. 2008. Stor britannien.	Studera överrapportering från operationsavdelning till uppvakningsavdelning.	Observations- och intervjustudie. Observationer gjordes under nästan 1 års tid för att minska risken för att influera den observerade.	45 observationer av överrapporteringar postoperativt. 19 intervjuer med personal från operation och UVA.	Inget bortfall.	Mycket informellt och den överlämnande tog för givet att den mottagande sjuksköterskan visste hur arbetet inne på operationsavdelningen går till.	Hög.

## RESULTAT

Efter analys av insamlad data framkom fem teman med nyckelord beskrivet i tabell 3.

Tabell 3. Resultat

<b>Teman</b>	<b>Nyckelord</b>
Faktorer i vårdmiljön som påverkade överrapporteringen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidpress</li> <li>• Arbetsmiljö</li> </ul>
Kommunikationens påverkan på överrapporteringen:	Information: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saknades</li> <li>• Ofullständig</li> <li>• Utspridd</li> <li>• Överflöd</li> <li>• Inkonsekvent</li> </ul>
Standardiserad överrapportering för att öka patientsäkerheten:	Checklistor och standardisering: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trovärdigheten ökades</li> <li>• Stärkte patientsäkerheten</li> <li>• Förbättrat teamarbete</li> <li>• Situationsmedvetenhet</li> </ul>
Standardisering för ökad delaktighet i teamet:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturerat protokoll</li> <li>• Ökad närvaro</li> <li>• Bättre rustade att ifrågasätta</li> </ul>
Faktorer för att skapa förändring:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ömsesidig respekt</li> <li>• Delaktighet</li> <li>• Återkoppling</li> </ul>

### **Faktorer i vårdmiljön som påverkade överrapporteringen**

Tidspress var en faktor som påverkade fullföljandet av rapporteringen och gjorde att viktig patientdata ibland blev bortglömd eller utelämnad. Tidspress kunde medföra att överrapporteringen startade innan patienten var rätt övervakad eller innan personalen på uppvakningsavdelningen (UVA) var redo (Boat & Spaeth, 2013). Den ökade arbetsbelastningen och det ökande arbetsflödet sågs som ett hinder. Det ökande arbetsflödet medförde att det stannade upp, till exempel att flera patienter var klara för överflyttning till uppvakningsavdelningen samtidigt och det överrapporterande teamet hade nästa ingrepp att tänka på, vilket medförde förkortad och stressad rapportering (Nagpal, Abboudi, Fischler, Schmidt, Vats, Manchanda, Sevdalis, Scheidegger, Vincent & Moorthy, 2011).

Arbetsmiljö, som snabba byten av personal, stressigt arbete och brist på administrativt stöd, var en annan orsak till misslyckad överrapportering (Nagpal, Arora, Vats, Wong, Sevdalis, Vincent & Moorthy, 2014). På UVA var det många störningsmoment som påverkade överrapporteringen då koncentrationen lades på larm, frågor om övriga patienter eller andra sociala samtal (Chen, Wright, Smith, Jagers & Mistry, 2011; Nagpal et al., 2011).

### **Kommunikationens påverkan på överrapporteringen**

Det skiljde stort på hur överrapporteringen gick till och olika idéer om vad som var nödvändigt att rapportera (Boat & Spaeth, 2013). Ofullständig överrapportering berodde på att information saknades, var ofullständig, utspridd eller alldeles för mycket information. Överrapporteringen var informell, ostrukturerad och inkonsekvent (Nagpal, Arora, Abboudi, Vats, Wong, Manchanda, Vincent & Moorthy, 2010, Nagpal et al., 2014 ). Som resultat var att avgörande information som patientens övriga sjukdomar, allergier och en plan för smärtstillande postoperativt inte konsekvent förmedlades. Brist på strukturerad överrapportering kunde också ge ett överflöd av information som det var svårt att prioritera och att viktig information blev begravd och kan vara svår att hitta vid behov (Nagpal et al., 2010). Den informella överrapporteringen visade sig vara negativ också på så sätt att den överrapporterande teammedlemmen tog för givet att den mottagande parten vet hur arbetet på operationsavdelningen går till, till exempel att förbandet lagts ”som vanligt” eller att läkemedel administrerats med ”det vanliga” (Smith, Pope, Goodwin & Mort, 2008).

Bristande kommunikation under överrapporteringen var associerat med ökad frekvens av fel (Nagpal, Abboudi, Manchanda, Vats, Sevdalis, Bicknell, Vincent & Moorthy, 2013). Vid överrapportering mellan avdelningen och operation missades ofta information om allergier och medicinering med påverkan på patientsäkerheten. Missad information innan operation gjorde att flera viktiga kontroller missades vilket ytterligare påverkade patientsäkerheten (Nagpal et al., 2014).

Innan operation upptäcktes potentiella risker för biverkningar, som att patienter inte fått profylax mot djup ventrombos på grund av utebliven information vid överrapportering (Nagpal et al., 2013). När en rapport saknade struktur och det inte fanns någon formell dokumentation ökade risken för brister och patientsäkerheten minskade (Smith et al., 2008). Ofta var överrapporteringen postoperativt informell och karakteriserades av en stor del av variabilitet i innehåll, timing och klarhet i informationen som gavs (Nagpal et al., 2010).



### **Standardiserad överrapportering för att öka patientsäkerheten**

Brister i överrapportering hade en negativ påverkan på patientsäkerheten. För att öka denna utformades standardiserade överrapporteringsmodeller exempelvis checklistor. Tiden för överrapportering ökade något när checklistan infördes, men personalens upplevelse var att patientsäkerheten ökade (Petrovic, Aboumatar, Baumgartner, Ulatowski, Moyer, Chang, Camp, Kowalski, Senger & Martinez, 2012) och tillfällena för brister i informationsöverföringen minskade (Catchpole, de Leval, McEwan, Pigott, Elliott, McQuillan, MacDonald & Goldmans, 2007; Petrovic et al., 2012). När en checklista inte användes kunde det observeras att mycket tid gick åt för att gå tillbaka och söka information då brister uppstod. Den mottagande sjuksköterskan fick återkoppla ibland flera gånger till den överrapporterande personalen för att ställa frågor och klargöra viss information (Manser, Foster, Flin & Patey, 2012).

Införandet av en standardiserad process gav inga negativa konsekvenser och trovärdigheten ökades (Boat & Spaeth, 2013). De flesta sjuksköterskor var nöjda (Boat & Spaeth, 2013; Nagpal et al., 2013) och patientflödet påverkades inte trots längre tid för rapportering (Boat & Spaeth, 2013). Den genomsnittliga ökade tiden för rapportering var en minut (Petrovic et al., 2012). I en annan studie minskade överrapporteringstiden (Nagpal et al., 2013). Det nya protokollet förbättrade markant kvalitén på överrapporteringen och stärkte patientsäkerheten (Nagpal et al., 2013; Petrovic et al., 2012). Missad information och uppgiftsfel minskade och resulterade i betydande förbättringar i teamarbetet. Det strukturerade tillvägagångssättet att överrapportera från operation till uppvakningsavdelningen och koordinationen av utförda uppgifter bidrog till förbättrat teamarbete (Nagpal et al., 2013).

Införandet av ett protokoll var effektivt för att se till att viktig information inte blev förbisedd vid överlämnandet och det blev även en påminnelse för kirurgen att skriva in ordinationer, som annars kunde blivit missat och påverkat patientsäkerheten. Strukturerad kommunikation förbättrade koordinationen av omvårdnaden vilket var särskilt viktigt i miljöer där avbrott i arbetet och flera arbetsuppgifter samtidigt är vanligt, som på UVA. Det blev också lättare att identifiera patienter som avviker i den postoperativa vården (Nagpal et al., 2013). Det var inte bara det standardiserade överrapporteringssystemet som var viktigt för att förbättra utan även säkerställandet av en situationsmedvetenhet i den miljö där överrapporteringen tog plats, så att det blev ett möte mellan deltagarna (Boat & Spaeth, 2013).

I tillägg till att standardisera överrapporteringen gav det också styrka till personalen att vara bättre rustade att motverka ofullständig information. En mer definierad medverkan och postoperativ planering ledde till en ökad vaksamhet mot postoperativa komplikationer, tog bort variationer i postoperativa vårdprocesser, kunde minska postoperativ sjuklighet och tillslut påverka sjukhusvistelsen. Vilket i sin tur förbättrade kvalitén på omvårdnaden (Nagpal et al., 2010).

Standardiserad överrapportering försäkrade att information överfördes effektivt och konstant och minskade sannolikheten för variation, men standardisering kunde också ha sina begränsningar. Genom att följa ett stelt protokoll kunde det också ta bort möjligheten för konversation som var absolut nödvändig för effektiv överrapportering för att utveckla en delad förståelse för situationen. Konversationen var en viktig två-vägs interaktion som kunde erbjuda räddning och återhämtningsmöjligheter under överrapporteringen. Ett annat problem med standardisering kunde vara avsaknaden av prioritering av information, som tog bort möjligheten att ta det viktigaste först för att förstå situationen fort. Vilket gjorde att det behövdes en balans mellan standardisering och informell konversation. Med ett sådant protokoll kunde patientsäkerheten förbättras genom hela vårdkedjan (Nagpal et al., 2010).

### **Standardisering för ökad delaktighet i teamet**

Innan åtgärder vidtogs var överrapporteringsprocessen negativt påverkad av brist på försedd kirurgisk information, distraktioner under rapportering och brist på formaliserad struktur (Nagpal et al., 2013). Ofta var inte det kirurgiska teamet involverade i överrapporteringen postoperativt så avgörande kirurgisk information blev inte formellt överrapporterad. Istället var det narkosteamet som rapporterade om intraoperativa händelser och de var kanske inte medvetna om kirurgiskt relaterade frågor eller att de inte hade uppfattat en händelses relevans, som kunde påverka patientens återhämtning (Nagpal et al., 2010, Nagpal et al., 2014). Vid intervjuer framkom att många tyckte att även operationssjuksköterskan skulle närvara vid rapporteringen och att överrapporteringen skulle vara strukturerad, med ett standardiserat protokoll eller elektronisk checklista. Alla i teamet borde vara en del av överrapporteringsprocessen för att säkerställa att korrekt information av alla aspekter av patientens vård var korrekt återgiven. Alla var överens om att det behövdes ett strukturerat protokoll för att förhindra att någon kritisk information utelämnades. Patientsäkerhets incidenter på uppvakningen var vanligt och kunde ofta leda till biverkningar. Genom att standardisera överrapporteringen med att använda ett överrapporteringsprotokoll kunde en

viss del av biverkningarna undvikits (Nagpal et al., 2010). Det nya protokollet säkerställde att minst en person från kirurgsidan medverkade och att adekvat information gavs på ett standardiserat sätt (Nagpal et al., 2013). Det gav även en fördel för personalen som kunde vara bättre rustade att ifrågasätta när protokoll eller checklistan inte användes (Boat & Spaeth, 2013).

### **Faktorer för att skapa förändring**

Att undvika variationer i överlämnandet av postoperativ överrapportering genom standardiseringsprocessen, införandet av postoperativt överrapporteringsprotokoll och utförande sekvens, engagemang av ansvarig kirurg, utmärkt teamarbete och kamratskap, utfört på samma sätt varje gång var nyckelprinciper för ett lyckat resultat. Nyckelelement i andra industrier med hög säkerhetskultur var standardiserade överrapporteringar genom teamarbete, kommunikationstekniker, flackare hierarki, ömsesidig respekt inom och mellan discipliner och situationsmedvetenhet (Nagpal et al., 2013). För att motivera alla till ett gemensamt mål krävdes delaktighet, att ta tillvara kunskap och idéer, ge återkoppling, visa på trovärdig data som kunde presenteras och visa på vikten av förändring (Boat & Spaeth, 2013).

Faktorer som påverkade ett lyckat resultat var att ledningen såg att förbättringar behövdes och definierade mål samt att ägarna till projektet hade fått gå på kurs. Direkt återkoppling gavs från vårdgivare och förändringar testades på en liten grupp innan de togs i bruk (Boat & Spaeth, 2013). Andra faktorer var en konsekvent grupp som var stödjande till forskning. Kirurgens engagemang bidrog och var främsta orsak till förbättringar av rapportering om kirurgisk information. En kontinuerlig process där deltagarna fick och gav återkommande återkoppling, vilket gav en känsla av ägandeskap, som var avgörande för att öka kvalitén i förändringsarbetet (Nagpal et al., 2013).

Hinder för anpassning av ett intraoperativt överrapporterings verktyg var brist på insikt hos några i personalen av behovet att ändra sitt beteende. Att få personalen att köpa konceptet var avgörande för att lyckas med förbättringsprojektet och främjades här genom deras insatser i att utveckla checklistan. Det var viktigt att några tidigt antog förändringen för då var de andra tvungna att delta för att få till stånd en överrapportering då checklistan användes (Boat & Spaeth, 2013).

Teamarbete var en viktig komponent för bra kvalitet vid överrapportering. Trots en hektisk

och högpresterande miljö kunde personalen i teamet med bra resultat utföra en förändring i sättet att rapportera. Ett samband fanns mellan missad information och teamarbete så för att uppnå minsta möjliga fel krävdes att alla i teamet deltog vid överrapportering (Nagpal et al., 2013). Det var också önskvärt att någon medlem ur varje kategori skulle delta under rapporteringen, alltså någon ur narkosteamet, någon ur operationsteamet samt någon på uppvakningsavdelningen. Detta för att öka säkerheten samt att minska riskerna att information missades eller rapporterades i andra hand (Chen et al., 2011).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

En systematisk litteraturstudie planerades för att kartlägga aktuellt kunskapsläge om perioperativ överrapportering. En pilotstudie genomfördes för att testa metoden som kan ligga till grund för den planerade studien. Artiklar publicerade efter år 2005 valdes för att få fram ny kunskap inom ämnet. Begränsad tid för pilotstudien gjorde att sökningen begränsades till databaserna Cinahl och PubMed, som är inriktade på omvårdnad (Polit & Beck, 2012). Sökningen gjordes brett med få resultat, vilket gjorde det svårt att begränsa ytterligare. Det var svårt att hitta artiklar som specifikt rörde operationssjuksköterskan, fokus var mer på det perioperativa teamet. Då operationssjuksköterskan är en del av teamet ses ändå artiklarna som relevanta för studien. Författarna har båda läst och granskat artiklarna, vilket ökar trovärdigheten av resultatet. Den valda granskningsmallen från SBU var mest lämplig för kvalitetsgranskning då de valda studierna var observationer eller intervjuer. Författarna har haft intentionen att inte förvanska eller förvrida studiernas resultat.

En systematisk litteraturstudie var passande för syftet men begränsades av att endast vetenskapliga artiklar är valt i metoden. Till den fullskaliga studien hade det varit intressant att ta del av annan litteratur då mycket material inte var vetenskapligt och fick sällas bort, som kunde varit värdefullt för resultatet. Vissa artiklar har även exkluderats i pilotstudien då de inte var tillgängliga i fulltext, men de måste sökas fram till den stora studien för att granskas om de svarar på syftet.

## RESULTATDISKUSSION

Resultatet visar att när överrapporteringen är ostrukturerad och informell påverkar det patientsäkerheten negativt då information kan missas i flera led. En standardiserad överrapportering perioperativt har däremot en positiv effekt på patientsäkerheten. Standardiseringen är ett stöd för personalen och sätter riktlinjer för hur överrapporteringen ska genomföras och i vilken ordning. Införandet av en standardiserad modell kan även tvinga fram en förändring inom organisationen att alla behöver delta för att få till en ökad patientsäkerhet. Resultat visar att med ett standardiserat arbetssätt minskar informationsmissar vilket ger en ökad patientsäkerhet. I strävan att öka patientsäkerheten i vården rekommenderar Socialstyrelsen SBAR (situation, bakgrund, aktuellt och rekommendationer) som en standardiseringsmall, för att minska brister i kommunikationen som är en av de vanligaste bakomliggande orsakerna till vårdskador (Socialstyrelsen, b). Standardisering är ett led i att öka patientsäkerheten genom teamets medverkan och där operationssjuksköterskan har ett ansvar att ge rätt information om omvårdnaden under operationen postoperativt. Kvaliteten på omvårdnaden ökar vid delaktighet genom ökad vaksamhet mot postoperativa komplikationer och sjuklighet, med kortare vårdtid som resultat.

I Socialstyrelsens modell (Socialstyrelsen, c) för säker överrapportering står även att tid ska ges för personalen att ställa och svara på frågor och även att innehållet ska begränsas vid varje tillfälle för att ge en säker vård. Detta överensstämmer med resultatet som visar att vid standardisering är tid för konversation viktig för förståelse av informationen genom återkoppling.

Standardisering har positiv effekt även på teamarbetet. Personalen stärks i att alla arbetar på samma sätt, de får ett ökat mod och blir bättre rustade i att säga ifrån. Det säkerställer en medverkan i överrapporteringen och ger en ökad situationsmedvetenhet mellan deltagarna. Flin, Yule, McKenzie, Paterson-Brown & Maran (2006) beskriver att det inte är ovanligt med brister i teamarbetet med dålig kommunikation och brist på situationsmedvetenhet, som i sin tur kan leda till negativa konsekvenser för patienten. Detta påvisar vikten av ett väl fungerande team och att ta tillvara kunskap som finns för att förbättra.

I resultatet beskrivs olika team under den perioperativa omvårdnaden. Med team menar författarna de som deltog vid överrapporteringen före, under och efter operationen.

Författarna anser att operationssjuksköterskan är en del i teamet vid överrapporteringen men att resultatet visar att ett ökat deltagande vore önskvärt och för det krävs kanske en förändring i kultur och organisation på operationsavdelningen. Tidspress är en faktor som påverkar överrapporteringen, vilket kan påverka operationssjuksköterskan att välja bort överrapporteringen för att hinna avsluta en operation och förbereda för nästa. Bytestider mellan operationen är kort och tidspress kan vara att hålla operationsprogrammet. Operationssjuksköterskan ansvarar för patientens säkerhet under operationen vad gäller aseptik, positionering och instrumentering med fokus på personcentrerad vård. Lindwall och von Post (2008) menar att vårdande är att bry sig om och skydda patienten. Resultatet visar dock på en brist i operationssjuksköterskans delaktighet vid överrapporteringen, vilket innebär att operationssjuksköterskan inte tar sitt ansvar för patientens fortsatta vård vid överlämning efter operationen. Nagpal et al (2011) beskriver att arbetsbelastning och arbetsflödet har ökat. Kan detta vara en orsak till att delaktigheten i överrapporteringen väljs bort och med detta ger en påverkan på patientsäkerheten?

Målet med den perioperativa överrapporteringen är patientens rätt till korrekt information och delaktighet för säker vård där operationssjuksköterskan har ett ansvar. Resultatet visar att det finns brister då det ofta är narkossjuksköterskan som rapporterar om specifik information gällande patientens operation, som är operationssjuksköterskans omvårdnad. Vid andrahandsinformation finns risk att information försvinner eller inte tas upp då den överrapporterande sjuksköterskan inte uppfattat relevansen av den kirurgiskt relaterade informationen. I resultatet framkom en önskan om operationssjuksköterskans delaktighet, vilket i sin tur skulle gynna patienten och säkerheten i vårdkedjan. Delaktighet är av vikt för att kunna ge den patientsäkerhet och personcentrerad vård, som enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) ingår i kärnkompetenserna. När rätt information följer patienten genom vårdkedjan har patienten möjlighet att vara delaktig i vården, vilket är en huvudprincip i den personcentrerade vården.

Alla inkluderade studier är gjorda i andra länder än Sverige och författarna kan med detta se ett visst problem med kulturella skillnader i vilka som deltar vid en överrapportering. Det som är gemensamt för de internationella studierna liksom för svensk sjukvård är att WHO (World Health Organization [WHO], u.å) förordar standardiserad överrapportering där SBAR ingår som en modell. Författarna ser dock värdet i studierna genom att de beskriver teamet och överrapporteringar däremellan.

## **KONKLUSION**

Slutsatsen är att strukturerad överrapportering ger säkrare vård för patienten och bättre förståelse i teamen genom ökat deltagande. Operationssjuksköterskan kan som en av de ansvariga i vårdkedjan vid överrapportering stärka patientens delaktighet och ansvara för en säker och korrekt vård genom att använda ett standardiserat sätt för överrapportering.

## REFERENSER

Alfredsdottir, H., & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37.

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.

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.

Brennefors, E-M., & Lundberg, C. (2004). Vad gör vi på en operationsavdelning under bytestid? Kartläggning av bytestider på en operationsavdelning. *Vård i norden*, 24, 44-47.

Catchpole, K.R., de Leval, M.R., McEwan, A., Pigott, N., Elliott, M.J., McQuillan, A., MacDonald, C., & Goldmans, A.J. (2007). Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Pediatric Anesthesia*, 17, 470-478.

Chen, G. J., Wright, M. C., Smith, B.P., Jagers, J., & Mistry, P.K. (2011). Adaption of a postoperative handoff communication process for children with heart disease: a quantitative study. *American Journal of Medical Quality*, 26(5), 380-386.

Dåvöy, G.M., Hansen, I., & Eide, P. H. (2012). *Operationssjukvård. Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (2013). Introduktion. Ur A-K. Edberg (red). *Omvårdnad på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. Ur A-K. Edberg (red). *Omvårdnad på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.



Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251.

Flin, R., O'Connor, P., & Crichton, M. (2008). *Safety at the sharp end: A guide to non-technical skills*. England: Aldershot.

Flin, R., Yule, S., McKenzie, L., Paterson-Brown, S., & Maran, N. (2006). Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon*, 4(3), 145-151.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Fossum, B. (2007). *Kommunikation - samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur.

Gustafsson, B. Å., Heikkilä, K., Ekman, S-L., & Ponzer, S. (2010). In the hand of formal carers: older patients' experiences of care across the perioperative period for joint replacement surgery. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 14, 96-108.

Helsingforsdeklarationen. (1964). Hämtad 2014-01-05, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Högskoleförordningen (1993:100). Hämtad 2014-05-11, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Hogskoleforordning-1993100\\_sfs-1993-100/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100/)

ICNs etiska kod för sjuksköterskor. (2007). Hämtad 2014-01-05, från

<http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

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.

Lindwall, L., & Von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – att förena teori och praxis*. Studentlitteratur.

Manser, T., Foster, S., Flin, R., & Patey, R. (2012). Team communication during patient handover from the operating room: more than facts and figures. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 55(1), 138-156.

Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 818-828.

Nagpal, K., Abboudi, M., Fischler, L., Schmidt, T., Vats, A., Manchanda, C., Sevdalis, N., Scheidegger, D., Vincent, C., & Moorthy, K. (2011). Evaluation of postoperative handover using a tool to assess information transfer and teamwork. *Annals of Surgery*, 253(4), 831-837.

Nagpal, K., Abboudi, M., Manchanda, C., Vats, A., Sevdalis, N., Bicknell, C., Vincent, C., & Moorthy, K. (2013). Improving postoperative handover: a prospective observational study. *The American Journal of Surgery*, 206(4), 494-501.

Nagpal, K., Arora, S., Abboudi, M., Vats, A., Wong, H.W., Manchanda, C., Vincent, C., & Moorthy, K. (2010). Postoperative handover. Problems, pitfalls, and prevention of error. *Annals of Surgery*, 252(1), 171-176.

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.

Patientdatalagen. (2008:355). Hämtad 2014-01-05, från

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

[Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/)

Patientsäkerhetslagen. (2010:659). Hämtad 2014-01-05, från

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

[Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/)

Petrovic, M.A., Aboumatar, H., Baumgartner, W.A., Ulatowski, J., Moyer, J., Chang, T.Y., Camp, M.S., Kowalski, J., Senger, C.M., & Martinez, E. (2012). Pilot implementation of a perioperative protocol to guide operating room – to - intensive care unit patient handoffs. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 26(1), 11-16.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

PRISMA. (u.å). Hämtad 2014-01-08, från <http://www.prisma-statement.org/statement.htm>

Rothrock, J. C. (2011). *Alexander´s care of the patient in surgery*. USA: Elsevier Mosby.

Russ, S., Rout, S., Sevdalis, 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.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Liber.

SBU. (2012). Hämtad 2014-04-28, från

[http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)

SEORNA. (2011). Hämtad 2014-01-08, från

<http://www.seorna.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf>

Sigurdsson, H. O. (2001). The meaning of being a perioperative nurse. *AORN journal*, 74(2), 202-217.

Smeulers, M., van Tellingn, I.C., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2012). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Smith, A.F., 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.

Socialstyrelsen. (u.å, a). Hämtad 2014-05-05, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard>

Socialstyrelsen. (u.å, b). Hämtad 2014-05-12, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/kommunicera>

Socialstyrelsen. (u.å, c). Hämtad 2014-05-13, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). Hämtad 2014-05-11, från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Utbildning-publikationer/Strategi.for.utbildnfragor.pdf>

Tollerud, L., Botsford, J., Hoglan, M.A., Price, J.L., & Sawyer, M. (1985). A model for perioperative nursing practice. *AORN Journal*, 41(1), 188-194.

WHO. (u.å). Hämtad 2014-05-13, från [http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/organizational\\_tools/en/](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/organizational_tools/en/)

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Öhrn, A. (2013). Säker vård. I A-K. Edberg (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

version 2012:1.4

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_

Total bedömning av studiekvalitet:		
Hög	Medelhög	Låg

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
<b>1. Syfte</b>				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?				
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):				
<b>2. Urval</b>				
a) Är urvalet relevant?				
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?				
c) Är kontexten tydligt beskriven?				
d) Finns relevant etiskt resonemang?				
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?				
Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
<b>3. Datainsamling</b>				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?				
b) Är datainsamlingen relevant?				
c) Råder datamättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?				
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				
<b>4. Analys</b>				
a) Är analysen tydligt beskriven?				
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?				
c) Råder analysmättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?				
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				
<b>5. Resultat</b>				
a) Är resultatet logiskt?				
b) Är resultatet begripligt?				
c) Är resultatet tydligt beskrivet?				
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?				
e) Genereras hypotes/teori/modell?				
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?				
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?				
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				